33/S9

VOLUME 33 - SUPLEMENTO 9
DEZEMBRO DE 2023
E-ISSN: 2238-3182
ISSN: 0103-880X

RMMG

Revista Médica de Minas Gerais

Suplemento do
XV Congresso de trauma e emergência da Zona da Mata Mineira

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/S9

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 - Consultoria Cultural e Diagramação
www.museale.com.br

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
33/S9

CARTA AO EDITOR

Prezado editor,

Venho por meio desta carta, solicitar a publicação, na Revista Médica de Minas Gerais, dos trabalhos submetidos no XV Congresso de Trauma e Emergência da Zona da Mata Mineira, a ser realizado nas datas 19, 20 e 21 de outubro de 2023, em Juiz de Fora.

Sou graduada em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (1996); Mestre (2016) e Doutora (2019) em Saúde pela UFJF. Professora Adjunta do Departamento de Cirurgia, Disciplina de Clínica Médico-Cirúrgica III, Coloproctologia e Internato de Cirurgia (2013) e Coordenadora do Internato de Cirurgia da Faculdade de Medicina FAMED/UFJF (2020). Coordenadora do Curso de Medicina - FAMED/UFJF (2022). Membro do Núcleo de Pesquisas de Geriatria e Gerontologia NUGGER (2020), do Núcleo de Apoio às Práticas Educativas - NAPE (2017) e do Núcleo Docente Estruturante NDE (2020) da FAMED/UFJF. Membro da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Realizei residência em Cirurgia Geral pela Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (1998) e em Coloproctologia pela Santa Casa de Belo Horizonte (2000). Título de Especialista em Coloproctologia pela Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Coloproctologia. Sou membro Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia e do Grupo de Estudos das Doenças Inflamatórias Intestinais do Brasil (GEDIIB).

No âmbito do XV Congresso de Trauma e Emergência da Zona da Mata Mineira, os trabalhos a serem submetidos abrangem um escopo diversificado e fundamental para a atualização e o compartilhamento de conhecimento no campo da emergência médica, que serão:

- Atendimento Pré-Hospitalar;
- Classificação de risco e acolhimento;
- Emergências clínicas respiratórias e metabólicas;
- Emergências cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicas;
- Emergências cirúrgicas e gineco-obstétricas;
- Emergências psiquiátricas;
- Emergências pediátricas e demais agravos e temáticas afins.

Atesto a qualidade dos trabalhos e garanto que, como responsável técnico, empenharei meus conhecimentos e experiência para assegurar a qualidade técnica dos trabalhos submetidos no congresso. Iremos implementar o sistema de revisão por pares, no qual os trabalhos submetidos serão avaliados de forma anônima por especialistas na área. O que também garante a eficácia na detecção e prevenção de plágios e outras práticas danosas à integridade acadêmica.

Agradeço pela atenção dispensada e coloco-me à disposição para fornecer quaisquer informações adicionais ou documentos que possam facilitar a avaliação do meu perfil para a posição mencionada.

Atenciosamente,

Karine Andrade Oliveira Zanini

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
33/S9

EDITORIAL

O Congresso do Trauma e Emergência da Zona da Mata Mineira é um evento tradicional na cidade de Juiz de Fora e região e encontra-se na sua 15ª edição. Desde sua primeira edição, o congresso tem como propósito difundir conhecimento e discutir atualizações sobre os atendimentos de urgência e emergência com profissionais de renome e reconhecidos na área.

O evento reúne acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem, profissionais desses formados, e atuantes na urgência e emergência, profissionais do corpo de bombeiros militar, bombeiros civis, socorristas e técnicos de enfermagem atuantes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo um importante integrador da Rede de Urgência e Emergência da região. Nesta edição, o congresso contou com o público de 370 congressistas, apresentando assim, desde suas primeiras edições, grande relevância local.

A fim de aprimorar o evento, fomentar o interesse pela pesquisa em urgência e emergência, e pela educação continuada de profissionais atuantes na área, providenciamos a submissão de trabalhos científicos, a serem publicados como suplemento na prestigiada Revista Médica de Minas Gerais. Nesse ínterim, tivemos a ambição de garantir que tamanho empenho fosse norteado por profissionais que admiramos, os quais agradecemos profundamente pela valiosa contribuição para avaliação dos resumos. Sendo avaliados e selecionados 80 resumos, que estão neste suplemento, todos eles apresentados também de forma presencial no congresso em modelo de banner.

Os temas do congresso são: Atendimento Pré-Hospitalar, Classificação de risco e acolhimento, Emergências clínicas respiratórias e metabólicas, Emergências cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicas, Emergências cirúrgicas e gineco-obstétricas, Emergências psiquiátricas, Emergências pediátricas e demais agravos e temáticas afins.

Desejamos a todos uma excelente leitura deste suplemento!

Cordialmente,

Comissão Científica do XV Congresso do Trauma e Emergência da Zona da Mata Mineira

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
33/S9

COMITÊ AVALIADOR

Editores convidados e/ou comitê avaliador dos trabalhos com indicação de nome completo, instituição, link para currículo Lattes e/ou ORCID.

Adriano Miranda de Souza	UFJF	
Ana Luiza De Souza Alexandre Mesquita	UFJF	
Antonio Carlos Tonelli de Toledo	UFJF	
Eder Schmidt	UFJF	
Erich Vidal Carvalho	UFJF	
Felipe Pereira Mesquita	UFJF	
Fernanda Matoso Siqueira	UFJF	
Henrique Salles Barbosa	UFJF	
João Paulo Gonçalves dos Santos	UFJF	
Juliana Dias Nascimento Ferreira	UFJF	
Karine Andrade Oliveira Zanini	UFJF	
Larissa Milani Coutinho	UFJF	
Leandro Fellet Miranda Chaves	UFJF	

COMITÊ AVALIADOR

Lize Vargas Ferreira	UFJF	
Lucélia Paula Cabral Schmidt	UFJF	
Luciano Fernandes Loures	UFJF	
Marcus da Matta Abreu	UFJF	
Maria Augusta de Mendonça Lima	UFJF	
Marluce Rodrigues Godinho	UFJF	
Maycon de Moura Reboredo	UFJF	
Nayara Gonçalves Barbosa	UFJF	
Raimundo Lelis Filho	UFJF	
Roberta Teixeira Prado	UFJF	
Suellen Cristina Dias Emídio	UFJF	

Institucionais

Patrocinadores

RESUMOS

Resumo

CURSO TEÓRICO-PRÁTICO SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA EDUCADORES DE UMA ESCOLA DO MUNICÍPIO DE VIÇOSA, MINAS GERAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Clara Fernandes de Souza Araújo[1], Alexia Lazzarini Nunes Corrêa[1], Ana Caroline Moreira[1], Luana Araújo Coelho[1], Ludmila do Carmo Couto Mendes[1], Flávia Batista de Sá Diaz[1]

[1] Universidade Federal de Viçosa – UFV. Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Clara Fernandes de Souza Araújo. E-mail: clara.souza@ufv.br

INTRODUÇÃO: O Suporte Básico de Vida (SBV) consiste em um conjunto de medidas voltadas à redução do dano ou de risco de morte em pacientes acometidos por parada cardiorrespiratória (PCR) e devem ser realizados por qualquer pessoa, seja leiga ou profissional. Uma PCR pode ocorrer em qualquer lugar, inclusive no ambiente escolar. É fundamental, portanto, que a PCR seja reconhecida e tratada precocemente nesse contexto. **OBJETIVOS:** O objetivo desse trabalho é relatar a experiência da realização de um curso teórico-prático sobre SBV para educadores de uma escola do município de Viçosa, Minas Gerais. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Relato de experiência sobre a realização de um curso teórico-prático destinado a educadores em uma escola municipal de Viçosa, Minas Gerais, em 26 de junho de 2023. O curso foi ministrado por alunos do curso de graduação em Enfermagem, capacitados previamente, e teve duração de quatro horas, sendo as primeiras três de conteúdo teórico e hora seguinte de treinamento prático. Foram abordados os temas: PCR e OVACE (Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho). **DISCUSSÃO:** A maioria dos alunos do curso teve participação ativa no curso, esclarecendo dúvidas e desmistificando conceitos sobre o SBV. O curso tem o objetivo de enfatizar a importância do treinamento em SBV para educadores e seu potencial impacto na cadeia de sobrevivência de estudantes e/ou colegas de trabalho vítimas de uma PCR. Este estudo fornece dados relevantes sobre a eficácia do treinamento do SBV para profissionais da educação, além de contribuir para um ambiente escolar mais seguro e com impacto direto na redução de danos e na melhora da sobrevida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência evidencia a necessidade de capacitar os educadores acerca do SBV. Assim como, confirma a importância do treinamento em SBV durante cursos de graduação em saúde com foco na disseminação de informações e aprendizado para população. Por meio do treinamento teórico-prático fornecido pelos discentes foi possível democratizar acesso a informações confiáveis, baseadas em evidências e mediante linguagem acessível a fim de garantir uma melhora na cadeia de sobrevivência de vítimas de PCR.

Palavras-chave: Tratamento de Emergência. Capacitação de Professores. Reanimação Cardiopulmonar.

REFERÊNCIAS

Calandrim LF, Santos AB, Olieira LR, Massaro LG, Vedovato CA, Boaventura AP. Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários. Rev Rene. 2017;18(3):292-299.

Resumo

ENCEFALOPATIA TRAUMÁTICA CRÔNICA EM BOXEADORES: REVISÃO DA LITERATURA

Gabriel Dias Mendes Andrade[1], Amanda Hikari Goshiyama[1], Giovanny Guidi[1], Hugo Lorran Souza Costa[1], Ian Patrício de Vaz Longuinho[1], Jefferson Cleto Lino Netto[2]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

2 Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Gabriel Dias Mendes Andrade. Email: gabrieldmandrade@outlook.com

INTRODUÇÃO: O trauma cranioencefálico crônico (TCEC), mais conhecido como Chronic Traumatic Encephalopathy, refere-se à degeneração progressiva cerebral causada por impactos repetidos de baixa intensidade ao longo do tempo. Esta degeneração pode resultar na perda de funções relacionadas ao sistema nervoso central. Atualmente, o TCEC tem recebido uma atenção considerável devido ao seu impacto em ex-boxeadores, o que o torna um foco importante de estudos. **OBJETIVOS:** O objetivo deste trabalho é analisar o risco de lesão cerebral devido a exposição constante a pequenos impactos ao longo da vida de boxeadores. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A busca foi realizada na base PubMed, tendo como critérios de inclusão a restrição aos últimos 10 anos, os descritores "Long-terms outcomes", "traumatic brain injury", "boxing" e o booleano "and". **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram encontrados 5 artigos publicados entre 2013 e 2023, excluindo-se os trabalhos que não atendiam ao recorte temporal delimitado, à temática abordada ou à configuração "revisão sistemática". Esses estudos estabeleceram uma correlação direta entre a frequência e a intensidade dos impactos na região da cabeça, em boxeadores, e a deterioração cognitiva. Essa ligação está relacionada aos danos infligidos ao sistema nervoso central, que, iniciam uma cascata metabólica e de neurotransmissores, com possível lesão axonal, alteração do fluxo sanguíneo e inflamação, afetando o cérebro, mas devido a mecanismos de compensação, não se manifestam imediatamente como um problema grave. No entanto, é comum que, após anos, os sintomas se desenvolvam, assemelhando-se a lesões cerebrais e impactantes. Há mais de um século, essa condição tem sido observada e é conhecida popularmente como "demência pugilística" ou "punch drunk". Sua visibilidade tem aumentado significativamente devido à sua ocorrência em atletas renomados. Como resultado, têm surgido iniciativas para reduzir esses danos, incluindo intervalos mais longos entre treinamentos e lutas, o uso de equipamentos de proteção, e a promoção de combates entre adversários com pesos semelhantes, tudo com o objetivo de preservar a saúde dos atletas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trauma cranioencefálico crônico pode ser uma das consequências da exposição prolongada a lesões durante treinamentos e lutas. Essa forma particular de lesão apresenta sintomas semelhantes aos de um trauma cranioencefálico comum, mas se desenvolve gradualmente e só se torna grave muitos anos após a exposição inicial, muitas vezes levando os lutadores a ignorar os riscos associados. Portanto, é crucial repensar abordagens para permitir que esses atletas preservem sua integridade física e tenham uma vida longa e com qualidade.

Palavras-chave: Chronic Traumatic Encephalopathy. Crônico. Lesão cerebral traumática. Boxe.

REFERÊNCIAS:

Cunningham J, Broglio SP, O´Grady M, Wilson F. History of Sport-Related Concussion and Long-Term Clinical Cognitive Health Outcomes in Retired Athletes: A Systematic Review. Journal of Athletic Training. 2020; 55(2):132-158.

Makdissi M, Critchley ML, Cantu RC, Caron JG, Davis GA, Echemendia RJ, *et al.*. When should an athlete retire or discontinue participating in contact or collision sports following sport-related concussion? A systematic review. British Journal of Sports Medicine. 2023;57(12):822–830.

Patricios JS, Schneider KJ, Dvorak J, Ahmed OH, Blauwet C, Cantu RC, *et al.* Consensus statement on concussion in sport: the 6th International Conference on Concussion in Sport–Amsterdam, October 2022. British Journal of Sports Medicine. 2023;57(11): 695–711.

Stiller JW, Yu SS, Brenner LA, Langenberg P, Scrofani P, Pannella P, *et al.* Sparring and Neurological Function in Professional Boxers. Frontiers in Public Health. 2014; 2:69.

Tiberini P, D´Antona G, Cicchella A. Brain Oxygenation in Post-concussion Combat Sport Athletes. Frontiers in Sports and Active Living. 2021; 3:725096.

Resumo

A EXPERIÊNCIA NA LIGA ACADÊMICA DE TRAUMA E EMERGÊNCIA DA UFJF E SUA IMPORTÂNCIA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO ESTUDANTIL

Sarha Aparecida dos Santos[1], Yuli Mendes de Souza[1], Pedro Henrique Cordeiro Flores[1], Fernanda Matoso Siqueira[1]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Sarha Aparecida dos Santos. E-mail: sarha.santos@medicina.ufjf.br

INTRODUÇÃO: As Ligas Acadêmicas (LAs) surgiram como estratégia para realização de atividades extracurriculares e aprofundamento em temáticas de interesse dos acadêmicos da área da saúde, reafirmando a indissociabilidade do tripé ensino-pesquisa-extensão, necessário à formação universitária. As LAs são protagonizadas por estudantes de graduação, com suporte de professores, pesquisadores e preceptores de estágios. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência da Liga Acadêmica de Trauma e Emergência da Universidade Federal de Juiz de Fora (LATE-UFJF) no desenvolvimento acadêmico de graduandos em enfermagem e medicina. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** A LATE-UFJF foi fundada em 2003 e oferece aos ligantes a imersão na temática de trauma, urgência e emergência. Os acadêmicos têm a oportunidade de participar de reuniões teóricas sobre temas relevantes para a formação profissional e treinamentos práticos que visam o aprimoramento de habilidades essenciais aos profissionais enfermeiros e médicos, como punção vascular, manejo de via aérea e reanimação cardiopulmonar. Ainda, os ligantes realizam estágios observacionais mensais em Unidades de Suporte Básicas e Avançadas do SAMU/CISDESTE. O desenvolvimento científico é fomentado por meio da participação em eventos acadêmicos e da produção de estudos científicos no formato de resumos e artigos. No que tange à extensão, a liga realiza ações de educação em saúde, com ministração de cursos teórico-práticos sobre Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros para alunos da UFJF, além da participação de eventos junto à comunidade em parceria com o SAMU/CISDESTE. **DISCUSSÃO:** Ao se basear no tripé ensino-pesquisa-extensão, a LATE-UFJF proporciona o envolvimento dos alunos com a comunidade, buscando estimular um trabalho inter e multidisciplinar. Também, destaca-se a autonomia desenvolvida entre os ligantes e a transformação em agentes multiplicadores de conhecimento. Ainda, as LAs inseridas num contexto de lacunas curriculares de instituições de ensino, possuem papel fundamental no processo de formação do futuro profissional, uma vez que um dos principais interesses dos ligantes, ao procurarem por uma liga, é o fortalecimento curricular, bem como a aquisição de habilidades técnicas e aprimoramento de raciocínio clínico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Fica evidente que as LAs oferecem educação diferenciada, ajudam os participantes a se inserirem em suas áreas de interesse e preenchem as lacunas do conhecimento durante a graduação. O estudo sobre trauma e emergência vai além do ambiente acadêmico, impactando diretamente a comunidade atendida pelas atividades de extensão, tanto na prestação de cuidados de saúde durante os estágios quanto nas informações compartilhadas na comunidade, resultando no desenvolvimento de uma perspectiva crítica única em seus membros.

Palavras-chave: Ligas Acadêmicas. Emergência. Formação estudantil.

REFERÊNCIAS:

Bezerra ALA, Oliveira RASD, Carvalho CA, Loss YS, Almeida Neto AM. Relato de experiência da liga de emergência e trauma da paraíba. In: II Congresso Brasileiro de Ciencia da Saúde – CONBRACIS; 2017 [acesso 6 out. 2023]; Campina Grande. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD4_SA1_ID2407_15052017234851.pdf>.

Pereira GAV, Souza IS, Rossi MF, Scalese RR, Silvva PCR, Malaazi DF, *et al.* Relato de experiência de uma liga acadêmica de pesquisa científica instalada em uma instituição de ensino superior. In: I Congresso de Cultura e Extensão da USP; 2021 [acesso 6 out. 2023]; São Paulo. Disponível em: <https://prceu.usp.br/congresso/2021/11/25/relato-de-experiencia-de-uma-liga-academica-de-pesquisa-cientifica-instalada-em-uma-instituicao-de-ensino-superior/>.

Silva JCA, Oliveira MP, Castelo FHB, Sá GWS. Relato de Experiência: Um Ano da Liga de Trauma e Emergências do Cariri. In: I Encontro Uniersitário da Uniersidade Feral de Cariri (EU/UFCA – 2013); 2013 [acesso 6 out. 2023]; Juazeiro do Norte-CE. Disponível em: <https://conferencias.ufca.edu.br/index.php/encontros-universitarios/eu-2013/paper/view/2078>.

Silva SA, Flores O. Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes. Revista Brasileira de Educação Médica. 2015;39(3):410–417.

Cavalcante ASP, Vasconcelos MIO, Lira GV, Henriques RLM, Albuquerque INMA, Maciel GP, *et al.* As Ligas Acadêmicas na Área da Saúde: Lacunas do Conhecimento na Produção Científica Brasileira. Revista Brasileira de Educação Médica. 2018; 42(1): 197-204.

Toledo L, Souza CC, Salgado PO, Correia MDL, Santos WG, Balbino PC, *et al.* A LIGA ACADÊMICA COMO FERRAMENTA PARA O FORTALECIMENTO DO ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA. In: Anais do Encontro Internacional do Processo de Enfermagem. 2017 [acesso 6 out. 2023]; São Paulo. Disponível em: <https://proceedings.science/enipe/trabalhos/a-liga-academica-como-ferramenta-para-o-fortalecimento-do-ensino-do-processo-de?lang=pt-br>.

Vasconcelos ABS, Nadaf AMH, Silva JF, Teodoro PT, Almeida IMQ, Bravin MB, *et al.* Relato de experiência da liga acadêmica de pediatria de uma instituição de ensino superior pública do estado de Mato Grosso. Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina. 2020;(12).

Resumo

ABORDAGEM DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU): UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Marcely Carvalho de Macedo[1], João Frederico Vitorino Coelho Chaves[1], Letícia Pifano Medeiros[1], Luana Rinco Coutinho[1], Ludmilla Oliveira de Azevedo[1], Ângela Caroline Dias Albino Destro de Macêdo[1]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Marcely Carvalho de Macedo. E-mail: marcely.macedo@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Atualmente, o número de emergências psiquiátricas aumentou, sendo frequentes situações como uso abusivo de substância, suicídio, tentativa de autoextermínio, transtornos psicológicos espontâneos, dentre outros. Entretanto, há dificuldades na abordagem desses pacientes pelo SAMU, devido ao desconhecimento, ao estigma social com o paciente psiquiátrico e ao modelo biomédico, enfatizando a importância de realizar a capacitação das equipes, tornando a assistência resolutiva e eficaz. **OBJETIVOS:** Expor a abordagem das equipes do SAMU no manejo de emergências psiquiátricas e a importância de capacitações nesta área de conhecimento. **METODOLOGIA:** Realizou-se revisão bibliográfica em agosto/2023 com busca na Biblioteca Virtual em Saúde e PUBMED, utilizando-se os descritores "abordagem pré-hospitalar", "emergências psiquiátricas", "serviço móvel de emergência" e seus correspondentes em inglês e espanhol, originando 672 resultados. Incluiu-se artigos publicados entre 2017 e 2023, indexados nas plataformas LILACS, MEDLINE e SciELO versados sobre a abordagem de emergências psiquiátricas pelo serviço de urgência pré-hospitalar. Excluiu-se artigos duplicados, indisponíveis na íntegra ou desconformes com o tema. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Notou-se que a literatura brasileira acerca da abordagem pré-hospitalar do paciente psiquiátrico é escassa, evidenciando a falta de informação técnico-científica sobre essa problemática. Analisando-se a atuação dos profissionais, foi demonstrada insegurança frente ao manejo das psicopatologias em razão de déficit na capacitação teórico-prática, prevalecendo uma atuação baseada na contenção física e química e em medidas coercitivas, contradizendo o atendimento integral e humanizado preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental. Apesar de indicada, a contenção física e química como impedimento de comportamento destrutivo e controle para preservar a segurança é a última alternativa, primando estabelecer relação de confiança com o paciente e garantir um tratamento sem métodos invasivos, como retenção física. Com isso, compreendeu-se que os profissionais do serviço extra-hospitalar necessitam de treinamento e de capacitação sobre os transtornos mentais, sendo o ensino teórico-prático a estratégia mais eficiente. Ademais, urge o investimento em trabalhos que viabilizem a concretização de protocolos e de métodos para uma conduta profissional adequada. **CONCLUSÃO:** O serviço pré-hospitalar necessita capacitar os profissionais quanto ao cuidado integral para atender o paciente psiquiátrico nas particularidades da emergência. O despreparo da equipe socorrista, como insegurança e capacitação insuficiente, culmina em ações que não são adequadas às necessidades dessa população. Portanto, é necessária a qualificação teórico-prática dos profissionais do atendimento pré-hospitalar, através da educação permanente, para assegurar o manejo humanizado dessas emergências, atentando-se à preservação da integridade do paciente.

Palavras-chave: Pré-Hospitalar. Emergências Psiquiátricas. Serviço móvel de emergência.

REFERÊNCIAS:

Gonçalves KG, Matos TA, Silva HKS, Sales Filho RF, Arcanjo HS, Sousa ILL. Caracterização do atendimento pré-hospitalar às urgências psiquiátricas em um município do interior do estado do Ceará. Nursing. 2019; 22(253): 2932-2936.

Machado DM, Veras IS, Frausino LHFC, Silva JL. Psychiatric emergency service in Federal District: interdisciplinarity, pioneering spirit and innovation. Rev Bras Enferm. 2021;74(4):e20190519.

Nascimento BB, Nunes DFP, Souza TA, Medeiros FDS, Leite KNS, Costa JO. Dificuldades no atendimento às situações de urgências e emergências psiquiátricas. Arq. Ciências saúde UNIPAR. 2019;23(3): 215-220.

Oliveira LC, Menezes HF, Oliveira RL, Lima DM, Fernandes SF, Silva RAR. Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20180214.

Oliveira LC, Silva RAR, Carvalho FPB, Soares FRS, Sousa KMN, Solano LC. Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência. Enfermagem em Foco. 2018; 9(4):18-22.

Oliveira LC, Silva RAR. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. Rev Enferm UERJ. 2017; 25:e10726.

Silva SDV, oliveira AMN, Medeiros SP, Salgado RGF, Lourenção LG. Nurses' conceptions regarding to the use of psychiatric emergency protocols in mobile pre-hospital care. Ver enferm UERJ. 2020; 28: e50191.

Souza BS, Pio DAM, Oliveira GTR. Perspectivas de usuários em sofrimento psíquico sobre um Serviço de Pronto Atendimento. Psicologia: Ciência e Profissão. 2021;41: e221805.

Resumo

DELIRIUM EM IDOSOS NA EMERGÊNCIA: DESAFIOS E ABORDAGENS

Laura Barbosa Grossi[1], Marina Mota de Lacerda[1], Matheus Marques Chaves Bispo[1]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora -UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Laura Barbosa Grossi. Email: laura.grossi@medicina.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O Delirium, também conhecido como estado confusional agudo, é um distúrbio súbito e flutuante da atenção, consciência e cognição, particularmente prevalente em idosos. Essa condição é frequentemente encontrada em pronto-socorros e em unidades de terapia intensiva (UTI), podendo ser a causa principal dos atendimentos ou uma complicação decorrente de condições médicas subjacentes. Estima-se que até 50% dos idosos hospitalizados possam apresentar delirium após a admissão, o que se associa a prolongamentos no tempo de internação, declínio funcional, maior mortalidade e custos significativos para os sistemas de saúde. Múltiplos fatores como infecções, traumas, desidratação e síndromes demenciais podem desencadear o delirium. Portanto, a compreensão esta condição clínica é de extrema importância para os profissionais da saúde que cuidam de pacientes críticos, permitindo que possam oferecer tratamento precoce e direcionado **à redução da morbimortalidade nessa** população. **OBJETIVOS:** Investigar a eficácia de abordagens terapêuticas para o delirium em idosos em estado crítico. **MÉTODOS:** Foi consultada a base de dados PubMed com a seleção de artigos publicados nos últimos 10 anos identificados pela combinação dos termos ((delirium AND (geriatric or elderly) AND (pharmacological OR non-pharmacological) AND (diagnosis OR scale) AND (critically OR intensive care OR emergency)). Foram selecionados estudos realizados em seres humanos que abordassem o tema em questão. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O delirium requer uma abordagem individualizada para uma intervenção eficaz, incluindo a identificação precoce dos sinais e sintomas característicos. Entre os instrumentos utilizados, os questionários Confusion Assessment Method (CAM) e sua variante específica para UTI (CAM-ICU), possuem elevada acurácia e são úteis no descarte de causas agudas como infecções, distúrbios metabólicos e o estabelecimento da suspeita de delirium. Dentre as estratégias de tratamento, medidas farmacológicas e não farmacológicas podem ser empregadas no manejo desta condição. Apesar de não existirem evidências definitivas de fármacos eficazes para tratar o delirium, alguns estudos sugerem uma possível associação entre o uso de antipsicótipos e uma redução na duração da condição, embora essa relação ainda não esteja completamente esclarecida. Medidas não farmacológicas, como a redução do ruído ambiental, a presença de ítens pessoais do paciente, relógios de fácil vizualização, além de musicoterapia, têm demonstrado melhorar a orientação temporal e espacial, e maior efic**ácia** na redução da incidência do delirium. **CONCLUSÃO:** Assim, torna-se evidente que as abordagens não farmacológicas apresentam resultados promissores no manejo desta condição quando implementados de forma eficiente. Embora o tratamento farmacológico ainda careça de evidências sólidas é clara a necessidade de continuar pesquisando.

Palavras-chave: Delirium. População Geriátrica. Manejo terapêutico.

REFERÊNCIAS:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**.** 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Chen F, Liu L, Wang Y, Liu Y, Fan L, Chi J. Delirium prevalence in geriatric emergency department patients: A systematic review and meta-analysis. Am J Emerg Med. 2022; 59:121–128.

Chen T-J, Traynor V, Wang A-Y, Shih C-Y, Tu M-C, Chuang C-H, *et al*. Comparative Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions for Preventing Delirium in Critically Ill Adults: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Int J Nurs Stud. 2022; 131: 104239.

Chen T-J, Chung Y-W, Chang H-CR, Chen P-Y, Wu C-R, Hsieh S-H, *et al*. Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDSC in detecting intensive care unit delirium: A bivariate meta-analysis. Int J of Nurs Stud, 2021; 113:103782.

Elder NM, Mumma BE, Maeda MY, Tancredi DJ, Tyler KR. Emergency Department Length of Stay Is Associated with Delirium in Older Adults. West J Emerg Med. 2023;24(3): 532-537.

Faustino TN, Suzart NA, Rabelo RNS, Santos JL, Batista GS, Freitas YS, *et al*. Effectiveness of combined non-pharmacological interventions in the prevention of delirium in critically ill patients: A randomized clinical trial. J Crit Care. 2022; 68: 114–120.

Girard TD, Exline MC, Carson SS, Hough C, Rock P, Gong MN, *et al*. Haloperidol and Ziprasidone for Treatment of Delirium in Critical Illness. N Engl J Med. 2018; 379(26): 2506–2516.

Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014; 383(9920): 911–922.

Keene S, Balasundaram A, Cameron-Comasco L, Otero R. Feasibility of Light and Music Therapy in the Elderly for the Prevention of Hospital-Associated Delirium. R I Med J. 2023;106(4): 35–39.

Page VJ, Ely EW, Gates S, Zhao XB, Alce T, Shintani A, *et al.* Effect of intravenous haloperidol on the duration of delirium and coma in critically ill patients (Hope-ICU): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Respir Med. 2013; 1(7):515–523.

Witlox J, Eurelings LSM, Jonghe JFM, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, Gool WAvG. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia. JAMA. 2013;304(4):443-51.

Resumo

ANEURISMA ROTO DE AORTA ABDOMINAL EM PACIENTE ATENDIDA PELA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Pedro Henrique Cordeiro Flores[1], Isadora Pires Guedes[1], Júlia Barroso Marques Martins[1], Júlia Tudesco Chamhum Basílio[1], Marina Bernardino da Silva[1], Quenfins Almeida Vieira Bisaggio[1]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Pedro Henrique Cordeiro Flores. E-mail: phcf_12@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O aneurisma de aorta abdominal roto (AAAr) possui uma taxa de mortalidade de 80%. Sinais e sintomas clássicos (dor abdominal, hipotensão, massa abdominal pulsátil) podem estar ausentes e sintomas adicionais ou inespecíficos dificultam o diagnóstico. Assim, como muitos pacientes com AAAr podem morrer antes de chegarem ao hospital, a suspeita diagnóstica e transporte rápido para um centro vascular são prioridades do atendimento pré-hospitalar (APH). **OBJETIVOS:** Relacionar o caso de AAAr atendido pela Unidade de Suporte Avançado (USA) do SAMU com a importância do transporte rápido ao centro de referência em AAAr pactuado na RUE. **RELATO DE CASO:** Mulher, 75 anos, atendida pela USA em Juiz de Fora - MG, apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Queixava-se de dor abdominal difusa há 24 horas, sem sintomas associados. Havia procurado o serviço de emergência na noite anterior com a mesma queixa, sendo prescritos analgésicos e recebido alta hospitalar, segundo familiares. No dia seguinte, apresentou súbita diminuição do nível de consciência, levando ao acionamento da equipe. Ao exame, apresentava-se hipocorada, desidratada, pele fria, eupneica, SpO2: 89% (ar ambiente), frequência cardíaca: 38bpm, pressão arterial (PA) e sons cardíacos inaudíveis à ausculta, Glasgow 13, dor à palpação abdominal e sopro aórtico abdominal. Não foram observadas massas abdominais pulsáteis. No APH, foi estabelecido suporte ventilatório (3L de oxigênio via cateter nasal) e acesso intra-ósseo para infusão de 1,5L de Ringer lactato e Noradrenalina (2 mcg/kg/min), entretanto PA e bulhas cardíacas permaneceram inaudíveis. A equipe suspeitou de abdome agudo isquêmico ou vascular. Para esclarecimento, realizou-se uma Tomografia Computadorizada na unidade hospitalar, evidenciando AAAr, porém não havia hospital de referência pactuado para tratamento emergencial de aneurisma em Juiz de Fora. Sem fluxo definido, paciente foi encaminhada para uma sala vermelha, mas enquanto aguardava estrutura e profissional para cirurgia, foi a óbito 2 horas após. **DISCUSSÃO:** O conhecimento por parte dos profissionais sobre diagnósticos diferenciais, quadro clínico e fatores de risco do AAAr é fundamental para suscitar a suspeita diagnóstica e instigar a busca por indicativos que a corroborem. Assim, apesar da alta taxa de morbimortalidade, o óbito após o atendimento evidencia que a transferência para um local de referência é primordial no tratamento e poderia ser agilizada se houvesse um fluxo pela RUE, garantindo estrutura para intervenção cirúrgica imediata. **CONCLUSÃO:** O caso destaca a importância do diagnóstico precoce e encaminhamento rápido para centros especializados em AAAr, que interferem no prognóstico e mortalidade.

Palavras-chave: Aneurisma roto de aorta abdominal. Prognóstico. Atendimento pré-hospitalar. Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

REFERÊNCIAS:

Azhar B, Patel SR, Holt PJE, Hinchliffe RJ, Thompson MM, Karthokesalingam A. Misdiagnosis of Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm: Systematic Review and Meta-Analysis. J Endovasc Ther. 2014; 21(4): 568-575.

Fernando SM, Tran A, Cheng W, Rochwerg B, Strauss SA, Mutter E, *et al*. Accuracy of presenting symptoms, physical examination, and imaging for diagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysm: Systematic review and meta-analysis. Acad Emerg Med. 2022; 29(4): 486-496.

Gao J, Cao H, Hu G, Wu Y, Xu Y, Cui H, *et al*. The mechanism and therapy of aortic aneurysms. Signal Transduct Target Ther. 2023; 8(1): 55.

Metcalfe D, Sugand K, Thrumurthy SG, Thompson MM, Holt PJ, Karthikesalingam AP. Diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal rompido: um estudo de coorte multicêntrico. Eur J Emerg Med. 2016; 23(5): 386-390.

Golledge J. Abdominal aortic aneurysm: update on pathogenesis and medical treatments. Nat Rev Cardiol. 2019;16(4): 225-242.

Pál D, Szilágyi B, Berczeli M, Szalay CI, Sárdy B, Oláh Z, *et al*. Ruptured Aortic Aneurysm and Dissection Related Death: an Autopsy Database Analysis. Pathol Oncol Res. 2020; 26(4): 2391-2399.

Reimerink JJ, Laan MJ, koelemay MJ, Balm R, Legemate DA. Systematic review and meta-analysis of population-based mortality from ruptured abdominal aortic aneurysm. Br J Surg. 2013; 100(11): 1405-1413.

Schmitz-Rixen T, Keese M, Hakimi M, Peters A, Bockler D, Nelson K, *et al*. Ruptured abdominal aortic aneurysm—epidemiology, predisposing factors, and biology. Langenbeck's Arch Surg. 2016; 401(3): 275-288.

Resumo

AQUAPORINA 4 COMO ALVO NO TRATAMENTO DO EDEMA CEREBRAL: UMA REVISÃO NARRATIVA

Julia Diniz Ferreira[1], Fernanda Gabriele Fernandes de Morais[1], Sofia Caçador Ribeiro[1], Maria Rebecca Vasconcelos Ferrarini Venturelli[1], Amanda Kelly Dornelas Alves[1], Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva[1]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Julia Diniz Ferreira. E-mail: dinizferreirajulia@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) é uma das lesões mais comuns, tendo consequências graves devido a sua capacidade de causar déficits neurológicos permanentes, sendo uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil. Dentre as consequências do TCE está o edema cerebral, causador de hipertensão intracraniana (HIC), relacionada com piores prognósticos. Para alívio dessa condição existem, atualmente, condutas invasivas com efeitos adversos significativos. Nesse cenário, surgem estudos que buscam intervir no mecanismo de edema cerebral, principalmente na Aquaporina-4 (AQP4), uma proteína transmembrana envolvida no controle da passagem de água no cérebro. **OBJETIVOS:** Descrever os principais estudos que relatam o uso da AQP4 como alvo no tratamento do edema cerebral. **METODOLOGIA:** Revisaram-se os atuais recursos terapêuticos experimentais que utilizaram a AQP4 como alvo no tratamento do edema cerebral. A partir de um critério de busca solidificado, incluíram-se estudos experimentais que investigaram o edema cerebral, especificamente após o TCE, nos últimos 5 anos. Ao final, 9 publicações da base de dados MEDLINE compuseram o artigo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Analisaram-se estudos sobre o uso de anticorpos, siRNA, solução salina hipertônica, hipotermia, Caffeic Acid Phenethyl Ester (CAPE) e minociclina. Todas as intervenções visavam a modulação da AQP4 em modelos murinos, seja por inibição, seja por depleção da sua expressão. Em todos os estudos, foi observada uma diminuição do edema e melhor prognóstico. Especificamente nos estudos com solução salina hipertônica e com anti-AQP4, foi também constatada melhora nos déficits cognitivos pós TCE. Contudo, todas as pesquisas contaram com um período máximo observado de 21 dias, não permitindo uma análise a longo prazo. Outra dificuldade encontrada foi o baixo número das amostras estudadas, ficando mais propensos à presença de vieses. Vale ressaltar que, as evidências ainda estão na fase pré clínica e não foram encontrados ensaios clínicos em humanos, o que não permite a extrapolação para a prática clínica. Esta é uma questão relevante, uma vez que a AQP4 não está expressa estritamente no cérebro, sendo importante a análise em humanos para compreender seus efeitos sistêmicos. **CONCLUSÃO**: Os dados analisados apontam para a importância do papel da AQP4 na ocorrência do edema cerebral pós TCE, sendo um potencial alvo terapêutico. Entretanto, ainda são necessários estudos para elucidar questões turvas, como quais são os efeitos sistêmicos das intervenções, a longo prazo, e qual é a mais eficaz. É interessante realizar estudos que contenham um tamanho amostral maior, a fim de manifestar uma maior relevância estatística nos resultados.

Palavras-chave: Edema Encefálico. Lesões Encefálicas Traumáticas. Aquaporina 4.

REFERÊNCIAS:

Gaudêncio TG, Leão GM. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio- Encefálico: um Leantamento Bibliográfico no Brasil. Revista Neurociências. 2013; 21(3): 427-434.

Guan Y, Li Lifeng, Chen J, Lu H. Effect of AQP4-RNAi in treating traumatic brain edema: Multi-Modal MRI and histopathological changes of early stage edema in a rat model. Exp Ther Med. 2020; 19(3): 2029-2036.

Hekimoglu M, Lule S, Ozer H, Aktas CC, Oguz K, Mut M. Suppression of aquaporin-4 by antisense oligonucleotides reduces brain edema in experimental traumatic brain injury. Turk Neurosurg. 2021 Oct 21.

Loane DJ, Faden AI. Neuroprotection for traumatic brain injury: translational challenges and emerging therapeutic strategies. Trends Pharmacol Sci. 2010; 31(12): 596-604

Lu H, Zhan Y, Ai L, Chen H, Chen J. AQP4-siRNA alleviates traumatic brain edema by altering post-traumatic AQP4 polarity reversal in TBI rats. J Clin Neurosci. 81:113-119.

Lu Q, Xiong J, Yuan Y, Ruan Z, Zhang Y, Chai B, *et al.* Minocycline improves the functional recovery after traumatic brain injury via inhibition of aquaporin-4. Int J Biol Sci. 2022; 18(1): 441–458.

Nasution RA, Islam AA, Hatta M, Prihantono, Warsinggih, Ludong DH, *et al.* Effects of caffeic acid phenethyl ester in reducing cerebral edema in rat subjects experiencing brain injury: an in vivo study. Ann Med Surg. 2020;57: 328-333.

Szczygielski J, Glameanu C, Muller A, Klotz M, Sippl C, Hubertus V, *et al.* Changes in Posttraumatic Brain Edema in Craniectomy-Selective Brain Hypothermia Model Are Associated With Modulation of Aquaporin-4 Level. Front Neurol. 2018; 9: 799.

Xiong A, Li J, Xiong R, Xia Y, Jiang X, Cao F, *et al.* Inhibition of HIF-1α-AQP4 axis ameliorates brain edema and neurological functional deficits in a rat controlled cortical injury (CCI) model. Sci Rep. 2022; 12(1):2701.

Yenari MA, Han HS. Neuroprotective mechanisms of hypothermia in brain ischaemia. Nat Rev Neurosci. 2012; 13(4): 267-278.

Zhang H, Liu J, Liu Y, Su C, Fan G, Lu W, *et al.* Hypertonic saline improves brain edema resulting from traumatic brain injury by suppressing the NF-κB/IL-1β signaling pathway and AQP4. Exp Ther Med. 2020; 20(5):71.

Zhang Y, Wang J, Zhang Y, Wei J, Wu R, Cai H. Overexpression of long noncoding RNA Malat1 ameliorates traumatic brain injury induced brain edema by inhibiting AQP4 and the NF-κB/IL-6 pathway. J Cell Biochem. 2019; 120(10): 17584-17592.

Resumo

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM A VÍTIMAS POLITRAUMATIZADAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Sarah Sales Abineder Vieira[1], Elisa Camila de Souza e Silva[1], Roberta Teixeira Prado[1]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Sarah Sales Abineder Vieira. E-mail: Sarah_abineder@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O politraumatismo ocorre quando o corpo humano é exposto a uma alta energia de origem bio-físico-química, evoluindo com múltiplas lesões simultaneamente. Ao reconhecer a gravidade da condição dessa vítima, é necessária uma assistência com ações rápidas e eficientes dos profissionais de saúde. O foco do atendimento é minimizar possíveis sequelas, otimizar os resultados e melhorar as chances de sobrevivência. **OBJETIVOS:** Identificar evidências disponíveis na literatura científica acerca da atuação de enfermagem a vítimas politraumatizadas em serviços de urgência e emergência. **MÉTODOS:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada conforme levantamento de materiais publicados e artigos científicos encontrados nas bases de dados National Library of Medicine (PubMED) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Para acessar os artigos que melhor representavam o objetivo da pesquisa, foi selecionado através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), os descritores com paridade para os *Medical Subject Headings* (Mesh Terms) em uma estratégia de busca avançada com o auxílio do operador booleano "AND" combinando os descritores entre si (em inglês*: Nursing Care, Patient, Multiple Trauma, Emergency;* e em português: Cuidados de enfermagem, Paciente, Múltiplos traumas, Emergência). Definiu-se como critérios de inclusão artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, com texto completo e na íntegra e foi utilizado como filtro publicações dos últimos 5 anos. Os critérios de exclusão foram os que não estavam de acordo com o tema proposto. Além disso, as duplicatas também foram desconsideradas. Sendo assim, foram encontrados 15 artigos elegíveis para o estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram incluídas 15 publicações, sendo onze estudos em inglês, três em português e um em espanhol o que demonstra uma predominância da língua estrangeira e uma escassez em publicações no contexto latino-americano. Após a leitura do texto completo, definiu-se uma divisão de três categorias: educação sobre trauma e politraumatismo; atuação da enfermagem; segurança do paciente e atendimento multidisciplinar. Diante dos resultados descritos constatou-se que o trauma é considerado um problema de saúde significativo no mundo, por efeito do aumento das taxas de mortalidade e morbidade. Além disso, destacou-se a importância dos enfermeiros em reconhecer a singularidade e complexidade de cada indivíduo, garantindo que suas necessidades individuais sejam atendidas de forma segura e garantindo um bom atendimento ao paciente politraumatizado. **CONCLUSÃO**: A atuação dos enfermeiros no atendimento a vítimas politraumatizadas envolve desafios que podem ser enfrentados por meio da capacitação contínua e adequada ação multidisciplinar.

Palavras-chave: Enfermagem. Politraumatismo. Urgência e emergência.

REFERÊNCIAS:

Amorim GC, Bernardinelli FCP, Nascimento JSG, Souza IF, Contim D, Chavaglia SRR. Simulated scenarios in nursing: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. 2022; 76(1):e20220123.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. [acesso 12 Set. 2023] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.

BRASIL. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Dispõe sobre a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [Acesso 12 Set 2023] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html.

Stewart RM, Rotondo MF. Advanced Trauma Life Support (ATLS). Tenth Edition. Chicago: American College of Surgeons, 2018. [Acesso 18 Set 2023] Disponível em: https://cirugia.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2018/07/Advanced-Trauma-Life-Support.pdf.

Resumo

ROTURA TRAUMÁTICA DA AORTA TORÁCICA: RELATO DE CASO

Isadhora Souza Ferrari da Costa[1], Daniella Coelho Vandanezi Sobreira[1], Rafaela Fonseca Meireles Carvalho[1], Rafaela Spertine Moreira Neves[1], Tales Alvarenga Lopes e Silva[1], Luisa Leitão de Faria[2]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
2 Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – FMUSP. São Paulo, São Paulo, Brasil; Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Isadhora Souza Ferrari da Costa. E-mail: isahdoraferrari167@gmail.com

INTRODUÇÃO: A rotura traumática da aorta torácica refere-se à ruptura parcial ou completa desse vaso, sendo considerada a lesão mais letal no trauma torácico fechado, comum em acidentes automobilísticos. A topografia mais frequentemente acometida é o istmo da aorta, por ser fixado pelo remanescente do ligamento arterioso, está mais sujeito ao mecanismo de cisalhamento. O ágil reconhecimento da lesão leva a um melhor prognóstico. Pacientes que sobrevivem ao trauma inicial recorrentemente são diagnosticados com lesão parcial do vaso e formação de pseudoaneurisma. A aortografia torácica é o padrão ouro para diagnóstico da rotura, contudo, a angiotomografia computadorizada mostra-se uma ferramenta de triagem útil no pronto-atendimento. A terapêutica inclui técnica endovascular ou a toracotomia aberta. A implementação da estratégia de reparação tardia pode ser recomendada. **OBJETIVO:** Abordar a importância do diagnóstico precoce da rotura traumática da aorta torácica e relatar as principais técnicas diagnósticas e terapêuticas utilizadas na conduta do caso atualmente. **RELATO DE CASO:** Masculino, 36 anos, encaminhado ao hospital de referência em trauma após politraumatismo grave (automóvel contra anteparo). Atendido conforme os protocolos pré-hospitalares, sendo indicada intubação orotraqueal por rebaixamento de nível de consciência (Glasgow). Diante da estabilidade hemodinâmica, foi indicada tomografia computadorizada de corpo inteiro com contraste endovenoso, que revelou rotura traumática da aorta (região do istmo) por cisalhamento na inserção do ligamento arterioso, formando pseudoaneurisma. **DISCUSSÃO:** A rotura traumática da aorta, quando parcial ou tamponada, pode estar associada à formação de pseudoaneurismas (rotura contida por hematoma ou tecido conjuntivo denso periaórtico). A angiografia torácica é padrão ouro para diagnóstico por sua alta precisão, porém é uma técnica invasiva e dispendiosa. A angiotomografia computadorizada (CTA) apresenta especificidade para 97,8-100% e valor preditivo negativo de 100%, próximo aos valores estabelecidos para aortografia. A correção endovascular tem sido cada vez mais usada em detrimento da toracotomia aberta. O reparo imediato da lesão é preferível apenas quando o paciente tem outras lesões com risco imediato de vida. O atraso no reparo da lesão (tratamento conservador inicial) tem demonstrado bons resultados quando associado ao controle medicamentoso da pressão arterial e acompanhamento do paciente na unidade de terapia intensiva. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico precoce de lesões traumáticas na aorta é crucial. A angiotomografia computadorizada é uma técnica precisa e acessível. O tratamento endovascular é cada vez mais utilizado, com resultados promissores.

