33/S2

VOLUME 33 - SUPLEMENTO 2
MARÇO DE 2023
E-ISSN: 2238-3182
ISSN: 0103-880X

RMMG

Revista Médica de Minas Gerais

CUREM

I CNPC

I CONGRESSO NACIONAL ACADÊMICO DE CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO

Suplemento do I Congresso Nacional Acadêmico de Cuidados ao Paciente Crítico

Revista Médica de Minas Gerais

EDITOR CHEFE
Agnaldo Soares Lima
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

VICE-EDITORA CHEFE
Maria Isabel Toulson Davisson Correia
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS
CIRURGIA
Rodrigo de Oliveira Peixoto
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - MG, Brasil

CLÍNICA MÉDICA
Enio Roberto Pietra Pedroso
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mário Benedito Costa Magalhães
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí
Pouso Alegre - MG, Brasil

Nestor Barbosa de Andrade
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG, Brasil

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Agnaldo Lopes Silva Filho
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

MEDICINA SOCIAL
Aline Dayrell Ferreira Sales
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

ORTOPEDIA
Lúcio Honório de Carvalho Junior
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PEDIATRIA
Maria do Carmo Barros de Melo
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PSIQUIATRIA
Frederico Duarte Garcia
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Luciana Costa Silva
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

CONSELHO EDITORIAL
Ahmed Helmy Salem
Assiut University Hospitals & Faculty of Medicine Tropical Medicine & Gastroenterology Department
Assiut EGYPT

Aldo da Cunha Medeiros
Centro Ciências da Saúde da UFRN
Natal - RN, Brasil

Almir Ribeiro Tavares Júnio
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil
Antônio Luiz Pinho Ribeiro
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Aroldo Fernando Camargos
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Bruno Caramelli
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Bruno Zilberstein
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Carlos Teixeira Brandt
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Cor Jesus Fernandes Fontes
Faculdade de Medicina da UFMT
Cuiabá - MT, Brasil

Dulciene Maria Magalhães Queiroz
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Edmundo Anderi Júnior
Faculdade de Medicina do ABC
São Paulo, SP - Brasil

Enio Cardillo Vieira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Fábio Leite Gastal
Hospital Mãe de Deus
Porto Alegre - RS, Brasil

Fabio Zicker
Organizaçao Mundial da Saúde
Genebra, SUIÇA

Federico Lombardi
Universtá degli Studi di Milano
Milano, ITALY

Francisco José Dutra Souto
Universidade Federal do Mato Grosso
Cuiabá - MT, Brasil

Genival Veloso de França
Centro de Ciências da Saúde da UFPB
João Pessoa - PB, Brasil

Georg Petroianu
Department of Cellular Biology & Pharmacology Herbert Wertheim College of Medicine
Florida International University
Miami, FL - USA

Gerald Minuk
University of Manitoba, Department of Internal Medicine
Manitoba, CANADA

Geraldo Magela Gomes da Cruz
Faculdade de Ciências Médicas de MG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Giselia Alves Pontes da Silva
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Henrique Leonardo Guerra
PUC Minas
Belo Horizonte - MG, Brasil

Henrique Neves da Silva Bittencourt
Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine - Universite de Montreal
Montreal - QC, CANADÁ

Jacques Nicoli
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Jair de Jesus Mari
Faculdade de Medicina da UNIFESP
São Paulo - SP, Brasil

João Carlos Pinto Dias
Centro de Pesquisas René Rachou-FIOCRUZ
Belo Horizonte - MG, Brasil

João Carlos Simões
Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)
Curitiba, PR - Brasil

João Galizzi Filho
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

José Carlos Nunes Mota
Departamento de Medicina da UFS
Aracaju, SE - Brasil

José da Rocha Carvalheiro
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP
São Paulo, SP - Brasil

Leonor Bezerra Guerra
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Armando Cunha de Marco
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Henrique Perocco Braga
McMaster University, Department of Surgery/Urology
Hamilton, Ontário, Canadá

Manoel Roberto Maciel Trindade
Departamento de Cirurgia da UFRGS
Porto Alegre, RS - Brasil

Marco Antonio de Avila Vitoria
Organização Mundial da Saude - OMS
Genebra, SUIÇA

Marco Antonio Rodrigues
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Maria Inês Boechat
Dept. of Radiological Sciences
David Geffen School of Medicine at UCLA
University of Califórnia
Los Angeles - CA, USA

Mauro Martins Teixeira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mircea Beuran
Clinical Emergency Hospital Bucharest
Bucharest, ROMENIA

Naftale Katz
Fundação Oswaldo Cruz,
Centro de Pesquisas René Rachou
Belo Horizonte - MG, Brasil

Nagy Habib
Imperial College London. Department of Surgery
London, UK

Nicolau Fernandes Kruel
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e UNISUL
Florianópolis. SC - Brasil

Nilson do Rosário Costa
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Orlando da Silva
Department of Paediatrics, UWO
Neonatal Intensive Care Unit
London, Ontario, Canadá

Paulo Roberto Corsi
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP
São Paulo, SP - Brasil

Pedro Albajar Viñas
Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suiça

Pietro Accetta
UFF / Faculdade de Medicina
Niterói - RJ - Brasil

Protásio Lemos da Luz
Universidade de São Paulo - Incor
São Paulo - SP, Brasil

Renato Manuel Natal Jorge
Universidade do Porto
Porto - Portugal

Roberto Marini Ladeira
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Belo Horionte - MG, Brasil

Rodrigo Correa de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Laboratório de Imunologia
Belo Horizonte - MG, Brasil

Ruy Garcia Marques
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ, Brasil

Sandhi Maria Barreto
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Sérgio Danilo Pena
Instituto de Ciências Biológicas - UFMG
Núcleo de Genética Médica - GENE
Belo Horizonte - MG, Brasil

William Hiatt
Colorado Prevention Center
Denver, Colorado, USA

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
33/S2

EXPEDIENTE

EDITOR GERAL:
Agnaldo Soares Lima (FM/UFMG)

EDITOR ADMINISTRATIVO:
Alan Junio Brito Guimarães (Associação Médica de Minas Gerais)

INSTITUIÇÕES MANTENEDORAS:
Associação Médica de Minas Gerais - AMMG UNIMED - BH

INDEXADA EM:
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;
LATINDEX - Sistema Regional de Información em Línea para revistas Científicas da América latina, El Caribe y Portugal.

ISSN:
Versão Impressa: 0103-880X
Versão eletrônica: e-ISSN: 2238-3182

Arquivada em:
Internet Archive
Biblioteca Nacional

Disponível em:
Site: www.rmmg.org
E nos sites da:
Associação Médica de Minas Gerais
Faculdade de Medicina da UFMG
Portal de Periódicos CAPES

Início da Publicação:
v.1, n.1, jul./set. 1991

Periodicidade: Contínua

Normas para publicação, instruções aos autores e submissão de manuscritos estão disponíveis em:
Submissão de Manuscritos (Orientações aos Autores)
Sobre a RMMG (Políticas e Normas de Publicação)

Submissão de artigos:
Sistema de Gestão de Periódicos "Scholar One":
https://mc04.manuscriptcentral.com/rmmg

Correspondências:
Revista Médica de Minas Gerais
Associação Médica de Minas Gerais
Av. João Pinheiro, 161
30130-183 - Belo Horizonte- MG - Brasil
Telefone: 55 - (31) 3247-1612 /
55 - (31) 3247-1680

Diagramação:
Museale - Serviços Gráficos e Culturais
www.museale.com.br

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
33/S2

CARTA AO EDITOR

24 de julho de 2022

Prezado Editor,

Meu nome é Levi Eduardo Soares Reis, possuo graduação em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Federal de Ouro Preto (2010). Sou Mestre (2013) e Doutor (2017) em Ciências Farmacêuticas com ênfase em Terapêutica, Vacina, Diagnóstico e Prognóstico das Doenças Negligenciadas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas/CiPHARMA/UFOP. Realizei Pós-Doutorado (2018-2019) no laboratório de Doenças de Chagas (LADOC/UFOP).

Atualmente sou docente do curso de Medicina da Faculdade Atenas Sete Lagoas, atuando nas seguintes áreas: Bioquímica, Parasitologia e Farmacologia.

Possuo participações em Congressos e orientações de Artigos, bem como projetos em desenvolvimento nas áreas de Doenças Negligenciadas e Saúde Pública.

Venho por intermédio desta atestar a qualidade dos trabalhos que serão apresentados para a Revista Médica de Minas Gerais (RMMG).

Ressalto que todos os trabalhos serão avaliados por duas bancas, compostas por professores de diferentes instituições de ensino superior relacionados à área médica, na qual serão avaliados a pertinência do estudo, o cumprimento do método científico, ausência de plágio e de outras práticas danosas.

Os trabalhos abordam pesquisas nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia e Medicina Intensiva, visando informações sobre a prática clínica, qualificação do serviço de saúde e educação nestas áreas.

Levi Eduardo Soares Reis
Coordenador da Comissão Científica do
I Congresso Nacional Acadêmico de Cuidados ao Paciente Crítico
http://lattes.cnpq.br/5893145924082439

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
33/S2

I CONGRESSO NACIONAL ACADÊMICO DE CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO: CORREÇÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

Caro(a) avaliador(a),

A Comissão Científica do I Congresso Nacional Acadêmico de Cuidados ao Paciente Crítico agradece sua participação. O seu auxílio está sendo fomentador para o sucesso da correção dos trabalhos submetidos.

Como corrigir?

A cada critério de avaliação, atribuir-se-á, uma nota entre **0 (zero) a 02 (dois)** pontos, perfazendo um total máximo de **10 (dez) pontos,** com base na análise a seguir:

1. **Relevância científica:** é mostrar e justificar como o estudo poderá ser inserido em um contexto amplo, como suas respostas poderão contribuir para os avanços científico e tecnológico, de tal modo que possa influenciar em futuras decisões no âmbito da saúde.

2. **Aplicabilidade:** está ligada aos objetivos e delineamento, se este trabalho é aplicável em outras populações ou situações, se entra os trâmites éticos, posto que se uma pesquisa não é cientificamente correta, ela não é ética.

3. **Caráter inovador:** pontuar e destacar os trabalhos que acrescentem informações, novidades e conhecimento. Baseia-se na comparação dos fatos apresentados no resumo com aquilo que já se encontra publicado e intensamente difundido.

4. **Objetividade:** o avaliado deve ter clareza ao expressar as ideias e se fazer

compreendido, transmitir informações de forma concisa.

5. **Adequação a normatização exigida:** presença de um resumo simples, respeitando a estrutura e o número de caracteres apresentados em 5.1. Presença de título com, no máximo, 150 caracteres, palavras-chave e referências, estas segundo ABNT e não entram na contagem de caracteres.

