34/S02

VOLUME 34 - SUPLEMENTO 02
MAIO DE 2024
E-ISSN: 2238-3182
ISSN: 0103-880X

RMMG

REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS

SAMMG

SOCIEDADE DE ACADÊMICOS DE MEDICINA DE MINAS GERAIS

Suplemento da IV Jornada da SAMMG & XII Congresso SAMMG

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
34/SO2

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:
Axel Pereira de Carvalho
axlperc@gmail.com

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
34/SO2

CARTA AO EDITOR

Estimado Dr. Agnaldo Soares Lima,

Venho, por meio desta carta, solicitar a publicação dos melhores artigos avaliados pela banca examinadora da **IV Jornada de Emergências Clínicas e Cirúrgicas no PA**, realizado de forma virtual nos dias 15 e 16 de junho de 2023, e do **XII Congresso SAMMG** – Gradiente cognitivo do acadêmico ao médico: potencialidades em face do presente da medicina, realizado nos dias 02 a 04 de novembro de 2023, na Associação Médica de Minas Gerais.

Em sua 4ª e 12ª edição, respectivamente, os eventos da SAMMG cumprem a missão de estimular a busca pelo conhecimento e a produção científica na área médica, abordando temas atuais e inovadores e não tão discutidos na grade curricular. O evento contou com a submissão de relatos de casos, artigos originais e revisões de literatura. Os critérios utilizados para a avaliação dos trabalhos foram: o cumprimento das condições descritas no edital, relevância do tema, metodologia e adequação da linguagem.

A banca avaliadora atesta a qualidade técnica dos trabalhos, a ausência de plágio e o cumprimento do método científico. Solicito gentilmente a análise da possibilidade de publicação, dos trabalhos aprovados, no suplemento da Revista Médica de Minas Gerais.

Cordialmente,

gov.br
Documento assinado digitalmente
BRUNNELLA ALCANTARA CHAGAS DE FREITAS
Data: 05/03/2024 15:58:09-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Brunnela Alcantara Chagas de Freitas
CRMMG 30980
Professora adjunta da Universidade Federal de Viçosa

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
34/S02

EDITORIAL

Prezados,

É com muita felicidade que nós da Sociedade de Acadêmicos de Medicina de Minas Gerais (SAMMG), apresentamos os nossos maiores eventos anuais de 2023: a **IV Jornada de Emergências Clínicas e Cirúrgicas no PA** e o **XII Congresso SAMMG.**

A 4ª edição da Jornada de Emergências Clínicas e Cirúrgicas no PA ocorreu nos dias 15 e 16 de junho de 2023. O evento, organizado de forma virtual, contou com aproximadamente 25 palestras realizadas por diversos especialistas sobre a temática de Emergências. A 12º edição do Congresso SAMMG, com o tema **"Gradiente cognitivo do acadêmico ao médico: potencialidades em face do presente da medicina"**, foi organizado em formato presencial e contou com mais de 30 palestras de excelência ministradas por médicos renomados. Além disso, os dois eventos contaram com a submissão de trabalhos no formato de pôster e tema livre, ministração de cursos práticos presenciais, realização de sorteios exclusivos para inscritos, distribuição de brindes aos inscritos e muito mais!

Nós da SAMMG acreditamos que, ao longo da graduação médica, a construção de uma trajetória acadêmica de sucesso compreende diversos âmbitos e, nesse sentido, a produção científica destaca-se como uma experiência imprescindível para o estudante. Esta, embora seja pouco valorizada, é de extrema importância para o desenvolvimento do aluno como futuro profissional da saúde, já que é por meio dela que novos testes para cura de doenças e a evolução tecnológica de ponta é efetivamente praticada. Dessa forma, nosso evento apresentou-se como uma oportunidade ímpar de elaboração e produção de trabalhos científicos de qualidade e de desenvolvimento humano para os futuros médicos do estado de Minas Gerais e, consequentemente, do Brasil.

Cordialmente,

Gustavo Guimarães Rocha Figueiredo

Presidente SAMMG 2023

Diretora da Comissão Científica da SAMMG 2023

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
34/SO2

SUMÁRIO

SUPLEMENTO DA SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA

IV Jornada de Emergências Clínicas e Cirúrgicas no PA
Resumos 8

XII Congresso SAMMG
Resumos 34

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

RESUMOS

IV Jornada de Emergências Clínicas e Cirúrgicas no PA

1 - A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DERMO-HIPODERMITES BACTERIANAS AGUDAS NO PRONTO ATENDIMENTO

Anna Luíza Rocha Queiroz[1] (0000-0001-6601-3750), Ana Carolina Campos[1], Gabriela de Oliveira[1], Gabriela Vieira Souto[1], Bárbara Gonçalves de Oliveira[2], Isabela Botelho Piovezan[3]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Unifenas-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[3] Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Anna Luíza Rocha Queiroz.

Introdução: As dermo-hipodermites bacterianas agudas (DHBA) constituem relevante problema de saúde devido à sua gravidade e complexidade de manejo nos serviços de pronto atendimento (PA)[1]. Por isso, a distinção entre as mais frequentes DHBA tem implicações diretas no prognóstico dos pacientes na emergência[2].

Objetivos: Reforçar a importância do diagnóstico diferencial das DHBA no PA.

Metodologia: Foi realizada uma revisão narrativa de 8 artigos, do ano de 2009 a 2021, com a base de dados Pubmed. Os termos utilizados foram "erisipelas", "cellulitis", "fasciitis, necrotizing", "diabetic foot" e "emergencies".

Resultados: As infecções dos pés constituem a principal causa de hospitalização de pacientes com diabetes mellitus (DM), podendo cursar com amputações e morte[3]. Nesses casos, pode ocorrer resposta neuro inflamatória fraca consequente do DM, sem sinais flogísticos clássicos. Já as infecções de tecidos moles são raras, contudo, apresentam progressão rápida e grave, com mortalidade elevada[4]. O tipo mais comum é a fasciíte necrotizante, em que há destruição da fáscia muscular e da gordura subcutânea sobrejacente[5]. As manifestações clínicas podem evoluir para toxicidade sistêmica, sendo exemplos de achados iniciais o eritema sem margens definidas, dor intensa, edema, bolhas, necrose e hipoestesia[2,4]. O paciente com frequência apresenta história de trauma e a dor geralmente é desproporcional aos achados físicos. Ao suspeitar do diagnóstico, deve-se internar o paciente e iniciar a condução do caso sem esperar pelo resultado propedêutico[2,4]. Já as DHBA não necrotizantes são processos infecciosos que incluem a erisipela e a celulite infecciosa. O quadro clínico da erisipela caracteriza-se por um início súbito de febre, seguido pelo aparecimento de placa com sinais flogísticos e edematosa, de limites bem definidos e geralmente localizada num membro inferior e unilateral. A celulite infecciosa possui evolução mais inespecífica, com placa eritematosa e quente, de limites mal definidos e dor variável, podendo ou não haver febre. Destaca-se que o diagnóstico das DHBA é clínico e, por isso, faz-se necessário essas doenças, uma vez que a lista de diagnósticos diferenciais é vasta e a dificuldade diagnóstica é frequente, conduzindo a intervenções desnecessárias[6,7].

Conclusão: É importante estratificar de forma precisa e precoce as DHBA, a fim de se estabelecer uma estratégia terapêutica assertiva, precoce e efetiva, evitando-se amputações e morte devido à sepse.

Palavras-chave: Erisipela. Celulite. Pé Diabético. Fasciite Necrosante. Serviços Médicos de Emergência.

Referências bibliográficas:

[1] Vick-Fragoso R, Hernández-Oliva G, Cruz-Alcázar J, Amábile-Cuevas CF, Arvis P, Reimnitz P, et al. Efficacy and safety of sequential intravenous/oral moxifloxacin vs intravenous/oral amoxicillin/clavulanate for complicated skin and skin structure infections. Infection. 2009 Oct;37(5):407-17.

[2] Rodrigues MA, Caetano M, Amorim I, Selores M. Dermo-Hipodermites Bacterianas Agudas Não Necrotizantes: Erisipela e Celulite Infeciosa [Non-Necrotizing Acute Dermo-Hypodermal Infections: Erysipela and Infectious Cellulitis]. Acta Med Port. 2021 Mar 1;34(3):217-228.

[3] Pitocco D, Spanu T, Di Leo M, Vitiello R, Rizzi A, Tartaglione L, et al. Diabetic foot infections: a comprehensive overview. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019 Apr;23(2 Suppl):26-37.

[4] Usatine RP, Sandy N. Dermatologic emergencies. Am Fam Physician. 2010 Oct 1;82(7):773-80.

[5] Chen LL, Fasolka B, Treacy C. Necrotizing fasciitis: A comprehensive review. Nursing. 2020 Sep;50(9):34-40.

[6] Roda Â, Pinto AM, Filipe AR, Travassos AR, Freitas JP, Filipe P. Fatores Clínico-Laboratoriais Associados ao Internamento Prolongado em Doentes com Celulite/Erisipela. Acta Med Port. 2019 Jun 28;32(6):448-452.

[7] Rodrigues MA, Caetano M, Amorim I, Selores M. Dermo-Hipodermites Bacterianas Agudas Não Necrotizantes: Erisipela e Celulite Infeciosa. Acta Med Port. 2021 Mar 1;34(3):217-228.

2 - ABORDAGEM DO DELIRIUM TREMENS POR ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Vitória Bernardes[1] (0000-0003-1807-8490), Thaís Amorim Clemente[1], Victória Barros Bottaro[1], Lucas Araújo Carneiro de Abreu[1]

[1] Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Vitória Bernardes.

Introdução: Delirium tremens (DT) é uma condição clínica grave prevalente em 3-5% dos pacientes em abstinência alcoólica. Inicia-se normalmente entre 48 e 72 horas após a última ingesta de bebida alcoólica e é caracterizada por sinais de delirium e por sintomas graves de abstinência, incluindo distúrbios no nível de consciência, atividade psicomotora, ciclo de sono-vigília, alucinações, tremores e convulsões que persistem por 2 a 5 dias[1]. O departamento de emergência é o primeiro local de atendimento para indivíduos com complicações decorrentes de abuso de álcool[2].

Objetivo: Discutir sobre a abordagem inicial do delirium por abstinência alcoólica na emergência.

Metodologia: Foi feita busca na base de dados PubMed a partir dos descritores e operadores booleanos "delirium tremens" AND ((management AND emergency) OR diagnosis), aplicando os filtros "free full text" e artigos publicados entre 2014 e 2022 nos idiomas Inglês, Português e Espanhol. Foram utilizados 05 dos 34 resultados encontrados.

Resultados: O manejo imediato consiste na avaliação inicial das vias aéreas, respiração, circulação e estado neurológico, sendo que qualquer alteração nessa avaliação requer intervenção imediata baseada em protocolos de atendimento[2,3]. Para se avaliar a gravidade da abstinência deve-se utilizar a escala CIWA-AR, a qual, numa escala de 0 a 10, rastreia o grau de náusea e vômito, dor de cabeça, tremor, diaforese, ansiedade, agitação, desorientação e distúrbios auditivos, visuais e táteis[2,4]. O tratamento emergencial do DT é realizado com benzodiazepínicos para controlar os sintomas de agitação, delírio e frequência das convulsões associadas à abstinência alcoólica, sendo preferidos os benzodiazepínicos de ação prolongada, como o diazepam[3,5]. Além disso, a tiamina é empiricamente administrada para prevenção de Encefalopatia de Wernicke e da psicose de Korsakoff[3].

Conclusão: DT é uma manifestação clínica potencialmente fatal prevalente em dependentes graves de álcool. Assim, é importante um manejo adequado baseado no exame clínico completo, em investigações laboratoriais, no monitoramento dos sinais vitais e no tratamento farmacológico emergencial eficaz.

Palavras-Chave: Delirium por abstinência alcoólica. Emergência. Tratamento.

Referências bibliográficas:

1. Baby S, Murthy P, Thennarasu K, Chand PK, Viswanath B. Comparative outcome in patients with delirium tremens receiving care in emergency services only versus those receiving comprehensive inpatient care. Indian J Psychiatry. 2017 Jul-Sep; 59(3):293-299.
2. Wolf C, Curry A, Nacht J, Simpson SA. Management of Alcohol Withdrawal in the Emergency Department: Current Perspectives. Open Access Emerg Med. 2020 Mar 19; 12:53-65.
3. Grover S, Ghosh A. Delirium Tremens: Assessment and Management. J Clin Exp Hepatol. 2018 Dec; 8(4):460-470.
4. Mainerova B, Prasko J, Latalova K, Axmann K, Cerna M, Horacek R, Bradacova R. Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2015 Mar; 159(1):44-52.
5. Thomasson R, Craig V, Guthrie E. Self-disembowelment during delirium tremens: why early diagnosis is vital. BMJ Case Rep. 2016 Oct 24; 2016:bcr2016217258.

3 - ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA NEUTROPENIA FEBRIL EM PACIENTES PEDIÁTRICOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Isabela Duarte Arruda[1] (0009-0003-4213-5595), Emanuelle Vaz Gontijo[1], Maria Luzia Cordeiro Almeida[1]

[1] Universidade Federal de São João del-Rei, campus Centro-Oeste, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Isabela Duarte Arruda.

Introdução: Neutropenia febril (NF), uma emergência infectológica, é a complicação mais comum em pacientes pediátricos em tratamento quimioterápico[1-3]. Possui alta morbimortalidade e requer abordagem precoce. Febre pode ser o único sinal de infecção, e geralmente seu foco não é encontrado. Por isso, é importante que o antibiótico utilizado possua amplo espectro[4]. Diretrizes atuais têm recomendação definida de fármacos de primeira linha[5]. Contudo, diversos estudos apontam diferenças quanto a escolha preferencial[4,6,7].

Objetivos: Reunir as principais evidências acerca das possibilidades de abordagem inicial da NF em pacientes oncológicos pediátricos; elucidar as principais drogas utilizadas.

Metodologia: Busca nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS, através dos descritores neutropenia, neutropenia febril, câncer, febre, criança e tratamento farmacológico. Foram encontrados 201 artigos publicados nos últimos 5 anos e 9 foram incluídos, bem como o Guideline mais recente.

Resultados: A antibioticoterapia empírica em pacientes com NF deve ser iniciada idealmente na primeira hora após admissão na emergência[8]. O Guideline de 2023[5] recomenda fortemente o uso de betalactâmico antipseudomonas, cefalosporina de quarta geração ou carbapenêmico, com adição de outros agentes se paciente instável, suspeita de patógeno resistente ou altos índices de resistência local. O betalactâmico mais utilizado é a piperacilina/tazobactam, que deve ser administrada de forma a atingir a concentração inibitória mínima (MIC) para Pseudomonas aeruginosa, considerada o pior cenário clínico[9]. Para isso, é preferível a infusão contínua à administração intermitente, embora não tenha sido encontrada diferença significativa na duração da febre e na mortalidade[3,10]. A cefalosporina mais utilizada é a cefepima, que se mostrou tão eficaz quanto a associação de betalatâmico com aminoglicosídeo[2]. Embora os carbapenêmicos sejam recomendados, seu uso é controverso e restrito a casos de infecção severa, devido à possibilidade de induzir produção de carbapenemase[8]. A adição de amicacina não demonstrou superioridade à monoterapia em centros com resistência por betalactamase inferior a 20%[1,2,4].

Conclusão: A necessidade de início imediato de terapia empírica torna necessário que os departamentos de emergência tenham protocolo bem definido para NF. A piperacilina/tazobactam apresenta eficácia e é a principal escolha em múltiplos centros, mas seu uso deve ser baseado no padrão de resistência local.

Palavras-chave: Neutropenia febril. Câncer. Criança. Tratamento farmacológico.

Referências bibliográficas:

1. Stergiotis M, Ammann RA, Droz S, Koenig C, Agyeman PKA. Pediatric fever in neutropenia with bacteremia—Pathogen distribution and in vitro antibiotic susceptibility patterns over time in a retrospective single-center cohort study. PLoS ONE. 2021;16(2):e0246654.
2. Lee NH, Kang J-M, Lee JW, Huh HJ, Lee NY, Yoo KH, et al. Cefepime Versus Cefepime Plus Amikacin as an Initial Antibiotic Choice for Pediatric Cancer Patients With Febrile Neutropenia in an Era of Increasing Cefepime Resistance. Pediatr Infect Dis J. 2020;39(10):931-36.
3. Solórzano-Santos F, Quezada-Herrera A, Fuentes-Pacheco Y, Rodríguez-Coello G, Aguirre-Morales CE, Izelo-Flores D, et al. Pipperacillin/Tazobactam in continuous infusion versus intermittent infusion in children with febrile neutropenia. Rev Invest Clin. 2019;71(4):283-90.
4. Kamonrattana R, Sathitsamitphong L, Choeyprasert W, Charoenkwan P, Natesirinilkul R, Fanhchaksai K. A Randomized, Open-Labeled, Prospective Controlled Study to Assess the Efficacy of Frontline Empirical Intravenous Piperacillin/Tazobactam Monotherapy in Comparison with Ceftazidime Plus Amikacin for Febrile Neutropenia in Pediatric Oncology Patients. Asian Pac J Cancer Prev. 2019;20(9):2733-37.
5. Lehrnbecher T, Robinson PD, Ammann RA, Fisher B, Patel O, Phillips R, et al. Guideline for the Management of Fever and Neutropenia in Pediatric Patients With Cancer and Hematopoietic Cell Transplantacion Recipients: 2023 Update. J Clin Oncol. 2023;41(9):1774-85.
6. Rosanova MT, Cuellar-Pompa L, Lede R. [Efficacy and safety of empirical treatment with piperacillin/tazobactan as monotherapy in episodes of neutropenia and fever in children with cancer: systematic review and meta-analysis]. Rev Chilena Infectol. 2021;38(4):488-94.
7. Scheler M, Lehrnbecher T, Groll AH, Volland R, Laws HJ, Ammann RA, et al. Management of children with fever and neutropenia: results of a survey in 51 pediatric cancer centers in Germany, Austria, and Switzerland. Infection. 2020;48(4):607-18.
8. Navarro ML, Nieto M, Perez-Martínez A. The need for evolution in the management of febrile neutropenia in pediatric cancer: TRIIO KIDS update. Clin Transl Oncol. 2023;25(3):633-42.
9. Maarbjerg SF, Thorsted A, Friberg LE, Nielsen EI, Wang M, Schroder H, et al. Continuous infusion of piperacillin-tazobactam significantly improves target attainment in children with cancer and fever. Cancer Reports. 2022;5:e1585.
10. Maarbjerg SF, Thorsted A, Kristofferson A, Friberg LE, Nielsen EI, Wang M, et al. Piperacillin pharmacokinetics and target attainment in children with cancer and fever: Can we optimize our dosing strategy? Pediatr Blood Cancer. 2019;66:e27654.

4 - ANÁLISE DO BIOMARCADOR PROCALCITONINA NA SEPSE PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Maria Isabel Meira Valadares[1] (0009-0008-5015-4303), Gabriela Silva e Dias[1], Maria Eduarda dos Santos Alves[1], Maria Esther Zagari Valentim[1], Rafael Moreira de Carvalho Melado[1], Thaisa Machado Gomes [1]

[1] Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Maria Isabel Meira Valadares.

Introdução: A sepse é responsável por cerca de 50 milhões de casos no mundo por ano, sendo que metade ocorre na população pediátrica e é uma das principais causas de óbito infantil.[1,2] Caracteriza-se como uma disfunção orgânica grave desencadeada pela resposta inadequada do hospedeiro à infecção. Os testes diagnósticos atuais possuem certas limitações. Assim, a busca por métodos alternativos como os biomarcadores se faz relevante. A procalcitonina (PCT), produzida pelas células C da tireóide, é um precursor do hormônio calcitonina. Esse biomarcador tem seus valores alterados durante infecções bacterianas e sugere melhor desempenho diagnóstico na sepse em crianças do que o PCR.[3] Estudos vêm mostrando que a PCT é útil no diagnóstico precoce de sepse, resposta ao tratamento, estratificação/prognóstico de risco e orientação na administração de antibióticos.[1,4]

Objetivos: Investigar o papel da PCT na sepse em pacientes pediátricos.

Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura que utilizou o PubMed como base de dados com os seguintes descritores: procalcitonina, sepse e pediatria, em português e inglês. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos e excluídos os que não estavam disponíveis gratuitamente.

Resultados: A perspectiva do uso da PCT como biomarcador de infecções bacterianas é alvo de diversos estudos, principalmente no que envolve a decisão quanto ao início da antibioticoterapia em casos de incerteza entre sepse e outras condições inflamatórias sistêmicas.[5] Esta distinção é especialmente relevante em crianças devido às singularidades relacionadas aos sinais da sepse pediátrica. Porém, a ausência de consenso na adequação de sua aplicação impede seu emprego efetivo em protocolos. Em revisões,[1,3] estudos apontam maior valor de especificidade do PCT para identificação de pacientes não sépticos em detrimento da sensibilidade para identificação de pacientes sépticos. Destaca-se, então, seu potencial para estratificação de pacientes com baixo risco e sinais clínicos inconclusivos, permitindo descartar a infecção bacteriana e reduzindo o uso desnecessário de antibióticos. Em consonância, o uso do marcador reduziu a exposição de antibióticos em pacientes pediátricos em unidades intensivas.[4]

Conclusão: A PCT tem se mostrado uma ferramenta relevante no diagnóstico de sepse pediátrica, integrando a abordagem diagnóstica, auxiliando na identificação precoce da sepse e nas decisões relacionadas ao tratamento, desencadeando melhores desfechos.

Palavras-chave: Procalcitonina. Biomarcador. Sepse. Pediatria.

Referências Bibliográficas:

1. Downes KJ, Fitzgerald JC, Weiss SL. Utility of Procalcitonin as a Biomarker for Sepsis in Children. J Clin Microbiol. 2020; 58(7):e01851-19.
2. Garcia PCR, Tonial CT, Piva JP. Septic shock in pediatrics: the state-of-the-art. J Pediatr. 2020;96:87–98.
3. Downes KJ. Procalcitonin in Pediatric Sepsis: What Is It Good for?. Journal of the Pediatric Infect Dis Soc. 2021; 10(12):1108–10.
4. Bobillo-Perez S, Rodríguez-Fanjul J, Garcia IJ. Is Procalcitonin Useful in Pediatric Critical Care Patients? Biomarker Insights. 2018; 13:1177271918792244.
5. Patel K, McElvania E. Diagnostic Challenges and Laboratory Considerations for Pediatric Sepsis. J Appl Lab Med. 2019; 3(4):587–600.

5 - AVALIAÇÃO ACERCA DO MANEJO DE EMERGÊNCIA NO AFOGAMENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lunamaris Amaral Soares[1] (0009-0002-5894-3020), Julia Laís de Sá Gomes[1], Maria Luisa Filogônio Resende Macedo[1], Sarah Barbosa Leal[1], Ariel Ramos de Morais Navarro[1]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Lunamaris Amaral Soares.

Introdução: Estima-se 500.00 óbitos mundiais decorrentes de afogamento por ano segundo a OMS[1]. O afogamento infantil é a segunda causa de morte entre crianças de 5 a 14 anos no Brasil[2]. A prevalência dessa emergência evidencia o quão necessário é o conhecimento científico aprofundado acerca da mesma, garantindo assistência precoce e, assim, diminuindo as fatalidades referentes ao quadro.

Objetivo: Analisar e compilar evidências científicas sobre o manejo do afogamento pediátrico.

Metodologia: Revisão bibliográfica nas bases de dados PubMed, Scielo e revistas indexadas, utilizando os descritores "afogamento", "criança", "avaliação clínica" e "emergência". Dos 21 artigos encontrados, foram selecionados 6 relevantes ao tema pesquisado.

Resultados: A partir da análise, destaca-se a presença de frequentes dúvidas pelos leigos e profissionais de saúde quanto ao manejo da vítima em cenas de afogamento infantil[1]. Nesse contexto, o protocolo de afogamento pediátrico capacita a conduta dos médicos emergencistas ao realizar o atendimento completo do paciente. O exame físico, a avaliação do nível de consciência (Glasgow) e a exclusão de lesões associadas, principalmente craniocervicais, são medidas eficientes para a assistência da vida pediátrica[3]. Quando realizado precocemente, o Protocolo de Suporte Básico de Vida (SBV) traz melhora expressiva para o prognóstico do paciente vítima de afogamento. Atualmente, segundo as diretrizes, quando em apneia e ausência de pulso, deve-se realizar ressuscitação completa no paciente e reaquecimento em ambiente intra-hospitalar. Aqueles que apresentarem alteração de consciência devem receber entubação, ventilação, suporte hemodinâmico e posterior transferência para a área de cuidados intensivos[4]. Apesar da grande importância do momento do resgate, as ações realizadas no pronto-atendimento como a oxigenioterapia, oximetria, esvaziamento gástrico e radiografia são de extrema valia para o tratamento avançado de estabilização e proteção das vias respiratórias[3]. Nos casos de cuidados ineficientes, são descritas sequelas pulmonares e neurológicas gravíssimas, e até mesmo o óbito[3,5].

Conclusão: O manejo de emergência no afogamento pediátrico envolve uma série de medidas que visam a ressuscitação e o suporte vital imediato. A padronização do atendimento e a implementação de estratégias de capacitação de profissionais e leigos para realizar medidas rápidas e eficientes são fundamentais para a melhora do prognóstico do afogamento infantil[6].

Palavras-chave: Afogamento. Criança. Avaliação Clínica. Emergência.

Referências bibliográficas:

1. Szpilman D. Afogamento na infância: epidemiologia, tratamento e prevenção. Rev Paul Pediatria. 2005;23(3):142-153.
2. Hirata A, Zamataro T. CAMPANHA DEZEMBRO VERMELHO: PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE SEGURANÇA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DA SPSP AFOGAMENTO. Documento Científico. Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2020.
3. Isabel I, Soares P. Afogamento não fatal em idade pediátrica -um caso clínico [Meestrado]. Lisboa: Clinica Universitária de Pediatria, Universidade de Lisboa; 2019.
4. EBSERH. Hospitais Universitários Federais. PROTOCOLO DE AFOGAMENTO EM PEDIATRIA. 2021; 1-14.
5. Koogan E, Tulio M, Pires B, Szpilman D. Manual de Urgências em Pronto Socorro, 9a edição Capítulo: AFOGAMENTO NO LOCAL E NO HOSPITAL Autor: Endereços Para Correspondência [Internet]. [cited 2023 May 12] Disponível em: http://www.szpilman.com/new_szpilman/szpilman/ARTIGOS/capitulo_afogamento_manual_urgencias_PS_szpilman.pdf
6. Macnab AJ. Effective interventions for nearly drowned children. Can Fam Physician. 1995; 1545-8, 1551-2, 1555-6.

6 - AVALIAÇÃO DAS PRERROGATIVAS NECESSÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DA TORACOTOMIA DE REANIMAÇÃO

Rodrigo Braga Pacheco[1] (0009-0007-9830-3825), Ana Cláudia Dias Malta[1], Lorena Rocha Cardoso Viana[1], Welton Gomes de Paula[1], Gabriel Tiago Ligório[2]

[1] Faculdade de Minas -FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais (HPM), São José da Lapa, Minas Grais, Brasil

Autor correspondente: Rodrigo Braga Pacheco.

Introdução: A toracotomia de reanimação (TR) é realizada em pacientes que sofreram trauma torácico grave ocasionado por lesões penetrantes ou contusas. Se realizada precocemente, essa intervenção pode garantir a sobrevivência de cerca de 18% dos pacientes[1,2]. Esse procedimento de assistência emergencial visa restabelecer a perfusão dos órgãos vitais devido ao acesso rápido ao coração e aos principais vasos torácicos por meio de uma incisão torácica para controle hemodinâmico[3,4].

Objetivos: Elucidar as indicações para realização da TR no contexto de emergência traumática.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa feita por meio da base de dados Pubmed, Scielo e Lilacs com os descritores: "thoracotomy", "trauma", "emergency", "resuscitation". Os critérios de inclusão foram artigos entre 2019 e 2023, e de exclusão artigos pagos, triados mediante à análise de título, resumo e leitura completa. Dentre os 57 artigos encontrados, foram selecionados 6 para compor a revisão de literatura.

Resultados: O procedimento da TR é restrito a pacientes com indicações clínicas específicas, sendo utilizado no tratamento imediato de causas reversíveis de parada cardíaca traumática como hipóxia, pneumotórax hipertensivo, hipovolemia e tamponamento pericárdico[5]. No caso de lesão penetrante, a submissão à TR é feita em indivíduos hemodinamicamente instáveis ou sem pulso recebendo ressuscitação cardiopulmonar por menos de 15 minutos[3,5]. Em casos de lesões contusas, realiza-se o procedimento caso haja perda de sinais vitais no percurso ou na unidade hospitalar com lesão evidente de prognóstico desfavorável ou em pacientes diagnosticados, mediante ultrassonografia, com tamponamento cardíaco. A TR é contraindicada em situações de ausência de sinais vitais no local do acidente, lesão cerebral traumática grave e colapso circulatório[3]. Já em contextos favoráveis, essa técnica acarreta melhor controle de sangramentos tanto cardíaco quanto intratorácico, auxilia na manutenção e restauração do débito cardíaco, previne a exsanguinação infradiafragmática e garante a perfusão cerebral e coronária, contribuindo para melhora significativa das chances de sobrevida em quadros de trauma[6].

Conclusão: Dado a alta prevalência do trauma torácico no contexto de assistência emergencial, torna-se de extrema importância o conhecimento acerca dos critérios para indicação da TR pela equipe multidisciplinar de saúde, a fim de garantir a sobrevivência e manejo adequado do paciente traumatizado.

Palavras-chaves: Toracotomia. Cirurgia torácica. Medicina de emergência.

Referências bibliográficas:

1. Hansen CK, Hosokawa PW, Mcintyre RC, McStay C, Ginde AA. A National Study of Emergency Thoracotomy for Trauma. J Emerg Trauma Shock. 2021 Jan-Mar; 14(1):14-17.
2. Hughes M, Perkins Z. Outcomes following resuscitative thoracotomy for abdominal exsanguination, a systematic review. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2020 Feb 6;28(1):9.
3. Endo A, Kojima M, Hong ZJ, Otomo Y, Coimbra R. Open-chest versus closed-chest cardiopulmonary resuscitation in trauma patients with signs of life upon hospital arrival: a retrospective multicenter study. Crit Care. 2020 Sep 1;24(1):541.
4. Refaely Y, Koyfman L, Friger M, Ruderman L, Abu Saleh M, Klein M, et al. Predictors of survival after emergency department thoracotomy in trauma patients with predominant thoracic injuries in Southern Israel: a retrospective survey. Open Access Emerg Med. 2019 Apr; 11:95-101.
5. Schimrigk J, Baulig C, Buschmann C, Ehlers J, Kleber C, Knippschild S, et al. Indications, procedure and outcome of prehospital emergency resuscitative thoracotomy-a systematic literature search. Unfallchirurg. 2020 Sep; 123(9):711-723.
6. Fernandez LG, Norwood SH, Orsi C, Heck M, Gonzalez K, Williams N, et al. Use of a Modified ABTHERA ADVANCE™ Open Abdomen Dressing with Intrathoracic Negative-Pressure Therapy for Temporary Chest Closure After Damage Control Thoracotomy. Am J Case Rep. 2022 Sep 25;23:e937207.

7 - BALÃO INTRAUTERNO: USO E INDICAÇÃO NA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Fernanda Hellen Sousa Matias[1] (0009-0009-3033-3520), Lorena Rocha Cardoso Viana[1], Luana Martins Ribeiro[1], Sarah Maria Paixão Fantoni Martins[1], Welton Gomes de Paula[1], Paula Ribeiro Mota[2]

[1] Faculdade de Minas -FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Fernanda Hellen Sousa Matias.

Introdução: A hemorragia pós-parto (HPP) é a principal causa de óbito puerperal em todo o mundo e corresponde a cerca de 25% das mortes maternas relacionadas a complicações obstétricas[1,2,3]. Nesse contexto, o uso do balão intrauterino (BIU) pode ser utilizado como técnica minimamente invasiva para controlar a HPP, com taxa de sucesso de 85,9%[4,5].

Objetivos: Apresentar o uso e a indicação do BIU na emergência obstétrica.

Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura feita por meio da base de dados Pubmed, Scielo e Lilacs. Utilizou-se os descritores: "Uterine Balloon Tamponade", "Postpartum Hemorrhage" e "Obstetrics". Os 7 artigos foram selecionados a partir de uma amostra de 84 textos frente à análise de título e resumo. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2019 e 2023, e o de exclusão, conteúdos pagos.

Resultados: O BIU tem sido utilizado como tratamento de natureza relativamente não invasiva para HPP quando a terapêutica com uterotônicos é considerada mal sucedida[1,5]. O mecanismo do BIU consiste na compressão do leito vascular mediante a pressão externa exercida nas paredes uterinas por 12 a 24 horas[1]. Com isso, visa-se a redução do sangramento de forma temporária, com posterior involução e retomada do tônus uterino[1]. Dentre os modelos existentes, pode-se citar o balão de Bakri e o balão de Kyoto, sendo este último referido em alguns estudos como o de maior eficácia para o tamponamento da cavidade uterina superior[4]. A falha terapêutica relacionada ao uso do BIU pode ocorrer, sendo a principal o deslocamento do balão, comum nos casos de sangramento arterial da cavidade uterina inferior[3]. Além disso, dificuldades técnicas na inserção do BIU estão relacionadas aos casos de sangramento da cavidade uterina superior[3]. Diante desse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o BIU seja utilizado apenas em situações cuja inserção é indicada e com recursos disponíveis, como outros métodos para controle da HPP, além de uma assistência eficaz e qualificada para atendimento emergencial[6,7].

Conclusão: Dada a gravidade da HPP, torna-se importante o conhecimento médico acerca do uso alternativo e das indicações do BIU, a fim de garantir uma melhor conduta em emergências obstétricas decorrentes dessa condição.

Palavras-chaves: Hemorragia pós-parto. Tamponamento com balão uterino. Obstetrícia. Emergências.

Referências bibliográficas:

1. D'Alton ME, Rood KM, Smid MC, Simhan HN, Skupski DW, Subramaniam A, et al. Intrauterine Vacuum-Induced Hemorrhage-Control Device for Rapid Treatment of Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol. 2020 Nov;136(5):882-891.

2. Soued M, Vivanti AJ, Smiljkovski D, Deffieux X, Benachi A, Le Gouez A, et al. Efficacy of Intra-Uterine Tamponade Balloon in Post-Partum Hemorrhage after Cesarean Delivery: An Impact Study. J Clin Med. 2020 Dez 28;10(1):81.

3. Kondoh E, Chigusa Y, Ueda A, Mogami H, Mandai M. Novel intrauterine balloon tamponade systems for postpartum hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Dez; 98(12):1612-1617.

4. Haslinger C, Weber K, Zimmermann R. Vacuum-Induced Tamponade for Treatment of Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol. 2021; Sep138(3):361-365.

5. Liu C, Gao J, Liu J, Wang X, He J, Sun J, et al. Predictors of Failed Intrauterine Balloon Tamponade in the Management of Severe Postpartum Hemorrhage. Front Med (Lausanne). 2021 Jul 15;8:656422.

6. Weeks AD, Akinola OI, Amorim M, Carvalho B, Deneux-Tharaux C, Liabsuetrakul T, et al. World Health Organization Recommendation for Using Uterine Balloon Tamponade to Treat Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol. 2022 Mar 1;139(3):458-462.

7. Xu C, Chen Y, Wen L, Chi X, Chen X. Differential Effects of Intrauterine Balloon Tamponade Indications on Postpartum Hemorrhage Outcomes. Front Med (Lausanne). 2022 Apr 1;9:851174.

8 - CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DE HERNIA VENTRAL EM PACIENTES OBESOS: ESTAMOS PREPARADOS?

Vinicius Tavares Lim[1], Brayan Durigan Baia[1], Jherlley Antonio Bazon Mendes[1], Luigi Marangão Calil[1], Ana Carolina Ferreira Gomes[1], Rafael Calvão Barbuto[1]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Vinicius Tavares Lim.

Introdução: A hérnia ventral (HV) consiste na protrusão do intestino delgado através da parede anterior do abdome, sendo classificada de acordo com o local de origem. Em parte dos casos, envolvendo principalmente pessoas obesas[1], a porção protrusa pode obstruir o trânsito intestinal e ficar encarcerada, podendo evoluir para o estrangulamento, de modo a demandar cirurgia de emergência. Apesar da importância, a literatura sobre cirurgia de hérnia ventral de emergência (CHVE) em pessoas com obesidade ainda é incipiente.

Objetivo: Este artigo visa revisar a literatura existente de CHVE em pacientes obesos.

Metodologia: No banco de dados Pubmed, foi realizada a busca "((emergency) OR (emergent) OR (urgent) OR (urgency)) AND (surgery) AND (ventral Hernia) AND ((obese) OR (obesity))" com 69 resultados, sendo 10 inclusos. Os critérios de exclusão foram: artigos fora da língua inglesa, anteriores a 2005, relatos de casos, livros e artigos que não versavam sobre cirurgia de emergência de hérnia ventral em pacientes obesos.

Resultados: A população obesa possui maior incidência de CHVE, possivelmente por aumento na pressão abdominal que aumenta com o IMC e tentativa de emagrecimento prévio para realizar uma cirurgia eletiva (CE)[9]. Ainda, a CHVE em pacientes obesos possui um maior número de complicações quando comparados à CE[1,2,3,4,6]. Observa-se comprometimento intestinal, aumento de infecções[2,3,7], aumento de deiscência e número de recorrências, tempo de internação e tromboembolismo venoso[1,2,3,4,7,8]. Em relação à CHVE, carecem estudos sobre a cirurgia robótica. A abordagem laparotômica com uso de prótese é a mais realizada. A abordagem laparoscópica de hérnias ventrais não complexas por cirurgiões experientes tem sido promissora e considerada segura, com menores índices de infecção em relação à laparotômica[1,5,6]. A correção da hérnia com sutura simples foi associada a maior incidência de obstrução intestinal quando comparada à prótese (tela ou malha cirúrgica)[2]. Na CHVE, o estudo pré-operatório com TC e a tromboprofilaxia contribuem para melhores resultados[8,10]. Por ser um tema complexo em delineamento, a maior parte dos estudos são retrospectivos, alguns com vieses de população mal otimizada.

Conclusão: Quanto a CHVE em obesos, a laparoscopia com uso de tela tem apresentado bons resultados. Há a necessidade de estudos prospectivos para avaliar a melhor técnica e o manejo mais adequado para minimizar complicações da CHVE em obesos.

Palavras-Chave: Hérnia Ventral. Cirurgia Geral. Emergências. Obesidade.

Referências:

1. Peterman DE, Warren JA. Ventral Hernia Management in Obese Patients. Surg Clin North Am. 2021 Apr;101(2):307-321.
2. Dissanayake B, Burstow MJ, Yuide PJ, Gundara JS, Chua TC. Early outcomes of emergency ventral hernia repair in a cohort of poorly optimized patients. ANZ J Surg. 2020 Jul;90(7-8):1447-1453.
3. Mrdutt MM, Munoz-Maldonado Y, Regner JL. Impact of obesity on postoperative 30-day outcomes in emergent open ventral hernia repairs. Am J Surg. 2016 Dec;212(6):1068-1075.
4. Zavlin D, Jubbal KT, Van Eps JL, Bass BL, Ellsworth WA 4th, Echo A, et al. Safety of open ventral hernia repair in high-risk patients with metabolic syndrome: a multi-institutional analysis of 39,118 cases. Surg Obes Relat Dis. 2018 Feb;14(2):206-213.
5. Raftopoulos I, Courcoulas AP. Outcome of laparoscopic ventral hernia repair in morbidly obese patients with a body mass index exceeding 35 kg/m2. Surg Endosc. 2007 Dec;21(12):2293-7.
6. Shahait AD, Alghanem L, Cmorej P, Tracy W, Hasnain MR, Baldawi M, et al. Postoperative outcomes of ventral hernia repair in veterans. Surgery. 2021 Mar;169(3):603-609.
7. Quiroga-Centeno AC, Quiroga-Centeno CA, Guerrero-Macías S, Navas-Quintero O, Gómez-Ochoa SA. Systematic review and meta-analysis of risk factors for Mesh infection following Abdominal Wall Hernia Repair Surgery. Am J Surg. 2022 Jul;224(1 Pt A):239-246.
8. Kumar SB, Mettupalli D, Carter JT. Extended-duration thromboprophylaxis after ventral hernia repair: a risk model to predict venous thrombotic events after hospital discharge. Hernia. 2022 Jun;26(3):919-926.
9. Dietz UA, Kudsi OY, Gokcal F, Bou-Ayash N, Pfefferkorn U, Rudofsky G, et al. Excess Body Weight and Abdominal Hernia. Visc Med. 2021 Aug;37(4):246-253.
10. Mueck KM, Holihan JL, Mo J, Flores-Gonzales JR, Ko TC, Kao LS, et al. Computed tomography findings associated with the risk for emergency ventral hernia repair. Am J Surg. 2017 Jul;214(1):42-46.