Palavras-chave: Trauma torácico. Aorta torácica. Ruptura da aorta torácica. Reparo endovascular. Endopróteses.

REFERÊNCIAS:

Aun R. Ruptura traumática da aorta por traumatismo torácico fechado. J Vasc Bras. 2007; 6(1): 5–6.

Bansal V, Lee J, Coimbra R. Current diagnosis and management of blunt traumatic rupture of the thoracic aorta. J Vasc Bras. 2007; 6(1):64–73.

Breda JR, Breda ASRR, Fuji EY, Corrêa JA, Meneghini A, Jaramili JI, *et al*. Tratamento endovascular de ruptura traumática da aorta torácica descendente. J Vasc Bras. 2007; 6(2): 171–174.

Figueiredo LFP, Cruz Jr RY. Diagnóstico e conduta na ruptura traumática da aorta torácica. Rev Assoc **Méd** Bras. 2001; 47(4): 289–289.

Kumar R, Raja J, Munirathinam GK, Mishra AK, Singh RS, Thingnam SKS. A case of traumatic thoracic aorta rupture - A life-threatening emergency. J Cardiovasc Thorac Res. 2019; 11(3): 248–250.

Resumo

CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS EM PACIENTE VÍTIMA TRAUMA HEPÁTICO: UM RELATO DE CASO

Letícia de Almeida Fonseca[1], Amanda Helena Novaes Saldanha Ruy de Almeida[2], Luísa Akl Urankar[1], Marco Vidal Assad Machado Vamszer[1], Camila Rosa Pena Lacerda[1], Sâmara Souza Mendonça[3]

1 Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
2 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
3 Hospital de Pronto Socorro Mozart Teixeira - HPS. Juiz de Fora, Minas Gerais.

Autor correspondente: Letícia de Almeida Fonseca. E-mail: leleafonseca@icloud.com

INTRODUÇÃO: Lesões hepáticas graves apresentam elevadas taxas de morbimortalidade em pacientes de trauma. Dentre os avanços de tratamento para o trauma hepático, a cirurgia de controle de danos (CCD) é uma abordagem relevante para o manejo de traumatizados com exaustão fisiológica e lesões múltiplas. A CCD prioriza o controle da hemorragia em pacientes graves. **OBJETIVOS:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso de trauma hepático com desfecho favorável devido à CCD. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 35 anos, vítima de ferimento por arma de fogo, apresentando orifício de entrada e saída em região toracoabdominal, deu entrada no serviço de emergência trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Hemodinamicamente instável, com pressão arterial 60 x 30 mmHg; frequência cardíaca 140 bpm; abdome distendido e tenso. Submetido a laparotomia exploradora, durante inventário da cavidade foi observado grande quantidade de sangue e lesão hepática extensa transfixante (lobos V, VII e VIII). Realizada hemostasia com sutura hepática e uso de 12 compressas, além de reposição volêmica por transfusão sanguínea no intra-operatório. Paciente estável ao fim do procedimento. Realizada reabordagem cirúrgica após 48 horas, com posterior encaminhamento para a unidade de terapia intensiva. **DISCUSSÃO:** CCD é uma abordagem projetada para pacientes com lesões complexas, com foco no controle da hemorragia, prevenção da contaminação e estabilização do paciente, buscando restabelecer os parâmetros fisiológicos antes do tratamento definitivo. A escolha da CCD requer avaliação criteriosa e é indicada para pacientes instáveis com comprometimento fisiológico significativo, nos quais a sobrevivência com cirurgia definitiva é improvável, com o objetivo de interromper a tríade da morte (acidose, metabólica, hipotermia e coagulopatia. As lesões hepáticas complexas ainda estão associadas a altas taxas de morbimortalidade, então, a decisão de interromper a laparotomia e iniciar o tamponamento com compressas deve ser tomada precocemente e com cautela. O caso ilustra uma situação em que a CCD foi justificada pela hipotensão severa, taquicardia e hemorragia grave. **CONCLUSÃO:** Lesões hepáticas graves são um grande desafio e a CCD se destaca como uma estratégia para diminuir a morbimortalidade nesses pacientes. Embora a CCD seja uma ferramenta valiosa, são necessárias pesquisas adicionais para estabelecer critérios claros de indicação, o que ajudará a reduzir a ambiguidade nas decisões clínicas e aprimorar a eficácia dessa abordagem. A CCD continua sendo importante para o tratamento de lesões graves, proporcionando uma chance vital de sobrevivência para pacientes críticos.

Palavras-chave: Ferimento e lesões. Controle de danos. Fígado. Tratamento de emergência.

REFERÊNCIAS:

Parreira JG, Soldá S, Rasslan S. Controle de danos: uma opção tática no tratamento dos traumatizados com hemorragia grave. Arq Gastroenterol. 2002; 39(3): 188–197.

Pimentel SK, Rucinski T, Meskau MPA, Cavassin GP, Kohl NH. Damage control surgery: are we losing control over indications?. Rev Col Bras Cir. 2018; 45(1): e1474.

Silva Júnior WT, Matos BEL, Nunes Júnior E, Nascimento ES, Nascimento L, Sousa LI, *et al*. Cirurgia de controle de danos no trauma abdominal: Técnicas cirúrgicas, indicações e seus impactos. Brazilian Journal of Health Review. 2021; 4(6): 27929-27938.

Zago TM, Pereira BM, Nascimento B, Alves MSC, Calderan TRA, Fraga GP. Trauma hepático: uma experiência de 21 anos. Rev Col Bras Cir. 2013; 40(4): 318–322.

Resumo

COMPARAÇÃO DO TRATAMENTO EM DISSECÇÕES ESPONTÂNEAS DE CORONÁRIAS: RELATOS DE CASO

Gisela Lara Vitorino de Mattos Silva[1], Camila Costa de Oliveira[2], Fernanda Lúcia Vitorino de Mattos Silva[2], Kalebi Saraiva[3], Alan Vinícius Gamero Osti[4]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil
2 Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Sinop, Mato Grosso, Brasil
3 Secretaria Municipal de Saúde de Sinop. Sinop, Mato Grosso, Brasil
4 INTERCOR. Sinop, Mato Grosso, Brasil.

Autor correspondente: Gisela Lara Vitorino de Mattos Silva. E-mail: giselalaracontato@gmail.com

INTRODUÇÃO: Dissecção espontânea de coronária (DEAC) consiste na obstrução não aterosclerótica e não traumática da artéria coronária, principalmente a descendente anterior, sendo causa rara de eventos cardiovasculares isquêmicos. Manifesta-se como síndrome coronariana aguda (SCA), em especial Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST, arritmias ventriculares, choque cardiogênico ou morte súbita. Apresenta prevalência de até 1,1% em pacientes submetidos a cateterismo, porém de incidência subestimada. Predomina em indivíduos jovens e do sexo feminino, com maior incidência entre 4ª e 5ª décadas de vida, sendo a maior causa de SCA na gravidez. Diretrizes indicam tratamento conservador com betabloqueador, aspirina e clopidogrel em pacientes clinicamente estáveis, reservando intervenção e revascularização em casos de instabilidade ou lesões de alto risco. **RELATO DE CASO:** Caso 1: Feminino, 38 anos, puérpera, trombofilia, em uso de enoxaparina. Admitida com quadro de angina típica há 1,5 hora. Pressão arterial 152x104mmHg. Eletrocardiograma: supradesnivelamento de ST em derivações anteriores e inferiores. Realizada terapia trombolítica com alteplase e, posteriormente, cateterismo, que evidenciou dissecção espontânea em terço médio-distal de artéria descendente anterior, terço médio de circunflexa e terço médio de diagonal; ventriculografia com hipocinesia em parede anteroapical de ventrículo esquerdo. Paciente estável, optado por tratamento conservador. Mantida dupla antiagregação plaquetária, enoxaparina e estatina; iniciados betabloqueador, espironolactona e entresto. Ecocardiograma: fração de ejeção 33%, hipocinesia de segmentos médio e acinesia de ápice. Caso 2: Feminino, 38 anos, sem fatores de risco cardiovascular. Apresentou angina típica com melhora espontânea. Eletrocardiograma sem alterações. Enzimas cardíacas normais. Após recorrência da dor, optado por angiotomografia de coronárias, que evidenciou dissecção espontânea no terço médio da artéria descendente anterior. Realizado cateterismo cardíaco, evidenciando dissecção em artéria descendente anterior com comprometimento retrógrado até tronco de artéria coronária esquerda. Optado por angioplastia coronária devido gravidade da lesão. Paciente assintomática após e segue em tratamento clínico. **DISCUSSÃO:** Apesar dos avanços diagnósticos, a DEAC continua subdiagnosticada e tratada como SCA aterosclerótica, prejudicando o prognóstico, pois são condições que demandam diferentes manejos. Segundo a bibliografia disponível atualmente, risco de morte a longo prazo, DEAC recorrente e necessidade de revascularização não apresentam diferenças significativas após terapia conservadora ou terapia invasiva. **CONCLUSÃO:** A escolha do manejo adequado baseia-se na clínica do paciente: estabilidade clínica e ausência de fatores de alto risco (instabilidade hemodinâmica, sinais de isquemia miocárdica, choque cardiogênico, arritmia ventricular) indicam tratamento conservador com uso de aspirina e betabloqueador; caso contrário, deve-se optar por intervenção invasiva, percutânea ou cirúrgica.

Palavras-chave: Dissecção arterial. Dissecção coronária espontânea. Emergências cardiovasculares.

REFERÊNCIAS:

1. Almeda FQ, Barkatullah S, Kavinsky CJ. Spontaneous coronary artery dissection. Clin Cardiol. 2004; 27(7): 377–380.
2. Hayes SN, Kim ESH, Saw J, Adlam D, Arslanian-Engoren C, Economy KE, *et al.* Spontaneous Coronary Artery Dissection: Current State of the Science: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2018; 137(19): e523-e557.
3. Hayes SN, Tweet MS, Adlam D, Kim ESH, Gulati R, Price JE, *et al.* Spontaneous Coronary Artery Dissection: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2020; 76(8): 961–984.
4. Krittanawong C, Nazir S, Virk HH, Hahn J, Wang Z, Fogg SE, et. al. Long-Term Outcomes Comparing Medical Therapy versus Revascularization for Spontaneous Coronary Artery Dissection. Am J Med. 2021; 134(7): e403-e408.
5. Kim ESH. Spontaneous Coronary-Artery Dissection. N Engl J Med. 2020; 383(24): 2358-2370.
6. Lionakis N, Briasoulis A, Zouganeli V, Dimopoulos S, Kalpakos D, Kourek C. Spontaneous coronary artery dissection: A review of diagnostic methods and management strategies. World J Cardiol. 2022; 14(10): 522–536.

Resumo

COMPARAÇÃO ENTRE A ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA E INTRAÓSSEA DE EPINEFRINA EM PACIENTES COM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EXTRA-HOSPITALAR

Thyago Martini Rezende[1], Hugo Lorran Souza Costa[1], Mateus Guilherme Monteiro Costa[1], Daniel de Lyra Cristello Gardoni[1], Matheus Antônio Eugênio Andrade[1], Jefferson Cleto Lino Netto[2]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

[2] Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Thyago Martini Rezende. E-mail: thyago.martini@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A epinefrina é utilizada no suporte avançado de vida para pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR) extra-hospitalar. No entanto, há controvérsias sobre a melhor via de administração da droga, que é um potente estimulante cardíaco e vasoconstritor. **OBJETIVOS:** Comparar a administração intravenosa versus intraóssea de epinefrina em pacientes com parada cardiorrespiratória extra-hospitalar, em termos de sobrevida e retorno da circulação espontânea. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A busca foi realizada nas bases PubMed, Scielo e Portal BVS, tendo como critérios de inclusão a restrição aos últimos 5 anos, os descritores "epinefrine", "intraosseous", "intravenous", "cardiopulmonary resuscitation" e o booleano "and". Foram encontrados 27 resultados e selecionados 8 artigos, publicados entre 2019 e 2023, excluindo-se os trabalhos que não atendiam ao recorte temporal delimitado ou à temática abordada. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Notou-se superioridade da via intravenosa (IV) em relação à via intraóssea (IO), haja vista que as taxas de retorno da circulação espontânea pré-hospitalar (24,5% *vs.* 17,8%), sobrevivência até a alta hospitalar (5,8% *vs.* 3,1%) e resultados neurológicos favoráveis na alta hospitalar (4,3% *vs.* 1,8%) foram maiores no grupo IV do que no grupo IO. No entanto, percebeu-se que, nos casos em que a via intraóssea foi utilizada, a taxa de sucesso foi muito maior no acesso à via (100% *vs.* 33%) e na administração de epinefrina (100% *vs.* 52%) do que no grupo da via intravenosa. Além disso, dois fatores foram promissores em relação ao grupo IO: o tempo até a administração de epinefrina, que foi menor no grupo intraósseo do que no grupo intravenoso e o tempo desde a disponibilização da droga até a primeira dose, que foi menor com a via IO (15,6 minutos) em comparação com a via IV (16,7 minutos). Isso sugere que a via intraóssea é uma opção viável e rápida para a administração de epinefrina em pacientes com PCR extra-hospitalar, principalmente quando o acesso intravenoso é difícil. **CONCLUSÃO:** A via intravenosa é superior à via intraóssea em termos de resultados clínicos em pacientes com PCR extra-hospitalar, mas a via intraóssea é mais rápida e eficaz quando o acesso intravenoso é difícil. Portanto, a escolha da via deve depender da situação clínica e da disponibilidade de recursos. Assim, faz-se necessário estudos posteriores com o escopo de elucidar os melhores cenários de uso das vias supracitadas, objetivando maior efetividade no atendimento ao paciente.

Palavras-chave: Epinefrina. Infusões intraósseas. Infusões intravenosas. Parada cardíaca extra-hospitalar.

REFERÊNCIAS:

Hooper A, Nolan JP, Rees N, Walker A, Perkins GD, Couper K. Drug routes in out-of-hospital cardiac arrest: A summary of current evidence. Resuscitation. 2022; 181: 70-78.

Monaco T, Fischer M, Michael M, Hubar I, Westenfeld R, Rauch S, *et al*. Impact of the route of adrenaline administration in patients suffering from out-of-hospital cardiac arrest on 30-day survival with good neurological outcome (ETIVIO study). Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2023; 31(1):14.

Nolan JP, Deakin CD, Ji C, Gates S, Rosser A, Lall R, *et al*. Intraosseous versus intravenous administration of adrenaline in patients with out-of-hospital cardiac arrest: a secondary analysis of the PARAMEDIC2 placebo-controlled trial. Intensive Care Med. 2020; 46(5): 954–962.

Vadeyar S, Buckle A, Hooper A, Booth S, Deakin CD, Fothergill R, *et al*. Trends in use of intraosseous and intravenous access in out-of-hospital cardiac arrest across English Ambulance Services: A registry-based, cohort study. Resuscitation. 2023; 191:109951.

Tan BKK, Chin YX, Koh ZX, Sais NAZBM, Rahmat M, Fook-Chong S, *et al*. Clinical evaluation of intravenous alone versus intravenous or intraosseous access for treatment of out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2021; 159: 129-136.

Yang S-C, Hsu Y-H, Chang Y-H, Chien L-T, Chen I-C, Chiang W-C. Epinephrine administration in adults with out-of-hospital cardiac arrest: A comparison between intraosseous and intravenous route. Am J Emerg Med. 2023; 67: 63-69.

Zhang W, Liu Y, Yu J, Li D, Jia Y, Zhang Q, *et al*. Intravenous vs intraosseous adrenaline administration in cardiac arrest: A protocol for systematic review and meta-analysis. Medicine. 2020; 99(52): e23917.

Zhang Y, Zhu J, Liu Z, Gu L, Zhang W, Zhan H, *et al*. Intravenous versus intraosseous adrenaline administration in out-of-hospital cardiac arrest: A retrospective cohort study. Resuscitation. 2020; 149:209-216.

Resumo

CONFECÇÃO DE SIMULADOR DE BAIXO CUSTO PARA TREINAMENTO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Yuli Mendes de Souza[1], Sarah Sales Abineder Vieira[1], Pedro Henrique Cordeiro Flores[1], Quenfins Almeida Vieira Bisaggio[1]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Yuli Mendes de Souza. E-mail: yuli.mendes@medicina.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O Acesso Venoso Periférico é um procedimento de rotina na assistência à saúde, tanto no atendimento extra-hospitalar quanto no intra-hospitalar que, embora simples, não é isento de riscos e requer habilidades técnicas para ser executado com sucesso. O treinamento por meio de simulação tem alcançado espaço na formação de profissionais de saúde. No entanto, os modelos presentes no mercado apresentam alto custo e são menos acessíveis. **OBJETIVOS:** Descrever a confecção de um simulador de baixo custo para treinamento de acesso venoso periférico e a experiência de acadêmicos de medicina e enfermagem. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Foi realizada a construção de um protótipo para treinamento de punção vascular. Para representar o membro superior com anatomia simplificada, utilizou-se flutuador espaguete de polietileno de 25 centímetros de comprimento com diâmetro de 65 milimetros, onde foi realizado um sulco tortuoso para passagem de um tubo de látex de 4 milímetros para simular as veias superficiais do antebraço. Ambas extremidades do látex foram conectadas por seringas de 20 mililitros contendo solução de água e corante vermelho, usadas para preencher o tubo de látex, simulando sangue. A estrutura foi recoberta com material EVA 4 milímetros, de textura semelhante à pele humana. O simulador foi utilizado em oficina de treinamento prático de trinta discentes de enfermagem e medicina, possibilitando repetidas punções e aprimoramento da técnica. **DISCUSSÃO:** O protótipo apresentou uma simulação apropriada para representar de forma mais realística os tecidos humanos durante o treinamento de acessos vasculares periféricos, como punções venosas. O formato proposto se assemelha à anatomia do antebraço normal, tornando facilmente identificáveis os vasos sanguíneos. Demonstrando ser uma ferramenta prática para a realização das punções e, devido à sua durabilidade, é possível repetir o procedimento seguidamente no mesmo simulador. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O modelo proposto permite o treinamento de acesso vascular periférico, sendo uma alternativa de baixo custo, apto para fabricação manual, utilizado para fins educacionais e desempenhando um papel interessante na formação de profissionais de saúde. Simuladores artesanais oferecem oportunidade para o aprimoramento de habilidades essenciais, de forma prática, segura e acessível, melhorando a qualidade da assistência em saúde. Sugere-se realização de mais estudos para avaliar a eficácia do simulador no treinamento de acadêmicos de Medicina e Enfermagem e o aproveitamento dos estudantes, inclusive, com aplicação de questionários para compreender a aplicabilidade do modelo.

Palavras-chave: Acesso venoso periférico. Simulador. Treinamento.

REFERÊNCIAS

Zandoná PCE, Laranjeira FF, Zanin EM, Kobe LM, Frota BG, Azevedo RS, *et al.* Descrição de um modelo prático para o aprendizado do acesso venoso periférico por estudantes de medicina e enfermagem. Scientia Medica. 2013; 23(4): 262-265.

Canever BP, Sanes MS, Oliveira SN, Magalhães ALP, Prado ML, Costa DG. Metodologias ativas no cateterismo periférico venoso: desenvolvimento de habilidades com simulador de baixo custo. Esc Anna Nery. 2021; 25(1):e20200131.

Silva RA, Granhen HD, Mendonça ESF, Nascimento FC, Barros CAV. Modelo artesanal de aprendizagem do acesso venoso periférico. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2019; 11(8):e307.

Rocha IRO, Oliveira MHB, Bengtson KL, Alves AMN, Brito MVH. Modelo artesanal para treinamento de acesso vascular periférico. J Vasc Bras. 2017; 16(3): 195–198.

Resumo

ACIDENTES NA INFÂNCIA: PREVALÊNCIA INVISIBILIZADA PELA SUBNOTIFICAÇÃO

Luigi Vincenzo Tibiriçá de Rezende[1], Victor Tibiriçá de Rezende[1], Sofia de Barros Zampier[1], Enzo Tibiriçá de Rezende[1], Marina Guedes Andrade Ezequiel[1], Sandra Helena Cerrato Tibiriçá[2]

1 Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

2 Faculdade de Ciências Médica e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil; Fiocruz. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Autor correspondente: Luigi Vincenzo Tibiriçá de Rezende E-mail: luigibrasilianovtr@gmail.com

INTRODUÇÃO: Os acidentes na infância são lesões não intencionais que incluem: agravos no trânsito (atropelamentos, lesões em passageiros e ciclistas), afogamentos, obstrução de vias aéreas superiores (asfixia, estrangulamento e obstrução das vias aéreas por corpo estranho OVACE), envenenamentos e intoxicações, queimaduras e choques elétricos, acidentes com armas de fogo e perfurocortantes, dentre outros. A prevalência de cada categoria, varia de acordo com a faixa etária, local e espaço geográfico ocupado, constituindo os acidentes a principal causa de mortalidade na primeira infância no Brasil. **OBJETIVOS:** Objetiva-se levantar o número de acidentes de 0 a 9 anos notificados no DATASUS e internados no município de Juiz de Fora no período pós pandemia e comparar tais dados com os nacionais, bem como, analisá-los, de forma crítica, à luz do sistema de notificação nacional. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Mediante busca na plataforma DATASUS, no ano de 2022 até junho de 2023, foram encontrados no muncípio de Juiz de Fora, em crianças de 0 a 9 anos, quatro grandes categorias de morbidade hospitalar do SUS por causas externas, que incluem: quedas, intoxicações, acidentes de transporte e queimaduras. **RESULTADOS:** No ano de 2022, as queimaduras foram as mais notificadas especialmente na faixa de 1 a 4 anos, seguidas pelos acidentes no trânsito na faixa de 5 a 9 anos. No primeiro semestre de 2023 acidentes no trânsito se equiparam às queimaduras, ambos em faixa etária de 1 a 4 anos dados estes, congruentes com os nacionais. Destaca-se a ausência de notificações no município de duas categorias prevalentes: asfixias e afogamentos, o que contrasta com os achados nacionais. **DISCUSSÃO:** Considerando que a morbidade hospitalar retrata um conjunto de indivíduos que adquire doenças em dado intervalo de tempo e são levados a internação para tratamento; na análise dos acidentes na infância, os dados governamentais dispostos no DATASUS **não** englobam os atendimentos dos pronto socorros, nem da Atenção Primária, que, se considerados aumentariam, substancialmente, os **números** oficiais de acidentes em todas as categorias. Ademais, fica evidente a sub notificação, uma vez que muitos destes agravos **não sã**o de notificação compulsória. Os números deste trabalho foram obtidos dos hosptiais do SUS, assim sendo, os números da saúde suplementar ficaram fora desta análise. **CONCLUSÃO:** A subnotificação dos acidentes na infância em Juiz de Fora e no Brasil e a falta de políticas públicas desenvolvidas para prevenção de acidentes, específicas por faixa etária pediátrica, invisibilizam, sistematicamente, esta prevalente pandemia silenciosa e historicamente negligenciada.

Palavras-chave: Acidentes. Infância. Notificação.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos. Brasília, 2023. [Acesso 10 jul 2023] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ idb2012/matriz.htm.

Chowdhury S, See AP, Eriksson LP, Boulouis G, Lehman LL, Hararr DB, *et al*. Closing the Gap in Pediatric Hemorrhagic Stroke: A Systematic Review. Semin Pediatr Neurol. 2022;43:101001.

Criança Segura Brasil. Relatório Institucional, 2017 [online]. [acesso 15 jul 2023] Disponível em: http://www.criancasegura. org.br/relatorio2017.

Gallagher L, Breslin G, Leaey G, Curran E, Rosato M. Determinants of unintentional injuries in preschool age children in high-income countries: A systematic review. Child Care Health Dev. 2023.

Hermis AH, Tehrany PM, Hosseini SJ, Firooz M, Hosseini SR, Jamshidbeigi A, *et al*. Prevalence of non-accidental burns and related factors in children: A systematic review and meta-analysis. Int Wound J. 2023;20(9): 3855-3870.

Ribeiro BMSS, Silva VA. Acidentes domésticos infantis: perspectivas de mães e da teoria de enfermagem do cuidado transpessoal / Domestic child accidents: mothers' perspectives and of the nursing theory of transpersonal care. J Nurs Health. 2021; 11(1): e211111913.

Scarr J-P, Jagnoor J. Identifying strategic priorities for advancing global drowning prevention: a Delphi method. BMJ Glob Health. 2023; 8(9): e013303.

Silva MF, Fontinele DRS, Oliveira AVS, Bezerra MAR, Rocha SS. Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância. J Hum Growth Dev. 2017; 27(1): 10-18.

Resumo

PSEUDOCISTO PANCREÁTICO PÓS-TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO

Daniella Coelho Vandanezi Sobreira[1], Isadhora Souza Ferrari da Costa[1], Rafael Machado Malatesta[1], Tales Alvarenga Lopes e Silva[1], Thomás Alvim Mendonça Borges de Almeida[1], Luisa Leitão de Faria[2]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil
2 Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. São Paulo, São Paulo. Liga Acadêmica de Imaginologia da UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Daniella Coelho Vandanezi Sobreira. E-mail: daniellacvandanezi@gmail.com

INTRODUÇÃO: O pseudocisto pancreático (PP) é uma lesão caracterizada pelo acúmulo de líquido, contendo enzimas pancreáticas, limitado por tecido de granulação e/ou órgãos vizinhos, sem revestimento epitelial verdadeiro. O PP é uma complicação da pancreatite (aguda ou crônica) ou, mais raramente, de trauma pancreático. As manifestações clínicas variam, podendo ser assintomático, exercer efeito de massa ou resultar em sangramento e rotura. Devido à sintomatologia inespecífica, exames de imagens são fundamentais no diagnóstico. O tratamento inclui o controle dos sintomas e, caso necessário, abordagem cirúrgica. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso de PP pós-traumático em uma criança, destacando a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado. **RELATO DE CASO:** Criança do sexo masculino, 11 anos, relato de queda de bicicleta com impacto do guidão no epigástrio há cerca de dois meses. Evoluiu com dor em barra no abdome superior, principalmente pós-prandial, perda de peso, febre esporádica e constipação. Ao exame físico, abdome plano, flácido, doloroso à palpação, sem sinais de defesa. Tomografia Computadorizada (TC) com contraste revelou descontinuidade do ducto pancreático principal no colo do pâncreas, conectada a coleção líquida homogênea, de paredes finas e regulares entre o pâncreas e o estômago, anteriormente rechaçado. Exames laboratoriais identificaram amilase em 3622 U/L (Normal < 100 U/L) e lipase em 1018 U/L (Normal < 35 U/L). Diagnóstico de pancreatite traumática com transecção do ducto pancreático principal e formação de PP. Realizada drenagem cirúrgica e pancreatectomia parcial sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** O trauma pancreático afeta 2% dos pacientes com trauma abdominal, sendo ainda mais raro de maneira isolada, como relatado no caso. Geralmente, resulta da compressão pancreática contra a coluna vertebral, causando lesões no colo e corpo do órgão. O diagnóstico precoce pode evitar complicações, como pseudocistos e fístulas, decorrentes da laceração ou transecção do ducto pancreático, com extravasamento de secreções. O impacto pancreático por guidão de bicicleta com lesão ductal causa 69% dos pseudocistos em crianças. Sintomas são inespecíficos, sendo necessário auxílio da imaginologia. A sensibilidade da TC na detecção de traumas pancreáticos é aproximadamente de 80%. Em casos duvidosos, a colangiorressonância magnética fornece maior detalhamento na avaliação ductal. A maioria dos casos se resolvem espontaneamente, sendo indicada observação e acompanhamento radiológico. A drenagem é recomendada na persistência do pseudocisto e aparecimento de sintomas ou complicações. **CONCLUSÃO:** A abordagem, tratamento e acompanhamento clínico adequados são essenciais no manejo de pacientes com PP pós-traumático, prevenindo complicações.

Palavras-chave: Pseudocisto. Trauma Pancreático. Emergência Pediátrica.

REFERÊNCIAS:

Artifon ELA, Buch M, Bonini L, Aparicio DPS. Lesões Císticas do Pâncreas. GED gastroenterol. Endosc. Dig. 2013;32(4):111-119.

Franco MCC, Benítez CY, Almudí EH, *et al* . Pseudoquiste traumático de páncreas. Rev Esp Enferm Dig. 2007; 99(8): 476-483.

Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. World J Gastroenterol. 2009; 15(1): 38-47.

Kury LA, Amaral IA, Rangel KG, Martins L. Pancreatite aguda e pseudocisto pancreático: relato de caso. Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos. 2002; 17(1): 36–39.

Linsenmaieer U, Wirth S, Reiser M, Korner M. Diagnosis and Classification of Pancreatic and Duodenal Injuries in Emergency Radiology. Radiographics. 2008; 28(6): 1591–1602.

Oláh A, Issekutz A, Haulik L, Makay R. Pancreatic Transection from Blunt Abdominal Trauma: Early versus Delayed Diagnosis and Surgical Management. Dig Surg. 2003; 20(5): 408–414.

Patton Jr JH, Lyden SP, Croce MA, Pritchard FE, Minard G, Kudsk KA, *et al*. Pancreatic Trauma: a simplified management guideline. J Trauma. 1997; 43(2): 234–9.

Resumo

INTEGRAÇÃO DA TELEMEDICINA NO APRIMORAMENTO DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA EM ÁREAS GEOGRAFICAMENTE DESAFIADORAS

Mateus Guilherme Monteiro Costa[1], Daniel de Lyra Cristello Gardoni[1], Hugo Lorran Souza Costa[1], Thyago Martini Rezende[1], Isabela França Oliveira[1], Jefferson Cleto Lino Netto[2]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais

[2] Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Juiz de Fora, Minas Gerais

Autor correspondente: Mateus Guilherme Monteiro Costa. E-mail: mateuscosta.monteiro@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A telemedicina é uma abordagem inovadora que utiliza telecomunicações remotas para fornecer uma ampla gama de serviços de saúde, incluindo consultas e diagnósticos interativos. Essa modalidade de assistência médica desempenha um papel fundamental na otimização da prestação de cuidados de saúde, com destaque para sua importância em situações de emergência, particularmente em regiões remotas ou de difícil acesso. **OBJETIVOS:** Analisar o impacto da adoção da telemedicina em contextos de áreas de difícil acesso, com enfoque em emergências. **METODOLOGIA:** Esta revisão integrativa de literatura envolveu uma busca em bases de dados como PubMed, Scielo e Portal BVS. Os critérios de inclusão abrangiam a disponibilidade do texto completo, uma restrição temporal de até dez anos e a presença dos descritores "telehealth", "emergency" e "remote areas", com a utilização do operador booleano "and". Foram encontrados 15 artigos na plataforma PubMed e 32 no Portal BVS, dos quais foram selecionados 4, todos publicados entre 2020 e 2023. Os trabalhos que não atendiam à temática abordada foram excluídos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A integração da telemedicina em contextos de áreas remotas demonstrou melhorias significativas na eficácia clínica, nos processos de cuidados e na velocidade de atendimento, particularmente em departamentos de emergência rurais e regiões geográficas de difícil acesso. Além disso, a telemedicina se mostrou eficaz na abordagem de grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes e idosos, em áreas onde o acesso a especialistas é limitado. A gravidade das lesões ou doenças emergiu como um fator crítico para a adoção da telemedicina, indicando seu papel crucial na triagem e na tomada de decisões em situações de emergência, especialmente em locais com recursos limitados. Esses resultados enfatizam a crescente importância da telemedicina como uma estratégia eficaz para aprimorar o atendimento médico em áreas remotas e geograficamente desafiadoras. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A integração da telemedicina em áreas remotas e situações de emergência revelou impactos positivos na eficácia clínica e velocidade de atendimento. No entanto, verificou-se, nas bases de dados pesquisadas, uma lacuna significativa sobre esse tópico. Além disso, a falta de diretrizes específicas para o uso da telemedicina em emergências deixa em aberto questões sobre como, quando e onde essa ferramenta deve ser aplicada. Portanto, a telemedicina permanece como uma ferramenta promissora para melhorar os cuidados de emergência em áreas remotas, mas requer pesquisas adicionais e regulamentações adequadas para otimizar seu potencial.

Palavras-chave: Emergência. Telemedicina. Áreas remotas.

REFERÊNCIAS:

Deran K, Mulkerrin G, McDonnel T, Mulkerrin EC. Technology and Specialist Care for Older Patients in the Post COVID-19 Era. JAR Life. 2020; 9:35-39.

Galagali PM, Ghosh S, Bharga H. The Role of Telemedicine in Child and Adolescent Healthcare in India. Curr Pediatr Rep. 2021; 9(4): 154–161.

Tsou C, Robinson S, Boyd J, Jamieson A, Blakeman R, Yeung J, *et al.* Effectiveness of Telehealth in Rural and Remote Emergency Departments: Systematic Review. J Med Internet Res. 2021; 23(11):e30632.

Wood T, Freeman S, Banner D, Martin-Khan M, Hanlon N, Flood F. Factors associated with teletrauma utilization in rural areas: a review of the literature. Rural Remote Health. 2021; 21(1):6354.

Resumo

DIAGNÓSTICO E MANEJO DA APENDICITE AGUDA NA GESTAÇÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Marcelle de Souza Ramos[1], Maria Eduarda Vieira Talarico[1], Ruthirene de Freitas Florido[1], Huendel Costa de Lira Carvalho[1], Geovana de Freitas Pereira Angelo Durço[1], Daniella de Freitas Pereira Angelo Durço[2]

1 Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de fora (UFJF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
2 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor correspondente: Marcelle de Souza Ramos. E-mail: marcelle.ramos@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O abdome agudo na gestação pode ter etiologia obstétrica ou não-obstétrica, sendo apendicite aguda a etiologia mais prevalente dentre as causas não obstétricas. Nas gestantes, o aumento uterino e frouxidão da parede abdominal reduzem a resposta à irritação peritoneal e dificultam o diagnóstico. Além disso, as principais manifestações da apendicite aguda são sintomas inespecíficos frequentemente observados na gestante saudável. A indicação do tratamento cirúrgico em gestantes deve ser criteriosa, dado que tanto apendicectomias negativas, quanto quadros de apendicite perfurada, se relacionam com maior incidência de prematuridade. **OBJETIVOS:** O objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever o diagnóstico e manejo de apendicite aguda gestacional. **METODOLOGIA:** Realizado levantamento bibliográfico no Pubmed/MEDLINE a partir dos descritores ("pregnant women" OR "pregnancy") AND ("acute abdomen" OR "acute appendicitis") AND ("management") e selecionados trabalhos publicados entre 2013 e 2023, em língua inglesa, que abordassem diagnóstico e manejo de apendicite aguda na gestação. Excluídos relatos de caso, protocolos de pesquisa, revisões de literatura e textos incompletos. Foram encontrados 125 resultados e, após leitura de título e resumo, 29 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Desses, 8 respeitaram os critérios de elegibilidade e foram incluídos no trabalho. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O diagnóstico precoce é fator definitivo para desfecho da apendicite aguda e depende de correlação clínico-radiológica. O exame de imagem de primeira escolha para apendicite aguda na gestação é a ultrassonografia e, quando inconclusiva, a ressonância magnética (RM) é preconizada. A tomografia computadorizada (TC) deve ser evitada devido aos riscos da radiação ao feto. O diagnóstico de apendicite aguda deve ser imediato com intervenção cirúrgica dentro de 24 horas. Atraso em estabelecer a conduta definitiva relaciona-se com aumento dos riscos de perfuração, septicemia, perda fetal e óbito materno. A técnica de abordagem cirúrgica depende da idade gestacional e expertise do cirurgião. A apendicectomia laparoscópica pode ser realizada durante qualquer trimestre e está associada à redução de complicações e internação hospitalar, quando comparada à apendicectomia aberta. Entretanto, no último trimestre, apendicectomia aberta é mais efetiva em evitar danos ao útero. Cuidados anestésicos preconizam boa perfusão uteroplacentária para evitar hipoxemia fetal durante a anestesia geral. Atualmente, não há evidências suficientes para recomendar o tratamento conservador como primeira opção na apendicite aguda na gestação. **CONCLUSÃO:** Apendicite aguda na gestação é uma emergência cirúrgica. Atraso no estabelecimento da conduta cirúrgica definitiva relaciona-se com aumento dos riscos fetais e maternos. O tratamento de escolha é cirúrgico com abordagem aberta ou laparoscópica.

Palavras-chave: Gestante. Apendicite aguda. Manejo.

REFERÊNCIAS

Aggenbach L, Zeman GG, Cantineau AEP, Gordijn SJ, Hofker HS. Impact of appendicitis during pregnancy: No delay in accurate diagnosis and treatment. Int J Surg. 2015; 15: 84–89.

Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L, Leconte M, Goffinet F. Abdominal emergencies during pregnancy. J Visc Surg. 2015; 152(6 Suppl): S105-15.

Chwat C, Terres M, Duarte MR, Valli D, Alexandre F, Rosato G, *et al.* Laparoscopic treatment for appendicitis during pregnancy: Retrospective cohort study. Ann Med Surg. 2021; 68:102668.

Ghali MAE, Kaabia O, Mefteh ZB, Jgham M, Tej A, Sghayer A, *et al*. Acute appendicitis complicating pregnancy: a 33 case series, diagnosis and management features, maternal and neonatal outcomes. Pan Afr Med J. 2018; 30:212.

Flexer SM, Tabib N, Peter MB. Suspected appendicitis in pregnancy. Surgeon. 2014; 12(2): 82–86.

Garcia JA, Aranda OL. Diagnóstico de Abdome Agudo em Gestantes: Uma Revisão de Literatura. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2023; 9(3): 1175–1185.

Kulali F. Diffusion-weighted imaging versus non-contrast magnetic resonance imaging in the diagnosis of acute appendicitis during pregnancy. Rev Assoc Med Bras. 2023; 69(1): 56–60.

Lotfippour S, Jason M, Liu VJ, Helmy M, Hoonpongsimanont W, McCoy CE, *et al*. Latest Considerations in Diagnosis and Treatment of Appendicitis During Pregnancy. Clin Pract Cases Emerg Med. 2018; 2(2): 112–115.

Vasileiou G, Eid AI, Qian S, Pust G, Rattan R, Namias N, *et al*. Appendicitis in Pregnancy: A Post-Hoc Analysis of an EAST Multicenter Study. Surg Infect. 2020; 21(3): 205–211.

Zachariah SK, Fenn M, Jacob K, Arthungal SA, Zachariah SA. Management of acute abdomen in pregnancy: current perspectives. Int J Womens Health. 2019; 11: 119–134.

Zeng Q, Aierken A, Gu S-S, Yao G, Apaer S, Anweier N, *et al*. Laparoscopic Versus Open Appendectomy for Appendicitis in Pregnancy: Systematic Review and Meta-Analysis. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2021; 31(5): 637–644.

Resumo

DISSECÇÃO AÓRTICA STANFORD TIPO A E SUAS IMPLICAÇÕES PROGNÓSTICAS: UM RELATO DE CASO

Mariana Torres Furtado Martins[1], Ruan Teixeira Lessa[1], Conrado Lemos Rebouças[2], Jean Pierre de Almeida[2]

1 Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil
2 Hospital Albert Sabin. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Mariana Torres Furtado Martins. E-mail: marianatfmartins@gmail.com

INTRODUÇÃO: A dissecção aórtica é a síndrome aórtica aguda mais comum com uma incidência anual de 3/100.000 pessoas. A dissecção Stanford tipo A é responsável por 66% das dissecções agudas, com taxa de mortalidade precoce de 1% a 2% por hora se não for tratado. **OBJETIVOS:** Apresentar um caso de dissecção aórtica, Stanford tipo A e suas implicações prognósticas. **ESTUDO DE CASO:** Paciente, sexo masculino, 43 anos, hipertenso, admitido no PA, com história de síncope antecedida de dor intensa em região torácica posterior. ECG realizado no SAMU: taquicardia paroxística supraventricular sem alterações sugestivas de isquemia miocárdica. Medicado com morfina e metoprolol EV. No hospital, encontrava-se consciente, orientado, porém muito agitado, sem déficit motor, com sudorese fria e dor torácica intensa. Nesse momento, ECG: ritmo sinusal. Sem sinais de isquemia miocárdica. Quarenta minutos após admissão apresentou hipotensão arterial (PA: 80x50 mmHg) respondendo parcialmente à infusão de soro fisiológico sendo transferido para a UTI. História de mialgia generalizada há 5 dias. Exames laboratoriais de admissão exibiam aumento de transaminases (TGO: 2.863; TGP: 6.080), bilirrubinas normais, anemia (Hb: 9,6), plaquetopenia (73.000 plaquetas), tempo / atividade de protrombina: 21,3/ 37,5% e alargamento do RNI (1,97, ureia: 112, creatinina: 5,46 e ecocardiograma transtorácico com derrame pericárdico moderado. Radiografia de tórax: alargamento do mediastino e derrame pleural à esquerda. Troponina com curva ascendente. Submetido à arteriografia coronariana; coronárias isentas de lesões ateroscleróticas. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica sendo realizado ecotransesofágico que mostrou dissecção de aorta tipo A de Stanford e angiotomografia de aorta: dissecção aórtica iniciando junto ao plano valvar (tipo A de Stanford) e com extensão pelo arco, segmento descendente, aorta abdominal até as artérias ilíacas comuns bilateralmente. Paciente evoluiu com insuficiência respiratória, rebaixamento do nível de consciência, hepatite aguda grave e oligoanúria. Submetido à cirurgia para correção da dissecção aórtica evoluiu à óbito no centro cirúrgico. Resultados de exame pós-morten mostraram sorologias reagentes para 16 antígenos da Leptospirose. **DISCUSSÁO:** De acordo com a literatura, o diagnóstico tardio da dissecção aórtica contribui para um mau prognóstico, visto que a morbimortalidade da doença cresce a cada hora de forma exponencial. **CONCLUSÁO:** Vários fatores contribuíram para evolução desfavorável nesse caso. O tempo para diagnóstico; o tempo do diagnóstico até a cirurgia; as condições clínicas do paciente prévias à cirurgia como insuficiência renal, hepatite aguda de provável causa isquêmica, distúrbios da coagulação e provável leptospirose.

Palavras-chave: Dissecção da Aorta Ascendente. Prognóstico. Mortalidade.

REFERÊNCIAS:

Black JH. Management of acute type B aortic dissection [base de dados na Internet]. UpToDate, Set 2023. [atualizada em 2022 dezembro 13 acesso em 2023 Out 06]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-type-b-aortic-dissection.

Black JH. Overview of acute aortic dissection and other acute aortic syndromes [base de dados na Internet]. UptoDate, Set 2023. [atualizada em 2023 Set 18 acesso em 2023 Out 06] Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-acute-aortic-dissection-and-other-acute-aortic-syndromes.

Black JH. Clinical features and diagnosis of acute aortic dissection [base de dados na Internet]. UpToDate, Set 2023. [atualizada em 2022 Aug 01 acesso em 2023 Out 06]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-acute-aortic-dissection.

Booher AM, Isselbacher EM, Nienaber CA, Trimarchi S, Eangelista A, Montgomery DG, *et al*. The IRAD classification system for characterizing survival after aortic dissection. Am J Med. 2013; 126(8): 730.e19-24.

Bossone E, LaBounty TM, Eagle KA. Acute aortic syndromes: diagnosis and management, an update. Eur Heart J. 2018; 39(9): 739-749d.

Czerny M, Schmidli J, Adler S, Berg JC, Bertoglio L, Carrel T, *et al*. Current options and recommendations for the treatment of thoracic aortic pathologies involving the aortic arch: an expert consensus document of the European Association for Cardio- Thoracic surgery (EACTS) and the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Cardiothorac Surg. 2019; 55(1): 133-162.

Freitas S, Rossi MJ, Abramowitz SD, Fatima J, Kiguchi MM, Vallabhaneni R, *et al*. Systematic review and meta-analysis of endovascular interventions for Stanford type A aortic dissection. J Vasc Surg. 2021; 74(5): 1721-1731.

Malaisrie SC, Szeto WY, halas M, Girardi LN< Coselli JS, Sundt TM, *et al*. The American Association for Thoracic Surgery expert consensus document: surgical treatment of acute type A aortic dissection. J thoracic Cardiovasc Surg. 2021; 162(3): 735-758.e2.

Tsai TT, Nienaber CA, Eagle KA. Acute aortic syndromes. Circulation. 2005; 112(24): 3802-3813.

Writing Committee Members, Isselbacher EM, Preventza O, Lii JHB, Augoustides JG, Beck AW, *et al*. 2022 ACC/AHA guideline for the diagnosis and management of aortic disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2022; 80(24):e223-e393.