5.1. **a) Revisão da literatura:** deve ser em parágrafo único e não deve exceder 2000 caracteres com espaçamento (não inclui título, autoria e filiação), seguindo a sequência: introdução, objetivo, metodologia, revisão de literatura, conclusão e referências.

b) **Estudo original:** deve ser em parágrafo único e não deve exceder 2000 caracteres com espaçamento (não inclui título, autoria e filiação), seguindo a sequência: introdução, objetivo, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

c) **Relato de Caso:** deve ser estruturado em parágrafo único, seguindo a sequência: introdução, relato do caso e conclusão. Máximo de 1500 caracteres sem espaçamento.

Critérios de avaliação	Pontos	Trabalho A	Trabalho B	Trabalho C
Relevância científica	**0 - 2**			
Aplicabilidade	**0 - 2**			
Caráter inovador	**0 - 2**			
Objetividade	**0 - 2**			
Adequação a normatização exigida	**0 - 2**			
TOTAL DE PONTOS	0 - 10			

Agradecemos,

Levi Eduardo Reis
Diretor Científico do I CNPC

Vinícius Carvalho de Oliveira
Diretor Científico do I CNPC

Débora Quibler Melo
Diretora Científica do I CNPC

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
33/S2

COMITÊ AVALIADOR

Nome do pesquisador	Lattes	Instituição	ORCID
Alvaro Fernando DA Silva do Nascimento	http://lattes.cnpq.br/6112822739536263	Faculdade Atenas Sete Lagoas - Minas Gerais	0000-0002-2374-3726
Fernando Felicioni	http://lattes.cnpq.br/5977641566549749	Faculdade Atenas Sete Lagoas - Minas Gerais	0000-0002-4371-9854
Mariana Araújo Pena Bastos	http://lattes.cnpq.br/5407886965474483	Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH) - Minas Gerais	0000-0002-3484-3052
Nicollas Nunes Rabelo	http://lattes.cnpq.br/7100590296918618	Faculdade Atenas Paracatu - Minas Gerais	0000-0001-5238-8658
Vítor Silva Barbosa	http://lattes.cnpq.br/7634104573779476	Faculdade Atenas Sete Lagoas - Minas Gerais	0000-0002-3484-3052

ORGANIZADORES

APOIADORES

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

RESUMOS

Resumo

Acidente Vascular Encefálico hemorrágico: como definir o prognóstico mediante critérios clínicos e radiológicos?

Ana Clara Verônica Pereira[1], Arthur Barbosa Santos[2], Layla Gabriela Alves De Lima[2], Carlos Wagner Pereira Junior[3]

[1]Faculdade Atenas, Sete Lagoas (MG) – Brasil
[2]Faculdade Atenas, Sete Lagoas (MG) – Brasil
[3]Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Hospital Madre Teresa, Fellow Rede Sarah

Autor correspondente: Ana Clara Verônica Pereira. Email: anaclaravp1@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Acidente Vascular Encefálico hemorrágico (AVEh) é uma patologia capaz de acarretar alterações no fluxo sanguíneo cerebral e possui alta morbimortalidade. Os sinais clínicos são diversos, sendo necessário alinhá-los aos critérios radiológicos para a definição do tratamento e do prognóstico. OBJETIVOS: Elencar e definir os parâmetros clínico-radiológicos fundamentais ao direcionamento da evolução da doença. As bases de dados analisadas foram Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed. METODOLOGIA: Foram utilizados os descritores "Hemorrhagic", "Prognosis" e "Stroke", conectados a partir do operador booleano "AND", entre 2016 e 2022, sendo obtidos 27 resultados. REVISÃO: Achados clínicos como: Náuseas, êmese, cefaleia, déficits neurológicos súbitos, confusão mental, rebaixamento do nível de consciência e hipertensão arterial sugerem pior prognóstico. Além disso, exames de neuroimagem como a Ressonância Magnética (RM), Angiotomografia e a Tomografia Computadorizada (TC) cerebrais são imprescindíveis, já que, além de fornecerem o diagnóstico, ajudam a fornecer o prognóstico para o paciente crítico. A TC, exame amplamente disponível nas urgências hospitalares, apresenta algumas limitações como a visualização deficitária do conteúdo do tronco cerebral mas, por ser amplamente disponível e de rápida realização, é o exame de primeira escolha. Achados como: crescimento do hematoma, presença de spot sign ou de sinais de hipertensão intracraniana podem alterar condutas no tratamento intensivo do paciente e reduzir a morbimortalidade a longo prazo. CONCLUSÃO: Determinados critérios clínicos e radiológicos devem ser assumidos nas condutas de avaliação aos pacientes com AVEh. A TC, apesar de suas limitações, juntamente com a angiotomografia e a RM, alinhadas à clínica, são capazes de promover direcionamentos que definirão condutas da terapia intensiva a fim de minimizar os danos causados por uma hemorragia cerebral.

Palavras-chave: Hemorrágico. Prognóstico. AVC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Meneses PS, Vasconcelos SS, Cavalcante TC, Varella DSS. Abordagem fisioterapêutica no tratamento de AVC. Jornada de Fisioterapia do Sertão Central. 2018; 1(1).

Barbosa BO, Kullak JH, Reis BC. Diagnóstico precoce do acidente vascular cerebral na emergência: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Médico. 2022;11: e10362-e10362.

Oliveira JL, Winkelmann EC, Seleme RP, Gonçalves EK, Winkelmann ER. Acidente vascular cerebral hemorrágico: foco em pesquisa. Congresso Internacional em Saúde. 2021; 8.

Gonçalves CWB, Alves Junior DB, Rodrigues RA, Silva RFC, Tavares AR, Reis KM, *et al.* Análise dos Fatores de Risco e Etiopatogenia do Acidente Vascular Cerebral na Gestação e Puerpério: uma revisão sistemática. Revista Amazônia: Science & Health. 2019; 7(4): 31-45.

Koepp J, Kratske FL, Gaedke MA. O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PACIENTE COM AVC HEMORRÁGICO. Mostra de Extensão, Ciência e Tecnologia da Unisc. 2020; 1:363.

Pompermaier C, Ferreira AP, Boiani LE, Pereira YCLV. Fatores de risco para o acidente vascular cerebral (AVC). Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê. 2020;5: e24365-e24365, 2020.

Rocha LB, Silva RE. Comparação Dos Exames De Tomografia Computadorizada E Ressonância Magnética No Diagnóstico De Acidente Vascular Cerebral. Escola de Ciências Médicas e da Saúde. 2018.

Rosa BC, Regaçone SF, Cardoso MJF, Corteletti LCBJ, Caldana M de L, Alvarenga K de F, Costa Filho OA. Diagnóstico de alteração auditiva em indivíduo pós AVC hemorrágico: relato de caso. 2018.

Sales BA, Silva FG, Brito IM, Silva KMM, Gener MES. Acidente Vascular Encefálico Hemorragico: Caso Clínico Multidisciplinar. Facit Business and Technology Journal. 2022; 2(33).

Oliveira WA, Sarti ECFB, Moraes ES, Santos FM, Souza JCM, Andrade JV. Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico Nas Entrelinhas Da Literatura. Ciencias da Saúde. 2021;2(13).

Resumo

COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS DEVIDO A SÍNDROME HELLP: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Ana Júlia Ferreira[1], Ana Beatriz Lacerda Monteiro Lisboa[2], Bruna Guimarães Camilo[2], Henrique Valladão Pires Gama[3]

1 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG-Brasil.
2 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG-Brasil.
3 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG-Brasil.

Autor correspondente: Ana Júlia Ferreira; Email: anajuferreira.med@gmail.com

INTRODUÇÃO: A síndrome HELLP ocorre devido a um quadro agravado da eclâmpsia ou pré-eclâmpsia na gestante, evoluindo para a tríade hemólise, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. Essa enfermidade é responsável por um quarto de todas as mortes maternas na América Latina, se caracterizando como uma emergência obstétrica devido a suas complicações neurológicas, que constituem como um sinal de mal prognóstico para a paciente. **METODOLOGIA**: Trata-se de uma revisão sistemática com busca nas bases de dados SciELO, PubMed e artigos publicados na revista ''Brazilian Journals of Development'' entre os anos de 2017 a 2022. Os descritores utilizados foram ''síndrome HELLP'', ''hemorragia cerebral'' e ''eclâmpsia''. **REVISÃO DE LITERATURA**: Foram selecionados 6 artigos, que abordam as manifestações neurológicas como uma consequência grave da síndrome HELLP. Dessas, as mais recorrentes foram hemorragia intracraniana (principalmente aracnóide), edema cerebral e síndrome de encefalopatia posterior reversível. A sintomatologia geral dos quadros neurológicos envolve cefaleia intensa de início súbito, fotofobia, convulsões e rebaixamento de sensório. Dependendo do lobo acometido, pode ocorrer também afasia, hemianopsia (principalmente nos casos de Encefalopatia posterior reversível), hemiplegia de membros e hemiparesia. **CONCLUSÃO:** Os casos de repercussões cerebrovasculares na síndrome HELLP não ocorrem usualmente, porém corresponde a 7% de todos os casos de mortalidade envolvida nessa doença. Portanto, é fundamental reconhecer os sintomas principais das manifestações neurológicas de forma a estabelecer diagnósticos diferenciais e iniciar o processo terapêutico mais precocemente possível, a fim de evitar complicações mais graves para o binômio mãe-feto, como lesões neurológicas irreversíveis e restrição do crescimento uterino fetal.

Palavras-chave: Síndrome HELLP. Gravidez de Alto Risco. Pré-Eclâmpsia. Eclâmpsia.

Referências:

1. Krebs VA, Silva MR, Bellotto PCB. Síndrome de Hellp e Mortalidade Materna: Uma revisão integrativa. Brazilian Journal of Health Review. 2021; 4(2): 6297-6311.
2. Sabr Y, Lisonkova S, Skoll A, Brant R, Velez M, Joseph KS. Severe Maternal Morbidity and Maternal Mortality Associated with Assisted Reproductive Technology. J Obstet Gynaecol Can. 2022 Sep; 44(9): 978-986.
3. Li B, Yang H. Comparison of clinical features and pregnancy outcomes in early- and late-onset preeclampsia with HELLP syndrome: a 10-year retrospective study from a tertiary hospital and referral center in China. BMC Pregnancy Childbirth. 2022; 22(1):186.
4. Green MCTP, Rodrigues FP, Milaré KM. Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica**.** Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020;12(11):1-15.
5. Demir BC, Ozerkan K, Ozbek SE, Eryilmaz NY, Ocakoglu G. Comparison of magnesium sulfate and mannitol in treatment of eclamptic women with posterior reversible encephalopathy syndrome. Arch Gynecol Obstet. 2012 Aug; 286(2):287-93.
6. Dantas GB, Cirilo MVSP, Diniz PSM, Prado LHC, Albuquerque GS, Oliveira RG, *et al.* Complicações neurológicas da síndrome hellp**.** Brazilian Journal of Health Review. 2021;4(4):16560-73.