9 - REVISÃO DE LITERATURA CRANIOSSINOSTOSE E HIPERTENSÃO INTRACRANIANA COMO EMERGÊNCIA CIRÚRGICA PEDIÁTRICA

Roberto Rhuan Galvão Neves[1] (0009-0006-3864-185X), Fernanda Oliveira de Morais[1], Helisson Alexsander Moraes[1], Mariana Lucca Pereira[1], Arthur Adolfo Nicolato[2]

[1] Faculdade Faminas, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Faculdade de Minas, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Roberto Rhuan Galvão Neves.

Introdução: Craniossinostose é uma patologia causada pela fusão de ossos do crânio, prematuramente, comprometendo o desenvolvimento cerebral, limitando seu crescimento e ocorrendo em um a cada 2500 nascimentos. Esses fatores afetam a formação da face, causam disfunções sensoriais, neurológicas, oftalmológicas e disfunções no metabolismo ósseo. Este quadro torna-se uma emergência cirúrgica quando há elevação da pressão intracraniana (PIC) do neonato, fazendo com que o único tratamento possível seja cirúrgico.

Objetivo(s): Analisar e identificar estudos publicados sobre a craniossinostose, possíveis tratamentos e o pós cirúrgico de pacientes que foram submetidos à cirurgia.

Metodologia: Revisão de literatura integrativa com pesquisas das bases de dados da EBSCO Medline Complete e PubMed. Considerou-se o ano de publicação a partir de 2015, utilizando-se os descritores: Craniosynostosis, desordens craniofaciais, neurodesenvolvimento e craniofacial surgery.

Resultados: Dos 18 artigos escolhidos, a partir dos descritores, 9 foram considerados, em língua portuguesa, espanhola e inglesa.

Conclusão: A cirurgia é importante para fornecer qualidade e expectativa de vida para o paciente, apesar de não haver consenso a respeito da idade na qual a criança deva ser submetida à cirurgia. O tratamento evoluiu substancialmente, possibilitando intervenções menos invasivas e mais seguras, obtendo melhores resultados e resultando em uma melhora das deformidades na região do crânio, evitando elevação da PIC. Diagnóstico precoce, técnica cirúrgica adequada e acompanhamento, são essenciais para o bom prognóstico e sucesso do tratamento. De forma geral, esse é um diagnóstico clínico ocorrendo no primeiro ano de vida. Exames de imagem colaboram com o diagnóstico, porém não são obrigatórios, salvo em caso da necessidade do tratamento cirúrgico. Testes genéticos são fundamentais quando suspeita-se de craniossinostose sindrômica, sendo esse tipo mais associado ao comprometimento cognitivo. Importante observar consequências funcionais da condição, como disfunções oculares, oculomotoras, respiratórias ou na deglutição. O prognóstico é feito com base na região em que houve a fusão precoce e pela quantidade de suturas envolvidas. Quanto maior o número de suturas envolvidas, pior é o prognóstico, sendo a hipertensão intracraniana a complicação de maior relevância emergencial. Complicações como a malformação de Chiari e hidrocefalia podem estar associadas nos quadros emergenciais.

Palavras-Chave: Craniosynostosis. Desordens craniofaciais. Neurodesenvolvimento, Craniofacial surgery.

Referências:

1. Dalmas F, Pech-Gourg G, Gallucci A, Denis D, Scavarda D. Craniosynostosis and oculomotor disorders. Neurochirurgie. 2020 Apr;66(2):91-96.
2. Proctor MR, Meara JG. A review of the management of single-suture craniosynostosis, past, present, and future. J Neurosurg Pediatr. 2019 Dec 1;24(6):622-631.
3. Kajdic N, Spazzapan P, Velnar T. Craniosynostosis - Recognition, clinical characteristics, and treatment. Bosn J Basic Med Sci. 2018 May 20;18(2):110-116.
4. Yilmaz E, Mihci E, Nur B, Alper ÖM, Taçoy Ş. Recent Advances in Craniosynostosis. Pediatr Neurol. 2019 Oct;99:7-15.
5. Stanton E, Urata M, Chen JF, Chai Y. The clinical manifestations, molecular mechanisms and treatment of craniosynostosis. Dis Model Mech. 2022 Apr 1;15(4):dmm049390.
6. Fernández V JP, Chica H G, Goycoolea R A. Craneosinostosis, una perspectiva pediátrica [Craniosynostosis, a pediatric perspective]. Rev Chil Pediatr. 2020 Dec;91(6):953-960.
7. Bautista G. Craniosynostosis: Neonatal Perspectives. Neoreviews. 2021 Apr;22(4):e250-e257.
8. Mandela R, Bellew M, Chumas P, Nash H. Impact of surgery timing for craniosynostosis on neurodevelopmental outcomes: a systematic review. J Neurosurg Pediatr. 2019 Jan 25;23(4):442-454.
9. Bellew M, Chumas P. Long-term developmental follow-up in children with nonsyndromic craniosynostosis. J Neurosurg Pediatr. 2015 Oct;16(4):445-51.

10 - CRITÉRIOS PARA HOSPITALIZAÇÃO EM CASOS DE BRONQUIOLITE AGUDA VIRAL - O QUE A LITERATURA NOS MOSTRA?

Fabrício Júnio Mendes Santos[1] (0000-0003-2365-1271), Karoline Maria de Souza Marques Chitarra[1], Lorena Cândida Ferreira Paixão[1], Abner Ramos de Castro[1], Diego Junqueira Sarkis[2]

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

[2] Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora; Faculdade de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Fabrício Júnio Mendes Santos.

Introdução: A Bronquiolite Viral Aguda (BVA) faz parte do espectro de doenças do trato respiratório inferior. Ela acomete crianças até 2 anos de idade e o quadro clínico é dado por sintomas respiratórios superiores e inferiores. O agente etiológico mais comum é o vírus sincicial respiratório (VSR). A infecção pelo VSR vem alertando os profissionais da saúde dos serviços de emergência devido à grande taxa de hospitalização[1,2]. A saturação de oxigênio apresenta-se como preditor da necessidade de internação em diversos estudos[2, 3, 5, 8]. Apesar disso, os critérios para a internação pediátrica por BVA ainda não estão bem validados[8].

Objetivos: Averiguar, na literatura médica atual, evidências sobre os critérios de internação, principalmente a saturação de oxigênio, em crianças acometidas de BVA, admitidas nos serviços de emergência.

Metodologia: Selecionaram-se estudos de coorte e ensaios clínicos controlados e randomizados publicados nos últimos 20 anos, em língua inglesa, indexadas na plataforma PubMed, a partir dos descritores "acute viral bronchiolitis", "management and admission" e "hospitalization criteria" com as respectivas variações contidas no MeSH (Medical Subject Headings).

Resultados: As manifestações clínicas da BVA são variáveis, o que pode gerar condutas indevidas. Assim, um treinamento específico e triagem correta são fatores na diminuição da internação indevida[3]. Em um estudo retrospectivo, avaliando 29 preditores para necessidade de internação, 5 foram considerados válidos (duração dos sintomas, frequência respiratória e cardíaca, saturação de oxigênio e idade na apresentação). Em contraponto, a saturação de oxigênio também foi considerada critério único para hospitalização[3]. No entanto, também se sabe que a dessaturação transitórias benignas com pO2 menor que 90% são comuns em lactentes. Isso se deve a sua transitoriedade e não implica, necessariamente, em complicações futuras[4, 6, 7]. Portanto, nesses casos, a hospitalização não se mostra benéfica de forma aguda. Outrossim, um ensaio clínico americano verificou o aumento da internação ao se utilizar como único critério a saturação menor que 90%[5].

Conclusão: A decisão de admitir ou não uma criança com BVA é difícil com base em uma variedade de fatores clínicos. A análise da saturação de oxigênio como único critério de internação pode ser insuficiente, sendo necessário que critérios clínicos sejam validados estatisticamente em diferentes centros.

Palavras-chave: Acute viral bronchiolitis. Management and admission. Hospitalization criteria.

Referências bibliográficas:

1. Shi T, McAllister DA, O'Brien KL, Simoes EAF, Madhi SA, Gessner BD, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: a systematic review and modelling study. Lancet. 2017;390(10098):946–58.

2. Erickson EN, Bhakta RT, Mendez MD. Pediatric Bronchiolitis. Em: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 10 de maio de 2023]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519506/

3. Adcock PM, Sanders CL, Marshall GS. Standardizing the Care of Bronchiolitis. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998; 152(8):739–44.

4. Principi T, Coates AL, Parkin PC, Stephens D, DaSilva Z, Schuh S. Effect of Oxygen Desaturations on Subsequent Medical Visits in Infants Discharged From the Emergency Department With Bronchiolitis. JAMA Pediatr. 2016;170(6):602–8.

5. Mallory MD, Shay DK, Garrett J, Bordley WC. Bronchiolitis management preferences and the influence of pulse oximetry and respiratory rate on the decision to admit. Pediatrics. 2003;111(1):e45-51.

6. Cunningham S, Rodriguez A, Adams T, Boyd KA, Butcher I, Enderby B, et al. Oxygen saturation targets in infants with bronchiolitis (BIDS): a double-blind, randomised, equivalence trial. Lancet; 386(9998):1041–8.

7. Cunningham S, McMurray A. Observational study of two oxygen saturation targets for discharge in bronchiolitis. Arch Dis Child. 2012;97(4):361–3.

8. Marlais M, Eans J, Abrahamson E. Clinical predictors of admission in infants with acute bronchiolitis. Arch Dis Child. 2011 Jul;96(7):648-52.

11 - DESFECHOS CLÍNICOS ASSOCIADOS AO USO DE ETOMIDATO E CETAMINA PARA INTUBAÇÃO EMERGENCIAL EM SEPSE: NOVAS PERSPECTIVAS

Joice Rodrigues Rachid Amin[1] (0000-0002-8041-0506), Ana Cláudia Dias Malta[1], Lorena Rocha Cardoso Viana[1], Rodrigo Braga Pacheco[1], Welton Gomes de Paula[1], Gabriel Tiago Ligório[2]

[1] Faculdade de Minas - FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais (HPM), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Joice Rodrigues Rachid Amin.

Introdução: A sepse é uma emergência médica com alta taxa de mortalidade, que pode cursar com insuficiência respiratória, cuja incidência é de 7% dos casos na população norte-americana[1]. Diante disso, a intubação de sequência rápida (ISR) é o procedimento de escolha e visa a melhora da oxigenação, sendo o etomidato e a cetamina os agentes de indução mais utilizados[2].

Objetivo: Comparar os desfechos clínicos do etomidato em relação à cetamina na ISR por sepse.

Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura feita por meio da base de dados Pubmed, Scielo e Cochrane. Os descritores utilizados foram "Ketamine", "Etomidate", "Intubation", sendo os critérios de inclusão artigos entre 2019 e 2023 e de exclusão textos pagos. Foram encontrados 39 artigos e selecionados 6, após triagem mediante análise de título, resumo e leitura completa.

Resultados: O etomidato é um composto imidazólico que age sobre os receptores GABA, enquanto a cetamina é um derivado da fenciclidina que realiza o bloqueio não competitivo dos receptores NMDA[3,4]. Ambos podem predispor à hipotensão grave por meio de vasoplegia, embotamento das catecolaminas e diminuição da função miocárdica[5,6]. Nesse contexto, grande parte dos estudos indicam que o etomidato foi relacionado à menor hipotensão pós-indução em comparação com a cetamina (p=0,02), o que contribui para sua maior utilização na ISR[3,5,6]. No entanto, um estudo recente demonstrou que cerca de 18% dos pacientes com sepse em uso de cetamina desenvolveram hipotensão, em comparação a 44% dos que receberam etomidato, visto que este pode causar supressão adrenal transitória[1]. Por conseguinte, o etomidato foi relacionado ao maior uso de vasopressor em 24h após a intubação (p<0,001) e de corticosteroides intravenosos (p=0,012)[1]. Por fim, não houve diferenças significativas entre os grupos em relação à sobrevivência em 24h (p=0,097) ou em 7 dias (p=0,574)[1].

Conclusão: Na emergência, a hipotensão pós-intubação pode estar relacionada a maior risco de mortalidade. Isso sugere a necessidade de cautela no uso de etomidato para ISR no paciente com sepse, visto que este foi associado a maiores riscos de uso precoce de vasopressores após a intubação, em comparação ao uso de cetamina. Nesse cenário, com os resultados científicos em constantes atualizações, torna-se importante o desenvolvimento de novos estudos, a fim de garantir uma melhor conduta em emergências relacionadas a ISR no quadro de sepse.

Palavras-chave: Cetamina. Etomidato. Intubação. Emergências.

Referências bibliográficas:

1. Srivilaithon W, Bumrungphanithaworn A, Daorattanachai K, Limjindaporn C, Amnuaypattanapon K, Imsuwan I, et al. Clinical outcomes after a single induction dose of etomidate versus ketamine for emergency department sepsis intubation: a randomized controlled trial. Sci Rep. 2023 Abr 19; 13(1):6362.
2. Matchett G, Gasanova I, Riccio CA, Nasir D, Sunna MC, Bravenec BJ, et al. Etomidate versus ketamine for emergency endotracheal intubation: a randomized clinical trial. Intensive Care Med. 2022 Jan;48(1):78-91.
3. Sharda SC, Bhatia MS. Etomidate Compared to Ketamine for Induction during Rapid Sequence Intubation: A Systematic Review and Meta-analysis. Indian J Crit Care Med. 2022 Jan; 26(1):108-113.
4. Ahmad I, El-Boghdadly K, Bhagrath R, Hodzovic I, McNarry AF, Mir F, et al. Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults. Anaesthesia. 2020 Apr;75(4):509-528.
5. Mohr NM, Pape SG, Runde D, Kaji AH, Walls RM, Brown CA 3rd. Etomidate Use Is Associated With Less Hypotension Than Ketamine for Emergency Department Sepsis Intubations: A NEAR Cohort Study. Acad Emerg Med. 2020 Nov;27(11):1140-1149.
6. April MD, Arana A, Schauer SG, Davis WT, Oliver JJ, Fantegrossi A, et al. Ketamine Versus Etomidate and Peri-intubation Hypotension: A National Emergency Airway Registry Study. Acad Emerg Med. 2020 Nov; 27(11):1106-1115.

12 - DIVERSIDADE DE PROGNÓSTICOS EM RELAÇÃO À SUPERDOSAGEM DE ACETAMINOFENO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Eduardo Rodrigues Ferreira Gomes de Camargos[1] (0009-0006-2048-3080), Ana Júlia Ferreira[1], Bruna Garcia Gomes Salles Teixeira[1], Carolina Lins Salgado[1], Fernanda Thais Campos[1], Gustavo Oliveira Piedade Bustos[2]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Eduardo Rodrigues Ferreira Gomes de Camargos.

Introdução: O mecanismo da superdosagem por acetaminofeno, analgésico conhecido por Paracetamol, consiste em um acúmulo hepático de n-acetil-p-benzoquinonaimina (NAPQI), um subproduto tóxico do metabolismo do acetaminofeno, que pode levar à hepatite fulminante e ao óbito[1]. Em pacientes pediátricos o índice terapêutico é menor e, por conseguinte, eles são mais vulneráveis à administração excessiva de forma acidental[2].

Objetivos: Determinar os fatores de risco relacionados aos diferentes prognósticos no atendimento emergencial de pacientes pediátricos em superdosagem por acetaminofeno.

Metodologia: Após a definição do objetivo, foi realizada busca no PubMed utilizando os descritores Acetaminophen, emergencies, pediatrics e "drug overdoses". Foram encontrados 10 artigos, na língua inglesa, publicados nos últimos 5 anos. Os critérios de inclusão foram a disponibilidade do texto completo e artigos que abordam superdosagem por acetaminofeno em pacientes recém nascidos a 18 anos. Os critérios de exclusão foram os que não traziam informações à respeito do atendimento emergencial a pacientes pediátricos com overdose de paracetamol. Após a aplicação dos critérios definidos foram selecionadas 3 revisões de literatura e 3 relatos de caso.

Resultados: Os principais fatores de risco identificados para superdosagem de acetaminofeno foram armazenamento no alcance de crianças, medicamentos que contêm acetaminofeno em sua composição sem a devida identificação, uso de paracetamol por pacientes pediátricos em doses para adultos e situações em que os pais não compreendem a dose correta do medicamento a ser administrado[2]. Edema cerebral[3], maior tempo desde a ingestão e RNI maior que 4,5 estão relacionados a pior prognóstico[4]. A concentração sérica de paracetamol não demonstrou correlação com o prognóstico[4]. Somado a isso, fatores correlacionados ao melhor prognóstico seriam idade, pois pacientes pediátricos apresentam menores taxas de hepatite fulminante quando comparados com adultos[4] e possivelmente os bebês prematuros podem ter uma alteração nas enzimas do CYP2E1, alterando o metabolismo do acetaminofeno, o que pode ser protetor contra a hepatotoxicidade[1,3], e a administração precoce de carvão ativado e N-acetilcisteína[1,2,3,4,5,6].

Conclusão: Essa situação é um problema de saúde pública, por isso é importante reconhecer os fatores de risco da superdosagem de paracetamol por pacientes pediátricos para que sejam evitados e divulgados.

Palavras-chave: Acetaminofen. Pediatria. Emergências. Overdose de Drogas.

Referências:

1. Trebach J, Mahonski SG, Melchert K, Howland MA, Chiang WK. Intravenous Acetaminophen Overdose in an Infant With Toxicokinetic Data. J Pharm Pract. 2023 Feb;36(1):173-175.
2. Normandin PA, Benotti SA, Mullins MA. Hidden Danger: Pediatric Acetaminophen Overdose Unintentional and Intentional Emergencies. J Emerg Nurs. 2020 Nov;46(6):914-922.
3. Austin EB, Hobbs H, Crouse BA, Lobos AT. A case report of full recovery from severe cerebral edema secondary to acetaminophen-induced hepatotoxicity in a 13 year old girl. BMC Pediatr. 2018 Jul 30;18(1):247.
4. Hayden JC, Kelly L, McNicholas F. A clinician's guide to self-poisoning with paracetamol in youth: The what, when and why? Acta Paediatr. 2020 Nov;109(11):2237-2242
5. Anderson C, Lynch T, Gupta R, Lim RK. Refractory Hypotension Caused by Prazosin Overdose Combined With Acetaminophen and Naproxen Toxicity: A Case Report and Review of the Literature. J Emerg Med. 2018 Dec;55(6):e141-e145.
6. Abadier M, Wong A, Stathakis P, Singsit J, Pillay M, Graudins A. A case of accidental neonatal paracetamol overdose with prolonged half-life and measured metabolites. Clin Toxicol (Phila). 2019 Dec;57(12):1154-1156.

13 - DRESS E O USO DA VANCOMICINA: HÁ ASSOCIAÇÃO?

Rodrigo Humberto Vilar Pontes Filho[1] (0009-0003-2723-0877), Maria Eduarda Viana Pessoa[1], Matheus Augusto Nunes Ventura[1], Paula Cristina Ferreira[2]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, Minas Gerai, Brasil

[2] Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerai, Brasil

Autor correspondente: Rodrigo Humberto Vilar Pontes Filho.

Introdução: A Síndrome Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) é uma emergência clínica caracterizada como reação de hipersensibilidade induzida por drogas, que cursa principalmente com febre, eosinofilia e rash cutâneo, além de frequente comprometimento de órgãos vitais. Apesar de ser mais relacionada a anticonvulsivantes, é importante o estudo de sua associação à Vancomicina, visto que a mortalidade da síndrome chega a 10%[1] e relatos de casos de DRESS suscitados pelo medicamento já foram registrados.

Objetivos: Os principais objetivos com o presente trabalho são correlacionar o tratamento com a Vancomicina, e o aparecimento do outcome síndrome DRESS, além de melhor caracterizar o fenótipo clínico desse achado quando decorrente da administração do medicamento em questão. Como objetivo secundário, propõe-se discutir a epidemiologia da síndrome.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura à partir da base de dados Pubmed. Para a pesquisa foram utilizados os descritores: DRESS, Glycopeptide antibiotics e Vancomycin. A busca de artigos limitou-se a publicações posteriores ao ano de 2017. Os critérios de exclusão foram: artigos que não relacionam a Síndrome DRESS à Vancomicina e que não são disponibilizados na íntegra.

Resultados: Após a análise da literatura, notou-se a associação recorrente entre síndrome DRESS e o tratamento com Vancomicina. Em um dos estudos[2] a frequência de ocorrência foi estabelecida como, aproximadamente, 13,8%. A respeito do fenótipo clínico da doença, a disfunção renal, apresentou associação usual com os critérios propostos, sendo que, em 75% dos casos de DRESS induzida por Vancomicina, deste mesmo estudo, houve presença de envolvimento renal (que foi considerado como sendo um aumento de 0,5g/dL da creatinina sérica ou 50% acima da linha de base em 2 medições consecutivas). Com relação à epidemiologia, encontrou-se dados[3] que referem ocorrência 1 vez a cada 1.000 administrações medicamentosas com variações de até 1 vez a cada 10.000 tratamentos.

Conclusão: A síndrome DRESS, apesar de rara, é um distúrbio multissistêmico potencialmente fatal[5] e notadamente relacionado com o tratamento com Vancomicina[2]. Nesse sentido, se faz necessário o desenvolvimento de trabalhos que se dediquem a estudar as reações de hipersensibilidade provocadas pela droga, em especial a reação, aqui abordada, com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS).

Palavras-chave: DRESS. Vancomicina. Disfunção renal.

Referências bibliográficas:

1. Hama N, Abe R, Gibson A, Phillips EJ. Drug-Induced Hypersensitivity Syndrome (DIHS)/Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS): Clinical Features and Pathogenesis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022 May. 10(5):1155-1167.

2. Madigan LM, Fox LP. Vancomycin-associated drug-induced hypersensitivity syndrome. J Am Acad Dermatol. 2019; 81(1): 123-128.

3. Wilcox O, Hassanein M, Armstrong J, Kassis N. Case report: atypical presentation of vancomycin induced DRESS syndrome: a case report and review of the literature. BMC Pulm Med. 2017 Dec 28;17(1):217.

4. Blumenthal KG, Patil SU, Long AA. The importance of vancomycin in drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome. Allergy Asthma Proc. 2012 Mar-Apr;33(2):165-71.

5. Young S, Ojaimi S, Dunckley H, Douglas MW, Kok J, Fulcher DA, et al. Vancomycin-associated drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms syndrome. Intern Med J. 2014 Jul;44(7):694-6.

6. Minhas JS, Wickner PG, Long AA, Banerji A, Blumenthal KG. Immune-mediated reactions to vancomycin: A systematic case review and analysis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2016 Jun;116(6):544-53.;

7. Sharifzadeh S, Mohammadpour AH, Tavanaee A, Elyasi S. Antibacterial antibiotic-induced drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome: a literature review. Eur J Clin Pharmacol. 2021 Mar;77(3):275-289.

14 - EFICÁCIA E BENEFÍCIOS DO ÁCIDO TRANEXÂMICO NA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL CAUSADA POR TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Victória Carolina Noronha Gomes Bezerra[1] (0009-0005-9839-120X), Kathlen Oliveira Martins[1], Caio Felipe Norberto Siqueira[2]

[1] Faculdade de Minas - FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Hospital Socor-MG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Victória Carolina Noronha Gomes Bezerra. E-mail: carolnoronha15@hotmail.com

Introdução: O ácido tranexâmico (TXA) é um medicamento antifibrinolítico utilizado para a redução de sangramentos em diferentes procedimentos cirúrgicos[1]. Seu uso em pacientes vítimas de traumatismo crânioencefálico (TCE) em um período de 3 horas, foi objeto de estudo em grandes ensaios clínicos randomizados. Esses estudos atualizaram medidas pré-hospitalares e de emergência que impactaram na sobrevida dos pacientes[2,3].

Objetivo: Analisar o efeito do ácido tranexâmico na hemorragia intracerebral causada por traumatismo cranioencefálico em emergências.

Metodologia: Para a confecção desta revisão integrativa foi utilizado os bancos de dados: Pubmed, Lilacs e Scielo. Os seguintes descritores: "Tranexamic acid"; "Craniocerebral trauma" e "Emergency Treatment" e os seguintes filtros: "free full text" e "in the last 5 years", foram utilizados, totalizando 12 artigos. Após a leitura do título, resumo e texto completo, foram considerados 6 artigos elegíveis para a elaboração do presente trabalho.

Resultados: O ácido tranexâmico atua impedindo a conversão de plasminogênio em plasmina, reduzindo a probabilidade de sangramentos[2]. Os estudos mais robustos constataram uma redução significativa de 17% na mortalidade de pacientes com TCE leve a moderado que foram submetidos à administração do TXA dentro de três horas do evento traumático[4,5]. Além disso, os trabalhos evidenciam que a eficácia do ácido se deve a sua administração precoce, no ambiente pré-hospitalar e na emergência, prevenindo ou reduzindo a expansão da hemorragia intracraniana, que pode evitar o agravamento do quadro para herniação e óbito[6]. Outro apontamento acerca do uso do medicamento é seu custo-benefício, que foi corroborado como altamente econômico em casos de TCE leve a moderado, uma vez que culminaram em maior sobrevida dos pacientes que adotaram esta terapêutica[3]. Uma complicação dos quadros de hemorragia intracraniana é a coagulopatia, assim, desfechos dos estudos analisados apresentaram o TAX como o tratamento de primeira escolha, com base em evidências científicas, porém não se exclui a necessidade de avaliação individual do paciente[2].

Conclusão: Logo, tem-se que o benefício da administração do ácido tranexâmico em quadros de TCE leve a moderado dentro de três horas, foi significativo por evitar complicações como a herniação e óbito, além de apresentar excelente custo benefício e constatar, cientificamente, a importância da administração do ácido no ambiente pré-hospitalar e na emergência.

Palavras-chave: Ácido Tranexâmico. Medicina de Emergência. Traumatismos Craniocerebrais. Tratamento de Emergência.

Referências bibliográficas:

1. Brenner A, Belli A, Chaudhri R, Coats T, Frimley L, Jamaluddin SF, et al. Understanding the neuroprotective effect of tranexamic acid: an exploratory analysis of the CRASH-3 randomised trial. Crit Care. 2020 Nov 11;24(1):560.

2. Nakae R, Murai Y, Morita A, Yokobori S. Coagulopathy and Traumatic Brain Injury: Overview of New Diagnostic and Therapeutic Strategies. Neurol Med Chir (Tokyo). 2022 Jun 15;62(6):261-269.

3. Williams J, Roberts I, Shakur-Still H, Lecky FE, Chaudhri R, Miners A. Cost-effectiveness analysis of tranexamic acid for the treatment of traumatic brain injury, based on the results of the CRASH-3 randomised trial: a decision modelling approach. BMJ Glob Health. 2020 Sep;5(9):e002716.

4. Roberts I, Shakur-Still H, Aeron-Thomas A, Beaumont D, Belli A, Brenner A, et al. Tranexamic acid to reduce head injury death in people with traumatic brain injury: the CRASH-3 international RCT. Health Technol Assess. 2021 Apr;25(26):1-76.

5. Karl V, Thorn S, Mathes T, Hess S, Maegele M. Association of Tranexamic Acid Administration With Mortality and Thromboembolic Events in Patients With Traumatic Injury: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022 Mar 1;5(3):e220625.

6. 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. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32233-0. Epub 2019 Oct 14. Erratum in: Lancet. 2019 Nov 9;394(10210):1712.

15 - EMERGÊNCIAS HIPERGLICÊMICAS: DIFERENÇAS NO MANEJO DE CRISE HIPERGLICÊMICA HIPEROSMOLAR E CETOACIDOSE DIABÉTICA

Paula Salomão Libânio[1] (0009-0008-8343-3966), Luíza Faria Vasques[1], Rafaella Ferreira Meneghin[1], Tatiana Federici Nicácio[1], Humberto Batista Ferreira[1]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Paula Salomão Libânio.

Introdução: A Cetoacidose Diabética (CAD) e a Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar (SHH) são emergências endócrinas de alta relevância relacionadas a Diabetes Mellitus (DM). Segundo a Federação Internacional de Diabetes, em 2021, 1 a cada 10 adultos no mundo era portador de DM, e suas complicações são responsáveis por 12.2% dos óbitos mundiais por todas as causas na faixa etária de 20 a 79 anos, dentre as quais a CAD representa uma parcela importante. Os quadros são caracterizados por hiperglicemia >250mg/dL e apresentam repercussões clínicas que se diferenciam pela etiopatogenia. A CAD é mais comum em pacientes com DM do tipo 1 (DM1), e suas complicações associadas ao tratamento inadequado causam 1-2% dos óbitos em pacientes diabéticos infantis. A SHH é desenvolvida geralmente em pacientes mais velhos com desidratação e níveis glicêmicos mais elevados do que na CAD.

Objetivos: Revisar a condução clínica de quadros emergenciais de CAD e SHH.

Metodologia: Realizou-se uma revisão da literatura via MedLine PubMed com os termos MASH: "Diabetic Ketoacidosis" AND "Hyperglycemic Hyperosmolar State" AND "Management". Para a seleção foram considerados artigos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa. Os critérios de inclusão foram estudos revisionais, experimentais ou observacionais que abordassem o manejo das emergências endócrinas, já os de exclusão foram artigos duplicados e publicados há mais de 20 anos.

Resultados: O manejo adequado da CAD e SHH é dependente do diagnóstico correto e avaliações clínicas de: desidratação, hiperglicemia, presença de cetonas séricas e urinárias. As duas condições podem causar sintomatologia similar, todavia, existe um padrão mais acentuado de desidratação e declínio mental na SHH. A base terapêutica cursa com hidratação parenteral, controle de sinais vitais, correção gradativa da hiperglicemia e dos distúrbios hidroeletrolíticos, bem como correção e identificação dos eventos desencadeantes. Complicações da CAD podem se apresentar por meio de hiperglicemia secundária, hipopotassemia, hipoxemia, edema agudo de pulmão, hipercloremia e edema cerebral. Já as complicações mais comuns da SHH são hipoglicemia, hipocalemia, edema cerebral e rabdomiólise.

Conclusão: A CAD e a SHH possuem bases etiopatogênicas que se diferem em alguns aspectos, mas o manejo inicial de ambas se dá pela hidratação. O diagnóstico diferencial é fundamental para a condução assertiva e prevenção de complicações.

Palavras-chave: Cetoacidose Diabética. Hiperglicemia. Diabetes Mellitus. Atendimento de Emergência. Hidratação.

Referências bibliográficas:

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Clannad, 2019. SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes.
2. Roque D, Faria D, Ferreira J, Ferreira H, Beringuilho M, Magno P, et al. A reversible cause of left ventricular dysfunction: Case report and brief review. Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition). 2021 May;40(5):383–8.
3. Navarro-Díaz FJ, Amillo M, Rosales M, Panadero A, Ena J. [Opportunities to improve hospital emergency care of patients with diabetic ketoacidosis]. Emergencias. 2015 Feb;27(1):39–42.
4. Gouni-Berthold I, Krone W. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state. Med Klin (Munich). 2006 Mar 22:101 Suppl 1:100-5.
5. Chiasson JL, Aris-Jilwan N, Bélanger R, Bertrand S, Beauregard H, Ekoé JM, et al. Diagnosis and treatment of diabetic ketoacidosis and the hyperglycemic hyperosmolar state. CMAJ. 2003 Apr 1;168(7):859-66.
6. Fayfman M, Pasquel FJ, Umpierrez GE. Management of Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. Med Clin North Am. 2017 May;101(3):587-606.
7. Kalscheuer H, Serfling G, Schmid S, Lehnert H. [Diabetic emergencies : Hypoglycemia, ketoacidotic and hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma]. Internist (Berl). 2017 Oct;58(10):1020-1028.
8. Dhatariya KK, Vellanki P. Treatment of Diabetic Ketoacidosis (DKA)/Hyperglycemic Hyperosmolar State (HHS): Novel Advances in the Management of Hyperglycemic Crises (UK Versus USA). Curr Diab Rep. 2017 May;17(5):33.
9. Pasquel FJ, Tsegka K, Wang H, Cardona S, Galindo RJ, Fayfman M, et al. Clinical Outcomes in Patients With Isolated or Combined Diabetic Ketoacidosis and Hyperosmolar Hyperglycemic State: A Retrospective, Hospital-Based Cohort Study. Diabetes Care. 2020 Feb;43(2):349-357.
10. Kaser S, Sourij H, Clodi M, Schneeweiß B, Laggner AN, Luger A. [Treatment of acute diabetic metabolic crises in adults (Update 2023): Hyperglycemic hyperosmolar state and ketoacidotic metabolic disorder]. Wien Klin Wochenschr. 2023 Jan;135(Suppl 1):237-241.
11. Echouffo-Tcheugui JB, Garg R. Management of Hyperglycemia and Diabetes in the Emergency Department. Curr Diab Rep. 2017 Aug;17(8):56.
12. Muneer M, Akbar I. Acute Metabolic Emergencies in Diabetes: DKA, HHS and EDKAAdv Exp Med Biol. 2021:1307:85-114.

16 - INTOXICAÇÃO EXÓGENA MEDICAMENTOSA EM PACIENTES NA VIGÊNCIA DE AUTOEXTERMÍNIO: UMA REVISÃO DA LITERATURA.

Dayane Campos da Silva [1] (0009-0003-5904-3224), Núbia Andrade da Cunha Pereira 1[1], Lucas Saraiva da Silva[1]

[1] Faculdade Da Saúde E Ecologia Humana (FASEH), Belo Horizonte Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Dayane Campos da Silva.

Introdução: A intoxicação exógena é uma manifestação clínica por meio dos sinais e sintomas dos efeitos deletérios produzidos pelo organismo em virtude de uma interação com determinada substância química, no qual se estende desde um prejuízo da funcionalidade do indivíduo até a morte[1]. Este efeito nocivo, é dependente da dose da toxina utilizada, quantidade absorvida e intensidade dessa exposição, e algumas das principais substâncias químicas que possuem relação direta com a toxicidade são em grande maioria os agrotóxicos agrícolas, bebidas alcóolicas, medicamentos e produtos químicos[2,3.]

Objetivo: O presente estudo é uma revisão da literatura sob uma análise criteriosa acerca do uso de medicamentos em dose tóxica com finalidade de auto- extermínio.

Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com coleta bibliográfica nas bases de dados Pubmed, Scielo, Ministério da Saúde. Baseado nos Descritores em Sistema de Saúde foram utilizados os termos de busca com as seguintes combinações de descritores: ''Intoxication", ''medicinal" e '' suicide", de artigos científicos da língua portuguesa e inglesa, entre os anos de 2007 a 2023.

Resultados: Segundo Oliveira, el al. (2017), no período de 1996 a 2012, foram identificados 1.760 óbitos intencionais por intoxicação medicamentosa no Estado de São Paulo [4]. Desse total, as mulheres correspondem a grande maioria dos casos comparado ao sexo masculino, isso se justifica pelo fato do grande acesso na obtenção dos medicamentos por uso de sedativos, hipnóticos e psicotrópicos. Em relação a faixa etária, a partir do ano de 2009, houve uma ascensão na mortalidade intencional em adultos entre 20 a 49 anos[4]. Além disso, os fármacos mais utilizados foram os benzodiazepínicos, antidepressivos e anticonvulsivantes [5].

Conclusão: A intoxicação exógena por medicamentos é um problema de saúde pública devido à facilidade de acesso a essas drogas, inclusive por pacientes com elevada suicidalidade. Há também uma dificuldade no manejo desses casos nos serviços médicos de urgência, sendo importante o reconhecimento precoce da intoxicação, o suporte inicial adequado, a descontaminação e uso de antídotos específicos, dependendo da substância exposta. Essas medidas, associadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) são fundamentais para um melhor desfecho clínico, redução da morbimortalidade e implantação de políticas públicas mais eficazes direcionadas à prevenção da intoxicação exógena intencional.

Palavras-chave: Intoxicação. Medicamento. Envenenamento. Suicídio.

Referências:

1. Zambolim CM, Oliveira TP, Hoffmann NA, Vilela CEB, Neves D, Anjos FR, et al. Perfil das intoxicações exógenas em um hospital universitário. RMMG. 2008; 18.

2. Garcia RB, Polisel CG, Franck JG. Intoxicações agudas: Percepções e práticas de profissionais atuantes em serviços de urgência e emergência hospitalar. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo. 2017; 8(2): 32-37.

3. Vieira LP, Santana VTP, Suchara EA. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. Cad Saude Colet. 2015 Jun;23(2):118–23

4. Oliveira JDFM, Wagner GA, Romano-Lieber NS, Antunes JLF. Tendência da mortalidade por intoxicação medicamentosa entre gêneros e faixas etárias no Estado de São Paulo, Brasil, 1996-2012. Cienc Saude Colet. 2017 Oct 1;22(10):3381–91.

5. Silva VT, Coelho LMM, Santos DB, Martins LS, Santos GB. Intoxicação por medicamentos: uma revisão de literatura com abordagem no tratamento. Revista Eletrônica Acervo Científico. 2021 Mar 28;23:e6781.

6. Prefeitura de São Paulo. Manual de Toxicologia Clínica. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. 465 p.

17 - O MANEJO DE FLUIDOS NA INJÚRIA RENAL AGUDA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Fabiane Leite Alonso[1] (0009-0001-7966-4445), Ana Beatriz Baldanza Rodrigues Raymundo Couri[1], Helena Iatarola Milagres[1], Lara Barroso Frade[1], Lara Lopes Ramos[1], Emiliana Spadarotto Sertório[2]

[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, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Fabiane Leite Alonso.

Introdução: Injúria Renal Aguda (IRA) tem prevalência de 30-60% entre pacientes graves[1], sendo um diagnóstico frequente na emergência. Está associada ao aumento de morbimortalidade e, ainda que reversível, a maior risco de Doença Renal Crônica e maior incidência de complicações cardiovasculares[1,2]. As causas pré-renais, cursando com depleção do volume intravascular, são responsáveis por 70% dos casos de IRA[3]. Quanto ao tratamento da hipovolemia, um estudo averiguou que fluidos intravenosos afetam as concentrações plasmáticas de eletrólitos, sendo que a solução salina causa hipercloremia e acidose metabólica. Contudo, os cristaloides balanceados contêm lactato e acetato, que previnem acidose. Assim, a administração de fluidos é crucial na ressuscitação de doenças críticas, no entanto, ela pode se tornar deletéria[4].

Objetivos: Avaliar o impacto da administração de fluidos na IRA.

Metodologia: Foram analisados ensaios clínicos publicados na base de dados National Library of Medicine (MedLine), em inglês, em humanos. Os descritores e termos utilizados foram consultados na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DECS/MESH) e no Medical Subject Headings (MeSH), através do portal da U.S. National Library of Medicine (NLM), sendo eles "Acute Kidney Injury", "Therapeutics" e "Emergency Medicine" "Water-Electrolyte Imbalance". Foram incluídos estudos que analisavam a administração de fluidos em pacientes com IRA e excluídos estudos com métodos inconclusivos. A escala PRISMA foi usada objetivando melhorar o relato desta revisão[5].

Resultados: Foram encontrados 47 estudos e, após aplicação dos critérios de elegibilidade, 6 fizeram parte do escopo e análise final. Foi demonstrado que a sobrecarga hídrica durante o pico de creatinina sérica reduz a chance de recuperação renal [6]. Quando há indicação para reposição de fluidos, sua escolha impacta no prognóstico dos pacientes. A solução cristaloide isotônica, quando comparada à solução salina para tratamento da IRA, foi relacionada à menor necessidade de Terapia Renal Substitutiva, menor chance de piora do quadro, diminuição dos óbitos [7,8] e, em pacientes críticos em geral, redução da disfunção renal persistente [9].

Conclusão: A ressuscitação fluida é considerada benéfica em pacientes com IRA. A escolha dos fluidos deve ser cautelosa, pois há associação entre a sobrecarga hídrica e a mortalidade. Nesse contexto, o uso de soluções cristaloides isotônicas foi a mais indicada.