Resumo

ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, DAS HABILIDADES E DAS ATITUDES SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Ana Caroline Moreira[1], Alexia Lazzarini Nunes Corrêa[1], Clara Fernandes de Souza Araújo[1], Luana Araújo Coelho[1], Ludmila do Carmo Couto Mendes[1], Flávia Batista de Sá Diaz[1]

[1] Universidade Federal de Viçosa – UFV. Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Ana Caroline Moreira. Email: ana.moreira4@ufv.br

INTRODUÇÃO: Situações de urgência e emergência podem ocorrer em qualquer local e envolver indivíduos de qualquer faixa etária, acarretando complicações e até à morte se o devido atendimento não for realizado rapidamente. Percebe-se, que mesmo relevante, esse tipo de conhecimento é pouco difundido no Brasil. O ambiente escolar constitui um cenário propício para tais situações, sendo crucial que os educadores estejam capacitados para prestar os primeiros socorros. Diante da necessidade de ação rápida e efetiva em casos de Parada Cardiorrespiratória (PCR) e Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE), faz-se necessário capacitar profissionais da rede de ensino básico e fundamental em Suporte Básico de Vida (SBV). Além disso, é necessário que a capacitação seja avaliada pelos profissionais que a ofertaram, a fim de verificar a metodologia utilizada no ensino e o processo de aprendizagem dos participantes. **OBJETIVO:** Elaborar um instrumento de pré e pós teste sobre suporte básico de vida para avaliar o conhecimento, as habilidades e as atitudes de educadores da rede de ensino para ser aplicado durante uma capacitação na temática. **MÉTODOS:** Trata-se de um recorte de um estudo metodológico realizado entre janeiro e junho de 2023, aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal de Viçosa sob o parecer número 5.759.598. O instrumento foi criado pela equipe de pesquisadores após revisão de literatura atualizada sobre o tema e passou pela a fase de teste piloto com objetivo de verificar a clareza do conteúdo do instrumento. O teste piloto foi realizado com cinco membros de um projeto de extensão sobre primeiros socorros e dois especialistas na área de urgência e emergência. Posteriormente o instrumento passará pelo processo de validação. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Realizou-se 3 perguntas avaliando a forma como o conteúdo foi abordado no instrumento, se a linguagem estava de fácil entendimento e se o objetivo dele foi contemplado. Recomendou-se alterações na linguagem e no conteúdo do instrumento a fim de facilitar a compreensão do público leigo, sendo substituídos alguns termos técnicos por linguagem mais popular. A versão final do instrumento passará pelo processo de validação, e será avaliada por no mínimo 10 especialistas da área. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Bons instrumentos são necessários para avaliar o aprendizado dos participantes da capacitação de SBV auxiliando seus idealizadores a avaliarem a forma como ele tem sido dado. Com os resultados do pré e pós testes, pode-se melhorar a qualidade do ensino e do processo de aprendizagem.

Palavras-chave: Estudo de validação. Primeiros Socorros. Capacitação.

REFERÊNCIAS:

Galindo Neto NM, Caetano JÁ, Barros LM, Sila TM, Vasconcelos EMR. First aid in schools: construction and validation of an educational booklet for teachers. Acta Paul Enferm. 2017; 30(1): 87-93.

Resumo

EXPLORANDO O POTENCIAL DO ULTRASSOM POINT OF CARE NA REANIMAÇÃO CARDIOVASCULAR: UMA ANÁLISE DOS BENEFÍCIOS E LIMITAÇÕES

Alanis Meirelles Janiques Paes[1], Gabriel Cardoso Almeida[1], Mayone Santos Abdonor Viana[1], Leonardo Oliveira Silva[1], Flávio Augusto Teixeira Ronzani[1]

1 - Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Alanis Meirelles Janiques Paes. E-mail: alanis.paes@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Apesar da prática de reanimação cardiovascular (RCP), desfibrilação elétrica e outras técnicas avançadas de ressuscitação nos últimos 50 anos, as taxas de sobrevivência para parada cardiorespiratória (PCR) permanecem baixas. O prognóstico é desfavorável, uma vez que apenas 5% a 6% dos pacientes sairão vivos e com condições neurológicas satisfatórias. Nesse difícil contexto, o ultrassom no local de atendimento pode fornecer informações sobre a causa da PCR, podendo alterar o prognóstico dos pacientes. **OBJETIVOS:** Avaliar vantagens do uso do Ultrassom Point of Care (POCUS) durante a Reanimação Cardiovascular. **MÉTODOS:** Busca realizada na base de dados MEDLINE, utilizando os descritores "Cardiopulmonary resuscitation", "Point-of-care systems" e "Ultrasonography", segundo o MeSH. Foram selecionadas publicações dos últimos 5 anos, gerando 29 resultados. Desses, foram incluídos artigos que versassem sobre RCP e uso do POCUS nesse contexto, nas línguas inglesa e portuguesa, para evitar imprecisões na interpretação dos artigos. Foram excluídos artigos indisponíveis na íntegra e revisões e artigos que apresentavam ecocardiograma transesofágico. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Incluiu-se 14 artigos, dentre eles, 4 relatos de caso, 5 estudos de Coorte Prospectivo, 4 observacionais e 1 transversal, encontrando diferentes utilidades do POCUS durante a PCR. Dentre vantagens, destacam-se: servir como parâmetros diagnósticos adicionais (incluindo derrame pericárdico, embolia pulmonar, pneumotórax hipertensivo e hipovolemia) e de prognósticos; determinar presença de pulso, diferenciando PCR verdadeira de estados de choque ocultos; investigação etiológica da PCR; feedback sobre a RCP; descoberta de variantes anatômicas; melhora da qualidade das compressões; como integrante protocolar em RCP reduzindo a duração das interrupções; identificação das causas reversíveis de PCR; uso concomitante com Eletrocardiograma (ECG) como preditor de sobrevida em pacientes com PCR; detector de atividade cardíaca indicando alta sensibilidade e especificidade para obtenção de retorno da circulação espontânea (RCE); além do potencial de alterar o manejo do paciente. Ademais, o ultrassom, com exame físico, pode ser fundamental para RCP neonatal na sala de parto, para ajudar descartar hipóxia, pneumotórax hipertensivo e hipovolemia, prováveis causas de PCR neonatal. Como limitações incluem-se: capacitação para utilizar o POCUS, dificuldade de identificação de ritmos instáveis, limitações na avaliação do débito cardíaco e a interrupção temporária das compressões para avaliação de algumas estruturas. **CONCLUSÃO:** O emprego do POCUS para melhorar o manejo do paciente e a qualidade do atendimento à PCR é notável, porém, é necessário utilizá-lo com cuidado, reconhecendo suas limitações e priorizando sempre as compressões torácicas de alta qualidade e o tratamento de outras causas reversíveis da parada cardíaca.

Palavras-Chave: Ultrassom Point-of-Care. Reanimação Cardiovascular. Urgência e Emergência.

REFERÊNCIAS:

Beckett N, Atkinson P, Fraser J, Banerjee A, French J, Talbot, *et al.* Do combined ultrasound and electrocardiogram-rhythm findings predict survival in emergency department cardiac arrest patients? The Second Sonography in Hypotension and Cardiac Arrest in the Emergency Department (SHoC-ED2) study. CJEM. 2019; 21(6): 739-743.

Clattenburg EJ, Wroe PC, Gardner K, Schultz C, Gelber J, Singh A, *et al.* Implementation of the Cardiac Arrest Sonographic Assessment (CASA) protocol for patients with cardiac arrest is associated with shorter CPR pulse checks. Resuscitation. 2018;131 69-73.

Fitzgibbon JB, Lovallo E, Escajeda J, Radomski MA, Martin-Gill C. Feasibility of out-of-hospital cardiac arrest ultrasound by EMS physicians. Prehosp Emerg Care. 2019; 23(3): 297-303.

Guimarães HP, Olivato GB, Pispico A. Ressuscitação cardíaca pré-hospitalar. Do pré-hospitalar à sala de emergência: minutos que salvam uma vida-suporte básico. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.2018; 28(3): 302-311.

Hollon MM, Gershon R, D´Souza A, Faloye A. A Case Report Describing the Use of Point of Care Ultrasound to Guide Successful Cardiopulmonary Resuscitation After Unanticipated Arrest in Ambulatory Surgery. AA Pract. 2019; 12(10): 359-361.

Jaaudin F, Pes P, Montassier E, Legrand A, Ordureau A, Volteau C, *et al.* Early point-of-care focused echocardiographic asystole as a predictive factor for absence of return of spontaneous circulatory in out-of-hospital cardiac arrests: a study protocol for a prospective, multicentre observational study. BMJ open. 2019; 9(8): e027448.

Koch M, Mueller M, Warenits A-M, Holzer M, Spiel A, Schnaubelt S. Carotid Artery Ultrasound in the (peri-) Arrest Setting-A Prospective Pilot Study. J Clin Med. 2022;11(2):469.

Lalande E, Burwash-Brennan T, Burns K, Harris T, Thomas S, Woo MY, *et al.* Is point-of-care ultrasound a reliable predictor of outcome during traumatic cardiac arrest? A systematic review and meta-analysis from the SHoC investigators. Resuscitation. 2021; 167: 128-136.

Liu RB, Bogucki S, Marcolini EG, Yu CY, Wira CR, Kalam S, *et al.* Guiding cardiopulmonary resuscitation with focused echocardiography: a report of five cases. Prehosp Emerg Care. 2020; 24(2):297-302.

Pyo SY, Park GJ, Kim SC, Kim H, Le SW, Lee JH. Impact of the modified SESAME ultrasound protocol implementation on patients with cardiac arrest in the emergency department. Am J Emerg Med. 2021; 43: 62-68.

Reynolds JC, Issa MS, Nicholson TC, Drennan IR, Berg KM, O´Neil B, *et al.* Prognostication with point-of-care echocardiography during cardiac arrest: a systematic review. Resuscitation. 2020; 152: 56-68.

Rodriguz-Fajul J, Perez-Baena L, Perez A. Cardiopulmonary resuscitation in newborn infants with ultrasound in the delivery room. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021;34(14):2399-2402.

Sanchez S, Miller M, Asha S. Assessing the validity of two-dimensional carotid ultrasound to detect the presence and absence of a pulse. Resuscitation. 2020; 157:67-73.

Simard RD, Unger AG, Betz M, Wu A, Chenkin J. The POCUS pulse check: a case series on a novel method for determining the presence of a pulse using point-of-care ultrasound. J Emerg Med. 2019; 56(6): 674-679.

Zanatta M, Lorenzi C, Scorpiniti M, Cianci V, Pasini R, Barchitta A. Ultrasound-Guided chest compressions in out-of-hospital cardiac arrests. J Emerg Med. 2020; 59(6): e225-e233.

Resumo

PARTO DE EMERGÊNCIA POR PLACENTA PRÉVIA EM GRAVIDEZ DESCONHECIDA: UM RELATO DE CASO

Ana Clara Netto Armando Fiche[1], Bruno de Freitas Ricardo Pereira[2], Walmer Alfredo Silva Siqueira[3], Manuela Figueira Viegas Borges[4], Ana Julia Nitz[5], Mariana Dias Carvalho[6]

1 Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
2 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
3 Centro Universitário São Lucas Porto Velho. Porto Velho, Rondonia, Brasil.
4 Centro Universitário Faminas. Muriáe, Minas Gerais, Brasil.
5 Faculdade Nove de Julho de Mauá. Mauá, São Paulo, Brasil.
6 Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Ana Clara Netto Armando Fiche. E-mail: anaclarafiche@gmail.com

INTRODUÇÃO: A placenta prévia (PP) é uma condição encontrada em 1 a cada 200 nascimentos, sendo definida pela implantação placentária anômala no segmento inferior do útero. É a principal causa de sangramento vaginal no segundo e terceiro trimestre da gestação e de hemorragia anteparto, podendo configurar uma emergência com apreciável morbimortalidade materna e perinatal. **OBJETIVOS:** Relatar um quadro de PP emergencial, em uma gravidez desconhecida, situação pouco descrita na literatura e que mostra-se especialmente desafiadora, necessitando do correto manejo para possibilitar a redução da mortalidade. **RELATO DE CASO:** Mulher, 32 anos, chega à emergência trazida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com dor abdominal intensa e sangramento vaginal volumoso, nega gestação. Ao exame físico foi identificada gestação e dilatação de 6 cm, indicando trabalho de parto. Levada à cesariana de emergência, onde foi constatado feto em posição anômala (córmica) e placenta prévia. Após difícil extração e volumoso sangramento placentário, constata-se óbito fetal ao nascimento prematuro. Cesariana finalizada com grande perda sanguínea, sendo necessária transfusão de 2 unidades de Concentrado de Hemácias (CH). Após 2 dias, ainda apresentava-se em intensa hipovolemia e com Hemoglobina (Hb) = 5,2 g/dl, foi prescrita nova hemotransfusão de 2 CH, resultando em Hb = 7,4 g/dl. Dado seguimento clínico até alta. **DISCUSSÃO:** O manejo de uma paciente com PP com sangramento agudo tem o objetivo de alcançar e/ou manter a estabilidade hemodinâmica materna e determinar a indicação de parto cesáreo de emergência. Sendo assim, indicações para este procedimento envolvem, por exemplo, trabalho de parto ativo e/ou sangramento vaginal grave e persistente, como no caso apresentado. Além disso, o tratamento emergencial também consiste na oferta de CH à paciente, e não se deve adiar o parto para administrar corticosteróides pré-natais. Quando possível, o diagnóstico precoce desta condição dá-se pela realização da Ultrassonografia Transvaginal, geralmente no segundo trimestre, que possibilita o encaminhamento para cuidado especializado para um acompanhamento minucioso, de maneira a planejar o parto e tentar afastar ao máximo a prematuridade. No presente caso, a gestação desconhecida ressalta a importância do diagnóstico efetivo e do manejo emergencial eficaz diante do elevado risco de óbito perinatal associado à PP. **CONCLUSÃO:** A PP é uma condição rara que pode cursar com desfechos extremamente graves. Casos não previamente diagnosticados tornam-se especialmente desafiadores, devendo ser realizada rápida identificação do quadro e avaliada a decisão de iniciar a cesárea de emergência, na tentativa de impedir piores desfechos.

Palavras-chave: Placenta Prévia. Emergência Obstétrica. Gravidez. Hemorragia Uterina.

REFERÊNCIAS:

Alevs ALL, Silva LB, Costa FS, Rezende GC. Manejo do espectro da placenta acreta. FEBRASGO position statement. 2021; 9:1-10.

Dias APA, Silva CAS, Aguiar GG, Oliveira GS, Ferreira LS, Dias LA, *et al*. Placenta prévia como causa de hemorragia anteparto. Rev **Méd** Minas Gerais. 2010;(2 Supl 1):S126–S128.

Alencar Júnior CA, Alencar EC, brilhantee DP, Teixeira MD, Feitosa FEL. Influência do internamento materno prolongado nos resultados maternos e perinatais de duas séries de pacientes com placenta prévia. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(1).

Silver RM. Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta. Obstet Gynecol. 2015; 126(3): 654–668.

Torloni MR, Moron AF, Camano L. Placenta Prévia: Fatores de risco para o Acretismo. RBGO. 2001; 23(7):417–422.

Resumo

GRAVIDEZ ECTÓPICA ROTA COMO EMERGÊNCIA GINECOLÓGICA: RELATO DE CASO

Bruno de Freitas Ricardo Pereira[1], Ruana Virgilio Salles[2], Luiz Eugênio Lipus Gomes[2], Pietra Donola Chagas Fiorito[3], Luisa Carolina Sena Cota[4], Mariana Dias Carvalho[5]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
2 Centro Universitário Antônio Carlos (UNIPAC). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
3 Universidade de Vassouras. Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.
4 Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS). Betim, Minas Gerais, Brasil.
5 Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Bruno de Freitas Ricardo Pereira. E-mail: brunofrpereira.00@gmail.com

INTRODUÇÃO: Gestação ectópica (GE) é caracterizada pela implantação e desenvolvimento do blastocisto fora do endométrio, como nas trompas uterinas. Suas complicações representam a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre de gestação, podendo ser uma emergência ginecológica severa que representa de 6% a 13% das mortes relacionadas ao período gestacional. **OBJETIVOS:** O objetivo deste trabalho é relatar um quadro de GE rota na emergência, destacando a importância do diagnóstico e do tratamento precisos e possibilitando a redução de morbidade e mortalidade. **RELATO DE CASO:** Mulher, 21 anos, trazida à emergência pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com dor abdominal intensa em fossa ilíaca direita e relato de crise convulsiva. Atendida pela Cirurgia Geral, por suspeita inicial de apendicite, relata sangramento uterino intenso há 3 meses por suposto abortamento, atualmente com ciclos menstruais regularizados, sendo solicitado parecer do serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Aos exames laboratoriais obteve beta-hCG de 5,4 mIU/ml (referência < 1,2 mIU/ml) e Hemoglobina de 6,7 g/dL. À Ultrassonografia Transvaginal (USG-TV), moderada quantidade de líquido espesso hiperecogênico em fundo de saco posterior, sugerindo resíduo hemático com coágulo de permeio, levantando-se suspeita de GE rota e hemorragia. Encaminhada à laparotomia exploratória foi identificada tumoração em trompa uterina direita e sangue na cavidade, confirmando a suspeita e sendo realizada salpingectomia com lavagem da cavidade. **DISCUSSÃO:** A tríade clássica de sinais e sintomas da GE envolve dor abdominal, sangramento vaginal e atraso ou irregularidade menstrual, sendo o primeiro o mais frequente. A USG-TV, juntamente com o beta-hCG, são fundamentais no diagnóstico precoce e diferenciação de demais causas de abdome agudo, como a apendicite, levando à diminuição da mortalidade. O tratamento clínico ou cirúrgico será frequentemente necessário devido à elevada taxa de ruptura e complicações, que podem configurar sérias emergências. O tratamento cirúrgico é realizado por videolaparoscopia - a depender da disponibilidade do serviço - ou laparotomia, sendo indicado quando há instabilidade hemodinâmica, GE rota ou falha da terapia medicamentosa, por exemplo. **CONCLUSÃO:** Devido ao potencial risco de um quadro de GE desconhecida, fica clara a necessidade de seu reconhecimento precoce e diagnóstico preciso. A identificação da GE se dá pela USG-TV, um exame de baixo custo e rápido manejo na emergência, associada aos exames laboratoriais. Desse modo, é possível realizar o gerenciamento precoce, resultando em menores complicações e melhores resultados para pacientes potencialmente graves na emergência.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica; Abdome Agudo; Gravidez Tubária.

REFERÊNCIAS:

Bernardes LS, Lara GBO, Dávila AMFC, Afonso A. Gravidez ectópica tubária gemelar unilateral: Relato de caso. Rev Med Minas Gerais. 2018; 28(Supl 5): e-S280527.

Elito Junior J. Gravidez ectópica. Protocolos Febrasgo. 2018; 22.

Furlanetti TM, Paula MA, Steibel JAP. Gestação Ectópica: Diagnóstico e Manejo. Acta méd. 2012; 1-5.

Soares MCC, Limas MAC, Guimarães JCB, Caralho IAF, Sá BVS, Vieira AS, *et al*. Tratamento da gravidez ectópica: uma revisão integrativa. International Journal of Development Research. 2022; 12: 57663–57666.

Resumo

INDICAÇÕES DA TORACOTOMIA DE REANIMAÇÃO NO CONTEXTO DA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Letícia da Silva Campos[1], Beatriz Oliveira Rodrigues[1], Anna Karoline Gomes dos Santos[2], Filipe Moreira de Andrade[3], Marcus da Matta Abreu[4]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
2 Centro Universitário Governador Ozanam Coelho – UNIFAGOC. Ubá, Minas Gerais, Brasil.
3 Hospital Santa Isabel Ubá. Ubá, Minas Gerais, Brasil.
4 Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Maria Letícia da Silva Campos. E-mail: 12210663660@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O trauma é uma das principais causas de morbimortalidade, sendo responsável pelos óbitos de 350 brasileiros por dia. Diante da parada cardiorrespiratória secundária ao trauma, é fundamental considerar a toracotomia de reanimação (TR), que permanece um tema controverso. **OBJETIVOS:** O objetivo desta revisão é descrever as indicações da TR, visando contribuir com a tomada de decisão sobre sua utilização. **METODOLOGIA:** Realizou-se uma revisão narrativa com oito estudos obtidos a partir da busca pelos descritores "toracotomia" e "reanimação cardiopulmonar", sendo o critério de seleção por amostragem de conveniência. A pesquisa foi realizada em setembro de 2023 no PubMed e Google Acadêmico, decidindo-se por trabalhos em português e inglês. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A TR é um procedimento cirúrgico aplicável a pacientes em parada cardíaca *in-extremis*, que apresentam perda recente de sinais vitais, não responsivos às medidas de ressuscitação e cuja evolução seria fatal. Trata-se de uma abordagem padronizada, que deve ser realizada na emergência por um cirurgião geral, objetivando controlar as principais causas de morte, além de permitir a reanimação cardiopulmonar (RCP). Essa técnica é destinada a descompressão do tamponamento pericárdico, o controle da hemorragia cardíaca, a realização da massagem cardíaca interna, o pinçamento da aorta torácica descendente e o controle das lesões pulmonares e outras hemorragias intratorácicas. Estudos que orientam a tomada de decisão descrevem as seguintes indicações: trauma torácico penetrante com parada cardíaca, trauma contuso com evidência ultrassonográfica de tamponamento com parada cardíaca e evidência de atividade cardíaca, além de suspeita clínica de tamponamento cardíaco no contexto de trauma torácico, com pressão arterial sistólica. Diretrizes recomendam a TR para pacientes submetidos a menos de 10 minutos de RCP pré-hospitalar após lesão contusa, menos de 15 minutos de RCP pré-hospitalar após lesão penetrante no tórax, menos de 5 minutos de RCP pré-hospitalar em pacientes após lesão penetrante no pescoço ou extremidade e pacientes em choque refratário com pressão arterial sistólica menor que 65 mmHg. Em suma, a TR é indicada em casos de parada cardíaca em trauma penetrante ou contuso com sinais vitais testemunhados e com curta duração. Ademais, deve ser realizada somente na presença de recursos apropriados para o tratamento definitivo da lesão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A TR deve ser reservada à circunstâncias específicas, apresentando melhores resultados em casos de trauma penetrante e na presença de sinais vitais à admissão. Portanto, deve ser adequadamente indicada, visando redução de danos aos pacientes, otimização dos recursos e aumento das taxas de sobrevida.

Palavras-chave: Toracotomia. Reanimação Cardiopulmonar. Massagem cardíaca.

REFERÊNCIAS:

Carreiro PRL. Toracotomia de reanimação. Rev Méd Minas Gerais. 2009; 19(3): 237-241.

Drumond DAF. Trauma é uma doença. Editorial. Rev Méd Minas Gerais. 2014; 24(4):442-565.

Eidt JF, Foreman ML. Resuscitative thoracotomy: Technique. [base de dados na Internet]. UpToDate, Oct 2023. [atualizada em 2022 agosto 29 acesso em 2023 Set 10]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/resuscitative-thoracotomy-technique.

Fraga GP, genghini EB, Mantovani M, Cortinas LGO, Prandi Filho W. Toracotomia de reanimação: racionalização do uso do procedimento. Re Col Bras Cir. 2006; 33(6): 354-360.

Obermaier M, Katzenschlager S, Kofler O, Weilbacher F, popp E. Advanced and Invasive Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Techniques as an Adjunct to Advanced Cardiac Life Support. J Clin Med. 2022; 11(24):7315.

Paulich S, Lockey D. Resuscitative thoracotomy. BJA Education. 2020; 20(7): 242-248.

Pereira BM, Fiorelli RKA, Sato N, Rossi P, Ayrolla I, Sampaio N, *et al.* Toracotomia de reanimação e novas alternativas invasivas para reanimação do paciente politraumatizado grave. Anais da Academia Nacional de Medicina. 2022; 193(1): 191-213.

Ribeiro CS, Strassburger CP, Puls KK, Wendling PR, Breigeiron R. Toracotomia de Reanimação na Sala de Emergência: como obter os melhores resultados? Acta médica. 2017; 38(6).

Ziegler RJCL, Rodriguez JER, Bivaqua VBS, Souza RTN, Fadul MAT, Bergamasco JJC. Toracotomia de reanimação: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2022; 15(8): e10734.

Resumo

LACERAÇÃO RENAL POR TRAUMA CONTUSO: RELATO DE CASO

Loren Cássia Batalha[1], Matheus Marques Lemos[1], Thamires Helena de Almeida[1], Maria Clara Faria Lopes[1], Marcelo Mantiolhe Martins[2], Letícia Bianco Gomes de Almeida[2]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
[2] Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU - UFJF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Loren Cássia Batalha. E-mail: lorenbatalha12@gmail.com

INTRODUÇÃO: No Brasil, causas externas são o principal motivo de morte na população entre 15 e 40 anos, com altos índices de morbidade. O rim é acometido em 10% dos traumatismos abdominais e a conduta pode ir desde conservadora até nefrectomia. **OBJETIVOS:** Apresentar o relato de caso, realizando uma breve discussão com base na literatura das plataformas PubMed, UpToDate, RadioGraphics, Scielo e Ministério da Saúde, sobre trauma renal agudo. **RELATO DE CASO:** Homem, 21 anos, vítima de acidente de moto e agressão física, que resultou em trauma lombar evoluindo com dor intensa em hipocôndrio esquerdo refratária à analgesia. A Tomografia Computadorizada (TC) revelou laceração renal grau IV à esquerda, com lesão da pelve e extravasamento de urina, associada à extensa coleção hemática retroperitoneal. Exames laboratoriais demonstraram uma redução nos níveis de hemoglobina (9 g/dL para 8,6 g/dL). O paciente estava assintomático e estável hemodinamicamente. Quinze dias após o trauma, foi realizada, uma uretrocistoscopia com colocação de cateter duplo J no ureter esquerdo, guiada por radioscopia, além de cateter vesical de demora. Submetido ainda à hemotransfusão e foi realizado controle através de TCs seriadas. No mês seguinte, realizou-se uma ultrassonografia revelando rim esquerdo tópico, aumentado de tamanho e com inversão do padrão corticomedular, com importante melhora da coleção perirrenal e bom posicionamento do cateter. Durante a recuperação, apresentou deambulação adequada e evoluiu com a manutenção da hemoglobina. O duplo J foi retirado 5 meses após sua implantação. **DISCUSSÃO:** Em traumas abdominais contusos, deve-se suspeitar de dano renal em pacientes com hematúria, dor, massa palpável ou equimose no flanco ou costas, sendo a TC com contraste o método padrão-ouro para seu diagnóstico. Lesões renais grau IV ocorrem com laceração de parênquima, interrupção da junção ureteropiélica, com extravasamento de conteúdo renal e alteração de vasos renais. Tem-se como indicação de intervenção cirúrgica o extravasamento de urina e sangramento persistente. O duplo J é um stent ureteral que serve para conectar rim e bexiga, a fim de minimizar o risco de vazamento urinário e restaurar a drenagem fisiológica, excluindo-se o uso de um cateter externo.**CONCLUSÃO:** Devido a suas repercussões, a lesão renal no trauma necessita de um diagnóstico precoce com acompanhamento laboratorial e de imagem, para determinar a conduta médica adequada, sendo essa conservadora ou cirúrgica.

Palavras-chave: Trauma. Tomografia computadorizada. Duplo J. Lesão Renal.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. [acesso 13 Set. 2023] Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html>.

Frton L, Pradere B, Fiard G, Chebbi A, Caes T, Hutin M, *et al* . Traumatismes du rein. Progrès en urologie. 2019;29(15): 936-942.

Khoschnau S, Jabbour G, Al-Hassani A, El-Menyar A, Abdelrahman H, Afifi I, *et al*. Traumatic kidney injury: an observational descriptive study. Urol Int. 2020; 104(1-2): 148-155.

Moore EE. Injury Scoring Scale. The American Association for the Surgery of Trauma. 1995. [acesso 13 Set. 2023] Disponível em: <https://www.aast.org/resources-detail/injury-scoring-scale#kidney>.

Nunes TF, Tibana TK, Santos RFT, Carramanho Junior JC, Marchiori E. Percutaneous insertion of bilateral double J stent. Radiologia brasileira. 2019; 52(2): 104-105.

Santo IDO, Sailer A, Solomon N, Borse R, Cavallo J, Teitelbaum J, *et al*. Grading Abdominal Trauma: Changes in and Implications of the Revised 2018 AAST-OIS for the Spleen, Liver, and Kidney. Radiographics. 2023. 43(9): e230040.

Shapiro R. Kidney transplantation in adults: Overview of the surgery of deceased donor kidney transplantation [base de dados na Internet].. UpToDate, 2023. [atualizada em 2023 jan 31 acesso em 2023 St 15] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/kidney-transplantation-in-adults-overview-of-the-surgery-of-deceased-donor-kidney-transplantation>.

Silva LF, Teixeira LC, Rezende Neto JB. Abordagem do trauma renal: artigo de revisão. Rev Col Bras Cir. 2009; 36(6): 519-524.

Singh S, Sookraj K. Kidney Trauma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.

Resumo

MANEJO DA VIA AÉREA EM TRAUMAS CRANIOFACIAIS

Khadyja Elias Rodrigues[1], Hugo Lorran Souza Costa[1], Thalles Rodrigues Pinheiro[1], Thyago Martini Rezende[1], Abner Ramos de Castro[1], Daniel Rust Elias[2]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
[2] Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Khadyja Elias Rodrigues. E-mail: khadyja.elias@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Traumas craniofaciais frequentemente exigem intervenções imediatas para garantir a adequada oxigenação e ventilação dos pacientes. A escolha entre a intubação orotraqueal (IOT) padrão e a intubação através de cricotireoidostomia se tornou uma questão crítica desses casos. A via aérea (VA) comprometida em traumas craniofaciais pode apresentar desafios devido à anatomia específica e potencial obstrução das vias respiratórias. **OBJETIVOS:** Analisar a literatura atual acerca das duas abordagens, explorando as evidências disponíveis e fornecendo informações para orientar a tomada de decisões clínicas em situações de trauma craniofacial. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica. A busca foi realizada na base de dados PubMed, com os descritores "airway management", "intubation", "craniofacial trauma" e o booleano "and". Foram encontrados 50 artigos. Após aplicação de filtros de análises, foram selecionados 4, publicados entre 2015 e 2021. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Nos casos de trauma craniofacial, a VA difícil é esperada e deve ser acompanhada dos algoritmos de manejo adequados à situação. Recomenda-se a ventilação sob máscara facial, com posterior tentativa de IOT. Caso haja falha, uma nova técnica é escolhida imediatamente, baseado na disponibilidade de recursos. Se a VA ainda não estiver estabelecida, o recomendado é uma cricotireoidostomia clássica ou uma traqueostomia. Contudo, alguns fatores como fraturas mandibulares, prolapso da língua e secreções na faringe dificultam a IOT padrão. Padrões de fratura facial influenciam na decisão do manuseio das vias aéreas, sendo que as fraturas do terço médio da face, pela anatomia e proximidade às estruturas delicadas, como o palato e fratura fronto-naso-etmoidal, normalmente requerem a IOT. Além disso, a IOT é a técnica preferencial para pacientes com traumatismo crânio encefálico concomitante às fraturas de face, além de hipertensão intracraniana. Para fraturas de mandíbula, em função da obstrução orofaríngea, no trauma craniofacial grave e em pacientes cuja extubação tardia não é viável ou quando há a necessidade de analgosedação profunda e intubação prolongada, opta-se pela traqueostomia. **CONCLUSÃO:** Notou-se que a escolha do tipo de abordagem das vias aéreas baseia-se, principalmente, no local e na etiologia da frtura. Entretanto, nos casos de trauma craniofacial, é necessário avaliar não só a integridade das VA e oxigenação do paciente, mas também a adequação do seu manuseio às necessidades da cirurgia reconstrutiva, evitando interferências com o campo cirúrgico e promovendo o melhor aspecto estético e funcional.

Palavras-chave: Manuseio das Vias Aéreas. Intubação. Trauma Craniano.

REFERÊNCIAS:

Jacomet A, Tasman A-J. Airway Management in Facial Trauma Patients. Facial Plast Sur. 2015; 31(4):319–324.

Le T-MT, Oleck NC, Khan W, Halsey JN, Liu FC, Hoppe IC, *et al*. Implications of Facial Fracture in Airway Management of the Adult Population: What Is the Most Effective Management Strategy? Ann Plast Surg. 2019; 82(4S Suppl 3): S179–S184.

Patel A, Saadi R, Lighthall JG. Securing the Airway in Maxillofacial Trauma Patients: A Systematic Review of Techniques. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2021; 14(2): 100–109.

Saini S, Singhal S, Prakash S. Airway management in maxillofacial trauma. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2021;37(3): 319–327.

Resumo

MANEJO DAS CRISES ASMÁTICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA EMERGÊNCIA: EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES

Daniel de Lyra Cristello Gardoni[1], Mateus Guilherme Monteiro Costa[1], Hugo Lorran Souza Costa[1], Matheus Antônio Eugênio Andrade[1], Thyago Martini Rezende[1], Jefferson Cleto Lino Netto[2]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

[2] Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Daniel de Lyra Cristello Gardoni. E-mail: daniel.gardoni@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: As exacerbações asmáticas são causas frequentes de atendimentos em serviços de emergência pediátricos. Compreender a fisiopatologia e adotar abordagens sistematizadas no manejo dessas crises é essencial para reduzir a morbimortalidade em crianças e adolescentes asmáticos. **OBJETIVOS:** Esta revisão bibliográfica busca consolidar as evidências mais recentes sobre o manejo de crises asmáticas em crianças e adolescentes na emergência, fornecendo uma abordagem sistematizada para a prática clínica. **METODOLOGIA:** Esta é uma revisão integrativa de literatura que envolveu uma busca em diversas bases de dados, incluindo PubMed, Scielo e Portal BVS. Os critérios de inclusão abrangiam a disponibilidade do texto completo, uma restrição temporal de até cinco anos e a presença dos descritores "asthma attacks", "emergency", "evidences", "manageament" e "children", com a utilização do operador booleano "and". O resultado da busca resultou em 16 artigos, dos quais foram selecionados apenas 5, todos publicados entre 2020 e 2023. Os trabalhos que não atendiam aos critérios temporais ou à temática abordada foram excluídos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Recomenda-se a administração imediata de β-agonistas de ação curta (SABA) e a continuação da terapia com corticosteroides inalatórios (ICS) para crises leves a moderadas. Em casos graves, como àqueles que cursam com hipoxemia, o paciente deve ser imediatamente encaminhado ao pronto-socorro. Corticosteroides sistêmicos se mostraram eficazes na prevenção de hospitalizações e recorrências. SABA melhoram a função pulmonar, mas seu uso em excesso pode causar complicações. Um protocolo de estudo propõe atualizações sistemáticas para orientar práticas clínicas, considerando a heterogeneidade da asma infantil e as pressões da pandemia de COVID-19. Essas conclusões resumem os principais achados e recomendações para o manejo de crises asmáticas em crianças e adolescentes na emergência. **CONCLUSÃO:** As evidências destacam a importância do uso adequado de broncodilatadores e corticosteroides na gestão das crises asmáticas em crianças e adolescentes na emergência. A telemedicina surge como um recurso valioso, embora os desafios persistam. O protocolo de estudo oferece diretrizes essenciais. Essas conclusões orientam práticas clínicas para melhorar o cuidado neste contexto.

Palavras-chave: Adolescente. Criança. Crise asmática. Emergência.

REFERÊNCIAS:

Davies B, Kenia P, Nagakumar P, Gupta A. Paediatric and adolescent asthma: A narrative review of telemedicine and emerging technologies for the post-COVID-19 era. Clin Exp Allergy. 2021;51(3): 393-401.

Fainardi V, Caffarelli C, Bergamini BM, Biserna L, Bottau P, Corinaldesi E, *et al*. Management of Children with Acute Asthma Attack: A RAND/UCLA Appropriateness Approach. Int J Res Public Health. 2021; 18(23): 12775.

Guarnaccia S, Quecchia C, Festa A, Magoni M, Zanardini E, Brivio V. Evaluation of a Diagnostic Therapeutic Educational Pathway for Asthma Management in Children and Adolescents. Front Pediatr. 2020; 8:39.

Mathioudakis AG, Miligkos M, Boccabella C, Alimani GS, Custovic A, Deschildre A, *et al*. Management of asthma in childhood: study protocol of a systematic evidence update by the Paediatric Asthma in Real Life (PeARL) Think Tank. BMJ Open. 11(7): e048338.

Mega TA, Gugsa H, Dejenie H, Hussen H, Lulseged K. Safety and Effectiveness of Magnesium Sulphate for Severe Acute Asthma Management Among Under-five Children: Systematic Review and Meta-analysis. J Asthma Allergy. 2023; 16: 241–247.

Resumo

MANEJO DE ELETROTRAUMA NO CONTEXTO DA EMERGÊNCIA E TRATAMENTO CIRÚRGICO

Fabrício Júnio Mendes Santos[1], Gabriel Cardoso Almeida[1], Abner Ramos de Castro[1], Vitória Borges Novais[1], Khadyja Elias Rodrigues[1], Marilho Tadeu Dornelas[2]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

2 Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Fabrício Júnio Mendes Santos. E-mail: fabricio.santos@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O contato com a eletricidade em alta voltagem de forma desprotegida é responsável pela ocorrência de eletrotraumas, o qual lesiona estruturas profundas, impactando sistema nervoso central, vasos sanguíneos e musculatura, situação responsável por danos significativos ou até mesmo morte. **OBJETIVOS:** Analisar emergência de ferida complexa causada por queimadura elétrica e discutir as principais abordagens cirúrgicas. **RELATO DE CASO:** homem, 26 anos, melanodérmico, com queimadura elétrica extensa acometendo membro superior direito, couro cabeludo e axila esquerda. Atendido por equipe multidisciplinar que incluiu cirurgia plástica, cirurgia vascular e ortopedia. Indicado amputação do membro, prontamente recusada pelo paciente. Realizada tentativa de reabilitação funcional com transposição de tendões pelo serviço de ortopedia e intervenção cirúrgica com retalho dermogorduroso em antebraço de dimensões de 12.5 x 5cm, além de enxertia múltipla, expansores para couro cabeludo e fixação das fraturas de 1 e 2 quirodáctilos. Paciente evoluiu com recuperação funcional do membro. **DISCUSSÃO:** Os eletrotraumas são oriundos da conversão explosiva da energia elétrica em energia térmica, afetando múltiplos órgãos e sistemas. Quando o paciente é atendido no local do acidente por tratamento de emergência qualificado, é possível reduzir a profundidade da queimadura e eventuais complicações. O tratamento de emergência inclui resfriamento da queimadura de modo a interromper o processo degenerativo e reduzir dor, além de acesso intravenoso com infusão de 1 a 2 litros de solução eletrolítica isotônica por hora e administração de bolos de morfina para manejo da dor. Oxigênio suplementar, cobertura da queimadura por campos estéreis e profilaxia antitetânica também são necessários. Inicialmente, eram utilizados tratamentos conservadores ou enxertos de pele após realizar o desbridamento das áreas de necrose, resultando em altas taxas de amputação (40-50%) e em deformidades graves. Posteriormente, passou a ser utilizado retalhos cutâneos ou miocutâneos locais, distantes e insulares para reparar o estágio inicial das queimaduras elétricas. Contemporaneamente, houve aumento da experiência na avaliação de lesões de vasos sanguíneos e desenvolvimento de técnicas microcirúrgicas, assim retalhos livres têm sido mais utilizados para cobrir feridas profundas em estágio inicial, resultando em melhores efeitos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As queimaduras elétricas possuem evolução pelo mecanismo do eletrotrauma, resultando em maior gravidade, podendo causar danos múltiplos e feridas complexas.O tratamento emergencial objetiva reduzir os danos teciduais e a dor do paciente. O tratamento cirúrgico foca a manutenção funcional das estruturas danificadas, para isso deve ser realizado o procedimento mais factível e simples, além de personalizado de acordo com as necessidades do paciente.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões. Queimaduras por Corrente Elétrica. Cirurgia Plástica.

REFERÊNCIAS:

Docking P. Electrical burn injuries. Accid Emerg Nurs. 1999; 7(2): 70–76.

Muehlberger T, Krettek C, Vogt PM. [Electric accident. New aspects regarding pathophysiology and treatment]. Unfallchirurg. 2001; 104(12): 1122–1128.

Pham TN, Kramer CB, Wang J, Rivara FP, Heimbach DM, Gibran NS, *et al.* Epidemiology and outcomes of older adults with burn injury: an analysis of the National Burn Repository. J Burn Care Res. 2009; 30(1): 30–36.

Schlager D, Iserson KV. Emergency burn treatment in Denmark. J Emerg Med. 1988; 6(6): 517–519.

Tondineli TH, Rios JAS, Candelario K, Ribeiro RC, Macira junior L, Fritas MCV, *et al.* High-voltage electrical burns: five-year epidemiological analysis and updated surgical treatment. Rev Bras Cir Plást. 2016; 31: 380–384.

Xie Wg. [Prevention and treatment of electrical burn injury: much progresses achieved yet further efforts still needed]. Zhonghua Shao Shang Za Zhi. 2017; 33(12): 728–731

Resumo

MANEJO DE FERIDA COMPLEXA APÓS TRAUMA GRAVE EM MEMBRO SUPERIOR - RELATO DE CASO

Abner Ramos de Castro[1], Vitória Borges Novais[1], Fabrício Júnio Mendes Santos[1], Gabriel Cardoso Almeida[1], Maria Eduarda Machado Ferraz Araújo[2], Marilho Tadeu Dornelas[3]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
2 Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
3 Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Abner Ramos de Castro. E-mail: abner.castrovv@gmail.com

INTRODUÇÃO: O trauma em extremidades representa uma das lesões mais comuns na emergência. Aproximadamente 20% a 40% do total dos casos de lesões traumáticas que chegam ao pronto-socorro são em membros superiores (MS). Para um melhor resultado, é indispensável uma abordagem multidisciplinar. **OBJETIVOS:** Relatar um caso de ferida traumática complexa em MS esquerdo e discutir o manejo correto deste tipo de acometimento. **RELATO DE CASO:** Homem, 17 anos, vítima de acidente automobilístico é admitido em unidade de emergência com ferida complexa em MS esquerdo, ao nível do antebraço, contendo queimadura de terceiro grau com perda tecidual de aproximadamente toda a pele do dorso do antebraço esquerdo, exposição óssea classificada em Gustillo 3c e lesões graves em partes moles, além de laceração da artéria radial. Após avaliação da cirurgia vascular, foi sugerida amputação do membro, sobretudo por conta da lesão óssea e de partes moles, porém, após avaliação da cirurgia plástica, chegou-se ao consenso de tentar a reconstrução do membro acometido. Foi realizado desbridamento e após três dias, a ferida evoluiu com odor fétido e secreção purulenta, sendo iniciado antibioticoterapia tripla: cefalotina, gentamicina e penicilina. Cinco dias após, a ferida estava sem odor e secreção. Passada uma semana, o paciente foi submetido a rotação de retalho cutâneo com área doadora de região anterior de coxa e enxerto de pele total. 12 meses após a cirurgia, paciente encontra-se com bom aspecto estético e funcional, conseguindo realizar movimentação ampla de cotovelo, punho e musculatura extensora dos dedos. **DISCUSSÃO:** A caracterização deste tipo de trauma se dá pelo Mangled Extremity Severity Score (MESS), que avalia a gravidade da lesão, duração da isquemia, presença de choque e idade do paciente. A pontuação no MESS é fator prognóstico para a perda do membro, quando a pontuação é maior que 7, e o MESS do referido caso foi de 6. A classificação de Gustilo e Anderson são para fraturas expostas e o referido grau 3c implica na necessidade de antibioticoterapia tripla, com cefalosporina de 2ª geração, aminoglicosídeo e penicilina. As feridas devem ser fechadas ou cobertas o mais rápido possível para o melhor resultado. Os benefícios da cobertura precoce do retalho são melhor oxigenação, o que acelera a cicatrização e reduz o risco de infecção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É imprescindível a abordagem multidisciplinar e imediata no manejo e reparo das feridas traumáticas e complexas de extremidades, promovendo o melhor aspecto estético e funcional.

Palavras-chave: Fraturas Expostas. Traumatologia. Cirurgia Reconstrutiva.

REFERÊNCIAS:

Koman LA. Management of upper extremity arterial penetrating vascular trauma. Injury. 2021; 52(12): 3573–3579.

Bogdan Y, Helfet DL. Use of Tourniquets in Limb Trauma Surgery. Orthop Clin North Am. 2018; 49(2): 157–165.

Chen C, Wang ZT, Hao LW, Liu LF. Microsurgical Tissue Transfer in Complex Upper Extremity Trauma. Clin Plast Surg. 2020; 47(4):521–534.

Georgescu AV, Battiston B. Mangled upper extremity: Our strategy of reconstruction and clinical results. Injury. 2021; 52(12): 3588–3604.

Kobayashi L, Coimbra R, Goes Jr AMO, Reva V, Santorelli J, Moore E, *et al*. American Association for the Surgery of Trauma-World Society of Emergency Surgery guidelines on diagnosis and management of peripheral vascular injuries. J Trauma Acute Care Surg. 2020; 89(6): 1183–1196.