Resumo

HEMORRAGIA PÓS-PARTO: PACIENTE CRÍTICO, QUAIS MEDIDAS DEVEM SER TOMADAS?

Fernanda Machado Couto[1], Júlia Daiana Esteves Reis[2], Vinícius Sardinha Pinho[3], Daniela Cristina Machado Tameirão[4].

[1]Faculdade Atenas de Sete Lagoas
[2]Faculdade Atenas de Sete Lagoas
[3]Faculdade Atenas de Sete Lagoas
[4]Faculdade Atenas de Sete Lagoas

Autor correspondente: Fernanda Machado Couto. Email: fernanda.machadocoutoo@gmail.com

INTRODUÇÃO: A hemorragia pós-parto (HPP), definida como perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou de 1000 mL após cesariana nas primeiras 24 horas. É uma emergência médica pelo seu alto índice de mortalidade. Qualquer gestante pode ter HPP, mas aquelas com anormalidades placentárias têm maior risco. Portanto, o manejo ativo do terceiro período em qualquer parturiente é importante prática de prevenção e tratamento da HPP. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi investigar métodos de prevenção e tratamento da HPP. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, onde foram coletadas informações das bases de dados PubMed e Scielo: postpartum hemorrhage and risk factors. Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2017 e 2022. A busca resultou em 62 trabalhos dos quais 15 foram designados de acordo com os critérios de inclusão (ano e período de publicação e artigos gratuitos que abordam a temática proposta). **REVISÃO:** Neste cenário, o termo "hora de ouro" é responsável por conter a hemorragia na primeira hora após seu diagnóstico. Deve-se ter o monitoramento contínuo da paciente, denominado manejo ativo do terceiro período do trabalho de parto que inclui uso de ocitocina, manobras e checagem para útero, cordão umbilical e hemorragias. Para estimar a perda de sangue, que estratégias mais utilizadas incluem recursos visuais, a pesagem de compressas e os parâmetros clínicos. Há intervenções possíveis para parturientes em estado crítico. **CONCLUSÃO:** Portanto, qualquer mulher independente dos riscos, tem chance de ter uma HPP. Desta forma, é de extrema importância o manejo ativo e a atenção redobrada durante as primeiras horas pós-parto, momentos mais suscetíveis a apresentar uma HPP.

Palavras-chave: Hemorragia pós-parto. Hora de ouro. Trabalho de parto. Ocitocina. Tratamento da hpp.

REFERÊNCIAS:

McLintock C. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage: focus on hematological aspects of management. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2020 Dec 4;2020(1):542-546.

Parpex G, Khediri Z, Michel P, Visbecq JN, Duviquet MJ, Poncelet C. Postpartum hemorrhage: Could oxytocin be the cause? Results from a morbidity and mortality review to enhance quality, safety, and relevance of care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021 Mar;258:299-303.

Goad L, Rockhill K, Schwarz J, Heyborne K, Fabbri S. Development and validation of a prediction model for postpartum hemorrhage at a single safety net tertiary care center. Am J Obstet Gynecol MFM. 2021 Sep;3(5):100404.

Ende HB, Lozada MJ, Chestnut DH, Osmundson SS, Walden RL, Shotwell MS, *et al*. Risk Factors for Atonic Postpartum Hemorrhage: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2021 Feb 1;137(2):305-323.

Omotayo MO, Abioye AI, Kuyebi M, Eke AC. Prenatal anemia and postpartum hemorrhage risk: A systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2021 Aug;47(8):2565-2576.

Andrikopoulou M, D'Alton ME. Postpartum hemorrhage: early identification challenges. Semin Perinatol. 2019 Feb;43(1):11-17.

Edwards HM. Aetiology and treatment of severe postpartum haemorrhage. Dan Med J. 2018 Mar;65(3):B5444.

Durmaz A, Komurcu N. Relationship Between Maternal Characteristics and Postpartum Hemorrhage: A Meta-Analysis Study. J Nurs Res. 2018 Oct;26(5):362-372.

Bischoff K, Nothacker M, Lehane C, Lang B, Meerpohl J, Schmucker C. Lack of controlled studies investigating the risk of postpartum haemorrhage in cesarean delivery after prior use of oxytocin: a scoping review. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Nov 29;17(1):399.

Resumo

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM PACIENTES CRÍTICOS PÓS - PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E SUA EFICÁCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Fernanda Júlia Rosa Silva[1], Thaís Pereira Leite Garcia[2], Layanna Rigaud Santos Oliveira[2], Bruna Guimarães Fernandes Tavares[2], Ricardo de Souza Ribeiro[3]

1- Faculdade Atenas - Sete Lagoas MG - Brasil
2- Faculdade Atenas - Sete Lagoas MG - Brasil
3- Faculdade Atenas - Sete Lagoas MG - Brasil
Autor correspondente: Fernanda Júlia Rosa Silva. E-mail: fernandajuliarosa@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A parada cardiorrespiratória (PCR) define-se como a ausência de pulso em grandes artérias. É uma situação de emergência no setor médico, pois a sobrevida está relacionada ao tempo e a qualidade do atendimento realizado, o que determina atuação rápida da equipe com manobras de reanimação.[2] A hipotermia terapêutica (HT), técnica ainda subutilizada, demonstra bom prognóstico na redução de sequelas neurológicas e índice de mortalidade em pacientes graves. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia e a técnica da HT na redução da extensão do dano neurológico e mortalidade de pacientes pós-PCR. **MÉTODO:** Pesquisa bibliográfica utilizando bases de dados da PubMed e Scielo, no período entre 2012 a 2017. Foram utilizados os descritores: *parada cardiorrespiratória; hipotermia terapêutica* e *danos neurológicos*. **REVISÃO:** Estudo multicêntrico randomizado com 275 pacientes ressuscitados após PCR por fibrilação ou taquicardia ventricular, onde comparou a técnica da HT e o tratamento padrão (normotermia). Os resultados mostraram melhora de 40% no prognóstico neurológico do grupo hipotermia, redução no risco de mortalidade em 26%, além de limitação da lesão miocárdica e diminuição da resposta inflamatória sistêmica.[1] Conforme diretrizes da International Liaison Committee on Resuscitation, a aplicação da HT é realizada em pacientes pós-PCR em ambiente hospitalar, com temperatura leve (entre 32ºC e 34º C) em período de 12 a 24 horas.[4] O método mais eficaz para alcançar a temperatura adequada foi a infusão de líquidos gelados, com diminuição da taxa metabólica cerebral de oxigênio (TMCO2) em 6% para cada 1°C de redução na temperatura.[3] **CONCLUSÃO:** Com base nos achados do estudo, conclui-se que a hipotermia associada a um manejo clínico precoce e efetivo pós PCR apresenta desfecho favorável dos casos, ativando mecanismos neuroprotetores e redução da mortalidade. No entanto, ressalta-se a necessidade de qualificar as equipes, a fim de favorecer a adesão da técnica em ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Hipotermia induzida. Neuroproteção. Parada cardiorrespiratória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Franco RA, Giannetti NS, Serrano Jr CV, Nicolau JC. Aplicação de hipotermia terapêutica em paciente com coronariopatia aguda. Arq. Bras. Cardiol. 2012; 99(2).
2. Regalado B, baptista C, Santos C, Pereira S, Principe F. Benefícios da hipotermia terapêutica pós-paragem cardíaca fora do hospital: uma revisão sistemática. Evidencias. 2015; 2:23-35.
3. Rodrigues JHS, Faico Filho KS, Givisiez BS, Silva IF, Ulhôa MA. Benefícios na prevenção de lesão neuronal pós-parada cardiorrespiratória (PCR) na hipotermia terapêutica: breve revisão. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015; 6(2):1774-1785.
4. Silva Junior EM, Nascimento LK. A Hipotermia Terapêutica na Recuperação de Pacientes Pós Parada Cardiorespiratória. Revista Carpe Diem. 2017; 15(1):122-136.

Resumo

MANEJO CLÍNICO-CIRÚRGICO DA APENDICITE SUPURADA: QUAL A OPÇÃO DE TRATAMENTO MAIS ADEQUADA PARA O PACIENTE CRÍTICO?

Ian Lucas Leite Veloso[1], Arthur Barbosa Santos[1], Leticia Sant'Ana Domiciano[2], Rita de Cássia Silva[2], João Paulo Lemos da Silveira Santos[3].

1Faculdade Atenas de Sete Lagoas. Sete Lagoas – MG, Brasil
2Faculdade Atenas de Sete Lagoas. Sete Lagoas – MG, Brasil
3 Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo (IGENCAD)
Autor correspondente: Ian Lucas Leite Veloso. E-mail: ianllv@hotmail.com

Introdução: Considerada a etiologia mais comum de dor abdominal, a apendicite é a condição que necessita de uma das cirurgias mais recorrentes e emergenciais do mundo. Na presença de complicações, os tratamentos clínicos e cirúrgicos se complementam. Há espaço para terapia percutânea por radiologia intervencionista, cirurgia minimamente invasiva e manejo convencional aberto. **Objetivo:** Consolidar perspectivas específicas no que tange ao manejo da apendicite supurada, abrangendo indicações, repercussões e prognóstico. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura dos últimos cinco anos, por meio da estratégia PICO. Problema: indivíduos com apendicite supurada; intervenção: manejo clínico-cirúrgico; comparação: tratamento conservador ou cirúrgico; *outcomes*: desfecho após a intervenção. Os descritores utilizados foram: "*Appendicitis*" AND "*Appendectomy*" AND "*Conservative Treatment*" AND *"Prognosis"* nas bases de dados BVS, PubMed e ScienceDirect, com seleção de 11 artigos. **Revisão da literatura:** A Apendicectomia Tradicional de Emergência (ATE) tem sido o tratamento padrão-ouro para apendicite aguda devido ao risco de sua progressão. No entanto, a ATE para a apendicite supurada pode resultar em manipulação excessiva do tecido para descolar aderências, levando ao aumento da morbidade e do risco de cirurgia de expansão desnecessária. O manejo preconizado para esses casos é o tratamento com antibióticos e drenagem do abscesso periapêndice. A apendicectomia de intervalo também pode ser importante, mas a sua necessidade continua controversa devido às taxas de recorrência e possível malignidade subjacente. **Conclusão:** Apesar de existirem técnicas clínicas e de imagem que contribuam para um diagnóstico preciso da apendicite, a opção de tratamento mais adequada para a sua complicação permanece sem resposta e a experiência do médico continua sendo a base de escolha para a conduta. Dessa forma, novas pesquisas são imprescindíveis para alcançar um melhor prognóstico.