Palavras-chave: Acute Kidney Injury. Therapeutics. Emergency Medicine. Water-Electrolyte Imbalance.

Referências bibliográficas:

1. Hoste EAJ, Kellum JA, Selby NM, Zarbock A, Palevsky PM, Bagshaw SM, et al. Global epidemiology and outcomes of acute kidney injury. Nat Rev Nephrol. 2018;14(10):607-625.
2. James MT, Bhatt M, Pannu N, Tonelli M. Long-term outcomes of acute kidney injury and strategies for improved care. Nat Rev Nephrol. 2020; 16(4):193-205.
3. Co I, Gunnerson K. Emergency department management of acute kidney injury, electrolyte abnormalities, and renal replacement therapy in the critically ill. Emerg Med Clin North Am. 2019;37(3):459-471
4. Wald R, Kirkham B, daCosta BR, Ghamarian E, Adhikari NKJ, Beaubien-Souligny W, et al. Fluid balance and renal replacement therapy initiation strategy: a secondary analysis of the STARRT-AKI. Wald et al. Critical Care (2022) 26:360.
5. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. PLoS Med 2009; 6(7): e1000100.
6. Bouchard J, Soroko SB, Chertow GM, Himmelfarb J, Ikizler TA, Paganini EP, et al. Fluid accumulation, survival and recovery of kidney function in critically ill patients with acute kidney injury. Kidney Int. 2009; 76(4):422-7
7. Toporek AH, Semler MW, Self WH, Bernard GR, Wang L, Siew ED, et al. Balanced Crystalloids versus Saline in Critically Ill Adults with Hyperkalemia or Acute Kidney Injury: Secondary Analysis of a Clinical Trial. Am J Respir Crit Care Med. 2021; 203(10):1322-1325.
8. Semler M, Wanderer J, Ehrenfeld J, Stollings J, Self W, Siew E, et al. Balanced Crystalloids versus Saline in the Intensive Care Unit. The SALT Randomized Trial. Am J of Respir Crit Care Med. 2017 May 15; 195(10), 1362–1372
9. Semler MW, Self WH, Rice TW. Balanced Crystalloids versus Saline in Critically Ill Adults. N Engl J Med. 2018; ;378(20):1951

18 - MANEJO PRECOCE DE NOREPINEFRINA EM CHOQUE SÉPTICO NA EMERGÊNCIA CLÍNICA: PERSPECTIVAS ATUAIS

Joice Rachid Rodrigues Amin[1] (0000-0002-8041-0506), Debora Regina Tavares Silva[1], Júlia Ferreira Rodrigues e Silva[1], Danielle Marques Bicalho[1]

[1] Faculdade de Minas - FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Joice Rachid Rodrigues Amin.

Introdução: O choque séptico é uma emergência médica que requer diagnóstico e tratamento imediato[1]. Consiste em aumento da permeabilidade vascular e hipotensão arterial, como resultado da inflamação sistêmica devido à infecção grave[2,3]. Assim, a sepse causa grande mortalidade, com mais de 19 milhões de casos e 5 milhões de mortes anualmente[3,4,5].

Objetivos: Comparar o desfecho clínico do tratamento precoce com norepinefrina em relação à terapia padrão no choque séptico.

Metodologia: Por meio da estratégia PICO, buscou-se no Pubmed e Cochrane, com os descritores "vasoconstritores", "choque séptico", "emergências", sendo os critérios de inclusão artigos de 2019 a 2023 e de exclusão textos pagos. Foram encontrados 49 artigos e selecionados 6, após triagem mediante análise de título, resumo e leitura completa.

Resultados: O tratamento do choque séptico visa restaurar o tônus vascular e a hemostasia[1,4]. Em geral, são administrados cristaloides balanceados, seguido do início gradual de vasoconstritores, além de antibioticoterapia e outros vasopressores, a fim de manter a pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg[1,3,4,5,6]. Diante disso, a norepinefrina é considerada o agente de primeira linha no tratamento, visto que foi associada à redução de mortalidade hospitalar (p<0,001) em relação aos outros vasoconstritores, ao maior número de pacientes que atingiram a PAM alvo (p<0,001) e à redução da incidência de arritmia (p=0,030)[4,5]. Novos estudos apontam que o atraso do uso da norepinefrina, frente ao choque séptico, foi relacionado ao aumento de morte hospitalar (p<0,001)[1]. Ainda, em pacientes que a administraram após 4 horas, o risco de falência de órgãos aumentou quatro vezes (p=0,008)[1]. Por outro lado, pacientes com uso precoce de norepinefrina tiveram maior probabilidade de reversão do choque dentro de 6 horas (p<0,001), além de menor taxa de edema pulmonar cardiogênico (p=0,004) e arritmia de início recente (p =0,03)[2,3]. No entanto, não houve diferença significativa no número de pacientes com mortalidade em 28 dias entre o grupo com terapia padrão e precoce (p=0,150)[3,4].

Conclusão: Em suma, o uso precoce de norepinefrina foi significativamente relacionado ao melhor controle do choque séptico em 6 horas, frente à terapia padrão. Nesse contexto, tal abordagem tem potencial para melhorar o desfecho clínico dos pacientes com sepse. Porém, novos estudos são necessários para elucidar e implementar o melhor manejo para o choque séptico na emergência clínica.

Palavras-chave: Vasoconstritores. Choque séptico. Emergências. Sepse. Norepinefrina.

Referências bibliográficas:

1. Wieruszewski PM, Khanna AK. Vasopressor Choice and Timing in Vasodilatory Shock. Crit Care. 2022 Mar 22;26(1):76.
2. Permpikul C, Tongyoo S, Viarasilpa T, Trainarongsakul T, Chakorn T, Udompanturak S. Early Use of Norepinephrine in Septic Shock Resuscitation (CENSER). A Randomized Trial. Am J Respir Crit Care Med. 2019 May 1;199(9):1097-1105.
3. Gavelli F, Castello LM, Avanzi GC. Management of sepsis and septic shock in the emergency department. Intern Emerg Med. 2021 Sep;16(6):1649-1661.
4. Ruslan MA, Baharuddin KA, Noor NM, Yazid MB, Noh AYM, Rahman A. Norepinephrine in Septic Shock: A Systematic Review and Meta-analysis. West J Emerg Med. 2021 Feb 16;22(2):196-203.
5. Dalimonte MA, DeGrado JR, Anger KE. Vasoactive Agents for Adult Septic Shock: An Update and Review. J Pharm Pract. 2020 Aug;33(4):523-532.
6. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021 Nov;47(11):1181-1247.

19 - MEDIDAS PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DA TORÇÃO TESTICULAR NO PRONTO ATENDIMENTO

João Vitor Anacleto de Castro[1] (0000-0001-5901-9601), Luiza Cadaval Rocha[1], Lucas Pimentel Marinho[1], Laura Caldeira Zavaglia[1], Rafael Da Silveira de Castilho Jacob[1]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: João Vitor Anacleto de Castro.

Introdução: A torção testicular é uma emergência médica que requer diagnóstico e tratamento imediatos[1]. Apesar de ser uma condição relativamente rara, é uma das principais causas de dor testicular aguda em homens jovens e adolescentes[1,2]. O tempo entre o início dos sintomas e o tratamento é essencial para a sobrevivência do testículo[2]. Portanto, é fundamental que as medidas adequadas sejam tomadas para melhorar o atendimento dessa condição.

Objetivo: Avaliar as possíveis ações para otimizar a abordagem da torção testicular no PA e reduzir o tempo de diagnóstico e tratamento desta emergência médica.

Metodologia: Foi feita uma revisão da literatura dos artigos publicados entre 2016 e 2023 nas bases de dados Scielo e PubMed. Os critérios de exclusão foram artigos que possuem baixo nível de evidência científica e os que não se adequam ao objetivo do trabalho.

Resultados: A literatura sugere que várias medidas podem ser tomadas para aperfeiçoar a abordagem da torção testicular no PA, sendo uma delas a triagem rápida e precisa dos pacientes com dor testicular aguda. Isso pode ser feito com a ajuda de um protocolo de atendimento que inclui a história clínica do paciente, exame físico e exames de imagem como a ultrassonografia testicular[1,2]. Ademais, a capacitação dos profissionais de saúde no reconhecimento dos sinais e sintomas da torção testicular é essencial para melhorar o atendimento[3]. A implementação de treinamentos para esses profissionais sobre o diagnóstico e tratamento da torção testicular pode facilitar a identificação e o manejo precoce da condição[4,5]. A disponibilidade de recursos adequados, como acesso a serviços de ultrassonografia testicular de emergência, também é importante para aprimorar o atendimento[3]. O uso de protocolos de atendimento padronizados e a implementação de fluxogramas de tratamento podem reduzir o tempo de diagnóstico e tratamento[4].

Conclusão: A torção testicular é uma emergência médica que requer diagnóstico e tratamento imediatos. A triagem rápida e precisa dos pacientes com dor testicular aguda, a capacitação dos profissionais de saúde, a disponibilidade de recursos adequados e a implementação de protocolos padronizados de atendimento são medidas que podem ser tomadas para melhorar o atendimento no PA e reduzir o tempo de diagnóstico e de tratamento da condição, melhorando, assim, o prognóstico dos pacientes.

Palavras-chave: Torção Testicular. Testículo. Ultrassom. Urologia. Serviços de atendimento de emergência.

Referências bibliográficas:

1. Cheng EM, Chui JN, Crowe M, Cooke A. Improving testicular examinations on paediatric patients in the emergency department: A quality improvement study to improve early diagnosis of testicular torsion. Asian Journal of Urology. 2022 Apr;9(2):152–6.
2. Lee LK, Monuteaux MC, Hudgins JD, Porter JJ, Lipsett SC, Bourgeois F, et al. Variation in the evaluation of testicular conditions across United States pediatric emergency departments. Am J Emerg Med. 2018 Feb;36(2):208–12.
3. Thekeveetil M, Krishnadas S, Vishwambharan J. Diagnostic Accuracy of Doppler Ultrasound Compared to Surgical Exploration in Torsion Testis. J Evolution Med Dent Sci. 2021 Aug 30;10(35):3035–9.
4. Ta A, D'Arcy FT, Hoag N, D'Arcy JP, Lawrentschuk N. Testicular torsion and the acute scrotum: current emergency management. Eur J Emerg Med. 2016;23(3):160–5.
5. Patoulias D, Farmakis K, Kalogirou M, Patoulias I. Transient testicular torsion: from early diagnosis to appropriate therapeutic intervention (a prospective clinical study). Folia Med Cracov. 2017;57(2):53–62.

20 - O PAPEL DA TELEOFTALMOLOGIA NO MANEJO DE URGÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 - UMA REVISÃO DE LITERATURA

Rafael Abreu e Sá[1] (0009-0002-6098-0031), Átila Mota Paranguassú[1], Eduardo de Almeida Puppin[1], Isabela Botelho Piovezan[2]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Rafael Abreu e Sá.

Introdução: A pandemia de Sars-Cov-2 impôs novos desafios no que se refere à assistência à saúde da população, surgindo a necessidade da regulação de novas estratégias de facilitação do acesso aos serviços de saúde, sobretudo no contexto do distanciamento social. Nesse contexto, a telemedicina se mostrou como uma alternativa viável para o acesso dos pacientes aos serviços especializados[4,6]. Dentro desta ótica, a oftalmologia se beneficia sobremaneira da abordagem remota, tendo em vista a escassez de serviços de pronto-atendimento necessários para o manejo das urgências oftalmológicas[1,7]

Objetivo: Verificar como a telemedicina impactou o atendimento das urgências oftalmológicas no período da pandemia.

Metodologia: Realizou-se uma revisão narrativa de artigos científicos indexados na base de dados Medline/Pubmed entre os anos de 2020 e 2023 usando os descritores "remote consultation", "ophtalmic emergencies" e "COVID-19". Papers pagos e com data de publicação superior aos últimos 3 anos foram excluídos da análise. Foram selecionados 7 artigos pertinentes à discussão.

Resultados: A maioria dos estudos apontam a teleconsulta como uma ferramenta efetiva de triagem em urgências oftalmológicas. Um estudo comparou os diagnósticos obtidos por meio do exame clínico convencional com aqueles realizados por telemedicina, em um mesmo hospital, tendo constatado uma taxa de concordância de 96% entre as duas modalidades de diagnóstico[3]. Outro estudo observacional avaliou os encaminhamentos via telemedicina ao serviço de emergência presencial a partir de uma comunidade isolada, e demonstrou apenas 1% de erro diagnóstico e de atraso ao encaminhamento para exame clínico[2]. No que se refere à aplicabilidade desse serviço após a pandemia, houve um aumento no número de indicações de teleconsulta em oposição à obrigatoriedade de uma visita presencial ao médico, principalmente nos casos de síndrome do olho vermelho[5].

Conclusão: Ainda que limitada por barreiras como qualidade da tecnologia, acesso a internet e desafios quanto à privacidade de dados dos pacientes, a teleconsulta nas urgências oftalmológicas pode ser considerada uma boa ferramenta para triagem e seguimento dos casos que necessitem de atendimento e intervenção presencial, bem como uma estratégia viável para orientação destinada aos médicos não especialistas no manejo destes pacientes, sobretudo em nosso país, que ainda conta com poucos serviços de urgência oftalmológica.

Palavras-chave: Telemedicina. Oftalmologia. Emergência Oftalmológica.

Referências bibliográficas:

[1] - Bourdon H, Jaillant R, Ballino A, El Kaim P, Debillon L, Bodin S, et al. Teleconsultation in primary ophthalmic emergencies during the COVID-19 lockdown in Paris: Patients' point of view. Journal Francais D'ophtalmologie. 2021 Mar 1;44(3):e127–9.

[2] - Bourdon H, Herbaut A, Trinh L, Tuil E, Girmens JF, Baudouin C. An algorithm in ophthalmic emergencies to evaluate the necessity of physical consultation during COVID-19 lockdown in Paris: Experience of the first 100 patients. Journal Francais D'ophtalmologie. 2021 Mar 1;44(3):307–12.

[3] - Bourdon H, Jaillant R, Ballino A, El Kaim P, Debillon L, Bodin S, et al. Teleconsultation in primary ophthalmic emergencies during the COVID-19 lockdown in Paris: Experience with 500 patients in March and April 2020. Journal Français d'Ophtalmologie. 2020 Sep;43(7):577–85.

[4] - Murthy S, Das S, Deshpande P, Kaushik S, Dave T, Agashe P, et al. Differential diagnosis of acute ocular pain: Teleophthalmology during COVID-19 pandemic - A perspective. Indian Journal of Ophthalmology. 2020;68(7):1371.

[5] - Mansoor H, Khan SA, Afghani T, Assir MZ, Ali M, Khan WA. Utility of teleconsultation in accessing eye care in a developing country during COVID-19 pandemic. Liu YC, editor. PLOS ONE. 2021 Jan 14;16(1):e0245343.

[6] - Gegúndez-Fernández J, Llovet-Osuna F, Fernández-Vigo JI, Barrio JMD, Pablo-Júlvez L, Muñoz-Negrete F, et al. Recommendations for ophthalmologic practice during the easing of COVID-19 control measures. Acta Ophthalmologica. 2021 Jan 12;99(7).

[7] - Gegúndez-Fernández JA, Zarranz-Ventura J, Garay-Aramburu G, Muñoz-Negrete FJ, Mendicute del Barrio J, Pablo-Júlvez L, et al. Recomendaciones para la atención oftalmológica durante el estado de alarma por la pandemia de enfermedad por coronavirus COVID-19. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. 2020 Jun;95(6):300–10.

21 - O POTENCIAL DO DEEP LEARNING NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA: AVANÇANDO NO MANEJO EMERGENCIAL

Luana Martins Ribeiro[1] (0000-0001-6760-8844), Larissa Barbosa Gonçalves[1], Lorena Rocha Cardoso Viana[1], Marcos Wagner Rodrigues Gonçalves[2]

[1] Faculdade de Minas- FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Hospital São Francisco de Assis; Fundação São Camilo, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Luana Martins Ribeiro.

Introdução: No departamento de emergência (DE), é de extrema importância que ocorra a identificação precoce dos pacientes críticos, visando a diminuição da morbidade e mortalidade[1]. Embora já existam os sistemas de escores utilizados na estratificação de risco, estes já não suprem as demandas e apresentam um desempenho abaixo do ideal, principalmente no contexto de superlotação[2, 3]. Como alternativa, o Deep Learning pode ser usado para prever eventos clínicos adversos e identificar sinais de alerta com maior precisão, auxiliando na tomada de decisões clínicas[2,4].

Objetivo: Apresentar o papel do Deep Learning no DE como alternativa aos escores prognósticos em emergência.

Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura feita por meio das bases de dados Pubmed e Scielo. Foram utilizados os descritores: "Deep Learning", "Neural Networks, computer", "Electronic Medical Record", "Hospital Mortality" e "Intensive Care Unit". Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2018 e 2023, resultando em uma amostra de 10 artigos, dos quais 9 foram selecionados mediante leitura completa e exclusão de conteúdos pagos.

Resultados: O Deep Learning, técnica de aprendizado de máquina que utiliza redes neurais[5], gera uma avaliação de risco precisa, que auxilia desde o momento de admissão do paciente na emergência[7]. Esse sistema trabalha por meio do ajuste fino e tem a capacidade de aprender continuamente a partir da inserção de dados do registro eletrônico de saúde, permitindo crescente precisão nas previsões [2]. Por meio de informações sobre o paciente como dados vitais, laboratoriais e demográficos, medicamentos utilizados, laudos radiológicos e intervenções, o Deep Learning permite melhor administração de recursos, como o acionamento dos Times de Resposta Rápida, com indicações mais exatas que aquelas obtidas pelos escores tradicionais[2, 6, 7, 8]. O Deep Learning mostrou-se promissor em vários domínios da saúde, incluindo a radiologia, aplicável na terapia intensiva, na emergência e no contexto pandêmico da COVID-19 [1, 4, 7, 9]. No entanto, há desafios para aplicação dessa técnica, como a necessidade de grandes quantidades de informações, bem como a preocupação com a segurança e privacidade dos dados[2].

Conclusão: A utilização de Deep Learning no DE é uma alternativa promissora aos escores prognósticos em emergência. Embora seja uma tecnologia ainda em desenvolvimento, possui o potencial de melhorar significativamente o manejo emergencial.

Palavras-chaves: Aprendizado Profundo. Redes Neurais de Computação. Registros Eletrônicos de Saúde. Mortalidade Hospitalar. Unidades de Terapia Intensiva.

Referências bibliográficas:

1. Haiyang Y, Li K, FengQiang X. Multimodal temporal-clinical note network for mortality prediction. J Biomed Semant. 2021 Feb;12(1):3.
2. Caicedo-Torres W, Gutierrez J. ISeeU: Visually interpretable deep learning for mortality prediction inside the ICU. J Biomed Inform. 2019 Out;98:103269.
3. Li-Hung Y, Ka-Chun L, Chu-Lin T, Chien-Hua H, Li-Chen F. A Novel Deep Learning-Based System for Triage in the Emergency Department Using Electronic Medical Records: Retrospective Cohort Study. J Med Internet Res. 2021 Dec;23(12):e27008
4. Davoodi R, Moradi MH. Mortality prediction in intensive care units (ICUs) using a deep rule-based fuzzy classifier. J Biomed Inform. 2018 Mar;79:48-59.
5. Mayampurath A, Sanchez-Pinto LN, Carey KA, Venable LR, Churpek M. Combining patient visual timelines with deep learning to predict mortality. PLoS One. 2019 Mar;14(7):e0220640.
6. Chaudhary K, Vaid A, Duffy Á, Paranjpe I, Jaladanki S, Paranjpe M, et al. Utilization of Deep Learning for Subphenotype Identification in Sepsis-Associated Acute Kidney Injury. Clin J Am Soc Nephrol. 2020 Out;15(11):1557-1565.
7. Naseem M, Arshad H, Hashmi SA, Irfan F, Ahmed FS. Predicting mortality in SARS-COV-2 (COVID-19) positive patients in the inpatient setting using a novel deep neural network. Int J Med Inform. 2021 Out; 154:104556.
8. Laksana E, Aczon M, Ho L, Carlin C, Ledbetter D, Wetzel R. The impact of extraneous features on the performance of recurrent neural network models in clinical tasks. J Biomed Inform. 2020 Feb;102:103351.
9. Ho LV, Aczon M, Ledbetter D, Wetzel R. Interpreting a recurrent neural network's predictions of ICU mortality risk. J Biomed Inform. 2021 Feb;114:103672.

22 - SEPSE: OS PRINCIPAIS ASPECTOS QUE DEVEM SER OBSERVADOS NO MANEJO DESSA EMERGÊNCIA CLÍNICA

Gabriela Borges de Cardoso Pena[1] (0009-0000-0936-1636), Isabela Borges de Cardoso Pena[1], Isabella Mendes de Oliveira[1], Juliana Rocha Incalado Perri[1], Caroline Mésseder Carvalho Abreu[1]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Grais, Brasil

Autor correspondente: Gabriela Borges de Cardoso Pena.

Introdução: A Sepse é caracterizada por resposta inflamatória desregulada a uma infecção cursando com disfunção orgânica.[5] Trata-se de um problema de saúde global. Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que cause 11 milhões de mortes por ano,[8] com impacto direto nos gastos de saúde pública. Dessa forma, o manejo precoce e eficaz da sepse e do choque séptico influenciam de forma positiva nos desfechos desses pacientes.

Objetivo: Analisar o protocolo "Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021", apresentando mudanças na nova diretriz.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, com busca na base de dados PubMed e Google Acadêmico, com os descritores: "Sepsis", "Septic shock" e "Sepsis Emergency". Foram incluídos 7 artigos originais publicados entre 2016 e 2023 em revistas indexadas, com desenho de estudo de ensaio clínico randomizado.

Resultados: O tratamento da sepse se baseia no uso de antibióticos, fluidos intravenosos, controle do foco e suporte às disfunções orgânicas. No que se refere a fluidoterapia, é sugerido administração de 30mL/Kg de cristalóides dentro das 3 horas iniciais da sepse visando restabelecimento dos níveis pressóricos.[2] A Pressão arterial média (PAM) deve ser mantida acima de 65mmHg,[1] sendo a administração de noradrenalina a primeira escolha em caso de ausência de resposta à fluidoterapia. Vale ressaltar a importância da realização de hemoculturas, dado que permite identificar a etiologia microbiológica da infecção e direcionar o esquema antimicrobiano assertivamente. A antibioticoterapia é a intervenção que, comprovadamente, muda a mortalidade na sepse. Para adultos com possível choque séptico ou alta probabilidade de sepse, é recomendada a administração de antimicrobianos imediatamente, idealmente dentro de 1 hora após o reconhecimento.[1] Na sepse, o lactato deve ser utilizado como um indicador de perfusão tecidual. Ele, juntamente com o tempo de enchimento capilar, auxiliam na avaliação do prognóstico e na orientação do tratamento.

Conclusão: A atualização de protocolos tem como intuito promover a melhoria assistencial baseada nas melhores evidências.[4] Portanto, a renovação das diretrizes ajuda a garantir que os profissionais da saúde estejam cientes das melhores práticas atuais e possam fornecer o tratamento mais eficaz e atualizado aos pacientes e, assim, reduzir a mortalidade associada à doença.[5]

Palavras-chave: Sepse. Choque Séptico. Emergências. Protocolos Clínicos.

Referências:

1. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Medicine. 2021 Oct 2;47(47).

2. Fortenbacher S, John S. [Fluid Management in Intensive Care Patients - New Strategies and optimal target?]. Dtsch Med Wochenschr. 2023 Mar 1;148(6):318–24.

3. Hjortrup PB, Haase N, Bundgaard H, Thomsen SL, Winding R, Pettilä V, et al. Restricting volumes of resuscitation fluid in adults with septic shock after initial management: the CLASSIC randomised, parallel-group, multicentre feasibility trial. Intensive Care Medicine. 2016 Sep 30;42(11):1695–705.

4. Kochhan SI, Mello AS, Dani C, Forgiarini Junior LA. Adesão ao protocolo de sepse em um serviço de emergência relacionado à taxa de mortalidade intra-hospitalar. REAS. 2020;(38):e1856.

5. Sete A S, Goveia VR, Vieira A. Implantação do protocolo de sepse em uma instituição hospitalar de grande porte em Belo Horizonte - Minas Gerais / Implementation of the sepsis protocol in a large hospital in Belo Horizonte - Minas Gerais. Brazilian Journal of Health Review. 2021 Jul 8;4(4):14821–33.

6. Duarte RT, Oliveira APA, Moretti MMS, Urbanetto JDS. Associação dos fatores demográficos, clínicos e do manejo terapêutico no desfecho de pacientes sépticos atendidos em uma emergência hospitalar. Revista de Enfermagem da UFSM. 2019 Oct 14;9:e43.

7. Warttig S, Alderson P, Evans D, Lewis S, Kourbeti I, Smith A. Automated monitoring compared to standard care for the early detection of sepsis in critically ill patients [Internet]. Cochrane Library. 2018 [cited 2023 May 9]. Available from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012404.pub2/full/pt#0

8. Carnauba V. Mais de 200 mil brasileiros(as) morrem ao ano por sepse [Internet]. www.unifesp.br. Available from: https://www.unifesp.br/noticias-anteriores/item/6001-mais-de-200-mil-brasileiros-morrem-ao-ano-por-sepse

23 - SÍNDROME HELLP: TERAPIAS ATUAIS PARA O CONTROLE DA VARIANTE DA PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE NA EMERGÊNCIA

Sarah Maria Paixão Fantoni Martins[1] (0009-0009-9612-1651), Fernanda Hellen Sousa Matias[1], Lorena Rocha Cardoso Viana[1], Luana Martins Ribeiro[1], Welton Gomes de Paula[1], Gabriel Tiago Ligório[2]

[1] Faculdade de Minas - FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Grais, Brasil

[2] Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais (HPM), Belo Horizonte, Minas Grais, Brasil

Autor correspondente: Sarah Maria Paixão Fantoni Martins.

Introdução: A síndrome HELLP (SH) é uma emergência presente em 10% a 20% das gestantes com pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, principalmente aquelas entre a 27ª e a 37ª semana[1]. Essa síndrome que tem como fatores de risco a idade materna avançada e a multiparidade é definida pela tríade de hemólise, elevação das aminotransferases hepáticas e baixa contagem de plaquetas[2,3].

Objetivos: Apresentar a SH e os diferentes manejos a partir da idade gestacional no contexto de emergência obstétrica.

Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura feita por meio da base de dados Pubmed, Scielo e Lilacs. Utilizou-se os descritores: "HELLP Syndrome", "Emergency" e "Pregnancy Complications". Os 6 artigos foram selecionados a partir de uma amostra de 15 textos frente à análise de título e resumo. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2018 e 2023, e o de exclusão, conteúdos pagos.

Resultados: A fisiopatologia da SH, não totalmente elucidada pela literatura, é caracterizada pela indução de uma agregação plaquetária, disfunção endotelial e quadro de hipertensão a partir da liberação de moléculas do tecido placentário, como óxido nítrico, prostaglandinas e endotelina, respectivamente[3]. Esse panorama ocasiona plaquetopenia (< 100.000/mm³), hemólise com modificações em bilirrubina (> 1,2 mg/dL) e lactato desidrogenase (≥ 600 U/L), além de alterações de função hepática marcadas bioquimicamente pela transaminase glutâmica oxalacética (≥ 70 UI), achados laboratoriais, que somados à sintomatologia clínica, composta por epigastralgia, mal-estar, cefaleia e náuseas, determinam o diagnóstico da síndrome[4,5]. O manejo da SH é classificado como emergencial e requer uma conduta rápida e eficaz, de acordo com o período gestacional, sendo que acima de 34 semanas o parto é induzido de forma imediata associado ao controle do estado hipertensivo, com a administração de sulfato de magnésio e hemoderivados, se indicado. Já abaixo de 34 semanas, sem apresentação de complicações, como insuficiência renal aguda, hemorragia e rotura hepática, inicia-se a corticoterapia com o objetivo de atingir a maturação pulmonar fetal[1,6].

Conclusão: Dado a necessidade da constante atualização da terapêutica acerca das emergências obstétricas, torna-se importante a precisão do diagnóstico da SH, a fim de se garantir um manejo adequado com redução dos danos maternos e perinatais.

Palavras-chave: Síndrome HELLP. Obstetrícia. Medicina de Emergência.

Referências bibliográficas:

1. Sass N, Korkes HA, Katz L. Síndrome HELLP [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018 [citado em 19 de maio de 2022]. Disponível em: https://sogirgs.org.br/area-do-associado/sindrome-hellp.pdf.
2. Mikolasevic I, Filipec-Kanizaj T, Jakopcic I, Majurec I, Brncic-Fischer A, Sobocan N, et al. Liver Disease During Pregnancy: A Challenging Clinical Issue. Med Sci Monit. 2018 Jun; 24:4080-4090.
3. Petca A, Miron BC, Pacu I, Dumitrașcu MC, Mehedințu C, Șandru F, et al. HELLP Syndrome-Holistic Insight into Pathophysiology. Medicina (Kaunas). 2022 Feb; 58(2):326.
4. Wang L, Tang D, Zhao H, Lian M. Evaluation of Risk and Prognosis Factors of Acute Kidney Injury in Patients With HELLP Syndrome During Pregnancy. Front Physiol. 2021 Mar; 12:650826.
5. Engjom HM, Morken NH, Høydahl E, Norheim OF, Klungsøyr K. Risk of eclampsia or HELLP-syndrome by institution availability and place of delivery - A population-based cohort study. Pregnancy Hypertens. 2018 Oct;14:1-8.
6. Pacheco-Molina C, Vergara-Miranda H, Álvarez-Lozada LA, Vásquez-Fernández F. Management of spontaneous hepatic rupture in HELLP syndrome. rev. colomb. cir. 2021 Sept; 36(3): 549-553.

24 - SÍNDROME TORÁCICA AGUDA: EMERGÊNCIA NO PACIENTE COM ANEMIA FALCIFORME

Clara Bicalho Lourenço[1] (0000-0002-5789-299X), Maria Clara Martins Avelar[1], Célia Maria Silva[1]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais;

Autor correspondente: Clara Bicalho Lourenço.

Introdução: A Anemia Falciforme (AF) é uma anemia hemolítica hereditária com alta prevalência em todo o mundo. A substituição do aminoácido valina por ácido glutâmico na cadeia beta da hemoglobina,[6] resulta na hemoglobina S, que se polimeriza, em condições de baixa tensão de oxigênio (O_2).[1,7] A falcização e vaso-oclusão podem ocorrer nos pequenos vasos de todo organismo e, associadas a outros fatores como baixa perfusão do O_2, infecções, atelectasias e embolia gordurosa na circulação pulmonar,[7] predispõem à Síndrome Torácica Aguda (STA), principal causa de hospitalização,[7] admissão na Unidade de Terapia Intensiva[2] e mortalidade.[1,4] A STA é uma emergência que requer intervenção médica imediata independente da faixa etária, definida como um novo infiltrado pulmonar à radiografia, febre (maior que 38,5º) e sintomas respiratórios.[2,8]

Objetivo: Analisar a Síndrome Torácica Aguda no paciente com Anemia Falciforme em contexto emergencial.

Metodologia: Na revisão de literatura foram escolhidos oito artigos nas bases de dados PubMed e UpToDate com os descritores "Sickle Cell Disease AND Complications", "Emergency", "Acute chest syndrome".

Resultados: Causas não identificadas (46% dos casos), infecções (29%), isquemia (16%) e embolia gordurosa (9%) são as principais etiologias.[5,8] A STA rapidamente progressiva, isto é, que evolui em poucas horas à insuficiência respiratória grave (IRG), com necessidade de intubação, ocorre mais frequentemente em adultos (21%) do que em crianças (2%).[8] Suporte respiratório mantendo a saturação de O_2 maior que 92%,[3] fisioterapia respiratória, uso de beta 2 agonistas, controle álgico e monitorização consistem na base do manejo dos pacientes com STA.[8] A analgesia criteriosa deve ser realizada, evitando-se sedação excessiva, hipoventilação e atelectasias pulmonares. Antibioticoterapia empírica de amplo espectro deve ser iniciada em todos os pacientes com STA na emergência, uma vez que a associação com infecção é elevada, principalmente em crianças.[6,8] A transfusão sanguínea é a principal terapia indicada para qualquer paciente internado por STA, devendo-se realizar a transfusão simples, ou a transfusão de troca se hematócrito maior que 25%.[8]

Conclusão: A STA em pacientes com AF é um dos principais eventos agudos, com alta morbimortalidade na AF e alta procura aos serviços de emergência. O diagnóstico e a abordagem precoces são essenciais para evitar progressão à IRG e reduzir desfechos indesejados.

Palavras-chave: Anemia Falciforme. Síndrome Torácica Aguda. Urgências Médicas. Sistema Médico de Emergência.

Referências bibliográficas:

1. Khoury RA, Musallam KM, Mroueh S, Abboud MR. Pulmonary complications of sickle cell disease. Hemoglobin. 2011;35(5-6):625-635.
2. Simon E, Long B, Koyfman A. Emergency Medicine Management of Sickle Cell Disease Complications: An Evidence-Based Update. J Emerg Med. 2016;51(4):370-381
3. Farooq S, Abu Omar M, Salzman GA. Acute chest syndrome in sickle cell disease. Hosp Pract (1995). 2018;46(3):144-151.
4. Lovett PB, Sule HP, Lopez BL. Sickle cell disease in the emergency department. Emerg Med Clin North Am. 2014;32(3):629-647.
5. Shah N, Bhor M, Xie L, Paulose J, Yuce H. Sickle cell disease complications: Prevalence and resource utilization. PLoS One. 2019;14(7):e0214355. Published 2019 Jul 5.
6. Klings ES, Willen S. Overview of the pulmonary complications of sickle cell disease. UpToDate. 2022.
7. Vichinsky, EP. Overview of the clinical manifestations of sickle cell disease. UpToDate. 2023.
8. Field JF, Willen S. Acute chest syndrome in sickle cell disease (adults and children). UpToDate. 2023.

25 - TONTURA NO PRONTO SOCORRO E PRINCIPAIS CRITÉRIOS PARA AFASTAR AVC CEREBELAR

Bernardo Donato Costa[1] (0009-0007-6818-225X), Henrique Ramos Marcarini[1], Mateus Ferreira Franco[1], Millena Silva dos Santos[1], Cícero Moraes[1]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Bernardo Donato Costa.

Introdução: A tontura é um sintoma comum na clínica geral, sendo também o motivo da visita de 4% dos pacientes que comparecem ao pronto socorro[1]. Dentre as muitas causas, destacam-se principalmente distúrbios benignos como a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) e a neurite vestibular[2]. Entretanto, o acidente vascular cerebral (AVC) corresponde a causa de 4 a 15% dos pacientes que comparecem com esse quadro, sendo o cerebelo o principal local da lesão[1]. Um AVC cerebelar pode manifestar-se apenas com uma vertigem aguda, porém, quadros extensos podem ameaçar a vida do paciente por compressão do tronco encefálico ou do quarto ventrículo, hidrocefalia subsequente e risco de herniação[2].

Objetivos: Analisar os principais critérios para diagnóstico e os principais sinais e sintomas do infarto cerebelar na emergência.

Metodologia: As referências foram obtidas através de revisão da literatura da base de dados da plataforma "PubMed". Foram pesquisados os termos "(dizziness) AND (vertigo) AND (cerebellar stroke) AND (signs and symptoms) AND (emergency medicine)". Foram encontradas 9 publicações inteiramente gratuitas, entre 2015 e 2023, sendo selecionadas 7, pela maior relevância com o tema.

Resultados: Todos os artigos selecionados reforçam critérios clínicos e de imagem, para os diagnósticos diferenciais de síndrome vestibular aguda (SVA) em serviços médicos de emergência[1-7], sendo um deles o AVC cerebelar. 2 dos artigos selecionados apresentaram a vídeo-oculografia associada ao teste de impulso de cabeça[3-4], como método que auxilia nesse processo diagnóstico. Outro estudo reforçou a importância da ressonância magnética para pacientes que tiveram SVA mas que se recuperaram sem elucidação diagnóstica[5]. Além disso, uma publicação identificou que o exame de dímero-D é sensível ao AVC cerebelar[6], ainda que pouco específico.

Conclusão: Os trabalhos mostram que a tontura e a vertigem são comuns em serviços de emergência, e o AVC cerebelar é uma etiologia grave, sendo crucial que os profissionais de saúde conheçam os sinais e sintomas da SVA e façam uso dos exames complementares disponíveis em seu serviço de saúde para atuarem de forma rápida e identificarem a origem das queixas de seus pacientes, especialmente daqueles com suspeita de AVC cerebelar.

Palavras-chave: Cerebelo. Acidente Vascular Cerebral. Tontura. Vertigem. Serviços Médicos de Emergência.

Referências bibliográficas:

1. Zwergel A, Dieterich M. Vertigo and dizziness in the emergency room. Curr Opin Neurol. 2020 Fev;33(1):117-125.
2. Sarikaya H, Steinlin M. Cerebellar stroke in adults and children. Handb Clin Neurol 2018; 155:301-312.
3. Mantokoudis G, Saber Tehrani AS, Wozniak A, Eibenberger K, Kattah JC, Guede CI, et al. Impact of artifacts on VOR gain measures by video-oculography in the acute vestibular syndrome. J Vestib Res. 2016 Nov 3;26(4):375-385.
4. Mantokoudis G, Korda A, Zee DS, Zamaro E, Sauter TC, Wagner F, et al. Bruns' nystagmus revisited: A sign of stroke in patients with the acute vestibular syndrome. Eur J Neurol. 2021;28(9):2971-2979.
5. Yang Y-J, Choi JE, Kim MT, Kim SH, L MY, Yoo DS, et al. Measurement of horizontal ocular deviation on magnetic resonance imaging in various disease with acute vertigo. PLoS One. 2019;14(10): e0224605. Published 2019 Oct 31.
6. Jo S, Jeong T, Lee JB, Jin Y, Yoon J, Park B. Incidence of acute cerebral infarction or space occupying lesion among patients with isolated dizziness and the role of D-dimer. PLoS One. 2019;14(3):e0214661. Published 2019 Mar 28.
7. Edlow JA, Newman-Toker DE. Medical and Nonstroke Neurologic Causes of Acute, Continuous Vestibular Symptoms. Neurol Clin. 2015;33(3):699-xi.

RMMG
REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS

RESUMOS

XII Congresso SAMMG

01 - A ASSOCIAÇÃO ENTRE A SUPLEMENTAÇÃO COM CREATINA MONOHIDRATADA E O DESEMPENHO COGNITIVO

Luana Ladeira Trajano[1] (0009-0003-4926-0970), Leonardo Henrique Lopes Martins[2],

Matheus Rezende Brandão Storck[2], Marcilea Silva Santos[1]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

[2] Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Luana Ladeira Trajano.

Introdução: O cérebro é um órgão de alta atividade metabólica, consumindo cerca de 20% do metabolismo basal. Isso evidencia o alto consumo de adenosina trifosfato (ATP) pelos neurônios. Nesse cenário, a creatina é um importante conjunto de aminoácidos para a manutenção dos níveis de ATP[1], visto que ela transporta o grupo fosfato da mitocôndria para o citosol e fornece para a adenosina difosfato[2], situação a qual destaca uma possível importância dessa substância no desempenho cognitivo. Em contrapartida, a creatina não é devidamente ingerida na alimentação, sendo o consumo médio desses aminoácidos cerca de 70% menor do que a taxa de reposição diária necessária[3]. Diante disso, destaca-se que a suplementação com creatina monohidratada (CMH) é alvo de inúmeros estudos, sendo uma possível causa da melhora no desempenho cognitivo.

Objetivos: Revisar a literatura fundamentada na associação entre a suplementação com creatina e a melhora do desempenho cognitivo.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa, baseada na busca de artigos científicos entre os anos de 2002 e 2023 nas plataformas ScienceDirect e PubMed, utilizando os seguintes descritores: "Suplementação nutricional", "Creatina", "Cognição". Os critérios de inclusão foram artigos científicos da temática em questão que estavam disponíveis gratuitamente e os critérios de exclusão foram os artigos de revisão e de metanálise.