Resumo

MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA MÉDICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Eduarda Duarte de Oliveira[1], Davi Tagliate Vidigal de Almeida[1], João Vítor Micherif Gudziki Tôrres[1], Maria Júlia Lamas Caldoncelli Coelho[1], Ronald Godinho de Oliveira Silva[1], Daniel Tagliate Vidigal de Almeida[2]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

2 Universidade Federal de Juiz de Fora; Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Maria Eduarda Duarte de Oliveira. E-mail: mariaeduarda.duarte@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O suicídio é um problema de saúde pública, complexo e multifatorial, que ocupa o quarto lugar entre as causas de morte dos 15 aos 29 anos, com uma estimativa de 700 mil mortes anuais segundo a Organização Mundial de Saúde (2019). Sendo uma queixa constante na emergência, é fundamental o conhecimento por parte do socorrista sobre o manejo desses pacientes, visando identificar as causas que levaram ao comportamento suicida e fortalecer os fatores de proteção. **OBJETIVOS:** Realizar uma revisão bibliográfica sobre o manejo do risco de suicídio no serviço de emergência médica e as atualizações recentes na área. **MÉTODOS:** Realizou-se uma revisão integrativa de literatura a partir de estudos disponíveis nas bases de dados PubMed e SciELO, publicados nos últimos 5 anos, gratuitos, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, pelos descritores "manejo", "suicídio" e "emergência". De 11 artigos encontrados, 5 foram incluídos por atenderem aos objetivos desta revisão. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentre as tentativas de suicídio, a intoxicação autoinduzida foi a mais comum, sendo mais frequentes nas mulheres, apesar do suicídio consumado ser mais prevalente entre os homens. Inúmeros fatores estão associados, como determinantes socioeconômicos e transtornos mentais. Intervenções no serviço de emergência têm sido apontadas como redutoras do risco de suicídio, especialmente entre adolescentes, colaborando, inclusive, para um acompanhamento ambulatorial mais efetivo. A literatura aponta que a ideação suicida corresponde ao sinal mais importante a curto prazo do risco de suicídio, de forma que, mesmo sendo difícil a sua mensuração, deve ser identificada e avaliada de maneira aprofundada também no serviço emergência. Após o cuidado dos fatores imediatamente ameaçadores à vida, são necessárias estratégias para fortalecer fatores protetivos. Porém, a carência de psiquiatras e recursos nos serviços de urgência para intervenções são, atualmente, agravantes do problema. Ademais, a literatura revela o despreparo da maioria das equipes emergencistas nesse contexto. Dentre as formas de manejo, as intervenções familiares e entrevistas motivacionais são elencadas para redução de sintomas depressivos, desesperança e para o engajamento ambulatorial. Entrevistas motivacionais não possuem evidências sobre redução da ideação suicida, mas intervenções familiares sim. Não foram encontradas evidências sobre outras intervenções. **CONCLUSÃO:** Os casos de comportamento suicida devem ser considerados como emergência e encaminhados ao psiquiatra. Apesar disso, há uma desqualificação dos serviços de emergência no manejo do risco de suicídio. A preparação de acadêmicos e profissionais pode favorecer esse atendimento e tornar os médicos mais aptos para reastrear e lidar com o tema.

Palavras-chave: Suicídio. Manejo. Emergência.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico. 2021; 52:1-10. [acesso 15 Set. 2023] Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf.

Diaz-Granados ETA, Chamorro-Coneo AM, Rodriguez-Acosta S. Repeated suicide attempts among service users of an emergency service in northern Colombia: characteristics, associated factors, and management. Rev Colomb Psicol. 2021; 30(2): 41-54.

Galagali PM, Dinakar C, Bala P, Shah D, Gupta P, Rao C, *et al.* Indian Academy of Pediatrics Consensus Guidelines on Prevention and Management of Suicidal Behavior in Adolescents. Indian Pediatr. 2022; 59(7): 553-562.

Unui-Yukawa M, Miyaoka H, Yamamoto K, Kamijo Y, Takai M, Yonemoto N, *et al.* Effectiveness of assertive case management for patients with suicidal intent. Psychiatry Res. 2021; 304: 114125.

Villalba JMBA, Bedoya MAC, Garay GAC, Sanabria SAC, Stewart PD, Valdez MLLH, *et al.* Knowledge and practices of emergency physicians of a University Hospital regarding the care of suicidal patients. Rev Virtual Soc Parag Med Int. 2021; 8(1): 94-105.

Virk F, Waine J, Brry C. A rapid review of emergency department interventions for children and young people presenting with suicidal ideation. BJPsych Open. 2022; 8(2): e56.

Resumo

IMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA PARA TRATAMENTO DE MIOCARDITE AGUDA NA EMERGÊNCIA

Patrick Eduardo de Castro Tavares[1], Iago Collins Tavella Paulino [1], Samuel Toledo Filho[1], Gustavo Maurício Almeida Andrade[1], Arise Garcia de Siqueira Galil[2]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
[2] Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Patrick Eduardo de Castro Tavares. E-mail: patrick.tavares@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Miocardite aguda (MA) é definida como uma inflamação miocárdica responsável pela indução de uma atividade inflamatória excessiva. É considerada uma emergência médica visto que pode evoluir para falha cardíaca súbita, arritmias e colapso hemodinâmico. A eficácia da imunoglobulina intravenosa (IGIV) para o tratamento de MA ainda é controversa, mas possui potencial frente suas propriedades antivirais, antibacterianas e imunossupressoras. **OBJETIVOS:** Explorar as principais recomendações e guidelines da utilização de IGIV para o tratamento de MA. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão narrativa cuja pesquisa foi realizada na base MEDLINE em setembro de 2023. Utilizou-se os descritores "intravenous immunoglobulin" AND "acute myocarditis" AND "treatment OR therapy". Foram incluídos estudos em inglês e português dos últimos 5 anos que abordassem essa nova terapia e incluíssem os dois primeiros descritores no título ou resumo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram selecionados 19 artigos, dos quais 8 preencheram os critérios de inclusão. Os danos ao miocárdio pela MA são desencadeados, predominantemente, por mecanismos imunológicos e não por efeitos diretos do agente etiológico. Dessa forma, o tratamento com IGIV se mostrou promissor, atuando de forma a depurar rapidamente a infecção miocárdica pelo direcionamento de anticorpos específicos contra o agente e modular a resposta imune a fim de diminuir a inflamação cardíaca. Uma revisão sistemática e meta-análise demonstrou ausência de diferenças significativas entre crianças que receberam IGIV e as que não, tanto quanto à taxa de sobrevivência, quanto a alterações na função ventricular (FV). Outra revisão ressaltou quanto aos efeitos promissores em adultos, mas com benefícios ainda incertos. Outrossim, os primeiros estudos acerca da temática e muitos relatos de casos descreveram ótima resposta ao fármaco em adultos e crianças com MA, com melhora da FV e tendência à melhor prognóstico em um ano. Ademais, um estudo multicêntrico randomizado, relatou melhora na sobrevida em curto prazo entre os pacientes com MA que receberam IGIV, sem diferença em relação à melhora da FV. Todavia, devido ao pequeno número de pacientes e informações escassas na literatura, ainda não há embasamento para recomendação terapêutica rotineira para pacientes com MA. É importante ressaltar que, nas miocardites virais, comprovadas por biópsia endomiocárdica, a literatura recomenda a realização de IGIV. **CONCLUSÕES:** Perante os dados ressaltados, embora ausência de evidências para recomendações rotineiras, existem benefícios em potenciais da IGIV para MA, especialmente naquelas de etiologia viral confirmada. São necessários estudos prospectivos, randomizados e controlados adicionais a fim de elucidar os efeitos do tratamento com IGIV para MA.
Palavras-Chaves: Intravenous immunoglobulin. Acute myocarditis. Therapy.

REFERÊNCIAS:

Huang X, Sun Y, Su G, Li Y, Shuai X. Intravenous Immunoglobulin Therapy for Acute Myocarditis in Children and Adults. Int Heart J. 2019; 60(2): 359-365.

Jayashree M, Patil M, Benakatti G, Rohit MK, Singhi S, Bansal A, *et al.* Clinical Profile and Predictors of Outcome in Children with Acute Fulminant Myocarditis Receiving Intensive Care: A Single Center Experience. J Pediatr Intensive Care. 2021; 11(3): 215-220.

Lin M-S, Tseng Y-H, Chen M-Y, Chung C-M. Tsai M-H, Wang P-C, *et al.* In-hospital and post-discharge outcomes of pediatric acute myocarditis underwent after high-dose steroid or intravenous immunoglobulin therapy. BMC Cardiovasc Disord. 2019; 19(1):10.

Marshall M, Ferguson ID, Lewis P, Jaggi P, Gagliardo C, Collins JS, *et al.* Symptomatic Acute Myocarditis in 7 Adolescents After Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccination. Pediatrics. 2021; 148(3): e2021052478.

Meneghel A, Martini G, Amigoni A, Pettenazzo A, Padalino M, Zulian F. Case Report: Life-Threatening Macrophage Activation Syndrome With Fulminant Myocarditis Successfully Rescued by High Dose Intravenous Anakinra. Front Pediatr. 2021; 8:635080.

Robinson J, Hartling L, Vandermeer B, Klassen TP. Intravenous immunoglobulin for presumed viral myocarditis in children and adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (5):CD004370.

Schauer J, Newland D, Hong B, Albrs E, Friedland-Little J, Kemna M, *et al.* Treating Pediatric Myocarditis with High Dose Steroids and Immunoglobulin. Pediatr Cardiol. 2023; 44(2): 441-450.

Yen C-Y, Hung M-C, Wong Y-C, Chang C-Y, Lai C-C, Wu K-G. Role of intravenous immunoglobulin therapy in the survival rate of pediatric patients with acute myocarditis: A systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2019; 9(1): 10459.

Resumo

MANEJO E DIAGNÓSTICO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA NO CONTEXTO EMERGENCIAL

Victória de Azevedo Bastos[1], Layse Gonçalves Kistenmacker[1], Gustavo Bittencourt Camilo[1]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor corrspondente: Victória de Azevedo Bastos. E-mail: victoriajfbastos22@gmail.com

INTRODUÇÃO: A trombose venosa profunda (TVP) consiste na formação de trombos dentro de veias profundas, resultando em obstrução parcial ou oclusão, devido a um comprometimento no retorno sanguíneo. A estase sanguínea, lesão endotelial e hipercoagulabilidade constituem fatores de risco (Tríade de Virchow), assim como idade, imobilidade e obesidade. Trata-se de uma das emergências de maior morbimortalidade do mundo, envolvendo complicações, como a síndrome pós-trombótica e embolia pulmonar. Assim, o diagnóstico e o tratamento adequados são necessários.**OBJETIVOS:** A pesquisa propõe a análise de atualizações bibliográficas acerca das formas de diagnóstico e manejo propostas para a TVP, considerando o contexto emergencial. **METODOLOGIA:** Realizou-se um levantamento de bibliografias entre 2015 e 2022 nos idiomas inglês e português e nos portais Sciencedirect, Pubmed, Medline e Biblioteca Nacional de Saúde (BVS), utilizando os descritores: "deep venous thrombolysis", "diagnosis" e "Management", conforme a relevância e o tipo de estudo. Adicionalmente, verificou-se o "Projeto Diretrizes", publicado pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O escore de Wells avalia o risco de adquirir a TVP, classificando em baixa, moderada e alta probabilidade. Clinicamente, torna-se inviável o diagnóstico preciso, já que os sintomas são inespecíficos, mas alguns estão comumente presentes, como edema, aumento de temperatura e dor à palpação. Em um cenário de urgência, o exame D-dímero apresenta alta sensibilidade à detecção da TVP, mas pouca especificidade. Exames de imagem são necessários para confirmar a doença. A venografia com contraste é o padrão-ouro, embora reações adversas ao contraste, o custo e contraindicações para portadores de insuficiência renal limitem o uso como primeira escolha. O Ecodoppler (ECD) possui alta sensibilidade e especificidade. Secundariamente, há angiotomografia, angiorressonância ou ressonância magnética direta do trombo. Para o tratamento, são utilizados anticoagulantes parenterais e orais, considerando contraindicações, como o câncer e o risco hemorrágico, efeitos adversos e posologia. Inicialmente, são utilizadas Heparina de Baixo Peso Molecular e Heparina Não Fracionada associadas aos Antagonistas de Vitamina K. A longo prazo, a varfarina também é utilizada. Estão sendo estudados os Novos anticoagulantes orais (NOACs), com rápido mecanismo de ação e meia-vida curta. **CONCLUSÃO:** A sintomatologia da TVP é ampla, dificultando o diagnóstico imediato e contribuindo para complicações secundárias. Para o diagnóstico inicial, há o escore de Wells. O D-dímero, para análise laboratorial, é raramente utilizado em emergências e aliado ao uso de escores pré teste. Exames de imagem são decisivos para o diagnóstico. Como tratamento, faz-se o uso de anticoagulantes.

Palavras-chave: Trombose Venosa Profunda. Urgência. Diagnóstico. Exames.

REFERÊNCIAS:

Albricker ACL, Freire CMV, Santos SN, Alcantara ML, Saleeh MH, Cantisano AL, *et al*. Joint Guideline on Venous Thromboembolism - 2022. Arq Bras Cardiol. 2022; 118(4): 797–857.

Di Nisio M, van Es N, Büller HR. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The Lancet. 2016;388(10063): 3060–3073.

Guyton AC, Hall JE. Tratado De Fisiologia Médica 14. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021, p.482.

Juric I, Adam VN. Venous thromboembolism in the emergency department – single-center experience. Acta Clin Croat. 2022; 61(Suppl 1): 44-48.

Mazzolai L, Aboyans V, Ageno W, Agnelli G, Alatri A, Bauersachs R, *et al*. Diagnosis and Management of Acute Deep Vein thrombosis: a Joint Consensus Document from the European Society of Cardiology Working Groups of Aorta and Peripheral Vascular Diseases and Pulmonary Circulation and Right Ventricular Function. Eur Heart J. 2018; 39(47):4208–4218.

Prsti C, Miranda Jr F, *et al*. Projeto Diretrizes SBACV. TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. Planejamento e Elaboração -Gestões 2012/2015 Elaboração final: novembro de 2015 Participantes: SBACV Calógero Presti -Responsável do Projeto Diretrizes SBACV. [s.l: s.n.]. [Acesso 18 set 2023] Disponível em: https://sbacvsp.com.br/wp-content/uploads/2016/05/trombose-venosa-profunda.pdf.

Ortel TL, Neumann I, Ageno W, Beyth R, Clark NP, Cuker A, *et al*. American Society of Hematology 2020 Guidelines for Management of Venous thromboembolism: Treatment of Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism. Blood Adv. 2020;4(19): 4693–4738.

Radhakrishnan N. Genesis, Pathophysiology and Management of Venous and Lymphatic Disorders. 2022. [Acesso 02 out 2023] Disponível em: https://doi.org/10.1016/C2020-0-03522-X.

Rahaghi FN, minhas JK, Heresi GA. Diagnosis of Deep Venous Thrombosis and Pulmonary Embolism. Clin Chest Med. 2018; 39(3):493–504.

Stein PD, Matta F, Hughes MJ. In-Hospital Risks and Management of Deep Venous Thrombosis According to Location of the Thrombus. Am J Med. 2021; 134(7): 877–881.

Stone J, Hangge P, Albadawi H, Wallace A, Shamoun F, Knuttien MG, *et al*. Deep Vein thrombosis: pathogenesis, diagnosis, and Medical Management. Cardiov Diagn Ther. 2017; 7(Suppl 3): S276–S284.

Streiff MB, Agnelli G, Connors JM, Crowther M, Eichingr S, Lopes R, *et al*. Guidance for the Treatment of Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism. J Thromb Thrombolysis. 2016; 41(1): 32–67.

Viviani AG, Sila MPN, Gomes AO, Molina CA. Aplicabilidade da mobilização precoce na prevenção de Trombose Venosa Profunda em ambiente hospitalar: Uma Revisão Sistemática. Rev Pesqui Fisioter. 2019; 9(3): 421–428.

Waheed SM, Kudaravalli P, Hotwagner DT. Deep vein thrombosis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.

Resumo

RUPTURA UTERINA ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO

Paula Almeida Nicésio[1], Ana Carolina Campos Teodoro[1], Bruna Bandeira de Oliveira Junqueira[1], Daniella Didres Teixeira[1], Vitória Rodrigues Queiroz[1], Thaís Bandeira de Oliveira Junqueira[2]

[1] Universidade Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
[2] Hospital Albert Sabin - Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Paula Almeida Nicésio. E-mail: paulaanicesio@gmail.com

INTRODUÇÃO: A ruptura uterina é o rompimento parcial ou total do miométrio que, geralmente, ocorre no trabalho de parto ou no decorrer da gestação, podendo ser parcial ou completa. A ruptura parcial geralmente ocorre numa cicatriz pré-existente sem romper o peritônio visceral e a completa é quando envolve comunicação direta entre a cavidade uterina e o peritônio. As consequências desta afecção são graves, com risco de morte materna e perinatal. **OBJETIVO:** O presente estudo tem como objetivo descrever um caso de ruptura uterina, destacando os fatores causais e os sintomas. **RELATO DE CASO:** Gestante, 34 anos, G3PC1A1 de 26 semanas e 1 dia com quadro álgico em hipocôndrio direito. Ao exame clínico, encontrava-se hipocorada, taquicárdica e hipotensa com irritação peritoneal e indolor à palpação uterina. Ultrassonografia revelava grande quantidade de líquido livre no andar superior do abdome, ausência de alterações fetais, uterinas, placentárias e na vesícula biliar, apêndice vermiforme não visualizado. Foi submetida à laparotomia de urgência onde foi identificado volumoso hemoperitônio decorrente de ruptura uterina fúndica. Realizada cesariana de emergência, com evolução pós-operatória sem intercorrências, com óbito fetal no dia seguinte. **DISCUSSÃO:** A ruptura espontânea normalmente advém de um processo lento, progressivo e assintomático, mas, quando ocorre no início da gravidez apresenta quadro clínico de dor intensa, sangramento vaginal, sinais de hemorragia interna com irritação peritoneal e choque hipovolêmico. Os fatores de risco incluem antecedentes cesarianos, trauma uterino, placentação anormal, sendo a cesariana prévia o fator mais relevante. Essa condição é mais observada na segunda metade da gestação, apresentando sintomas mais discretos, com dores em baixo ventre e sangramento vaginal. Nos casos em que há evolução do quadro, a ruptura uterina é consumada e descrita por dor súbita e lancinante de intensidade superior a das anteriores, com interrupção do trabalho de parto, associada à diminuição ou à parada das contrações. Os diagnósticos diferenciais incluem a gravidez ectópica, descolamento prematuro de placenta e placenta prévia, sendo o diagnóstico de certeza somente confirmado após laparotomia. A conduta terapêutica é sempre cirúrgica. **CONCLUSÃO:** Em pacientes sem fatores de risco, a ruptura uterina é de difícil suspeita, porém, um diagnóstico rápido e com conduta terapêutica adequada acarretam manejo bem-sucedido desta condição. A mortalidade materna depende, principalmente, do momento do diagnóstico e das condições de assistência, enquanto o prognóstico fetal é sombrio, com alta mortalidade.

Palavras-chave: Rotura uterina. Ruptura espontânea. Hemorragia uterina.

REFERÊNCIAS

Bustos P, Delgado J, Greibe D. Ruptura uterina espontânea por placenta percreta. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68(6): 519-522.

Feitosa FE, Feitosa ES. Rotura uterina: da suspeita ao tratamento. Femina. 2022;50(9):568-71.

Figueiró-Filho EA, Gomez JM, Farine D. Fatores de risco associados à ruptura uterina e deiscência: Um estudo transversal canadense. Rev Bras Ginecol Obstet. 2021;43(11):820–825.

Okido MM, Quintana SM, Berezowski AT, Duarte G, Cavalli RC, Marcolin AC. Rotura e deiscência de cicatriz uterina: estudo de casos em uma maternidade de baixo risco do sudeste brasileiro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2014; 36 (9).

Miranda AZ, Padovan LA, Pignaton MM, Pereira JR. Ruptura uterina em primípara: relato de caso. Rev. Med. Minas Gerais. 2021; 31:31412.

Resumo

O EFEITO DO EXERCÍCIO FÍSICO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS TRAUMÁTICAS EM IDOSOS - UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ian Patrício Vaz Longuinho[1], Amanda Hikari Goshiyama[1], Gabriel Dias Mendes Andrade[1], Giovanny Guidi[1], Hugo Lorran Souza Costa[1], Jefferson Cleto Lino Netto[2]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

[2] Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Ian Patrício Vaz Longuinho. E-mail: ilonguinho11@gmail.com.

INTRODUÇÃO: As quedas são altamente prevalentes nos idosos e estão associadas à redução da qualidade de vida, além de maior morbidade e mortalidade. Nesse contexto, uma das estratégias mais analisadas para prevenir quedas é a prática regular de exercícios físicos. **OBJETIVOS:** Discutir o efeito do exercício físico na prevenção de quedas traumáticas em idosos. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A busca foi realizada nas bases PubMed e SciELO, tendo como critério de inclusão a restrição aos últimos 5 anos, os descritores "trauma", "fracture", "elderly", "prevention", "falls", "exercise", "effectiveness" e o booleano "and". Foram encontrados 39 resultados e selecionados 9 artigos de língua inglesa, sendo destes, seis ensaios clínicos randomizados, publicados entre 2019 e 2023, excluindo-se os trabalhos que não atendiam ao recorte temporal delimitado ou à temática abordada. Como os trabalhos possuíam critérios em comum, foram realizadas médias ponderadas para síntese dos achados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram analisados 530 idosos, divididos em grupos de intervenção e controle, com realização de exercícios físicos supervisionados por períodos que variaram de 12 semanas a 12 meses, com principalmente exercícios de força, aeróbicos e de equilíbrio com intensidade moderada. Os grupos de intervenção tiveram uma redução significativa na frequência de quedas traumáticas, variando de 43 quedas por paciente por ano para 12 quedas paciente-ano, enquanto que no grupo controle houve aumento da frequência, de 31 quedas paciente-ano para 35 quedas paciente-ano. Ademais, a taxa de incidência de quedas traumáticas foi reduzida em média para cerca de metade no grupo intervenção em comparação com o grupo controle. Além disso, a gravidade das quedas diminuiu de 2,1 para 0,6 por pessoa no grupo de intervenção, com diminuição significativa de 43% na taxa de quedas com fratura em relação ao grupo controle. O grupo que realizou o programa de exercícios físicos também apresentou melhoras em outros desfechos secundários, como capacidade funcional, qualidade de vida, autoeficácia para prevenir quedas e menor medo de cair. **CONCLUSÃO:** A realização de exercícios físicos supervisionados demonstrou ser uma estratégia eficaz na prevenção de quedas traumáticas em idosos, visto que os grupos de intervenção apresentaram uma redução significativa na frequência e gravidade das quedas, além de uma diminuição na taxa de quedas com fratura. Ademais, observou-se melhorias em desfechos secundários, como capacidade funcional, qualidade de vida, autoeficácia para prevenir quedas e menor medo de cair.

Palavras-chave: Exercício físico. Idoso. Prevenção de Doenças. Ferimentos e Lesões. Fraturas Ósseas.

REFERÊNCIAS:

Barreto PS, Rolland Y, Vellas B, Maltais M. Association of Long-term Exercise Training With Risk of Falls, Fractures, Hospitalizations, and Mortality in Older Adults. JAMA Intern Med. 2019;179(3): 394-405.

Dautzenberg L, Beglinger S, Tsokani S, Zevgiti S, Raijmann RCMA, Rodondi N, *et al*. Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2021; 69(10): 2073-2984.

Dipietro L, Campbell WW, Buchner DM, Erickson KI, Powell KE, Bloodgood B, *et al*. Physical Activity, Injurious Falls, and Physical Function in Aging. Med Sci Sports Exerc. 2019;51(6): 1303–1313.

Nørgaard JE, Andersen S, Ryg J, Steenson AJT, Andreasen J, Oliveira AS, *et al*. Effect of Treadmill Perturbation-Based Balance Training on Fall Rates in Community-Dwelling Older Adults. JAMA Netw Open. 2023; 6(4):e238422.

Rikkonen T, Sund R, Koivumaa-Honkanen H, Sirola J, Honkanen R, Kroger H. Effectiveness of exercise on fall prevention in community-dwelling older adults: a 2-year randomized controlled study of 914 women. Age Ageing. 2023;52(4):afad059.

Rodrigues F, Domingos C, Monteiro D, Morouço P. A Review on Aging, Sarcopenia, Falls, and Resistance Training in Community-Dwelling Older Adults. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(2): 874.

Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, *et al*. Exercise for Preventing Falls in Older People Living in the Community. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):CD012424.

Uusi-Rasi K, Karinkanta S, Kannus P, Tokola K, Sievanen H. Does long-term recreational gymnastics prevent injurious falls in older women? A prospective 20-year follow-up. BMC Geriat. 2020; 20(1):37.

Zhao R, Bu W, Chen X. The efficacy and safety of exercise for prevention of fall-related injuries in older people with different health conditions, and differing intervention protocols: a meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Geriatr. 2019;19(1):341.

Resumo

O PAPEL DO ULTRASSOM POINT-OF-CARE EM CASOS DE APENDICITE NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

João Vitor Delgado Vilas Bôas[1], João Frederico Vitorino Coelho Chaves[1], Letícia Pifano Medeiros[1], Marcely Carvalho de Macedo[1], Samara Moraes Santos[1], Ângela Caroline Dias Albino Destro de Macêdo[1]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: João Vitor Delgado Vilas Bôas. E-mail: joao.boas@medicina.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A apendicite aguda (AA) é a emergência cirúrgica mais frequente do mundo, atingindo uma incidência de 8,6%, e, apesar da frequência, seu diagnóstico mostra-se desafiador, principalmente devido a quadros atípicos e aos diagnósticos diferenciais que compartilham os sintomas da AA, como a diverticulose. Logo, basear-se exclusivamente na clínica pode retardar o diagnóstico, suscetibilizando a complicações, como perfuração do apêndice e abscessos intra-abdominais. Portanto, o uso da imagem tem-se tornado cada vez mais difundido como critério de confirmação ou de exclusão da AA, com destaque à ultrassonografia Point-of-Care. **OBJETIVOS:** Analisar a viabilidade do uso da ultrassonografia Point-of-Care em cenários de emergência, avaliando os benefícios relacionados a agilidade e confiabilidade no diagnóstico precoce de AA. **METODOLOGIA:** Realizou-se revisão bibliográfica em setembro de 2023, com busca na Biblioteca virtual em Saúde e PUBMED, utilizando os descritores em saúde: «Point-Of-Care», «Appendicitis» e «Emergency», originando 217 resultados. Incluíram-se 8 artigos publicados entre 2018 a 2023, em inglês, português e espanhol, que abordavam o papel do ultrassom Point-of-care em casos de apendicite na emergência. Excluíram-se artigos indisponíveis na íntegra, duplicados ou artigos que não versavam sobre a temática. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O ultrassom no local de atendimento (POCUS) é uma ferramenta diagnóstica rápida, útil, não invasiva e barata para ser utilizada na emergência. Logo, em contextos de Prontos Socorros, a ultrassonografia aparece como um método viável, disponível, seguro e econômico para o diagnóstico da AA, com alta especificidade, sensibilidade e acurácia, além de não envolver radiação ionizante e possibilitar a realização a beira leito. Assim, o POCUS mostra-se de extremo valor no diagnóstico preliminar de AA, sobretudo em cenários em que não há tomografia computadorizada (TC) disponível, dada a miríade de achados clínicos possíveis nesses quadros, por acelerar a obtenção do manejo definitivo e de avaliação cirúrgica, sobretudo em casos de elevada probabilidade pré-teste. Por outro lado, a interpretação da ultrassonografia é extremamente operador-dependente, requerendo extenso conhecimento por parte do médico emergencista, o que é aliado à indisponibilidade de radiologistas 24 horas ao dia. **CONCLUSÃO:** Apesar dos obstáculos para sua realização, como a dependência de especialista e a menor sensibilidade e especificidade em relação à TC, a ultrassonografia é uma opção de exame de imagem viável em cenários de emergência, devido a rapidez e segurança do procedimento. Assim, mostra-se imprescindível para o diagnóstico precoce de AA, detendo papel importante na prevenção de óbitos por diagnóstico tardio dessa afecção.

Palavras-chave: Point-of-care. Apendicite. Emergência.

REFERÊNCIAS:

Abgottspon D, Putora K, Kinkel J, Sueg K, Widmann B, Hornung R, *et al*. Accuracy of Point-of-care Ultrasound in Diagnosing Acute Appendicitis During Pregnancy. West J Emerg Med. 2022; 23(6):913-918.

Sheikh SA, Ali MA, Kiran DS, Tabatabai MA. How POCUS picks up a rare mimickers of acute appendicitis in the emergency department. Ultrasound J. 2020; 12(1):2.

E Altuğ, Şener K, Çakir A, Erdem ZB, Eyüpoğlu G, Güven R. Accuracy of emergency physician bedside ultrasonography compared with private teleradiologist for acute appendicitis diagnosis. Ir J Med Sci. 2023; 192(3):1473-1479.

Becker BA, Kaminstein D, Secko M, Collin M, Kehrl T, Reardon L, *et al*. A prospective, multicenter evaluation of point-of-care ultrasound for appendicitis in the emergency department. Acad Emerg Med. 2022; 29(2): 164-173.

Cho SU, OH SK. Accuracy of ultrasound for the diagnosis of acute appendicitis in the emergency department: A systematic review. Medicine. 2023; 102(13): e33397.

Davis J, Chima M, Kasmire K. Radiation-free diagnosis of pediatric appendicitis: accuracy of point-of-care ultrasonography and magnetic resonance imaging. Pediatr Emerg Care. 2022; 38(1): e246-e250.

Lee SH, Yun SJ. Diagnostic performance of emergency physician-performed point-of-care ultrasonography for acute appendicitis: A meta-analysis. Am J Emerg Med. 2019; 37(4): 696-705.

Sharif S, Skitch S, Vlahaki D, Healey A. Point-of-care ultrasound to diagnose appendicitis in a Canadian emergency department. CJEM. 2018; 20(5): 732-735.

Resumo

O USO DO BALÃO DE OCLUSÃO ENDOARTERIAL COMO MEDIDA PREVENTIVA E ABORDAGEM DE EMERGÊNCIA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADAS COM ACRETISMO PLACENTÁRIO

Vitória Silva Souza[1], Maria Eduarda Garcia de Andrade[1], Carolina Frederico Lessa[1], Gustavo Maurício Almeida Andrade[1], Sophia Calábria da Silveira[1], Larissa Milani Coutinho[2]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
2 Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Vitória Silva Souza. E-mail: vitoriasilva_souza@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O acretismo placentário (AP) é uma condição gestacional patológica cuja incidência vem aumentando. Caracteriza-se pela fixação de células trofoblásticas para além do endométrio. Essa condição é uma das principais causas de emergência obstétrica, podendo levar ao choque hipovolêmico por hemorragia durante ou após o parto, o que representa um risco à vida da mãe e a do feto. Técnicas de oclusão endoarterial têm sido consideradas para manejo e prevenção dessa complicação. **OBJETIVOS:** Identificar os benefícios do uso de balão de oclusão endoarterial (BOE) em pacientes com AP visando à prevenção e à conduta de emergências obstétricas. **METODOLOGIA:** Foram incluídos artigos publicados até agosto de 2023, em português, inglês e espanhol, que abordassem o uso de BOE em pacientes com AP. Os descritores "balloon occlusion", "placenta accreta" e "obstetric emergency" foram pesquisados nas bases de dados Medline, EMBASE e LILACS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao todo, foram encontrados 38 artigos e incluídos 26. Durante a seleção, foram excluídos trabalhos duplicados (5), relatos de caso (4) e protocolos (3). Nenhum artigo mostrou inferioridade na abordagem com o BOE. Por outro lado, 54% deles demonstraram efetividade estatisticamente significativa do uso perioperatório de BOE em pacientes com AP submetidas a parto cesáreo. Houve redução da perda sanguínea intraoperatória, da necessidade de transfusão de hemocomponentes e de histerectomia. A técnica oferece ao operador maior tempo para alcançar a hemostasia por meio de curetagem e sutura do local de implantação com perda de sangue aceitável, diminuindo a necessidade de internação pós-parto em Unidades de Terapia Intensiva. Ainda, 23% dos artigos analisados mostraram que a implementação do BOE não gerou diferenças significativas no desfecho clínico de pacientes que possuíam indicação prévia de histerectomia. **CONCLUSÃO:** Embora tenha custo elevado e geralmente não seja recomendado como um procedimento de rotina, o emprego do BOE pode ter impacto positivo na prevenção e no desfecho de situações de emergência em pacientes com complicações gestacionais, sendo uma técnica segura e de invasão mínima. Ademais, percebe-se a importância de se desenvolver a habilidade de reconhecer quando ela é necessária, para uma otimização do seu uso. Portanto, o aprimoramento da técnica e da formação profissional poderão contribuir para a redução de complicações graves na gestação de pacientes com AP.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência. Oclusão com Balão. Placenta Acreta.

REFERÊNCIAS:

Al Salmi IS, Al Hajeri M, Al Rawahi T, Zutshi A, Al Ghaithi HA, Madhavan M . The role of pre-operative bilateral internal iliac artery balloon occlusion in patients with abnormally invasive placenta (accreta, increta, percreta). CardioVascular and Interventional Radiology. 2016;39(3): S209.
Baskaran V. Use of interventional radiology balloon catheters during the management of placenta accreta: Have we inflated expectations? Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology. 2018; 62(Supplement 2), 34.
Boyle RK, Waters BA, O'rourke PK. Blood transfusion for caesarean delivery complicated by placenta praevia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2009; 49(6): 627–630.
Cali G, Forlani F, Giambanco L, Amico ML, Vallone M, Puccio G, *et al*. Prophylactic use of intravascular balloon catheters in women with placenta accreta, increta and percreta. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014; 179: 36–41.
Chen D, Xu J, Tian Y, Ye P, Zhao F, Liu X, *et al*. Effect of prophylactic balloon occlusion of internal iliac artery in pregnancies complicated by placenta previa and accreta. BMC pregnancy and childbirth. 2021; 21(1): 640.
Chen M, Liu X, You Y, Wang X, Li T, Luo H, *et al*. Internal Iliac Artery Balloon Occlusion for Placenta Previa and Suspected Placenta Accreta: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol. 2020; 135(5): 1112–1119.
Fan Y, Gong X, Wang N, Mu K, Feng L, Qiao F, *et al*. A prospective observational study evaluating the efficacy of prophylactic internal iliac artery balloon catheterization in the management of placenta previa-accreta: A STROBE compliant article. Medicine. 2017;96(45): e8276.
Hania A, Harnett C, Morrison J, Klemmer K, Costello J. Placenta Accreta Spectrum: A 2-year Retrospective Observational Study. Ir Med J. 2022; 115(7): 629.
Hussein AM, Dakhly DMR, Raslan AN, Kamel A, Hafeez AA, Moussa M, *et al*. The role of prophylactic internal iliac artery ligation in abnormally invasive placenta undergoing caesarean hysterectomy: a randomized control trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019; 32(20): 3386–3392.
Ihenachor E, Khan S, Nelson K, Picel A, Dong P, Kohi M, *et al*. Feasibility and safety of aortic balloon occlusion for management of obstetric hemorrhage with invasive placenta: Initial results. Journal of Vascular and Interventional Radiology 2018; 29(4): S187.
Lee AY, Ballah D, Moreno I, Dong PR, Cochran R, Picel A, *et al*. Outcomes of balloon occlusion in the University of California Morbidly Adherent Placenta Registry. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020; 2(1):100065.
Levine AB, Kuhlman K, Bonn J. Placenta accreta: Comparison of cases managed with and without pelvic artery balloon catheters. J Matern Fetal Med. 1999; 8(4): 173–176.
Matsuo K, Matsuzaki S, Vestal NL, Sangara RN, Mandelbaum RS, Matsushima K, *et al*. Utilizations and outcomes of intra-arterial balloon occlusion at cesarean hysterectomy for placenta accreta spectrum. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021;100(12): 2234–2243.
Mei Y, Zhao H, Zhou H, Jing H, Lin Y. Comparison of infrarenal aortic balloon occlusion with internal iliac artery balloon occlusion for patients with placenta accreta. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):147.
Mei Y, Luo D, Wei S, Wang L, Liao X, Jing H, *et al*. Comparison of emergency cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters in patients with placenta accreta spectrum. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022; 35(16): 3190–3195.
Mei Y, Luo D, Lin Y. Clinical application of prophylactic internal iliac artery balloon occlusion combined with uterine artery embolization in patients with abnormally invasive placenta. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018; 31(24): 3287–3292.
Nito-Calvache AJ, Vergara-Galliadi LM, Rodríguez F, Ordoñz CA, García AF, López MC, *et al*. A multidisciplinary approach and implementation of a specialized hemorrhage control team improves outcomes for placenta accreta spectrum. J Trauma Acute Care Surg. 2021; 90(5): 807–816.
Nieto-Calvach AJ, Lópz-Girón MC, Burgos-Luna JM, Mssa-Vryon A, Moroy A, López LJ, *et al*. Maternal hemodynamics during aortic occlusion with REBOA in patients with placenta accreta spectrum disorder. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022; 35(25): 5217–5223.
Panici PB, Anceschi M, Borgia ML, Bresadola L, Masselli G, Parasassi T, *et al*. Intraoperative aorta balloon occlusion: fertility preservation in patients with placenta previa accreta/increta. J matern Fetal Neeonatal Med. 2012; 25(12): 2512–2516.
Salim R, Chulski A, Romano S, Garmi G, Rudin M, Shalev E. Precesarean Prophylactic Balloon Catheters for Suspected Placenta Accreta: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol. 2015; 126(5): 1022–1028.
Shmakov RG, Vinitskiy AA, Chuprinin VD, Yarotskaya EL, Sukhikh GT. Alternative approaches to surgical hemostasis in patients with morbidly adherent placenta undergoing fertility-sparing surgery. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019;32(12): 2042–2048.
Tan CH, Tay KH, Sheah K, Kwek K, Wong K, Tan HK, *et al*. Perioperative endovascular internal iliac artery occlusion balloon placement in management of placenta accreta. AJR Am J Roentgenol. 2007; 189(5): 1158–1163.
Tan YL, Suharjono H, Lau NJL, Voon HY . Prophylactic bilateral internal iliac artery balloon occlusion in the management of placenta accreta: A 36-month review. Med J Malaysia. 2016; 71(3): 111–116.
Wang Y-L, Duan X-H, Han X-W, Wang L, Zhao X-L, Chen Z-M, *et al* . Comparison of temporary abdominal aortic occlusion with internal iliac artery occlusion for patients with placenta accreta - a non-randomised prospective study. Vasa. 2017; 46(1): 53–57.
Wei J, Dai Y, Wang Z, Gu N, Ju H, Xu Y, *et al*. Intrauterine double-balloon tamponade vs gauze packing in the management of placenta previa: A multicentre randomized controlled trial. Medicine. 2020; 99(7): e19221.
Yu SCH, Cheng YKY, TS WT, Sahota DS, Chung MY, Wong SSM, *et al*. Perioperative prophylactic internal iliac artery balloon occlusion in the prevention of postpartum hemorrhage in placenta previa: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(1): 117.e1-117.e13.

Resumo

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO BRASILEIRO DOS CASOS DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL ATENDIDOS NO CENÁRIO DE URGÊNCIA NO TRIÊNIO DE 2020 A 2022

Gabriela de Moraes Souza Azevedo[1], Júlia Fonseca Coelho de Souza [2], Luisa Silva de Moraes Souza[2], Claudia Maria Duarte da Silva[3]

[1] Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

[2] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

[3] Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda. Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor correspondente: Gabriela de Moraes Souza Azevedo. E-mail: moraesgabii123@gmail.com

INTRODUÇÃO: O álcool é uma substância tóxica e potencialmente causadora de dependência. Mundialmente, 3 milhões das mortes anuais estão associadas ao uso prejudicial do álcool, o que corresponde a 5,3% dos óbitos totais. A intoxicação por essa droga lícita pode repercutir em sintomas depressivos, ansiosos e transtornos de humor, repercutindo em uma sobrecarga nos sistemas de urgência e emergência. **OBJETIVO**: Analisar o perfil epidemiológico dos casos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool atendidos em caráter de urgência no Brasil entre 2020 e 2022. **METODOLOGIA**: Estudo transversal, quantitativo e descritivo. Foi realizado por meio dos dados disponibilizados pelo DATASUS, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). São correspondentes aos casos de transtornos mentais e comportamentais em decorrência do uso de álcool atendidos no setor de urgência no período de 2020 a 2022 no Brasil. Os dados foram coletados em setembro de 2023 e as variáveis analisadas foram região, ano de atendimento, sexo e faixa etária. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**: No período analisado, foram atendidos 76.361 casos de transtornos mentais e comportamentais pelo excesso do uso de álcool na urgência, sendo que a região Sul foi a mais acometida, com 95,9 casos/100.000 habitantes, seguida pela região Centro-Oeste com 40,8 casos/100.000 habitantes. Em relação aos anos de atendimento, a incidência dos casos se manteve constante no recorte temporal de 2020 a 2022. O sexo masculino foi o mais acometido, com 86,61% (n= 66.137) e a faixa etária com maior número de casos foi de 40 a 49 anos, com 30,31% (n=23.177), sendo seguida das faixas etárias de 30 a 39 anos (20%, n=15.281) e 50 a 59 anos (27,14%, n=20.730). **CONCLUSÃO**: Os resultados encontrados corroboram a literatura, na qual predominam atendimentos de urgência aos indivíduos do sexo masculino associados à transtornos mentais e comportamentais pelo excesso do uso de álcool. No que tange à predominância de casos na faixa etária de 40 a 49 anos, torna-se relevante identificar fatores de risco e vulnerabilidade associados, de modo a diminuir a incidência de atendimentos necessários. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram o maior número de atendimentos na circunstância em questão, o que indica a necessidade de implementação de medidas de prevenção e conscientização dos malefícios do álcool principalmente nessas regiões e evidencia que a temática urge por atenção pública de saúde.

Palavras-chave: Urgência. Álcool. Transtornos Mentais.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS (Departamento de Informática do SUS). [acesso 04 Out. 2023] Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php.

Fernandes MA, Pinto KLC, Teixeira Neto JA, Magalhães JM, Carvalho CMS, Oliveira ALCB. Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2017; 13(2): 64-70.

OMS. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Organização Mundial de Saúde Genebra: OMS, 2014.

WHO. Alcohol. World Health Organization. [acesso 05 Out. 2023] Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol .

Resumo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA ZONA DA MATA MINEIRA ENTRE 2013 E 2022

Hugo Lorran Souza Costa[1], Caio Fábio Santos da Silva[1], Rayane de Cássia dos Reis Moreira[1], Walison Henrique Amaro Marinho[1], Gabriel Machado de Souza Lima Banhatto[2], Jefferson Cleto Lino Netto[3]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

[2] Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

[3] Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Hugo Lorran Souza Costa. E-mail: hugo.costa@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma emergência cerebrovascular, que ocorre quando o fluxo sanguíneo para uma parte do cérebro é interrompido, resultando em diversos danos. Tal condição destaca-se como uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, atingindo mais de 20 mil casos anuais. **OBJETIVOS:** Avaliar o perfil da população mais acometida por AVEs entre 2013 e 2022 na Zona da Mata Mineira. **METODOLOGIA:** Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo, com análise do número de internações e óbitos decorrentes de AVE na Zona da Mata Mineira. Foram considerados os AVEs de todos os tipos, incluindo isquêmicos e hemorrágicos. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), acessados por meio da plataforma DATASUS, do Ministério da Saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Um total de 11.148 pacientes foram acometidos pelo AVE no período analisado, predominantemente homens idosos e brancos. Desses, 1.584 pacientes (14,2%) evoluíram ao óbito durante a internação. Em relação ao sexo, houve 5.735 internações masculinas (51,4%) e 5.413 femininas (48,6%), com 792 fatalidades em ambos os sexos. As taxas de internações e óbitos por AVE aumentaram progressivamente com a idade, sendo as mais altas na faixa maior que 80 anos (2.132 internações e 464 óbitos), entre 70 e 79 anos (2.710 internações e 403 óbitos) e entre 60 e 69 anos (2.888 internações e 338 óbitos). As faixas etárias mais jovens apresentaram taxas de internação e óbito muito menores, sendo as mais baixas na faixa entre 1 e 9 anos (14 internações e 3 óbitos) e entre 10 e 19 anos (38 internações e 3 óbitos). **CONCLUSÃO:** Destarte, nota-se progressão do aumento do risco de AVE conforme a idade avança, com perfil de acometimento predominantemente de pacientes homens, idosos e brancos. Assim, torna-se imprescindível a realização de pesquisas subsequentes, com o propósito de esclarecer com maior exatidão como a fisiopatologia do AVE se relaciona, não só ao perfil de paciente encontrado, mas também às comorbidades que possam se associar.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico. Fatores de risco. Incidência. Perfil de saúde.

REFERÊNCIAS:

Biblioteca Virtual em Saúde MS. Acidente vascular cerebral (AVC). 2006. [Acesso 01 out. 2023] Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/avc-acidente-vascular-cerebral>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acidente Vascular Encefálico. 2021. [Acesso 01 out. 2023] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/avc>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informação de Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS). 2023. [Acesso 01 out. 2023] Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus>.

George MG, Tong X, Kuklina EV, Labarthe DR. Trends in stroke hospitalizations and associated risk factors among children and young adults, 1995-2008. Ann Neurol. 2011; 70(5): 713–721.

Imanda A, Martini S, Artanti Kd. Affecting Factors of Stroke Incidence: A Case Control Study. Kesmas: National Public Health Journal. 2019;13(4): 164.

Santos LB, Waters C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Brazilian Journal of Development. 2020; 6(1): 2749–2775.