Palavras-chave: Apendicite. Apendicectomia. Tratamento Conservador. Prognóstico.

Referências

Al-kurd A, Mizrahi I, Siam B, Kupietzky A, Hiller N, Beglaibter N, *et al.* Outcomes of interval appendectomy in comparison with appendectomy for acute appendicitis. J Surg Res. 2018;225:90-94.

Chang Y-J, Chao H-C, Chen C-L, Chen S-Y, Yan D-C, Tsai M-H. C-reactive protein may predict the recurrence of appendicitis in children formerly with appendiceal mass after successful non-operative treatment. Pediatr Neonatol. 2017;58(4):350-354.

Gelpke K, Hamminga JTH, Bastelaar JJv, Vos B, Bodegom ME, Heineman E, *et al.* Reducing the negative appendectomy rate with the laparoscopic appendicitis score; a multicenter prospective cohort and validation study**.** Int J Surg. 2020;79: 257-264.

Habeeb TAAM, Hussain A, Scholottmann F, Kermansaravi M, Aiolfi A, Mtic I, *et al.* Recurrent appendicitis following successful drainage of appendicular abscess in adult without interval appendectomy during COVID-19. Prospective cohort study**.** Int J Surg. 2022; 97:106200.

Hori T, Machimoto T, Kadokawa Y, Hata T, Ito T, Kato S, *et al.* Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: How to discourage surgeons using inadequate therapy. World J Gastroenterol. 2017; 23(32):5849-5859.

Mallinen J, Rautio T, Gronroos J, Rantanen T, Nordstrom P, Savolainen H, *et al.* Risk of appendiceal neoplasm in periappendicular abscess in patients treated with interval appendectomy vs follow-up with magnetic resonance imaging: 1-year outcomes of the peri–appendicitis acuta randomized clinical trial. JAMA Surg. 2019; 154(3):200-207.

Miyo M, Urabe S, Hyuga S, Nakagawa T, Michiura T, Hayashi N, *et al.* Clinical outcomes of single- site laparoscopic interval appendectomy for severe complicated appendicitis: Comparison to conventional emergency appendectomy. Ann Gastroenterol Surg. 2019;3(5):561-567.

Perez KS, Allen SR. Complicated appendicitis and considerations for interval appendectomy. JAAPA. 2018;31(9):35-41.

Suzuki T, Matsumoto A, Akao T, Kobayashi S, Matsumoto H. Interval laparoscopic appendectomy after laparotomy drainage for acute appendicitis with abscess: A case report. Int J Surg Case Rep. 2022; 96:107319.

Tsai H-Y, Chao H-C, Yu W-J. Early appendectomy shortens antibiotic course and hospital stay in children with early perforated appendicitis. Pediatr Neonatol. 2017; 58(5):406-414.

Young KA, Neuhaus NM, Fluck M, Blansfield JA, Hunsinger MA, Shabahang MM, *et al.* Outcomes of complicated appendicitis: is conservative management as smooth as it seems?. Am J Surg. 2018;215(4):586-592.

Resumo

O MANEJO DA GLICEMIA COMO FATOR PROTETOR EM PACIENTES CRÍTICOS COM COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Eduardo Amorim Leite[1], Antonio de Pádua Gandra Santiago Filho[2], Adriano Lourençoni Freitas[2], Antonio de Pádua Gandra Santiago[3]

[1] Ciências Médicas de Minas Gerais
[2] Ciências Médicas de Minas Gerais
[3] Ciências Médicas de Minas Gerais
Autor correspondente: Eduardo Amorim Leite. E-mail: Eduardo.am.leite@gmail.com

Introdução: Devido ao aumento exponencial de pacientes em estado crítico durante a pandemia do COVID-19 foram necessárias diversas pesquisas para melhorar a eficácia do tratamento. Dito isso, a glicemia se mostrou um fator de grande importância, uma vez que, se descontrolada, foi descrita como um fator independente para a um pior prognóstico em pacientes críticos com a SARS-CoV-2. Uma das características do vírus é a sua capacidade de infiltrar nas glândulas pancreáticas acarretando em mudanças morfológicas e funcionais que desregulam a liberação de insulina. **Objetivo:** Elucidar a importância do manejo correto da glicemia em pacientes críticos com COVID-19 a fim de obter um melhor prognóstico. **Metodologia:** Foi realizado uma revisão de literatura a partir de artigos científicos da base de dados PubMed e JAMA com os seguintes descritores "covid-19", "paciente crítico" e "glicemia". **Revisão de literatura:** A hiperglicemia em pacientes críticos com o COVID-19 (>180mg/dL) é associada com a tempestade inflamatória, aumento da resistência insulínica, aumento dos hormônios contra regulatórios (cortisol, glucagon, catecolaminas, hormônio do crescimento), e liberação do fator de necrose tumoral alfa (TNF- alfa) e interleucina (IL-1). Ademais, hipoglicemia nesses pacientes (<110mg/dL) está atrelada a uma maior mortalidade devido a um aumento nas chances de choque, sepse e aumento do risco cardiovascular. Além disso, a glicemia flutuante, definida por picos de hiper e hipoglicemia, também está relacionada com aumento de danos microvasculares e aumento nas chances de infecções. **Conclusão:** Desse modo, manter o paciente normoglicêmico (110-180 mg/dL) é um fator que, sozinho, consegue proteger o doente crítico com COVID-19 de uma cascata de reações pró-inflamatórias, aumento do risco cardiovascular, neuropatias, diminuição do período de ventilação mecânica e aumento de infecções responsáveis por piorar drasticamente o prognóstico do paciente.

Palavras-chave: COVID-19. Glicemia. Paciente crítico.

Referências:

1- Lazarus G, Audrey J, Wangsaputra VK, Tamara A, Tahapary D. High admission blood glucose independently predicts poor prognosis in COVID-19 patients: A systematic review and dose-response meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract. 2021;171:108561.

2- Wang S, Ma P, Zhang S, Song S, Wang Z, Ma Y, *et al*. Fasting blood glucose at admission is an independent predictor for 28-day mortality in patients with COVID-19 without previous diagnosis of diabetes: a multi-centre retrospective study. Diabetologia. 2020;63(10):2102–2111.

3- Kethireddy R, Gandhi D, Kichloo A, Patel L. Challenges in hyperglycemia management in critically ill patients with COVID-19. World J Crit Care Med. 2022;11(4):219–227.

4- Alhatemi G, Aldiwani H, Alhatemi R, Hussein M, Mahdai S, Seyoum B. Glycemic control in the critically ill: Less is more. Cleve Clin J Med. 2022;89(4):191–199.

5- Chen J, Wu C, Wang X, Yu J, Sun Z. The Impact of COVID-19 on Blood Glucose: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Endocrinol (Lausanne). 2020; 11:574541.

Resumo

PACIENTE CRÍTICO POR TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO FARMACOINDUZIDO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Arthur Barbosa Santos[1], Ian Lucas Leite Velosos[2], Rita de Cássia Silva[2], Renata Inez de Freitas Marques Chaves[3]

[1] Faculdade Atenas - Sete Lagoas (MG), Brasil.
[2] Faculdade Atenas - Sete Lagoas (MG), Brasil.
[3] Pontifiica Universidade Católica de Minas Gerais; Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE (2019)

Autor correspondente: Arthur Barbosa Santos. E-mail: arthurbarbosasantos41@gmail.com

Introdução: Diversos podem ser os mecanismos nos quais um paciente pode consolidar a tentativa de autoextermínio. Quando se opta pela farmacoindução, o manejo emergencial precoce é fundamental para melhora clínica. Objetivou-se elencar condutas aplicadas frente ao paciente crítico devido à tentativa de autoextermínio com fármacos. Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura dos últimos cinco anos, por meio da estratégia PICO. Problema: indivíduos pós-tentativa de autoextermínio; intervenção: manejo da intercorrência; comparação: tratamento mediante antídoso, soroterapia ou outra técnica; outcomes: desfecho do quadro. Foram utilizados os descritores "Suicídio", "Drogas" e "Emergência", conectados pelo operador booleano "AND", nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e ScienceDirect. 11 artigos foram selecionados após os critérios de inclusão (texto disponível na íntegra, idioma inglês e dados brutos) e exclusão por duplicidade, título, resumo e leitura na íntegra. Revisão: Se a tentativa de suicídio ocorrer por farmacoindução, a conduta pode perfazer a utilização de antídotos, soroterapia, uso de carvão ativado ou diversas outras técnicas. Além disso, é fundamental alinhar a terapêutica com apoio psicológico especializado e assistência social. Conclusão: O autoextermínio farmacoinduzido pode representar um grande desafio, sendo necessária uma abordagem especializada a cada caso, variando do medicamento de escolha à situação clínica.

Palavras-chave: Suicídio. Drogas. Emergência.

Referências:

Akkus M, Davarci PZ, Bas S, Odluyurt H, Aydogan M. Evaluation of inflammatory parameters in patients who attempted suicide by taking drugs. Bratisl Lek Listy. 2022;123(6):435-439.

Andersen CU, Nielsen LP, Moller JM, Olesen AE. Acute drug poisonings leading to hospitalization. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2022;130(2):328-336.

Ferreira ACZ, Capistrano FC, Kaled M, Maftum MA, Kalinke LP, Palm RCM, Miasso A. Suicide attempt by people with substance use disorders in treatment. REME – Rev Min Enferm. 2022; 26:e-1432.

Francis M, Spiller HÁ, Badeti J, Funk AR, Casavant MJ, Michaels NL, *et al.* Suspected suicides and nonfatal suicide attempts involving antidepressants reported to United States poison control centers, 2000–2020. Clin Toxicol (Phila). 2022;60(7):818-826.

Kaminski JA, Bschor T. Antidepressants and suicidality: a re-analysis of the re-analysis. J Affect Disord. 2020; 266: 95-99.

Khan H, Garg A, Yasmeen, Agarwal NB, Yadav DK, Khan MA, *et al.* Zolpidem use and risk of suicide: a systemic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2022;316:114777.

Moura EH, Sousa CMS, Araújo OD, Mascarenhas MDM. Atendimento pré-hospitalar às tentativas de suicídio: um estudo transversal. J Bras Psiquiatr. 2022;71(1):92-9.