Resultados: De acordo com os 5 artigos selecionados, observou-se que a suplementação diária de 8g de CMH durante 5 dias reduziu a fadiga mental dos participantes em relação ao grupo placebo[4]. Foi observado também que a ingestão diária de 5g de CMH por 6 semanas aumentou significativamente a performance intelectual dos participantes comparado com o grupo placebo[2]. Quando se utilizou 20g diários de CMH por 5 dias, foi observado a melhora da memória dos participantes[5]. Além disso, a suplementação de 3g por dia de CMH por 4 semanas apresentou melhora na velocidade de processamento cognitivo em relação ao tempo de reação visual e um melhor desempenho em relação à atenção seletiva[4]. A utilização de 5g por dia de CMH em indivíduos saudáveis demonstrou melhora tanto no desempenho quanto na inteligência e na memória. Por fim, 20g por dia de CMH em idosos saudáveis melhorou o desempenho na memória de curto prazo, memória espacial e recordação de números[6].

Conclusão: A partir dos resultados apresentados, é notório que a suplementação de CMH melhora o desempenho cognitivo dos indivíduos.

Palavras-chave: Sistema nervoso central. Cognição. Suplementação nutricional. Creatina.

Referências bibliográficas:

1. Pires LAM, Forbes SC, Candow D, Machado M. Creatine supplementation on cognitive performance following exercise in female Creatine supplementation on cognitive performance following exercise in female Muay Thai athletes Muay Thai athletes. NeuroSports. 2020; 1, Art.6.
2. Rae C, Digney AL, McEwan SR, Bates TC. Oral creatine monohydrate supplementation improves brain performance: a double–blind, placebo–controlled, cross–over trial. Proc Biol Sci. 2003 Oct 22;270(1529):2147–50.
3. Bakian AV, Huber RS, Scholl L, Renshaw PF, Kondo D. Dietary creatine intake and depression risk among U.S. adults. Transl Psychiatry. 2020 Feb 3;10(1):52.
4. Watanabe A, Kato N, Kato T. Effects of creatine on mental fatigue and cerebral hemoglobin oxygenation. Neurosci Res. 2002 Apr;42(4):279–85.
5. Benton D, Donohoe R. The influence of creatine supplementation on the cognitive functioning of vegetarians and omnivores. Br J Nutr. 2011;105(7):1100–5.
6. Rawson ES, Lieberman HR, Walsh TM, Zuber SM, Harhart JM, Matthews TC. Creatine supplementation does not improve cognitive function in young adults. Physiol Behav. 2008 ;95(1-2):130–4.

02 - A DIETA VEGETARIANA COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA HIPERLIPIDEMIA E DOENÇA CARDIOVASCULAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Isabela Shimabukuro Yamashiro[1] (0009-0000-8689-6896), Anthony Basílio Dalmácio Cordeiro[1], Camila Mari Yamada[1], Serena Gil Arneiro e Souza[1], Stefane Maria Marques Cabral [1], Bruno Shoiti Maehara[2]

[1] Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

[2] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo - Brasil

Autor correspondente: Isabela Shimabukuro Yamashiro.

Introdução: As doenças cardiovasculares lideram as causas de morbimortalidade mundiais[1], sendo a Hiperlipidemia componente cardinal da elevação do risco cardiovascular[2]. Como estratégia de prevenção primária das Hiperlipidemias e de suas repercussões na saúde cardiovascular, recomenda-se a adoção de mudanças nos hábitos de vida, sobretudo a adequação do padrão alimentar[3]. Nesse sentido, a Dieta Vegetariana (DV), em ascensão no Brasil[4], tem se mostrado potencialmente benéfica na prevenção do desenvolvimento da Hiperlipidemia[5] e de outras afecções.

Objetivos: Identificar a associação entre DV com níveis reduzidos de CT, VLDL, LDL e TG. Avaliar a DV como efeito protetor cardiovascular, em comparação com a dieta onívora.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO. Foram utilizados os descritores: "dieta vegetariana", "colesterol" e "hiperlipidemia" e suas respectivas traduções em inglês. Foram selecionados os artigos que contemplaram os objetivos do estudo sem restrição temporal de publicação e excluídos os que tangenciaram o assunto ou que não mostraram os resultados numéricos obtidos.

Resultados: Foram analisados 27 estudos que compararam o perfil lipídico entre indivíduos que abdicaram do consumo de carnes e aqueles que seguiram uma dieta onívora, por variados períodos de tempo. Os resultados obtidos foram: redução média estimada em 32,03 mg/dL dos valores de CT e 20,42 mg/dL de LDL, considerando os resultados $p<0,05$. Não foram observadas alterações significativas nos valores de VLDL e TG na maioria dos estudos verificados.

Conclusão: Os resultados foram concordantes com estudos prévios e houve associação positiva entre a DV e valores reduzidos de CT e LDL, mas não de VLDL e TG, tanto em indivíduos sadios quanto naqueles com doenças cardiovasculares já estabelecidas, em comparação a dietas não vegetarianas. Cabe ressaltar que a DV pode proporcionar níveis de redução de CT e LDL equivalentes à intervenção medicamentosa[6], revelando-se como uma potente estratégia de prevenção da Hiperlipidemia e Doença Cardiovascular. No entanto, entre as dietas sem proteínas animais, existe uma ampla variedade no padrão de consumo dos diferentes grupos alimentares,[7] e isso relativiza a interpretação da contribuição do tipo de dieta com níveis lipídicos menores e, consequentemente, com diferentes desfechos cardiovasculares.

Palavras-chave: Dieta vegetariana. Colesterol. Hiperlipidemia.

Referências bibliográficas:

1. Vaduganathan M, Mensah GA, Turco JV, Fuster V, Roth GA. The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk: A Compass for Future Health. J Am Coll Cardiol. 2022;80(25): 2361-2371.
2. Hedayatnia M, Asadi Z, Zare-Feyzabadi R, Yaghooti-Khorasani M, Ghazizadeh H, Ghaffarian-Zirak R, et al. Dyslipidemia and cardiovascular disease risk among the MASHAD study population. Lipids Health Dis. 2020 Mar;19(1): 42.
3. Pearson GJ, Thanassoulis G, Anderson TJ, Barry AR, Couture P, Dayan N, et al. 2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. Can J Cardiol. 2021;37(8):1129-1150.
4. Sociedade Vegetarina Brasileira [Internet]. Pesquisa do IBOPE aponta crescimento histórico no número de vegetarianos no Brasil - SVB 2022 Set 22. [acesso em 13 set 2023]; Disponível em: https://svb.org.br/2469-pesquisa-do-ibope-aponta-crescimento-historico-no-numero-de-vegetarianos-no-brasil/
5. Wang F, Zheng J, Yang B, Jiang J, Fu Y, Li D. Effects of Vegetarian Diets on Blood Lipids: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Am Heart Assoc 2015; 4(10): e002408.
6. Edwards JE, Moore RA. Statins in hypercholesterolaemia: A dose-specific meta-analysis of lipid changes in randomised, double blind trials. BMC Fam Pract 2003;4:18.
7. Slywitch, E. Guia de Nutrição Vegana para Adultos da União Vegetariana Internacional (IVU). Departamento de Medicina e Nutrição. 1 ed. [S.I.]: IVU. 2022. 521p

03 - A IMPORTÂNCIA DA COLETA DO PREVENTIVO NAS ESF PARA RASTREIO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ricielly Tameirão Santana Santos[1] (0000-0002-7220-1157), Talita Miranda de Amorim[1], Vincent Alexandre Monteiro Fernandes[1], Gabriela Chaves Mendes Justino [2]

[1] Centro Universitário Vértice – Univértix, Matipó, Minas Gerais, Brasil,

[2] Centro Universitário de Caratinga, Caratinga, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Ricielly Tameirão Santana Santos.

Introdução: O câncer de colo de útero (CCU) é um tumor maligno cuja causa é o crescimento desordenado das células epiteliais que revestem o útero. Um fator importante para o desenvolvimento do CCU é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). O surgimento da neoplasia ocorre de forma silenciosa e assintomática, sendo considerado um problema importante de saúde pública. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge como um componente importante dos sistemas de saúde, já que ela atua de forma central na prevenção.

Objetivo: O presente estudo tem por objetivo analisar a importância da coleta do preventivo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para o rastreio do câncer de colo de útero.

Metodologia: Essa pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo e qualitativo, sendo realizada a partir de artigos extraídos das bases de pesquisa Google Acadêmico, publicados nos últimos 5 anos.

Resultados: O câncer do colo do útero é o segundo mais incidente nas regiões Norte e Nordeste e o terceiro na Centro-Oeste. Em contrapartida, a região Sul ocupa a quarta posição e a região Sudeste, a quinta posição. Ademais, no país, a taxa de mortalidade por CCU, ajustada pela população mundial, foi de 4,60 óbitos/100 mil mulheres, em 2020[1,2,3,4]. Notavelmente, o papanicolau é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a estratégia mais adotada para que haja a detecção precoce da doença em mulheres de 25 a 64 anos com vida sexual ativa. Todavia, nota-se que mesmo com os inúmeros benefícios da realização do exame preventivo, ainda há uma resistência muito grande das mulheres em realizá-lo[5], em decorrência, principalmente, da falta de informação e de conscientização quanto ao procedimento. A coleta do preventivo pode ter um impacto significativo na detecção precoce do CCU e redução da mortalidade[6]. Notavelmente, exames gerais de saúde estão associados à detecção de doenças crônicas, adesão ao controle dos fatores de risco e à melhor aceitação de serviços clínicos[7]. Sendo que a ESF é a porta de entrada do indivíduo no sistema de saúde.

Conclusão: Diante dos resultados apresentados foi possível identificar os principais fatores que dificultam o rastreio do CCU. Apesar das falas referentes à importância da realização do papanicolau, a falta de conhecimento adequado e a desinformação sobre o exame preventivo são fatores relevantes para a não realização do mesmo.

Palavras-chave: Câncer do colo de útero. Rastreio. Preventivo. ESF. Útero.

Referências bibliográficas:

1. Brasil. Ministério da Saude. Instituto nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Detecção precoce do câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2021. [Acesso em: 24 maio 2023]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saude. Instituto nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Atlas da mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2022. [Acesso em: 24 maio 2023] Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/mortalidade.
3. Brasil. Ministério da Saude. Instituto nacional de câncer josé alencar gomes da silva. Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. [Acesso em: 24 maio 2023] Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/incidencia.
4. Brasil. Ministério da Saude. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. [Acesso em: 24 maio 2023] Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf.
5. Maciel LMA, Souza RAG, Aoyama EA. A importância do exame papanicolau realizado pelo enfermeiro para o diagnóstico do Câncer no Colo Uterino. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde. 2020; 2(2): 88-92.
6. Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, Radakrishnan A, Linder JA. General Health Checks in Adult Primary Care: A Review. JAMA. 2021; 325(22): 2294-2306.
7. Naz MSG, Kariman N, Ebadi A, Ozgoli G, Ghasemi V, Fakari FR. Educational Interventions for Cervical Cancer Screening Behavior of Women: A Systematic Review. Asian Pac J Cancer Prev. 2018; 19(4): 875-884.

04 - ABORDAGEM DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS GINECOLÓGICAS: REVISÃO DE LITERATURA

Michelly Pereira Montenegro[1] (0009-0001-5465-1138), Ana Júlia Ornelas Franca[1], Laura Santos Nunes[1], Maria Clara Barbosa Lopes[1], Matheus Sena Boaventura Fagundes[1], Nairtha Alcântara Rocha[1]

[1] Centro Universitário do Norte de Minas - Campus JK, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Michelly Pereira Montenegro.

Introdução: A história da medicina é marcada pelo aperfeiçoamento de técnicas que visam um desfecho clínico favorável ao paciente. Diante disso, os procedimentos cirúrgicos também apresentaram evoluções por meio de técnicas por vídeo e robô[1,2].

Objetivos: Realizar uma revisão bibliográfica sobre a laparotomia em relação à laparoscopia e à cirurgia robótica, em cirurgias ginecológicas, quanto a complicações operatórias e pós-operatórias, a custos e desfechos clínicos.

Metodologia: Foram selecionadas referências bibliográficas, as quais comparavam laparotomia com a laparoscopia ou cirurgia robótica, em procedimentos ginecológicos. As informações foram retiradas das bases de dados Cochrane Library e BVS no período de 2009 a 2023, escritas em língua portuguesa e inglesa.

Resultados: Um estudo que selecionou nove ensaios clínicos randomizados (ECR) comparando laparoscopia com laparotomia em mulheres com câncer endometrial em estágio inicial, não foi evidenciado superioridade entre as duas modalidades, mas a laparoscopia foi associada a uma redução da morbidade e da permanência hospitalar[3]. Em outro estudo, o qual, também, avaliou nove ECR sobre a comparação entre a laparotomia e a laparoscopia em mulheres com tumores benignos ovarianos evidenciaram que a laparoscopia esteve associada a um menor risco de intercorrências pós-operatórias, menor tempo de internação hospitalar e menores custos[4]. Outro trabalho avaliou resultados obtidos em cirurgias robóticas na ginecologia, o qual evidenciou uma superioridade dessa modalidade em relação à laparoscopia e à laparotomia quanto a intercorrências pós-operatórias e tempo de recuperação pós-cirúrgico, entretanto, o mesmo estudo apresentou que a cirurgia robótica no Brasil apresenta limitações em decorrência dos altos custos desse meio e da necessidade de treinamento dos médicos[5].

Conclusão: Diante disso, pode-se aferir pelas evidências apresentadas que a cirurgia minimamente invasiva está cada vez mais presente no meio cirúrgico e a mesma proporciona vantagens tanto para o paciente, como redução de complicações pós-operatórias e tempo de internação hospitalar, como para as instituições pela redução de custos para com os procedimentos. No entanto, no Brasil essa condição está associada as cirurgias por vídeo, uma vez que, a cirurgia robótica ainda apresenta limitações para o seu uso devido aos altos custos e a necessidade de treinamentos dos profissionais.

Palavras-chave: Laparoscopia. Laparotomia. Cirurgia Robótica. Ginecologia.

Referências bibliográficas:

1. Giostri PG, Noviello MB, Filho ASS, Damasceno RCF, Brandão AHF. Laparoscopia por portal único em ginecologia: perspectivas. Rev Femina, 2014; 42 (4): 171-174.
2. Amorim AG, Ferreira MCM, Aquino LO, Noviello MB, Filho ASS, Tanure LM, et al. Uso da cirurgia minimamente invasiva em cirurgia oncológica. Rev Femina, 2015; 43 (5): 203-207.
3. Galaal K, Donkers H, Bryant A, Lopes AD. Laparoscopy versus laparotomy for the management of early-stage endometrial cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Oct 31;10(10):CD006655.
4. Medeiros LR, Rosa DD, Bozzetti MC, Fachel JM, Furness S, Garry R, et al. Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumour. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD004751. Av
5. Pardini T, Arruda B, Moura M, Lopes Da A, Filho S, Cândido E, et al. Cirurgia robótica em ginecologia: atualidade e perspectivas Robotic surgery in gynecology: current and perspectives. FEMINA [Internet]. 2020;48(1):43–51.

05 - ACRODERMATITE ENTEROPÁTICA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

George dos Santos Faria[1] (0009-0004-9107-5549), Anthony Basilio Dalmácio Cordeiro[1], Camila Mari Yamada[1], Isabela Shimabukuro Yamashiro[1], Serena Gil Arneiro e Souza[1], [1], Priscila Menezes Ferri Liu[1]

[1] Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: George dos Santos Faria.

Introdução: A acrodermatite enteropática (AE) é uma doença genética rara que causa deficiência de zinco, um mineral essencial para o funcionamento de muitas enzimas e processos biológicos, incluindo o crescimento, a cicatrização e o sistema imunológico[1]. A AE é causada por mutações no gene do transportador de zinco SLC39A4[2], que leva à absorção intestinal inadequada de zinco[2,3]. O diagnóstico é realizado a partir de testagem laboratorial para dosagem sérica de zinco[3]. A prevalência da AE é de 1 a 9 casos por milhão de habitantes, com uma taxa de incidência global de 1 caso por 500.000 recém-nascidos[4]. A doença afeta pessoas de todas as etnias e sexos. A AE geralmente se manifesta durante a infância, na época em que os bebês amamentados são desmamados, e mais precocemente nos bebês alimentados com fórmula[5].

Objetivo: Relatar o caso de um paciente portador de acrodermatite enteropática.

Relato do caso: Anamnese: Paciente L.G.L.S, sexo masculino, 5 anos, a mãe procurou o ambulatório da pediatria após diversos tratamentos mal sucedidos e não obter uma definição ou solução para o quadro de aparecimento de lesões nas mãos, pés, cotovelos e joelhos do tipo crostas, não pruriginosas no paciente. Ela relatou, também, aparecimento de edema das extremidades associado. Foi realizada a solicitação de exames laboratoriais: Hemograma, ferritina, colesterol total e frações, além de zinco sérico. Esse último teve o resultado de 17,93 µg/dL, quando o valor de referência para tal mensuração é de 69,93 µg/dL a 120,26 µg/dL. Foi então constatado o caso de acrodermatite enteropática, tomou-se a conduta de suplementação de zinco sob a forma e de Sulfato de Zinco (100mg/5ml) e posologia de 8 ml por dia - 3,3 mg /kg (Zn elementar 80mg) 30 minutos antes do almoço. Em uma consulta de retorno, notou-se melhora do quadro com regressão da acrodermatite.

Discussão: O relato de caso enfatiza a complexidade de diagnóstico de uma doença que possui um tratamento simples e eficaz.

Conclusão: É muito importante que as patologias gastroenterológicas sejam associadas pelos profissionais de saúde, também, a manifestações cutâneas a fim de expandir a gama de probabilidades de condições a fim de abreviar o sofrimento do paciente e seu núcleo familiar na direção de um diagnóstico mais assertivo e rápido.

Palavras-chave: Acrodermatite enteropática; Deficiência de Zinco; Suplementação; Máculas hipercrômicas; Doença genética

Referências bibliográficas:

1. Del Ciampo IRL, Sawamura R, Del Ciampo LAD, Fernandes MIM. Acrodermatite enteropatica: manifestações clínicas e diagnóstico pediátrico. Revista Paulista de Pediatria. 2018; 36(2): 238-241.
2. Baruch D, Naga L, Driscoll M, Kao G. Acrodermatitis enteropathica from zinc-deficient total parenteral nutrition. Cutis. 101(6): 450-453.
3. Maverakis E, Fung MA, Lynch PJ, Draznin M, Michael DJ, Ruben B, et al. Acrodermatitis enteropathica and an overview of zinc metabolism. J Am Acad Dermatol. 2007; 56:116-24.
4. Jensen SL, McCuaig C, Zembowicz A, Hurt MA. Blistering lesions in acrodermatitis enteropathica delaying the diagnosis of zinc deficiency: a case report and literature review. J Cutan Pathol. 2008;35 Suppl 1:1-13.
5. Walker CLF, Ezzati M, Black RE. Global and regional child mortality and burden of disease attributable to zinc deficiency. Eur J Clin Nutr. 2009; 63(5):591-7.

06 -ADENOCARCINOMA DO ESÔFAGO INFERIOR COM ESÔFAGO DE BARRET: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA APÓS ESOFAGECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA

Beatriz Eleonora Bicalho Matoso[1] (0009-0003-6714-878X), Julia Lais de Sá Gomes[1], Isadora Andrade Fonseca Moreira[2], Karoline Maria de Souza Marques Chitarra[3], João Rubens Lobo Gonçalves[4]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil,

[2] Uniatenas; paracatu, Minas Gerais, Brasil,

[3] Universidade Federal de Juiz de Fora; Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil,

[4] Centro Universitário Atenas-UniAtenas Paracatu; Hospital Municipal de Paracatu, Paracatu, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Beatriz Eleonora Bicalho Matoso.

Introdução: O esôfago de Barret consiste em uma condição pré-maligna do esôfago na qual ocorre a mudança do epitélio escamoso estratificado normal para epitélio colunar com metaplasia. Tal condição consiste em um fator de risco para o desenvolvimento de adenocarcinoma, que acomete o terço distal do esôfago[1]. Esse processo se estende acima da junção gastroesofágica após grande período de agressão da mucosa por fatores predisponentes, como Doença do refluxo gastroesofágico, obesidade e histórico familiar. O diagnóstico patológico do adenocarcinoma de esôfago e sua abordagem multidisciplinar são fundamentais para a tomada de decisões[2]. Em casos de adenocarcinoma avançado associado ao esôfago de Barret, a esofagectomia minimamente invasiva tem apresentado impacto positivo na sobrevida dos pacientes devido às suas condições mais favoráveis de pós-operatório quando comparadas às cirurgias abertas[3]. Essa técnica, desenvolvida por Igor Lewis em 1994, consiste em uma abordagem híbrida em 2 estágios: laparoscopia seguida de toracotomia direita e anastomose intratorácica[3].

Objetivos: Analisar impacto na qualidade de vida de pacientes com adenocarcinoma esofágico inferior com Esôfago de Barret submetidos a esofagectomia minimamente invasiva.

Metodologia: Selecionaram-se estudos de coorte e ensaios clínicos controlados e randomizados publicados nos últimos 10 anos indexados nas plataformas PubMed e Scielo, a partir dos descritores "Neoplasias esofágicas", "Esofagectomia", "Esôfago de Barrett", "Morbidade" e "Mortalidade" com as respectivas variações contidas no MeSH (Medical Subject Headings).

Resultados: A esofagectomia minimamente invasiva, desde sua expansão na década de 1990, permitiu a redução de complicações respiratórias quando comparada à toracotomia[3]. Foram observadas, diante dos avanços das técnicas, uma menor perda sanguínea pelo paciente, melhor controle da dor, redução da incidência de complicações pulmonares e, consequente, a diminuição da permanência do paciente em unidade de terapia intensiva[4,7].

Conclusão: A Esofagectomia minimamente invasiva tem sido a abordagem de preferência em pacientes fisiologicamente aptos com adenocarcinoma de esôfago inferior com esôfago de Barret. Tendo em vista os benefícios deste tipo de abordagem, o domínio das principais técnicas cirúrgicas minimamente invasivas torna-se essencial para fornecer o melhor tratamento ao paciente e consequente melhora na qualidade de vida pós cirúrgica quando comparada a técnicas abertas[5,6].

Palavras-chave: Neoplasias esofágicas. Esofagectomia. Esôfago de Barrett. Morbidade. Mortalidade.

Referências bibliográficas:

1.Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Souza RF, Yadlapati RH, Sauer BG, et al. Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline. Am J Gastroenterol. 2022 Apr 1;117(4):559–87.

2. Kumarasinghe MP, Armstrong M, Foo J, Raftopoulos SC. The modern management of Barrett's oesophagus and related neoplasia: role of pathology. Histopathology. 2021; 78(1):18–38.

3. Asti E, Bernardi D, Sozzi M, Bonavina L. Minimally invasive esophagectomy for Barrett's adenocarcinoma. Transl Gastroenterol Hepatol. 2018 Oct 16; 3:77.

4. Mariette C, Markar SR, Dabakuyo-Yonli TS, Meunier B, Pezet D, Collet D, et al. Hybrid Minimally Invasive Esophagectomy for Esophageal Cancer. N Engl J Med. 2019 Jan 10;380(2):152–62.

5. Coelho RER. Adenocarcinoma do esófago: abordagem diagnóstica e papel da cirurgia no tratamento. [tese de mestrado]. Porto: instituto de Ciencias Biomedicas de Abel Salazar; 2009

6. Francischetto T, Pinheiro VPSF, Viana EF, Moraes ED, Protásio BM, Lessa MAO, et al. RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS PRECOCES DA ESOFAGECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA NO CÂNCER DO ESÔFAGO. ABCD, arq. Bras. Cir dig. 2023; 36: e1743.

7. Biere SSAY, van Berge Henegouwen MI, Maas KW, Bonavina L, Rosman C, Garcia JR, et al. Minimally invasive versus open oesophagectomy for patients with oesophageal cancer: a multicentre, open-label, randomised controlled trial. Lancet. 2012 May 19;379(9829):1887–92.

07 - ANÁLISE NUTRICIONAL E DE DESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS VEGETARIANAS OU VEGANAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Nathalia De Araujo Lima[1] (0000-0001-6960-6180), Anthony Basílio Dalmácio Cordeiro[1], George Dos Santos Faria[1], Henrique Dias Furtado de Souza[1], Pablo Vinícius Nicoletti Ramos[1], Priscila Menezes Ferri Liu[2]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil;

[2] Universidade Federal de Minas Gerais; Hospital das Clinicas UFMG/Ebserh, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Nathalia De Araujo Lima.

Introdução: Dietas vegetarianas e veganas ganham adeptos exponencialmente, indo contra ao crescimento do comércio de produtos de origem animal. Essa tendência se estende à faixa etária pediátrica, com cada vez mais crianças e adolescentes seguindo tendência dos pais ou motivações, sejam elas ativistas, sejam por saúde, para seguirem essas dietas. Diante dessa realidade, ainda que poucos estudos tenham sido feitos analisando o perfil nutricional dessa população, faz-se necessário avaliar evidências já apontadas na literatura sobre deficiência ou aumento de nutrientes e correlação com dados antropométricos pediátricos.

Objetivos: Analisar o impacto do vegetarianismo e veganismo no desenvolvimento infantil, principalmente nos indivíduos lactentes, pré-escolares e escolares, com enfoque maior nas deficiências nutricionais e em déficits nos desenvolvimentos físico e neuropsicomotor.

Metodologia: Revisão de literatura, com uso dos bancos de dados PubMed e Scielo, com termos-chave: nutrition and health, child development, vegetarian diet, child, deficiency e effects; acrescidos dos operadores booleanos "and" e "or". Foram selecionados 15 trabalhos por conveniência, publicados desde 2010, sobre a temática.

Resultados: Estudos indicaram que dietas vegetarianas bem planejadas são capazes de atender às necessidades nutricionais recomendadas para o desenvolvimento infantil adequado. Em comparação a crianças onívoras, crianças vegetarianas não apresentam diferenças significativas de medidas antropométricas, atingindo, assim, faixa de curva de crescimento condizente com a idade. Dietas vegetarianas incluem maior ingestão de fibras, o que gera mais saciedade e menor ingestão de gordura. Isso diminui o risco de obesidade, incidência de doenças cardíacas e diabetes mellitus. Além disso, o IMC de vegetarianos costuma ser mais baixo. Observa-se a necessidade de suplementação de vitaminas B12 e D, de ferro e de cálcio, pois encontram-se frequentemente abaixo dos valores de referência.

Conclusão: Logo, como a população pediátrica necessita de suporte nutricional diferenciado, devido às demandas tácitas etárias, vê-se que as dietas vegetarianas e veganas com reposição adequada de micronutrientes e acompanhamento pediátrico oportuno são suficientes para esse suprimento. Ademais, pode-se ver que há vantagens nessas formas de alimentação quando comparadas com as onívoras, resultando em uma redução da incidência de desfechos desfavoráveis a longo prazo em crianças adeptas.

Palavras-chave: Nutrition and health. Child development. Vegetarian diet. Child. Deficiency.

Referências bibliográficas:

1. Yisahak SF, Hinkle SN, Mumford SL, Li M, Andriessen VC, Grantz KL, et al. Vegetarian diets during pregnancy, and maternal and neonatal outcomes. Int J Epidemiol. 2021;50(1):165–78.
2. Rudloff S, Bührer C, Jochum F, Kauth T, Kersting M, Körner A, et al. Vegetarian diets in childhood and adolescence: Position paper of the nutrition committee, German Society for Paediatric and Adolescent Medicine (DGKJ). Mol Cell Pediatr. 2019 Nov 12;6(1): 4.
3. Kiely ME. Risks and benefits of vegan and vegetarian diets in children. Proc Nutr Soc. 2021;80(2):159–164.
4. Craig WJ. Nutrition Concerns and Health Effects of Vegetarian Diets. Nutr Clin Pract. 2010;25(6):613–20.
5. Sutter DO, Bender N. Nutrient status and growth in vegan children. Nutr Res. 2021; 91:13-25.
6. Gutiérrez R M, Marín B V, Raimann T X, Le Roy O C. [Vegetarian Diets in Paediatrics. Nutrition Branch Recommendations]. Andes Pediatr. 2021; 92(5): 781-789.
7. Weder S, Hoffmann M, Becker K, Alexy U, Keller M. Energy, Macronutrient Intake, and Anthropometrics of Vegetarian, Vegan, and Omnivorous Children (1–3 Years) in Germany (VeChi Diet Study). Nutrients. 2019; 11(4):832.
8. Simeone G, Bergamini M, Verga MC, Cuomo B, D'Antonio G, Iacono ID, et al. Do Vegetarian Diets Provide Adequate Nutrient Intake during Complementary Feeding? A Systematic Review. Nutrients. 2022;14(17):3591.
9. Cofnas N. Is vegetarianism healthy for children? Crit Rev Food Sci Nutr. 2019;59(13):2052–60.
10. Van Winckel M, Velde SV, De Bruyne R, Van Biervliet S. Clinical practice. Eur J Pediatr. 2011;170(12):1489–94.
11. Ambroszkiewicz J, Chełchowska M, Szamotulska K, Rowicka G, Klemarczyk W, Strucińska M, et al. Bone status and adipokine levels in children on vegetarian and omnivorous diets. Clin Nutr. 2019 Apr;38(2):730–7.
12. Sabaté J, Wien M. Vegetarian diets and childhood obesity prevention. Am J Clin Nutr. 2010;91(5):1525S-1529S.
13. Schürmann S, Kersting M, Alexy U. Vegetarian diets in children: a systematic review. Eur J Nutr. 2017;56(5):1797–1817.
14. Alexy U, Fischer M, Weder S, Längler A, Michalsen A, Sputtek A, et al. Nutrient Intake and Status of German Children and Adolescents Consuming Vegetarian, Vegan or Omnivore Diets: Results of the VeChi Youth Study. Nutrients;13(5):1707.
15. Lemale J, Mas E, Jung C, Bellaiche M, Tounian P. Vegan diet in children and adolescents. Recommendations from the French-speaking Pediatric Hepatology, Gastroenterology and Nutrition Group (GFHGNP). Arch Pédiatr. 2019;26(7):442–50.

08 - ANEURISMA GIGANTE DE ARTÉRIA POPLÍTEA: UM RELATO DE CASO

Ana Luiza Oliveira Camisasca de Souza[1] (0009-0009-4000-7913), Emerson Alves da Silva Júnior[1], Felipe Silva Silveira[2], Lara Amanda Silva Amaral[1], Ricardo Yukio Okawa[3]

[1] Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais, Brasil

[2] Universidade Professor Edson Antônio Velano, Belo Horizzonte, Minas Gerais, Brasil

[3] Hospital Santa Mônica - Hapvida NDI; Divinópolis, Minas Gerais, Brasil; FMUFMG; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil;

Autor correspondente: Ana Luiza Oliveira Camisasca de Souza.

Introdução: O aneurisma de artéria poplítea (AAP) é o aneurisma periférico mais comum, responsável por 70% das lesões[1]. Em sua maioria são assintomáticos[2,3], mas há casos em que uma dilatação muito grande pode causar dor local ou inchaço[3] e sua complicação mais frequente é o tromboembolismo, com subsequente isquemia aguda do membro e taxa de amputação em até 30%[2.] Se maior que 2 cm de diâmetro ou sintomático, o AAP, deve ser tratado assim que o diagnóstico é realizado e pode ser feito por técnicas endovasculares (TE) ou tratamento aberto (TA)[4.] Esta, vem se mostrando mais resistente, permitindo perviedade a longo prazo (superior a 76% em 5 anos)[2.]

Objetivos: Descrever um caso de aneurisma gigante em artéria poplítea e discutir sobre seu manejo cirúrgico, reforçando o tratamento convencional.

Relato do caso: Paciente G.C., masculino, 63 anos, com passado de oclusão arterial aguda de membro inferior direito, pós aneurisma de poplítea operado na urgência com by-pass fêmoro-poplíteo em 2022. Em investigação de aorta ilíaca e membros inferiores foi evidente massa pulsátil palpável em fossa poplítea e coxa esquerda. Fez angiotomografia e arteriografia, resultando um aneurisma gigante de artéria femoral superficial distal e poplítea com 160 mm em seu maior diâmetro. O tratamento convencional do AAP, é uma cirurgia aberta de exclusão do aneurisma e revascularização do membro acometido, com bypass fêmoro-poplíteo, empregando a veia safena magna invertida[2,4]. Seguindo então as evidências, foi feito uma cirurgia aberta, com acesso proximal para controle, ligadura e isolamento pré e pós do aneurisma, com reconstrução do fluxo por meio do by pass fêmoro-tronco tibiofibular com safena reversa.

Discussão: O AAP é o mais frequente dos aneurismas periféricos e dentre todos os aneurismas é o segundo mais presente[2], sendo então de muita importância clínica. Com relação ao seu tratamento, o TE vem ganhando popularidade e interesse por apresentar menor risco de complicações por ser menos invasivo. Entretanto, o TA, que consiste na exclusão do AAP por ligação e revascularização com by-pass venoso, continua sendo o procedimento mais usado[2,5], uma vez que promove resultados bastante significativos, especialmente em casos eletivos, alcançando altas taxas de perviedade do enxerto e de salvamento do membro durante o seguimento[2].

Conclusão: Portanto, o tratamento aberto do aneurisma de artéria poplítea mostrou-se o mais seguro e eficaz ao paciente, corroborando a literatura.

Palavras-chave: Aneurisma. Artéria poplítea. Endovascular. Cirurgia.

Referências Bibliográficas:

1. Huang Y, Gloviczki P, A Noel A, M Sullivan T, Kalra M, Gullerud RE, et al. Early complications and long-term outcome after open surgical treatment of popliteal ar- tery aneurysms: Is exclusion with saphenous vein bypass still the gold standard?. J Vasc Surg. 2007;45(4):706-713.

2. Bandeira RN, Cacione DG, Bandeira FCV, Pelissoni AS, Leite CON, Nakano LCU. Tratamento endovascular versus tratamento aberto de aneurisma de artéria poplítea: artigo de revisão. J Vasc Bras. 2018 Jan-Mar;17(1):34-41.

3. Aneurisma de Artéria Poplítea [Internet]. Dr. Ricardo Perrone. [cited 2023 Sep 21]. Avai- lable from: https://www.ricardoperrone.com.br/doencas-arteriais/aneurisma-de-arteria-poplitea/#:~:text=Grande%20parte%20das%20pessoas%20com

4. Braga AFF, Catto RC, Ribeiro MS, Piccinato CE, Joviliano EE. Cirurgia aberta e endovascular no tratamento de aneurisma de artéria poplítea: experiência de cinco anos do HCRP-FMRP-USP. J Vasc Bras. 2015; 14(4):297-304.

5. Sousa RS, Oliveira-Pinto J, Mansilha A. Endovascular versus open repair for popliteal aneurysm: a review on limb salvage and reintervention rates. Int Angiol. 2020 Oct;39(5):381-389.

09 - ANEURISMA ROTO DE ARTÉRIA POPLÍTEA

Dayene de Resende Dutra[1] (0009-0002-0172-8848), Arthur Emanuel Campos Coelho [2], Carolina Izabela Santos Avelar [2], Melina Dias Pereira [2], Josualdo Euzébio da Silva [3].

[1] Faculdade de Minas Belo Horizonte; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Universidade de Itaúna; Itaúna, Minas Gerais, Brasil

[3] Hospital Biocor; Universidade Professor Edson Antônio Velano, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Dayene de Resende Dutra.

Introdução: Embora o aneurisma de artéria poplítea (AAP) seja o mais comum dos aneurismas periféricos, ele se faz presente em cerca de apenas 1% da sociedade. [1,2,5]. Nos casos em que se ocorre a ruptura do aneurisma, é observado sangramento significativo na área, podendo se apresentar de forma aguda e emergencial, sendo importante uma rápida intervenção [3,5] . Comumente sua incidencia é maior no sexo masculino e em idosos [4]. Os fatores de risco são tabagismo e hipertensão [2].

Objetivo: Relatar e demonstrar as intervenções realizadas por técnicas minimamente invasivas endovasculares no caso do rompimento de aneurisma de artéria poplítea.

Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 61 anos, hipertenso descompensando e com história de atividade física diariamente, deu entrada no serviço com edema, dor e massa palpável no membro inferior direito. Não se observou sinais de isquemia, choque ou outras alterações. Foi levantada a hipótese de um cisto de Baker. Para diagnóstico, além da história clínica, foi feita uma ressonância magnética que evidenciou o AAP possivelmente roto. Realizou-se uma arteriografia, na qual foi puncionada contralateralmente a artéria femoral esquerda com introdutor 5F, cateterizado ilíaca direita com cateter mamária interna 5F e fio guia terumo stiff ponta angulada. Na arteriografia de controle foi evidenciado um aneurisma de artéria poplítea roto, que foi transposto e inserido o Stent Viabahn. Utilizou-se um balão 7x40 para acomodá-lo com o auxílio da seringa insufladora. Desse modo, foi evidenciado a exclusão de aneurisma roto pela arteriografia de controle, portanto, o cateter, fio guia e introdutor foram retirados, passou-se o sistema oclusor angioseal, e em seguida, foi colocado um curativo oclusivo.

Discussão: No pós operatório, o paciente se mostrou estável hemodinamicamente. Recebeu alta no dia posterior, foi acompanhado e rastreamento de outros aneurismas, uma vez que, a presença de AAP sugere a existência de outros aneurismas, como de artéria poplítea contralateral, femorais ou aorta abdominal.

Conclusão: Apesar do aneurisma de artéria poplítea por si só ser raro, seu rompimento é extremamente peculiar, e quando ocorre, o tratamento deve ser imediato antes que gere uma repercussão hemodinâmica. Neste caso, a técnica minimamente invasiva endovascular se mostrou um método efetivo e satisfatório, visto que os benefícios superam os malefícios quando se compara os resultados à técnica aberta.

Palavras Chaves: Aneurisma roto. Artéria poplítea. Arteriografia. Vascular.

Referências:

1- Domingues RB, Araújo ACO, van Bellen B. Tratamento endovascular de aneurisma de artéria poplítea: resultados em curto e médio prazo. Rev Col Bras Cir. 2015;42(1):37-42.

2- Kauffman P, Puech-Leão P. Tratamento cirúrgico do aneurisma da artéria poplítea: experiência de 32 anos. J Vasc Bras. 2002;1(1):5-14.

3- Moraes AO, Nabeshima RY, Rezende FF, Viotto EF, Bogdan CR. Case report: rupture of popliteal artery aneurysm. J Vasc Bras. 2015;14(2):189-92.

4- Parmer SS, Skelly CL, Carpenter JP. Ruptured popliteal artery aneurysm: a case report. Vasc Endovascular Surg. 2006;40(1):71-4.

5- Wissgott C, Lüdtke CW, Vieweg H, Scheer F, lichtenberg M, Schlöricke E, et al. Endovascular treatment of aneurysms of the popliteal artery by a covered endoprosthesis. Clin Med Insights Cardiol. 2014;8(Suppl 2):15-21.

10 - ANEURISMA ROTO DE ARTÉRIA RENAL COM REPERCUSSÃO HIPERTENSIVA SECUNDÁRIA

Carolina Izabela Santos Avelar [1], Arthur Emanuel Campos Coelho [1], Dayene de Resende Dutra [2], Marcela Santos Salgado [1], Ricardo Yukio Okawa [3]

[1] Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais, Brasil

[2] Faculdade de Minas Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[3]Hapvida Ndi Minas Gerais, Hospital Lifecenter, Hospital Vera Cruz, Faculdade de Medicina UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Carolina Izabela Santos Avelar.

Introdução: A displasia fibromuscular (DFM) é uma doença idiopática, não-inflamatória, não-aterosclerótica sistêmica[2,3]. Geralmente ela evolui com distorção da arquitetura da parede de artérias de médio calibre causando algum grau de estenose, oclusão e aneurisma vascular[5]. Comumente é mais frequente em mulheres jovens e pode acometer diversos vasos sendo mais comum nos rins[1]. A manifestação mais comum da DFM das artérias renais é a hipertensão arterial[6]. A arteriografia renal é o padrão ouro no diagnóstico de DFM e o tratamento pode ser clínico, no entanto a revascularização através da angioplastia ou cirurgia aberta por embolização ou uso de endopróteses pode ser considerada se os benefícios forem superiores aos riscos[1,4].

Objetivos: demonstrar o papel da embolização com micromolas na resolução do aneurisma roto de artéria renal provocando hipertensão arterial sistêmica secundária.

Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 56 anos, previamente hígida. Nega tabagismo e outras doenças. Há dois anos iniciou com quadro de hipertensão essencial não responsiva ao tratamento farmacológico com três classes de medicamentos hipotensores que se agravou drasticamente com pressão arterial de 250 x 120 mmHg. A paciente foi encaminhada de outro serviço apresentando arteriografia e ultrassonografia das artérias renais sugerindo DFM com estenose de artéria renal esquerda de 70% e direita de 40%, gerando hipertensão renovascular. Foi realizada angioplastia com acesso pela artéria braquial direita e cateterização seletiva das artérias renais para arteriografia seletiva, não evidenciou-se estenose, todavia a DFM tinha cursado com um aneurisma sacular que comprimia a artéria renal direita, que por sinal se encontrava rota causando hematoma na loja renal. Desse modo, foi tratada com embolização por implante de micromolas moldadas (aneurisma se apresentava com um largo colo) com microcateter dentro de cateter MP.

Discussão: No pós-operatório, a paciente mostrou-se estável hemodinamicamente e foi acompanhada por três semanas com cinco medidas diárias de pressão arterial com valores em média de 130 x 80 mmHg em monoterapia hipotensora.

Conclusão: A cirurgia minimamente invasiva angioplástica por embolização do aneurisma roto da artéria renal mostrou-se um método efetivo na resolução da hipertensão arterial sistêmica persistente ao uso de hipotensores, e que também evitou uma possível queda hematimétrica e instabilidade hemodinâmica da paciente.

Palavras-chave: Aneurisma. Artéria renal. Displasia fibromuscular. Hipertensão arterial.

Referências bibliográficas:

01. Barros KJF, Metzger PB, Rossi FH, Rodrigues TO, Moreira SM, Petisco ACG, et al. Técnicas e táticas no tratamento endovascular do aneurisma da artéria renal. Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva. 2014; 22(1): 64-72.

02. Burgos PFM, Bombig MTN, Barbosa AH, Francisco YA, Marui FRRH, Brollo L, et al. Fibrodisplasia de artéria renal: causa de hipertensão refratária?. Rev. Bras. Hipertens. 2013; 20(1): 47-51.

03. Freitas A, Dias VP, Pinheiro DM. HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA: UM CASO DE DISPLASIA FIBROMUSCULAR. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. 2021; (83): 19-22.

04. Metzger PB, Costa KR, Metzger SL. Técnica de remodelamento com uso de stents em T e molas para tratamento de aneurisma renal complexo. Jornal Vascular Brasileiro. 2021; 20: e20200141.

05. Metzger PB, Kambara AM, Barbato HA, Rossi FH, Izukawa NM. Abordagem endovascular de paciente com fibrodisplasia de artéria renal bilateral associada a volumoso aneurisma renal. Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva. 2015; 23(2): 145-147.

06. Peres LAB, Rocha AT, Bastos LC, Toyama G. Displasia Fibromuscular. Relato de Caso. J. Bras. Nefrol. 2007; 29(3): 182-184.

11 - ASSOCIAÇÃO ENTRE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Júlia Moreira Diniz[1] (0009-0004-1604-972X), Lara Machado Sousa Castro[1], Letícia Jabur Vaz Ribeiro[1], Lilian Paula de Souza[1]

[1] Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Júlia Moreira Diniz.

Introdução: Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica autoimune com fases de atividade e de remissão e ampla variedade de sintomas. Alterações neuropsiquiátricas, como o Transtorno Depressivo, são manifestações clínicas menos frequentes da doença, porém presentes e de alta relevância[1]. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão será a maior causa de incapacidade até 2030, o que evidencia a notoriedade do tema.

Objetivos: Investigar a prevalência do Transtorno Depressivo em pacientes adultos com diagnóstico de LES, tendo em vista os prejuízos individuais e socioeconômicos provocados pela depressão.

Metodologia: Foram pesquisados, na base de dados PubMed, artigos científicos sobre depressão em portadores de LES, por meio das palavras-chave "systemic lupus erythematosus (AND) depression", utilizando os filtros "Clinical Trial", "Meta-Analysis" e "Systematic Review", publicados de 2013 a 2023. Foram selecionados e analisados 9 artigos dos 45 encontrados.

Resultados: A depressão foi fortemente associada ao LES, com estimativas de prevalência superiores a 30%[2]. Sua incidência está associada a vias imuno-inflamatórias que afetam o Sistema Nervoso Central e ao estresse psicossocial gerado pela doença crônica[3]. A depressão nessa população foi correlacionada a Determinantes Sociais da Saúde (DSS), sobretudo dificuldade financeira, pobreza no bairro e isolamento social[2]. O gênero não se mostrou correlacionado, diferente da epidemiologia na população geral, o que reforça a associação entre LES e depressão[4]. A raça/etnia também não teve forte associação[4]. O principal obstáculo na avaliação consistiu na presença de diferentes medidores do status de depressão, entre eles: ferramentas de triagem distintas com diferentes critérios de corte, diagnósticos em registros de alta hospitalar e uso de antidepressivos[5]. Ademais, embora a associação entre LES e depressão seja conhecida, seus mecanismos e os DSS que impactam sua prevalência são pouco estudados, o que impede a tomada de medidas personalizadas para essa população.

Conclusão: Há associação entre depressão e LES, tanto pelas vias imuno-inflamatórias que promovem lesões no Sistema Nervoso Central quanto pelo estresse psicossocial[2,3,4]. Estudos adicionais são necessários para compreender melhor a interação entre os dois processos, assim como o impacto dos DSS, visando implementar intervenções preventivas na população em geral e naquela mais suscetível.

Palavras-chave: Associação. Depressão. Determinantes sociais da saúde. Lúpus eritematoso sistêmico.

Referências bibliográficas:

1. Carvalho, Marco Antonio P. et al. REUMATOLOGIA - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. 832 p; 28 cm.
2. Bergmans RS, Loewenstein E, Aboul-Hassan D, Chowdhury T, Schaefer G, Wegryn-Jones R, Xiao LZ, Yu C, Moore MN, Kahlenberg JM. Social determinants of depression in systemic lupus erythematosus: A systematic scoping review. Lupus. 2023 Jan;32(1):23-41.
3. Palagini L, Mosca M, Tani C, Gemignani A, Mauri M, Bombardieri S. Depression and systemic lupus erythematosus: a systematic review. Lupus. 2013 Apr;22(5):409-16.
4. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017 Feb 14;17(1):70.
5. Moustafa AT, Moazzami M, Engel L, Bangert E, Hassanein M, Marzouk S, Kravtsenyuk M, Fung W, Eder L, Su J, Wither JE, Touma Z. Prevalence and metric of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. Semin Arthritis Rheum. 2020 Feb;50(1):84-94.
6. Yin R, Li L, Xu L, Sui W, Niu M, Xu R, Srirat C. Sleep Breath. Association between depression and sleep quality in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. 2022 Mar;26(1):429-441.
7. Cojocaru DC, Costin M, Bădeanu LE, Negru RD, Aursulesei V. DEPRESSION--A FELLOW TRAVELER WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2015 Oct-Dec;
8. Parperis K, Kyriakou A, Voskarides K, Chatzittofis A. Suicidal behavior in patients with systematic lupus erythematosus: Systematic literature review and genetic linkage disequilibrium analysis. Semin Arthritis Rheum. 2022 Jun;54:151997.
9. Yin R, Li L, Xu L, Sui W, Niu M, Xu R, Srirat C. Sleep Breath.Correction to: Association between depression and sleep quality in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. 2022 Mar;26(1):443.
10. Strand V, Simon LS, Meara AS, Touma Z. Measurement properties of selected patient-reported outcome measures for use in randomised controlled trials in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review. Lupus Sci Med. 2020 Jun;7(1):e000373.

12 - AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO MICCIONAL DE PACIENTES COM ENDOMETRIOSE SEVERA SUBMETIDAS À CIRURGIA: UM RELATO DE CASO

Raíssa Êmily Andrade Souza[1] (0000-0002-1521-5309), Júlia Costa Pinheiro[1], Victória Aparecida Limongi Horta Santos[1], Karla de Carvalho Schettino[2]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Universidade Federal de Minas Gerais; Santa Casa de Belo Horizonte; Fiocruz Minas; Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Raíssa Êmily Andrade Souza.

Introdução: A endometriose é definida pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina e é infiltrativa. Geralmente, acomete mais o compartimento pélvico posterior, principalmente os ligamentos uterossacros, região em que há relação anatômica com o Plexo Hipogástrico Inferior que inerva as vísceras pélvicas[1]. Tanto a doença pode acometer as estruturas nervosas quanto sua exérese cirúrgica pode lesar esse plexo, gerando disfunções, sendo a miccional a mais prevalente[2,3].

Objetivo: Relatar perfil de pacientes com endometriose severa, tratadas cirurgicamente, que possuem possibilidade de evoluir com disfunção miccional no pós-operatório (PO).

Relato do caso: Trata-se de 3 pacientes submetidas à cirurgia no Hospital Felício Rocho (HFR), média de idade de 36,3 anos, com endometriose "Severa" pela Classificação da ASRM e em "Estágio 4" pela Classificação AAGL. Todas realizaram exame de imagem que demonstraram acometimento do compartimento posterior, ocorrendo concordância com os achados cirúrgicos posteriormente. No PO, foi realizado Cateterismo Vesical Intermitente (CVI) logo após micção espontânea para identificar distúrbio urinário. Duas pacientes receberam alta no quarto dia de PO com hábito urinário já preservado, mas uma apresentou retenção urinária, sendo necessário o CVI até dezessete dias após a cirurgia.

Discussão: No HFR, as pacientes submetidas à cirurgia realizam o protocolo urinário durante a internação, com CVI objetivando resíduo pós-miccional <100 ml. Nas pacientes que ultrapassam os parâmetros infere-se que houve lesão do plexo, devendo ser acompanhado com ultrassonografia para definir a temporalidade do dano[4]. Relata-se na literatura que é comum as pacientes apresentarem hesitação, fluxo urinário intermitente e diminuído, esforço e esvaziamento incompleto no PO, o que tende a ser temporário[4,5]. Isso pode ser diminuído em cirurgias "Nerve Sparing"[6]. O CVI alivia os sintomas, favorece a preservação da arquitetura vesical fisiológica, o que possibilita a manutenção da sua funcionalidade até a recuperação nervosa do reflexo miccional.

Conclusão: A disfunção miccional, permanente ou temporária, pode ser uma complicação cirúrgica da endometriose severa, principalmente nas mulheres com lesões próximas ao Plexo Hipogástrico. Todo serviço de assistência a essas pacientes deve sistematizar a avaliação da função miccional no PO, objetivando diagnóstico precoce dessas disfunções, o que proporciona tratamento em tempo hábil.

Palavras-chave: Endometriose. Plexo Hipogástrico. Cateterismo Urinário. Recuperação Pós-Cirúrgica Melhorada.

Referências bibliográficas

1. Ribeiro-Julio GS, Pereira JA, Ribeiro E, Gallo CM, Favorito LA. Anatomy of the lower hypogastric plexus applied to endometriosis: a narrative review. Int Braz J Urol. 2023;49(3):299-306.
2. Resende Júnior JAD, Cavalini LT, Crispi CP, Fonseca MF. Risk of urinary retention after nerve-sparing surgery for deep infiltrating endometriosis: A systematic review and meta-analysis. Neurourol Urodyn. 2017;36(1):57-61.
3. Serati M, Cattoni E, Braga A, Uccella S, Cromi A, Ghezzi F. Deep endometriosis and bladder and detrusor functions in women without urinary symptoms: a pilot study through an unexplored world. Fertil Steril. 2013; 100(5):1332-1336.
4. Imboden S, Bollinger Y, Härmä K, Knabben L, Fluri M, Nirgianakis K, et al. Predictive Factors for Voiding Dysfunction after Surgery for Deep Infiltrating Endometriosis. J Minim Invasive Gynecol. 2021; 28(8):1544-1551.
5. Dubernard G, Rouzier R, David-Montefiore E, Bazot M, Daraï E. Urinary complications after surgery for posterior deep infiltrating endometriosis are related to the extent of dissection and to uterosacral ligaments resection. J Minim Invasive Gynecol. 2008;15(2):235-240.
6. Magrina J, Yang J, Yi J, Wasson M. Nerve-sparing in Gynecology. J Minim Invasive Gynecol. 2021;28(3):387.

13 - AVCI NO IDOSO EM PERIOPERATÓRIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO: UM RELATO DE CASO

Ingrid Santana Oliveira[1] (0009-0002-3798-9476), Ana Luzia Miranda da Silva[1], Laira Bueno Stopa Salgado[1], Felipe Ferreira Guimarães[2]

[1] Universidade José do Rosário Velano - UNIFENAS BH; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

[2] Instituto Orizonti; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Ingrid Santana Oliveira.

Introdução: O AVC é a segunda principal causa de morte e um dos principais contribuintes para a incapacidade em todo o mundo[1]. Tendo um elevado índice de mortalidade e de sequelas demandantes de atenção médica, o diagnóstico precoce é relevante para a morbimortalidade do paciente[2].

Objetivo: Destacar a importância do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz de um AVCi secundário à suspensão do clopidogrel em idosos, demonstrando a relevância clínica deste cenário.

Relato de Caso: Paciente, sexo feminino, 68 anos, admitida em 13/09 para artroplastia total de joelho esquerdo com suspensão de clopidogrel por 7 dias, com ato cirúrgico sem intercorrências. História prévia de AVCi cerebelar de etiologia desconhecida em 11/22, DM tipo 2, HAS e transtorno depressivo. Ao perioperatório, apresentação de déficit focal transitório (disartria, hemiparesia de face e MSD com duração <1min) na madrugada de 14/09. RNM evidenciou sinais de isquemia cerebral aguda na cabeça do núcleo caudado esquerdo, fechando diagnóstico de AVCi e não AIT, como foi pensado para diagnóstico diferencial, devido à pontuação moderada no score ABCD[2]. AVCi perioperatório Rankin 1, TOAST a/e com hipótese diagnóstica de etiologia cardioembólica. Conduta: uso de AAS + Enoxaparina profilática enquanto aguardava holter, interconsulta com a neurologia e acompanhamento ambulatorial. Propedêutica com ECOTT, Holter ECG 24hs e Angio-RM se mostraram sem alterações.

Discussão: A razão mais importante para interromper a terapia antiplaquetária ou anticoagulante antes de procedimentos invasivos é o risco de hemorragia[3]. Quando um paciente em um tratamento antitrombótico requer interrupção, devemos avaliar: risco hemorrágico de cirurgia, risco vascular e função renal em pacientes que usam anticoagulantes diretos não vitamina K. Sugere-se reiniciar anticoagulação após 2 dias em pequenos derrames, de 7-10 dias para derrames moderados e entre 10-14 dias em grandes derrames[2]. No caso da paciente relatada, 7 dias de interrupção de antiplaquetário foi suficiente para propiciar AVCi, implicando em difícil decisão clínica pré-operatória.

Conclusão: Diante do cenário de pós-operatório imediato em pacientes com história prévia de AVCi[4], é importante considerar riscos e benefícios de suspensão de condutas médicas[5]. A anamnese e o exame físico antes da alta hospitalar são imprescindíveis para evitar que condições de elevada gravidade passem despercebidas.

Palavras-chave: AVE isquêmico. Inibidores da agregação plaquetária. Perioperatório.

Referências bibliográficas:

1. Kuriakose D, Xiao Z. Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives. Int J Mol Sci. 2020 Oct 15;21(20):7609.
2. Campbell BCV, De Silva DA, Macleod MR, Coutts SB, Schwamm LH, Davis SM, et al. Ischaemic stroke. Nat Rev Dis Primers. 2019 Oct 10;5(1):70.
3. Rizelio V, Macuco ALB, Sato HK, Nascimento MTMS, Souza RKM, Kowacs PA. Stroke and transient ischemic attacks related to antiplatelet or warfarin interruption. Arq Neuro-Psiquiatr. 2019Jul;77(7):456–9.
4. Shah J, Liu S, Yu W. Contemporary antiplatelet therapy for secondary stroke prevention: a narrative review of current literature and guidelines. Stroke Vasc Neurol. 2022 Oct;7(5):406-414.
5. Patti G, Micieli G, Cimminiello C, Bolognese L. The Role of Clopidogrel in 2020: A Reappraisal. Cardiovasc Ther. 2020 Mar 16;2020:8703627.

14 - CELULITE ORBITÁRIA COMPLICADA E SUAS PECULIARIDADES NA PEDIATRIA: RELATO DE CASO

Letícia Amorim Soares[1], Eduardo Amorim Leite[1], Luiz Henrique Nacife Gomes[1], Darly Gomes Soares Delfino[2].

[1]Acadêmicos do curso de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; 20101.00194@cienciasmedicasmg.edu.br; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil; https://orcid.org/0000-0001-8716-0821.

[2]Médica pela Faculdade de Minas; Serviço de Oftalmologia da Santa Casa; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil; darlygsoares@gmail.com.

Introdução: A rinossinute aguda bacteriana é responsável por infecções orbitárias em 74-85% dos casos, provocando celulite periorbitária (CPO) ou celulite orbitária (CO), que acomete 1,6-6 crianças a cada 100.000 anualmente[1,2]. Com predominância na população abaixo de 10 anos de idade, a CO tem íntima relação com acometimento dos seios etmoidais e pior prognóstico, como perda de visão, abscesso intracraniano ou trombose de seio cavernoso. Logo, tal condição configura emergência oftalmológica, devendo ser diagnosticada e manejada prontamente [1,3].

Objetivos: Relatar caso de CO complicada secundária à sinusite.

Relato do caso: Paciente K.H.P.C, 14 anos, sexo masculino, comparece à Clínica de Olhos da Santa Casa de Belo Horizonte com edema palpebral em olho direito (OD) de início há um dia e dor à movimentação ocular. Fez uso de dexclorfeniramina e lavagem do olho com soro fisiológico 0,9%, referindo quadro gripal há uma semana e sinusite tratada com antibióticos há 30 dias. Nega traumas, febre ou doenças prévias. Ao exame físico, hiperemia palpebral superior e inferior em OD, com prejuízo de abertura e movimentação oculares, porém com acuidade visual normal e pupilas isocóricas e fotorreagentes. À hipótese clínica de CO, solicitada TC de urgência, que revela abscesso subperiosteal de 50mm em lâmina papirácea em OD e edema de músculo reto medial, com sinusopatia etmoidal ipsilateral. Iniciada amoxacilina-clavulanato endovenosa. Prescrição de prednisona 40mg via oral no 4º dia de internação (DI), quando nova TC revelou aumento do abscesso (61mm). Definiu-se drenagem cirúrgica, realizada apenas 4 dias após, com resolução do quadro e alta no 12º DI.

Discussão: O principal agente da CO secundária à infecção respiratória é o Streptococcus Pneumoniae, sendo a dor à movimentação ocular apresentada pelo paciente fator de diferenciação em relação CPO[3]. A TC contrastada é o exame de escolha, apontando acometimento intraorbitário e/ou craniano e necessidade cirúrgica[4]. No caso, houve demora para abordagem operatória, indicada para pacientes >9 anos, com abscessos de diâmetro >20mm e volume >500mm³, falha terapêutica após 48-72h, piora de estado geral e/ou envolvimento de seio frontal. Também, a corticoterapia possui impacto impreciso, sem recomendações definidas[2,5,6].

Conclusão: A CO secundária à sinusite, comum na pediatria, é quadro com consequências graves e, até mesmo, fatais, sendo de suma importância que seu manejo seja realizado de forma eficiente e rápida.

Palavras-chave: Celulite orbital; Pediatria; Oftalmologia; Urgência.

Referências bibliográficas:

1. Torretta S, Guastella C, Marchisio P, Marom T, Bosis S, Ibba T, et al. Sinonasal-Related Orbital Infections in Children: A Clinical and Therapeutic Overview. Journal of Clinical Medicine. 2019 Jan 16;8(1):101-10.

2. Cantone E, Piro E, De Corso E, Di Nola C, Settimi S, Grimaldi G, et al. Clinical Markers of Need for Surgery in Orbital Complication of Acute Rhinosinusitis in Children: Overview and Systematic Review. Journal of Personalized Medicine. 2022 Sep 18;12(9):1527-41.

3. Anosike BI, Ganapathy V, Nakamura MM. Epidemiology and Management of Orbital Cellulitis in Children. Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society. 2022 Apr 19;11(5):214–20.

4.Mathew AV, Craig E, Al-Mahmoud R, Batty R, Raghavan A, Mordekar SR, et al. Paediatric post-septal and pre-septal cellulitis: 10 years' experience at a tertiary-level children's hospital. The British Journal of Radiology. 2014 Jan;87(1033):1-5.

5. Santos JC, Pinto S, Ferreira S, Maia C, Alves S, da Silva V. Pediatric preseptal and orbital cellulitis: A 10-year experience. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2019 May;120:82–8.

6. Wong SJ, Levi J. Management of pediatric orbital cellulitis: A systematic review. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2018 Jul;110:123–9.

15 - COMPARAÇÃO DOS EFEITOS CARDIOVASCULARES ENTRE CIGARROS ELETRÔNICOS E CIGARROS TRADICIONAIS DE TABACO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Carolina Luzia Barcelos Rocha[1] (0009-0003-7785-4610), Ana Beatriz Silva Moreira[1], Nayana Flamini Arantes Gomes[1,2]

[1]Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

[2]Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Carolina Luzia Barcelos Rocha

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo, sendo o tabagismo um dos fatores de risco mais conhecidos. Os cigarros eletrônicos (CE), criados como medida de redução de danos, passaram a ter números crescentes de usuários em uso recreativo.

Objetivos: Avaliar os efeitos cardiovasculares do uso de CE em relação aos do uso de cigarros tradicionais de combustão de tabaco (CCT).

Metodologia: As buscas foram feitas em julho de 2023, nas bases de dados: PubMed, Biblioteca virtual em saúde, Lilacs, SciELO e Cochrane. Os termos do Medical Subject Headings utilizados: "E-cigarettes effects versus tobacco cigarettes and cardiovascular". Sem limitação de idioma e publicados nos últimos 10 anos. Foram elegíveis os estudos que relataram algum efeito do uso de CE ou dos CCT no aparelho cardiovascular.

Resultados: Dos 39 estudos, 25 foram incluídos. Os principais desenhos metodológicos foram: ensaios clínicos, revisão e estudos comparativos. Em relação ao nível de evidência, 76% ressaltaram limitações. Em relação aos efeitos cardiovasculares, 23% demonstraram menor risco dos CE em relação ao CCT, sendo que em 13% recomenda a troca para o uso dos CE nos casos de usuários de CCT crônicos, especialmente com DCV prévias. Contudo, 26% dos estudos ressaltam que os CE não são seguros ou inofensivos, sendo os efeitos muito similares aos do CCT em menores proporções. Etiologicamente, 26% associam os efeitos à ativação endotelial e 15% aos efeitos diretos da Nicotina já conhecidos.

Conclusão: Conclui-se que os CE apresentam vantagens relativas no contexto da redução de danos para usuários crônicos CCT, especialmente entre aqueles com histórico prévio de DCV. Contudo, é importante ressaltar que os usuários de CE não estão isentos dos potenciais efeitos cardiovasculares agudos ou crônicos relacionados ao consumo. Por outro lado, quando se trata do uso recreativo de CE e da adoção por parte de não usuários prévios de CCT, os riscos cardiovasculares são consideráveis, indicando que essa prática pode se tornar um fator de risco cardiovascular. É crucial mencionar que a literatura científica disponível ainda carece de robustez e qualidade, especialmente no que diz respeito ao uso prolongado, à utilização recreativa e ao impacto em adolescentes e jovens. Sendo assim, há uma necessidade de conduzir estudos bem delineados com maior nível de evidência, para embasar diretrizes de manejo de DCV e regulamentações relacionadas ao uso recreativo de CE.

Palavras-chave: Sistema Cardiovascular. Fatores de Risco de Doenças Cardíacas. Sistemas Eletrônicos de Liberação de Nicotina. Produtos do Tabaco.

Referências:

1. George J, Hussain M, Vadiveloo T, Ireland S, Hopkinson P, Struthers AD, et al. Cardiovascular Effects of Switching From Tobacco Cigarettes to Electronic Cigarettes. J Am Coll Cardiol. 2019 Dec 24;74(25):3112-3120.

2. Benowitz NL, Fraiman JB. Cardiovascular effects of electronic cigarettes. Nat Rev Cardiol. 2017 Aug;14(8):447-456.
3. Haptonstall KP, Choroomi Y, Moheimani R, Nguyen K, Tran E, Lakhani K, et al. Differential effects of tobacco cigarettes and electronic cigarettes on endothelial function in healthy young people. Am J Physiol Heart Circ Physiol. 2020 Sep 1;319(3):H547-H556.
4. Biondi-Zoccai G, Sciarretta S, Bullen C, Nocella C, Violi F, Loffredo L, et al. Acute Effects of Heat-Not-Burn, Electronic Vaping, and Traditional Tobacco Combustion Cigarettes: The Sapienza University of Rome-Vascular Assessment of Proatherosclerotic Effects of Smoking (SUR - VAPES) 2 Randomized Trial. J Am Heart Assoc. 2019 Mar 19;8(6):e010455.
5. Civiletto CW, Hutchison J. Electronic Vaping Delivery of Cannabis and Nicotine. 2022 Sep 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–.
6. Ben Taleb Z, Dabroy D, Akins J, Nelson MD, Kalan ME, Rezk-Hanna M, et al. Pod-based e-cigarettes versus combustible cigarettes: The impact on peripheral and cerebral vascular function and subjective experiences. Tob Induc Dis. 2023 May 26;21:71.
7. Heldt NA, Reichenbach N, McGary HM, Persidsky Y. Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems and Cigarettes on Systemic Circulation and Blood-Brain Barrier: Implications for Cognitive Decline. Am J Pathol. 2021 Feb;191(2):243-255.
8. Garcia PD, Gornbein JA, Middlekauff HR. Cardiovascular autonomic effects of electronic cigarette use: a systematic review. Clin Auton Res. 2020 Dec;30(6):507-519.
9. Giebe S, Hofmann A, Brux M, Lowe F, Breheny D, Morawietz H, et al. Comparative study of the effects of cigarette smoke versus next generation tobacco and nicotine product extracts on endothelial function. Redox Biol. 2021 Nov;47:102150.
10. Rahman MA, Hann N, Wilson A, Worrall-Carter L. Electronic cigarettes: patterns of use, health effects, use in smoking cessation and regulatory issues. Tob Induc Dis. 2014 Dec 15;12(1):21.
11. Benowitz NL, St Helen G, Nardone N, Addo N, Zhang JJ, Harvanko AM, et al. Twenty-Four-Hour Cardiovascular Effects of Electronic Cigarettes Compared With Cigarette Smoking in Dual Users. J Am Heart Assoc. 2020 Dec;9(23):e017317.
12. Moheimani RS, Bhetraratana M, Peters KM, Yang BK, Yin F, Gornbein J, et al. Sympathomimetic Effects of Acute E-Cigarette Use: Role of Nicotine and Non-Nicotine Constituents. J Am Heart Assoc. 2017 Sep 20;6(9):e006579.
13. Nocella C, Biondi-Zoccai G, Sciarretta S, Peruzzi M, Pagano F, Loffredo L, et al. Impact of Tobacco Versus Electronic Cigarette Smoking on Platelet Function. Am J Cardiol. 2018 Nov 1;122(9):1477-1481.
14. Fetterman JL, Keith RJ, Palmisano JN, McGlasson KL, Weisbrod RM, Majid S, Bastin R, et al. Alterations in Vascular Function Associated With the Use of Combustible and Electronic Cigarettes. J Am Heart Assoc. 2020 May 5;9(9):e014570.
15. Jin L, Lynch J, Richardson A, Lorkiewicz P, Srivastava S, Theis W, et al. Electronic cigarette solvents, pulmonary irritation, and endothelial dysfunction: role of acetaldehyde and formaldehyde. Am J Physiol Heart Circ Physiol. 2021 Apr 1;320(4):H1510-H1525.
16. Wagener TL, Floyd EL, Stepanov I, Driskill LM, Frank SG, Meier E, et al. Have combustible cigarettes met their match? The nicotine delivery profiles and harmful constituent exposures of second-generation and third-generation electronic cigarette users. Tob Control. 2017 Mar;26(e1):e23-e28.
17. Fucito LM, Malinosky H, Baldassarri SR, Herbst RS. Clearing the Haze: What Do We Still Need to Learn about Electronic Nicotine Delivery Systems? Cancer Prev Res (Phila). 2021 Jan;14(1):5-10.
18. Stokes AC, Wilson AE, Lundberg DJ, Xie W, Berry KM, Fetterman JL, et al. Racial/Ethnic Differences in Associations of Non-cigarette Tobacco Product Use With Subsequent Initiation of Cigarettes in US Youths. Nicotine Tob Res. 2021 May 24;23(6):900-908.
19. Teasdale JE, Newby AC, Timpson NJ, Munafò MR, White SJ. Cigarette smoke but not electronic cigarette aerosol activates a stress response in human coronary artery endothelial cells in culture. Drug Alcohol Depend. 2016 Jun 1;163:256-60.
20. Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2015 Oct 20;163(8):608-21.
21. Makwana O, Smith GA, Flockton HE, Watters GP, Lowe F, Breheny D. Impact of cigarette versus electronic cigarette aerosol conditioned media on aortic endothelial cells in a microfluidic cardiovascular model. Sci Rep. 2021 Feb 26;11(1):4747.
22. Haptonstall KP, Choroomi Y, Moheimani R, Nguyen K, Tran E, Lakhani K, et al. Differential effects of tobacco cigarettes and electronic cigarettes on endothelial function in healthy young people. Am J Physiol Heart Circ Physiol. 2020 Sep 1;319(3):H547-H556.
23. Garcia PD, Gornbein JA, Middlekauff HR. Cardiovascular autonomic effects of electronic cigarette use: a systematic review. Clin Auton Res. 2020 Dec;30(6):507-519.
24. Ashraf T, Afaque SM, Aziz R, Khan MN, Achakzai AS, Lateef A, et al. Clinical, Angiographic Characteristics and In-Hospital Outcomes of Smoker and Nonsmoker Patients After Primary Percutaneous Coronary Intervention. Glob Heart. 2019 Sep;14(3):335-341.
25. Biondi-Zoccai G, Sciarretta S, Bullen C, Nocella C, Violi F, Loffredo L, et al. Acute Effects of Heat-Not-Burn, Electronic Vaping, and Traditional Tobacco Combustion Cigarettes: The Sapienza University of Rome-Vascular Assessment of Proatherosclerotic Effects of Smoking (SUR - VAPES) 2 Randomized Trial. J Am Heart Assoc. 2019 Mar 19;8(6):e010455.

16 - DIFERENÇA DIAGNÓSTICA ENTRE SÍNDROME DE MEIGS E SÍNDROME DE PSEUDO-MEINS: REVISÃO DE LITERATURA

Carolina Bruno de Castro Loures[1] (0009-0009-3202-449X), Henrique de Almeida Franco[1], Letícia Manzzo de Araújo Cançado[1], Lucas Ramon Nogueira Diniz[1], Mariana Almeida Dias Costa[1], Michael Zarnowski Passos[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Carolina Bruno de Castro Loures

Introdução: A síndrome de Meigs é uma condição clínica rara definida como uma tríade, composta por: ascite, derrame pleural e fibroma ovariano. Uma característica comum desta síndrome é a resolução dos sintomas após a exérese do tumor. Para classificar a Síndrome de Meigs como verdadeira é preciso preencher quatro critérios: presença de tumor primário, fibroma ou tumor fibroma-like (tecoma, tumor de células da granulosa ou tumor de Brenner); apresentar ascite; apresentar derrame pleural; os líquidos pleural e ascítico devem desaparecer com a ressecção do tumor e não voltarem a se acumular. Já na síndrome de pseudo-Meigs, assim como na Meigs verdadeira, há presença de derrame pleural e ascite, porém associado a um tumor benigno do ovário (exceto fibromas) ou tumores malignos. A fisiopatologia da ascite e do derrame pleural ainda não foram bem delimitadas, já que existem inúmeras hipóteses para as causas de ambas. O diagnóstico é um obstáculo, visto que há necessidade de investigar outras causas acerca da massa anexial, da ascite e do derrame pleural. Para fechar diagnóstico definitivo e tratar a doença, é indicada laparotomia exploratória, a fim de realizar a exérese do tumor e estadia-lo.

Objetivos: Identificar as diferenças entre a Síndrome de Meigs verdadeira e a Síndrome de pseudo-Meigs, visando o correto diagnóstico para cada doença, bem como excluir outros diagnósticos diferenciais.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, por meio da seleção de artigos científicos provenientes de pesquisas realizadas através da base de dados de fontes como: PubMed, SciELO, Febrasgo. Foram contemplados critérios de qualidade e relevância dos artigos.

Resultados: Foi observado que o diagnóstico da Síndrome de Meigs e da pseudo- Meigs é complexo, visto que devem ser avaliados critérios que abrangem outros diagnósticos diferenciais, impactando na propedêutica e na conduta. Ademais, a falta de exames laboratoriais e de imagem específicos geram mais obstáculos.

Conclusão: O correto diagnóstico em casos compatíveis com as Síndromes de Meigs ou de pseudo-Meigs, com tratamento indicado realizado precocemente, consoante à idade reprodutiva da mulher e suas condições clínicas, garante a resolução dos sintomas e complicações da doença. Além disso, o diagnóstico assertivo evita a realização de procedimentos invasivos recorrentes para alívio dos sintomas (paracentese e a toracocentese) que servem apenas para alívio dos sintomas a curto prazo.

Palavras-chave: Síndrome de Meigs. Ginecologia. Diagnóstico Diferencial. Fibroma.

Referências:

1. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2023. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2023. Disponível em: http://decs.bvsalud.org.
2. Gonçalves AL, Blanco M. Meigs Syndrome with elevated CA 125: case report. Acta Obstétrica e Ginecológica. 2019 Jun 1; 13(2):113–5.
3. Nguyen P, Yazdanpanah O, Schumaker B. Meigs' Versus Pseudo-Meigs' Syndrome: A Case of Pleural Effusion, Ascites, and Ovarian Mass. Cureus. 2020 Aug 12;12(8):e9704.
4. Santos PHGA, Nunes PHS, Lima LRM, Dias VQG, Matos MF, Matos LRP, et al. Síndrome de Meigs: Relato de Caso. Rev. Bras. Cancerol. 2023 May 25;69(2):e–253939.
5. SOGESP. Fibroma uterino: um tumor benigno [Internet]. São Paulo: SOGESP; 2018. Disponível em: https://www.sogesp.com.br/saude-mulher/blog-da-mulher/fibroma-uterino-um-tumor-benigno/

17 - EFICÁCIA DA APLICAÇÃO DE TECNOLOGIAS ASSISTIVAS PARA O RASTREAMENTO/DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA DE ALZHEIMER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Clara Pessoa Bernabé[1] (0009-0004-1528-0479), Diogo Romualdo Oliveira[1], Keila Aparecida Vieira[1], Laura Steiner Reigoza Gomes[1], Simone Aparecida Chaves Neves[1], Alexandre Cortez do Amaral[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, Minas Gerais – Brasil.

Autor correspondente: Ana Clara Pessoa Bernabé

Introdução: A doença de Alzheimer (DA), designada por um processo neurodegenerativo, representa 80% dos casos totais de demência.[1] No Brasil, em razão da sua alta prevalência, a aplicabilidade maciça e abrangente de tecnologias assistivas (TA) que estejam inseridas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), tais como o Mini Mental State Examination (MMSE), o teste do relógio e o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), mostra-se uma relevante estratégia para a diminuição dos índices nacionais e para a melhora do prognóstico da patologia.[2] Ademais, tal medida contribui para a integralidade do cuidado, sendo empregada em pacientes que já estão em acompanhamento na APS.[3]

Objetivos: Revisar estudos sobre a eficácia das TA no diagnóstico precoce da DA na APS; identificar as principais tecnologias utilizadas; avaliar resultados e eficácia e discutir vantagens/desvantagens.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura sobre o uso de TA no diagnóstico precoce da DA na APS. Foi realizada uma busca nas bases de dados BVS, SciELO e PubMed. Os termos de busca foram: Doença de Alzheimer, Rastreamento, Diagnóstico precoce, Atenção Primária à Saúde, Tecnologia Assistiva e seus correspondentes na língua inglesa. Como critérios de inclusão definiu-se publicações nos últimos 5 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol e os critérios de exclusão foram todos os artigos que não são revisão de literatura. A pesquisa foi realizada em setembro de 2023.

Resultados: Nesta revisão, de 839 artigos, 16 foram selecionados após critérios de inclusão e exclusão. Destes, 3 em português (19%), 12 em inglês (75%) e 1 em espanhol (6%). As TA melhoram o acompanhamento da DA e a qualidade de vida de pacientes e cuidadores.[1,3-7,9,13] O diagnóstico precoce e o rastreamento exigem avaliação cognitiva através das TA, como o Fototeste e o Tactile Memory Examination e avaliação neurológica pelo MMSE e MoCA.[2,5,9,11-16] No entanto, estudos evidenciam falhas na aplicação das TA na APS pela falta de conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre DA e o cuidado, resultando em procedimentos complexos, acompanhamento ineficaz e instável e diagnóstico tardio.[6-10,14]

Conclusão: A gerência do cuidado e a educação contínua da equipe são cruciais para a implementação que atenda ao plano de ação.[3,9,10,14] Desta forma, são necessárias intervenções por meio das TA na APS, com a equipe multidisciplinar, a fim de monitorar sinais e sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes,[1,3-5,9,13-15]

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Programas de Rastreamento. Diagnóstico Precoce. Atenção Primária à Saúde. Tecnologia Assistiva.

Referências:

1. Brunton S, Pruzin JJ, Alford S, Hamersky C, Sabharwal A, Gopalakrishna G. Perspectives of patients, care partners, and primary care physicians on management of mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease dementia. Postgrad Med. 2023 Jun;135(5):530-538.
2. Perez-Valero E, Gutierrez CAM, Lopez-Gordo MA, Alcalde SL. Evaluating the feasibility of cognitive impairment detection in Alzheimer's disease screening using a computerized visual dynamic test. J Neuroeng Rehabil. 2023 Apr 12;20(1):43.
3. Pereira AA, Passarin ND, Fogaça GH, Labegalini CM, Mincoff RC. Cuidando do idoso com alzheimer: desafios e percepções na atenção primária à saúde. In: Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado. São Paulo: Editora Científica Digital; 2021. p. 26-38.
4. Han SS, White K, Cisek E. A Feasibility Study of Individuals Living at Home with Alzheimer's Disease and Related Dementias: Utilization of Visual Mapping Assistive Technology to Enhance Quality of Life and Reduce Caregiver Burden. Clin Interv Aging. 2022 Dec 23;17:1885-1892.
5. Lancioni GE, Singh NN, O'Reilly MF, Sigafoos J, D'Amico F, Laporta D, et al. Technology-Based Behavioral Interventions for Daily Activities and Supported Ambulation in People With Alzheimer's Disease. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2018 Aug;33(5):318-326.
6. Cui L, Zhang Z, Huang L, Li Q, Guo YH, Guo QH. Dual-stage cognitive assessment: a two-stage screening for cognitive impairment in primary care. BMC Psychiatry. 2023 May 25;23(1):368.
7. Potter AJ, Wright B, Akiyama J, Stehlin GG, Trivedi AN, Wolinsky FD. Primary care patterns among dual eligibles with Alzheimer's disease and related dementias. J Am Geriatr Soc. 2023 Apr;71(4):1259-1266.
8. Levante Raphael D. The Knowledge and Attitudes of Primary Care and the Barriers to Early Detection and Diagnosis of Alzheimer's Disease. Medicina (Kaunas). 2022 Jul 7;58(7):906.
9. Goyanna NF, Freitas CASL, Brito MCC, Mourão Netto JJ, Gomes DF. Idosos com doença de alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). 2017;9(2):379-86.
10. Meneses IG, Alves Junior ED, Santos AB, Pereira AV, Domingos AM, Corvino MP. Educação permanente em equipe multidisciplinar de um programa gerontológico: concepções, desafios e possibilidades. ABCS Health Sci. 2019;44(1): 40-46.
11. Arambula OG, Padovani FHP, Corrente JE, Schelp AB, Sanches FJ, Amorim RM, et al. Applicability of tactile memory examination as an option to visual- and verbal-based batteries. Dement Neuropsychol. 2021 Jul-Sep;15(3):373-380.
12. Hackspiel MM, Paredes Garavito O. Descripción de los resultados de las pruebas neuropsicológicas en el diagnóstico diferencial de los pacientes con Alzheimer. Investig En Enfermeria. 2021;22:1-9.
13. Eikelboom WS, Singleton E, van den Berg E, Coesmans M, Mattace Raso F, van Bruchem RL, et al. Early recognition and treatment of neuropsychiatric symptoms to improve quality of life in early Alzheimer's disease: protocol of the BEAT-IT study. Alzheimers Res Ther. 2019 May 24;11(1):48.
14. Vedel I, Sourial N, Arsenault-Lapierre G, Godard-Sebillotte C, Bergman H. Impact of the Quebec Alzheimer Plan on the detection and management of Alzheimer disease and other neurocognitive disorders in primary health care: a retrospective study. CMAJ Open. 2019 Jun 14;7(2):E391-E398.
15. Ponjoan A, Garre-Olmo J, Blanch J, Fages E, Alves-Cabratosa L, Martí-Lluch R, et al. How well can electronic health records from primary care identify Alzheimer's disease cases? Clin Epidemiol. 2019 Jul 5;11:509-518.
16. Serrano CM, Sorbara M, Minond A, Finlay JB, Arizaga RL, Iturry M, et al. Validation of the Argentine version of the Montreal Cognitive Assessment Test (MOCA): A screening tool for Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia in Elderly. Dement Neuropsychol. 2020 Apr-Jun;14(2):145-152.