Resumo

PERFURAÇÃO DO INTESTINO DELGADO POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO

Daniella Didres Teixeira[1], Ana Carolina Campos Teodoro[1], Bruna Bandeira de Oliveira Junqueira[1], Paula Almeida Nicésio[1], Vitória Rodrigues Queiroz[1], Thaís Bandeira de Oliveira Junqueira[2]

[1]Universidade Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
[2] Hospital Albert Sabin - Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Daniella Didres Teixeira. E-mail: danididres@gmail.com

INTRODUÇÃO: A ingestão de corpo estranho é um evento relativamente comum e raramente determina sintomatologia. Quando ingerido, transita no trato gastrointestinal sem complicações, sendo eliminados pela via natural. Cerca de 1% dos casos evoluem para perfuração intestinal, ocorrendo principalmente em pontos de angulações ou estreitamentos fisiológicos do intestino. **OBJETIVOS:** Descreve-se um caso de ingestão e perfuração do intestino delgado por corpo estranho (espinha de peixe), procurando ressaltar a dificuldade diagnóstica e conduta terapêutica. **RELATO DE CASO:** Masculino, 51 anos, internado devido a ingestão incidental de corpo estranho. Apresentava-se estável, sem dor abdominal e tomografia computadorizada (TC) de abdome, revelando a presença de espinha de peixe no interior do intestino delgado, sem evidências de perfuração ou coleção. Retorna, 20 dias depois, com quadro de dor abdominal periumbilical. Repetida a TC de abdome que evidenciou perfuração do intestino delgado devido a corpo estranho com coleção próxima à perfuração. Optou-se por laparotomia exploradora, onde foi identificada perfuração puntiforme de segmento jejunal. Realizada retirada do corpo estranho, sendo necessária enterorrafia em ponto de perfuração e drenagem da coleção. Pós-operatório sem intercorrências, encontra-se em acompanhamento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** A perfuração intestinal por ingestão de corpo estranho representa uma dificuldade diagnóstica, visto que, não costuma ser relatado pelos pacientes, retardando a sua investigação. Idosos, pacientes psiquiátricos e alcoólatras são mais propensos à ingestão de corpos estranhos, e apesar de ser um evento raro, observa-se como uma das principais causas a ingestão incidental de espinha de peixe, sendo as alças ileais como o local mais comum de perfuração. Os diagnósticos diferenciais incluem diverticulite, úlceras pépticas, doença de Crohn, traumas no abdome e presença de outros corpos estranhos no intestino. Em geral, os sintomas se manifestam através de náuseas, vômitos, febre, dor abdominal, fístula, obstrução intestinal, peritonite, abscesso e hemorragia gastrointestinal. O diagnóstico é feito através da TC, que pode revelar distensão da luz intestinal com estase líquida, espessamento da parede, densificação da gordura mesentérica e pneumoperitônio. A implementação terapêutica depende da localização do corpo estranho e da presença ou não de complicações. **CONCLUSÃO:** A despeito da deglutição incidental de corpo estranho ser um evento frequente, a perfuração intestinal é um achado atípico. Todavia, quando ocorre, apresenta-se como abdome agudo e constitui um desafio diagnóstico. A TC é crucial para o seu diagnóstico, visto que, permite detectar objetos estranhos, localizar a perfuração e orientar o tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Perfuração intestinal. Intestino delgado. Corpo estranho.

REFERÊNCIAS:

Cortês MGW, Silva AL, Afonso CT, Sant´Anna LL. Perfuração intestinal por corpo estranho ingerido: relato de caso e revisão da literatura. Rev Méd Minas Gerais. 2010;20(N.Esp.):446-449.

Leal VM, Andrade APS, Tavares CB, Almeida KJS. Perfuração de intestino delgado por doença diverticular jejunal. Rev. Col. Bras. Cir. 2010;37(1):81-82.

Nicolodi GC, Trippia CR, Caboclo MFFS, Castro FG, Miller WP, Lima RR, *et al.* Perfuração intestinal por ingestão de corpo estranho alimentar. Radiol Bras. 2016; 49(5):295-299.

Waisberg J, Bromberg SH, Assis LA, Franco MIF, Abud HC, Godoy AC. Perfuração do intestino delgado por corpo estranho - Relato de 5 casos. Rev bras Colo-Proct. 1997;17(3):194-197.

Resumo

PONTE MIOCÁRDICA E MINOCA: ANÁLISE ATUALIZADA DA LITERATURA

Igor Magaton Ribas[1], Carlos Eduardo Abreu Fernandes[2], João Vitor Bosquine de Souza[1], Marcus Rodrigues Alves Pereira[1], Lucas Nicolato Almada[3]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
[2] Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-FCMS/JF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil;.
[3] Hospital Albert Sabin. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Igor Magaton Ribas. E-mail: igormribas@icloud.com

INTRODUÇÃO: A ponte miocárdica (PM) é uma anomalia anatômica congênita do sistema coronariano onde parte da artéria, frequentemente a descendente anterior esquerda (DAE), é envolvida pelo miocárdio. A anomalia, anteriormente identificada como benigna, pode levar à compressão dinâmica durante a contração do músculo cardíaco, o que potencialmente resulta em restrição do fluxo sanguíneo, isquemia miocárdica e sintomas como angina pectoris. Para mais, estes pacientes frequentemente apresentam uma síndrome conhecida como MINOCA (do inglês, "Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries"). Trata-se de uma condição caracterizada por sintomas de infarto agudo do miocárdio (IAM), como precordialgia e alterações eletrocardiográficas, mas sem a presença de obstruções significativas nas artérias coronárias. **OBJETIVOS:** Realizar uma revisão básica da literatura sobre o MINOCA em pacientes com PM. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão básica da literatura com busca na base de dados PubMed, por meio de pesquisa avançada: "myocardial bridge" AND "MINOCA", nos últimos 5 anos. Foram identificados 14 artigos, dos quais 12 foram considerados elegíveis para análise, enquanto 2 foram excluídos por se tratar de uma *letter* e o outro não estar relacionado ao tema. **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:** A prevalência de PM foi variável de acordo com o método utilizado, chegando a 20% quando pesquisada através de angiotomografia coronariana. Além disso, foi frequentemente associada ao MINOCA que, por sua vez, esteve associado à presença de IAM em indivíduos majoritariamente jovens, do sexo feminino e sem fatores de risco. A relação parece ser complexa, com múltiplos mecanismos potencialmente envolvidos. Estudos sugerem que a PM pode ser a causa ou favorecer a isquemia miocárdica de diferentes formas, incluindo compressão mecânica, espasmo coronário e disfunção endotelial. Ademais, a PM tem sido associada também a outros eventos cardíacos graves, como morte súbita e arritmias. O tratamento do MINOCA associado à PM foi realizado de diferentes maneiras e de acordo com a etiologia do infarto. Quando este foi causado pela PM, o tratamento envolve betabloqueadores e possíveis intervenções invasivas, como a intervenção coronariana percutânea e a miotomia. **CONCLUSÃO:** A PM é uma condição complexa e clinicamente significativa, mais expressiva do que previamente se imaginava. No entanto, é importante notar que a falta de evidências robustas tem dificultado a orientação de abordagens médicas, especialmente quando a condição está associada ao MINOCA. Portanto, é imperativo que sejam realizados estudos adicionais para aprofundar nossa compreensão e proporcionar diretrizes mais claras.

Palavras-chave: Anormalidades congênitas. Ponte miocárdica. MINOCA.

REFERÊNCIAS:

Abe T, Jujo K, Matsukage T. Myocardial bridging may shed light on one aspect of unexplained myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2022; 11(6,):508–509.

Mankgele M, Hlawe D, Tsabedze N. Cannabis-Associated Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries in a Young Patient with Underlying Myocardial Bridge. Am J Case Rep. 2023; 24:e938175.

Matta A, Canitrot R, Nader V, Blanco S, Campelo-Parada F, Bouisset F, *et al*. Left anterior descending myocardial bridge: Angiographic prevalence and its association to atherosclerosis. Indian Heart J. 2021;73(4):429–433.

Matta A, Nader V, Canitrot R, Delmas C, Bouisset F, Lhermusier T, *et al*. Myocardial bridging is significantly associated to myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2022; 11(6): 501–507.

Matta A, Roncalli J, Carrié D. Update review on myocardial bridging: New insights. Trends Cardiovasc Med. 2022:S1050-1738(22)00086-X.

Monton RA, Gurgogline FL, Buono MGD, Rinaldi R, Meucci MC, Iannaccone G, *et al*. Interplay Between Myocardial Bridging and Coronary Spasm in Patients With Myocardial Ischemia and Non-Obstructive Coronary Arteries: Pathogenic and Prognostic Implications. J Am Heart Assoc. 2021 10(14):e020535.

Rakowski T, Luca GD, Siudak Z, Plens K, Dziewierz A, Kleczyński P, *et al*. Characteristics of patients presenting with myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries (MINOCA) in Poland: data from the ORPKI national registry. J Thromb Thrombolysis. 2019;47(3): 462–466.

Rinaldi R, Princi G, Vecchia GL, Bonanni A, Chiariello GA, Candreva A, *et al*. MINOCA Associated with a Myocardial Bridge: Pathogenesis, Diagnosis and Treatment. J Clin Med. 2023;12(11): 3799.

Santucci A, Jacoangeli F, Cavallini S, d'Ammando M, Angelis F, Cavallini C. The myocardial bridge: incidence, diagnosis, and prognosis of a pathology of uncertain clinical significance. Eur Heart J Suppl. 2022;24(Suppl I): I61–I67.

Teragawa H, Oshita C, Ueda T. The Significance of Recognizing Myocardial Bridge in the Coronary Spasm Diagnosis in Myocardial Infarction with Nonobstructive Coronary Arteries. Intern Med. 2020; 59(1): 89–92.

Bansro V, Gurbakhshani M, Siddiq H, Shetty R. A Young Adult With Myocardial Bridging: A Case Report. Cureus. 15(7): e41452.

Zhang S, Zhang X, Wu S, Zhang T, Ji HM, Zhang Q, *et al*. [Analysis of clinical features and the outcome of in-hospital mortality of myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries]. Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi. 2022; 50(9): 873–880.

Resumo

REALIDADE VIRTUAL VERSUS TREINAMENTO CONVENCIONAL NO APRENDIZADO E MANUTENÇÃO DE HABILIDADES DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR POR ALUNOS DE MEDICINA

Amanda Hikari Goshiyama[1], Hugo Lorran Souza Costa[1], Guilherme Gonçalves da Silva[1], Ian Patrício Vaz Longuinho[1] Jefferson Cleto Lino Netto[2]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

[2] Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Amanda Hikari Goshiyama. E-mail: hi.aman12@gmail.com

INTRODUÇÃO: A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é um procedimento de emergência que visa restabelecer a circulação sanguínea e a oxigenação em casos de parada cardiorrespiratória (PCR). Entretanto, seu ensino enfrenta desafios, como a falta de padronização e a baixa retenção do conhecimento. Assim, a realidade virtual (RV) se destaca como abordagem promissora na formação médica, por seu caráter imersivo, interatividade tridimensional e vantagens como fidelidade, personalização, feedback instantâneo e custos reduzidos. **OBJETIVOS:** Comparar a eficácia do treinamento baseado em realidade virtual e do treinamento convencional como estratégias utilizadas no aprendizado de habilidades de RCP por estudantes de medicina. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A busca foi realizada na base PubMed, tendo como critérios de inclusão a restrição aos últimos 5 anos. Utilizou-se os descritores "students", "cardiopulmonary resuscitation", "clinical competence", "virtual reality" e o booleano "and". Foi realizada a leitura integral dos 4 resultados encontrados, publicados entre 2020 e 2023. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O treinamento com RV melhorou significativamente o aprendizado dos estudantes, principalmente em relação ao tempo sem fluxo e ao checklist relacionado ao suporte básico de vida (SBV). Após 6 meses do primeiro treinamento, não houve diferenças estatísticas na avaliação do conhecimento teórico ou prático entre os grupos. No entanto, o grupo RV apresentou menor profundidade das compressões torácicas (47 mm versus 48 mm), menor porcentagem de relaxamento completo do tórax (69% versus 97%) e menor precisão na posição das mãos. Apesar disso, mais de 95% dos estudantes relataram apreciar o método RV, destacando as cenas realistas e o melhoramento do ensino. **CONCLUSÃO:** O treinamento de RCP com RV é uma alternativa promissora para o ensino de habilidades de SBV aos estudantes de medicina, especialmente em tempos em que não seja possível o ensino tradicional e presencial, como o período pandêmico. No entanto, embora o treinamento com RV tenha obtido melhor desempenho no tempo sem fluxo, também apresenta diversas desvantagens, como menor profundidade das compressões torácicas, menor porcentagem de relaxamento completo do tórax e menor precisão na posição das mãos. Portanto, recomenda-se que haja um aprimoramento do método RV e seu uso seja complementado com o método tradicional, haja vista que ainda não apresenta eficácia o suficiente para ser utilizado como única forma de aprendizado.

Palavras-chave: Competência clínica. Estudantes de medicina. Parada cardiorrespiratória. Ressuscitação cardiopulmonar.

REFERÊNCIAS:

Castillo J, Rodríguez-Higueras E, Belmonte R, Rodríguez C, López A, Gallart A. Efficacy of Virtual Reality Simulation in Teaching Basic Life Support and Its Retention at 6 Months. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5): 4095.

Jaskiewicz F, Kowalewski D, Starosta K, Starosta M, Timler D. Chest compressions quality during sudden cardiac arrest scenario performed in virtual reality. Medicine. 2020;99(48): e23374.

Moll-Khosrawi P, Falb A, Pinnschmidt H, Zöllner C, Issleib M. Virtual reality as a teaching method for resuscitation training in undergraduate first year medical students during COVID-19 pandemic: a randomised controlled trial. BMC Med Educ. 2022;22(1): 483.

Rodríguez-Matesanz M, Guzmán-García C, Oropesa I, Rubio-Bolivar J, Quintana-Díaz M, Sánchez-González P. New Immersive Virtual Reality Station for Cardiopulmonary Resuscitation Objective Structured Clinical Exam Evaluation. Sensors. 2022; 22(13): 4913.

Resumo

RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL FUNCIONAL PRECOCE DE PACIENTES COM TRAUMAS DE FACE: UM RELATO DE CASO

Vitória Borges Novais[1], Abner Ramos de Castro[1], Ana Luiza Fernandes Ottoni Porto[1], Fabrício Júnio Mendes Santos[1], Gabriel Cardoso Almeida[1], André Luiz Mansur de Araújo[2]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente:
Vitória Borges Novais - vitorianovaiis@gmail.com

INTRODUÇÃO: Lesões faciais são emergências muito prevalentes, representando cerca de 10% dos atendimentos. O trauma de tecidos perioculares requer avaliação anatômica completa. Para isto, devemos elucidar o mecanismo do trauma, uma vez que este pode indicar lesões ocultas, sendo quedas e acidentes as principais causas. Embora não fatais, o tratamento de tais lesões é de suma importância, devido ao potencial de perda funcional e estética. **OBJETIVOS:** Descrever trauma facial grave e apresentar princípios básicos da reconstrução palpebral, ressaltando a abordagem emergencial adequada. **RELATO DE CASO:** Mulher, 34, terceiro dia após acidente automobilístico, apresenta traumatismo facial com múltiplas escoriações e lacerações e lesão complexa palpebral superior esquerda com perda tecidual de lamela posterior (LP) e necrose em lamela anterior (LA). Apresentava as feridas suturadas ao primeiro atendimento, ignorando a anatomia palpebral, aumentando o risco de sequelas. Assim, foi indicada retirada do fechamento prévio e desbridamento. Após, cada estrutura palpebral foi identificada, individualizada e reconstruída. Devido à perda tarsal, foi necessário reconstruir a LP com enxertia de cartilagem auricular. A reconstrução da LA foi realizada com a correta alocação dos tecidos, refazendo o esfíncter palpebral. Evoluiu com lagoftalmo e ceratite, as quais foram tratadas clinicamente. **DISCUSSÃO:** Na abordagem inicial do trauma facial e periocular, devemos descartar: lesões neurovasculares, motoras, intraoculares agudas, fraturas, corpo estranho, rotura do globo, entre outros. Avaliamos margens, lamelas, canalículos, movimentos palpebrais e gorduras periorbitais. Eventualmente, tais lesões são tratadas clinicamente, porém reparos cirúrgicos podem ser mais adequados. As lacerações necessitam de correção individualizada. No acometimento da margem, esta deve ser aproximada antes da reconstrução supracitada. Na perda tecidual, é necessário reparo maior ou reconstrução secundária. Nos jovens, grandes defeitos, ou pouco excedente cutâneo, fatores que inviabilizam os retalhos, faz-se necessária a retirada de enxertos. É importante buscarmos enxertos com características similares às da área receptora como a pálpebra contralateral, pele pré e retro-auricular, parcimoniosamente. Preferimos retalhos em detrimento dos enxertos, pois proporcionam melhor vascularização e não necessitam de leito receptor viável. Uma boa opção para reconstrução do tarso é o enxerto de cartilagem auricular. O paciente deve fazer usar colírio lubrificante, e a visão deve ser seriamente monitorada para evitar complicações**. CONCLUSÃO:** Na emergência, a restauração dos componentes palpebrais respeitando a anatomia é importante para proteção da visão e evitar sequelas como ectrópio, epífora ou ptose. Assim, o manejo adequado das lacerações faciais visa minimizar cicatrizes inestéticas e perdas funcionais bem como suas consequências psicológicas.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões. Lacerações. Face. Pálpebras. Cirurgia Plástica.

REFERÊNCIAS:

Chang EI, Esmaeli B, Butler CE. Eyelid Reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2017 Nov;140(5):724e-735e.

DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Upper eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2004 Dec;114(7):98e-107e.

Kretlow JD, McKnight AJ, Izaddoost SA. Facial soft tissue trauma. Semin Plast Surg. 2010 Nov;24(4):348-56.

Rodriguez ED, Bluebond-Langner R, Park JE, Manson PN. Preservation of contour in periorbital and midfacial craniofacial microsurgery: reconstruction of the soft-tissue elements and skeletal buttresses. Plast Reconstr Surg. 2008 May;121(5):1738-1747.

Siqueira EJ, Alvarez GS, Bolson PB, Oliveira MP. Abordagem multidisciplinar do trauma facial grave. Rev AMRIGS. 2014 Out-Dez;58(4):275-280.

Resumo

ACIDÚRIA GLUTÁRICA TIPO I COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS: UM RELATO DE CASO

Gustavo Mauricio Almeida Andrade[1], Sophia Calábria da Silveira[1], Fernanda Franklin Pedroso Moreira[1], Vitor Fernandes Alvim[2], Murilo Carlos Torres[2], Lucélia Paula Cabral Schmidt[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
[2]Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente.
Gustavo Mauricio Almeida Andrade - gusmauricio2000@gmail.com

INTRODUÇÃO: Acidúria Glutárica tipo I (AGI) é uma Acidemia Orgânica (AO), caracterizada por erro inato do metabolismo de herança autossômica recessiva. Decorrente da deficiência da Glutaril CoA desidrogenase, enzima responsável pelo metabolismo de aminoácidos, provoca o acúmulo de metabólitos ácidos nocivos. **OBJETIVOS:** Relatar caso de AGI, para ressaltar sua apresentação clínica e a importância de sua inclusão nos diagnósticos diferenciais de episódios agudos neurológicos de lactentes. **RELATO DE CASO:** Menino de seis meses e sem comorbidades prévias. Admitido em pronto-socorro (PS) com relato de prostração iniciada há dois dias, recusa alimentar e vômitos, com evolução para hipotonia cervical importante. Histórico de vacinação no dia do início dos sintomas. À admissão do PS, apresentava hipotonia e hipoglicemia importante (17mg/dl - VR: 60mg/dl) e evoluiu com quatro crises epilépticas generalizadas tônicas de segundos. Foi administrado fenitoína e realizada tomografia computadorizada de crânio que não revelou alterações. Sob hipótese de encefalite e meningite, foi internado em Unidade de Terapia Intensiva, realizada punção lombar, cujos parâmetros estavam normais, e iniciados ceftriaxona, aciclovir e dexametasona, mantendo-se fenobarbital 3mg/kg/dia. Realizada Ressonância Magnética de crânio que evidenciou alteração simétrica e bilateral de sinal nos núcleos da base. Levantada a hipótese de erro inato do metabolismo, encontrou-se discreto aumento de glutaril-carnitina (C5DC) em plasma e concentrações de ácido glutárico (AG) em urina >5000mmol (Referência<3). Diagnóstico de AGI confirmado por painel genético. **DISCUSSÃO:** A apresentação clínica da AGI é variável. Em oposição às demais AO, suas primeiras manifestações raramente ocorrem no período neonatal, ocorrendo durante os primeiros 18 meses de vida, desencadeadas por infecção, jejum ou períodos febris, que podem ocorrer após a vacinação. Os principais sintomas são inespecíficos e relacionados a uma neurorregressão aguda e sinais extrapiramidais, como distonia generalizada e crises de encefalopatia, tornando a suspeição diagnóstica difícil. Sem tratamento, 80 a 90% desenvolvem dano estriatal irreversível. A triagem neonatal para AO já é realizada em alguns países, sendo benéfica para evitar complicações tardias das doenças. Contudo, ainda não integra o rastreamento neonatal brasileiro. **CONCLUSÃO:** A hipótese de AGI deve ser levantada frente à lactente com encefalopatia aguda associada à hipoglicemia, movimentos distônicos com função cognitiva preservada e recusa alimentar associados a eventos febris ou de estresse. Se existe suspeita clínica, alterações de sinal em núcleos da base em exames de imagem e achados laboratoriais sugestivos, como concentrações elevadas em urina de AG ou C5DC, o diagnóstico é confirmado por painel genético.

Palavras-chave: Acidemia Glutárica I. Diagnóstico. Convulsões.

REFERÊNCIAS:

1. Boy N, Mühlhausen C, Maier EM, Ballhausen D, Baumgartner MR, Beblo S, *et al*. Recommendations for diagnosing and managing individuals with glutaric aciduria type 1: Third revision. J Inherit Metab Dis. 2023 May;46(3):482-519.
2. Larson A, Goodman S. Glutaric Acidemia Type 1. 2019 Sep 19. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2023.
3. Kaya Ozcora GD, Gokay S, Canpolat M, Kardaş F, Kendirci M, Kumandaş S. Glutaric Acidemia Type 1: A Case of Infantile Stroke. JIMD Rep. 2018;38:7-12. doi: 10.1007/8904_2017_26. Epub 2017 Apr 15.

Resumo

USO DA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA E DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: RELATO DE CASO

Thomás Alvim Mendonça Borges de Almeida[1], Rafaela Spertine Moreira Neves[1], Giselle Huebra Ramos[2], Isadhora Souza Ferrari da Costa[1], Daniella Coelho Vandanezi Sobreira[1], Leandro Dutra Borges de Almeida[3]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

2Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Minas Gerais – Brasil

3Hospital Unimed de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente.
Thomás Alvim Mendonça Borges de Almeida - thomas.almeida@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) consiste em administrar oxigênio puro em um ambiente submetido à pressão superior à atmosférica ao nível do mar, geralmente duas a três atmosferas, suas indicações são variadas e incluem situações de isquemia aguda. A OHB é uma terapia segura, seus efeitos colaterais estão relacionados à variação da pressão e apresenta poucas contraindicações. Já a terapia por pressão negativa (TPN) é feita com a aplicação de uma espuma de poliuretano sobre a lesão, selada com filme plástico aderente que gera vedação. Esse sistema é conectado a um aspirador que gera pressão sub-atmosférica, entre 5 e 125 mmHg, e os fluidos presentes na ferida que contribuem na proliferação de microrganismos são aspirados para dentro de um reservatório. **OBJETIVOS:** Discutir a utilização da OHB e da TPN na terapêutica de traumas com risco de amputação. **RELATO DE CASO:** Masculino, 36 anos, admitido após colisão automobilística com fratura exposta e luxação do tornozelo e pé esquerdos, perda de grande extensão de partes moles e sofrimento vascular sob risco de amputação. Foi submetido a fasciotomias, redução da luxação e da fratura com fixação externa, retalho de avanço do gastrocnêmio e tenoplastia do extensor do hálux. Após arteriografia evidenciar vasoespasmo distal, foi realizado cateterismo seletivo da artéria poplítea para revascularização com tridil intra-arterial. Devido à infecção de sítio cirúrgico, com saída de secreção e baixo fluxo nas artérias tibiais com sinais de isquemia, iniciou-se a TNP e OHB. Apresentou evolução satisfatória, foi retirado o fixador externo e iniciada fisioterapia. **DISCUSSÃO:** O uso da OHB em situações de trauma, como a do caso relatado, é feito com base em seus efeitos fisiológicos de melhora da hipóxia tecidual, aumento da perfusão, diminuição das citocinas inflamatórias, melhor angiogênese e estímulo dos mediadores do processo de cicatrização, além da erradicação de infecções dos tecidos moles e ósseas. Enquanto a TNP é considerada extremamente eficaz em lesões traumáticas porque a retirada do exsudato e secreções da ferida contribui na redução do edema, aumenta o fluxo sanguíneo promovendo uma melhor circulação local, estimula o tecido de granulação indispensável no processo cicatricial, aumenta a proliferação de fibroblastos, a produção de colágeno e atrai as bordas da ferida uma à outra. As uniões desses fatores contribuíram para que o paciente evoluísse sem necessidade de amputação do membro afetado. **CONCLUSÃO:** A conjugação da OHB e da TPN revela ser uma eficiente opção terapêutica em condições traumáticas com risco de amputação.

Palavras-chave: Oxigenoterapia Hiperbárica. Tratamento de Ferimentos com Pressão Negativa. Ferimentos e Lesões. Amputação Cirúrgica.

REFERÊNCIAS:

1. Andrade SM, Santos IC. Hyperbaric oxygen therapy for wound care. Rev Gaucha Enferm. 2016 Jun;37(2):e59257.
2. Ribeiro DCS, Amarante KS, Lima MR, Nunes EM. Terapia a Vácuo: A Eficácia do Curativo em Feridas Complexas. Temas em Saúde. 2016;16(3):191-206.
3. Rodrigues Junior M, Marra AR. Quando Indicar a Oxigenoterapia Hiperbárica?. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(3):240.

Resumo

DEFORMIDADE PLÁSTICA DA ULNA COM LUXAÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO – UMA VARIANTE DE MONTEGGIA

Gabriel Filipe Rodrigues Silva Barboza[1], Vítor Henrique Gomes de Castro[1], Luís Antônio Rettore Bernardes[1], Bruno Amaral Jacoby[2]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais - Brasil
2Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Gabriel Filipe Rodrigues Silva Barboza - gabriel.barboza@ufv.br

INTRODUÇÃO: O antebraço foi projetado para permitir a pronação e supinação da mão para máxima versatilidade, logo, fraturas do antebraço podem causar incapacidade significativa a curto e longo prazo, especialmente se não forem tratadas adequadamente. A variante de Monteggia se origina de um impacto direto no antebraço com o cotovelo em extensão e o antebraço em hiperpronação. A energia resultante da fratura da ulna é transferida ao longo da membrana interóssea, o que resulta na ruptura dos ligamentos proximais quadrate e anulares, causando uma interrupção na articulação radiocapitelar. As fraturas de Monteggia, quando ocorrem em pacientes pediátricos, são desafiadoras devido às dificuldades diagnósticas, à propensão à instabilidade e à complexidade da reconstrução tardia. **OBJETIVOS:** O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso de uma criança com deformidade plástica da ulna e luxação da cabeça do rádio, caracterizando uma variante de Monteggia não diagnosticada após 4 anos do ocorrido. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina de 11 anos, relata histórico de queda aos 7 anos, foi encaminhado ao ambulatório de ortopedia queixando-se de dor na região antecubital esquerda com irradiação para todo o antebraço ao realizar esforços. As radiografias anteroposteriores e laterais revelaram uma deformidade plástica da ulna com luxação da cabeça do rádio, caracterizando uma variante de Monteggia. A peculiaridade dessa variação deve-se ao fato de que não houve uma fratura para a ocorrência da luxação da cabeça do rádio, como na maioria dos casos relatados. Portanto, a energia do impacto resultou apenas na deformação ulnar, e não em uma fratura completa, com a mesma dissipando-se na região radiocapitelar provocando sua luxação, fato que passou despercebido na abordagem inicial. Após confirmação diagnóstica, foi realizado um procedimento cirúrgico de correção. **DISCUSSÃO**: Nas Fraturas de Monteggia não diagnosticadas, o intervalo entre o trauma e a cirurgia e a idade do paciente são considerados e estão diretamente correlacionados com o sucesso da cirurgia e o prognóstico. Este caso conta com uma atipicidade diagnóstica das fraturas de Monteggia, fato que o torna necessário para o conhecimento da comunidade médica, dado que, a fratura não foi evidenciada, contudo, a luxação da cabeça do rádio fez-se presente. **CONCLUSÃO:** O relato evidencia um tipo raro de variante de Monteggia, do tipo I, não descrito na literatura, por isso, necessário ao conhecimento médico para diagnóstico efetivo, visando proporcionar menos desconforto e danos ao paciente. Apesar da variabilidade dos equivalentes de Monteggia, o princípio de manejo permanece o mesmo.

Palavras-chave: Fratura de Monteggia. Fraturas da Cabeça e do Colo do Rádio. Anormalidades Congênitas. Ulna.

REFERÊNCIAS:

1. Delpont M, Louahem D, Cottalorda J. Monteggia injuries. Orthop Traumatol Surg Res. 2018 Feb;104(1S):S113-S120.
2. Foran I, Upasani VV, Wallace CD, Britt E, Bastrom TP, Bomar JD, *et al*. Acute Pediatric Monteggia Fractures: A Conservative Approach to Stabilization. J Pediatr Orthop. 2017 Sep;37(6):e335-e341.
3. Johnson NP, Silberman M. Monteggia Fractures. 2023 Jul 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.
4. Ramski DE, Hennrikus WP, Bae DS, Baldwin KD, Patel NM, Waters PM, *et al*. Pediatric monteggia fractures: a multicenter examination of treatment strategy and early clinical and radiographic results. J Pediatr Orthop. 2015 Mar;35(2):115-20.

Resumo

FRAQUEZA INTERMITENTE NA EMERGÊNCIA: UM RELATO DE CASO DE PARALISIA PERIÓDICA HIPOCALÊMICA TIREOTÓXICA

Gabriel Cardoso Almeida[1], Abner Ramos de Castro[1], Fabrício Júnio Mendes Santos[1], Vitória Borges Novais[1], André Iglesias Brandão[2], Pedro Ivo Machado Campos de Araujo Costa[3]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
3Faculdade de Medicina da Universidade Vila Velha; Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Gabriel Cardoso Almeida - gabriel.cardoso@medicina.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A paralisia periódica caracteriza-se como distúrbio neuromuscular raro com alterações fisiopatológicas de canais iônicos, cursando com episódios de paresias indolores, de predomínio proximal e de membros inferiores (MMII). A maioria dos casos possui herança autossômica dominante, entretanto pode-se apresentar sob a forma adquirida, existindo associações com hipertireoidismo. **OBJETIVOS:** Relatar um caso de Paralisia Periódica Hipocalêmica Tireotóxica (PPHT) em paciente atendido no serviço de Emergência do Hospital Monte Sinai e discutir a doença e seu manejo no contexto de urgência/emergência. **RELATO DE CASO:** Homem de 39 anos e sem antecedentes patológicos, se apresentou no serviço de emergência tetraparético, queixando de fraqueza generalizada de início há 6 meses, intermitente e autolimitada, ocorrendo cerca de 3 episódios mensais ao final do dia, após atividades maiores. Negou sintomas sensitivos, bulbares, cardiovasculares, diplopia, ptose palpebral ou dispneia. Estava alerta e orientado; sinais vitais estáveis; exame neurológico com tetraparesia de predomínio crural (força MMSS grau 4/5 proximal e 4/5 distal - MMII grau 2/5 proximal e 3/5 distal, na escala MRC). Exames revelaram potássio sérico de 1,7 mEq/L, intervalo QT corrigido de 589 milissegundos e não haviam outras anormalidades eletrolíticas ou distúrbio ácido-básico. Realizado diagnóstico presuntivo de Paralisia Periódica Hipocalêmica, iniciando reposição parenteral de potássio de forma lenta. O paciente foi transferido à UTI, onde recuperou completamente sua força muscular, normalizando seus níveis de potássio em 12 horas. Exames adicionais revelaram TSH 0,008 µUI/mL, T4 livre 3,89 ng/dL, anti-TPO 50 U/mL e TRAB 2,89 UI/L, conduzindo o diagnóstico para PPHT. **DISCUSSÃO:** Pacientes com PPHT supostamente apresentam canalopatias assintomáticas em níveis normais de hormônios tireoidianos. Todavia, com o aumento de triiodotironinas (T3) e tiroxinas (T4), há uma elevação da resposta tecidual à atividade beta-adrenérgica, aumentando a ação de bombas Na+/K+-ATPase, levando ao influxo de potássio para o meio intracelular e, consequentemente, hipocalemia. Pacientes geralmente apresentam ataques generalizados ou focais de fraqueza muscular, frequentemente precipitados por exercícios de grande esforço, dieta rica em carboidratos ou jejum. O diagnóstico diferencial em pacientes com PPTH é necessário, atentando-se para canalopatias genéticas, síndrome de Andersen e paralisias hipercalêmicas. O objetivo do tratamento com suplementação de cloreto de potássio é normalizar a concentração plasmática, sem reparar déficit, para não causar uma hipercalemia de rebote. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** PPTH é uma emergência potencialmente reversível e os profissionais devem estar atentos aos diagnósticos diferenciais de fraqueza muscular intermitente. Deve-se realizar uma reposição de cloreto de potássio cautelosa, além de tratar o hipertireoidismo subjacente.

Palavras-chave: Paralisia Periódica Hipopotassêmica. Tireotoxicose. Hipertireoidismo. Emergências. Hipopotassemia.

REFERÊNCIAS:

1. Fontaine B. Periodic paralysis. Adv Genet. 2008;63:3-23.
2. Jackson I, Addasi Y, Ahmed M, Ramadan B, Kalian K, Addasi N, *et al.* Hypokalemic Periodic Paralysis Precipitated by Thyrotoxicosis and Renal Tubular Acidosis. Case Rep Endocrinol. 2021 Jun 21;2021:4529009.
3. Lin SH, Lin YF, Chen DT, Chu P, Hsu CW, Halperin ML. Laboratory tests to determine the cause of hypokalemia and paralysis. Arch Intern Med. 2004 Jul 26;164(14):1561-6.
4. Lin SH. Thyrotoxic periodic paralysis. Mayo Clin Proc. 2005 Jan;80(1):99-105.
5. Pompeo A, Nepa A, Maddestra M, Feliziani V, Genovesi N. Thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis: An overlooked pathology in western countries. Eur J Intern Med. 2007 Sep;18(5):380-90.
6. Statland JM, Fontaine B, Hanna MG, Johnson NE, Kissel JT, Sansone VA, Shieh PB, Tawil RN, Trivedi J, Cannon SC, Griggs RC. Review of the Diagnosis and Treatment of Periodic Paralysis. Muscle Nerve. 2018 Apr;57(4):522-530.

Resumo

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM UM QUADRO DE ABDOME AGUDO NA EMERGÊNCIA: UM RELATO DE CASO

Isabella Franklin Pedroso Moreira[1], Fernanda Franklin Pedroso Moreira[1], Gabriel Lucas Ferreira[1], Gustavo Maurício Almeida Andrade[1], Mariana Franklin Pedroso Guimarães[2]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2Centro Universitário Redentor, Itaperuna, Rio de Janeiro - Brasil

Autor correspondente
Isabella Franklin Pedroso Moreira - bellafranklin17@gmail.com

INTRODUÇÃO: Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma infecção aguda do parênquima pulmonar adquirida fora do ambiente hospitalar. Seus principais sintomas são: febre, tosse com expectoração purulenta e dispneia. Em crianças, a apresentação clínica pode sofrer maior variação dependendo do hospedeiro, do agente e da severidade. Ocasionalmente, os sintomas respiratórios podem estar ausentes e a criança manifestar-se com anorexia, dor abdominal, febre e leucocitose. O diagnóstico é feito através da história clínica e confirmado pela radiografia de tórax. O tratamento geralmente é realizado com antibioticoterapia empírica. **OBJETIVOS:** Relatar caso de PAC complicada com derrame pleural parapneumônico (DPP) em paciente cuja suspeita inicial era de apendicite aguda, para ressaltar suas apresentações clínicas não usuais e sua importância nos diagnósticos diferenciais. **RELATO DE CASO:** Paciente, 8 anos, apresenta-se ao pronto socorro com relato da mãe de febre (não aferida) iniciada há quatro dias, prostração, dor abdominal, náuseas e vômitos iniciados há um dia. Realizado hemograma que evidenciou leucocitose com desvio à esquerda. Conforme o escore de Alvarado, apendicite aguda foi considerada como hipótese diagnóstica e, devido à indisponibilidade de aparelho de ultrassonografia na unidade, foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) de abdome. A TC não constatou alterações no apêndice, mas evidenciou consolidações na região pulmonar direita compreendidas no exame, confirmadas com uma radiografia de tórax. Dessa forma, foi levantada a hipótese de PAC e iniciado o tratamento empírico com Amoxicilina + clavulanato. Após um dia, o paciente evoluiu com derrame pleural à direita, atelectasia total do lobo inferior direito, apresentando-se com taquipneia (frequência respiratória: 36 irpm) e esforço respiratório. A antibioticoterapia foi alterada para Ceftriaxona 100mg/ kg/ dia e Oxacilina 200mg/ kg/ dia e o paciente foi internado em unidade de terapia intensiva (UTI). Foi realizado drenagem de tórax e o paciente evoluiu bem. **DISCUSSÃO:** No caso relatado, o paciente apresentava sintomas não usuais de PAC, além de apresentar falha à antibioticoterapia inicial e ter complicado com DPP, o que provavelmente se deve ao agente do quadro e a características intrínsecas do hospedeiro. **CONCLUSÃO**: A apresentação clínica da PAC é variada, principalmente em crianças e, devido à sua alta prevalência e possíveis complicações, deve ser considerada como diagnóstico diferencial frente sintomas não usuais.

Palavras-chave: Pneumonia. Infecções Comunitárias Adquiridas. Apendicite. Diagnóstico.

REFERÊNCIAS:

1. Baraff LJ. Empiric chest radiographs in febrile children with leukocytosis. Ann Emerg Med. 1999 Apr;33(4):480.
2. Borges PSGN, Lima MC, Falbo Neto GH. Validação do escore de Alvarado no diagnóstico de apendicite aguda em crianças e adolescentes no Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP. Rev Bras Saude Mater Infant. 2013;3(4):439-445.
3. File TM. Community-acquired pneumonia. Lancet. 2003 Dec 13;362(9400):1991-2001.

Resumo

PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO APÓS REALIZAÇÃO DE BRONCOSCOPIA RÍGIDA COM BIÓPSIA: UM RELATO DE CASO

Fernanda Franklin Pedroso Moreira[1], Isabella Franklin Pedroso Moreira[1], Laura Magalhães Reiff[1], Mariana Franklin Pedroso Guimarães[2], Fernando César de Souza Moreira[3]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2UniREDENTOR, Itaperuna, Rio de Janeiro - Brasil
3Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Fernanda Franklin Pedroso Moreira - fernandafranklinpm@gmail.com

INTRODUÇÃO: Pneumotórax é a presença de ar entre a pleura visceral e a pleura parietal devido a uma solução de continuidade em alguma destas. O pneumotórax hipertensivo ocorre quando o ar entra na cavidade pleural durante a inspiração, mas não sai pelo mesmo trajeto, exercendo pressão suficiente para comprimir a veia cava inferior e interferir no retorno venoso. Manifesta-se com hipotensão, turgência da veia jugular patológica (TVJP), taquicardia e dispneia severa. No exame físico, pode-se observar diminuição do murmúrio vesicular à ausculta respiratória e tórax timpânico à percussão. Se houver suspeita de pneumotórax hipertensivo, a descompressão torácica imediata é necessária e não deve ser adiada para realização de radiografia torácica. O pneumotórax iatrogênico resulta de uma lesão na pleura após intervenção médica terapêutica, tendo a ventilação mecânica com pressão positiva e inserção de cateter venoso central como principais causas. **OBJETIVOS:** Relatar caso de pneumotórax hipertensivo em paciente após realização de broncoscopia com biópsia, visando evidenciar os fatores de risco e tratamento do pneumotórax hipertensivo. **RELATO DE CASO:** Paciente, 83 anos, com relato de tosse produtiva desde março de 2023, realizou broncoscopia flexível na época, que evidenciou extensa lesão traqueal, sendo submetido a broncoscopia rígida com coleta de biópsia em 06/09/2023. Após o procedimento, apresentou-se com piora do padrão respiratório, sendo submetido a traqueostomia. Enquanto aguardava internação em unidade de terapia intensiva, ainda com ventilação espontânea, evoluiu com sangramento na incisão da traqueostomia, piora do padrão respiratório, cianose central, choque (pressão arterial média: 20mmHg), sendo diagnosticado com pneumotórax hipertensivo e realizado toracocentese descompressiva. **DISCUSSÃO:** O caso relatado trata-se de um pneumotórax hipertensivo de origem iatrogênica devido a complicação de broncoscopia rígida com biópsia. Nesses casos, o tratamento com toracocentese descompressiva precisa ser imediato e, posteriormente, deve-se realizar a inserção de um dreno torácico, cujo posicionamento deve ser confirmado com radiografia de tórax. **CONCLUSÃO**: O pneumotórax hipertensivo está associado a altas morbidade e mortalidade, sendo considerado uma emergência médica. É fundamental estar atento aos sinais, sintomas e fatores de risco (como trauma recente ou procedimentos médicos que possam lesar a pleura), monitorando pacientes que os apresentem para identificação dos casos e tratamento precoces.

Palavras-chave: Pneumotórax. Hipertensivo. Biópsia.

REFERÊNCIAS:

1. El-Nawawy AA, Al-Halawany AS, Antonios MA, Newegy RG. Prevalence and risk factors of pneumothorax among patients admitted to a Pediatric Intensive Care Unit. Indian J Crit Care Med. 2016 Aug;20(8):453-8.
2. Ishak M, Chakraborty D, Kassirian S, Dhaliwal I, Mitchell MA. Risk of iatrogenic pneumothorax based on location of transbronchial biopsy: a retrospective cohort study. BMC Res Notes. 2023 Feb 13;16(1):14.
3. Noppen M, De Keukeleire T. Pneumothorax. Respiration. 2008;76(2):121-7.

Resumo

PRIMEIROS CUIDADOS EM UM PRÉ-ESCOLAR VÍTIMA DE AFOGAMENTO POR SUBMERSÃO GRAVE – UM RELATO DE CASO

Júlia Benevenuto Moreira[1], Mariana Barino Melo[1], Gabriela Neves de Souza[1], Rafaela Santos Nery[1], Sophia de Almeida Cioni[1], Isaac Eduardo Arana[1]

1Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente
Júlia Benevenuto Moreira - juliabenevenutom@gmail.com

INTRODUÇÃO: O afogamento é quando a via aérea está abaixo do nível de uma superfície líquida, sendo a principal causa evitável de morte em pacientes de 1 a 4 anos. Por ser uma causa prevenível de morbidade e mortalidade na faixa etária pediátrica, pode ser interrompido pelo resgate adequado em qualquer etapa do processo. **OBJETIVO**: Relatar um caso de afogamento em pediatria que teve um desfecho positivo devido à qualidade das manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) e do Suporte Avançado de Vida em Pediatria. **ESTUDO DE CASO**: JRF, masculino, 02 anos de idade, previamente hígido. A mãe refere que ficou de 25-35 minutos sem saber do paradeiro da criança, encontrando-o na piscina. A chegada do resgate levou 15 minutos. A criança estava em parada cardiorrespiratória (PCR) e a equipe médica especializada foi notificada. A equipe obedeceu a abordagem ABC: o paciente foi monitorado e realizaram um acesso intraósseo (IO). Um dos dois reanimadores garantiu a permeabilidade das vias aéreas e o outro realizou as ventilações de resgate com ar expirado, efetuando 2 insuflações, havendo eliminação de água e vômito. A circulação espontânea não retornou, assim iniciaram as compressões torácicas junto às insuflações na razão de 15:2. A reanimação durou 20 minutos, sendo necessário desfibrilação (2-10J/kg), 3 doses de adrenalina (0,1ml/kg) e via aérea avançada (IOT). Exame físico na admissão na UTI: criança pouco reativa, com algum drive pulmonar, discretas crepitações finas e bilaterais, corada, acianótica, boas frequências cardíaca e respiratória, hipotermia não aferida, pupilas médio fixas, PA=94x66mmHg e SatO2 de 96%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A equipe de resgate deve estar preparada para situações de afogamento visando a um melhor desfecho, além da prevenção de afogamento como: o pediatra ensinar técnicas ressuscitação cardiopulmonar para a família; aulas de natação para crianças sem atraso no desenvolvimento motor; supervisão dos adultos rigorosa; cuidados com banheiras, baldes e piscinas. Ao presenciar uma criança submersa, retirá-la imediatamente e acionar o resgate. A técnica de intervenção deve se iniciar por insuflações (a maioria das PCR em crianças apresentam um componente de asfixia). Ademais, não devem ser realizados esforços ativos para expelir água da via aérea da criança por atrasar o início da ventilação e aumentar significativamente o risco de vômito com consequente aspiração de conteúdo gástrico. As manobras de SBV não devem ser interrompidas até que chegue ajuda especializada ou até que a criança recupere a circulação espontânea.

Palavras-chave: Afogamento. Parada Cardíaca. Pediatria.

REFERÊNCIAS:

Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2003.170p.

Disk K. Pediatric Advanced Life Support (PALS). Las Vegas: Provider HandBook, 2020.

Soares IIP. Afogamento não fatal em idade pediátrica – um caso clínico. 2019. 44 f. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado Integrado em Medicina). Portugal: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2019.

Batista LL, Takita SY, Oliveira CMS, Martin JG, Fioretto JR, Bonatto, RC *et al.* Acidentes por submersão em pediatria: revisão de literatura. Residência Pediátrica, São Paulo. 2022;3(1):1-9.

Szpilman D. Afogamento na infância: epidemiologia, tratamento e prevenção. Rev Paul Pediatr. 2005 Set;23(3):142-153.