Shand F, Vogl L, Robinson J. Improving patient care after a suicide attempt. Australas Psychiatry. 2018;26(2): 145-148.

Tubas F, Esen FH, Gunduz BO, Unay B. Youth suicide and hospital-presenting suicide attempts: Examination of risk factors for multiple suicide attempts in adolescence. Int J Soc Psychiatry. 2022 Aug;68(5):1047-1053.

Vadukapuram R, Trivedi C, Mansuri Z, Jain S. Common methods of suicide and self-inflicted poisoning/injury by individuals with major depressive disorder and bipolar disorder: a nationwide inpatient sample analysis. Prim Care Companion CNS Disord. 2022 Aug 16;24(4):21m03159.

Vancayseele N, Rotsaert I, Portzky G, Heeringen Kv. Medication used in intentional drug overdose in Flanders 2008-2013. PLoS One. 2019 May 2;14(5):e0216317.

Resumo

RECENTE PARADIGMA PARA O TRATAMENTO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMÓRFICA COM PULSO

Jean Carlos Silva de Melo[1], Isabela Ferreira de Jesus[1], Jordan Vieira de Oliveira[2].

[1]Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG - Brasil.
2Cardiologista. Complexo Hospitalar São Francisco, Belo Horizonte, MG - Brasil.
Autor correspondente: Jean Carlos Silva de Melo; Email: jeancarlossmelo@gmail.com

Introdução: Taquicardia Ventricular (TV) é definida pela presença de ≥ 3 batimentos ventriculares consecutivos com frequência ≥ 120 bpm. Os sintomas dependem da duração da arritmia e da função ventricular, variando desde quadros assintomáticos até colapso hemodinâmico e morte. O tratamento da TV monomórfica envolve cardioversão elétrica (CVE) ou uso de drogas antiarrítmicas (ex.; amiodarona, procainamida), dependendo dos sintomas. A TV geralmente se degenera em fibrilação ventricular, se não tratada adequadamente. **Objetivo:** Introduzir na prática médica o recente paradigma para o tratamento de TV monomórfica com pulso, proposto pela *European Society of Cardiology* (ESC) em 2022, referente ao uso de CVE em todos os pacientes com esse diagnóstico, independentemente dos sintomas. **Metodologia**: Esse trabalho empregou como metodologia a análise do "*ESC Guidelines for The Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death*" (2022) e os estudos que suportaram essas recomendações. **Revisão de literatura**: O emprego da terapia farmacológica com antiarrítmicos em pacientes com TV monomórfica podem promover efeitos colaterais indesejados (ex.: hipotensão arterial). A CVE, entretanto, requer a avaliação do risco de sedação. No estudo PROCAIMO (2017), o uso da procainamida esteve associado à alta proporção de término da arritmia e poucos efeitos colaterais em comparação como a amiodarona. A administração de outros antiarrítmicos (ex: ajmalina, sotalol, flecainida) podem ser considerados em pacientes sem doença cardíaca estrutural. A recente recomendação do uso de CVE para tratamento da TV monomórfica sem repercussão hemodinâmica baseia-se em opiniões de especialistas, reportadas na reunião da ESC em 2022. **Conclusão**: A CVE está recentemente indicada como tratamento de primeira linha para pacientes com TV monomórfica, sem repercussão hemodinâmica, desde que o risco de sedação seja baixo (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C).

Palavras-chave: Taquicardia Ventricular. Cardioversão Elétrica. Antiarrítmicos.

Referências:

1. Gill JS, Mehta D, Ward DE, Camm AJ. Efficacy of flecainide, sotalol, and verapamil in the treatment of right ventricular tachycardia in patients without overt cardiac abnormality. Br Heart J. 1992 Oct;68(4):392-7.
2. Manz M, Mletzko R, Jung W, Lüderitz B. Electrophysiological and haemodynamic effects of lidocaine and ajmaline in the management of sustained ventricular tachycardia. Eur Heart J. 1992 Aug;13(8):1123-8.
3. Ortiz M, Martín A, Arribas F, Coll-Vinent B, Del Arco C, Peinado R, *et al*. Randomized comparison of intravenous procainamide vs. intravenous amiodarone for the acute treatment of tolerated wide QRS tachycardia: the PROCAMIO study. Eur Heart J. 2017 May 1;38(17):1329-1335.
4. Zeppenfeld K, Tfelt-Hansen J, de Riva M, Winkel BG, Behr ER, Blom NA, *et al*. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eur Heart J. 2022 Oct 21;43(40):3997-4126.

Resumo

RELATO DE CASO: CERATITE POR EXPOSIÇÃO EM PACIENTE INTUBADO DEVIDO À ASMA MAL CONTROLADA

Andyhara Horácio Rayol[1], Kézia Kerr de Souza[1], Letícia Stella Oliveira Pereira[1], Filipe Garcia Moreira[2].

[1]Faculdade de Medicina – UNIVALE, Governador Valadares, MG - Brasil
2Especialista em Oftalmologia e Professor do Curso de Medicina-UNIVALE, Governador Valadares, MG - Brasil

Autor correspondente: Andyhara Horácio Rayol; E-mail: andyhararayol123456@gmail.com

Introdução: Pacientes críticos em UTI's estão predispostos a desenvolver complicações oftalmológicas, como a ceratopatia de exposição. Esta é caracterizada pelo fechamento incompleto do olho associado a defeitos do filme lacrimal que resultam em lesões à córnea com consequente dano visual. Dentre os fatores de risco, podem-se citar a ventilação mecânica, sedação, redução no nível de consciência, oclusão ocular incompleta e reflexo corneano prejudicado com comprometimento do ato de piscar. R**elato de caso:** Paciente em ambulatório oftalmológico com relato de que apresentou quadro de asma grave e necessitou de internação em UTI e permaneceu sob ventilação mecânica por 10 dias, período no qual permaneceu de olhos abertos e sem devidos cuidados. Após alta hospitalar, a acuidade visual da paciente era de 5% em OD e 25% em OE. Tomografia de Córnea evidencia lesões estromais (haze) profundas em ambas as córneas típicas de ceratopatia por exposição e com inviabilidade de terapia a laser padrão. Após meses de tratamento com colírios, a acuidade visual da paciente foi de 25% em OD e 100% em OE. **Conclusão:** A ceratopatia por exposição é frequentemente encontrada em pacientes críticos e pode ser prevenida através de protocolos simples. Dentre as opções de tratamento, podem-se utilizar lubrificantes oculares seguidos pela utilização de uma pomada liposílica e a oclusão dos olhos com fita adesiva.

Palavras-chave: Cuidados Críticos. Doenças da Córnea. Ceratite.

Referências:

1. Dawson D. Development of a new eye care guideline for critically ill patients. Intensive Crit Care Nurs. 2005 Apr;21(2):119-22.
2. Ting DSJ, Deshmukh R, Said DG, Dua HS. Care for critically Ill patients with COVID-19: don't forget the eyes. Eye (Lond). 2020 Jul;34(7):1253-1254.
3. Kousha O, Kousha Z, Paddle J. Exposure keratopathy: Incidence, risk factors and impact of protocolised care on exposure keratopathy in critically ill adults. J Crit Care. 2018 Apr;44:413-418

Resumo

RELATO DE CASO: CRISE DE ASMA PEDIÁTRICA REFRATÁRIA AO TRATAMENTO - COMO CONDUZIR O PACIENTE CRÍTICO?

Arthur Barbosa Santos[1], Rita de Cássia Silva[2], Ludimila Leão de Souza Silva[3].

[1] Faculdade Atenas, Sete Lagoas, MG - Brasil.
[2] Faculdade Atenas, Sete Lagoas, MG - Brasil.
[3]Médica pediatra em Hospital Municipal Monsenhor Flavio Damato, Sete Lagoas, MG - Brasil.

Autor correspondente: Arthur Barbosa Santos; Email: arthurbarbosasantos41@gmail.com

Admitido na Unidade Pronto Atendimento, paciente sexo masculino, 9 anos, peso: 30kg, acompanhado pela mãe, dispneico, gemente, queixoso, hipocorado, afebril, rebaixamento leve de consciência, cooperativo, saturação 92%, taquipneico, com esforço respiratório moderado em uso de musculatura acessória, estertores de predomínio esquerdo e broncoespasmo grave. Preconizadas medidas de resgate. Criança evolui com taquidispneia grave e necessidade de O_2 por máscara facial. Feito Sulfato de Magnésio 50mg/kg, sem melhora do quadro. Devido à queda abrupta de saturação (88%) durante a administração de salbutamol inalatório, houve troca para forma de prescrição intravenosa. Realizado teste rápido para Sars-Cov-2, negativado, seguido por revisões laboratoriais periódicas. Evolui sem tolerar desmame de O_2, sendo realizado novo resgate. Ao longo das avaliações, foram tentadas diversas linhas de tratamento (Salbutamol ataque 20/20 min (9x) + manutenção em jatos de 1/1h, Ipratrópio 4 jatos (ataque 20/20min, 3x) + manutenção de 4/4h, Hidrocortisona 5mg/kg 6/6h, $MgSO_4$ 50mg/kg e ataque de Salbumatol IV (200mcg), sem melhora significativa. Procedida transferência para Unidade de Terapia Intensiva preconizada, em uso de O_2 por máscara facial 12l/min, FR: 45IRPM, $SatO_2$: 91%, FC: 143BPM, glicemia capilar: 142mg/ml, RX tórax com infiltrado pirihilar discreto. Gasometria arterial: pH (7,37), PCO_2 (39), PO_2 (65,3), HCO_3 (22,3) e BE (-2,7). A crise asmática refratária é, portanto, um grande desafio.

Palavras-chave: Asma. Emergências. Terapêutica.