18 - EFICÁCIA DA DIETA BASEADA EM PLANTAS OU DIETAS VEGANAS COM BAIXO TEOR DE GORDURA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE E DO SOBREPESO

Júnia Palhares Pereira da Silva[1] (009-009-8879-6085), Gabriela Guerra Falcão[1], Isabel Rodrigues Pedrosa[1], Marly de Cássia Carvalho Nascimento[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Júnia Palhares Pereira da Silva

Introdução: Dado o aumento da prevalência da obesidade na população, torna-se relevante a investigação de possíveis tratamentos, visando a perda de peso e a redução de possíveis complicações, como por exemplo a resistência à insulina e à inflamação. Estudos prévios indicaram bons resultados quanto à adoção da dieta à base de plantas, sendo essa exclusiva ou predominantemente composta de produtos de origem vegetal, além de restritiva ao consumo de alimentos altamente processados, para redução da gordura corporal e seus efeitos adversos. Faz-se, então, necessária a avaliação da eficácia de tal dieta como tratamento para a condição.

Objetivo: Avaliar a eficácia das dietas baseadas em plantas ou veganas no tratamento da obesidade e sobrepeso.

Metodologia: Foi realizada uma busca na base de dados PubMed, entre os anos de 2017 e 2023, para a Revisão de Literatura em questão. As palavras-chave utilizadas foram "plant based diet" AND "obesity", e foram achados 60 artigos, dos quais 9 foram selecionados, em função dos outros filtros utilizados, que foram "meta-análise", "ensaio clínico" e "ensaio clínico randomizado", e em função de ser condizente com o tema.

Resultados: Todos os estudos selecionados apontaram resultados positivos quanto à perda de peso e redução da resistência à insulina, porém nem todos ressaltaram propriedades anti-inflamatórias ou redução significativa em níveis de colesterol sanguíneo, sendo destacada hipoglicemia em pacientes diabéticos já que a maioria dos alimentos inclusos na dieta proposta no estudo eram de absorção lenta. Alguns citaram problemas quanto à adesão dos participantes, contando com perdas significativas em seu número. Também foi relatada deficiência em vitamina B12 como complicação relacionada à dieta, por não existir biodisponibilidade do nutriente em alimentos de origem vegetal.

Conclusão: Conclui-se, portanto, que as dietas são eficazes para o tratamento da obesidade. Porém, dados os problemas apresentados, elas podem não ser aplicáveis a todos os pacientes, além de requererem suplementação vitamínica caso seja implementada a longo prazo.

Palavras-chave: Obesidade. Dieta Vegana. Nutrologia.

Referências:

1. Najjar RS, Feresin RG. Plant-Based Diets in the Reduction of Body Fat: Physiological Effects and Biochemical Insights. Nutrients. 2019 Nov 8;11(11):2712.
2. Wright N, Wilson L, Smith M, Duncan B, McHugh P. The BROAD study: A randomised controlled trial using a whole food plant-based diet in the community for obesity, ischaemic heart disease or diabetes. Nutr Diabetes. 2017 Mar 20;7(3):e256.
3. Kahleova H, Rembert E, Alwarith J, Yonas WN, Tura A, Holubkov R, et al. Effects of a Low-Fat Vegan Diet on Gut Microbiota in Overweight Individuals and Relationships with Body Weight, Body Composition, and Insulin Sensitivity. A Randomized Clinical Trial. Nutrients. 2020 Sep 24;12(10):2917.
4. Kahleova H, Petersen KF, Shulman GI, Alwarith J, Rembert E, Tura A, et al. Effect of a Low-Fat Vegan Diet on Body Weight, Insulin Sensitivity, Postprandial Metabolism, and Intramyocellular and Hepatocellular Lipid Levels in Overweight Adults: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2020 Nov 2;3(11):e2025454.
5. Kahleova H, Fleeman R, Hlozkova A, Holubkov R, Barnard ND. A plant-based diet in overweight individuals in a 16-week randomized clinical trial: metabolic benefits of plant protein. Nutr Diabetes. 2018 Nov 2;8(1):58.
6. Chen B, Zeng J, Qin M, Xu W, Zhang Z, Li X, et al. The Association Between Plant-Based Diet Indices and Obesity and Metabolic Diseases in Chinese Adults: Longitudinal Analyses From the China Health and Nutrition Survey. Front Nutr. 2022 Jun 20;9:881901.
7. Binou P, Yanni AE, Kartsioti K, Barmpagianni A, Konstantopoulos P, Karathanos VT, et al. Wheat Biscuits Enriched with Plant-Based Protein Contribute to Weight Loss and Beneficial Metabolic Effects in Subjects with Overweight/Obesity. Nutrients. 2022 Jun 17;14(12):2516.
8. Kahleova H, Tintera J, Thieme L, Veleba J, Klementova M, Kudlackova M, et al. A plant-based meal affects thalamus perfusion differently than an energy- and macronutrient-matched conventional meal in men with type 2 diabetes, overweight/obese, and healthy men: A three-group randomized crossover study. Clin Nutr. 2021 Apr;40(4):1822-1833.
9. Magkos F, Tetens I, Bügel SG, Felby C, Schacht SR, Hill JO, et al. A Perspective on the Transition to Plant-Based Diets: a Diet Change May Attenuate Climate Change, but Can It Also Attenuate Obesity and Chronic Disease Risk? Adv Nutr. 2020 Jan 1;11(1):1-9.
10. Silva SCG, Pinho JP, Borges C, Santos CT, Santos A, Graça P. Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável. Lisboa; 2015. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/80821/3/44969.pdf.

19 - EFICÁCIA E SEGURANÇA DA NOVA VACINA PARA DENGUE (QDENGA) EM INDIVÍDUOS SEM INFECÇÃO PRÉVIA: REVISÃO DE LITERATURA

Thais Alves Fagundes[1] (0009-0002-2734-4674), Sindy Sthefany Sousa Silva[1], Fernando Nonato de Carvalho Fagundes[1,2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Professor Edson Antônio Velano, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

[2]Hospital Regional Público do Araguaia, Redenção, Pará - Brasil

Autor correspondente: Thais Alves Fagundes - tataalvesfagundes@hotmail.com

Introdução: A dengue é uma doença endêmica no Brasil, com surtos repetidos em quase todo o território, que tem como vetor o Aedes aegypti. As atuais medidas preventivas se baseiam no controle de mosquitos e proteção individual, com eficácia limitada.[1] Quatro sorotipos do vírus (DENV-1 a 4) frequentemente cocirculam, reforçando a importância de vacinas tetravalentes. Nesse contexto, a única vacina aprovada até então era a Dengvaxia, de vírus recombinantes, com 58% de eficácia contra a dengue sintomática confirmada virologicamente, recomendada apenas para indivíduos previamente infectados, em decorrência do aumento da incidência de dengue grave e dengue levando à hospitalização em soronegativos.[2-5] A QDENGA surge mediante a necessidade de uma vacina tetravalente, que independe de exposição prévia.[1,6]

Objetivos: realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a nova vacina da dengue (QDENGA).

Metodologia: realizou-se um estudo de revisão da literatura nacional e internacional, com dados coletados da Biblioteca Virtual em Saúde, a partir dos descritores: "Dengue" e "Vacina".

Resultados: A QDENGA é uma vacina tetravalente, de vírus DENV-2 vivo atenuado, administrada em esquema de 2 doses (0 e 3 meses), que demonstrou, em 12 meses, eficácia geral de 80,2%, de 82,2% em indivíduos soropositivos para dengue e de 74,9% em soronegativos, na prevenção de dengue sorologicamente confirmada. Possui perfil de segurança e tolerabilidade favoráveis, com manutenção da eficácia e segurança vacinal por 4,5 anos.[1,6,7] Os principais eventos adversos relatados são manifestações de síndromes virais - infecção do trato respiratório superior, nasofaringite, amigdalite, síndromes febris inespecíficas, mialgia e reações locais.[1,6] A vacina confere proteção à primoinfecção (80,2%), doença hemorrágica (85,9%) e hospitalização (90,4%)[7]. Diferentemente da Dengvaxia, até o momento a QDENGA não apresentou evidências de potencializar a infecção por dengue em soronegativos.[1,6] A nova vacina foi liberada pela Anvisa para pessoas entre 4 a 60 anos de idade, pela pouca eficácia em menores de 4 anos e ausência de estudos em idosos. Por fim, é contraindicada em caso de anafilaxia aos componentes ou após uma dose, imunodeficiências, gestantes e lactantes.[7]

Conclusão: A QDENGA demonstrou eficácia, tolerabilidade e segurança significativas, em soropositivos e soronegativos para dengue. No contexto de uma doença comum e potencialmente grave, essa constatação assume considerável relevância.

Palavras-chave: Vacinas. Dengue. Vacinas contra Dengue. Prevenção de Doenças.

Referências:

1. Patel SS, Rauscher M, Kudela M, Pang H. Clinical Safety Experience of TAK-003 for Dengue Fever: A New Tetravalent Live Attenuated Vaccine Candidate. Clin Infect Dis. 2023 Feb 8;76(3):e1350-e1359.
2. Huang CY, Kinney RM, Livengood JA, Bolling B, Arguello JJ, Luy BE, et al. Genetic and phenotypic characterization of manufacturing seeds for a tetravalent dengue vaccine (DENVax). PLoS Negl Trop Dis. 2013 May 30;7(5):e2243.
3. Osorio JE, Velez ID, Thomson C, Lopez L, Jimenez A, Haller AA, et al. Safety and immunogenicity of a recombinant live attenuated tetravalent dengue vaccine (DENVax) in flavivirus-naive healthy adults in Colombia: a randomised, placebo-controlled, phase 1 study. Lancet Infect Dis. 2014 Sep;14(9):830-8.
4. Khobragade AW, Kadam DD. Efficacy of Tetravalent Dengue Vaccine: A Systematic Review and Meta-Analysis. Indian J Community Med. 2021 Apr-Jun;46(2):191-194.
5. Sridhar S, Luedtke A, Langevin E, Zhu M, Bonaparte M, Machabert T, et al. Effect of Dengue Serostatus on Dengue Vaccine Safety and Efficacy. N Engl J Med. 2018 Jul 26;379(4):327-340.
6. Biswal S, Reynales H, Saez-Llorens X, Lopez P, Borja-Tabora C, Kosalaraksa P, et al. Efficacy of a Tetravalent Dengue Vaccine in Healthy Children and Adolescents. N Engl J Med. 2019 Nov 21;381(21):2009-2019.
7. Sociedade Brasileira de Imunizações, Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Nota Técnica Conjunta SBIm/SBI/SBMT – 03/07/2023 Vacina DENGUE 1, 2, 3 e 4 (atenuada) QDENGA®. São Paulo; 2023. Disponível em: https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2023/07/nota-tecnica-sbim-sbi-sbmt-qdenga-v3.pdf.

20 - ESCLEROSE MÚLTIPLA EM MULHERES COM IDADE FÉRTIL: REVISÃO DE LITERATURA

Michelly Pereira Montenegro[1] (0009-0001-5465-1138), Ana Júlia Ornelas Franca[1], Laura Santos Nunes[1], Maria Clara Barbosa Lopes[1], Matheus Sena Boaventura Fagundes[1], Nairtha Alcântara Rocha[1]

[1]Faculdade de medicina do Centro Universitário do Norte de Minas, Montes Claros, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Michelly Pereira Montenegro

Introdução: A esclerose múltipla (EM) é uma doença autoimune crônico-degenerativa, caracterizada pela destruição de axônios através da formação de uma placa desmielinizante. Tal doença tem maior prevalência em mulheres que estão em idade fértil, gerando receios sobre possíveis complicações na fertilidade e na gestação. Essa característica epidemiológica da doença pode estar associada aos impactos que os hormônios femininos, estrogênio e progesterona, provocam no sistema endócrino e imune.[2]

Objetivos: Realizar uma revisão bibliográfica sobre a Esclerose Múltipla com ênfase em mulheres com idade fértil, permitindo, assim, fazer um compilado sobre os impactos e complicações associadas a essa temática.

Metodologia: Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema Esclerose Múltipla em mulheres em idade fértil, levando-se em consideração tanto informações encontradas em livros quanto nas bases de dados PubMed e BVS. Foram selecionadas fontes bibliográficas cujas publicações foram realizadas entre 2016 a 2021 e escritas em língua portuguesa ou inglesa.

Resultados: Nos estudos ficou claro o receio sobre os possíveis impactos da doença na fertilidade,[1] bem como o medo de engravidar associado ao período de pausa necessária nas medicações imunomoduladoras para que a gestação tenha seguimento, o que poderia desencadear crises da doença, além do risco genético de malformações e complicações no parto e após.[2] Entretanto, foi comprovado que a fertilidade dessas mulheres não é afetada pela presença ou evolução da doença.[3] Além disso, foi identificado que a gravidez em uma paciente com Esclerose múltipla não parece apresentar diferenças em termos de complicações e desfecho obstétrico quando comparada coma população em geral. Aliado a isso, os estudos destacaram a importância da propedêutica ser individualizada quanto ao tratamento dos sintomas e o planejamento familiar,[4] principalmente ao oferecer uma abordagem cuidadosa na retirada da medicação para que ocorra a gestação, no intuito de reduzir crises durante e após a gestação.[5]

Conclusão: Diante disso, percebe-se que a Esclerose Múltipla não interfere na fertilidade e nem é fator de risco para abortos e malformações, no entanto, há necessidade de uma maior elucidação desse tema para as portadoras e uma abordagem individualizada para as que desejam engravidar. Com isso, será possível evitar crises e fornecer uma maior qualidade de vida e tranquilidade no gestar.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla. Mulheres. Fertilidade. Gravidez.

Referências:

1. Polat Dunya C, Tulek Z, Uchiyama T, Haslam C, Panicker JN. Systematic review of the prevalence, symptomatology and management options of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. Neurourol Urodyn. 2020 Jan;39(1):83-95.

2. Belarmino AC, Azevedo LJM, Teixeira AKM, Sousa BAT, Alves LC, Ferreira Junior AR. Gestante com esclerose múltipla: reflexão fenomenológica da mulher quanto ao parto. Av. Enferm. 2020. 38(1): 77-86.

3. Massarotti C, Inglese M, Anserini P. Fertility in multiple sclerosis patients: still many unanswered questions. Reprod Biomed Online. 2020 Sep;41(3):567.

4. Barros GMC, Oliveira BES, Oliveira GJ, Silva RKP, Cardoso TN, Maia SB. Disease Progression and Obstetric Outcomes of Women with Multiple Sclerosis at a Reference Center in Northeastern Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2021 Mar;43(3):165-171.

5. Batista S, Silva AM, Sá MJ, Sousa L, De Sá J, Pedrosa R, et al. Recomendações sobre a Abordagem da Esclerose Múltipla na Gravidez, Parto e Pós-Parto: Posição de Consenso do Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla. Acta Med Port. 2020 Sep 1;33(9):611-621.

21 - EVIDÊNCIAS E PERSPECTIVAS DA IMUNOTERAPIA COM CÉLULAS CAR-T NO TRATAMENTO DO NEUROBLASTOMA INFANTIL REFRATÁRIO OU RECORRENTE

Maria Beatriz Ferreira Muniz[1] (0009-0007-4990-1896), Arthur Félix Iácono Fullone[1], João José Luiz Campos[1], Izabela Casarim Pacheco[1], Nathanael Machado Coelho Neto[1]

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

Autor correspondente: Maria Beatriz Ferreira Muniz - mariabeatrizferreiramuniz@gmail.com

Introdução: O neuroblastoma (NB) é o tumor sólido extracraniano mais prevalente na infância.[1] Quando recorrente ou refratário, a despeito da complexa terapia multimodal, exibe prognóstico reservado, evidenciando a urgência de novas abordagens terapêuticas.[1] Nessa perspectiva, terapias com células T geneticamente modificadas com receptores de antígenos quiméricos (CAR-T) têm demonstrado evidências promissoras quanto à regressão tumoral nestes pacientes.[1]

Objetivos: Analisar as evidências quanto à eficácia e segurança da terapia com células CAR-T em crianças com NB refratário ou recorrente.

Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica com estudos extraídos da base de dados PubMed, com a estratégia de busca: Neuroblastoma AND Receptors, Antigen, T-Cell OR chimeric antigen AND Immunotherapy AND child. Foram incluídos estudos experimentais em crianças, em inglês, publicados nos últimos 5 anos e pertinentes ao tema. Teses, livros, revisões e estudos em animais foram excluídos. Por fim, 5 artigos foram incluídos.

Resultados: Foram utilizadas células CAR-T de 2°, 3° e 4° geração contra o disialogangliosídeo (GD2), globalmente expresso pelo tumor.[1-5] A sobrevida global mediana foi promissora, de 16 a 25 meses, com tempo médio livre de progressão de 8 meses.[2,3] Dos 45 pacientes avaliados, 46,6% apresentaram resposta antitumoral positiva evidente, com estabilização da doença, e 15,5% demonstraram sobrevida longa em seguimento ou regressão total do tumor.[1-5] A resposta à terapia foi avaliada por métodos radiológicos, histopatológicos e clínicos, em acordo com os Critérios Internacionais de Resposta ao Neuroblastoma e escore de Curie.[1-5] Pacientes com resposta antitumoral positiva exibiram estabilização ou melhora nos escores prognósticos, com manutenção ou redução variável da massa tumoral, permitindo, ocasionalmente, ressecção cirúrgica do tumor residual.[1-3] A associação à linfodepletores antes da transferência adotiva permitiu aumento expressivo da expansão das células CAR-T.[2] A terapia não demonstrou toxicidade limitante de dosagem ou em alvo distante do foco tumoral.[2] Efeitos adversos incluíram febre, efeitos hematológicos, neurológicos e síndrome da liberação de citocinas.[1-5]

Conclusão: As células CAR-T anti-GD2 exibiram capacidade de atrasar ou reverter a progressão tumoral nos pacientes observados com pouca ou nenhuma toxicidade. Subsequente refinamento terapêutico reside na promoção da longevidade e proliferação sustentada das células CAR-T in vivo.

Palavras-chave: Imunoterapia. Neuroblastoma. Pediatria. Imunoterapia Adotiva.

Referências:

1. Straathof K, Flutter B, Wallace R, Jain N, Loka T, Depani S, et al. Antitumor activity without on-target off-tumor toxicity of GD2-chimeric antigen receptor T cells in patients with neuroblastoma. Sci Transl Med. 2020 Nov 25;12(571):eabd6169.

2. Heczey A, Louis CU, Savoldo B, Dakhova O, Durett A, Grilley B, et al. CAR T Cells Administered in Combination with Lymphodepletion and PD-1 Inhibition to Patients with Neuroblastoma. Mol Ther. 2017 Sep 6;25(9):2214-2224.

3. Yu L, Huang L, Lin D, Lai X, Wu L, Liao X, et al. GD2-specific chimeric antigen receptor-modified T cells for the treatment of refractory and/or recurrent neuroblastoma in pediatric patients. J Cancer Res Clin Oncol. 2022 Oct;148(10):2643-2652.

4. Heczey A, Courtney AN, Montalbano A, Robinson S, Liu K, Li M, et al. Anti-GD2 CAR-NKT cells in patients with relapsed or refractory neuroblastoma: an interim analysis. Nat Med. 2020 Nov;26(11):1686-1690.

5. Heczey A, Xu X, Courtney AN, Tian G, Barragan GA, Guo L, et al. Anti-GD2 CAR-NKT cells in relapsed or refractory neuroblastoma: updated phase 1 trial interim results. Nat Med. 2023 Jun;29(6):1379-1388.

22 - EXAME DE URINA DE 24 HORAS DEVE OU NÃO SER USADO NA PREVENÇÃO DE NEFROLITÍASE EM PACIENTES DE ALTO RISCO?

João Vitor de Queiroz Campos[1] (0009-0006-0486-3155), Henrique Dias Furtado de Souza[1], Ian de Souza Paiva Ferreira[1], Matheus Scandian Thomaz[1], Marcelo Esteves Chaves Campos[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: João Vitor de Queiroz Campos

Introdução: A nefrolitíase afeta entre 5 e 10% da população mundial e reincide mais de 50% dos casos após 10 anos do primeiro episódio.[1,2] Em pacientes com alto risco de cálculo renal, o exame de urina de 24 horas é visto como padrão para a investigação dos distúrbios metabólicos conforme, por exemplo, guidelines como a American Urology Association e a International Alliance of Urolithiasis, apesar de ser pouco usado na prática.[1-3] No entanto, ainda há dúvidas sobre a utilidade do exame devido à falta de evidências, principalmente a respeito de sua correta interpretação e de seus benefícios como condutor do tratamento dietético e farmacológico.[4,5]

Objetivos: Investigar a utilidade do exame de urina de 24 horas como guia na prevenção de cálculo renal em pacientes com alto risco de nefrolitíase.

Metodologia: Levantamento bibliográfico com base no banco de dados PubMed, SciELO e Lilacs, incluindo artigos publicados entre 2013 e 2023. Os descritores de busca utilizados foram: "kidney stone", "urolithiasis", "nephrolithiasis", "24-hour urine" "medical management", "selective" e "prevention". Foram selecionados 7 artigos para a realização da pesquisa, tendo como critérios de escolha a adequação e relevância para o tema.

Resultados: O exame de urina de 24 horas auxilia a prevenção de nefrolitíase ao fornecer dados aprofundados sobre as alterações metabólicas que podem formar cálculos renais, o que é especialmente relevante para a prevenção de cálculos de cistina e ácido úrico, por exemplo, que necessitam de uma abordagem terapêutica substancialmente diferenciada.[2,3,6,7] Além disso, o exame aumenta a esperança e a observância do paciente ao tratamento de sua condição, possibilitando melhores resultados da conduta médica.[4] Entretanto, evidências conflitantes a respeito da efetividade da abordagem guiada pelo exame de urina de 24 horas, resultados normais em pacientes com recorrência de nefrolitíase, resultados anormais em pacientes sem nefrolitíase, falta de evidências a respeito de quais devem ser os valores de referências para a normalidade, subjetividade na interpretação dos resultados e incômodos gerados ao paciente são limitações significativas ao uso do exame.[4,5,7]

Conclusão: O exame de urina de 24 horas é recomendado por guidelines de grande relevância e é importante para a abordagem individualizada de pacientes com alto risco de nefrolitíase. No entanto, ainda não há rigor bibliográfico quanto à melhor aplicação do exame.

Palavras-chave: Nefrolitíase. Cálculos Renais. Coleta de Urina. Prevenção de Doenças.

Referências:

1. Zeng G, Zhu W, Robertson WG, Penniston KL, Smith D, Pozdzik A, et al. International Alliance of Urolithiasis (IAU) guidelines on the metabolic evaluation and medical management of urolithiasis. Urolithiasis. 2022 Dec 1;51(1):4.
2. Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG, Curhan G, Denu-Ciocca CJ, Matlaga BR, et al. Medical management of kidney stones: AUA guideline. J Urol. 2014 Aug;192(2):316-24.
3. Leslie SW, Sajjad H, Bashir K. 24-Hour Urine Testing for Nephrolithiasis: Interpretation and Treatment Guidelines. 2023 Jan 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–.
4. Hsi RS, Sanford T, Goldfarb DS, Stoller ML. The Role of the 24-Hour Urine Collection in the Prevention of Kidney Stone Recurrence. J Urol. 2017 Apr;197(4):1084-1089.
5. Malieckal DA, Ganesan C, Mendez DA, Pao AC. Breaking the Cycle of Recurrent Calcium Stone Disease. Adv Kidney Dis Health. 2023 Mar;30(2):164-176.
6. Prochaska M, Taylor E, Ferraro PM, Curhan G. Relative Supersaturation of 24-Hour Urine and Likelihood of Kidney Stones. J Urol. 2018 May;199(5):1262-1266.
7. Hsi RS, Yan PL, Crivelli JJ, Goldfarb DS, Shahinian V, Hollingsworth JM. Comparison of Selective vs Empiric Pharmacologic Preventive Therapy of Kidney Stone Recurrence With High-Risk Features. Urology. 2022 Jun;164:74-79.

23 - FERRAMENTAS EDUCACIONAIS PARA AUMENTAR A CONSCIÊNCIA DA DOENÇA REUMÁTICA CARDÍACA EM POPULAÇÕES DESATENDIDAS

Jonatan Arthur Lara Melo[1] (0009-0004-8318-9271), Luiza Ramos Duque de Oliveira[2], Vitória Ermelinda Baldez de Oliveira[2], Maria do Carmo Pereira Nunes[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

[2]Faculdade de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Jonatan Arthur Lara Melo

Introdução: A cardiopatia reumática (CR) continua a ser uma causa significativa de mortes prematuras,[1] destacando a necessidade urgente de estratégias eficazes para reduzir sua incidência bem como da Febre Reumática (FR),[2] sendo a educação um pilar na abordagem desse problema.[3]

Objetivos: avaliar a eficácia e utilidade de um conjunto de flipcharts educacionais desenvolvidos para triagem no estado de Minas Gerais, direcionados aos profissionais de saúde e da educação e à comunidade.

Metodologia: Foram desenvolvidos flipcharts abordando diferentes aspectos da FR e da CR, que fizeram parte de um programa de treinamento de seis meses[4] nas cidades de Belo Horizonte e Divinópolis, envolvendo o ensino dos materiais dos flipcharts aos públicos-alvo para disseminar o conteúdo educacional. Para avaliar a eficácia dessa intervenção, foram realizadas avaliações pós-educacionais por meio de questionários online e impressos,[5] tendo sido conduzidas entre janeiro e junho de 2023, permitindo reunir as opiniões dos participantes sobre a utilidade dos flipcharts e do programa de treinamento. CAAE: 24636713.9.0000.5149 (parecer do CEP).

Resultados: O programa de treinamento com flipcharts foi entregue a 80 profissionais da educação, 326 profissionais de saúde e 378 membros da comunidade. Dentre os 652 respondentes das avaliações, 332 pessoas completaram a pesquisa personalizada para profissionais. Desses, 22% tinham recebido educação prévia sobre a CR no ano anterior. Ainda dentre profissionais, 222 entrevistados relataram ter aprendido novas informações sobre a CR. 95% dos profissionais reconheceram o potencial dos flipcharts para melhorar a vida dos pacientes com CR. Entre os professores, 82% expressaram sua disposição em utilizar os flipcharts como uma ferramenta educacional para seus alunos. Já entre membros da comunidade (N=320), 30% relataram ter recebido alguma educação prévia sobre a CR. No entanto, 52% afirmaram ter aprendido novas informações sobre a CR por meio do treinamento com flipcharts, e para 46%, as informações apresentadas eram totalmente novas. Todos os 46 relatórios qualitativos escritos sobre as sessões de flipcharts foram positivos, confirmando a recepção favorável e o impacto da ferramenta educacional.

Conclusão: O programa com flipcharts sobre a CR foi altamente aceito entre as populações no Brasil, destacando a importância de desenvolver ferramentas adicionais para facilitar a interação entre profissionais e a comunidade.

Palavras-chave: Cardiopatia Reumática. Intervenção Educacional Precoce. Programas de Rastreamento.

Referências:

1. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. 2015 Aug;386(9995):743–800.
2. Steer AC, Danchin MH, Carapetis JR. Group A streptococcal infections in children. J Paediatr Child Health. 2007 Apr;43(4):203-13.
3. Santos JPAD, Carmo GALD, Beaton AZ, Lourenço TV, Diamantino AC, Nunes MDCP, Sable C, et al. Challenges for the Implementation of the First Large-Scale Rheumatic Heart Disease Screening Program in Brazil: The PROVAR Study Experience. Arq Bras Cardiol. 2017 Apr;108(4):370-374.
4. Beaton A, Nascimento BR, Diamantino AC, Pereira GT, Lopes EL, Miri CO, et al. Efficacy of a Standardized Computer-Based Training Curriculum to Teach Echocardiographic Identification of Rheumatic Heart Disease to Nonexpert Users. Am J Cardiol. 2016 Jun 1;117(11):1783-9.
5. Nascimento BR, Sable C, Nunes MCP, Diamantino AC, Oliveira KKB, Oliveira CM, et al. Comparison Between Different Strategies of Rheumatic Heart Disease Echocardiographic Screening in Brazil: Data From the PROVAR (Rheumatic Valve Disease Screening Program) Study. J Am Heart Assoc. 2018 Feb 14;7(4):e008039.

24 - FÍSTULA CAROTÍDEO-CAVERNOSA DIRETA DE ALTA FLUXO EM ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA ESQUERDA

Izabella dos Santos Silva[1] (0009-0009-9047-8684), Letícia Jabur Vaz Ribeiro[2], César Vinícius da Silva Rodrigues[3], Gustavo Silvério Laguna[4]

[1]Faculdade de Medicina da FAMINAS, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

[2]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

[3]Faculdade de Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, Minas Gerais - Brasil

[4]Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Izabella dos Santos Silva

Introdução: A fístula carotídeo-cavernosa (FCC) é uma fístula do tipo arteriovenosa caracterizada pela comunicação anômala entre carótida interna e o seio cavernoso. As FCCs são consideradas diretas quando há conexão entre artéria carótida interna (ACI) e seio cavernoso.

Objetivos: Apresentar um caso de FCC após Trauma Crânio Encefálico (TCE).

Relato do caso: G.S.O., 59, masculino, etilista, trabalhador rural, previamente hígido, admitido no hospital após "queda de cavalo com TCE há 4 horas". Acidente não presenciado, com perda de consciência por 30 minutos e otorragia. Afirma consumo de bebidas alcóolicas no dia do acidente, nega comorbidades. Sem alterações no exame físico geral. No exame neurológico, o paciente encontrava-se sonolento, desorientado no tempo e no espaço, disártrico, ECG: AO: 3/ RV: 4/ RM: 6 = 13, pupilas 2+/2+, otorragia à esquerda.

Discussão: À admissão tomografia computadorizada (TC) evidencia TCE leve. Durante o período de internação notou-se períodos de flutuação do sensório, as TCs de controle evidenciaram aumento do sangramento e do edema perilesional, herniação subfalcina. No 6º dia pós trauma, apresentou rebaixamento persistente do sensório (ECG: 10 a 11/15), manutenção das alterações de TC anteriores, e um pico febril. Ao realizar punção lombar, diagnosticou-se Meningoencefalite bacteriana pós-traumática, iniciou-se antibioticoterapia com Ceftriaxona e Vancomicina. Após 23 dias do trauma, recebeu alta hospitalar com as sequelas: alterações de personalidade e de memória, desorientação têmporo-espacial, diplopia, tetraparesia e dificuldade de deambulação. No retorno, havia queixas de cefaleia progressiva, diplopia, hiperemia conjuntival no olho esquerdo, disfunção da movimentação ocular deste olho. Realizado AngioTC e arteriografia, diagnosticou-se Fístula carotídeo-cavernosa direta de alto fluxo em artéria carótida interna esquerda. A escolha terapêutica requer múltiplas considerações levando em conta a natureza dos sintomas, localização da lesão, complexidade anatômica e o risco de morbidade visual ou neurológica. Paciente foi tratado com cirurgia e embolização de fístula com micromolas.

Conclusão: O número de lesões está associado à maior morbimortalidade neuro-oftalmológica. Embora o tratamento endovascular seja a primeira linha, a escolha terapêutica requer múltiplas considerações levando em conta a natureza dos sintomas, localização da lesão, complexidade anatômica e o risco de morbidade visual ou neurológica.

Palavras-chave: Fístula Carotidocavernosa. Artéria Carótida Interna.

REFERÊNCIAS:

1. Henderson AD, Miller NR. Carotid-cavernous fistula: current concepts in aetiology, investigation, and management. Eye (Lond). 2018 Feb;32(2):164-172.
2. Lang M, Habboub G, Mullin JP, Rasmussen PA. A brief history of carotid-cavernous fistula. J Neurosurg. 2017 Jun;126(6):1995-2001.
3. Venkataramaiah S, Sriganesh K. Images in clinical medicine. Carotid cavernous fistula. N Engl J Med. 2014 Nov 6;371(19):1832.
4. Korn BS, Zhang K. Images in clinical medicine. Carotid-cavernous sinus fistula. N Engl J Med. 2011 Feb 24;364(8):e15.
5. Bennett LJ. Carotid-cavernous fistulas [base de dados na Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/carotid-cavernous-fistulas

25 - GESTAÇÃO ECTÓPICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SOB A PERSPECTIVA DE UM RELATO DE CASO

Gabriella Stéphany de Brito Teixeira[1] (0000-0003-4042-5479), Manuella Costa de Melo Faria[1], Iris Isabela da Silva Medeiros Guimarães[1,2]

[1]Faculdade de Medicina no Centro Universitário de Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais - Brasil

[2]Hospital Regional Antônio Dias - Rede FHEMIG, Patos de Minas, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Gabriella Stéphany de Brito Teixeira

Introdução: O processo de implantação do blastocisto ocorre habitualmente no epitélio endometrial e se consolida ao final da 2ª semana de gestação.[1] Contudo, se o blastocisto é implantado em zonas extrauterinas, desenvolve-se uma gestação ectópica (GE) que ocorre majoritariamente nas tubas uterinas, e em menor proporção no ovário, abdome e no cérvix uterino.[1] O quadro clínico é inespecífico quando ainda não houve ruptura, porém, no cenário de gravidez tubária rota, o quadro é considerado emergência obstétrica.[2]

Objetivos: Discutir os aspectos relacionados ao diagnóstico diferencial da GE no contexto de um relato de caso, visto que tal afecção é responsável por elevada mortalidade no 1º trimestre.[3]

Relato do caso: Paciente, 29 anos, G3PN2A0, IG: 11 semanas e 2 dias, compareceu com queixa de sangramento vaginal, com BHCG > 10 mil e ultrassom transvaginal (USGTV) que revelou líquido hipoecoico em cavidade endometrial e ausência de estruturas gestacionais intra ou extrauterina. Diante da hipótese diagnóstica de abortamento incompleto, realizou-se curetagem uterina com saída de pequena quantidade de material pardacento, cujo anatomopatológico evidenciou fenômeno Arias Stellas. Após um mês, a paciente retornou com relato de hipogastralgia e sangramento vaginal intermitente, sendo realizado novo USGTV que evidenciou imagem cístico-sólida em região anexial direita, de contornos lobulados com septos espessos e debris de permeio sem fluxo ao doppler, medindo 7,4x4,2 cm. Diante disso, levantou-se hipótese de GE. Devido a estabilidade hemodinâmica da paciente, foi optado por realizar dosagem seriada de beta hCG a cada 48 horas, que apresentou níveis decrescentes consecutivos, com diagnóstico final de aborto tubário.

Discussão: Como supracitado, é válido ressaltar a capacidade da GE de simular um quadro de abortamento, visto que há sangramento brando vermelho escuro ou acastanhado, concomitante a dor abdominal, principalmente em baixo ventre e atraso menstrual.[4] Nesse sentido, primariamente não se suspeita de GE, mas sim de uma gravidez sem intercorrências em fase inicial ou de abortamento espontâneo.[5] O que permitirá a suposição de GE será a evolução da paciente para dor abdominal intensa e dilacerante, a presença de massa anexial separada do ovário em USGTV e o aumento lento dos níveis de beta hCG seriado.[5]

Conclusão: Conclui-se que é essencial saber realizar o diagnóstico diferencial de GE, pois a falta de manejo nessa emergência pode ocasionar óbito materno.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica. Aborto. Diagnóstico Diferencial.

Referências:

1. Moore KL, Torchia MG, Persaude TVN. Embriologia clínica. 11ª edição. São Paulo: Grupo GEN; 2020.
2. Montenegro CAB, Filho JDR. Rezende Obstetrícia Fundamental. 14ª edição. São Paulo: Grupo GEN; 2017.
3. Tavares BVG, Delfino LS, Ignarro IS, Baccaro LF. Mudança de paradigmas no tratamento inicial da gravidez ectópica em um hospital universitário do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2023; 45: 192-200.
4. Zugaib M. Zugaib obstetrícia. 5ª edição. São Paulo: Editora Manole; 2022.
5. Cunningham FG. Obstetrícia de Williams. 25ª edição. Rio Grande do Sul: Grupo A; 2021.

26 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE STEWARDSHIP PARA USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS – RELATO DE CASO DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO PARÁ

Luiza Ramos Duque de Oliveira[1] (0009-0004-8856-0869), Sara Mendes Rocha[1], Vitória Ermelinda Baldez de Oliveira[1], Fernando Nonato de Carvalho Fagundes[1,2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

[2]Hospital Regional Público do Araguaia, Redenção, Pará – Brasil

Autor correspondente: Luiza Ramos Duque de Oliveira

Introdução: O uso indiscriminado de antibióticos representa um importante fator para o aumento da resistência bacteriana, custos excessivos para o sistema de saúde e efeitos adversos para os pacientes.[1] O programa Stewardship desempenha um papel fundamental na racionalização do uso de antimicrobianos nos serviços de saúde.[2]

Objetivos: Descrever a implementação bem-sucedida de um programa de Stewardship em um hospital no Pará, destacando os resultados na redução do consumo de antibióticos.

Relato do caso: No início de 2022, o hospital implantou um programa de Stewardship para melhor gestão do uso de antibióticos no serviço.[3] Foram feitas as seguintes ações: auditoria diária por médico infectologista de todas as prescrições de antibióticos, duas discussões semanais com cada Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sobre os casos de infecções e a presença diária da enfermagem nos setores para discussão do uso de dispositivos invasivos. Essas medidas resultaram em uma redução no consumo de antibióticos e consequente queda de custos.[4] Para avaliação do consumo de antimicrobianos foi usada a Dose Diária Definida (DDD), uma métrica internacionalmente reconhecida.[5] A redução desse valor foi expressiva no ano de 2022, comparado com 2021: redução do consumo de Piperacilina-Tazobactam em 59,7%, Meropenem em 35,2%, Vancomicina em 26,57%, Ceftriaxona em 49,41%, Ciprofloxacina em 26,48% e Cefepima em 2,98%. O custo médio mensal com antimicrobianos em 2021 foi de R$ 94.879,59, enquanto em 2022, de R$ 56.917,34, representando uma redução de cerca de 40% (não inclusos os custos indiretos da instituição). No primeiro trimestre de 2023, a média de custo mensal foi ainda menor, com uma redução de 57,5% em relação a 2021.

Discussão: A implementação do programa Stewardship mostrou-se bem-sucedida em promover o uso racional de antibióticos e em reduzir os custos associados, expressando a otimização do tratamento de infecções. Além disso, o impacto positivo no tempo de internação, pode ser considerado um indicador de melhoria na qualidade do atendimento.

Conclusão: Este relato de caso ilustra como a implementação de programas de Stewardship, com a participação ativa de infectologistas, impacta positivamente na promoção do uso racional de antimicrobianos, na redução de custos para os serviços de saúde e na melhoria da qualidade de atendimento aos pacientes.

Palavras-chave: Gestão de Antimicrobianos. Custos e Análise de Custo. Infectologia. Administração de Serviços de Saúde.