Resumo

FARMACODERMIA POR LAMOTRIGINA E O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM A SÍNDROME DE DRESS: RELATO DE CASO

Isabela Thomé Heleno[1], Dalila Vieira Carneiro Fernandes[1], Júlia Santos Pedrosa[1], Victoria Brandel Cruz[1], Yasmin Lima Nogueira[1], Pedro Ivo Machado Campos de Araújo Costa[2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil [2]Faculdade de Medicina da Universidade Vila Velha, Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente
Isabela Thomé Heleno - isabelathome.heleno@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Reações adversas a medicamentos são respostas nocivas não intencionais a fármacos em doses habituais. A síndrome DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) é uma reação de hipersensibilidade induzida por medicação, rara, potencialmente grave, caracterizada por extensas erupções cutâneomucosas, anormalidades hematológicas, linfadenopatia e lesões de órgãos viscerais, com início entre 2 semanas a 2 meses após exposição. Os anticonvulsivantes são os principais fármacos envolvidos e a lamotrigina está entre as drogas de alto risco. **OBJETIVOS:** Apresentar um caso de farmacodermia secundária ao uso de Lamotrigina e discutir o potencial diagnóstico diferencial com DRESS. **RELATO DE CASO:** Sexo feminino, 23 anos, diagnóstico recente de epilepsia generalizada idiopática, evoluiu com reações cutâneas após 2 semanas de uso de Lamotrigina 25 mg/dia, apresentando exantema maculopapular generalizado pruriginoso, edema facial e linfonodomegalia cervical e axilar. Avaliação na emergência com hemograma evidenciando leucometria normal com discreto aumento relativo de eosinófilos (5610 leucócitos e 6,7% de eosinófilos), sendo prescrito anti-histamínicos. Em seguimento ambulatorial, apresentou sorologias negativas para Epstein Barr vírus, Toxoplasma gondii, Citomegalovírus e Rubéola. Considerou-se a hipótese de farmacodermia e interrompeu-se o uso da lamotrigina. Os sintomas progrediram e iniciou-se prednisona 1mg/kg/dia. Em um novo hemograma, persistia eosinofilia relativa (4590 leucócitos e 8,9% de eosinófilos) e demonstrou-se elevação discreta de transaminases (TGO 50 U/L e TGP 72 U/L). O escore RegiSCAR é o mais utilizado para diagnóstico de DRESS e considera: febre, linfadenopatia em mais de 2 sítios, eosinofilia (> 0,7x109 ou >10% se leucopenia), linfócitos atípicos, erupção cutânea, biópsia, envolvimento de órgãos, duração da doença e exclusão de outras causas. Totalizaram-se 2 pontos e considerou-se a hipótese de DRESS possível. **DISCUSSÃO:** As reações adversas a fármacos são condições comuns, com apresentação e gravidade variável. Apesar da baixa pontuação no escore RegiSCAR, considerou-se o diagnóstico de DRESS possível, pela gravidade potencial desta condição, cuja mortalidade atinge 10%. Há escassez de evidências para guiar o manejo dos pacientes e a abordagem baseia-se na gravidade do envolvimento da pele e dos órgãos. **CONCLUSÃO:** A heterogeneidade da apresentação das farmacodermias torna o diagnóstico um desafio no serviço de emergência, visto que há quadros clínicos incompletos ou menos característicos. Porém, é importante considerar entre os diagnósticos diferenciais, devido à gravidade potencial de suas complicações, como síndrome de coagulação intravascular disseminada e insuficiência múltipla de órgãos, tornando imperiosa a identificação e interrupção precoce do fármaco, para limitar a progressão desta condição.

Palavras-chave: Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos. Síndrome de Hipersensibilidade a Medicamentos. Lamotrigina. Emergências.

REFERÊNCIAS:

Criado PR, Criado RF, Avancini JM, Santi CG. Drug reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) / Drug-induced Hypersensitivity Syndrome (DIHS): a review of current concepts. An Bras Dermatol. 2012 May-Jun;87(3):435-49.

Del Pozzo-Magaña BR, Liy-Wong C. Drugs and the skin: A concise review of cutaneous adverse drug reactions. Br J Clin Pharmacol. 2022 Aug 16.

Dykewicz MS, Lam JK. Drug Hypersensitivity Reactions. Med Clin North Am. 2020 Jan;104(1):109-128.

Husain Z, Reddy BY, Schwartz RA. DRESS syndrome: Part I. Clinical perspectives. J Am Acad Dermatol. 2013 May;68(5):693.e1-14; quiz 706-8.

Lee HY. Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms – DRESS. [base de dados na Internet] In: UpToDate, Post TW (Ed), Wolters Kluwer. [acesso em 22 set. 2023]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/drug-reaction-with-eosinophilia-and-systemic-symptoms-dress. Acesso em: 22 set. 2023.

Resumo

USO DO ULTRASSOM COM CONTRASTE POR MICROBOLHAS NA AVALIAÇÃO DE TRAUMA HEPÁTICO: RELATO DE CASO

Tales Alvarenga Lopes e Silva[1], Artur Homero Vieira[1], Daniella Coelho Vandanezi Sobreira[1], Maria Fernanda Moreira Martins da Costa[1], Lisa Suzuki[2], Luísa Leitão de Faria[2]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo – Brasil

Autor correspondente
Tales Alvarenga Lopes e Silva - tales.alvarenga@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A ultrassonografia (USG) é uma técnica baseada na decodificação de ondas sonoras em imagens. Por responder de maneira acurada importantes perguntas clínicas sem os custos, tempo e efeitos adversos de métodos avançados de imagem, a USG tem ganhado força, especialmente para os pacientes pediátricos, nos quais prefere-se evitar o uso de radiação e sedativos. O ultrassom com contraste por microbolhas (CEUS) utiliza bolhas de gás encapsuladas em material biocompatível como contraste. Essas microbolhas refletem as ondas de forma distinta do tecido circundante, possibilitando a criação de imagens mais detalhadas. Seu uso permite avaliar a vasculatura em diferentes órgãos parenquimatosos, identificar e caracterizar lesões, além de quantificar a perfusão tecidual. **OBJETIVOS:** O objetivo desse trabalho é abordar a utilização do CEUS na avaliação de traumas abdominais, principalmente na população pediátrica e em situações de emergência. **RELATO DE CASO:** Masculino, 4 anos, admitido na emergência após queda de 3 andares. No exame inicial, foi identificado hematoma subgaleal frontal, sem sangramento visível. Protocolo E-FAST (Extended Focused Assessment with Sonography in Trauma) positivo, sendo indicada tomografia computadorizada (TC) complementar. A TC demonstrou laceração hepática de 5 cm de profundidade no lobo direito e hematoma adrenal. Paciente encaminhado à unidade de terapia intensiva, onde foram realizados CEUS seriados para controle, evitando o uso de radiação na avaliação. Paciente evoluiu sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** O uso do ultrassom na avaliação inicial de pacientes com trauma hepático se deve à facilidade de manuseio e transporte, à capacidade de realização de varreduras em tempo real e a dispensa de agentes contrastantes iodados. O fígado é o órgão no qual o CEUS demonstra suas aplicações clínicas mais extensas, superando a USG convencional na detecção e na caracterização de lesões. A elevada acurácia na avaliação das estruturas vasculares permite identificar sangramento ativo, pseudoaneurismas e dissecções traumáticas, além de avaliar a extensão da lesão nos órgãos sólidos, fator crucial para determinar a abordagem. Na pediatria, o ultrassom é o principal método para avaliar crianças com trauma hemodinamicamente estável. Contudo, a USG convencional não permite avaliar adequadamente lesões parenquimatosas na ausência de hemoperitônio. O CEUS representa um avanço significativo, pois, além de dispensar o uso de radiação ionizante e sedação, permite o acompanhamento de pacientes com lesões traumáticas e se equipara à TC na avaliação de traumas abdominais sem hemoperitônio. **CONCLUSÃO:** O CEUS na avaliação de traumas abdominais, especialmente em pacientes pediátricos e na emergência, demonstra ser uma ferramenta valiosa e confiável.

Palavras-chave: Meios de Contraste. Medicina de Emergência Pediátrica. Microbolhas. Avaliação Sonográfica Focada no Trauma.

REFERÊNCIAS:

1. Catalano O, Lobianco R, Raso MM, Siani A. Blunt hepatic trauma: evaluation with contrast-enhanced sonography: sonographic findings and clinical application. J Ultrasound Med. 2005 Mar;24(3):299-310.
2. Chong WK, Papadopoulou V, Dayton PA. Imaging with ultrasound contrast agents: current status and future. Abdom Radiol (NY). 2018 Apr;43(4):762-772.
3. Quaia E. Microbubble ultrasound contrast agents: an update. Eur Radiol. 2007 Aug;17(8):1995-2008.
4. Sridharan A, Eisenbrey JR, Forsberg F, Lorenz N, Steffgen L, Ntoulia A. Ultrasound contrast agents: microbubbles made simple for the pediatric radiologist. Pediatr Radiol. 2021 Nov;51(12):2117-2127.
5. Francque SM, Schwagten VM, Ysebaert DK, Van Marck EA, Beaucourt LA. Bilateral adrenal haemorrhage and acute adrenal insufficiency in a blunt abdominal trauma: a case-report and literature review. Eur J Emerg Med. 2004 Jun;11(3):164-7.
6. Trinci M, Piccolo CL, Ferrari R, Galluzzo M, Ianniello S, Miele V. Contrast-enhanced ultrasound (CEUS) in pediatric blunt abdominal trauma. J Ultrasound. 2019 Mar;22(1):27-40.

Resumo

CIRURGIA DE CONTENÇÃO DE DANOS EM DOIS TEMPOS EM TRAUMA CONTUSO DE ABDOME

Júlia Villaça Valle[1], Maria Eduarda Corradi Ferreira[1], João Lucas da Silva Schreider[1], Antônio Machado[2], Rodrigo Ferreira Toledo[2]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais -Brasil
2Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais -Brasil

Autor correspondente:
Júlia Villaça Valle - juliavillacavalle@gmail.com

INTRODUÇÃO: Nos traumas abdominais contusos, o fígado é a segunda víscera mais acometida, e seu tratamento cirúrgico pode configurar um desafio. Na abordagem de tais casos, visando aumentar a sobrevida, lança-se mão da estratégia de controle de danos, com controle de hemorragia e reparo dos aspectos fisiológicos do paciente em um primeiro momento e cirurgia reparadora após. OBJETIVOS: descrever abordagem de trauma por acidente motociclístico com aplicação de controle de danos em dois tempos. DESCRIÇÃO DO CASO: paciente do sexo masculino foi trazido pelo SAMU com registro de acidente envolvendo motocicleta, vítima de trauma abdominal contuso. Na avaliação, dor abdominal à direita e abdome tenso e doloroso à palpação, sem fraturas ósseas evidentes ou instabilidade pélvica; instável hemodinamicamente (hipotenso, hipocorado e taquicárdico), o que, junto com o trauma contuso, indicou necessidade de laparotomia exploratória. A cirurgia revelou lesão hepática grau 3 em segmentos V, VI e VII com sangramento ativo e hematoma retroperitoneal em expansão em zona 2 à direita; à exploração, revelou-se lesão renal grau V com acometimento de hilo renal, indicando necessidade de nefrectomia. Durante revisão da hemostasia, com retirada das compressas utilizadas no tamponamento inicial, constatou-se hemorragia persistente oriunda de laceração em segmentos VI e VII e, optou-se por realização de cirurgia de controle de danos, mantendo tamponamento hepático com compressas e fechamento da cavidade em plano único. Após 48 horas, o paciente foi reoperado, quando constatou-se que o tamponamento hepático foi insuficiente para conter o sangramento. Realizou-se novo tamponamento, mais rigoroso e com mais compressas e nova síntese da pele da cavidade, com programação de nova abordagem após 72 horas, cuja revisão da hemostasia constatou a efetividade do tamponamento em estancar sangramento. As compressas foram retiradas e o paciente evoluiu com estabilização hemodinâmica e melhoria dos níveis hematimétricos. DISCUSSÃO: as indicações do controle de danos incluem lesões vasculares maiores e múltiplas lesões de vísceras ocas, enquanto a abordagem em dois tempos justifica-se na literatura visando sanar lesões não detectadas que possibilitem hemorragia contínua ou contaminação. A reparação definitiva é considerada semi eletiva e deve ocorrer após 24 a 48 horas, com retorno do paciente para o centro cirúrgico assim que estiver estável. CONCLUSÃO: o uso do controle de danos é benéfico na abordagem de trauma pelo potencial aumento da sobrevida que a estratégia proporciona.

Palavras-chave: Redução do Dano. Feridas e Lesões. Fígado. Traumatismos Abdominais.

REFERÊNCIAS:

1. Demetriades D, Inba K, Velmahos GC. Atlas of surgical techiniques in trauma. New York: Cambridge Universitário Press, 2020.
2. Edelmuth RC, Buscariolli YS, Ribeiro Junior MAF. Cirurgia para controle de danos: estado atual. Rev Col Bras Cir. 2013 Mar-Apr;40(2):142-51.
3. Feliciano D, Mattox K, Moore E. Trauma. 9th ed. Nova Iorque: McGraw Hill / Medical; 2020.
4. Johnson JW, Gracias VH, Schwab CW, Reilly PM, Kauder DR, Shapiro MB, *et al.* Evolution in damage control for exsanguinating penetrating abdominal injury. J Trauma. 2001 Aug;51(2):261-9; discussion 269-71.
5. Ribas-Filho JM, Malafaia O, Fouani MM, Justen MS, Pedri LE, Silva LMA, *et al.* Trauma abdominal: estudo das lesões mais frequentes do sistema digestório e suas causas. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2008;21(4):170-4.

Resumo

TREINAMENTO EM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA HOSPITALAR EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Willimara Reis de Paiva Severino[1], Vanessa Alves da Silva Rodrigues[2]

1Faculdade de Enfermagem da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Ponte Nova, Minas Gerais – Brasil
2Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Ponte Nova, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Willimara Reis de Paiva Severino - willimarareis01@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) estabelece, dentre seus diversos eixos e modalidades, a educação continuada como mecanismo a ser adotado nas instituições de saúde, nos vários níveis de atenção, visando promover a transformação das práxis assistenciais por meio da capacitação contínua dos colaboradores. Dessa forma, ofertar capacitações teórico-práticas sobre atendimento de urgência/emergência no âmbito hospitalar em parada cardiorrespiratória (PCR) é de vital importância na qualificação do serviço hospitalar diante de emergências, evitando iatrogênicas durante o processo de reanimação cardiopulmonar (RCP) e assegurando um atendimento eficiente e de qualidade**. OBJETIVOS:** Relatar a importância de treinar/aprimorar o conhecimento teórico-prático da equipe hospitalar no manejo de PCR. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um relato de experiência da capacitação desenvolvida pelo Projeto de Extensão Primeiros Socorros da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP) em parceria com unidade hospitalar de um município da Zona da Mata Mineira. A educação continuada foi idealizada pelos membros do Projeto, estudantes de fisioterapia, medicina, enfermagem e professora coordenadora e ofertado a equipe do hospital. Participaram da ação enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de enfermagem e técnico em radiologia. O local da ação foi o laboratório de simulação realística da FADIP, tendo duração de quatro horas. O treinamento estabeleceu como ponto norteador a cadeia de sobrevivência adulto, envolvendo a importância do trabalho em equipe, reconhecimento da RCP, compressão cardíaca, oferta de oxigênio, reconhecimento de ritmos cardíacos, medicação e cuidados pós RCP. A capacitação foi dividida em dois momentos, sendo no primeiro voltado para teoria, seguindo orientações científicas dos *guidelines* da *American Heart Association* sobre o tema e, posteriormente, já no segundo momento, ocorreu a prática realísticas. **DISCUSSÃO:** Foi notório a aquisição de conhecimento dos participantes, sendo assim, de extrema importância a realização de treinamentos continuado com a equipe, instigando o conhecimento do manejo correto da RCP que otimizam o atendimento clínico, visando, em última instância, uma performance eficiente com alta resolutividade. **CONCLUSÃO:** O manejo correto da RCP é imprescindível para o aumento da sobrevida no ambiente intra-hospitalar, portanto, a capacitação dos profissionais de saúde para uma assistência rápida e eficaz, tendo como pilares as práticas baseadas em evidências científicas descritas na literatura. Tal ação se faz necessária pois colabora para uma equipe eficiente, que presta uma assistência clinica com conhecimento e qualidade.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Tutoria. Reanimação Cardiopulmonar.

REFERÊNCIAS:

1. American Heart Association. Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020. Texas: American Heart Association, 2020, 32 p.
2. Strickberger SA, Benson DW, Biaggioni I, Callans DJ, Cohen MI, Ellenbogen KA, *et al*. AHA/ACCF Scientific Statement on the evaluation of syncope: from the American Heart Association Councils on Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, Cardiovascular Disease in the Young, and Stroke, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and the American College of Cardiology Foundation: in collaboration with the Heart Rhythm Society: endorsed by the American Autonomic Society. Circulation. 2006 Jan 17;113(2):316-27
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

Resumo

CONSTRUÇÃO DE UM PODCAST SOBRE ENFERMAGEM NO MANEJO DA CETOACIDOSE DIABÉTICA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Julie Guida Antônio[1], Laura Pinto Murer de Resende[1], Pedro Augusto Franklin Correa[1], Rosiane Carine de Oliveira[1], Thais Eduarda Severo Neves1, André Luiz Silva Alvim[1]

1Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Julie Guida Antônio - julieguida98@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Cetoacidose Diabética (CAD) apresenta-se como um distúrbio metabólico grave, considerada a complicação do diabetes mellitus tipo 1 com maior causa de mortalidade. Constitui-se como temática relevante em pesquisas na área de urgência e emergência, devido à ocorrência frequente de casos dessa patologia nesses serviços. Assim, destaca-se a educação em saúde dos profissionais de enfermagem como uma estratégia eficaz para o manejo adequado dessa complicação em serviços de pronto atendimento. **OBJETIVO:** Relatar a experiência sobre a construção de um Podcast sobre o manejo da cetoacidose diabética e o processo de cuidar em enfermagem diante desta complicação na urgência e emergência. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura para aprofundamento da temática, guiada pela seguinte questão norteadora: Como é realizado o manejo da cetoacidose diabética na urgência e emergência e quais são os cuidados de enfermagem diante desta complicação? O roteiro do Podcast foi constituído por seis tópicos de abordagem: (1) apresentação sobre a patologia; (2) o que é a CAD?; (3) avaliação inicial do paciente; (4) tratamento e intervenções de enfermagem; (5) educação ao paciente pela equipe de enfermagem; (6) conclusão. Após apresentação da ferramenta a cinco experts, destaca-se o Podcast como opção a ser utilizada para capacitação da enfermagem, visto que 100% (n=5) definiram o conteúdo como objetivo, importante para conhecimento da profissão e de fácil utilização para treinamento. Além disso, 80% (n=4) afirmam que a ferramenta abordou de forma adequada a atuação do enfermeiro e os cuidados de enfermagem. Todas as sugestões apontadas pelos especialistas foram acatadas pelos pesquisadores e ajustadas no roteiro, visando futuros treinamentos. **DISCUSSÃO:** Por ser considerada uma emergência glicêmica, faz-se necessária a compreensão da CAD pelo enfermeiro e sua equipe. Nesse estudo, foi possível elaborar um método de educação em saúde, verificado e aprovado por profissionais experientes, que poderá auxiliar a prática clínica, para prestar cuidado de qualidade baseado em conhecimentos técnico-científicos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto, o podcast poderá contribuir para a construção do pensamento crítico sobre a atuação da equipe de enfermagem nos casos de cetoacidose diabética em serviços de urgência e emergência.

Palavras-chave: Cetoacidose diabética. Serviços Médicos de Emergência. Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Coelho AB, Romanielo AR, Barbosa VA, Brito AGBP, Dantas BMF, Quintanilha HG, *et al.* Emergências hiperglicêmicas e seus impactos na sala de emergência: uma revisão de literatura. Braz J Health Rev. 2021;4(4):15103-15114.
2. Lotici G, Carrer C, Aparecida Campos T, Maraschin MS, Weizemann LP, Hoffmann Cheffer M. Cetoacidose diabética: percepção do residente de enfermagem na abordagem multidisciplinar na sala de emergência. Braz. J. Implantol. Health Sci. 2023;5(3):845-56.
3. Rodrigues KS, Sousa AC, Cardoso AN, Gomes MLF, Amaral VF, Pinto FJM, *et al.* Recognizing the main signs and symptoms of diabetic ketoacidosis: an integrative review. RSD. 2021Sep.13;10(12):e75101220149.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. São Paulo: Clannad; 2019.
5. Silva JFT, Farias AFC, Morais LSF, Oliveira IMM, Arruda MDIS, Feijó CK, *et al.* Prática clínica de enfermagem no manejo ao paciente crítico com cetoacidose diabética. Nursing (Edição Brasileira). 2022;25(291):8330-41.

Resumo

AMPLIANDO OS CONHECIMENTOS ACERCA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA ENTRE ALUNOS DE UMA FACULDADE FEDERAL - PROJETO DE EXTENSÃO

Sabrina de Sá e Silva[1], Matheus Miller de Oliveira[1], Mardoche Kikana Mubidila[1], Mirian Diená Pastorini Jurgilas[1]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei - Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Sabrina de Sá e Silva - sabrinadesaesilva@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma emergência cardiovascular com alto índice de morbimortalidade, e, na maioria das vezes, ocorre na presença de pessoas que desconhecem o Suporte Básico de Vida (SBV), conjunto de ações importantes para abordagem e aumento de sobrevida em uma PCR. Dessa forma, a American Heart Association (AHA), enfatiza a necessidade do treinamento dos leigos em relação à Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). **OBJETIVOS:** Expor experiências do Projeto de Extensão "Na batida certa: Ampliando os conhecimentos acerca do suporte básico de vida na Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ)", que promoveu a capacitação de universitários sobre SBV para leigos, incluindo manobras de RCP e o uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA). **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** O público alvo foram 57 estudantes da UFSJ, campus Dom Bosco, que não possuíam conhecimento acerca do SBV. Inicialmente, os extensionistas passaram por uma preparação baseada nas Diretrizes da American Heart Association (2020) a respeito do SBV para leigos. Foram realizadas três capacitações com 19 acadêmicos em cada uma. No dia das intervenções, eles foram divididos em dois grupos, aleatoriamente, e metade de um grupo esteve em uma aula presencial e a outra em uma aula virtual com conteúdos e abordagens idênticas relacionadas ao SBV, produzidas pelos extensionistas. Além disso, foram expostos individualmente a uma situação problema de PCR, antes e após a intervenção, para avaliação dos conhecimentos prévios e adquiridos após o treinamento. Essa avaliação foi intermediada por um checklist com passos da RCP e da manipulação do DEA. **DISCUSSÃO:** A abordagem apresentou bons resultados, dado que foi nítida a evolução e a satisfação dos participantes quanto ao aprendizado adquirido. Comparando os checklists antes e depois da capacitação, a maioria dos participantes não possuía conhecimento prévio sobre PCR, mas ao final, todos conseguiram reconhecer a PCR e manejá - la. Em relação à divisão entre presencial e virtual, os dois grupos apresentaram resultados semelhantes nas avaliações, não houve prejuízo significativo na transmissão e consolidação do conhecimento. Os extensionistas identificaram maior segurança e conhecimento teórico e prático por parte dos acadêmicos para agir em situações de PCR após as intervenções. **CONCLUSÃO:** O projeto possibilitou a troca de experiências entre os alunos, o que é de suma importância na construção e na propagação do conhecimento científico. As ações realizadas promoveram o desenvolvimento da autonomia e da segurança dos estudantes, gerando impactos para além do âmbito acadêmico.

Palavras-chave: Parada Cardiorrespiratória. Ressuscitação Cardiopulmonar. Suporte Básico de Vida. Educação Médica.

REFERÊNCIAS:

1. Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AWDS, Piscopo A, *et al*. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. Arq Bras Cardiol. 2019 Oct 10;113(3):449-663.
2. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Schimidt A, *et al*. Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013 Aug;101(2 Suppl 3):1-221.
3. American Heart Association. Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020. Texas: American Heart Association; 2020, 32 p.

Resumo

PROTOCOLO START EM INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS: IMPORTÂNCIA E EFETIVIDADE DO MÉTODO

Isabella Giordano Mesquita[1], Júlia Gabriela Marques Pereira[1], Mardoché Kikana Mubidila1, Sabrina de Sá e Silva[1], Yohann Pimentel Duarte[1], Allysson Dângelo Carvalho[2]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, Minas Gerais - Brasil
2Universidade Federal de São João del-Rei; Instituto Pesquisas Energéticas e Nucleares da USP, São Paulo - Brasil

Autor correspondente
Isabella Giordano Mesquita - isabellagiordanom@gmail.com

INTRODUÇÃO: Atualmente, o número de incidentes que envolvem múltiplas vítimas excede os recursos disponíveis na rede de saúde, demandando das equipes de atendimento hospitalar a preparação para lidar com situações diversas como catástrofes e acidentes, sendo essenciais a agilidade e conhecimento teórico-prático de fundamentos de triagem. Desse modo, o protocolo START (Simple Triage and Rapid Treatment) surgiu como uma ferramenta crucial para triagem e priorização de vítimas em situações de desastre em massa, objetivando alocar recursos de forma adequada, melhorar o prognóstico dessas vítimas e reduzir a mortalidade. **OBJETIVOS:** Investigar a relevância e a eficiência do protocolo START no manejo de incidentes com múltiplas vítimas. **METODOLOGIA:** Trata - se de uma revisão bibliográfica em que traçamos o objetivo do trabalho e buscamos artigos nas bases de dados PubMed e BVS, utilizando os descritores: "Emergência", "Triagem", "Incidentes com feridos em massa" e "Start", cruzados pelo operador booleano "AND" e filtrados para produções de até 5 anos com textos completos. Foram encontrados 40 artigos, após descartar duplicatas e artigos que não se encaixam na temática pela leitura dos resumos, restaram 8 artigos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os estudos demonstram que o protocolo START é um método de triagem rápido, levando de 30 a 60 segundos e eficiente em identificar pacientes que precisam de atendimento médico imediato, assim como sua variação pediátrica (JumpSTART), apresentando grande índice de acerto de previsão de gravidade dos pacientes, além de que, por sua simplicidade, poderia ser utilizado de forma adaptada pela população geral em incidentes com feridos em massa, nos quais há importante atuação de socorristas leigos. Apesar da importância dos protocolos de triagem, os profissionais que atuam no pronto atendimento possuem um conhecimento deficitário sobre o START, que pode estar associado a uma lacuna em suas formações. **CONCLUSÃO:** Portanto, ressalta - se a importância do uso do protocolo START no gerenciamento do cuidado em quadros de emergência, assim como o treinamento das equipes de saúde e mesmo da população geral no que tange à execução e o uso do método, proporcionando uma triagem eficiente. Ademais, frente à escassez de artigos sobre o assunto, incentivamos produções futuras, para que seja possível o aprofundamento do conhecimento na temática.

Palavras-chave: Emergência. Triagem. Incidentes com Feridos em Massa. Start.

REFERÊNCIAS:

1. Aslan R, Şahinöz S, Şahinöz T. Determination of START triage skill and knowledge levels of Prehospital Emergency Medical Staff: A cross sectional study. Int Emerg Nurs. 2021 May;56:101004
2. Covos JS, Covos JF, Brenga ACS. A Importância da Triagem em Acidentes com Múltiplas Vítimas. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. 2016;20(3):224–229.
3. Demirel ME, Ali İH, Boğan M. Emergency service experience following the terrorist attack in Mogadishu, 14 October 2017, a scene of lay rescuer triage. Am J Emerg Med. 2021 Feb;40:6-10.
4. Lima DS, Vasconcelos IF, Queiroz EF, Cunha TA, Santos VS, Arruda FAEL, *et al*. Multiple victims incident simulation: training professionals and university teaching. Rev Col Bras Cir. 2019 Aug 5;46(3):e20192163.
5. Lin YK, Niu KY, Seak CJ, Weng YM, Wang JH, Lai PF. Comparison between simple triage and rapid treatment and Taiwan Triage and Acuity Scale for the emergency department triage of victims following an earthquake-related mass casualty incident: a retrospective cohort study. World J Emerg Surg. 2020 Mar 11;15(1):20.
6. Lin YK, Chen KC, Wang JH, Lai PF. Simple triage and rapid treatment protocol for emergency department mass casualty incident victim triage. Am J Emerg Med. 2022 Mar;53:99-103.
7. Peng Y, Hu H. Assessment of earthquake casualties and comparison of accuracy of five injury triage methods: evidence from a retrospective study. BMJ Open. 2021 Oct 8;11(10):e051802.
8. Tan YT, Shin CKJ, Park B, Bharath A, Wing R, Monteilh C, *et al*. Pediatric Emergency Medicine Didactics and Simulation: JumpSTART Secondary Triage for Mass Casualty Incidents. Cureus. 2023 Jun 5;15(6):e40009.
9. Wisnesky UD, Kirkland SW, Rowe BH, Campbell S, Franc JM. A Qualitative Assessment of Studies Evaluating the Classification Accuracy of Personnel Using START in Disaster Triage: A Scoping Review. Front Public Health. 2022 Feb 24;10:676704.

Resumo

O ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA E POLITRAUMA – UM OLHAR ATRAVÉS DA URGÊNCIA SUBJETIVA

Isabele Bastos Urquidi[1], Lilian de Carvalho Marques[1], Hellen Taciane Paschoalotto Leite Silva[1], Fernanda Loureiro de Carvalho[1], Aline Cristina Antonechen[1]

1Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Unidade de Emergência, Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil.

Autor correspondente
Isabele Bastos Urquidi - isabeleburquidi@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A urgência subjetiva pós-trauma se caracteriza por uma avalanche de emoções avassaladoras que muitas vezes levam a atos desesperados devido à incapacidade momentânea de processar informações. Nesse contexto, o acolhimento psicossocial inicial desempenha um papel fundamental, proporcionando suporte emocional aos afetados, classificando riscos psicológicos e sociais e, crucialmente, contribuindo para a prevenção e redução de transtornos mentais crônicos e debilitantes associados a eventos traumáticos. **OBJETIVOS:** Descrever como as intervenções psicossociais foram realizadas no cuidado a vítimas de traumas e plitraumas em uma unidade de emergência de alta complexidade em São Paulo. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** De Fevereiro (2021.1) à Junho (2022.1), foram cenários de prática as respectivas salas de Trauma, Urgência, Politrauma e Estabilização Clínica (EC). Uma vez regulado o paciente por meio da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), e sendo este admitido administrativamente pelo setor de controle de leitos, os serviços de Psicologia Hospitalar e Serviço Social foram acionados para prestação de auxílio no primeiro atendimento familiar, auxiliando a equipe médica na comunicação de notícias difíceis e no acolhimento aos envolvidos no contexto de crise. Inicialmente era exercida e escuta ativa, sendo na sequência ofertados os primeiros cuidados psicológicos e sociais, e utilizada a psicoeducação para informar as devidas orientações acerca do funcionamento da unidade de saúde e dos benefícios sociais de direito dos pacientes e de seus familiares. **DISCUSSÃO:** Avaliado de forma qualitativa, acredita-se na essencialidade do cuidado psicossocial na assitência à pessoas em intenso sofrimento, advindo de situações traumáticas e geradoras de estresse agudo. Através da observação, foi identificada a promoção da retomada do senso de segurança das pessoas envolvidas, possibilitando a manutenção dos recursos de enfrentamento de cada indivíduo em sua subjetividade e singularidade, e facilitando assim a adaptação ao momento de estresse vivido. Circunstância encontrada no contexto de acidentes e incidentes onde de forma incontrolável, a crise emocional manifesta-se atravessada por sofrimento psíquico e desorganização de caráter funcional. Ajudando os sobreviventes a expressar e compreender suas respostas emocionais, como as suas reações de angústia e luto, auxiliando no resgate do equilibrio e funcionamento, e ao sensibilizar os profissionais da emergência para investigar, identificar e manejar demandas de ordem psicológica e social. **CONCLUSÃO:** A imprevisibilidade das situações de urgência e emergência não são compativeis com os planos dos sujeitos, sendo fundamental a oferta de espaços de escuta e acolhimento, garantindo os direitos dos usuários e possibilitando a elaboração da situação vivida.

Palavras-chave: Acolhimento. Emergências. Ferimentos e Lesões.

REFERÊNCIAS:

1. Anghele M, Marina V, Moscu CA, Dragomir L, Anghele AD, Lescai AM. Emotional Distress in a Patients Following Polytrauma. J Multidiscip Healthc. 2023 Apr 27;16:1161-1170.
2. Azevedo E. Da pressa à urgência do sujeito – Psicanálise e urgência subjetiva. Analytica (São João del-Rei). 2018;7(13):208-217.
3. Friedemann-Sánchez G, Sayer NA, Pickett T. Provider perspectives on rehabilitation of patients with polytrauma. Arch Phys Med Rehabil. 2008 Jan;89(1):171-8.

Resumo

A VIVÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bruno Henrique Ataíde da Trindade[1], Maria Clara Ferreira Meleep[1], Taynara Louzada Amaral[1], Thais Eduarda Severo Neves[1], Stephany Moura1, Anna Beatriz Bandeira James[2]

1Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
[2]SAMU CISDESTE, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Bruno Henrique Ataíde da Trindade - enf.brunotrindade@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) desempenha um papel crucial na prestação de cuidados imediatos e eficazes a usuários que enfrentam situações de emergência fora do cenário hospitalar, visando estabilizar as vítimas e transportá-las aos serviços de saúde adequados. Os Profissionais que constituem a equipe são médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores socorristas e bombeiros civis, alocados em Unidades de Suporte Básico (USB) ou Unidades de Suporte Avançado (USA). O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), estabelecido pelo Ministério da Saúde, oferece diretrizes nacionais para atendimento de urgência 24 horas, acessado através de ligação gratuita para 192, sendo atendida pela central de regulação médica que define os procedimentos a serem realizados em cada situação. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de discentes do curso de enfermagem vinculados a uma liga acadêmica, e identificar contribuições como estagiário no serviço de emergência para a formação profissional. **MÉTODOS:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a vivência de acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) vinculados a Liga Acadêmica do Trauma e Emergência (LATE) que atuaram como estagiários do SAMU. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Os alunos realizavam em média dois plantões mensais, com carga horária de 12 horas, sob supervisão e orientação dos profissionais escalados nos dias e ambulâncias específicas. O estágio era observacional, e contava com a rotina comum do serviço, desse modo, o discente participava passivamente de todas as ocorrências acionadas durante o plantão. Durante as práticas, os discentes tinham a oportunidade de aprender sobre diversas situações, como traumas e poli traumas, síncopes, parada cardiorrespiratória, crise convulsiva, distúrbios metabólicos, dentre outras, de modo que era possível observar a abordagem profissional e o manejo do paciente perante as intercorrências de saúde. Além disso, os estágios prepararam e capacitaram os alunos para sua futura atuação profissional, uma vez que, os profissionais estavam abertos a ensinar sobre como realizar um atendimento humanizado e de qualidade, visando a melhor assistência possível aos pacientes. Ademais, os alunos tiveram a oportunidade de passar por treinamentos, simulações e eventos em consonância com a instituição profissional, o que consolidou ainda mais os conhecimentos recebidos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A atuação fortaleceu a formação, e auxiliou no desenvolvimento do raciocínio clínico, humanização e empatia no atendimento. Além disso, conclui-se que as atividades extracurriculares enriquecem a formação acadêmica, proporcionando conhecimentos teóricos e práticos, reforçando assuntos passados e adicionando novos temas, possibilitando que sejamos mais preparados para a vida profissional.

Palavras-chave: Estudantes de Enfermagem. Serviços Médicos de Emergência. Assistência Pré-Hospitalar.

REFERÊNCIAS:

1. Cambeiro RO, Teixeira MB. A prática do enfermeiro em unidades móveis de urgência e emergência. Rev Mult Ceap. 2021;3(2):2021.
2. Malvestio MAA, Behringer LPPB, Martuchi SD, Fonseca MAS, Silva L, Souza EF, *et al*. Enfermagem em práticas avançadas no atendimento pré-hospitalar: oportunidade de ampliação do acesso no Brasil. Enferm. Foco 2019; 10 (6): 157-164.
3. Pires JO, Alberto TP, Negreiros AS, Oliveira AM, Borges KN, Souza DG. Dificuldades enfrentadas na assistência de enfermagem à parada cardiorrespiratória em APH móvel: uma revisão narrativa da literatura. Rev Recien. 2020;10(32):281-7.
4. Taveira RPC, Silva JL, Souza RD, Rego VTSM, Lima VF, Soares RS. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de emergência. Glob Acad Nurs. 2021;2(3):e156.

Resumo

CONDUTA EM UM PACIENTE PEDIÁTRICO VÍTIMA DE CHOQUE ANAFILÁTICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Rafaela Santos Nery[1], Gabriela Neves de Souza[1], Sophia de Almeida Cioni[1], Júlia Benevenuto Moreira[1], Mariana Barino Melo[1], Bárbara Souza Cunto Sobrinho[1]

1Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil.

Autor correspondente
Rafaela Santos Nery - rafaelasantosnery@gmail.com

INTRODUÇÃO: O choque anafilático é uma reação alérgica sistêmica grave de início agudo e potencialmente fatal. A alergia alimentar é a causa mais comum de anafilaxia, seguida de medicamentos. Ultimamente tem-se observado um aumento da incidência desta patologia, de número de hospitalizações e óbitos, principalmente nas faixas etária pediátrica. **OBJETIVOS**: Analisar a mais eficiente conduta em um paciente pediátrico com choque anafilático, a fim de promover um melhor prognóstico. **MÉTODOS**: Uma análise sistemática foi realizada nas bases de dados Medline, Scielo e Google Scholar em agosto de 2023 aplicando os descritores: "Anaphylactic Reaction", "Emergency", "Child" e "Therapeutic" e suas variações segundo o MeSH. A busca foi realizada nos campos 'Título' e 'Resumo' dos registros com os seguintes limites: humanos, crianças, idiomas inglês e português. Dos artigos encontrados, os selecionados foram aqueles que abordavam diretamente o objetivo da atual revisão. Foram analisados 15 estudos e posteriormente 9 foram excluídos por não terem sido realizados na faixa etária pediátrica (0-20 anos) ou por não abordarem diretamente o tema. No total, foram utilizados 6 artigos para o atual estudo. **DISCUSSÃO**: *Dondi A et al.* avaliou 116 crianças com diagnóstico de anafilaxia ou reação alérgica, e observou que o choque anafilático ainda é subdiagnosticado e subtratado, uma vez que o uso de esteróides e anti-histamínicos foram priorizados ao invés da epinefrina. *Sicherer SH & Simons ER.* mencionam que a epinefrina gera um aumento da inotropia, cronotropia e broncodilatação, além de diminuir a liberação de histamina, triptase e outros mediadores da inflamação pelos mastócitos. O estudo de *Poowuttikul P & Seth D* afirmam que a administração tardia da epinefrina nos casos de anafilaxia está associada com aumento da morbidade e da mortalidade. *Braga GM et al.* afirmam que inicialmente deve-se suspender a exposição do agente (ou possível) causador, manter a ventilação com oxigênio a 100%, administrar 25-50 mL/kg de solução cristalóide e iniciar adrenalina e terapia secundária. Segundo a pesquisa de *Arroabarren E et al.* a epinefrina IM deve ser o tratamento de primeira escolha para anafilaxia, recomenda-se autoinjetores de 0,30mg para crianças com mais de 25kg e de 0,15 mg para crianças saudáveis de até 25kg. **CONCLUSÃO**: A administração de epinefrina IM deve ser a conduta de primeira escolha no caso de anafilaxia pediátrica em emergência. Medicamentos como glicocorticoides e anti-histamínicos devem ser a terapia secundária de acordo com a necessidade do paciente. Ademais, é necessário elaboração e aplicação de protocolos voltados para diagnóstico e manejo da anafilaxia pediátrica além de orientar a família sobre sinais de alarme, profilaxia e tratamento.

Palavras-chave: Anafilaxia. Pediatria. Terapêutica.

REFERÊNCIAS:

1. Arroabarren E, Lasa EM, Olaciregui I, Sarasqueta C, Muñoz JA, Pérez-Yarza EG. Improving anaphylaxis management in a pediatric emergency department. Pediatr Allergy Immunol. 2011 Nov;22(7):708-14.
2. Potério GM, Braga AF, Santos RM, Gomes IF, Luchetta MI. Anaphylaxis during renal transplantation of live donor graft in a child with latex allergy: case report. Rev Bras Anestesiol. 2009 Mar-Apr;59(2):210-8
3. Dondi A, Calamelli E, Scarpini S, Candela E, Biserni GB, Ghizzi C. *et al.* Triage Grading and Correct Diagnosis Are Critical for the Emergency Treatment of Anaphylaxis. Children (Basel). 2022 Nov 23;9(12):1794.
4. Poowuttikul P, Seth D. Anaphylaxis in Children and Adolescents. Pediatr Clin North Am. 2019 Oct;66(5):995-1005.
5. Sicherer SH, Simons FE; Section on Allergy and Immunology, American Academy of Pediatrics. Self-injectable epinephrine for first-aid management of anaphylaxis. Pediatrics. 2007 Mar;119(3):638-46.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização: Anafilaxia: atualização 2021. Rio de Janeiro, 2021.

Resumo

USO DE BETA-BLOQUEADORES NO TRATAMENTO DE EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES CAUSADAS PELO ABUSO DE COCAÍNA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Pedro Henrique Siqueira Clemente[1], Otávio Simon Lombardi Abreu[1], Sharlene Lopes Pereira[1]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Pedro Henrique Siqueira Clemente - siqueirapedrohenrique.c@gmail.com

INTRODUÇÃO: A cocaína é um potente estimulante do sistema nervoso central (SNC), considerada a segunda droga ilícita com maior potencial para dependência química. Seu abuso pode estar associado a dor torácica, taquicardia, hipertensão e agitação. No tratamento emergencial da toxicidade cardiovascular induzida pela cocaína, o uso de betabloqueadores (BB) tem sido um importante questionamento nos últimos anos, já que tem sido considerado contraindicado por alguns especialistas devido ao risco de potencializar a vasoconstrição arterial coronariana causada pela droga ilícita, além de elevar a pressão arterial de maneira reflexa. Considerando o uso clínico dos BB como fármacos de primeira linha no tratamento das síndromes coronarianas agudas, surge a necessidade de comparar estudos que sugerem ou não o uso de BB nesse tipo de emergência causada pelo abuso de cocaína. **OBJETIVOS:** Este trabalho visa comparar análises do uso de BB no atendimento médico de emergência cardiovascular de pacientes que utilizaram cocaína ou derivados. **METODOLOGIA:** Estudos que analisaram o uso de BB na emergência cardiovascular de usuários de cocaína com manifestação de dor torácica aguda foram pesquisados na literatura científica. Esses estudos foram selecionados a partir das bases de dados PubMed, MEDLINE e SciELO. Os trabalhos foram classificados como favoráveis, desfavoráveis ou inconclusivos em relação ao uso dos BB nos pacientes mencionados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram avaliadas 17 publicações científicas. Dentre elas, 7 revisões literárias, 9 estudos de coorte e 1 comentário. Os estudos favoráveis demonstraram benefícios do uso de BB na emergência cardiovascular de usuários de cocaína e/ou sugerem sua aplicação. Os estudos desfavoráveis demonstraram prejuízos e/ou contraindicam a utilização de BB e os estudos inconclusivos podem ter demonstrado benefícios ou prejuízos, mas não indicam ou contraindicam o uso. Nesse levantamento, 47,05% (n=8) foram classificados como favoráveis, 23,52% (n=4) foram desfavoráveis e 29,41% (n=5) foram inconclusivos. **CONCLUSÃO:** O uso de BB no tratamento cardiovascular emergencial de usuários de cocaína demanda mais estudos e discussões, ou seja, ainda não existe um consenso sobre sua indicação ou contraindicação entre a comunidade científica. A presente revisão bibliográfica reforça a necessidade de execução de novas pesquisas que avaliem o uso dos BB na condição clínica abordada.

Palavras-chave: Cocaína. Antagonistas Adrenérgicos beta. Emergências. Transtornos Relacionados ao Uso de Cocaína. Terapêutica.

REFERÊNCIAS:

1. Agrawal PR, Scarabelli TM, Saravolatz L, Kini A, Jalota A, Chen-Scarabelli C, *et al*. Current strategies in the evaluation and management of cocaine-induced chest pain. Cardiol Rev. 2015 Nov-Dec;23(6):303-11.
2. Arenas DJ, Beltran S, Zhou S, Goldberg LR. Cocaine, cardiomyopathy, and heart failure: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2020 Nov 13;10(1):19795.
3. Banerji D, Alvi RM, Afshar M, Tariq N, Rokicki A, Mulligan CP, *et al*. Carvedilol Among Patients With Heart Failure With a Cocaine-Use Disorder. JACC Heart Fail. 2019 Sep;7(9):771-778.
4. Damodaran S. Cocaine and beta-blockers: the paradigm. Eur J Intern Med. 2010 Apr;21(2):84-6.
5. Dattilo PB, Hailpern SM, Fearon K, Sohal D, Nordin C. Beta-blockers are associated with reduced risk of myocardial infarction after cocaine use. Ann Emerg Med. 2008 Feb;51(2):117-25.
6. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. Cad Saude Publica. 2008;24 Suppl 4:s545-57.
7. Fanari Z, Kennedy KK, Lim MJ, Laddu AA, Stolker JM. Comparison of in-hospital outcomes for beta-blocker use versus non-beta blocker use in patients presenting with cocaine-associated chest pain. Am J Cardiol. 2014 Jun 1;113(11):1802-6.
8. Hoskins MH, Leleiko RM, Ramos JJ, Sola S, Caneer PM, Khan BV. Effects of labetalol on hemodynamic parameters and soluble biomarkers of inflammation in acute coronary syndrome in patients with active cocaine use. J Cardiovasc Pharmacol Ther. 2010 Mar;15(1):47-52.
9. Lange RA, Cigarroa RG, Flores ED, McBride W, Kim AS, Wells PJ, *et al*. Potentiation of cocaine-induced coronary vasoconstriction by beta-adrenergic blockade. Ann Intern Med. 1990 Jun 15;112(12):897-903.
10. Lopez PD, Akinlonu A, Mene-Afejuku TO, Dumancas C, Saeed M, Cativo EH, *et al*. Clinical outcomes of B-blocker therapy in cocaine-associated heart failure. Int J Cardiol. 2019 Feb 15;277:153-158.
11. Rangel C, Shu RG, Lazar LD, Vittinghoff E, Hsue PY, Marcus GM. Beta-blockers for chest pain associated with recent cocaine use. Arch Intern Med. 2010 May 24;170(10):874-9.
12. Page RL 2nd, Allen LA. Cocaine, Heart Failure, and Carvedilol: Triangulating the Safety of β-Blocker Therapy. JACC Heart Fail. 2019 Sep;7(9):779-781.
13. Pham D, Addison D, Kayani W, Misra A, Jneid H, Resar J, *et al*. Outcomes of beta blocker use in cocaine-associated chest pain: a meta-analysis. Emerg Med J. 2018 Sep;35(9):559-563.
14. Richards JR, Garber D, Laurin EG, Albertson TE, Derlet RW, Amsterdam EA, *et al*. Treatment of cocaine cardiovascular toxicity: a systematic review. Clin Toxicol (Phila). 2016 Jun;54(5):345-64.
15. Sen A, Fairbairn T, Levy F. Best evidence topic report. Beta-Blockers in cocaine induced acute coronary syndrome. Emerg Med J. 2006 May;23(5):401-2.
16. Shin D, Lee ES, Bohra C, Kongpakpaisarn K. In-Hospital and Long-Term Outcomes of Beta-Blocker Treatment in Cocaine Users: A Systematic Review and Meta-analysis. Cardiol Res. 2019 Feb;10(1):40-47.
17. Wilson T, Pitcher I, Bach P. Avoidance of β-blockers in patients who use stimulants is not supported by good evidence. CMAJ. 2022 Jan 31;194(4):E127-E128.