Referências:

1. Barsky EE, Giancola LM, Baxi SN, Gaffin JM. A Practical Approach to Severe Asthma in Children. Ann Am Thorac Soc. 2018 Apr;15(4):399-408.
2. Bush A. How to Choose the Correct Drug in Severe Pediatric Asthma. Front Pediatr. 2022 Jun 2;10:902168.
3. Guilleminault L, Didier A. Severe asthma revisited by biologic therapies emergences. Presse Med. 2019 Mar;48(3 Pt 1):310-321.
4. Henderson I, Caiazzo E, McSharry C, Guzik TJ, Maffia P. Why do some asthma patients respond poorly to glucocorticoid therapy? Pharmacol Res. 2020 Oct;160:105189.
5. Hochman SM, Catapano A, Shawl A, Somwaru B. Emergency department management of acute asthma exacerbations. Emerg Med Pract. 2022 Feb 1;24(2):1-32.
6. Maselli DJ, Peters JI. Medication Regimens for Managing Acute Asthma. Respir Care. 2018 Jun;63(6):783-796.
7. Mavissakalian M, Brady S. The Current State of Biologic Therapies for Treatment of Refractory Asthma. Clin Rev Allergy Immunol. 2020 Oct;59(2):195-207.
8. Menzella F, Bertolini F, Biava M, Galeone C, Scelfo C, Caminati M. Severe refractory asthma: current treatment options and ongoing research. Drugs Context. 2018 Dec 5;7:212561.
9. Menzella F, Ghidoni G, Fontana M, Capobelli S, Livrieri F, Castagnetti C, *et al.* The role of systemic corticosteroids in severe asthma and new evidence in their management and tapering. Expert Rev Clin Immunol. 2021 Dec;17(12):1283-1299.
10. Most JF, Bork S. New developments in asthma therapeutics. Curr Opin Pharmacol. 2020 Apr;51:59-65.
11. Perikleous EP, Steiropoulos P, Nena E, Paraskakis E. Biologic Therapies in Pediatric Asthma. J Pers Med. 2022 Jun 18;12(6):999.

Resumo

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE ENVENENAMENTO POR MAIS DE 100 PICADAS DE ABELHA EM IDOSO - UM PACIENTE CRÍTICO DESAFIADOR

Arthur Barbosa Santos[1], Rita de Cássia Silva[2], Renata Inez de Freitas Marques Chaves[3].

[1] Faculdade Atenas, Sete Lagoas, MG - Brasil.
[2] Faculdade Atenas, Sete Lagoas, MG - Brasil.
[3] Médica pela Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE

Autor correspondente: Arthur Barbosa Santos; E-mail: arthurbarbosasantos41@gmail.com

Paciente do sexo masculino, 67 anos, branco, aposentado. O acidente ocorreu em perímetro rural de Sete Lagoas - Minas Gerais (MG), devido a ataque por enxame de abelhas. Deu entrada na Unidade de Pronto Atendimento em Estado Geral Regular, edemaciado, febril, hipotenso, taquicardia e com rebaixamento de nível de consciência. Presença de placas urticariformes, pápulas, rubor e prurido. Houve prescrição medicamentosa de Adrenalina (Epinefrina 1mg/ml), Prometazina (Fenergan), Hidrocortizona (500mg), Heparina sódica, Dipirona (1g), Tenoxican (20mg/ml) e Metoclopramida (10mg/2ml). Para suporte especializado, foi contatado o Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Minas Gerais (CIAToxMG), adjacente ao Hospital João XXIII, que orientou hidratação venosa prolongada, exames laboratoriais com periodicidade de 6h/6h e observação contínua. Foi administrada infusão generosa de volume com cristalóides e realizada a remoção dos ferrões sobre a pele do paciente, sendo retirados incontáveis acúleos, contabilizando mais de 100 aguilhões de abelhas. Paciente evolui com rabdomiólise e hemólise. Foram solicitadas novas revisões laboratoriais, monitorização e continuidade no tratamento preconizado. A partir do segundo dia de internação, é iniciada melhora clínica, seguida de alta médica estável. A síndrome de envenenamento por múltiplas picadas de abelha é, portanto, um desafio ao manejo emergencial, sendo necessário alinhar análises laboratoriais contínuas com tratamento imediato.

Palavras-chave: Mordeduras e Picadas. Abelhas. Emergências.

Referências:

1. Acehan S, Satar S, Gulen M, Yucel C, Segmen MS. Angina and Arrhythmia Symptoms Following Multiple Bee Stings: Kounis Syndrome. Wilderness Environ Med. 2022 Dec;33(4):417-421.
2. Adib-Tezer H, Bayerl C. Honeybee and wasp venom allergy: Sensitization and immunotherapy. J Dtsch Dermatol Ges. 2018 Oct;16(10):1228-1247.
3. Boburka SM. Reducing the sting: Diagnosis and management of Hymenoptera venom allergy. JAAPA. 2021 Aug 1;34(8):28-32.
4. Engin A, Oktelik FB, Gelincik A, Sin A, Sin BA, Dursun BA, *et al*. The role of component-resolved diagnosis in Hymenoptera venom allergy in clinical practice. Allergy Asthma Proc. 2021 Jul 1;42(4):350-356.
5. Fakhar M, Zakariaei Z, Sharifpour A, Soleymani M, Zakariaei A. Fatal outcome following multiple bee stings: A rare case. Clin Case Rep. 2022 Jan 25;10(1):e05303.
6. Kono IS, Freire RL, Caldart ET, Rodrigues FS, Santos JA, Freire LGD, *et al*. Bee stings in Brazil: Epidemiological aspects in humans. Toxicon. 2021 Oct 15;201:59-65.
7. Mendonça-da-Silva I, Monteiro WM, Sachett JAG, Barbosa ES, Cordeiro-Dos-Santos M, Lacerda MVG, *et al*. Bee sting envenomation severe cases in Manaus, Brazilian Amazon: clinical characteristics and immune markers of case reports. Rev Soc Bras Med Trop. 2020 Dec 21;54:e20200319.
8. Pucca MB, Cerni FA, Oliveira IS, Jenkins TP, Argemí L, Sørensen CV, *et al*. Bee Updated: Current Knowledge on Bee Venom and Bee Envenoming Therapy. Front Immunol. 2019 Sep 6;10:2090..
9. Wu ZH, Sun AF, Xue JK, Zhi SC, Zhang HY, Zhao GJ, *et al*. [Treatment report of three cases of multiple wasp stings]. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2021 Apr 20;39(4):310-312.
10. Zahirović A, Luzar J, Molek P, Kruljec N, Lunder M. Bee Venom Immunotherapy: Current Status and Future Directions. Clin Rev Allergy Immunol. 2020 Jun;58(3):326-341.

Resumo

SÍNDROME METABÓLICA, UMA ABORDAGEM EM PACIENTES CRÍTICOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E COVID-19

Gabriel Domingues dos Santos[1], Gabriel Victor Gonçalves Figueiredo[2], Leticia Sant'Ana Domiciano[2], Maísa Teles Caetano[2], Cláudio de Melo Batista[3].

1Faculdade Atenas, Sete Lagoas, MG - Brasil
2Faculdade Atenas, Sete Lagoas, MG - Brasil
3Docente da Faculdade Atenas, Sete Lagoas, MG - Brasil

Autor correspondente: Gabriel Domingues dos Santos; Email: gabriel11trabalho@gmail.com

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) está associado à alta mortalidade em pacientes portadores do SARS-CoV-2, vírus causador da COVID-19, devido à hiperglicemia intra-hospitalar, que dificulta a manutenção do controle glicêmico dos diabéticos contaminados. **Objetivo:** Analisar a evolução do paciente crítico portador de DM e COVID-19. **Metodologia:** Essa revisão baseou-se na pergunta *PICO* (*P*: pacientes com DM e COVID-19; *I*: propedêutica e evolução clínica; *C*: comparação entre os níveis de gravidade; *O*: manejo e desfecho do quadro). Foram usados os descritores COVID-19, *Diabetics* e *Emergency*, conectados pelo operador booleano *AND*, para a busca nas bases de dados PubMed, SciELO e Cochrane, sendo incluídos estudos publicados nos últimos 5 anos e filtrados 10 artigos para a leitura na íntegra. **Revisão de literatura:** O contágio pelo vírus leva ao surgimento de fenótipos de células imunes que aumentam a gravidade e influenciam na composição plasmática metabólica e proteômica. Em pacientes críticos, há uma redução no perfil de proteínas e na metabolização de xenobióticos e uma alta regulação de moléculas associadas ao metabolismo de aminoácidos, nucleotídeos e carboidratos. Desse modo, o foco no DM é importante para o controle da síndrome metabólica (SM) e da hiperglicemia hospitalar. Parâmetros como medir a glicemia capilar na admissão dos internados, monitorar a glicose contínua e a insulinoterapia podem estabilizar o quadro desses pacientes, pois a infecção favorece a hiperglicemia. Se o paciente em terapia intensiva apresenta dois picos hiperglicêmicos (>180 mg/dL), deve-se prescrever insulina contínua, avaliar cetoacidose, equilíbrio hidroeletrolítico e controlar a glicemia a cada hora. **Conclusão:** Portanto, ressalta-se a importância do controle glicêmico no paciente crítico pois favorece o controle da SM, bem como um melhor prognóstico quando associado a infecção viral. Ademais, novos estudos são vitais para a evolução da abordagem de pacientes críticos com DM e COVID-19.

Palavras-chaves: COVID-19. Diabetes Mellitus. Emergências.

Referências:

1. Aleem A, Olarewaju O, Pozun A. Evaluating And Referring Patients For Outpatient Monoclonal Antibody Therapy For Coronavirus (COVID-19) In The Emergency Department. 2022 Sep 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–.
2. Davis GM, Faulds E, Walker T, Vigliotti D, Rabinovich M, Hester J, *et al*. Remote Continuous Glucose Monitoring With a Computerized Insulin Infusion Protocol for Critically Ill Patients in a COVID-19 Medical ICU: Proof of Concept. Diabetes Care. 2021 Apr;44(4):1055-1058.
3. Kjellberg A, Douglas J, Pawlik MT, Kraus M, Oscarsson N, Zheng X, *et al*. Randomised, controlled, open label, multicentre clinical trial to explore safety and efficacy of hyperbaric oxygen for preventing ICU admission, morbidity and mortality in adult patients with COVID-19. BMJ Open. 2021 Jul 5;11(7):e046738.
4. Luciano TM, Halah MP, Sarti MTA, Floriano VG, da Fonseca BAL, Del Roio Liberatore R Junior, *et al*. DKA and new-onset type 1 diabetes in Brazilian children and adolescents during the COVID-19 pandemic. Arch Endocrinol Metab. 2022 Mar 8;66(1):88-91.
5. Mash RJ, Presence-Vollenhoven M, Adeniji A, Christoffels R, Doubell K, Eksteen L, *et al*. Evaluation of patient characteristics, management and outcomes for COVID-19 at district hospitals in the Western Cape, South Africa: descriptive observational study. BMJ Open. 2021 Jan 26;11(1):e047016.
6. Portuondo-Jimenez J, Bilbao-González A, Tíscar-González V, Garitano-Gutiérrez I, García-Gutiérrez S, Martínez-Mejuto A, *et al*. Modelling the risk of hospital admission of lab confirmed SARS-CoV-2-infected patients in primary care: a population-based study. Intern Emerg Med. 2022 Jun;17(4):1211-1221.
7. Root A, Connolly C, Majors S, Ahmed H, Toma M. Electronic blood glucose monitoring impacts on provider and patient behavior. J Am Med Inform Assoc. 2022 Jul 12;29(8):1381-1390.
8. Rubin DJ, Shah AA. Predicting and Preventing Acute Care Re-Utilization by Patients with Diabetes. Curr Diab Rep. 2021 Sep 4;21(9):34.
9. Stratton CW, Tang YW, Lu H. Pathogenesis-directed therapy of 2019 novel coronavirus disease. J Med Virol. 2021 Mar;93(3):1320-1342.
10. Su Y, Chen D, Yuan D, Lausted C, Choi J, Dai CL, *et al*. Multi-Omics Resolves a Sharp Disease-State Shift between Mild and Moderate COVID-19. Cell. 2020 Dec 10;183(6):1479-1495.e20.