Referências:

1. Alós JI. Resistencia bacteriana a los antibióticos: una crisis global. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015 Dec;33(10):692-9.
2. Dyar OJ, Huttner B, Schouten J, Pulcini C; ESGAP (ESCMID Study Group for Antimicrobial stewardshiP). What is antimicrobial stewardship? Clin Microbiol Infect. 2017 Nov;23(11):793-798.
3. Daniels LM, Weber DJ. Interventions to improve antibiotic prescribing at hospital discharge: A systematic review. Infect Control Hosp Epidemiol. 2021 Jan;42(1):96-99.
4. Chiotos K, Rock C, Schweizer ML, Deloney VM, Morgan DJ, Milstone AM, et al. Current infection prevention and antibiotic stewardship program practices: A survey of the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) Research Network (SRN). Infect Control Hosp Epidemiol. 2019 Sep;40(9):1046-1049.
5. Grau S, Bou G, Fondevilla E, Nicolás J, Rodríguez-Maresca M, Martínez-Martínez L. How to measure and monitor antimicrobial consumption and resistance. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013 Sep;31 Suppl 4:16-24.

27 - LINFANGIOMA DE MEMBROS INFERIORES EM ADULTO: RELATO DE CASO

Luiza Vilela Batista[1] (0000-0003-0443-9670), Ana Luísa Nunes Ribeiro[1], Thiago Reis Cunha[2]

[1]Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Betim, Minas Gerais - Brasil

[2]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Luiza Vilela Batista

Introdução: O linfangioma é um tumor benigno raro,[1,2,3] e até 90% dos casos são identificados na primeira década de vida.[1] Relatos de linfangioma em adultos na literatura são tão escassos que ainda não há prevalência definida.[4] Casos tardios em membros inferiores são ainda menos comuns, uma vez que acometimento em cabeça e região cervical correspondem a 75% dos casos.[5]

Objetivos: Discutir a suspeita de malformações do sistema linfático em pacientes externos ao grupo epidemiológico prevalente.

Relato do caso: Paciente de 54 anos, motorista de caminhão, compareceu à consulta com relato de edema de membro inferior esquerdo há alguns meses. Ao exame físico, foram constatados edema frio, indolor e incompressível de 4 cruzes em toda a extensão da perna e linfonodo palpável em regiões inguinal e supraclavicular esquerdas. O Doppler venoso de membro inferior esquerdo não constatou sinais de trombose venosa e superficial. O edema irradiou para o quadril esquerdo. Foi encaminhado para angiologista após teste de filariose ser negativo e ultrassom ser insuficiente para a investigação, e recebeu diagnóstico de linfangioma após ressonância magnética de pelve. A ressonância constatou volumosa coleção multiloculada circundando a aorta abdominal e as artérias ilíaca interna, ilíacas comum bilateralmente e femoral à esquerda.

Discussão: Massas decorrentes de malformações linfáticas são mais facilmente identificadas em crianças.[4] Apesar de ser um tumor de grande volume e de desordenada evolução,[1] não há sinais de malignidade como febre, caquexia e dor nos casos observados.[1] Entretanto, o diagnóstico requer exame de imagem avançado, uma vez que exames menos sofisticados, como ultrassom, são incapazes de identificar a etiologia da massa.[4] Dessa forma, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são os métodos diagnósticos de primeira escolha para estas malformações.[4] Em casos de linfangiomas de difícil abordagem cirúrgica, quimioterápicos podem ser eficazes no controle.[2]

Conclusão: Apesar de bastante incomum, suspeita de tumor benigno linfático deve ser considerada em casos atípicos sem grandes suspeitas de malignidade e de manifestação aguda,[3] para que o diagnóstico precoce permita maior qualidade de vida e velocidade de tratamento ao paciente.

Palavras-chave: Doenças Linfáticas. Adulto. Prevalência.

Referências:

1. Morán-Mariños C, Nieto-Gutierrez W, Pacheco-Mendoza J. Atypical lymphangioma and hyperkeratosis in a patient with morbid obesity. An Bras Dermatol. 2020 Jul-Aug;95(4):477-479.
2. Basurto-Kuba EO, Hurtado-Lopez LM, Campos-Castillo C, Buitrón Garcia-Figueroa R, Figueroa-Tentori D, Pulido-Cejudo A. Linfangioma de cuello en el adulto. Reporte de 2 casos. Cir Cir. 2016 Jul-Aug;84(4):313-7.
3. Souza RJ, Tone LG. Tratamento clínico do linfangioma com alfa-2a-interferon. J Pediatr (Rio J). 2001 Mar-Apr;77(2):139-42.
4. Gilmore M, Kim SH, McDowell CM. An Unusual Presentation of a Lymphatic Malformation in an Adult: A Case Report. Clin Pract Cases Emerg Med. 2022 Feb;6(1):49-52.
5. Boldrin PFG, AcCBC-GO, Almeida CM, Almeida AM, Boldrin LFG, Krause ASF, et al. Avaliação radiológica e cirúrgica de linfangioma cavernoso retroperitoneal. Relatos Casos Cir.2020;(3):e2616.

28 - MECANISMOS ANATÔMICOS DA LESÃO CONCOMITANTE DOS LIGAMENTOS CRUZADOS ANTERIOR E POSTERIOR

Gabriela Campos de Castro Costa[1] (0009-0003-1927-2735), Ana Clara Campos Pereira[1], Bárbara Amaral Pedroso[1], Maria Paula Alves Monteiro de Oliveira[1], Leonardo dos Santos Bordoni[1]

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Gabriela Campos de Castro Costa

Introdução: Os Ligamentos Cruzados Anterior e Posterior (LCA e LCP) são estruturas conjuntivas densas compostas por fibras colágenas[1] que compõem a articulação sinovial trocogínglimo do joelho, unindo o fêmur à tíbia e promovendo estabilização mecânica do membro inferior. Luxações ligamentares do joelho são frequentes nos esportes,[2] entretanto raras se tratando na combinação de ambos os ligamentos cruzados, geralmente associadas a lesões traumáticas de alta velocidade.[3]

Objetivos: Entender o mecanismo anatômico de lesão dos ligamentos intra-articulares do joelho, LCA e LCP, bem como suas funcionalidades.

Metodologia: Revisão literária das lesões ligamentares do joelho evidenciando as alterações dos aspectos mecânicos intra-articulares.

Resultados: O LCA e o LCP atuam restringindo o deslizamento posterior e anterior do fêmur sobre o platô tibial durante a flexão e extensão do joelho, respectivamente, ambos limitam a hiperextensão da articulação, sendo o LCP mais forte e principal estabilizador do fêmur quando fletido.[4] A posição tibial relacionada ao fêmur define o mecanismo da lesão, visto que, quando lesionados ambos os ligamentos cruzados são notados a instabilidade funcional. Os mecanismos de luxação dos ligamentos do joelho em sua maioria são decorrentes de traumas contusos, sendo mais frequentes durante a prática de atividades de alto impacto.[3] Sendo assim, os principais processos para lesionar o LCA são hiperextensão do joelho seguida de rotação interna, rotação externa e valgo, bem como salto com desaceleração brusca; em contrapartida, as etiologias da lesão do LCP incluem acidentes automobilísticos que culminem em impacto na região anterior da perna, hiperflexão do joelho acompanhada de plantiflexão, e a hiperextensão da articulação. Logo, um processo de trauma concomitante do LCA e LCP se dá pela combinação desses mecanismos, caracterizando uma lesão rara e incomum.[5]

Conclusão: O mecanismo de lesão simultânea dos ligamentos cruzados do joelho é uma integração das luxações individuais de cada estrutura ligamentar, dependendo diretamente de alta transferência de energia mecânica sobre a articulação.[5]

Palavras-chave: Entorses e Distensões. Ligamento Cruzado Anterior. Ligamento Cruzado Posterior. Luxação do Joelho.

Referências:

1. Belangero PS, Tamaoki MJ, Nakama GY, Shoiti MV, Gomes RV, Belloti JC. How does the brazilian orthopedic surgeons treat acute lateral ankle sprain? Rev Bras Ortop. 2015 Dec 12;45(5):468-73.
2. Silva KNG, Imoto AM, Cohen M, Peccin MS. Reabilitação pós-operatória dos ligamentos cruzado anterior e posterior – estudo de caso. Acta Ortop Bras. 2010; 18(3):166-9.
3. Caldas MTL, Braga GF, Mendes SL, da Silveira JM, Kopke RM. Posterior cruciate ligament injury: characteristics and associations of most frequent injuries. Rev Bras Ortop. 2013 Oct 22;48(5):427-431.
4. Camargo OPA, Chamecki Á, Lemos PEG, Pecora RÂM. Lesão do ligamento cruzado posterior Incidência e tratamento. Rev Bras Ortop. 1996;31(6):491-496.
5. Faloppa F, Albertoni WM. Guia de Ortopedia e Traumatologia. São Paulo: Manole; 2008.

29 - MENOPAUSA E SEUS IMPACTOS PSCICOLÓGICOS: REVISÃO DE LITERATURA

Ana Júlia Ornelas Franca[1] (0009-0004-4167-7728), Laura Santos Nunes[1], Maria Clara Barbosa Lopes[1], Matheus Sena Boaventura Fagundes[1], Michelly Pereira Montenegro[1], Nairtha Alcântara Rocha[1,]

[1]Faculdade de Medicina do Centro Universitário do Norte de Minas, Montes Claros, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Ana Júlia Ornelas Franca

Introdução: A menopausa é um evento fisiológico, que é reconhecido após a ausência de ciclos menstruais por 12 meses associado à insuficiência ovariana permanente, ocorrendo entre os 45 e 55 anos.[1] É um processo que afeta significativamente a vida da mulher, visto que altera o equilíbrio hormonal, ocasionando tanto sintomas físicos quanto sintomas psicológicos, principalmente a ansiedade e depressão.[2]

Objetivos: Realizar uma revisão bibliográfica sobre a Menopausa com ênfase em seus aspectos psicológicos, permitindo, assim, fazer um compilado sobre os impactos e complicações associadas a essa temática.

Metodologia: Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema Menopausa e seus impactos psicológicos, levando-se em consideração tanto informações encontradas em livros quanto nas bases de dados PubMed e BVS. Foram selecionadas fontes bibliográficas cujas publicações foram realizadas entre 2012 a 2023 e escritas em língua portuguesa ou inglesa.

Resultados: Ao longo das análises dos estudos, ficou claro os impactos psicológicos que a menopausa pode trazer na vida da mulher, evidenciando o caráter multifatorial para o desenvolvimento de um transtorno ansioso ou de um quadro depressivo maior, sendo eles os sintomas físicos, como a atrofia vaginal, dispareunia, redução da libido e insônia, que impactam na vida sexual e que causam estresse e insegurança associados a vida conjugal.[3,5] Além disso, ainda há a relação do hipoestrogesnismo com os quadros de irritabilidade e humor deprimido, uma vez que o estrogênio contribui para a liberação dos neurotransmissores, como por exemplo a serotonina, logo, sua falta contribui para a piora do quadro psicológico da mulher na menopausa.[4] Ademais, com o aumento da expectativa de vida da mulher, uma parte significativa da sua vida estaria relacionada à menopausa, sendo assim é importante uma propedêutica adequada desde o início do quadro para possibilitar um envelhecimento saudável.[1]

Conclusão: Diante disso, percebe-se que apesar de ser um evento fisiológico, vivenciado por todas as mulheres, pode trazer impactos patológicos sendo um período de vulnerabilidade e complexidade que perpassa tanto no físico quanto no emocional, gerando os quadros psicológicos. Sendo, portanto, necessário um cuidado individualizado para as necessidades de cada paciente, permitindo que ela possa lidar de forma confortável com essas alterações permanentes, tendo uma boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Depressão. Menopausa. Estrogênios. Ansiedade.

Referências:

1. Llaneza P, García-Portilla MP, Llaneza-Suárez D, Armott B, Pérez-López FR. Depressive disorders and the menopause transition. Maturitas. 2012 Feb;71(2):120-30.
2. Zangirolami-Raimundo J, Sorpreso ICE, Rebouças CMP, Bezerra PCL, Costa LMPRD, Baracat EC, et al. Depression in women in climacteric period: a brief review. Rev Assoc Med Bras (1992). 2023 Jul 17;69(7):e20230385.
3. Kim H, Jung JH, Han K, Lee DY, Fava M, Mischoulon D, et al. Ages at menarche and menopause, hormone therapy, and the risk of depression. Gen Hosp Psychiatry. 2023 Jul-Aug;83:35-42.
4. Lima AM, Rocha JSB, Reis VMCP, Silveira MF, Caldeira AP, Freitas RF, et al. Perda de qualidade do sono e fatores associados em mulheres climatéricas. Cien Saude Colet. 2019 Jul 22;24(7):2667-2678.
5. Galvão LL, Farias MC, de Azevedo PR, Vilar MJ, de Azevedo GD. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. Rev Assoc Med Bras (1992). 2007 Sep-Oct;53(5):414-20.

30 - O AUMENTO DO DIAGNÓSTICO DE MIOPIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PROVOCADO PELO USO EXCESSIVO DE TELAS

Bruna Duarte Ribeiro Machado[1] (0009-0006-2120-3212), Sarah Mattos Moraes[1], Ana Maria de Jesus Cardoso[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Bruna Duarte Ribeiro Machado

Introdução: Define-se miopia como um erro de refração em que os raios de luz são focalizados em frente à retina, que ocorre quando o globo ocular é longo em relação ao comprimento axial ou quando a córnea é curvada, reduzindo a capacidade de focalizar a visão para longas distâncias.[1] Dentre os fatores predisponentes, a hereditariedade é o principal. Contudo, os fatores ambientais como redução das horas passadas ao ar livre e aumento do uso de telas, têm se tornado relevantes na sua patogênese.[1,2] A tela do computador é auto iluminada por possuir status refrativo e comprimento axial reduzido,[3,4] o que induz o aumento do esforço de acomodação dos olhos cursando no desconforto visual e aumento do risco de progressão da miopia em crianças pela maior quantidade de horas investidas em atividades de perto, como o uso de tablets, smartphones e computadores.[5]

Objetivos: Investigar a influência do uso de telas associada ao risco de miopia em pacientes pediátricos.

Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura utilizada das bases de dados PubMed e Medline, utilizando os descritores: "Miopia"; "acomodação"; "telas", aplicando o operador booleano "AND" entre todos. Foram incluídos estudos transversais e coorte em inglês e português, entre 2013-2023.

Resultados: Para avaliar a miopia e erros de refração ocular, Portello et al[6] identificou que fatores como o uso do computador e dificuldade em reorientar distâncias são associados à dificuldade de acomodação. Já um estudo randomizado feito por Zhou S et al,[7] observou que o uso de dispositivos digitais e smartphones são fatores de risco para crianças. As crianças cujos pais só começaram a prestar atenção à sua visão quando estavam na pré-escola tiveram o maior risco de miopia (OR = 3,11, IC95% = 1,28–7,58, P < 0,05), seguidas por aquelas quando estavam na escola primária (OR = 2,12, IC95% = 1,01–4,45, P < 0,05). Nesse sentido, Dong YH et al[8] demonstrou que a detecção de miopia aumentou nas crianças e adolescentes de 7 a 18 anos, de 47,5% em 2005, 55,5% em 2010 e 57,1% em 2014. Em complemento a isto, Rudnicka AR et al[9] afirma que as crianças que vivem em ambientes urbanos têm 2,6 vezes o risco de miopia em comparação com as crianças que vivem em ambientes rurais.

Conclusão: O uso de telas aumenta a demanda visual para atividades próximas, aumentando o risco de miopia, especialmente quando há falta de estímulo para atividades ao ar livre, influenciando a prevalência na infância.

Palavras-chave: Miopia. Acomodação Ocular. Tempo de Tela.

Referências:

1. Flitcroft DI, He M, Jonas JB, Jong M, Naidoo K, Ohno-Matsui K, et al. IMI - Defining and Classifying Myopia: A Proposed Set of Standards for Clinical and Epidemiologic Studies. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2019 Feb 28;60(3):M20-M30.
2. Gomes ACG, Castro LR, Brito LMP, Cunha MA, Ribeiro MVMR. Miopia causada pelo uso de telas de aparelhos eletrônicos: uma revisão de literatura. Rev Bras Oftalmol. 2020; 79 (5): 350-3.
3. Shen Y, Kuai S, Zhou W, Peng S, Tian M, Liu K, Zhou X. Study of preferred background luminance in watching computer screen in children. Chin Med J (Engl). 2014;127(11):2073-7.
4. Fernández-Montero A, Olmo-Jimenez JM, Olmo N, Bes-Rastrollo M, Moreno-Galarraga L, Moreno-Montañés J, et al. The impact of computer use in myopia progression: a cohort study in Spain. Prev Med. 2015 Feb;71:67-71.
5. Lanca C, Saw SM. The association between digital screen time and myopia: A systematic review. Ophthalmic Physiol Opt. 2020 Mar;40(2):216-229.
6. Portello JK, Rosenfield M, Bababekova Y, Estrada JM, Leon A. Computer-related visual symptoms in office workers. Ophthalmic Physiol Opt. 2012 Sep;32(5):375-82.
7. Zhou S, Yang L, Lu B, Wang H, Xu T, Du D, et al. Association between parents' attitudes and behaviors toward children's visual care and myopia risk in school-aged children. Medicine (Baltimore). 2017 Dec;96(52):e9270.
8. Dong YH, Liu HB, Wang ZH, Yang ZP, Xu RB, Yang ZG, et al. Prevalence of myopia and increase trend in children and adolescents aged 7-18 years in Han ethnic group in China, 2005-2014. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2017 May 10;38(5):583-587.
9. Rudnicka AR, Kapetanakis VV, Wathern AK, Logan NS, Gilmartin B, Whincup PH, et al. Global variations and time trends in the prevalence of childhood myopia, a systematic review and quantitative meta-analysis: implications for aetiology and early prevention. Br J Ophthalmol. 2016 Jul;100(7):882-890.

31 - O CUIDADO INTEGRAL E LONGITUDINAL DO PACIENTE, NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, PODE E DEVE SER FEITO TAMBÉM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

Júlia Moreira Diniz[1] (009-0004-1604-972X), Lara Machado Sousa Castro[1], Letícia Jabur Vaz Ribeiro[1], Lilian Paula de Souza[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Júlia Moreira Diniz

Introdução: Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica autoimune com fases de atividade e remissão. Há ampla apresentação clínica, desde febre e adinamia a quadros cardíacos, pulmonares e renais. É mais frequente no sexo feminino, entre 20 e 45 anos, e o diagnóstico é clínico e laboratorial.[1,2,3] Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia, 1 em 1700 mulheres possui LES no Brasil, sendo essencial ao médico da Atenção Primária à Saúde (APS) a suspeição e o acompanhamento longitudinal e integral do paciente.[4]

Objetivos: Compreender a relevância da APS na identificação de condições clínicas no LES que indiquem encaminhamento para a emergência, além da supervisão crônica e integral do paciente.

Relato do caso: Paciente sexo feminino, 19 anos, apresentou, em Novembro/2022, manchas eritematosas na pele e edema difuso. Janeiro/2023, internada por manchas semelhantes em dorso, recebeu diagnóstico de eritema polimorfo e iniciou uso oral de corticoides. Julho/2023, dor torácica ventilatório-dependente, edema de membros inferiores, dispneia paroxística noturna e aos pequenos esforços. Atendimento em serviço de urgência evidenciou aumento da área cardíaca ao raio X e bastonetes gram negativos na urina rotina. Feito diagnóstico de cistite e solicitado seguimento na APS. Retorna ao pronto-atendimento no mesmo mês, com cefaleia, dispneia e edema difuso, sendo internada. Feita biópsia renal durante internação, cujos achados morfológicos foram compatíveis com glomerulonefrite lúpica proliferativa/esclerosante difusa classe IV (6a/7c). Ainda nessa internação, intercorreu com flebite e úlcera local infectada. Após alta, em Setembro/2023, chega à APS para cuidado local da ferida e analgesia. Diante de critérios de gravidade em relação à piora da úlcera, a paciente foi encaminhada para nova internação.

Discussão: O motivo da busca pela APS após a alta foi a necessidade de troca de curativo em membro superior direito e analgesia, cuidado mediato que não mostra precaução longitudinal e integral da paciente com sua saúde.

Conclusão: A APS é fundamental na orientação sobre a identificação de sinais de alarme ameaçadores à vida, que devem ser informados e ensinados ao paciente.[4,5] Porém, faz-se necessário formação do indivíduo no contexto de uma doença crônica autoimune, que requer cuidado pleno e contínuo, determinando sua autonomia. A equipe de saúde da família e a APS são ferramentas indispensáveis no cuidado de manutenção da saúde e não adoecimento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Continuidade da Assistência ao Paciente.

Referências:

1. Carvalho MAP, Lanna CCD, Bertolo MB, Ferreira GA. Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 100/SAS/MS, de 7 de fevereiro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 08 de fevereiro de 2013, Sec 1, 70-75.
3. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, et al. Medicina Interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020.
4. Bergmans RS, Loewenstein E, Aboul-Hassan D, Chowdhury T, Schaefer G, Wegryn-Jones R, et al. Social determinants of depression in systemic lupus erythematosus: A systematic scoping review. Lupus. 2023 Jan;32(1):23-41.
5. Strand V, Simon LS, Meara AS, Touma Z. Measurement properties of selected patient-reported outcome measures for use in randomised controlled trials in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review. Lupus Sci Med. 2020 Jun;7(1):e000373.

32 - O ESTRESSE OXIDATIVO COMO UM DENOMINADOR COMUM NAS DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS

Mariana Alves Santos[1] (0009-0009-5992-1289), Flávia Maciel da Silva Barcelos[1], Túlio Henrique da Cruz[2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade de Itaúna, Minas Gerais, Itaúna, Minas Gerais – Brasil

[2]Hospital Santa Mônica, Divinópolis, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Mariana Alves Santos

Introdução: As doenças neurodegenerativas estão entre as principais causas de incapacidade e morbidade no âmbito global.[1] De etiopatogenias distintas, caracterizam-se por desencadear, em diferentes níveis, lesão neuronal que pode comprometer as funções motoras, psíquicas e/ou cognitivas dos indivíduos. Nesse aspecto, identificar os fatores potencializadores da depreciação neuronal, como o estresse oxidativo, é fundamental para minimizar os danos advindos dessas patologias, tanto a nível profilático quanto terapêutico.

Objetivos: Identificar a influência do estresse oxidativo no desenvolvimento e progressão de doenças neurodegenerativas.

Metodologia: Foi realizada uma revisão de literatura, de forma sistemática, no banco de dados da plataforma BVS com os descritores "doenças neurodegenerativas" e "estresse oxidativo", buscando por artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais no período de 2013 a 2023. Foram selecionados, então, 07 (sete) artigos abordando a relação entre o estresse oxidativo e as doenças neurodegenerativas.

Resultados: A patogenia das doenças neurodegenerativas, como o Alzheimer e a Esclerose Lateral Amiotrófica, estão bastante relacionadas ao estresse oxidativo no processo de depleção neuronal.[2] Isso decorre do aumento na produção das espécies reativas de oxigênio, por fatores diversos, associado à diminuição da capacidade do corpo de neutralizá-las por meio de sistemas antioxidantes. Esse desequilíbrio leva à geração de estresse oxidativo, o qual é deletério às principais macromoléculas constituintes do organismo, como o DNA, lipídios e proteínas.[3] Assim, nos processos neurodegenerativos, a desregulação da neutralização dessas espécies danosas associada ao processo patológico instalado, são elementares na progressão da doença.[4,5] Todavia, considerando a complexidade e heterogeneidade dessas patologias, há outros fatores envolvidos na patogenia desses distúrbios, como a neuroinflamação,[6,7] a herança genética e os fatores ambientais.

Conclusões: Com base nos dados coletados, há evidências de que o estresse oxidativo, associado aos demais mecanismos subjacentes, é um fator relevante na etiopatogênese das doenças neurodegenerativas. Entretanto, faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas para elucidar o papel do estresse oxidativo na neurodegeneração para, assim, viabilizar novas abordagens terapêuticas e profiláticas capazes de reduzir os efeitos incapacitantes desses distúrbios.

Palavras-chave: Doenças Neurodegenerativas. Estresse Oxidativo. Inflamação. Radicais Livres.

Referências:

1. Behl T, Makkar R, Sehgal A, Singh S, Sharma N, Zengin G, et al. Current Trends in Neurodegeneration: Cross Talks between Oxidative Stress, Cell Death, and Inflammation. Int J Mol Sci. 2021 Jul 11;22(14):7432.
2. Ginsberg SD, Joshi S, Sharma S, Guzman G, Wang T, Arancio O, et al. The penalty of stress - Epichaperomes negatively reshaping the brain in neurodegenerative disorders. J Neurochem. 2021 Dec;159(6):958-979.
3. Jurcau A. Insights into the Pathogenesis of Neurodegenerative Diseases: Focus on Mitochondrial Dysfunction and Oxidative Stress. Int J Mol Sci. 2021 Oct 31;22(21):11847.
4. Liu J, Duan W, Deng Y, Zhang Q, Li R, Long J, et al. New Insights into Molecular Mechanisms Underlying Neurodegenerative Disorders. J Integr Neurosci. 2023 May 6;22(3):58.
5. Morén C, deSouza RM, Giraldo DM, Uff C. Antioxidant Therapeutic Strategies in Neurodegenerative Diseases. Int J Mol Sci. 2022 Aug 19;23(16):9328.
6. Teleanu DM, Niculescu AG, Lungu II, Radu CI, Vladâcenco O, Roza E, et aI. An Overview of Oxidative Stress, Neuroinflammation, and Neurodegenerative Diseases. Int J Mol Sci. 2022 May 25;23(11):5938.
7. Vejux A. Cell Death, Inflammation and Oxidative Stress in Neurodegenerative Diseases: Mechanisms and Cytoprotective Molecules. Int J Mol Sci. 2021 Dec 20;22(24):13657.

33 - O SEGREDO POR TRÁS DE UM TRAUMA: RELATO DE CASO SOBRE KERION CELSI

Isabela Oliveira Almeida[1] (0009-0007-7770-6262), Camila Guimarães Maciel de Castro[1], Mariela Sthefany Silva[1], Sidnei Delailson da Silva[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Isabela Oliveira Almeida

Introdução: O Kerion Celsi (KC) é uma manifestação grave da Tinea capitis, formada por uma resposta imune exacerbada frente um agente fúngico, principalmente do gênero Trichophyton e Microsporum.[1] Abrange crianças entre 03 e 07 anos.[2] Clinicamente, é caracterizada por uma placa inflamatória dolorosa, bem delimitada, que cursa com formação de pústulas e abcessos, cujo processo cicatricial condiciona uma alopecia definitiva. Ademais, é frequente ocorrer febre e linfonodomegalia.[3] Esse diagnóstico, efetuado com auxílio de parâmetros clínico-laboratoriais, pode ser dificultado diante de outras patologias que têm similaridades.[4]

Objetivos: Descrever um relato de caso de um paciente pediátrico com KC, reforçando diferenciação com outras patologias e necessidade de maior reconhecimento dessa doença pela comunidade médica.

Relato do caso: Trata-se de criança do sexo masculino, 5 anos, que procurou UPA após queda de cama, sendo feito cuidados iniciais ao trauma. Em seguida, foi encaminhada para Santa Casa por lesão em couro cabeludo, com conteúdo piosanguinolento e odor fétido, associada à alopecia, linfadenopatia e febre. Durante internação, após discussão entre equipe de pediatria e dermatologia, formulou-se hipótese de lesão fúngica pré-existente no local, que ocasionou no desenvolvimento de KC, ou seja, o trauma foi só a ponta do iceberg. Para tratamento, optou-se pela drenagem cirúrgica da lesão, que continha sinais de flutuação; e administração de clindamicina e griseofulvina.

Discussão: Diante de uma lesão supurativa, diagnósticos diferenciais devem ser considerados, inclusive trauma. Esta demanda terapêutica individualizada e pode proceder com infecções oportunistas.[7,8] Além disso, cogita-se quadros de antraz cutâneo, foliculite decalvante e celulite dissecante.[1,4] Porém, analisando sua evolução, é importante suspeitar de KC. Para confirmação diagnóstica, é necessário averiguar compatibilidade da história clínica, avaliação física e critérios laboratoriais.[1] O exame micótico e a cultura são os principais exames usados para validação da hipótese de KC.[5] Com diagnóstico feito, é necessário intervenção imediata para controle sintomático e redução do impacto no paciente.[6]

Conclusão: Dentre os diagnósticos diferenciais, é fundamental pensar em KC, que é uma condição negligenciada. Assim, as crianças podem ser diagnosticadas e tratadas rapidamente, evitando consequências que podem comprometer seu psicológico diante do convívio social, como alopecia cicatricial.

Palavras-chave: Tinha do Couro Cabeludo. Ferimentos e Lesões.

Referências:

1. Tavares NV, Coutou BAC, Rodrigues LC, Brito HKM, Ferreira JD, Alves LL, et al. Kérion Celsi: importante diagnóstico diferencial para as dermatofitoses. Braz. J. Health Rev. 2021;4(3):12721-12731.
2. Vargas-Navia N, Ayala Monroy GA, Franco Rúa C, Malagón Caicedo JP, Rojas Hernández JP. Tiña Capitis en niños. Rev Chil Pediatr. 2020 Oct;91(5):773-783.
3. Silva SFSF, Teixeira C, Machado S, Marques L. Kérion Celsi: A rare complication of Tinea Capitis. REVNEC. 2017Jul.24;26(2):126-8.
4. Peixoto AB, Novis CFL, Vilela GM, Lerer C. Kerion: a importância da s diferenciação com infecção bacteriana do couro cabeludo. Relato de caso. Rev Bras Clín Med. 2012;10(3):243-245.
5. Anahory B, Santos P, Borges M. Querion do couro cabeludo – A propósito de um caso clínico. Rev Port Med Geral Fam. 2013;29(6):394-7.
6. Bragança LV. Kerion Celsi e suas manifestações no couro cabeludo de uma criança. BWS Journal. 2023;06:01-07.
7. Netemo DB, Nunes PHF, Kharmandayn P. Lesão de couro cabeludo de espessura total de origem infecciosa. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(2):307–309.
8. Kim YJ, Kim JH, Jun YJ, Han KT. Kerion Celsi Associatedn With Trauma: A Case Report. J Korean Cleft Palate Craniofac Assoc. 2005;06(2):143-145.

34 - O USO DE LIRAGLUTIDA NO TRATAMENTO DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Bruna Duarte Ribeiro Machado[1] (0009-0006-2120-3212), Sarah Mattos Moraes[1], Kleisson Antônio Pontes Maia[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Bruna Duarte Ribeiro Machado

Introdução: A Doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de morte em pacientes com Diabetes mellitus 2, sendo a dislipidemia um fator central em sua patogênese, além de contribuir para a resistência à insulina.[1] O aumento de ácidos graxos não esterificados (NEFAs) na corrente sanguínea promovem um estado de resistência à insulina e estão correlacionados com a inflamação em placas ateromatosas.[1,2] Nesse sentido o peptídeo-1 semelhante ao glucagon (GLP-1) é uma incretina que inibe a liberação de glucagon, atrasando o esvaziamento do estômago, sendo a semaglutida o análogo de GLP-1 usado para tratar pacientes com obesidade e diabetes mellitus tipo 1.[2,3]

Objetivos: Avaliar a eficácia da terapêutica com análogo de GLP-1 em pacientes com DAC.

Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura em que foram avaliados ensaios clínicos randomizados dos últimos 5 anos, nas bases de dados PubMed, comparando os efeitos da liraglutida e de grupos placebo no efeito do perfil aterosclerótico. Foram usados os descritores: Doença arterial coronariana, liraglutida, GLP-1 e aterosclerose.

Resultados: Um estudo randomizado feito por Chen XM evidenciou que, após tratamento de 8 semanas, houve diminuição dos níveis de lipídios, NEFAs e molécula de adesão de células vasculares solúveis-1 (503 ± 182 vs 382 ± 131 ng/ml, P = 0,046) em comparação com o grupo de tratamento com metformina. Além disso, Chen WR apontou em seu estudo randomizado que, em pacientes com infartos na artéria descendente anterior esquerda, o índice de salvamento foi 22% maior no grupo liraglutida do que o grupo placebo (P=0,04), e a relação tamanho final do infarto foi 21% menor (P=0,06). No subgrupo com infarto não anterior, também encontramos um índice de salvamento maior no grupo em uso de liraglutida (P = 0,013). Por fim, outro estudo randomizado feito por Anholm C. demonstrou que, apesar de uma perda de peso significativa de -2,7 kg durante o tratamento de 15 dias com liraglutida e pela melhoria da resistência/sensibilidade insulínica, não foram observadas alterações significativas no colesterol LDL, triglicerídeos.

Conclusão: Embora os estudos iniciais sugiram um potencial uso do GLP-1 no tratamento de pacientes com DAC, demonstrando melhorias nos valores de NEFAs e molécula de adesão vasculares em comparação com o grupo de tratamento com metformina, é fundamental reconhecer que mais pesquisas são necessárias para confirmar e ampliar esses achados.

Palavras-chave: Doença da Artéria Coronariana. Liraglutida. Peptídeo 1 Semelhante ao Glucagon. Aterosclerose.

Referências:

1. Nowrouzi-Sohrabi P, Soroush N, Tabrizi R, Shabani-Borujeni M, Rezaei S, Jafari F, et al. Effect of Liraglutide on Cardiometabolic Risk Profile in People with Coronary Artery Disease with or without Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Front Pharmacol. 2021 Mar 29;12:618208.
2. Kumarathurai P, Sajadieh A, Anholm C, Kristiansen OP, Haugaard SB, Nielsen OW. Effects of liraglutide on diastolic function parameters in patients with type 2 diabetes and coronary artery disease: a randomized crossover study. Cardiovasc Diabetol. 2021 Jan 7;20(1):12.
3. Chen XM, Zhang WQ, Tian Y, Wang LF, Chen CC, Qiu CM. Liraglutide suppresses non-esterified free fatty acids and soluble vascular cell adhesion molecule-1 compared with metformin in patients with recent-onset type 2 diabetes. Cardiovasc Diabetol. 2018 Apr 10;17(1):53.
4. Chen WR, Chen YD, Tian F, Yang N, Cheng LQ, Hu SY, et al. Effects of Liraglutide on Reperfusion Injury in Patients With ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction. Circ Cardiovasc Imaging. 2016 Dec;9(12):e005146.
5. Anholm C, Kumarathurai P, Pedersen LR, Nielsen OW, Kristiansen OP, Fenger M, et al. Liraglutide effects on beta-cell, insulin sensitivity and glucose effectiveness in patients with stable coronary artery disease and newly diagnosed type 2 diabetes. Diabetes Obes Metab. 2017 Jun;19(6):850-857.

35 - OS BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DO ULTRASSOM POINT OF CARE (POCUS) NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM RELATO DE CASO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

Marina Luiza Veloso Ferreira[1] (0009-0001-6511-7379), Laura de Pelegrin Fogiato[1], Helena Ribeiro Sosa[1]

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Marina Luiza Veloso Ferreira

Introdução: O ultrassom point of care (POCUS) é um método cuja implementação se expandiu nos últimos anos devido à sua capacidade de fornecer informações rápidas, associadas ao conjunto de manifestações clínicas, tornando-se essencial no atendimento de urgência e emergência.[1] Dentre os inúmeros benefícios da incorporação do POCUS na prática diária destaca-se sua portabilidade, proporcionando a realização do exame à beira-leito de forma a possibilitar um diagnóstico preciso, tratamento imediato e consequente melhora no prognóstico.[2]

Objetivos: demonstrar a importância da POCUS no atendimento de urgência e emergência, auxiliando de forma segura na hipótese diagnóstica, tratamento e evolução dos pacientes.

Relato do caso: Paciente, sexo masculino, 54 anos, previamente hígido, foi atendido em março de 2023 no pronto atendimento (PA) devido à dor lombar com irradiação para o membro inferior esquerdo (MIE), sendo tratado inicialmente com anti-inflamatórios não-esteroidais e sem realização de propedêutica. Em 15/05/2023, retornou ao PA devido à persistência do quadro, agora associado à discreta paresia de MIE, além de hematúria, taquicardia, dessaturação e hipotensão. À admissão foram solicitados exames de rastreio infeccioso e avaliação da Cirurgia Vascular por suspeita de envolvimento arterial do MIE. Paciente evoluiu em menos de 48 horas com rebaixamento do nível de consciência e sinais de choque, sendo iniciado antibiótico empírico sem foco definido. Nesse momento fora realizado POCUS que evidenciou presença de vegetação em valva mitral sugestivo de endocardite infecciosa (EI).

Discussão: A EI é uma doença grave, de difícil diagnóstico, que afeta comumente as valvas cardíacas, podendo evoluir rapidamente para choque séptico quando não diagnosticada e tratada adequadamente.[3,4] Para diagnóstico, um dos critérios utilizados é a evidência de envolvimento do endocárdio à ultrassonografia cardíaca, podendo encontrar, dentre outras alterações, a presença de vegetação valvar, como visto no caso. Nota-se que nesse cenário a agilidade da POCUS desempenhou um papel crucial ao fornecer imagens em tempo real da vegetação valvar, corroborando a hipótese diagnóstica e possibilitando o início do tratamento adequado.

Conclusão: Destaca-se, portanto, a relevância da utilização do POCUS no atendimento em urgência e emergência.[5] O método possibilita a resolução de dúvidas diagnósticas e a tomada rápida de decisão, contribuindo para um melhor desfecho no prognóstico dos pacientes.

Palavras-chaves: Ultrassom. Endocardite. Emergências.

Referências:

1. Núñez-Ramos JA, Aguirre-Acevedo DC, Pana-Toloza MC. Point of care ultrasound impact in acute heart failure hospitalization: A retrospective cohort study. Am J Emerg Med. 2023 Apr;66:141-145.

2. Arnold MJ, Jonas CE, Carter RE. Point-of-Care Ultrasonography. Am Fam Physician. 2020 Mar 1;101(5):275-285.

3. Chu VH, Wang A, Otto CM, Sexton DJ. Clinical manifestations and evaluation of adults with suspected left-sided native valve endocarditis [base de dados na Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-adults-with-suspected-left-sided-native-valve-endocarditis.

4. Barbosa MM. Endocardite infecciosa: perfil clínico em evolução. Arq Bras Cardiol. 2004 Sep;83(3):189-90.

5. Naing P, Lau K, Wiemers P, Mulligan A, Burrage MK, Scalia GM. Acute Bioprosthetic Mitral Valve Failure Diagnosed Using Point-of-Care Ultrasound Leading to Prompt Treatment and Good Outcome. CASE (Phila). 2022 Aug 15;6(6):281-283.

36 - PARALISIA PERIÓDICA HIPOCALÊMICA: UM RELATO DE CASO

Cláudia Cristine Silva Milagre[1] (0000-0001-8938-1994), Júlia Rodrigues Silva Salomão Nagem[1], João Marcos Coelho de Azevedo[2]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, Minas Gerais -Brasil

[2]Hospital Evangélico de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Cláudia Cristine Silva Milagre

Introdução: A paralisia periódica hipocalêmica (PPH) é uma doença neuromuscular rara causada por defeitos nos canais iônicos dos miócitos, levando a crises de fraqueza muscular indolor e hipocalemia, precipitadas por exercícios, jejum, estresse e refeições ricas em carboidratos.[1,2] Na PPH, a hipocalemia é secundária a shunt intracelular.[1]

Objetivos: Discutir a avaliação da hipocalemia e o diagnóstico da PPH em um caso clínico.

Relato do caso: Paciente ABOL, feminino, vinte e dois anos, procura atendimento com fraqueza muscular difusa nas últimas vinte e quatro horas, sem alteração de sensibilidade e dor. No dia anterior, relata ida a uma festa. Refere episódios semelhantes desde os onze anos sendo tratados como "crises de ansiedade". Nega outras comorbidades, cirurgias prévias e uso de medicação. Ao exame, tetraparesia flácida e hiporreflexia. Propedêutica inicial com hipocalemia grave (2,2 mmol/L), demais exames e eletrocardiograma (ECG) inalterados. Iniciada reposição de potássio (K) em acesso periférico, sem resposta, sendo então puncionado acesso venoso central e iniciada reposição vigorosa. Evoluiu com melhora e alta após dois dias de evolução, com encaminhamento ao nefrologista, reposição de K e orientada sobre sinais de alarme.