Resumo

TRATAMENTO DA DISSECÇÃO DE AORTA DO TIPO B AGUDA: TERAPIA MEDICAMENTOSA OTIMIZADA OU REPARAÇÃO ENDOVASCULAR?

Felipe Lima Costa Limonge de Almeida[1], Otávio Simon Lombardi Abreu[1], Guilherme Sousa Nascimento[1], João Pedro Rozental Rodrigues[1], Vitor Hugo Euzebio de Mello[1], Arise Garcia de Siqueira Galil[1]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Felipe Lima Costa Limonge de Almeida - limongefelipe@gmail.com

INTRODUÇÃO: A dissecção de aorta do tipo B (DAoB) aguda é definida pela dilaceração das camadas da parede da aorta descendente, o que resulta na criação de um falso lúmen e fluxo de sangue para uma via de circulação falsa. A terapia medicamentosa otimizada (TMO) é o tratamento atual para DAoB aguda não complicada, contudo a reparação endovascular da aorta torácica (REVAo), em inglês, conhecida como "TEVAR", tem apresentado resultados promissores, quando incluída como terapia adicional. **OBJETIVOS:** Abordar as principais estratégias de tratamento para a dissecção de aorta do tipo B aguda não complicada. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica cuja pesquisa foi realizada na base MEDLINE, em setembro de 2023. Os descritores utilizados foram "acute type B aortic dissection" AND "TEVAR" AND "treatment OR therapy". Foram incluídos estudos em inglês e português dos últimos 10 anos que abordassem estratégias de tratamento para dissecção de aorta e que incluíssem os dois primeiros descritores no título ou resumo. Foram excluídos estudos em animais ou anais de congressos. Para a presente revisão foram selecionados 15 artigos, onde 7 foram incluídos para a elaboração da mesma. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Na DAoB aguda não complicada, o objetivo da TMO é reduzir a pressão no falso lúmen, assim como o estresse na parede do vaso aórtico. Estudos demonstraram que o tratamento medicamentoso está relacionado a uma maior incidência na formação de aneurismas, uma vez que aproximadamente 40% da coorte analisada sofreu ruptura ou dilatação de aneurisma que necessitou de intervenção cirúrgica, em um período de seguimento de 40 meses. Outros estudos observacionais destacaram uma taxa de mortalidade em 3 a 5 anos para pacientes submetidos somente à terapia medicamentosa que varia de 17,2 a 23,8%. Portanto, o REVAo surge como um potente aliado para o tratamento desses pacientes, visto que em estudo randomizado foi observado que pacientes tratados com REVAo mais TMO alcançaram resultados melhores no seguimento de 2 a 5 anos, apresentando menores taxas de mortalidade relacionadas a aorta, além de menor progressão da dissecção quando comparadas com os que realizaram apenas o tratamento medicamentoso. Outro estudo randomizado ressaltou resultados positivos com diminuição de 50% no número de pacientes com trombose parcial do falso lúmen no grupo que se submeteu ao REVAo. **CONCLUSÕES:** Na presente revisão, os dados apontaram para benefícios potenciais na associação de REVAo com TMO na fase aguda de pacientes com DAoB não complicada, especialmente na redução da mortalidade.

Palavras-chave: Dissecção. Terapêutica. Aorta. Reparação.

REFERÊNCIAS:

1. Hughes GC, Andersen ND, McCann RL. Management of acute type B aortic dissection. J Thorac Cardiovasc Surg. 2013 Mar;145(3 Suppl):S202-7.
2. Kaji S. Update on the Therapeutic Strategy of Type B Aortic Dissection. J Atheroscler Thromb. 2018 Mar 1;25(3):203-212.
3. Krol E, Panneton JM. Uncomplicated Acute Type B Aortic Dissection: Selection Guidelines for TEVAR. Ann Vasc Dis. 2017 Sep 25;10(3):165–9.
4. Schepens MAAM. Type B aortic dissection: new perspectives. J Vis Surg. 2018 Apr 23;4:75.
5. Tadros RO, Tang GHL, Barnes HJ, Mousavi I, Kovacic JC, Faries P, *et al.* Optimal Treatment of Uncomplicated Type B Aortic Dissection: JACC Review Topic of the Week. J Am Coll Cardiol. 2019 Sep 17;74(11):1494-1504.
6. Trimarchi S, Segreti S, Grassi V, Lomazzi C, Vincentiis C, Rampoldi V. Emergent treatment of aortic rupture in acute type B dissection. Ann Cardiothorac Surg. 2014 May;3(3):319-24
7. Xie E, Yang F, Liu Y, Xue L, Fan R, Xie N, *et al.* Timing and Outcome of Endovascular Repair for Uncomplicated Type B Aortic Dissection. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2021 May;61(5):788-797

Resumo

EFEITOS DO ÁCIDO TRANEXÂMICO PROFILÁTICO NO CONTEXTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO E SUAS REPERCUSSÕES TROMBOEMBÓLICAS

Carolina Frederico Lessa[1], Gustavo Sales Moreto[1], Gustavo Maurício Almeida Andrade[1], Sophia Calábria da Silveira[1], Vitória Silva Souza[1], Larissa Milani Coutinho[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Carolina Frederico Lessa - carolflessa@gmail.com

INTRODUÇÃO: A hemorragia pós-parto (HPP) é uma emergência obstétrica que se destaca como uma das principais causas globais de morbidade e mortalidade materna, sendo definida como uma perda sanguínea ≥1000 ml ou como qualquer perda sanguínea associada a sinais de hipovolemia 24 horas após o parto. O ácido tranexâmico (ATX), um antifibrinolítico derivado sintético da lisina, é uma intervenção terapêutica recomendada nesse cenário, por reduzir as taxas de mortalidade relacionadas ao sangramento na HPP. No entanto, apesar de ser uma terapia cuja eficácia é comprovada para tratar HPP já estabelecida, estudos vêm investigando se a administração profilática de 1g ou 10mg/kg de ATX pode efetivamente reduzir a incidência de HPP. Dada a sua elevada morbidade, a abordagem preventiva dessa patologia faz-se imprescindível, oferecendo uma potencial maneira de preservar a saúde materna puerperal. OBJETIVOS: Analisar os desfechos clínicos do uso do ATX profilático intravenoso em partos cesáreos e vaginais no contexto da HPP, bem como os possíveis efeitos tromboembólicos do seu uso. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada na base de dados MEDLINE. A busca foi feita utilizando-se: "postpartum hemorrhage" (Mesh term) AND "tranexamic acid" (Mesh term) AND "prevention" (text-word). Os dados obtidos foram submetidos aos critérios de inclusão: ensaio clínico randomizado e publicação nos últimos 10 anos (2013-2023), sem restrições de idioma. No total, foram encontrados 27 estudos na busca e, após análise dos títulos e resumos, 11 foram selecionados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos 11 artigos selecionados, 4 abordaram partos vaginais e 7, cesáreos eletivos. Dentre os que abordaram o parto vaginal, todos constataram uma redução da perda sanguínea após o parto ou redução de hemorragia clinicamente significativa avaliada pelo profissional com o uso do ATX. Dentre os partos cesáreos, 5 artigos demonstraram uma perda sanguínea significativamente menor com ATX e maiores níveis de hemoglobina após o parto. Porém, desfechos secundários à hemorragia, como necessidade de agentes uterotônicos adicionais e necessidade de transfusão sanguínea, variaram entre os estudos, não evidenciando uma frequência menor em comparação com o placebo. Nenhum dos artigos avaliados demonstrou aumento da incidência de eventos tromboembólicos por ATX. **CONCLUSÃO**: O uso profilático do ATX mostra-se seguro e parece reduzir o sangramento em partos vaginais e cesáreos. Porém, diante do seu baixo impacto em prevenir desfechos hemorrágicos secundários, novos estudos que avaliem a significância clínica dessa redução da perda sanguínea são necessários para fundamentar a aplicação generalizada dessa medida profilática em todos os tipos de parto.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto. Ácido Tranexâmico. Prevenção de Doenças.

REFERÊNCIAS:

1. Andrikopoulou M, D'Alton ME. Postpartum hemorrhage: early identification challenges. Semin Perinatol. 2019 Feb;43(1):11-17.
2. Anaposala S, Kalluru PKR, Calderon Martinez E, Bhavanthi S, Gundoji CR. Postpartum Hemorrhage and Tranexamic Acid: A Literature Review. Cureus. 2023 May 8;15(5):e38736.
3. Lee SH, Kwek ME, Tagore S, Wright A, Ku CW, Teong ACA, *et al.* Tranexamic acid, as an adjunct to oxytocin prophylaxis, in the prevention of postpartum haemorrhage in women undergoing elective caesarean section: A single-centre double-blind randomised controlled trial. BJOG. 2023 Aug;130(9):1007-1015.

Resumo

CAPACITAÇÃO DE LEIGOS PARA O ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lavínia Ladeira Egydio[1], Flávia Batista de Sá Diaz[1]

1Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente
Lavínia Ladeira Egydio - lavinia.egydio@ufv.br

INTRODUÇÃO: Empoderar indivíduos leigos no conhecimento e habilidades necessárias para prestar primeiros socorros é uma abordagem fundamental. Essa capacitação visa treiná-los na estabilização de vítimas e na prestação de cuidados iniciais em situações de emergência, agindo como elo crucial até a chegada de atendimento especializado. Essa iniciativa não apenas reduz o risco de fatalidades, mas também desempenha papel vital na prevenção de sequelas e lesões adicionais à vítima. Além disso, contribui significativamente para ampliar o entendimento básico de saúde na comunidade. **OBJETIVOS:** relatar a experiência de estudantes de enfermagem sobre a realização de capacitações em primeiros socorros destinadas ao público leigo. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** as capacitações foram realizadas por estudantes de enfermagem da empresa júnior Humaniza da Universidade Federal de Viçosa (UFV) durante 2023 nos meses de agosto e setembro, contendo 2 etapas, divididas em partes teórica e prática com duração de quatro horas. Contando inicialmente com uma aula expositiva com demonstrações práticas e logo após o treinamento prático dos participantes. Os temas abordados foram: diferença entre urgência e emergência; quando e como solicitar o serviço do SAMU e/ou Bombeiros; avaliação da cena; lesões e complicações da vítima politraumatizada; humanização no atendimento à vítima; hemorragia interna e externa; epistaxe; desmaio; crise convulsiva; hipoglicemia; manobra de Heimlich; parada cardiorrespiratória e imobilização de fratura, luxação ou entorse. As capacitações foram realizadas nos laboratórios de simulação do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV. Ao final, foi feita uma avaliação anônima pelos participantes para medir a qualidade e a didática do curso com objetivo de aprimorar o curso. **DISCUSSÃO:** Com as capacitações foi possível ao estudante enriquecer, atualizar e articular frequentemente seu arcabouço teórico-prático, além de disseminar conhecimento em saúde. Além disso, a capacitação de leigos garante que o atendimento pré-hospitalar seja seguro, apropriado e fundamentado em evidências, contribuindo assim para melhores resultados e cuidados de qualidade para todos os envolvidos. A disseminação do conhecimento em saúde e a capacitação da população leiga são elementos cruciais na promoção de uma resposta mais eficaz em situações de emergência. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As capacitações preparam estudantes, disseminam conhecimento em saúde e capacitam leigos em cuidados pré-hospitalares, resultando na redução do risco de morte e de sequelas em emergências, melhorando a saúde geral e promovendo uma sociedade mais altruísta e consciente.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência. Leigos. Tutoria.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
2. Instituto Brasileiro de Ensino Profissionalizante. Primeiros Socorros em casos de Luxações. Santa Catarina: Equipe INBRAEP, 2020.
3. National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS Atendimento Pré-hospitalizado ao Traumatizado. 8ª ed. Jones & Bartlett Learning, 2017.

Resumo

CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO EXTRACURRICULAR NO SAMU DE JUIZ DE FORA/MG PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

Larissa Rodrigues de Souza[1].

1 Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente
Larissa Rodrigues de Souza - larissarsouza.enf@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, criada em 2003, instituiu o Componente Pré-Hospitalar Móvel – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Compreendendo a relevância desse serviço à população, a Liga Acadêmica do Trauma e Emergência (LATE), possibilitou, por meio de processo seletivo, o ingresso em estágio extracurricular no SAMU de Juiz de Fora (MG) que objetiva garantir a expansão dos conhecimentos, bem como oportunidades de desenvolver competências e habilidades, a fim de contribuir na formação e qualificação profissional. **OBJETIVOS:** Descrever as experiências vivenciadas por uma acadêmica de enfermagem em um estágio extracurricular. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Os estágios ocorreram no período de março 2022 a agosto 2023, por meio de plantões diurnos de 12 horas. Inicialmente, os estagiários receberam treinamentos teórico-práticos pela própria instituição sobre Suporte Básico e Avançado de Vida e Atendimento Inicial ao Politraumatizado, de forma a garantir subsídios para realizarem os plantões. Os acadêmicos tripularam as unidades Básicas e Avançadas, e foram supervisionados pelos profissionais das respectivas ambulâncias. Em relação às experiências acadêmicas de enfermagem, foram atendidas ocorrências de Urgências e Emergências Hipertensivas, Crises Convulsivas, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Edema Agudo de Pulmão, Doenças Obstrutivas Crônicas, Distúrbios Glicêmicos, Choque, Intoxicações, Emergências Psiquiátricas, Politraumatismos, Reanimações Cardiopulmonar (RCP), algumas apresentaram retorno da circulação espontânea (RCE) após manejo dos protocolos vigentes, entre outras. Em relação aos usuários, foram atendidos pacientes de diversas faixas etárias, assim como realizada RCP em cliente pediátrico vítima de afogamento com RCE após 20 minutos. Ademais, essas e outras vivências permitiram, além do desafio de obter controle de cena e estabilidade emocional, o protagonismo do trabalho em equipe, liderança e tomada de decisões em situações estressantes. **DISCUSSÃO:** Por conseguinte, entre os pilares básicos para formação profissional de qualidade, estão os saberes partilhados entre usuários, acadêmicos e profissionais. As experiências auxiliam estudantes a conseguirem adquirir maior tranquilidade, diminuir medos e inseguranças em situações de tensão. Além disso, contribuem para escolha da atuação profissional nesses serviços, proporcionando sapiência aos futuros profissionais, de forma a garantir a qualidade da assistência prestada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É indubitável a importância da realização de estágios extracurriculares como formação complementar na graduação. Assim sendo, a partir da execução dos estágios permitiu-se maior aproximação da realidade do serviço, das necessidades dos pacientes, estabilidade emocional, importância do trabalho em equipe e do agir rápido e eficiente em situações de urgência e emergência, seguindo os protocolos da instituição.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência. Serviços Médicos de Emergência. Estudantes de Enfermagem. Enfermeiros.

REFERÊNCIAS:

1. Ferreira KM, Balsanelli AP, Santos JLGD. Nurses' professional competencies in urgency and emergency units: A mixed-methods study. Rev Lat Am Enfermagem. 2023 May 15;31:e3935.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília(DF) 2003.
3. Mota RS, Santos JE, Almeida PLS, Oliveira ERL, Souza ALM, Cruz Junior AS, *et al.* Relato de experiência – late no serviço de atendimento móvel de emergência (SAMU) em 2019. Braz J Hea Rev. 2022 Jul. 13;5(4):12595-60.

Resumo

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM DE RISCO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

Mariana Guimarães Bastos[1], Karina Cristini Barboza Rossignoli[1], Vitória Maria Pires Garcia[1], Denise Rocha Raimundo Leone[1]

1Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente
Mariana Guimarães Bastos - marianaguimaraesbastos@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é o principal modelo de triagem adotado no Brasil, é privativo do Enfermeiro a execução da Classificação de Risco e Priorização da Assistência, conforme Conselho Federal de Enfermagem. Com isso, demonstra-se o papel fundamental do enfermeiro no funcionamento e otimização dos atendimentos na triagem de risco do setor de urgência e emergência intra-hospitalar. **OBJETIVOS:** Descrever como se dá o processo de trabalho do enfermeiro na triagem de risco no setor de urgência e emergência intra-hospitalar do SUS. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica em que foram utilizadas as bases de dados MEDLINE, BDENF e LILACS para pesquisa, realizada em setembro de 2023 com os descritores Triagem, Serviço Hospitalar de Emergência e Enfermagem em Emergência selecionados e unidos através do operador booleano AND. Incluídas publicações dos últimos cinco anos, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol e excluídos estudos que não possuem relação com o tema ou cumprem com os critérios de inclusão. Inicialmente localizados 205 trabalhos, e após aplicar os critérios estabelecidos, obteve-se como resultado final, e na etapa de leitura completa, 60 estudos. **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:** As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência são os setores responsáveis pelo atendimento ininterrupto a demandas espontâneas ou referenciadas de condições clínicas emergentes. Para ser habilitada, possui, dentre seus critérios fundamentais, protocolos de classificação de risco e a composição de uma equipe multiprofissional capacitada. O processo de trabalho do enfermeiro se dá com a aplicação do protocolo de triagem para classificação do quadro do paciente para atendê-lo posteriormente de acordo com sua indicação de prioridade estabelecida. Sendo assim, é possível observar que o raciocínio clínico aplicado pelos profissionais na escolha dos fluxogramas do STM para a classificação do estado de saúde do paciente está incluso no processo de trabalho do enfermeiro, fundamentando e compondo o Processo de Enfermagem, subsidiando o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem e otimizando o tempo de resposta à condição clínica do paciente. Ademais, também foi perceptível o impacto positivo relatado por profissionais do setor no que tange aos benefícios para o paciente, melhoria da dinâmica de serviço, redução das filas de espera e de mortalidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A importância do enfermeiro nas triagens realizadas na urgência e emergência intra-hospitalar foi comprovada a cada estudo científico efetuado, na qualidade e eficácia dos atendimentos prestados.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Emergência.Enfermagem em Emergência

REFERÊNCIAS:

1. Cavaleiro CAS. O sistema de triagem de Manchester no reconhecimento de gravidade no serviço de urgência [dissertação de mestrado]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2021.
2. Franco B, Busin L, Chianca TCM, Moraes VM, Pires AUB, Lucena AF. Association between Manchester Triage System discriminators and nursing diagnoses. Rev Gaucha Enferm. 2018 Aug 2;39:e20170131 .
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.
4. Morais LF, Arruda CB, Xavier AT, Cabral JVB. O Protocolo de Manchester como ferramenta de melhora dos serviços de emergência. Rev Enferm Atenção Saúde. 2021;10(1):e202108. .
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 661/2021, 9 de março de 2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2021.

Resumo

O USO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA UM ATENDIMENTO MAIS EFICAZ EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Thais Eduarda Severo Neves[1], Bruno Henrique Ataíde da Trindade[1], Maria Clara Ferreira Meleep[1], Taynara Louzada Amaral[1], Stephany Moura[1], Anna Beatriz Bandeira James[2]

[1]Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
[2]SAMU CISDESTE, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente
Thais Eduarda Severo Neves - thais.severo@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A classificação de risco é uma ferramenta útil para a área de urgência e emergência, auxiliando na organização do processo de trabalho em situações de grandes demandas de assistência como unidades de pronto atendimento e serviços de pronto socorro. No Brasil, a Cartilha da Política Nacional de Humanização, com foco no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, orienta o profissional a determinar o grau das necessidades de saúde de cada indivíduo, o tempo possível de espera para o cuidado, a equipe necessária para atendimento e o setor hospitalar para encaminhamento. Isso permite que usuários com risco de vida mais elevado e maior grau de complexidade sejam atendidos primariamente àqueles com menor risco, modificando o atendimento com foco na ordem de chegada. **OBJETIVO:** Analisar a importância da utilização da classificação de risco para a eficácia do atendimento em serviços de urgência e emergência. **MÉTODOS:** Revisão da literatura, utilizando a Biblioteca Virtual de Saúde como base de dados, e os descritores "medição de risco" AND "emergência" AND "acolhimento". **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A classificação de risco é uma ferramenta de suma importância pois ela auxilia na organização dos fluxos de atendimento dos usuários em situações em que as demandas são maiores que a possibilidade de resposta da instituição. Muitas vezes a unidade de urgência e emergência não é a indicada para resolver determinada demanda de saúde, e nesse sentido, é necessária uma triagem para que sejam estabelecidas prioridades aos atendimentos necessários. Entende-se que, independentemente do protocolo utilizado pela instituição, o profissional, com destaque para o enfermeiro, deve ter uma rápida tomada de decisão e raciocínio clínico para reconhecer e reclassificar os indivíduos durante todo o atendimento, através da anamnese e avaliação clínica, uma vez que esse processo é dinâmico, e os quadros dos pacientes podem sofrer alterações. Além disso, ao utilizar-se uma classificação, o usuário torna-se ciente do risco de seu quadro, do tempo de espera na unidade, além de propiciar organização do atendimento, e consequentemente, um processo de trabalho com qualidade para os pacientes e para os profissionais. **CONCLUSÃO:** O acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta importante para alcançar qualidade e eficácia no atendimento de emergência, e quando corretamente utilizado, pode proporcionar uma maior resolutividade das demandas de saúde, otimizando o tempo de atendimento.

Palavras-chave: Medição de Risco. Serviços Médicos de Emergência. Acolhimento.

REFERÊNCIAS:

1. Costa FA, Torres RS, Sousa CP. Manchester Triage: Nurses' perceptions of its contributions and influencing factors. Rev Enferm Referência. 2022;6(1):e21028.
2. Soares ACL, Brasileiro M, Souza DG. Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. Revista Recien. 2018;8(22):22-33.
3. Droguett TC, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Percepção da enfermagem sobre a qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco do serviço de emergência. Rev Enferm UFSM. 2018;8(3):518-29.
4. Sampaio RA, Rodrigues AM, Nunes FC, Naghettini AV. Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros. Cogitare Enferm. 2022; 27:e80194.

Resumo

ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL AUMENTA A CAPACIDADE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DE IDENTIFICAR LÍQUIDO INTRA-ABDOMINAL LIVRE

Sophia de Almeida Cioni[1], Rafaela Santos Nery[1], Raquel Corrêa Tavares[1], Gabriela Cumani Toledo[1], Marcus Gomes Bastos[1], Gustavo Bittencourt Camilo[1]

1Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciência Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Sophia de Almeida Cioni - sophiacioni99@gmail.com

INTRODUÇÃO: O diagnóstico rápido de líquido livre intra-abdominal é fundamental durante o atendimento na emergência e, para isso, a ultrassonografia abdominal (USA) mostrou-se eficaz, além de ser um método prático, não invasivo, ausente de radiação ou contraste e com baixo custo. Assim, é essencial que os estudantes de medicina estejam aptos a identificar tal condição por meio da USA. **OBJETIVOS:** O objetivo é avaliar se a USA aumenta a capacidade dos estudantes de medicina na identificação de líquido livre intra-abdominal. **MÉTODOS:** Foram selecionados trinta e um estudantes do 5o período de Medicina da UFJF e Suprema, sem conhecimentos prévios, para uma avaliação cognitiva antes e após 4,5h de curso. Todos os participantes foram esclarecidos sobre o estudo e o consentimento estava implícito caso assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE N°. 91487618.3.0000.5147). Os pacientes recrutados foram tratados com diálise peritoneal automatizada (DPA), sendo dois saudáveis, já os excluídos foram aqueles com suspeita de peritonite e que não conseguiram permanecer em posição supina. Utilizou-se para a avaliação um questionário de 15 perguntas de múltipla escolha com quatro alternativas. No primeiro dia, o teste avaliou os conhecimentos prévios sobre ultrassonografia dos estudantes e, posteriormente, um treinamento foi feito para identificar as estruturas anatômicas e imagem anecoica. Já no segundo dia, os estudantes passaram por avaliação prática em dois voluntários saudáveis e três com DPA, com objetivo de identificar em qual situação havia líquido livre na cavidade abodminal e, por fim, o questionário foi aplicado novamente para avaliar a experiência do treinamento. **RESULTADOS:** Os resultados apontaram melhora da avaliação cognitiva dos estudantes antes e depois do curso ($p < 0,0001$), a pontuação passou de 6,7 +/- 2,3 para 11,6 +/- 1,1, sendo que a sensibilidade, especificidade e acurácia do diagnóstico de líquido livre intra-abdominal foram maiores quando os estudantes usaram a USA, em comparação com o exame físico. Além disso, os estudantes aprovaram e gostaram do curso. **CONCLUSÃO:** É necessária a implementação de cursos rápidos sobre USA, especialmente no que tange à capacitação do estudante em identificar situações de emergência, como líquido livre intra-abdominal. Sendo assim, nosso estudo mostra que o treinamento de 4,5h torna os acadêmicos mais aptos a diagnosticar situações de trauma e emergência.

Palavras-chave: Educação Médica. Estudantes de Medicina. Avaliação Sonográfica Focada no Trauma.

REFERÊNCIAS:

Arora S, Cheung AC, Tarique U, Agarwal A, Firdouse M, Ailon J. First-year medical students use of ultrasound or physical examination to diagnose hepatomegaly and ascites: a randomized controlled trial. J Ultrasound. 2017 Aug 19;20(3):199-204.

Camilo GB, Toledo GC, Olímpio H Júnior, Dias EN, Oliveira BL, *et al.* Teaching point-of-care transfontanellar ultrasound for pediatricians and medical students. J Pediatr (Rio J). 2021 Nov-Dec;97(6):651-657.

Cormack CJ, Coombs PR, Guskich KE, Blecher GE, Goldie N, Ptasznik R. Collaborative model for training and credentialing point-of-care ultrasound: 6-year experience and quality outcomes. J Med Imaging Radiat Oncol. 2018 Jun;62(3):330-336.

Dinh VA, Lakoff D, Hess J, Bahner DP, Hoppmann R, Blaivas M, *et al.* Medical Student Core Clinical Ultrasound Milestones: A Consensus Among Directors in the United States. J Ultrasound Med. 2016 Feb;35(2):421-34.

Krause C, Krause R, Krause R, Gomez N, Jafry Z, Dinh VA. Effectiveness of a 1-Hour Extended Focused Assessment With Sonography in Trauma Session in the Medical Student Surgery Clerkship. J Surg Educ. 2017 Nov-Dec;74(6):968-974.

Teixeira PG, Inaba K, Hadjizacharia P, Brown C, Salim A, Rhee P, *et al.* Preventable or potentially preventable mortality at a mature trauma center. J Trauma. 2007 Dec;63(6):1338-46; discussion 1346-7.

Resumo

ABORDAGENS DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DA SEPSE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Paula Araújo Rocha[1], Amanda Moreira Alves[1], Letícia Halfeld Kelmer Maluf[1], Taynara Louzada Amaral[1], Thais Monteiro Valva[1], Roberta Teixeira Prado[1]

1Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Paula Araújo Rocha - paula_ar12@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como desafio global de saúde, a sepse é um desafio para os profissionais da saúde, pois quando não identificada e tratada imediatamente, pode levar à morte. **OBJETIVO:** Compreender o papel dos enfermeiros no diagnóstico precoce e manejo dos pacientes com suspeita ou confirmação de sepse. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Revisão bibliográfica realizada em setembro de 2023 na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os descritores "sepse" AND "enfermagem" AND "diagnóstico precoce". Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram: publicados em português, completos e publicados e indexados na BVS nos últimos cinco anos (2018 a 2023). Artigos duplicados foram excluídos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A sepse é uma resposta desordenada do organismo a infecções virais, bacterianas ou fúngicas, ocasionando mau funcionamento dos órgãos e sendo potencialmente letal. Os sinais e sintomas incluem alteração do nível de consciência, confusão, fraqueza extrema, hipotensão, dispneia e oligúria. Acomete pacientes dentro e fora do ambiente hospitalar, especialmente grupos de risco. Os casos de sepse vêm aumentando devido a fatores como envelhecimento da população, infecções comunitárias e hospitalares, falta de prevenção adequada, resistência antimicrobiana e falta de higiene básica. O manejo da sepse é um desafio para a equipe de saúde, exigindo reconhecimento precoce e cuidados durante a fase aguda, além da prevenção de sequelas na fase de reabilitação. Neste cenário, é inegável a importância do enfermeiro na prevenção e detecção da sepse. A sua proximidade com os pacientes e o vasto conhecimento acerca da doença proporcionam uma base sólida para o atendimento precoce, e adequado. Além disso, a enfermagem desempenha papel fundamental na realização de exames diagnósticos, na assistência hemodinâmica e na redução do risco de disfunções orgânicas, auxiliando na redução da mortalidade em pacientes com sepse para o alcance de melhores resultados. **CONCLUSÃO:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem, que é um método científico de trabalho para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente, desempenha um papel crucial no manejo do paciente séptico, requerendo à equipe de enfermagem desenvolver cuidados embasados em raciocínio clínico, identificação de problemas, estabelecimento de metas e planos de ação. E, medidas educativas para capacitar os profissionais a lidar com detecção precoce e resposta rápida, a fim de prevenir complicações.

Palavras-chave: Sepse. Cuidados de Enfermagem. Diagnóstico Precoce.

REFERÊNCIAS:

1. Antunes BCS, Cruz EDA, Batista J, Silva DP, Nazário SS. Detecção precoce de sepse nos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa Rev Enferm UERJ. 2021;29:e61458.
2. Goulart LS, Ferreira Júnior MA, Sarti ECFB, Sousa AFL, Ferreira AM, Frota OP. Are nurses updated on the proper management of patients with sepsis?. Esc Anna Nery 2019;23(4):e20190013.
3. Pedrosa KKA, Oliveira SA, Machado RC. Validation of a care protocol for the septic patient in the Intensive Care Unit. Rev Bras Enferm. 2018 May;71(3):1106-1114.
4. Sousa TV, Moraes Filho IM, Silva CS, Macêdo CS, Sá ES, Pereira MC, *et al.* Dificuldades enfrentadas por enfermeiros no reconhecimento e manejo da sepse. J Nurs Health. 2021;11(3):e2111319893.

Resumo

ANÁLISE DE OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

Amanda de Faria Campos[1], Amanda Laranjo Villa[1], Fernanda Gabriele Fernandes de Morais[1], Jackson Borges Sarmento[1], Mariana Heringer Pena[1], Daniela Cristina da Silva Guimarães[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Amanda de Faria Campos - amanda.fariacampos@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A aspiração de corpo estranho (ACE) é um acidente grave e potencialmente fatal, que pode ocorrer em qualquer fase da vida, porém é mais frequente em crianças. O diagnóstico precoce da ACE é essencial, pois o retardo no seu reconhecimento pode culminar em sequelas definitivas ou em danos fatais. **OBJETIVO:** Identificar em que circunstâncias as obstruções das vias aéreas ocorrem, assim como suas variações, sintomas e medidas a serem tomadas pela equipe de saúde. **METODOLOGIA:** Revisão de literatura realizada no período de setembro de 2023 nas bases de dados PubMed e Medline. Os descritores utilizados foram: "children" AND "gagging" AND "emergency"; "airway obstruction" AND "children" AND "emergency" e "foreign bodies" AND "tracheobronchial" AND "children" AND "emergency". Obteve-se uma amostra inicial de 2.634 artigos, após a aplicação dos filtros atingiu-se 116 artigos, dos quais foram selecionados 8 de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A obstrução de vias aéreas por corpo estranho é mais prevalente em crianças de 1 a 3 anos e ocorre mais frequentemente por alimentos, como oleaginosas e sementes. Na maioria dos casos, o acidente ocorre quando a criança se alimenta realizando outras ações simultaneamente e sem supervisão adequada do cuidador. Os sinais e sintomas agudos mais relatados durante um episódio de ACE foram tosse, cianose, taquipneia, dispneia e diminuição dos sons respiratórios. O diagnóstico precoce é essencial para prevenção de sequelas e o desconhecimento da maior parte dos cuidadores ou mesmo a realização inadequada de manobras de desengasgo, como a manobra de Heimlich, contribui para a piora do quadro e para a baixa sobrevivência após um episódio de aspiração. O local mais acometido pela ACE é o brônquio principal direito e a principal técnica padrão-ouro e mais utilizada para sua remoção é a broncoscopia. **CONCLUSÃO:** É preciso direcionar esforços para a promoção de ações de prevenção e de educação em saúde direcionadas à população mais acometida. Assim, deve-se instruir especialmente pais e cuidadores de crianças menores de 4 anos, abordando técnicas de desobstrução das vias aéreas e de identificação de objetos que são potencialmente obstrutivos das vias aéreas.

Palavras-chave: Obstrução das Vias Respiratórias. Criança. Pré-Escolar.

REFERÊNCIAS:

1. Giuca MR, Carli E, Lardani L, Pasini M, Miceli M, Fambrini E. Pediatric Obstructive Sleep Apnea Syndrome: Emerging Evidence and Treatment Approach. ScientificWorldJournal. 2021 Apr 23;2021:5591251.
2. Gómez-Ramos JJ, Marín-Medina A, Castillo-Cobian AA, Felipe-Diego OG. Successful Management Foreign Body Aspiration Associated with Severe Respiratory Distress and Subcutaneous Emphysema: Case Report and Literature Review. Medicina (Kaunas). 2022 Mar 7;58(3):396.
3. Hemead HM, Ramadan A, Gaafar AH, Nossier A, Abdelaziz A. Different Modalities Used in the Art of Managing Tracheobronchial Foreign Bodies. Open Respir Med J. 2022 Sep 22;16:e187430642206100.
4. Montana A, Salerno M, Feola A, Asmundo A, Di Nunno N, Casella F, *et al.* Risk Management and Recommendations for the Prevention of Fatal Foreign Body Aspiration: Four Cases Aged 1.5 to 3 Years and Mini-Review of the Literature. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jun 30;17(13):4700.
5. Ronen O, Kanelo F, Shor D, Ashkar M, Kepten I. Ethnic differences of children with foreign body aspiration: a need for preventive education. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2019 Dec;276(12):3507-3511.
6. Schepat P, Herff H, Alhareh M, Wenzel V. Simulation of video-assisted retrieval of foreign bodies in the airway of children by nonmedical personnel. Anaesthesist. 2021 Apr;70(4):333-339.
7. Gan W, Xiao N, Feng Y, Zhou D, Hu J, Liu S, *et al.* Clinical analysis of tracheobronchial foreign body aspiration in children: a focus on external and intrinsic factors. BMC Surg. 2021 Mar 3;21(1):108.
8. Yan S, Jiang P, Chen G, Chen Y, Pan H, Li L, *et al.* Characteristics and Treatment of Pediatric Tracheobronchial Foreign Bodies: A Retrospective Analysis of 715 Cases. Med Sci Monit. 2022 Nov 14;28:e937928.

Resumo

MANEJO DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR E AS NOVAS CONDUTAS INERENTES À ABORDAGEM: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Ruan Teixeira Lessa[1], Yasmin Jawhari da Silva[1], Samyr Coradini Lopes[2]

1Faculdade de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2Hospital Regional João Penido, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Ruan Teixeira Lessa - ruan.t.l@hotmail.com

INTRODUÇÃO. O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é a principal causa de morbimortalidade em pacientes politraumatizados. E pode ser clinicamente estratificado em leve, moderado e grave com base na Escala de Coma de Glasgow (ECG). **OBJETIVOS.** Elucidar a abordagem correta no traumatismo cranioencefálico e verificar novas condutas inerentes no seu tratamento. **MÉTODOS.** Foi realizada uma revisão narrativa da literatura centrada na condução adequada do TCE segundo o Suporte de Vida Avançado no Trauma (ATLS) 10ª edição, 2018 e as novas medidas terapêuticas adotadas recentemente. As bases de dados incluíram, PubMed e BVS-BIREME/MEDLINE tendo como descritores, "traumatic brain injury" AND "risk assessment" AND "hospital care". Foram considerados estudos completos randomizados e controlados publicados nos últimos 5 anos e excluídos aqueles que não cumpriram os critérios de inclusão e que não trouxeram novidades na abordagem do TCE. A partir dos descritores e critérios de inclusão, 33 artigos foram encontrados e 4 referências, lidas na íntegra, compuseram essa revisão. **RESULTADOS E DISCUSSÃO.** Segundo o ATLS, a ECG define a gravidade do TCE, portanto, determina a conduta. Dessa maneira, ECG de 13-15 é considerado trauma leve; 9-12, moderado e de 3-8, grave. No TCE leve, a conduta tende a ser conservadora, ou seja, é prescindível a intervenção cirúrgica e a Tomografia Computadorizada (TC) de crânio destina-se apenas aos casos que apresentem sinais de risco para lesões neurológicas. Todavia, no TCE moderado e grave, a TC de crânio é mandatória, assim como a avaliação neurocirúrgica, o paciente deve ser monitorizado e permanecer em vigilância neurológica. Ademais, no TCE grave é primordial garantir uma via aérea definitiva, mesmo se bom padrão respiratório, com o objetivo de manter boa perfusão e oxigenação encefálica a fim de evitar lesões secundárias. Estudos recentes mostraram uma redução da mortalidade do paciente com TCE leve e moderado com a utilização do Ácido Tranexâmico nas primeiras três horas após o trauma. Assim, como sugerem benefícios na sobrevida dos pacientes com a administração de plasma pré-hospitalar. Para mais, o Tromboelastrograma surgiu como uma ferramenta importante para o manejo dos hemoderivados, sendo útil para uma conduta mais acurada. **CONCLUSÃO.** A abordagem no TCE deve ser pautada pelo ATLS e de acordo com sua gravidade. Além disso, novas ferramentas estão surgindo com fins de redução de morbimortalidade, como a utilização do Ácido Tranexâmico e do plasma pré-hospitalar. Contudo, mais estudos são necessários para se tornarem protocolares.

Palavras-chave: Lesões Encefálicas Traumáticas. Medição de Risco. Assistência Hospitalar.

REFERÊNCIAS:

American College of Surgions Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Suport - ATLS. 10 ed. Chicago: Amer College of Surgeons, 2018.

CRASH-3 trial collaborators. Effects of tranexamic acid on death, disability, vascular occlusive events and other morbidities in patients with acute traumatic brain injury (CRASH-3): a randomised, placebo-controlled trial. Lancet. 2019 Nov 9;394(10210):1713-1723.

Gruen DS, Guyette FX, Brown JB, Okonkwo DO, Puccio AM, Campwala IK, *et al.* Association of Prehospital Plasma With Survival in Patients With Traumatic Brain Injury: A Secondary Analysis of the PAMPer Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2020 Oct 1;3(10):e2016869.

Hota S, Ng M, Hilliard D, Burgess J. Thromboelastogram-Guided Resuscitation for Patients with Traumatic Brain Injury on Novel Anticoagulants. Am Surg. 2019 Aug 1;85(8):861-864.

Resumo

A PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM CASOS DE AFOGAMENTO INFANTIL: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Mariana do Amaral Antunes Oliva[1], Laisa Brasil Ferreira Mayrink[1], Kailane Alieny Cesário de Paula[1], Sara Singulani Marques[1], Sandra Helena Cerrato Tibiriçá[1]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Mariana do Amaral Antunes Oliva - antunes.ma@gmail.com

INTRODUÇÃO: O afogamento constitui uma das principais causas de óbito em crianças e adolescentes no Brasil, sobretudo do sexo masculino, na faixa etária de 1 a 4 anos. Embora haja reconhecimento da importância de ações socioeducativas relativas à prevenção de forma a minimizar o número de óbitos; a utilização de protocolos e as intervenções precoces no atendimento pré-hospitalar nos casos de afogamento infantil apresentam-se como medidas fundamentais para aumentar a sobrevida reduzindo sequelas. **OBJETIVOS:** Realizar uma revisão de escopo para avaliar a padronização do atendimento pré-hospitalar voltada à contenção de danos e diminuição de óbitos no afogamento infantil. **MATERIAIS E MÉTODOS**: Revisão de escopo do tipo integrativo, na qual foram analisados 20 artigos após pesquisa nas bases de dados BVS, PubMed e SciELO, sendo selecionados 15. Os critérios de inclusão foram publicações nos últimos cinco anos ou mais de dez citações em artigos sobre atendimento pré-hospitalar em casos de afogamento infantil; e de exclusão foram título e resumo em desacordo com os objetivos do trabalho. Os descritores utilizados para a pesquisa foram afogamento/ drowning, protocolos/ guidelines, crianças/ children. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos 15 artigos revisados, oito defenderam a ressuscitação enquanto o paciente ainda se encontra na água, com melhores resultados neurológicos e de restabelecimento da circulação. Em contrapartida, há risco de submersão do socorrista, devendo essa opção ser feita por pessoas treinadas. Houve divergência entre a realização do protocolo inicial de compressão (C-A-B) ou ventilação (A-B-C), sendo esse último mais indicado a salva-vidas e profissionais da saúde. Todos os trabalhos destacaram que o atendimento pré-hospitalar em casos de afogamento infantil permite uma resposta rápida e efetiva, apesar de haver divergências entre procedimentos. **CONCLUSÃO:** A padronização do atendimento pré-hospitalar em casos de afogamento infantil é desejável para a formação médica, com divulgação ainda tímida no meio acadêmico. Embora algumas lacunas ainda necessitem ser melhor exploradas, sobretudo no que tange a diretrizes de reanimação de crianças que sofrem uma parada cardíaca após afogamento em relação ao início da ventilação e da compressão, as principais etapas comuns aos autores consistem em verificar a segurança do local; conferir os sinais vitais, iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, além da realização de manobras de aquecimento para reversão da hipotermia, caso necessário.

Palavras-chave: Afogamento. Serviços Médicos de Emergência. Padrões de Referência. Medicina de Emergência Pediátrica.

REFERÊNCIAS:

1. Barcala-Furelos R, Graham D, Abelairas-Gómez C, Rodríguez-Núñez A. Lay-rescuers in drowning incidents: A scoping review. Am J Emerg Med. 2021 Jun;44:38-44.
2. Batista LL, Takita SY, Oliveira CMS, Martin JG, Fioretto JR, Bonatto RC, *et al*. Acidentes por submersão em pediatria: Revisão de literatura. Resid Pediatr. 2023;13(1):1-9.
3. Bierens J, Bray J, Abelairas-Gomez C, Barcala-Furelos R, Beerman S, Claesson A, *et al*. A systematic review of interventions for resuscitation following drowning. Resusc Plus. 2023 Jun 8;14:100406.
4. Borges GS, Santos DA, Oliveira RBSR. Importância de um protocolo para o paciente pediátrico na triagem no pronto atendimento. Var Sci - Ci Saúde. 2021;6(2):121-8.
5. Brenner RA, Taneja GS, Haynie DL, Trumble AC, Qian C, Klinger RM, *et al*. Association between swimming lessons and drowning in childhood: a case-control study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009 Mar;163(3):203-10.
6. Martin JG, Fioretto JR, Carpi MF. Emergências pediátricas. 1a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019.
7. Cavalcanti AL, Oliveira TBS, Rodrigues IS´AA, Cavalcanti CLC, Oliveira TSB, Cavalcanti AFC. Mortes não naturais em crianças e adolescentes brasileiros. Mundo Saúde, São Paulo. 2018;42(2):499-515.
8. Cibulski GM, Daikuhara GKF, Lopes ME, Andretto NJ, Guerino GL. Intervenções e técnicas de suporte a vida nos afogamentos: uma revisão narrativa. Braz J Hea Rev. 2023 Jan. 9;6(1):468-7.
9. Cohen N, Scolnik D, Rimon A, Balla U, Glatstein M. Childhood Drowning: Review of Patients Presenting to the Emergency Departments of 2 Large Tertiary Care Pediatric Hospitals Near and Distant From the Sea Coast. Pediatr Emerg Care. 2020 May;36(5):e258-e262.
10. Correia RB, Nunes JC. Análises das possibilidades de intervenção do professor de educação física, como ação preventiva em acidentes de afogamentos em espaços de lazer e aprendizagem: uma revisão bibliográfica. Sobrasa. 2013:1-25.
11. EBSERH. Protocolo de afogamento em pediatria. Cajazeiras; 2021.
12. Idris AH, Bierens JJLM, Perkins GD, Wenzel V, Nadkarni V, Morley P, *et al*. 2015 revised Utstein-style recommended guidelines for uniform reporting of data from drowning-related resuscitation: An ILCOR advisory statement. Resuscitation. 2017 Sep;118:147-158.
13. IFRC. Drowing: Guidelines [online]. França: Global First Aid Reference Centre. Disponível em: https://www.globalfirstaidcentre.org/drowning/.
14. Biblioteca Virtual em Saúde. Afogamento e submersão [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/acidentes-por-afogamento/.
15. Raess L, Darms A, Meyer-Heim A. Drowning in Children: Retrospective Analysis of Incident Characteristics, Predicting Parameters, and Long-Term Outcome. Children (Basel). 2020 Jul 1;7(7):70.
16. Semple-Hess J, Campwala R. Pediatric submersion injuries: emergency care and resuscitation. Pediatr Emerg Med Pract. 2014 Jun;11(6):1-21; quiz 21-2.
17. Souza MT, Silva MD, Carvalho Rd. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (Sao Paulo). 2010 Mar;8(1):102-6.
18. Szpilman D. Afogamento. Rev Bras Med Esporte. 2000;6(4):131-144.
19. Szpilman D, Vasconcellos MB. Afogamento em piscinas. Informativo epidemiológico - Avaliação no Brasil – 2003 a 2011. Sobrasa. 2014.
20. Szpilman D. Afogamento na infância: epidemiologia, tratamento e prevenção. Rev Paul Pediatria 2005;23(3);142-53.
21. Valle LCP, Morais RCM, Pacheco TJA. Child morbidity and mortality by external causes, Distrito Federal, 2015-2019: correlation study. RSD. 2021 Aug. 8;10(10):e202101018725.