Resumo

URGÊNCIA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Elena Barbosa Bueno[1], Gabriella Oliveira Cardoso[1], Aline Moreira Gonçalves[2].

[1]Faculdade Atenas, Sete Lagoas, MG - Brasil
[2]Psicóloga e docente na Faculdade Atenas, Sete Lagoas, MG - Brasil.
E-mail: linepsi7l@gmail.com.
Autor correspondente: Elena Barbosa Bueno; E-mail: elenabbueno@gmail.com

Urgência oncológica é uma situação de agudização do quadro clínico de um paciente com câncer, causada pela neoplasia maligna ou pelo próprio tratamento, levando à imunossupressão. Para um bom prognóstico, sobretudo nos pacientes pediátricos, é necessário que essas condições sejam identificadas e tratadas de forma imediata. Faz-se importante evidenciar quais são as principais urgências oncológicas pediátricas para auxiliar o profissional de saúde a identificar a patologia e iniciar o tratamento de forma precoce, para melhor prognóstico e sobrevida dos pacientes. A seleção dos artigos utilizados foi realizada por meio do Google Acadêmico e SciELO. Foram selecionados dezoito artigos, restando apenas seis, após o uso dos critérios de exclusão. As principais urgências oncológicas com maior taxa de mortalidade são o choque séptico e a síndrome da lise tumoral, que ocorre quando há um rompimento intenso dos aglomerados de células cancerígenas, liberando substâncias que podem alterar a homeostase corporal, gerando distúrbios eletrolíticos. Taquicardia e hipotensão, hipoxia, febre, dor exacerbada, plegias e paresias, alterações do estado de consciência, náusea, vômito e diarreia são sintomas importantes a serem observados. Se o paciente tiver feito quimioterapia ou radioterapia nas últimas 24h ou 15 dias, deve-se solicitar um hemograma de urgência e iniciar a administração imediata de antibiótico. Sobre a diarreia e o vômito, deve ser investigado se é de caráter infeccioso ou por consequência da quimioterapia, podendo indicar lise tumoral, que causa distúrbio eletrolítico, sendo essencial ser feita a hidratação do paciente, a administração de antibiótico e a reparação desse distúrbio. Após as medidas de precaução, deve-se solicitar exames complementares a fim de evitar quaisquer complicações no paciente oncológico. Visto à alta taxa de mortalidade de urgências oncológicas pediátricas, evidencia-se a importância de saber identificá-las e tratá-las precocemente.

Palavras-chave: Emergências. Oncologia. Choque Séptico. Síndrome de Lise Tumoral. Pediatria.

Referências:

1. Staudinger T, Pène F. Visões atuais a respeito da sepse grave em pacientes com câncer. Rev Bras Ter Intensiva. 2014 Oct-Dec;26(4):335-8.
2. Silva ED. Fatores de risco para a mortalidade em crianças e adolescentes com câncer e sepse/choque séptico, internados em unidades de cuidados intensivos pediátrica oncológica (UCIPO) [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003.
3. Pancera CF, Costa CM, Hayashi M, Lamelas RG, Camargo Bd. Sepse grave e choque séptico em crianças com câncer: fatores preditores de óbito. Rev Assoc Med Bras (1992). 2004 Oct-Dec;50(4):439-43.
4. Ferraz STa. Síndrome de lise tumoral em Pediatria. Pediatr Mod. 2013;49(1)jan.
5. Evangelista MS, Molina A, Della Corte M, Fraquelli L, Bonifacio P. Urgencias en pacientes oncológicos pediátricos. Arch Pediatr Urug 2016; 87(4):359-373.
6. Silva SEM, Silva IB. Perfil das urgências onco-hematológicas em crianças e adolescentes atendidos em um hospital de referência. Enferm Bras. 2017;16(5):293-302.

Resumo

USO DE BALÃO DE TAMPONAMENTO INTRAUTERINO PARA CONTROLE DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO DECORRENTE DE ATONIA UTERINA

Paula Oliveira Porto de Paula[1], Lina Noor Constantin e Coutinho Vargas[2].

[1] Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG - Brasil.
[2]Ginecologista e Obstetra, Professora Auxiliar da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG - Brasil.
Autor correspondente: Paula Oliveira Porto de Paula; E-mail: paulaoppaula@gmail.com

Hemorragia pós-parto (HPP) é a principal causa de morbimortalidade materna no mundo, com elevada prevalência. Dentre as várias causas da HPP, atonia uterina é a maior delas, sendo responsável por 50 a 80% dos casos. Em caso de ineficácia de medidas farmacológicas (agentes uterotônicos e antifibrinolíticos) para controle da HPP causada por atonia uterina, pode-se usar o tamponamento por balão intrauterino como abordagem não cirúrgica. Essa revisão da literatura objetiva examinar particularidades e eficácia dessa intervenção para o manejo da HPP, a fim de destacar a importância da capacitação dos profissionais de saúde. Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 2022, nas bases de dados PubMed e SciELO, usando os descritores "postpartum hemorrhage", "uterine atony" e "uterine balloon tamponade". O balão de tamponamento intrauterino é a terceira linha de tratamento para HPP decorrente de atonia uterina. É uma medida de baixo custo e fácil aplicação, que evita o choque hemorrágico, com desfecho positivo em 85,9% dos casos refratários à terapia farmacológica. Dentre suas vantagens, destaca-se o caráter pouco invasivo, que o favorece em relação a procedimentos cirúrgicos, como histerectomia. A inserção do balão intrauterino é realizada pós-parto vaginal e durante ou após a cesariana, com uso simultâneo de uterotônicos e antibióticos. O mecanismo de ação é baseado em três frentes: compressão do leito placentário, redução do fluxo sanguíneo uterino e contração reativa do útero. No entanto, ainda há escassez de evidências científicas adequadas sobre o método, devido principalmente à baixa qualidade metodológica. Portanto, para determinação de diretrizes definitivas para HPP causada por atonia uterina, são necessários mais estudos prospectivos, randomizados, multicêntricos e de alta qualidade. Além disso, como o manejo terapêutico da HPP é complicado e demanda ação rápida, os profissionais de saúde devem estar qualificados para conduzi-lo adequadamente.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto. Tamponamento com Balão Uterino. Inércia Uterina.

Referências:

1. Sentilhes L, Merlot B, Madar H, Sztark F, Brun S, Deneux-Tharaux C. Postpartum haemorrhage: prevention and treatment. Expert Rev Hematol. 2016 Nov;9(11):1043-1061.
2. Borovac-Pinheiro A, Priyadarshani P, Burke TF. A review of postpartum hemorrhage in low-income countries and implications for strengthening health systems. Int J Gynaecol Obstet. 2021 Sep;154(3):393-399.
3. Alves ÁLL, Francisco AA, Osanan GC, Vieira LB. Postpartum hemorrhage: prevention, diagnosis and non-surgical management. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020 Nov;42(11):776-784.
4. Dalmedico MM, Barbosa FM, Toledo CM, Martins WA, Fedalto AR, Ioshii SO. **Intrauterine balloon tamponade for postpartum hemorrhage**. Fisioter Mov. 2022, v. 35, Ed Esp, e35617.0.
5. de Souza Mde L, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Brüggemann OM, Drake E. Maternal mortality due to hemorrhage in Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2013 May-Jun;21(3):711-8.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 2 ed; out. 2000.
7. Nagahama G, Korkes HA, Sass N. Clinical Experience Over 15 Years with the B-Lynch Compression Suture Technique in the Management of Postpartum Hemorrhage. Rev Bras Ginecol Obstet. 2021 Sep;43(9):655-661.
8. Suarez S, Conde-Agudelo A, Borovac-Pinheiro A, Suarez-Rebling D, Eckardt M, Theron G, *et al.* Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2020 Apr;222(4):293.e1-293.e52.

Resumo

USO DE CURATIVOS BIOLÓGICOS NA RECUPERAÇÃO DO GRANDE QUEIMADO

Amanda Rodrigues Cavalcante[1], Maria Gabriela Lisboa[2], Juliana Muniz Ferreira Morgado[2], Laura Braz Marianelli[2], Maria Cavallieri Diniz[3]

[1, 2]Faculdade Atenas, Sete Lagoas, Minas Gerais – Brasil.
[3]Residente de Cirurgia Plástica - Hospital Federal dos Servidores do Estado, Sete Lagoas, Minas Gerais – Brasil.
Autor correspondente: Amanda Rodrigues Cavalcante; E-mail: amanda.rcavalcante@hotmail.com

Introdução: A pele é o maior órgão do corpo e possui funções de barreira indispensáveis para a manutenção da vida. Nesse sentido, as feridas geradas por queimaduras e o estudo de seu tratamento são de extrema importância, tendo em vista seu grande impacto socioeconômico. O tratamento conservador consiste no desbridamento da ferida, em lavagens diárias e no uso de medicações tópicas, o que está relacionado a maior dor para o paciente e a maior oneração do sistema de saúde quando comparados ao uso de Curativos Biológicos (CB). Objetivo: Avaliar o papel de CB na recuperação do grande queimado, quando comparados ao tratamento conservador. Metodologia: Foi feita uma revisão bibliográfica nas bases de dados "PubMed", "BVS", "Science Direct" e "Cochrane''. Utilizou-se como filtro textos completos, meta-análises, revisão sistemática e estudos randomizados dos últimos 05 anos. Foram selecionados somente artigos que correlacionaram o uso de CB no grande queimado. Revisão: Onze artigos foram analisados, com um N=1744 pacientes. Nestes, observou-se que o uso de curativos biológicos, como a Membrana Amniótica (MA), têm acelerado a reepitelização, reduzido a dor relacionada à lesão e o tempo de internação hospitalar quando comparado a curativos convencionais ($p<0,05$). Especificamente no que diz respeito à Sulfadiazina de Prata, YANG C et. al. associaram a MA à menor taxa de infecção bacteriana, a redução de trocas de curativo, do tempo de recuperação e dos gastos hospitalares ($p<0,05$). Outros CB, como aloenxertos e pele de tilápia têm sido usados. Observa-se que uma das preocupações levantadas sobre CB é a transmissão de doenças infectocontagiosas por estes, contudo, não houve relato de episódios nos artigos analisados. Conclusão: Os CB têm demonstrado ser uma opção relevante para o tratamento de grandes queimados devido à melhor recuperação do paciente e à redução global de custos. Contudo, estudos maiores ainda são necessários para demonstrar o real impacto destes curativos.

Palavras-chave: Curativos Biológicos. Queimaduras.

Referências Bibliográficas:

1. Hickerson WL, Remmers AE, Recker DP. Twenty-Five Years' Experience and Beyond with Cultured Epidermal Autografts for Coverage of Large Burn Wounds in Adult and Pediatric Patients, 1989-2015. J Burn Care Res. 2019 Feb 20;40(2):157-165.
2. Holzer JCJ, Tiffner K, Kainz S, Reisenegger P, Bernardelli de Mattos I, Funk M, Lemarchand T, Laaff H, Bal A, Birngruber T, Kotzbeck P, Kamolz LP. A novel human ex-vivo burn model and the local cooling effect of a bacterial nanocellulose-based wound dressing. Burns. 2020 Dec;46(8):1924-1932.
3. Hoogewerf CJ, Hop MJ, Nieuwenhuis MK, Oen IM, Middelkoop E, Van Baar ME. Topical treatment for facial burns. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Jul 29;7(7):CD008058.
4. Lima Júnior EM, de Moraes Filho MO, Costa BA, Alves APNN, de Moraes MEA, do Nascimento Uchôa AM, *et al*. Lyophilised tilapia skin as a xenograft for superficial partial thickness burns: a novel preparation and storage technique. J Wound Care. 2020 Oct 2;29(10):598-602.
5. Karlsson M, Steinvall I, Sjöberg F, Olofsson P, Elmasry M. Burn scar outcome at six and 12 months after injury in children with partial thickness scalds: Effects of dressing treatment. Burns. 2020 May;46(3):546-551.
6. Karlsson M, Elmasry M, Steinvall I, Sjöberg F, Olofsson P, Thorfinn J. Superiority of silver-foam over porcine xenograft dressings for treatment of scalds in children: A prospective randomised controlled trial. Burns. 2019 Sep;45(6):1401-1409.
7. Liang X, Zhou L, Yan J. Amniotic membrane for treating skin graft donor sites: A systematic review and meta-analysis. Burns. 2020 May;46(3):621-629.
8. Momeni M, Fallah N, Bajouri A, Bagheri T, Orouji Z, Pahlevanpour P, *et al*. A randomized, double-blind, phase I clinical trial of fetal cell-based skin substitutes on healing of donor sites in burn patients. Burns. 2019 Jun;45(4):914-922.
9. Paggiaro AO, Bastianelli R, Carvalho VF, Isaac C, Gemperli R. Is allograft skin, the gold-standard for burn skin substitute? A systematic literature review and meta-analysis. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2019 Aug;72(8):1245-1253.
10. Poinas A, Perrot P, Lorant J, Nerrière O, Nguyen JM, Saiagh S, *et al*. CICAFAST: comparison of a biological dressing composed of fetal fibroblasts and keratinocytes on a split-thickness skin graft donor site versus a traditional dressing: a randomized controlled trial. Trials. 2019 Oct 28;20(1):612.
11. Yang C, Xiong AB, He XC, Ding XB, Tian XL, Li Y, *et al*. Efficacy and feasibility of amniotic membrane for the treatment of burn wounds: A meta-analysis. J Trauma Acute Care Surg. 2021 Apr 1;90(4):744-755.

Normas de Publicação

1. A Revista Médica de Minas Gerais (RMMG) destina se à publicação de artigos originais, revisões, atualizações terapêuticas, relatos de casos, notas técnicas, comentários, pontos de vista e imagens inéditas das especialidades médicas e demais ciências da saúde.

2. A revista tem periodicidade continuada, a partir de 2016, com a seguinte estrutura: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Atualização Terapêutica, Educação Médica, História da Medicina, Relatos de Caso, Comentários ou Pontos de vista, Imagens, Cartas aos Editores, Comunicados das Instituições Mantenedoras e as Normas de Publicação.

2.1 Para efeito de categorização dos artigos, considera-se:
a) Artigo Original: trabalhos que desenvolvam crítica e criação sobre a ciência, tecnologia e arte da medicina, biologia e matérias afins que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza.
b) Artigos de Revisão: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagem dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza.
c) Atualização Terapêutica: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre a terapêutica em medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar a abordagem sobre os vários processos utilizados na recuperação do ser humano de situações que alteram suas relações saúde doença.
d) Relato de Caso: trabalhos que apresentam a experiência médica, biológica ou de matérias afins em função da discussão do raciocínio, lógica, ética, abordagem, tática, estratégia, modo, alerta de problemas usuais ou não, que ressaltam sua importância na atuação prática e mostrem caminhos, conduta e comportamento para sua solução.
e) Educação Médica: trabalhos que apresentam avaliação, análise, estudo, relato, inferência sobre a experiência didático-pedagógica e filosófica, sobre os processos de educação em medicina, biologia e matérias afins.
f) História da Medicina: trabalhos que revelam o estudo crítico, filosófico, jornalístico, descritivo, comparativo ou não sobre o desenvolvimento, ao longo do tempo, dos fatos que contribuíram para a história humana relacionada à medicina, biologia e matérias afins;
g) Comentários ou Pontos de Vista: Apresentação de comentários, opiniões ou ponto de vista sobre assuntos de relevância em todos os campos da medicina, biologia e ciências da saúde em geral, a convite ou demanda espontânea;
h) Imagem: Flagrantes registrados de momentos, fenômenos, situações que descrevem alterações biológicas ou médicas de importância para a atualização, reciclagem de conhecimentos, revelados por sua aparência com a descrição e discussão sucinta do registro e indicação de referencias para estudo do assunto;
i) Cartas aos Editores: correspondências de leitores comentando, discutindo ou criticando artigos publicados na revista. Sempre que possível, uma resposta dos autores ou editores será publicada junto com a carta;

3. Os trabalhos recebidos serão analisados pelo Corpo Editorial da RMMG (Editor Geral, Editores Associados, Conselho Editorial, Revisores e Consultores Ad Hoc). Um trabalho submetido é primeiramente protocolado e analisado quanto a sua apresentação e normas, estando estas em conformidade, o trabalho é repassado aos Editores Associados que indicarão dois revisores da especialidade correspondente. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, os Editores Associados os avalia e decide pela aceitação do artigo, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Um manuscrito pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos mas cada versão é sempre analisada pelos revisores, Editores Associados e/ou o Editor Geral, que detém o poder da decisão final, podendo a qualquer momento ter sua aceitação ou recusa determinada.

4. Para os trabalhos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia do parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 , e para os manuscritos que envolveram apoio financeiro, este deve estar explicito claramente no texto e declarados na carta de submissão a ausência de qualquer interesse pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro na publicação do mesmo.

5. Os trabalhos devem ser submetidos no sistema de submissão online, no site da RMMG <www.rmg.org>, inserindo o original e suas respectivas ilustrações, anexos e apêndices; Parecer do Comitê de Ética, quando houver; e carta de submissão do manuscrito, dirigida ao Editor Geral, indicando a sua originalidade, a não submissão a outras revistas, as responsabilidades de autoria, a transferência dos direitos autorais para a revista em caso de aceitação e declaração de que não foi omitido qualquer ligação ou acordo de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação do artigo.

6. Os trabalhos devem ser digitalizados utilizando-se a seguinte configuração: margens esquerda e superior de 3cm e direita e inferior de 2cm; tamanho de papel formato A4 (21 cm X 29,7 cm); espaço entrelinhas de 1,5 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
7.Para efeito de normalização adota-se o "Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas" (International Committee of Medical Journal Editors)- Estilo Vancouver - disponível em: <http://www.icmje.org/>

8. As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, sem parênteses, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo. As referencias consequentemente são em ordem numérica e devem ser apresentadas

9. Os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem:
a. Primeira Página: Nome(s) completo do(s) autor(es) acompanhado(s) de sua(s) profissão, maior título, categoria(s) funcional(is) e respectivas(s) afiliação(ções); indicação da instituição onde o trabalho foi realizado; endereço para correspondência; indicação da categoria do artigo (ver item 2.1);
b. Segunda Página: Título em português e inglês; Resumo e Abstract (em formato semi-estruturado para os artigos originais)* do trabalho em português, sem exceder o limite de 250 palavras; Palavras-chave e Keywords, de acordo com Descritores em Ciências da Saúde-(DECS) da BIREME (http://bvsalud.org/);
c. Terceira Página: TEXTO> Introdução Material, Casuística e Método ou Descrição do Caso, Resultados, Discussão e/ou Comentários (quando couber) e Conclusões;
d. Agradecimentos (Opcional);
e. Referências como especificado no item 7 dessa norma;
i. *Normas: O resumo no formato semi-estruturado deverá ser adotado para os artigos da categoria "artigos originais", compreendendo, obrigatoriamente, as seguintes partes, cada uma das quais indicadas pelo subtítulo respectivo: Introdução; Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões.

10. As ilustrações são denominadas: TABELA (tabelas e quadros) e FIGURA (fotografias, gráficos e outras ilustrações). Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto. Exemplo: (Tabela 1, Figura 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da tabela ou figura. Ex: (Tabela 1, Figura 1). As fotografias deverão ser enviadas conforme as instruções do sistema e não devem ser incorporadas no editor de texto; podem ser em cores e deverão estar no formato JPG, em alta resolução (300 dpi) e medir, no mínimo, 10cm de largura (para uma coluna) e 20cm de largura (para duas colunas). Devem ser nomeadas, possuir legendas e indicação de sua localização no texto.

11. As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum.

12. Lista de Checagem: Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem a seguir:
a. Página de Rosto com todas as informações solicitadas;
b. Resumo em Português com Palavras-Chave;
c. Resumo em Inglês – Abstract e Keywords
d. Texto (com citações numeradas por ordem de aparecimento indicadas por algarismos arábicos);
e. Referências no estilo Vancouver, numeradas em Ordem de aparecimento das citações no texto;
f. Tabelas Numeradas por Ordem de aparecimento
g. Figuras numeradas por ordem de aparecimento;
h. Legendas e fontes das Tabelas e figuras.

A RMMG É RESULTADO DA PARCERIA ENTRE AS SEGUINTES INSTITUIÇÕES:

PATROCÍNIO