Resumo

CETOACIDOSE DIABÉTICA: MANEJO TERAPÊUTICO, UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nayara Silva do Valle[1], Mayara Lima e Silva[1], Ana Paula Lopes Batalha[1], Gabriel Purgatto Marques[2]

1Faculdade de Medicina do Centro Universitário FAMINAS, Muriaé, Minas Gerais - Brasil
2Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Nayara Silva do Valle - vallenayara@gmail.com

INTRODUÇÃO: A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação da diabetes na qual há produção desmedida de corpos cetônicos, desencadeando sintomas que podem evoluir para coma e morte. **OBJETIVOS:** Demonstrar abordagens terapêuticas atuais no manejo da CAD. **METODOLOGIA:** Estipular a questão norteadora: qual é o manejo terapêutico mais atualizado para tratar a CAD; instituir critérios de exclusão - artigos que não respondem à pergunta e anteriores a 2019, recolher dados, analisar e interpretar de forma crítica os textos selecionados, formular o resumo e revisá-lo. Plataformas utilizadas: Google acadêmico, no qual dos 6940 artigos disponíveis, apenas 2210 são após 2019, mas somente os 4 artigos estão respondendo ao escopo do estudo de forma mais atualizada junto à Diretriz Brasileira de Diabetes. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O tratamento da CAD visa reverter essa emergência metabólica. Inicia-se com a administração intravenosa (IV) de soro fisiológico (SF) 0,9% a uma taxa de 15–20 ml/kg (1 1,5 litros) durante a primeira hora. Após a correção da hipovolemia, a reposição volêmica é guiada pelos níveis séricos do sódio corrigido: se a concentração for baixa (<135 mEq/L), utiliza-se SF 0,9% e se alta (≥135 mEq/L), utiliza-se SF 0,45%. Níveis séricos de potássio > 5,3 mEq/L não necessitam de suplementação, mas devem ser monitorados. Para níveis ≤5,2 e >3,3 mEq/L, a reposição de potássio é realizada para atingir a meta de 4–5 mmol/L. Inicia-se com 20–30 mEq de potássio por litro de fluido IV. Para níveis <3,3 mEq/L espera-se para iniciar a insulinoterapia e administra-se potássio 20—40 mEq/h até o potássio ficar >3,3 mEq/L. A administração de insulina começa 1 hora após a hidratação venosa e quando os níveis séricos de potássio estiverem acima de 3,3 mEq/L com insulina regular IV na dose de 0,1 unidade/kg/h em infusão contínua. A correção da acidose (pH< 6,9) é feita com a administração de bicarbonato de sódio 8,4% 100 mL+ soro fisiológico 0,9% 400 mL em 2 horas e, se necessário, repetir. Quando a glicose no sangue atinge ≤ 200 mg/dL, adiciona-se 5% de dextrose juntamente com SF 0,45% a uma taxa de 150–250 ml/h. **CONCLUSÃO:** Com base nos dados recentes analisados, conclui-se que o manejo terapêutico da CAD está na integração de intervenções que visam a correção de distúrbios hidroeletrolíticos, volemia, acidose, hiperglicemia e identificação e tratamento do fator desencadeante.

Palavras-chave: Cetoacidose Diabética. Acidose. Complicações do Diabetes.

REFERÊNCIAS:

1. Araújo IG, Lima CP, Correa FCV, Alves TA, Araújo JF. Crises Hiperglicêmicas: avaliação clínica e estratégias terapêuticas atuais. Braz J Hea Rev. 2023 Oct. 5;6(5):24057-64.
2. Fuks AG, Vaisberg M. Cetoacidose diabética. Anais da Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro. 2022;193(1):74-83.
3. Gosmanov AR, Gosmanova EO, Kitabchi AE. Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. 2021 May 9. I n: Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000.
4. Lima PTFM, Cazzoletti G, Passos JRC, Silva RRC, Rodrigues LAP, Nogueira JC, *et al*. Cetoacidose Diabética: fisiopatologia, diagnóstico e abordagem terapêutica. Braz. J. Develop. 2023 Sep. 14;9(9):26370-8.
5. Santomauro AT, Santomauro Jr AC, Pessanha AB, Raduan RA, Marino EC, Lamounier RN. Diagnóstico e tratamento da cetoacidose diabética [online]**.** Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2023:1-40.

Resumo

MANEJO E TRATAMENTO DE QUEIMADURAS TÉRMICAS NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Luiz Gustavo Reis Carvalho[1], Maria Eduarda Corradi Ferreira[1], Thamires Siqueira Rocha[1], Fabrício Carvalho Torres[1]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Luiz Gustavo Reis Carvalho - luizcarvalho1051@gmail.com

INTRODUÇÃO: As queimaduras são lesões em tecidos orgânicos causadas por agentes térmicos, elétricos ou químicos, que resultam na agressão e morte celular. As térmicas são o tipo mais frequente, correspondendo a 86% dos casos e gerando inúmeras sequelas nas vítimas. Assim, o manejo inicial adequado é crucial para reduzir a morbimortalidade desses indivíduos. Entretanto, apesar dos avanços no tratamento das queimaduras, estas ainda representam um sério problema de saúde global, causando cerca de 180 mil mortes anualmente, ressaltando a importância do assunto. **OBJETIVOS:** Analisar a literatura científica e sintetizar as evidências do manejo da vítima de queimaduras térmicas na emergência. **MÉTODOS:** Revisão bibliográfica com levantamento dos dados nas bases científicas: PubMed, BVS e Scopus; utilizando os descritores: "Burn", "Treatment" e "Thermal". Incluíram-se artigos em português e inglês, publicados nos anos 2018-2023, texto completo disponível e que abordavam o atendimento de emergência. Foram encontrados 413 artigos, que após análise e exclusão dos que não atendiam aos critérios, 12 foram selecionados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Constatou-se que o prognóstico e o manejo do paciente queimado dependem da gravidade da lesão, que, por sua vez, é determinada pela sua localização, profundidade e extensão em relação à superfície corporal total envolvida. Contatou-se também, que o paciente queimado deve ser considerado como vítima de trauma, portanto sujeito às diretrizes do Suporte Avançado de Vida no Trauma, que compreendem, entre outras, a avaliação e estabilização das vias aéreas, incluindo intubação orotraqueal, e a checagem da respiração e circulação. Assim, recomenda-se remover a causa da queimadura e resfriar o local imediatamente, evitando o uso de gelo e atentando-se para o risco de hipotermia. A seguir, guiar a reanimação volêmica com ringer lactato, pelas fórmulas de Brooke ou Parkland, visando otimizar a perfusão dos órgãos-alvo, especialmente em queimaduras extensas. Pode-se associar albumina para aumentar o débito urinário e diminuir o volume total infundido, além de agentes anabólicos/ anticatabólicos visando à regulação hormonal. Ademais, é fundamental repor proteínas e micronutrientes, realizar o controle farmacológico da dor e limpar a região queimada, removendo tecido desvitalizado. Após o desbridamento, administrar curativos e antibióticos tópicos, como sulfadiazina de prata, e ocluir a ferida em caso de queimaduras graves, visando reduzir a taxa metabólica, a perda proteica e o risco de infeção. **CONCLUSÃO:** O tratamento adequado das queimaduras impacta significativamente na redução da morbimortalidade dos pacientes, sendo de extrema importância a divulgação de protocolos atualizados para guiarem os profissionais na abordagem emergencial dessas lesões.

Palavras-chave: Queimaduras. Terapêutica. Emergências.

REFERÊNCIAS:

1. Badulak JH, Schurr M, Sauaia A, Ivashchenko A, Peltz E. Defining the criteria for intubation of the patient with thermal burns. Burns. 2018 May;44(3):531-538.
2. Comish P, Walsh M, Castillo-Angeles M, Kuhlenschmidt K, Carlson D, Arnoldo B, *et al*. Adoption of rescue colloid during burn resuscitation decreases fluid administered and restores end-organ perfusion. Burns. 2021 Dec;47(8):1844-1850.
3. Souza LRP, Lima MFAB, Dias RO, Cardoso EG, Briere AL, Silva JO. O tratamento de queimaduras: uma revisão bibliográfica / The burn treatment: a bibliographic review. Braz. J. Develop. 2021 Apr. 9;7(4).
4. Noorbakhsh SI, Bonar EM, Polinski R, Amin MS. Educational Case: Burn Injury-Pathophysiology, Classification, and Treatment. Acad Pathol. 2021 Nov 28;8:23742895211057239.
5. Regan A, Hotwagner DT. Burn Fluid Management. 2023 Jun 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.
6. Romanowski KS, Carson J, Pape K, Bernal E, Sharar S, Wiechman S, *et al*. American Burn Association Guidelines on the Management of Acute Pain in the Adult Burn Patient: A Review of the Literature, a Compilation of Expert Opinion, and Next Steps. J Burn Care Res. 2020 Nov 30;41(6):1129-1151.
7. Walker NJ, King KC. Acute and Chronic Thermal Burn Evaluation and Management. 2023 May 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.
8. Żwierełło W, Piorun K, Skórka-Majewicz M, Maruszewska A, Antoniewski J, Gutowska I. Burns: Classification, Pathophysiology, and Treatment: A Review. Int J Mol Sci. 2023 Feb 13;24(4):3749.
9. Żwierełło W, Styburski D, Maruszewska A, Piorun K, Skórka-Majewicz M, Czerwińska M, *et al*. Bioelements in the treatment of burn injuries - The complex review of metabolism and supplementation (copper, selenium, zinc, iron, manganese, chromium and magnesium). J Trace Elem Med Biol. 2020 Dec;62:126616.

Resumo

SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA FORMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: O USO DE METODOLOGIA ATIVA NO ENSINO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Vitória Maria Pires Garcia[1], Mariana Guimarães Bastos[1], Karina Cristini Barboza Rossignoli[1], Denise Rocha Raimundo Leone[1]

1Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora; Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente
Vitória Maria Pires Garcia - vi_bq@hormail.com

INTRODUÇÃO: A simulação realística é um tipo de metodologia ativa que possibilita o aprendizado de discentes em um ambiente controlado, semelhante ao real e sem riscos ao pacientes. Esta contribui para visão crítico-reflexiva do docente sobre suas habilidades, competências e limitações. Assim, a utilização de metodologias ativas durante o aprendizado na urgência e emergência mostra-se eficaz, pois o aluno torna-se agente ativo do seu aprendizado ao sair da zona de conforto. **OBJETIVOS:** Revisar a literatura disponível acerca da aplicabilidade da utilização de simulação realística na disciplina de urgência e emergência. **MÉTODOS:** Revisão bibliográfica realizada em setembro de 2023 nas bases de dados MEDLINE, LILACS e Base de Dados em Enfermagem (BDENF) que visa responder a questão: a utilização de metodologia ativa, sobretudo da simulação realística, é aplicável no ensino da urgência e emergência? Foram critérios de inclusão artigos publicados nos últimos cinco anos, em inglês, português e espanhol, que respondessem a questão norteadora. Foram excluídos artigos que não estivessem disponíiveis na integra de forma gratuita. Utilizou-se operador booleano AND nas buscas com os descritores Treinamento por simulação; Aprendizagem baseada em problemas; Educação em Enfermagem; Enfermagem em emergência. Com as buscas encontrou-se 41 artigos, porém 23 foram excluídos, por não apresentarem a temática do objeto desta revisão, 7 artigos retirados por não estarem disponíveis gratuitamente, tendo 11 artigos na amostra final. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A utilização de metodologias ativas possibilita uma relação entre teoria e prática através da experimentação realística, ao replicar situações reais, que viabilizem o desenvolvimento de competências clínicas em enfermagem na atuação em emergências. Perante situações simuladas, os acadêmicos são capazes de refletir sobre a vivência, desenvolver habilidades psicomotoras e atitudes a serem aplicadas nas decisões clínicas. No qual, soma sua autorreflexão e autoeficácia ao obter êxito em suas conquistas através da capacidade de ser bem sucedido em uma tarefa. Desse modo, a simulação realística, no emprego da metodologia ativa no ensino de disciplinas de alta complexidade, contribui para um atendimento assertivo e de qualidade em diferentes cenários em que a enfermagem atua ao capacitar os discentes para além da sala de aula, podendo prestar suporte básico de vida na sua vivência em comunidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto, a utilização de metodologias ativas na disciplina de urgência e emergência vislumbra um ensino altamente participativo com experimentação ativa, ao exercer a profissão através da prática simulada em laboratório, cuja desenvoltura proporciona autonomia, proatividade e agilidade durante a realização dos procedimentos.

Palavras-chave: Treinamento por Simulação. Aprendizagem Baseada em Problemas. Educação em Enfermagem. Enfermagem em Emergência.

REFERÊNCIAS:

1. Boostel R, Bortolato-Major C, Silva NO da, Vilarinho J de OV, Fontoura AC de OB, Felix JVC. Contribuições da simulação clínica versus prática convencional em laboratório de enfermagem na primeira experiência clínica. Esc Anna Nery. 2021;25(3):e20200301
2. Chow KM, Ahmat R, Leung AWY, Chan CWH. Is high-fidelity simulation-based training in emergency nursing effective in enhancing clinical decision-making skills? A mixed methods study. Nurse Educ Pract. 2023 May;69:103610.
3. Costa CRB, Melo ES, Reis RK. Simulação no ensino de emergência para estudantes de enfermagem. Rev Cuid. 2020;11(2):e853.
4. Janicas RCSV, Narchi NZ. Evaluation of nursing students' learning using realistic scenarios with and without debriefing. Rev Latino-Am Enferm. 2019;27:e3187.
5. Nascimento JSG, Oliveira JLG, Alves MG, Siqueira TV, Assis MS, Dalri MCB. Simulação clínica em enfermagem à luz da aprendizagem experiencial: revisão sistemática. Rev Enferm Cent O Min. 2022;12:e4405.

Resumo

USO DO ULTRASSOM PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISPNEIA AGUDA DE CAUSA CARDIOGÊNICA

Rafaela Paschoalim Rocha[1], Isabelle Lutterbach Erthal[1], Sarah Quick Lourenço de Lima[1], Clarice Bitencourt Costa[1], Camilla Rodrigues de Assis[1], Flávio Augusto Teixeira Ronzani[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Rafaela Paschoalim Rocha - rafaela.paschoalim@medicina.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A dispneia é um sintoma comum nas unidades de pronto atendimento e a definição de sua causa básica pode ser um desafio para os profissionais da saúde. Exames complementares são de grande relevância para o diagnóstico diferencial e para definição de etiologias relacionadas ao sistema cardiovascular. Dessa maneira, a ultrassonografia à beira do leito (USG) pode constituir-se uma importante ferramenta para a complementação do diagnóstico de causas básicas cardíacas emergenciais a partir da identificação de padrões ultrassonográficos específicos que permitam a diferenciação em relação a doenças pulmonares. **OBJETIVOS:** O objetivo deste trabalho é buscar na bibliografia o papel da ultrassonografia durante a emergência para diferenciação da dispneia cardiogênica, buscando entender seus impactos e limitações. **MÉTODOS:** Pesquisa nas bases de dados UpToDate e PubMed os descritores ultrassom, dispneia cardiogênica e diagnóstico diferencial com posterior seleção das publicações mais recentes dos últimos quinze anos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os testes diagnósticos básicos a serem realizados no quadro de dispneia aguda em adultos incluem radiografia de tórax, eletrocardiograma, hemograma completo e análises químicas séricas. Somado a isso, o ultrassom à beira leito pode ser usado como uma ferramenta rápida e efetiva para investigar causas importantes de dispneia e diferenciação da dispneia de origem cardiogênica ao identificar: insuficiência cardíaca aguda, tamponamento pericárdico e anormalidades de movimento da parede cardíaca. A ultrassonografia à beira leito implica a realização da ecocardiografia básica que permite sensibilidade e especificidade altas para pacientes que chegaram ao pronto socorro com probabilidades pré-teste moderada a alta de edema pulmonar agudo. Ademais, a realização da ultrassonografia pulmonar contribui para o diagnóstico de insuficiência cardíaca aguda, pois permite a identificação de artefatos de reverberação, conhecidos como linhas B, em situações de edema agudo de pulmão. Contudo, é importante salientar que, nesse caso, o achado ultrassonográfico é de baixa especificidade, uma vez que, as linhas B também são detectadas em outras condições pulmonares. O uso da ultrassonografia complementa os exames padrões pedidos, balanceando suas limitações. **CONCLUSÃO:** A USG realizada a beira leito é uma importante ferramenta capaz de ajudar na investigação das etiologias relacionadas a dispneia aguda. A partir de padrões ultrassonográficos, é possível, em um ambiente de emergência ou no monitoramento da evolução clínica obter, com auxílio de outros exames, avaliação diagnóstica mais rápida e eficaz.

Palavras-chave: Ultrassom. Diagnóstico. Dispneia. Cardiogênica.

REFERÊNCIAS:

1. Cardinale L, Priola AM, Moretti F, Volpicelli G. Effectiveness of chest radiography, lung ultrasound and thoracic computed tomography in the diagnosis of congestive heart failure. World J Radiol. 2014 Jun 28;6(6):230-7.
2. Cibinel GA, Casoli G, Elia F, Padoan M, Pivetta E, Lupia E, *et al*. Diagnostic accuracy and reproducibility of pleural and lung ultrasound in discriminating cardiogenic causes of acute dyspnea in the emergency department. Intern Emerg Med. 2012 Feb;7(1):65-70.
3. Gartlehner G, Wagner G, Affengruber L, Chapman A, Dobrescu A, Klerings I, *et al*. Point-of-Care Ultrasonography in Patients With Acute Dyspnea: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2021 Jul;174(7):967-976.
4. Qaseem A, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Kansagara D, Fitterman N, Wilt TJ; *et al*. Appropriate Use of Point-of-Care Ultrasonography in Patients With Acute Dyspnea in Emergency Department or Inpatient Settings: A Clinical Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2021 Jul;174(7):985-993.
5. Stefanini E, Reggi S, Echenique LS. Avaliação e diagnóstico diferencial da dispneia aguda. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2009;19(2):125-33.

Resumo

SÍNDROME DE LISE TUMORAL: UMA EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA

Thalles Rodrigues Pinheiro[1], Abner Ramos de Castro[1], Fabrício Junio Mendes Santos[1], Beatriz Honorato Fernandes[1], Mateus Pinheiro Pessanha[1], Bruno Aquino Marcelino[2]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2Hospital Nove de Julho, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Thalles Rodrigues Pinheiro - thalles.pinheiro@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Lise Tumoral (SLT) representa uma constelação de complicações metabólicas resultantes da rápida liberação de produtos intracelulares por uma lise massiva de células tumorais, sendo uma das emergências mais comuns em pronto atendimentos de hospitais oncológicos e, até mesmo, não oncológicos. Pode ser de evolução rápida e fatal, com taxas de mortalidade relatadas de 29% a 79%, sendo necessário reconhecimento imediato do plantonista e manejo de urgência assertivos. **OBJETIVOS:** Essa revisão possui como objetivo caracterizar, através da literatura científica, a Síndrome de Lise Tumoral em um contexto de emergência e urgência oncológica, abordando sua etiologia, apresentação clínica e tratamento. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, selecionando artigos publicados na base de dados da BVS. A pesquisa foi realizada com os descritores "Tumor lysis syndrome" AND "emergency", e com a aplicação dos filtros, foram encontrados 47 artigos nos últimos 10 anos, e dentre eles, foi feita a leitura dos títulos por 3 integrantes e discutidos com orientador e demais do grupo, foram selecionados 5 artigos com relevância no tema abordado para serem feitos a leitura na íntegra. Foram excluídos aqueles que não corresponderam à temática relatada ou ao recorte temporal. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A SLT é mais incidente em pacientes com neoplasias hematológicas ou neoplasias com alta taxa proliferativa, após o início de terapia citotóxica. Porém, pode ocorrer espontaneamente e em pacientes com tumores sólidos. Está associada a anormalidades metabólicas como hiperuricemia, hipercalemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia, e nestes casos, exames complementares são necessários, como o ECG, analisando possível intervalo QT prolongado e consequente arritmias, tratando imediatamente. As complicações são graves e estão relacionados principalmente a lesão renal aguda, podendo desencadear também convulsões, arritmias cardíacas e óbito súbito. A maioria dos artigos define que a intervenção emergencial deve ser realizada ainda na sala de emergência, controlando a dor, corrigindo os distúrbios eletrolíticos e assegurando a hidratação adequada. Medicamentos como Alopurinol e Rasburicase são recomendados para correção do nível de ácido úrico sérico e, se necessário, associado com diuréticos. O tratamento segue diretrizes de acordo com a gravidade do quadro do doente, dependendo do grau de anormalidade eletrolítica, comprometimento renal e complicações associadas. **CONCLUSÃO:** O manejo da Síndrome de Lise Tumoral no serviço de urgência e emergência deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar envolvendo nefrologistas, oncologistas e intensivistas, de forma a garantir o tratamento adequado e prevenção de complicações graves.

Palavras-chave: Emergências. Neoplasias. Síndrome de Lise Tumoral. Doenças Metabólicas.

REFERÊNCIAS:

1. Barbar T, Jaffer Sathick I. Tumor Lysis Syndrome. Adv Chronic Kidney Dis. 2021 Sep;28(5):438-446.e1.
2. Criscuolo M, Fianchi L, Dragonetti G, Pagano L. Tumor lysis syndrome: review of pathogenesis, risk factors and management of a medical emergency. Expert Rev Hematol. 2016;9(2):197-208.
3. Durfee EM. Tumor Lysis Syndrome. Crit Care Nurse. 2022 Jun 1;42(3):19-25.
4. Gould Rothberg BE, Quest TE, Yeung SJ, Pelosof LC, Gerber DE, Seltzer JA, *et al*. Oncologic emergencies and urgencies: A comprehensive review. CA Cancer J Clin. 2022 Nov;72(6):570-593.
5. Rahmani B, Patel S, Seyam O, Gandhi J, Reid I, Smith N, *et al*. Current understanding of tumor lysis syndrome. Hematol Oncol. 2019 Dec;37(5):537-547.

Resumo

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Verônica Duarte de Oliveira[1] , Rodrigo Andrade[1]

1 Centro Universitário do Sudeste Mineiro, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Verônica Duarte de Oliveira - veronicaduartesd00@gmail.com

INTRODUÇÃO: De acordo com o departamento de informática do Sistema Único de Saúde, o infarto agudo do miocárdio institui-se como uma das principais causas de morte no Brasil, com registros de óbitos em torno de 100 mil/ano. A maioria da população brasileira tem acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde e Atenção primária, que representam os primeiros contatos dos indivíduos com a saúde. Nesse contexto, o enfermeiro é o primeiro a ter contato com os indivíduos, alcançando suas necessidades integradas ao seu histórico de vida e atuando na modificação dos hábitos dos que possuem fatores de risco para infarto. Os fatores que predispõem o infarto estão relacionados à hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes, tabagismo, obesidade, estresse e sedentarismo. **OBJETIVOS**: Destacar a importância e ações do enfermeiro frente a promoção de saúde e prevenção do infarto agudo do miocárdio na atenção primária. **METODOLOGIA**: Trata-se de revisão de literatura que consiste na busca de material já elaborado, constituído de publicações em periódicos, artigos científicos e resoluções de leis. Como critério de seleção foram utilizados artigos disponíveis de forma online e gratuitos, no idioma português (Brasil), publicados a menos de 7 anos, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde. A pesquisa foi realizada entre agosto de 2022 a maio de 2023, utilizando as bases de dados das plataformas Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e do Ministério da Saúde, aplicando os descritores: Atenção primária à saúde, Infarto agudo do miocárdio, Educação em saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**: Foram identificados 68 artigos abordando a temática, sendo 41 excluídos por excederem a data de publicação. Na amostra final foram utilizados 27 artigos. Os autores observaram que o infarto prevalece em indivíduos com algum fator de risco naõ modificável, idade, histórico familiar,doenças prévias, (70,3%), ou modificável ,hábitos de vida, (29,6%). Dessa forma, os estudos mostraram que o enfermeiro atua no controle desses fatores, realizando ações de consulta de enfermagem (40,7%) e de educação em saúde no programa HIPERDIA e em datas comemorativas, como dia do combate ao tabagismo e dia do coração (59,2%). **CONCLUSÃO**: A contribuição do enfermeiro mediante a prevenção do infarto agudo do miocárdio na atenção primária à saúde está relacionada principalmente com o manejo dos fatores de risco por meio da educação em saúde, esclarecendo os sinais e sintomas e estimulando práticas saudáveis de vida.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Infarto do Miocárdio. Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [online]. Brasília; 2022. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def.

2. Tavares GA, Barreto-Filho JAS. Potential of Family Health Strategy Against Cardiovascular Disease. Arq Bras Cardiol. 2017 Dec;109(6):507–8.

3. Lima GD. Ações do enfermeiro frente o infarto agudo do miocárdio na população masculina: uma revisão de literatura [Trabalho de Conclusão de Curso]. Ariquemes: Faculdade de Educação e Meio Ambiente; 2020.

4. Oliveira LAM, Martins CR, Fontinele AVC, Oliveira CP, Araújo MP, Souza JM, *et al*. Cuidados de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio: Uma revisão integrativa. Braz. J. Surg. Clin. Res. 2019;28(3):77-79.

Resumo

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RISCO INTERMEDIÁRIO: QUAL É A MELHOR ABORDAGEM?

Ana Clara Kozlowski Caravieri[1], Amanda Sabino dos Santos[1], Adriano Araújo Aires[1], João Paulo Carvalho Figueira[1], Arise Garcia de Siqueira Galil[1]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais –Brasil

Autor correspondente
Ana Clara Kozlowski Caravieri - ana.caravieri@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma emergência cardiovascular com estratificação de risco feita por uma combinação de variáveis clínicas, biomarcadores de lesão miocárdica e imagens de disfunção do ventrículo direito (VD). Essa estratificação divide-se em risco baixo, intermediário/baixo, intermediário/alto e alto. No risco intermediário/baixo é indicada a anticoagulação oral. Em risco intermediário/alto, a terapia fibrinolítica sistêmica (TFS) tem sido de primeira escolha, mas pelo risco de hemorragias, especialmente intracerebral, existe urgência em opções de reperfusão mais seguras. **OBJETIVO:** Discutir as melhores abordagens no TEP de risco intermediário com contraindicação à fibrinólise. **METODOLOGIA:** Revisão bibliográfica simples, onde a base de dados *BVSalud,* foi a escolhida. A base foi acessada em setembro de 2023, com os seguintes descritores: "*pulmonary thromboembolism*" AND "*fibrinolytic therapy*" AND "*reperfusion*". Foram incluídos estudos que abordassem a estratificação de risco da TEP, TFS ou outros tratamentos de reperfusão, compreendidos no tempo de até 7 anos de publicação, com idioma em inglês ou português. Excluídos estudos em animais. Foram selecionados 15 artigos, dos quais 8 preencheram os critérios de inclusão. **DISCUSSÃO**: A gestão de pacientes com risco intermediário, que inicialmente parecem estáveis hemodinamicamente, mas apresentam evidências de disfunção do VD e/ou níveis elevados de biomarcadores cardíacos, foi um tópico em debate. Os estudos tendem a desaconselhar a fibrinólise em pacientes com risco intermediário/ baixo, sendo a anticoagulação parenteral/oral, o tratamento de escolha. A maior controvérsia para a TFS na TEP foi em pacientes normotensos com disfunção do VD, representando metade dos casos. Nesse subgrupo, a TFS melhorou a perfusão pulmonar e reduziu a disfunção ventricular direita, mas não reduziu a mortalidade, quando comparada à heparina. A maioria das diretrizes sugeriu fibrinólise em pacientes com agravamento súbito e baixo risco de sangramento. Para muitos desses pacientes com contraindicação a TFS, abordagens trombolíticas por cateter permitiriam a administração localizada de doses reduzidas de fibrinolíticos, excelente alternativa em casos de maior risco de sangramento. Estudos têm demonstrado resultados promissores em reperfusão cateter-direcionada, incluindo melhorias hemodinâmicas, na função ventricular direita e redução de trombos pulmonares. Além disso, em insucesso da fibrinólise e situações de alto risco, a embolectomia mecânica/ sucção também foi recomendada. **CONCLUSÃO:** Embolectomia cirúrgica permaneceu como opção de resgate em pacientes instáveis, de alto risco e com contraindicações a TFS, porém com ressalvas. Tratamentos cateter-direcionados representam uma alternativa promissora, com baixa morbimortalidade, contudo, sua ampla aplicação clínica dependerá de dados mais robustos.

Palavras-chaves: Reperfusão. Embolia Pulmonar. Fibrinólise. Terapia Trombolítica. Anticoagulantes.

REFERÊNCIAS:

1. Baruzzi ACA, Generoso G, Prazeres CE, Hames R, Cardoso FA, Furlan V. Atualização do diagnóstico e tratamento do tromboembolismo pulmonar. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2016;26(1):46-55.
2. Delmas C, Aissaoui N, Meneveau N, Bouvaist H, Rousseau H, Puymirat E, *et al.* Reperfusion therapies in pulmonary embolism-state of the art and expert opinion: A position paper from the "Unité de Soins Intensifs de Cardiologie" group of the French Society of Cardiology. Arch Cardiovasc Dis. 2020 Nov;113(11):749-759.
3. ngelberger RP, Kucher N. Reperfusion Treatment for Acute Pulmonary Embolism. Hamostaseologie. 2018 May;38(2):98-105.
4. Furlaneto MJ, Gerhardt MA, Facchinetti CY, Baccaro B, Ferreira MÍ, Ohe NL. Trombólise em paciente jovem com tromboembolia pulmonar aguda de risco intermediário alto bem-sucedida. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2020;30(2 Suppl. B):233-233.
5. Hobohm L, Keller K, Münzel T, Gori T, Konstantinides SV. EkoSonic® endovascular system and other catheter-directed treatment reperfusion strategies for acute pulmonary embolism: overview of efficacy and safety outcomes. Expert Rev Med Devices. 2020 Aug;17(8):739-749.
6. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing GJ, Harjola VP, *et al.* 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 2020 Jan 21;41(4):543-603.
7. Sánchez-Recalde A, Moreno R, Jiménez-Valero S, Galeote G. Systemic Thrombolysis for High-risk Pulmonary Embolism Versus Percutaneous Transcatheter Treatment. Response. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2016 Aug;69(8):801-2.
8. Stewart LK, Kline JA. Fibrinolytics for the treatment of pulmonary embolism. Transl Res. 2020 Nov;225:82-94.

Resumo

ABORDAGEM DA NEUTROPENIA FEBRIL NA EMERGÊNCIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Júlia Santos Pedrosa[1], Luisa Maciel Oliveira[1], Maria Eduarda Duarte de Oliveira[1], Ronald Godinho de Oliveira Silva[1], Sabrine Teixeira Ferraz Grunewald[1]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Júlia Santos Pedrosa - julia.pedrosa@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A neutropenia febril (NF) é definida pela presença de febre em pacientes com contagem absoluta de neutrófilos inferior a 500 células/mm³ ou, ainda, com expectativa de decréscimo para valores inferiores a 500 células/mm³ nas próximas 48 horas. Trata-se de uma das complicações mais graves da quimioterapia citotóxica em pacientes pediátricos, especialmente naqueles em tratamento de neoplasias hematológicas, resultando em importante morbidade e mortalidade. Portanto, reconhece-se a relevância da correta abordagem na emergência da NF em pacientes pediátricos em tratamento oncológico. **OBJETIVOS:** Revisar os avanços e as medidas preconizadas atualmente para a abordagem na emergência da neutropenia febril em crianças em tratamento oncológico. **MÉTODOS:** Selecionaram-se revisões narrativas e sistemáticas e ensaios clínicos controlados e randomizados, publicados entre 2013 e 2023, em língua inglesa, indexados na base de dados PubMed, a partir dos descritores "febrile neutropenic", "pediatrics", "diagnosis" e "treatment". Foram encontrados 31 estudos, dos quais 8 foram selecionados para revisão por atenderem aos objetivos deste trabalho. **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:** O diagnóstico da neutropenia febril se inicia pela anamnese e exame físico minuciosos, com atenção à pele e mucosas perioral, perirretal e aérea. Hemocultura, urinálise e cultura são apontados como exames que devem ser obtidos de todas as crianças. O início imediato e empírico de antibióticos de largo espectro até a remissão da febre constitui o cuidado padrão. Porém, ainda não há um consenso entre os estudos sobre qual antibioticoterapia usar em cada criança, quando e como ela deve ser modificada e/ou interrompida, e quais pacientes se beneficiariam do uso de antifúngicos. Entretanto, a literatura aborda a possibilidade de iniciar com a monoterapia, sendo os antimicrobianos preconizados as penicilinas antipseudomonas, as cefalosporinas antipseudomonas ou os carbapenêmicos. A terapia dupla, com adição de aminoglicosídeos ao primeiro esquema, ou glicopeptídeos vem sendo recomendados a pacientes instáveis ou com suspeita de infecção resistente. O tratamento ambulatorial oral tem sido indicado apenas para pacientes de baixo risco e fácil acesso à unidade hospitalar. Nesses casos, os estudos pediátricos preconizam a fluoroquinolona, amoxicilina-clavulanato e cefixima. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que ainda não há consenso sobre qual o melhor protocolo para a abordagem da neutropenia febril na emergência oncopediátrica. Além disso, a falta de um modelo de predição de risco aplicável e validado internacionalmente para esses pacientes prejudica um manejo individualizado. Assim, faz-se necessário mais estudos para criação de diretrizes pediátricas específicas, uma vez que este grupo exige doses e medicamentos que, geralmente, variam da população adulta.

Palavras-chave: Medicina de Emergência Pediátrica. Hematologia. Oncologia.

REFERÊNCIAS:

1. Barton CD, Waugh LK, Nielsen MJ, Paulus S. Febrile neutropenia in children treated for malignancy. J Infect. 2015 Jun;71 Suppl 1:S27-35.
2. Gurlek Gokcebay D, Akpinar Tekgunduz S. Granulocyte transfusions in the management of neutropenic fever: A pediatric perspective. Transfus Apher Sci. 2018 Feb;57(1):16-19.
3. Kebudi R, Kizilocak H. Febrile Neutropenia in Children with Cancer: Approach to Diagnosis and Treatment. Curr Pediatr Rev. 2018;14(3):204-209.
4. Lehrnbecher T, Groll A, Agyeman P, Ammann RA, Attarbaschi A, Behrends U, *et al*. Recommendations for Diagnostics and Therapy of Children with Cancer Presenting with Fever and Neutropenia - Comparison of Two Current Guidelines. Klin Padiatr. 2018 Apr;230(3):115-121.
5. Lehrnbecher T. Treatment of fever in neutropenia in pediatric oncology patients. Curr Opin Pediatr. 2019 Feb;31(1):35-40.
6. Loeffen EA, Te Poele EM, Tissing WJ, Boezen HM, de Bont ES. Very early discharge versus early discharge versus non-early discharge in children with cancer and febrile neutropenia. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 22;2(2):CD008382.
7. Pulcini CD, Lentz S, Saladino RA, Bounds R, Herrington R, Michaels MG, *et al*. Emergency management of fever and neutropenia in children with cancer: A review. Am J Emerg Med. 2021 Dec;50:693-698.
8. Vedi A, Cohn R. Oral versus intravenous antibiotics in treatment of paediatric febrile neutropenia. J Paediatr Child Health. 2013 Mar;49(3):170-8.
9. Velasco IT, Brandão Neto RA, Souza HP, Marino LO, Marchini JFM, Alencar JCG. Medicina de emergência: abordagem prática. Barueri, SP: Manole, 2019.

Resumo

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DIAGNOSTICADO COM AUXÍLIO DE ULTRASSOM POINT OF CARE: UM RELATO DE CASO

Leonardo Rodrigo Castilho[1], Amanda Costa Moreira[1], Pedro Lawall de Carvalho[1], Bernardo Augusto Andrade Lima[2]

1Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil 2Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Leonardo Rodrigo Castilho - leonardorcpeters@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Tromboembolismo pulmonar (TEP) consiste na obstrução aguda por coágulos sanguíneos oriundos da circulação venosa sistêmica, impactando um ou mais ramos da artéria pulmonar. Sua apresentação clínica é variável, com achados habitualmente inespecíficos, dificultando o diagnóstico. **OBJETIVOS:** Relatar o caso de um paciente diagnosticado com TEP agudo e indicar como o Ultrassom Point of Care (POCUS) contribuiu para o diagnóstico. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo masculino, 79 anos, com histórico de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, apresentou episódio de síncope durante consulta no ambulatório de Cardiologia. Ao despertar, apresentou letargia, sudorese, palidez e hipotensão. Em um contexto emergencial, devido à instabilidade hemodinâmica, foi feito uma avaliação com POCUS, que demonstrou sinais indiretos de aumento da pressão em câmaras direitas do coração, sugestivos de TEP agudo: ingurgitamento da veia cava inferior, sinal de McConnell, caracterizado pela alteração da contratilidade segmentar do ventrículo direito, havendo uma acinesia do segmento médio associada a uma hipercinesia de região apical, e sinal de Bernheim reverso. Posteriormente, o paciente foi enviado à unidade de terapia intensiva, onde os exames de radiografia de tórax e eletrocardiograma não obtiveram achados relevantes. Devido à suspeita clínica de Trombose Venosa Profunda, foi realizado ultrassom em membro inferior direito, confirmando um trombo endoluminal nas veias femoral superficial e poplítea. Assim, o diagnóstico de TEP bilateral foi confirmado com auxílio da angiotomografia computadorizada de tórax com contraste. O paciente foi anticoagulado e acompanhado até a melhora clínica. **DISCUSSÃO:** Frente a uma suspeita de TEP, o POCUS é um exame de grande valia, pois consegue detectar indiretamente alterações de sobrecarga do ventrículo direito. Perante um exame normal, a hipótese de embolia pulmonar maciça não é descartada. Vários sinais ultrassonográficos possuem alta especificidade para embolia pulmonar, sugerindo que a implementação da ecografia na avaliação inicial de pacientes com suspeita de TEP pode facilitar a seleção de pacientes para exames mais específicos, como a angiotomografia. O ultrassom de membros inferiores tem alta especificidade e sensibilidade na detecção de trombose venosa proximal e o ecocardiograma apresenta baixa sensibilidade. O diagnóstico definitivo inclui a angiotomografia arterial do tórax, com elevada sensibilidade e especificidade. **CONCLUSÃO**: O TEP é potencialmente fatal e deve ser diagnosticado precocemente para adequada conduta terapêutica. A utilização do POCUS, quando disponível, é uma ferramenta importante na emergência, pois fornece uma avaliação rápida de condições que podem levar o paciente ao óbito, como a embolia pulmonar.

Palavras-chave: Embolia Pulmonar. Ultrassonografia. Ecografia.

REFERÊNCIAS:

1. Albricker ACL, Freire CMV, Santos SND, Alcantara ML, Saleh MH, Cantisano AL, *et al*. Joint Guideline on Venous Thromboembolism - 2022. Arq Bras Cardiol. 2022 Apr;118(4):797-857.
2. Baruzzi ACA, Generoso G, Prazeres CE, Hames R, Cardoso FA, Furlan V. Atualização do diagnóstico e tratamento do tromboembolismo pulmonar. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2016;26(1):46-55.
3. Chen W, Xu K, Li Y, Hao M, Yang Y, Liu X, *et al*. Clinical value of thoracic ultrasonography in the diagnosis of pulmonary embolism: a systematic review and meta-analysis. Med Ultrason. 2022 May 25;24(2):226-234.
4. Falsetti L, Zaccone V, Marra AM, Tarquinio N, Viticchi G, Sampaolesi M, *et al*. Clinical Method Applied to Focused Ultrasound: The Case of Wells' Score and Echocardiography in the Emergency Department: A Systematic Review and a Meta-Analysis. Medicina (Kaunas). 2021 Jul 28;57(8):766.
5. Falster C, Jacobsen N, Coman KE, Højlund M, Gaist TA, Posth S, *et al*. Diagnostic accuracy of focused deep venous, lung, cardiac and multiorgan ultrasound in suspected pulmonary embolism: a systematic review and meta-analysis. Thorax. 2022 Jul;77(7):679-689.
6. Wittram C, Meehan MJ, Halpern EF, Shepard JA, McLoud TC, Thrall JH. Trends in thoracic radiology over a decade at a large academic medical center. J Thorac Imaging. 2004 Jul;19(3):164-70.

Resumo

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NO CONTEXTO DO TRAUMA: UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Sophia Calábria da Silveira[1], Gustavo Maurício Almeida Andrade[1], Gustavo Sales Moreto[1], Carolina Frederico Lessa[1], Maria Eduarda Garcia de Andrade[1], Larissa Milani Coutinho[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente
Sophia Calábria da Silveira - sophia.calabria2000@gmail.com

INTRODUÇÃO: O trauma durante a gestação é a maior causa de morte materna não obstétrica e fator causal de diversas complicações. Dentre elas, está o descolamento prematuro de placenta (DPP), definido como separação precoce da placenta em relação à decídua após a 20º semana de gestação. **OBJETIVOS:** Revisar recomendações para abordagem diagnóstica e manejo da DPP no contexto do trauma. **MÉTODOS:** Revisão bibliográfica narrativa realizada por meio de diretrizes da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e base MEDLINE em agosto de 2023. Utilizou-se os descritores "placental abruption" AND "abdominal trauma" com artigos dos últimos 15 anos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A DPP é causada pela ruptura dos vasos maternos no decíduo basal e consequente acúmulo de sangue, com separação da placenta. No contexto de trauma, a maioria dos DPP ocorre de 6 à 9 horas do evento, sendo o sangramento ocasionado pela tração da placenta inelástica e, no caso de acidentes automobilísticos, pela rápida desaceleração-aceleração uterina, sem alongamento placentário simultâneo. O diagnóstico é eminentemente clínico abrangendo súbita dor abdominal, sangramento vaginal, hipertonia uterina e frequência cardíaca fetal alterada. O trauma per se, todavia, pode ocasionar quadro semelhante, dificultando definição diagnóstica. O grau de hemorragia pode ser subestimado, devido à formação de hematoma retroplacentário e, nos casos mais graves, pode ocorrer apoplexia uterina e CIVD. O uso de ultrassonografia para a visualização da coleção sanguínea pode ser útil nos casos de dúvida, porém, não deve atrasar o tratamento, haja vista a baixa sensibilidade do método. O manejo da DPP inclui o Suporte Avançado de Vida no Trauma para estabilização materna, a monitorização fetal e avaliação obstétrica. A via de parto mais rápida deve ser estabelecida. Caso a gestação seja a termo/próxima do termo, com o feto viável e estabilidade hemodinâmica, o parto vaginal pode ser conduzido desde que seja iminente. Caso contrário, a cesariana de urgência está indicada, assim como nos casos de instabilidade materna ou sofrimento fetal agudo. Se morte fetal, o parto cesáreo será realizado se gestante instável; nos casos de estabilidade hemodinâmica, o parto vaginal poderá ser conduzido dentro de 4 a 6 horas, procedendo-se à amniotomia para descompressão do coágulo retroplacentário. **CONCLUSÕES:** DPP é uma grave complicação do trauma em gestantes. O atraso no reconhecimento de situações instáveis é responsável por 60% das mortes perinatais. Dessa forma, é essencial um diagnóstico rápido e adequações dos algoritmos de trauma para cuidados obstétricos individuais conforme situações materno-fetais específicas.

Palavras-chave: Descolamento Prematuro da Placenta. Traumatismos Abdominais.

REFERÊNCIAS:

1. Alouini S, Valery A, Lemaire B, Evrard ML, Belin O. Diagnosis and Management of Pregnant Women With Placental Abruption and Neonatal Outcomes. Cureus. 2022 Jan 11;14(1):e21120.
2. Brandt JS, Ananth CV. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. Am J Obstet Gynecol. 2023 May;228(5S):S1313-S1329.
3. Feitosa FE, Carvalho FH, Feitosa IS, Paiva JP. Descolamento prematuro de placenta. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.
4. Melamed N, Aviram A, Silver M, Peled Y, Wiznitzer A, Glezerman M, *et al*. Pregnancy course and outcome following blunt trauma. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Sep;25(9):1612-7.
5. Page N, Roloff K, Modi AP, Dong F, Neeki MM. Management of Placental Abruption Following Blunt Abdominal Trauma. Cureus. 2020 Sep 9;12(9):e10337.
6. Qiu Y, Wu L, Xiao Y, Zhang X. Clinical analysis and classification of placental abruption. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021 Sep;34(18):2952-2956.
7. Suzuki R, Furuya N, Hasegawa J, Homma C, Iwahata Y, Suzuki N. Ultrasonographic findings of placental abruption observed on superb microvascular imaging. Taiwan J Obstet Gynecol. 2022 Jul;61(4):713-716.

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:

PATROCINADORES

APOIADORES