Discussão: A apresentação de tetraparesia na emergência nos leva a hipóteses, como paralisias periódicas (PP), Síndrome de Guillain-Barré, crise miastênica e mielite.[3] No caso da paciente, com história prévia de crises semelhantes, as PP tornam-se a causa mais provável, tendo como diagnósticos diferenciais a PPH, paralisia periódica hipercalêmica, paralisia periódica tireotóxica e a Síndrome de Andersen. A hipocalemia tem como causas perdas gastrointestinais, renais e shunt intracelular, sendo este, a hipótese proeminente, levando ao diagnóstico de PPH. Inicialmente, na PPH, deve-se estabilizar via aérea, dosar K sérico, T3, T4, TSH, gasometria arterial, creatinina, íons, realizar ECG e, posteriormente, testes genéticos, provocativos, eletroneuromiografia e biópsia.[1,2] Os sintomas incluem fraqueza generalizada, arreflexia ou hiporreflexia e alterações cardíacas.[4] O tratamento abrange reposição de K, hidratação, controle do ritmo cardíaco.[5] A prevenção inclui mudança no estilo de vida e algumas medicações.[6]

Conclusão: Apesar de rara, é pertinente investigar a PPH em qualquer paciente com episódios de fraqueza muscular e hipocalemia. Este caso exemplifica como o atraso diagnóstico pode levar ao sofrimento da paciente.

Palavras-chave: Paralisia Periódica Hipopotassêmica.

Referências:

1. Gutmann L, Conwit R. Hypokalemic periodic paralysis [base de dados na Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponível em:https://www.uptodate.com/contents/hypokalemic-periodic-paralysis?search=Hypokalemic%20periodic%20paralysis&source=search_result&selectedTitle=1%7E18&usage_type=default&display_rank=1.

2. Jandhyala SN, Madireddi J, Belle J, Rau NR, Shetty R. Hypokalaemic Periodic Paralysis- A Prospective Study of the Underlying Etiologies. J Clin Diagn Res. 2015 Sep;9(9):OC17-9.

3. DynaMed. Hypokalemic Periodic Paralysis. EBSCO Information Services. Accessed. https://www.dynamed.com/condition/hypokalemic-periodic-paralysis.

4. Statland JM, Fontaine B, Hanna MG, Johnson NE, Kissel JT, Sansone VA, et al. Review of the Diagnosis and Treatment of Periodic Paralysis. Muscle Nerve. 2018 Apr;57(4):522-530.

5. Alkaabi JM, Mushtaq A, Al-Maskari FN, Moussa NA, Gariballa S. Hypokalemic periodic paralysis: a case series, review of the literature and update of management. Eur J Emerg Med. 2010 Feb;17(1):45-7.

6. MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EUA). Hypokalemic periodic paralysis. Disponível em: https://medlineplus.gov/genetics/condition/hypokalemic-periodic-paralysis/.

37 - PERSPECTIVAS E VANTAGENS DA ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM ASSISTÊNCIA ROBÓTICA EM RELAÇÃO À VIA CONVENCIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Antônio Victor Condez Alagia[1] (0009-0005-7601-1333), Isadora Lima Teles Baeta Zebral[2], Eduardo Frois Temponi[1]

[1]Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica, Betim, Minas Gerais – Brasil

[2]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Antônio Victor Alagia

Introdução: Considerada uma das cirurgias ortopédicas mais realizadas no mundo, a artroplastia total de joelho consiste na substituição da superfície articular por uma prótese em decorrência da osteoartrite primária refratária ao tratamento conservador.[1] Com o avanço da tecnologia médica, a implementação da assistência robótica nesse procedimento surgiu com a premissa de proporcionar melhores desfechos e menos complicações quando comparada à abordagem convencional.[2,3]

Objetivos: Comparar a técnica convencional com a cirurgia assistida por robô para realização da artroplastia total de joelho.

Metodologia: A revisão foi realizada através da pesquisa por publicações datadas a partir de 2017 nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Scholar, em português e inglês, utilizando-se os descritores "Artroplastia do joelho", "Robótica" e "Análise custo-benefício".

Resultados: A principal vantagem observada a partir da utilização da assistência robótica consiste na maior precisão dos cortes realizados e no melhor posicionamento da prótese nas dimensões coronal, sagital e axial, o que reflete em melhor alinhamento do eixo mecânico em relação ao alinhamento neutro da articulação.[4-8] Tais diferenças possibilitam menor desgaste dos componentes do implante, dado que otimizam a biomecânica da articulação do joelho.[3] Ademais, observou-se menor perda sanguínea estimada, menor resposta inflamatória sistêmica pós-operatória e menor tempo de internação nos pacientes que realizaram a cirurgia robótica em comparação àqueles que optaram pela via convencional, sem nenhum aumento no número de complicações no acompanhamento a curto prazo.[7, 9-11] Após a passagem pela curva de aprendizado do manejo do robô, o tempo cirúrgico nas duas técnicas se mostrou similar.[12] Em relação à satisfação e avaliação da dor pós-operatória dos pacientes, entretanto, a literatura se mostrou conflitante, visto que há tanto estudos que apontaram melhores resultados clínicos advindos da nova técnica quanto pesquisas que indicam que a diferença não é estatisticamente relevante ou que não atingiu a diferença clínica minimamente relevante.[6, 7, 10, 11]

Conclusão: Embora o auxílio do braço robótico na artroplastia total de joelho possua inúmeros benefícios, por consistir em uma tecnologia recente, é imperativo que sejam realizados mais estudos capazes de avaliar seus efeitos a longo prazo,[13] bem como seu impacto nos desfechos clínicos e sua relação custo-efetividade.[2, 4, 5, 9]

Palavras-chave: Artroplastia do Joelho. Robótica. Análise Custo-Benefício.

Referências:

1. Aydemir AN, Yucens M. Trends in unicompartmental knee arthroplasty. Acta Ortop Bras. 2020 Jan-Feb;28(1):19-21.
2. Pereira RT, Pentrado JPR, Bernardinetti M, Nogueira NIA, Tavares JP, Batista GJ. Ortopedia moderna: o uso da robótica na artroplastia total de joelho. Res Soc Dev. 2022 Set;11(12):1-6.
3. Ramos LA. O uso da cirurgia robótica em artroplastias totais de joelhos: uma nova tecnologia chega ao Brasil. J Bras Econ Saúde 2022 Jul;14(2):251-253.
4. Zhang J, Ndou WS, Ng N, Gaston P, Simpson PM, Macpherson GJ, et al. Robotic-arm assisted total knee arthroplasty is associated with improved accuracy and patient reported outcomes: a systematic review and meta-analysis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2022 Aug;30(8):2677-2695 y.
5. Deckey DG, Rosenow CS, Verhey JT, Brinkman JC, Mayfield CK, Clarke HD, et al. Robotic-assisted total knee arthroplasty improves accuracy and precision compared to conventional techniques. Bone Joint J. 2021 Jun;103-B(6 Supple A):74-80.
6. Steinfield Y, Yonay Y, Masarwa R, Berkovich Y. Robotic Total Knee Arthroplasty. Harefuah 2021 Nov;150(11):729-731.
7. Rodrigues, HM. A Cirurgia Robótica e a Navegação por Computador na Artroplastia do Joelho: O Presente e o Futuro [mestrado integrado em medicina]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2018.
8. Hampp EL, Chugtai M, Scholl LY, Sodhi N, Bhowmik-Stoker, M, Jacofsky DJ, et al. Robotic-arm assisted total knee arthroplasty demonstrated greater accuracy and precision to plan compared with manual techniques. J Knee Surg 2019 Mai;32:239-250.
9. Xu JZ, Li LL, Fu J, Xu C, Zhang GQ, Chai W, et al. Comparison of serum inflammatory indicators and radiographic results in MAKO robotic-assisted versus conventional total knee arthroplasty for knee osteoarthritis: a retrospective study of Chinese patients. BMC Musculoskelet Disord. 2022 May 4;23(1):418.
10. Marchand RC, Sodhi N, Khlopas A, Sultan AA, Harwin SF, Malkani AL, et al. Patient Satisfaction Outcomes after Robotic Arm-Assisted Total Knee Arthroplasty: A Short-Term Evaluation. J Knee Surg. 2017 Nov;30(9):849-853.
11. Hamilton DA, Ononuju U, Nowak C, Chen C, Darwiche H. Differences in Immediate Postoperative Outcomes Between Robotic-Assisted TKA and Conventional TKA. Arthroplast Today. 2021 Feb 27;8:57-62.
12. Kayani B, Konan S, Huq SS, Tahmassebi J, Haddad FS. Robotic-arm assisted total knee arthroplasty has a learning curve of seven cases for integration into the surgical workflow but no learning curve effect for accuracy of implant positioning. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2019 Apr;27(4):1132-1141.
13. Mahoney O, Kinsey T, Sodhi N, Mont MA, Chen AF, Orozco F, et al. Improved Component Placement Accuracy with Robotic-Arm Assisted Total Knee Arthroplasty. J Knee Surg. 2022 Feb;35(3):337-344.

38 - PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO BRASIL: REVISÃO DE LITERATURA

Ana Júlia Ornelas Franca[1] (0009-0004-4167-7728), Laura Santos Nunes[1], Maria Clara Barbosa Lopes[1], Matheus Sena Boaventura Fagundes[1], Michelly Pereira Montenegro[1], Nairtha Alcântara Rocha[1],

[1]Faculdade de Medicina do Centro Universitário do Norte de Minas, Montes Claros, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Ana Júlia Ornelas Franca

Introdução: A prevalência de depressão ao longo da vida, no Brasil, é de 15,5%, e os estudantes de medicina possuem maior probabilidade de desenvolver a doença, revelando-se um grave problema de saúde pública.[1]

Objetivos: Realizar uma revisão bibliográfica sobre depressão em estudantes de medicina e relatar os motivos de essa problemática existir.

Metodologia: Foram selecionadas referências bibliográficas relacionadas à prevalência de depressão em estudantes de medicina no Brasil. As informações foram retiradas da base de dados do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, do período de 2010 a 2023, escritas em língua portuguesa e língua inglesa.

Resultados: Os estudantes de medicina têm maior probabilidade de desenvolver depressão devido à exigência do curso e ao ambiente competitivo entre os colegas. Ademais, outros fatores pessoais podem interferir, tais como estressores familiares, pouco tempo livre, restrições financeiras, relação professor-aluno e exigências extracurriculares.[2,3] Conforme a literatura, a prevalência de depressão em estudantes de medicina aumentou nos últimos 10 anos no Brasil, variando entre 36% e 65% nas faculdades.[3,5] Esses números são similares aos estudos internacionais, evidenciando que o ensino médico é fator estressor para os alunos.[2,4] Ademais, apesar de serem futuros profissionais da área da saúde, há um distanciamento pessoal entre o acadêmico e os conteúdos aprendidos na faculdade. Ou seja, apesar de saber quando é necessário procurar um profissional de saúde mental, o estudante não consegue correlacionar tal conhecimento com a sua situação, por essa razão muitos não procuram ajuda.

Conclusão: Diante disso, percebe-se que o aumento da prevalência de depressão entre os estudantes de medicina é um grande problema de saúde que deve ser resolvido por meio de políticas públicas voltadas à conscientização dos estudantes e de toda a comunidade acerca da importância de se procurar um profissional de saúde mental. Além disso, é necessária uma mudança nas universidades, com a implementação de um acompanhamento psicológico para os alunos, a fim de promover um local mais receptivo e menos prejudicial à saúde mental.

Palavras-chave: Depressão. Estudantes de Medicina. Saúde Mental.

Referências:

1. Pacheco JP, Giacomin HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. Braz J Psychiatry. 2017 Oct-Dec;39(4):369-378.
2. Depression in Medical Students Research Group; Zatt WB, Lo K, Tam W. Pooled prevalence of depressive symptoms among medical students: an individual participant data meta-analysis. BMC Psychiatry. 2023 Apr 14;23(1):251.
3. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, Durning S, Moutier C, Massie FS, et al. Burnout and Serious Thoughts of Dropping Out of Medical School: A Multi-Institutional Study. Academic Medicine. 2010 Jan;85(1):94–102.
4. Costa TG da, Simon L, Mocellin LP, Wottrich S, Pase CS. Prevalence and factors associated to depression and anxiety among medical students in an inland university in Brazil. Medicina (Ribeirão Preto). 2022 Dec 27;55(4).
5. Bastos TM, Bumaguin DB, Astolfi VR, Xavier AZ, Hoffmann MS, Ornell F, et al. Mental health help-seeking among Brazilian medical students: Who suffers unassisted? Int J Soc Psychiatry. 2022 Sep;68(6):1203-1212.

39 - PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS DO TRANSPLANTE UTERINO COM DOADOR FALECIDO OU VIVO

Júlia Costa Pinheiro[1] (0009-0002-3838-6642), Raissa Êmily Andrade Souza[1], Ricardo Mello Marinho[1,2]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

[2]Pro-Criar Huntington, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Júlia Costa Pinheiro

Introdução: A infertilidade por fator uterino absoluto (AUFI) é a incapacidade de conceber por ausência ou anormalidade uterina, que acomete cerca de 3-5% das mulheres mundialmente.[1] O transplante de útero (UTx) é o único meio da mulher com AUFI de vivenciar a gestação, podendo ser realizado com doadoras vivas (DV) ou falecidas (DF), sendo que a primeira apresenta uma taxa maior de sucesso.[2] Está em fase experimental, mas já resultou em 40 nascidos-vivos.[3]

Objetivos: Descrever os principais aspectos cirúrgicos relacionados ao UTx.

Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura, com artigos retirados das bases de dados EBSCO e PUBMED, utilizando descritores "transplantion uterus" e "deceased donor". Selecionou-se artigos publicados entre 2017 e 2023 em inglês.

Resultados: O UTx é temporário e inclui o útero, colo e 1/3 da vagina.[4] O tempo cirúrgico, para histerectomia em DF vai até 120 minutos, mas o útero é captado por último por não ser considerado vital e ser um procedimento experimental, isso influencia no tempo de isquemia e na qualidade do pedículo vascular.[4,5] Em DV, o processo de isolamento do útero com a preservação dos longos pedículos vasculares é mais complexo e demorado, com duração de 8-12 horas.[6] Já o transplante na receptora ocorre por um período de aproximadamente 4–6 horas.[6] A taxa de sucesso dos UTx é de aproximadamente 74%, sendo que houve êxito de 70% dos UTx com DV por laparotomia, tanto na doadora quanto na receptora, 90% nos casos de DV por cirurgia minimamente invasiva (robótica/laparoscopia) na doadora e laparotomia na receptora e 58% por laparotomia na DF e na receptora.[6] Das limitações evidenciadas na literatura, tem-se a escassez do histórico gineco-obstétrico das doadoras, a exclusão das pacientes transgêneras (TG) dos protocolos atuais e falha dos investigadores em estabelecer ensaios específicos para UTx em TG.[6-8] A trombose venosa é uma das principais causas de perda do enxerto, a qual tem sido evitada pelas técnicas de drenagem utilizando veias uterinas e ovarianas, além de heparinização per-operatória.[3]

Conclusão: Apesar de se mostrar viável, o UTx ainda possui limitações, como questões éticas e escassez de doadores.[3] Precisa-se, então, rever os critérios de inclusão de doadores e receptores e incluir as TG nos estudos, que são negligenciadas.[6] Além disso, são necessários mais estudos para aperfeiçoar as técnicas operatórias, buscando estabelecer diretrizes para a implementação desse tratamento.[3]

Palavras-chave: Transplante. Útero. Infertilidade. Doadores Vivos. Cadáver.

Referências:

1. Brännström M. Introduction: Uterus transplantation. Fertil Steril. 2019 Jul;112(1):1-2.
2. Richards EG, Farrell RM, Ricci S, Perni U, Quintini C, Tzakis A, et al. Uterus transplantation: state of the art in 2021. J Assist Reprod Genet. 2021 Sep;38(9):2251-2259.
3. Kisu I, Banno K. Uterus Transplantation: From a Deceased Donor or Living Donor? J Clin Med. 2022 Aug 18;11(16):4840.
4. Testa G, Anthony T, McKenna GJ, Koon EC, Wallis K, Klintmalm GB, Reese JC, Johannesson L. Deceased donor uterus retrieval: A novel technique and workflow. Am J Transplant. 2018 Mar;18(3):679-683.
5. Kvarnström N, Enskog A, Dahm-Kähler P, Brännström M. Live versus deceased donor in uterus transplantation. Fertil Steril. 2019 Jul;112(1):24-27.
6. Brännström M, Racowsky C, Richards EG, Flyckt R, Stillman RJ, O'Brien JE, Ryan GL, de Ziegler D. Absolute uterine infertility a cornelian dilemma: uterine transplantation or surrogacy? Fertil Steril. 2023 Jun;119(6):918-929.
7. Dion L, Santin G, Nyangoh Timoh K, Boudjema K, Jacquot Thierry L, Gauthier T, et al. Procurement of Uterus in a Deceased Donor Multi-Organ Donation National Program in France: A Scarce Resource for Uterus Transplantation? J Clin Med. 2022 Jan 29;11(3):730.
8. Richards EG, Ferrando CA, Farrell RM, Flyckt RL. A "first" on the horizon: the expansion of uterus transplantation to transgender women. Fertil Steril. 2023 Mar;119(3):390-391.

40 - PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL CRÔNICA COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROME PARANEOPLÁSICA: UM RELATO DE CASO

Júlia Duarte Araújo Santos[1](0009-0009-6187-2973), Matheus Teixeira Rosa Santana[1], Rhaissa Carvalho Said Stancioli[1], Bianca Duarte Araújo Santos[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Júlia Duarte Araújo Santos

Introdução: Obstrução intestinal (OI) e pseudo-obstrução intestinal crônica (POIC) compartilham quadro clínico semelhante, contudo, na POIC inexiste oclusão mecânica no lúmen intestinal e a motilidade é reduzida.[1]

Objetivo: Relatar caso clínico de POIC associado a tumor de cólon.

Relato do caso: D.C.C, feminino, 75 anos, hipertensa e obesa, procurou atendimento com relato de constipação intestinal de longa data, com piora nos últimos três meses e parada da eliminação de fezes há uma semana. Informava ainda dor abdominal difusa e perda ponderal de 10kg. Ao exame físico, apresentava sinal de Leser-Trélat infra-mamário e abdome distendido, principalmente em topografia de cólon transverso e descendente, com ruídos hidroaéreos reduzidos. Toque retal com mamilos hemorroidários grau IV, sem complicação. Exames laboratoriais, sem alterações significativas. Tomografia de abdome, com distensão retal e cólica difusa, espessamento parietal do terço proximal do cólon ascendente e múltiplos nódulos hepáticos. Aventada hipótese diagnóstica de lesão neoplásica em cólon ascendente, com pseudo-obstrução intestinal secundária a síndrome paraneoplásica. Iniciado tratamento conservador com hidratação venosa, antibioticoterapia, procinéticos e dieta parenteral, sem resposta. Indicada então, cirurgia eletiva por laparotomia, com identificação de tumor vegetante em cólon ascendente e realização de ileocolectomia com ileostomia terminal. Anatomopatológico da peça cirúrgica revelou adenocarcinoma infiltrativo do intestino grosso. Paciente apresentou ruptura de reto, no 6º dia pós-operatório, evoluindo com choque refratário e óbito.

Discussão: POIC é uma condição rara, de prevalência desconhecida.[2] Sua patogênese está relacionada a anormalidades neuropáticas, miopáticas ou intersticiais de células de Cajal. Metade dos casos são secundários a doenças neurológicas, paraneoplásicas, autoimunes, metabólicas ou infecciosas.[3] O diagnóstico exige exames para excluir causas de obstrução mecânica e de dismotilidade. O tratamento é baseado na alteração da dieta, uso de procinéticos (prucaloprida e piridostigmina), de agentes antieméticos e tratamento da doença de base.[4,5]

Conclusão: POIC é uma doença grave com curso natural incerto. Este caso ressalta a importância da avaliação minuciosa dos sintomas de dor abdominal e interrupção da eliminação de fezes para diagnóstico diferencial e manejo adequado desta condição, que embora rara, merece atenção clínica devido suas especificidades.

Palavras-chave: Pseudo-Obstrução Intestinal. Dor Abdominal. Neoplasias do Colo.

Referências:

1. Iida H, Ohkubo H, Inamori M, Nakajima A, Sato H. Epidemiology and clinical experience of chronic intestinal pseudo-obstruction in Japan: a nationwide epidemiologic survey. J Epidemiol. 2013;23(4):288-94.

2. De Giorgio R, Cogliandro RF, Barbara G, Corinaldesi R, Stanghellini V. Chronic intestinal pseudo-obstruction: clinical features, diagnosis, and therapy. Gastroenterol Clin North Am. 2011 Dec;40(4):787-807.

3. De Giorgio R, Sarnelli G, Corinaldesi R, Stanghellini V. Advances in our understanding of the pathology of chronic intestinal pseudo-obstruction. Gut. 2004 Nov;53(11):1549-52.

4. Camilleri M, Friedman L, Shilpa G. Chronic intestinal pseudo-obstruction: Management. [base de dados na Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/chronic-intestinal-pseudo-obstruction-management?source=history_widget.

5. Vasant DH, Pironi L, Barbara G, Bozzetti F, Cuerda C, Joly F, et al. An international survey on clinicians' perspectives on the diagnosis and management of chronic intestinal pseudo-obstruction and enteric dysmotility. Neurogastroenterol Motil. 2020 Dec;32(12):e13937.

41 - RELAÇÃO ENTRE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E RISCO CARDIOVASCULAR: BENEFÍCIOS CARDIOVASCULARES DA TERAPIA DE PRESSÃO POSITIVA

Tainá Silva Secundino[1] (0009-0007-1764-2738), Teresa Elisa Vunge Ngonga[1], Fábio Morato Castilho[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Tainá Silva Secundino

Introdução: Esta revisão destaca a relação entre Apneia Obstrutiva do Sono (OSA) e risco cardiovascular, enfatizando a importância do seu tratamento para reduzir o risco de eventos cardiovasculares. Os estudos mencionados fornecem insights valiosos sobre os mecanismos subjacentes e os benefícios terapêuticos da Terapia de Pressão Positiva (CPAP) nesse contexto.

Objetivos: Verificar, por meio de revisão de literatura, a efetividade da CPAP na promoção da saúde cardiovascular.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica quantitativa, por meio de uma revisão da literatura médica atual. A biblioteca virtual PubMed foi consultada, utilizando-se os termos de busca 'cardiovascular events and continuous positive airway pressure'. Os artigos foram filtrados pelos critérios 'clinical trial' e 'randomized controlled trial', publicados a partir de 2018, e foram lidos os seus resumos a fim de selecionar os que se adequavam. Depois disso, cada um dos artigos foi lido integralmente para a identificação do impacto da terapia estudada nos eventos cardiovasculares.

Resultados: A OSA está relacionada a efeitos cardiometabólicos e neurocognitivos diversos. A CPAP, seu tratamento de primeira linha, se mostra como uma possível alternativa para a prevenção de eventos cardiovasculares. Os estudos mostram que o tratamento pode reduzir o risco cardiovascular de indivíduos com Doença Arterial Coronariana em 59% (Azarbarzin et al 2022),[1] além de reduzirem significativamente os níveis de biomarcadores cardiovasculares (Troponina e Peptídeo Natriurético Atrial) em indivíduos hipertensos (Macy Mei-Sze Lui et al 2021).[2] A CPAP também se mostrou efetiva em neutralizar efeitos adversos da OSA para indivíduos em uso de medicações cérebro e cardiovasculares (Miaochan Lao et al 2022),[3] apesar de essa terapia ter sido mais efetiva em casos de OSA moderada a grave do que em muito graves (Takuto Hamaoka et al 2020).[4] No entanto, a CPAP pode não ser tão efetiva para a prevenção de recorrência de Fibrilação Atrial (Tove-Elizabeth Hunt et al 2022).[5]

Conclusão: Esta revisão ressalta a estreita relação entre a OSA e risco cardiovascular, destacando a importância do tratamento eficaz desse distúrbio para reduzir o impacto das doenças cardiovasculares. Os resultados analisados evidenciam que a CPAP apresenta benefícios significativos para a saúde cardiovascular quando empregada por si só e junto a terapias adjuvantes.

Palavras-chave: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas. Doenças Cardiovasculares. Transtornos do Sono-Vigília. Apneia Obstrutiva do Sono. Fatores de Risco de Doenças Cardíacas.

Referências bibliográficas:

1. Azarbarzin A, Zinchuk A, Wellman A, Labarca G, Vena D, Gell L, et al. Cardiovascular Benefit of Continuous Positive Airway Pressure in Adults with Coronary Artery Disease and Obstructive Sleep Apnea without Excessive Sleepiness. Am J Respir Crit Care Med. 2022 Sep 15;206(6):767-774.
2. Lui MM, Tse HF, Lam DC, Lau KK, Chan CW, Ip MS. Continuous positive airway pressure improves blood pressure and serum cardiovascular biomarkers in obstructive sleep apnoea and hypertension. Eur Respir J. 2021 Nov 4;58(5):2003687.
3. Lao M, Cheng Y, Gao X, Ou Q. The interaction among OSA, CPAP, and medications in patients with comorbid OSA and cardiovascular/cerebrovascular disease: a randomized controlled trial. BMC Pulm Med. 2022 Mar 21;22(1):99.
4. Hamaoka T, Murai H, Takata S, Hirai T, Sugimoto H, Mukai Y, et al. Different prognosis between severe and very severe obstructive sleep apnea patients; Five year outcomes. J Cardiol. 2020 Dec;76(6):573-579.
5. Hunt TE, Traaen GM, Aakerøy L, Bendz C, Øverland B, Akre H, et al. Effect of continuous positive airway pressure therapy on recurrence of atrial fibrillation after pulmonary vein isolation in patients with obstructive sleep apnea: A randomized controlled trial. Heart Rhythm. 2022 Sep;19(9):1433-1441.

42 - RELAÇÃO ENTRE MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA ASSOCIADAS AO COVID-19 E A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Henrique Dias Furtado de Souza[1] (0009-0008-4726-3808), Gabriela Poças Costa[1], Juan Carlos de Miranda Onofre[1], Nathalia de Araujo Lima[1], Lídia Duarte Costa[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Henrique Dias Furtado de Souza

Introdução: A pandemia de COVID-19 motivou ações governamentais de restrição de interação social que acarretaram mudanças no estilo de vida (MEV) diário da população.[1,3-5,7-9] Soma-se a esse contexto o colapso dos sistemas de atenção à saúde.[2] Esse trabalho se aprofunda na relação bem estabelecida entre a MEV e a ineficiente assistência em saúde ao quadro de hipertensão arterial sistêmica (HAS), considerando a relevância dessa na estratificação do risco cardiovascular.[3-6,8,9]

Objetivos: Avaliar o impacto da COVID-19 na prevalência e no controle da HAS por meio de revisão bibliográfica.

Metodologia: Levantamento bibliográfico com base nos bancos de dados PubMed, SciELO e Lilacs, incluindo artigos publicados entre 2021 e 2023. Os descritores utilizados foram: "covid 19" AND "lifestyle" AND "hypertension". Foram selecionados 9 artigos, tendo como critérios de escolha a adequação e relevância para o tema.

Resultados: As medidas adotadas para minimizar a proliferação do vírus resultaram em alterações significativas nos hábitos de vida da população.[1,3-5,7-9] Destacam-se o aumento do sedentarismo por restrição de ambientes como academias e centros educacionais e a piora da qualidade alimentar, marcada pelo aumento da ingesta de alimentos ultraprocessados e de bebidas alcóolicas, culminando em uma dieta hipercalórica e hiperssódica.[1,3-5,7,9] Esses fatores ampliaram a incidência de alterações pressóricas, exemplificado pela alteração do status de normotenso para pré-hipertenso ou hipertenso em 46% de um grupo de crianças avaliadas antes e após a quarentena.[9] O período pandêmico prejudicou também o controle da HAS na atenção primária; em estudo realizado pela Mayo Clinic, foi constatada perda de acompanhamento ambulatorial em 24 sistemas de saúde dos EUA.[2] Tais achados resultam da dificuldade de acesso aos agentes de saúde, por medo de contaminação pelo vírus SARS-CoV-2 e por superlotação dos centros de assistência.[2,7] Ademais, entre os que permaneceram em contato com a atenção em saúde, houve redução dos índices de manutenção ou obtenção da meta terapêutica.[6]

Conclusão: A crise sanitária desencadeada pela COVID-19 impactou significativamente os hábitos de vida da população e o acesso aos serviços de saúde para controle de doenças crônicas. Como resultado, observa-se aumento na prevalência da HAS e prejuízo no controle pressórico, deixando em evidência o impacto negativo da pandemia nos indicadores de saúde cardiovascular.

Palavras-chave: Covid-19. Hipertensão. Estilo de Vida. Determinantes Sociais da Saúde. Dieta.

Referências:

1. Feitosa FGAM, Feitosa ADM, Paiva AMG, Mota-Gomes MA, Barroso WS, Miranda RD, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on blood pressure control: a nationwide home blood pressure monitoring study. Hypertens Res. 2022 Feb;45(2):364-368.
2. Chamberlain AM, Cooper-DeHoff RM, Fontil V, Nilles EK, Shaw KM, Smith M, et al. Disruption in Blood Pressure Control With the COVID-19 Pandemic: The PCORnet Blood Pressure Control Laboratory. Mayo Clin Proc. 2023 May;98(5):662-675.
3. Martinez-Ferran M, de la Guía-Galipienso F, Sanchis-Gomar F, Pareja-Galeano H. Metabolic Impacts of Confinement during the COVID-19 Pandemic Due to Modified Diet and Physical Activity Habits. Nutrients. 2020 May 26;12(6):1549.
4. Perez A, Naljayan M, Shuja I, Florea A, Reisin E. Hypertension, Obesity, and COVID-19: a Collision of Pandemics. Curr Hypertens Rep. 2021 Jun 29;23(6):36.
5. Chung YL, Rhie YJ. Severe Obesity in Children and Adolescents: Metabolic Effects, Assessment, and Treatment. J Obes Metab Syndr. 2021 Dec 30;30(4):326-335.
6. Nozato Y, Yamamoto K, Rakugi H. Hypertension management before and under the COVID-19 pandemic: lessons and future directions. Hypertens Res. 2023 Jun;46(6):1471-1477.
7. Karagiannidis AG, Theodorakopoulou MP, Ferro CJ, Ortiz A, Soler MJ, Halimi JM, et al. Impact of public restrictive measures on hypertension during the COVID-19 pandemic: existing evidence and long-term implications. Clin Kidney J. 2022 Oct 28;16(4):619-634.
8. Chandrasekaran B, Ganesan TB. Sedentarism and chronic disease risk in COVID 19 lockdown - a scoping review. Scott Med J. 2021 Feb;66(1):3-10.
9. Karatzi K, Poulia KA, Papakonstantinou E, Zampelas A. The Impact of Nutritional and Lifestyle Changes on Body Weight, Body Composition and Cardiometabolic Risk Factors in Children and Adolescents during the Pandemic of COVID-19: A Systematic Review. Children (Basel). 2021 Dec 4;8(12):1130.

43 - RELATO DE CASO: CORREÇÃO CIRÚRGICA DE COARCTAÇÃO DE AORTA EM PACIENTE RECÉM-NASCIDO

Júlia Godinho Vecchio Maurício[1] (0000-00019728-0018), Gabriela Barbi Freire Maia[1], Gabriela Aires Ribas[2]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

[2]Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Júlia Godinho Vecchio Maurício

Introdução: A coarctação de aorta, caracterizada pela estenose anormal da porção distal da aorta, é uma das mais prevalentes cardiopatias congênitas em recém-nascidos e resulta em uma obstrução ao fluxo sanguíneo sistêmico.[1] Essa patologia se trata de uma anormalidade anatômica que representa um desafio clínico,[2] exigindo intervenção médica precoce para prevenir complicações.[3] A partir do diagnóstico, é necessário desenvolver um planejamento cirúrgico eficiente.

Objetivos: Oferecer uma visão abrangente e educativa da coarctação de aorta em recém-nascidos, destacando a importância da intervenção precoce e abordagem cirúrgica.

Relato de caso: Paciente masculino, 12 dias, nascido de parto vaginal, APGAR 8/9 e encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva apresentando quadro de taquipneia e sucção débil. Foi realizado um ecocardiograma (ECO) devido ao quadro apresentado, que evidenciou coarctação de aorta não crítica. Notou-se diferença de amplitude de pulsos entre membros inferiores e superiores. Após diagnóstico, foram realizados ECOs seriados que detectaram aumento do gradiente máximo do fluxo em aorta descendente (40 mmHg), FOP (pequeno shunt E-D), redução progressiva do calibre da aorta após origem da carótida esquerda e estreitamento adicional em istmo. Paciente foi encaminhado para cirurgia cardiovascular pediátrica e optou-se pela correção direta da região coarctada.

Discussão: Para o portador de coarctação de aorta, o efeito da operação é dinâmico e engloba supressão completa da estenose.[4] Algumas opções de técnica para correção cirúrgica são: ressecção simples e anastomose término-terminal; ressecção + anastomose término-lateral ou término-terminal; angioplastia aórtica com "patch" ou "flap" de subclávia.[5] Devido ao quadro do paciente, optou-se pela primeira opção - técnica de escolha em obstruções mais localizadas. A anastomose término-terminal tem a seu favor o fato de abranger hipoplasias tubulares proximais, e apresenta defeitos como a tensão na linha de sutura e presença de cicatriz circunferencial potencialmente retrátil.[6] Essa técnica possui baixo índice de recorrência e a ausência de efeitos adversos a longo prazo, sendo recomendada para crianças com idade inferior a 8 semanas. A mortalidade cirúrgica para casos mais simples é em geral <10% em neonatos.

Conclusão: A coartação de aorta neonatal é uma anormalidade anatômica complexa que exige um diagnóstico e um tratamento precoce. A correção cirúrgica deve ser avaliada individualmente para cada caso.[7]

Palavras-chave: Recém-Nascido. Cirurgia Torácica. Cardiopatias. Coartação Aórtica.

Referências:

1. Kim YY, Andrade L, Cook SC. Aortic Coarctation. Cardiol Clin. 2020 Aug;38(3):337-351.
2. Hoffman JI. The challenge in diagnosing coarctation of the aorta. Cardiovasc J Afr. 2018 Jul/Aug 23;29(4):252-255.
3. Arya B, Maskatia SA. Coarctation of the aorta: Prenatal assessment, postnatal management and neonatal outcomes. Semin Perinatol. 2022 Jun;46(4):151584.
4. Marsico F. Neonatal aortic coarctation. G Ital Cardiol. 1985 Nov;15(11):1043-4.
5. Cangussú LR, Lopes MR, Barbosa RHA. The importance of the early diagnosis of aorta coarctation. Rev Assoc Med Bras (1992). 2019 Feb;65(2):240-245.
6. Pinto Júnior VC, Branco KMPC, Cavalcante RC, Carvalho Junior W, Lima JRC, Freitas SM, et al. Epidemiology of congenital heart disease in Brazil. Braz J Cardiovasc Surg. 2015Mar;30(2):219–24.
7. Oliveira ASA, Carneiro BBS, Lima RC, Cavalcanti C, Villachan R, Arraes N, et al. Tratamento cirúrgico da coarctação da aorta: experiência de três décadas. Braz J Cardiovasc Surg. 2007Jul;22(3):317–21.

44- RELATO DE CASO: SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Andrey Machado de Paula[1] (0000-0003-2118-9933), Fernanda Daniela Santos Coelho[1], Julierme Henrique Braz[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Andrey Machado de Paula

Introdução: A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuroradiculopatia imunomediada, provocada, mais frequentemente, após uma infecção prévia.[1,2,3] A doença tem incidência de 1 a 2 casos/100.000 pessoas.[1,2]

Objetivos: Demonstrar a relevância do conhecimento acerca da SGB, possibilitando o diagnóstico precoce e a terapêutica adequada, visando o melhor prognóstico.

Relato do caso: Homem, 53 anos, relata dor e parestesias em mãos, panturrilhas e pés, bilateralmente, evoluiu com perda de força global, principalmente em membros inferiores (MMII) e dificuldade de deambular, com antecedente de vacinas para COVID-19 e Meningite há 30 dias. Apresentava cognição preservada, hemiparesia completa e desproporcionada à direita (predomínio crural) com grau de força 4- em MMII direito e grau de força 5 em membros superiores bilateralmente. Hiporreflexia generalizada tendinosa profunda. Hipoestesia tátil e dolorosa em dimídio direito e hipopalestesia distal em membros superiores e inferiores, dismetria e disdeadococinosia, marcha atáxica. Líquido cefalorraquidiano: proteína 140 mg/dl, leucócitos 2,52 células/mm³ testes infecciosos não reagentes. Eletroneuromiografia: polirradiculoneuropatia sensitiva e motora, acometimento mielínico moderado nos 4 membros. Prescrito gabapentina 600mg, paracetamol + codeína (500+30), imunoglobulina intravenosa (IVIG) 0,4 g/kg/dia por 5 dias e reabilitação motora. Recebeu alta hospitalar após melhora progressiva com uso de IVIG, orientado a continuar o acompanhamento com neurologia e fisioterapia.

Discussão: Os critérios essenciais para o diagnóstico da SGB incluem fraqueza progressiva que excedem um membro ou músculo craniano de graus variáveis, variando de paresia leve à plegia, hiporreflexia e arreflexia distal com níveis mutáveis de hiporreflexia proximal, caracterizando a forma mais comum de SGB, a Polineuropatia Inflamatória Desmielinizante Aguda (PIDA), forma apresentada pelo paciente.[1,2,3] Estudos observacionais sugerem que o risco da manifestação de SGB após a infecção excede o risco após a vacinação, sendo recomendada a manutenção da imunização.[4,5] Para o tratamento, é possível o uso da IVIG ou da plasmaférese, porém pela maior facilidade de acesso e de administração, o uso da IVIG é preferencial.[1,2,3]

Conclusão: Conclui-se, a relevância do diagnóstico da SGB devido sua alta morbimortalidade, sendo uma doença que possui tratamento eficaz, que possibilita a regressão de sequelas quando administrado precocemente.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain-Barré. Vacinação. Imunoglobulinas. Debilidade Muscular.

Referências:

1. Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, Bateman K, Ferreira MLB, Cornblath DR, et al. Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. Nat Rev Neurol. 2019 Nov;15(11):671-683.
2. Mirian A, Nicolle MW, Budhram A. Guillain-Barré syndrome. CMAJ. 2021 Mar 15;193(11):E378.
3. Shahrizaila N, Lehmann HC, Kuwabara S. Guillain-Barré syndrome. Lancet. 2021 Mar 27;397(10280):1214-1228.
4. Patone M, Handunnetthi L, Saatci D, Pan J, Katikireddi SV, Razvi S, et al. Neurological complications after first dose of COVID-19 vaccines and SARS-CoV-2 infection. Nat Med. 2021 Dec;27(12):2144-2153.
5. Shao SC, Wang CH, Chang KC, Hung MJ, Chen HY, Liao SC. Guillain-Barré Syndrome Associated with COVID-19 Vaccination. Emerg Infect Dis. 2021 Dec;27(12):3175-3178.

45 - RELATO DE CASO: TIREOIDITE DE HASHIMOTO EM PACIENTE JOVEM

Adriana Ruphael de Freitas[1] (0009-0008-1135-0491), Geovana Moreira Pereira[1], Caetano Moreira de Freitas[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Adriana Ruphael de Freitas

Introdução: A Tireoidite de Hashimoto é a patologia que mais causa o hipotireoidismo em seres humanos.[1] Ela ocorre quando anticorpos no organismo atacam as células da tireoide,[2] o que chamamos de reação autoimune,[3] podendo causar sintomas como o hipertireoidismo, ou o mais comum deles, o hipotireoidismo.[4]

Objetivos: Temos como objetivo principal desse relato de caso atentar os profissionais de saúde sobre o risco de hipotireoidismo em pacientes jovens, o que foge da regra geral, sendo que a Tireoidite de Hashimoto ocorre em grande parte em pacientes idosos.

Relato do caso: A.R.F, 19 anos de idade, sexo feminino, iniciou com quadro de ganho de peso, prostração, sonolência, queda de cabelo, pele seca. A paciente pensou estar com sintomas relacionados ao quadro de Transtorno Depressivo Maior (TDP), uma vez que havia sofrido uma perda familiar significativa poucos meses antes da aparição dos sintomas, além de ser muito jovem para o diagnóstico de Tireoidite de Hashimoto. A paciente, em exame de rotina feito de 6 em 6 meses, ao mostrar os exames para o médico, foi notificada do desnivelamento do hormônio tireoestimulante (TSH), em que o valor se encontrava acima dos níveis considerados normais (0,25 a 5,0 mUI/L), com o valor de 7,40 mUI/L no primeiro resultado. O médico responsável solicitou novos exames pois suspeitou de erro laboratorial no resultado. A paciente retornou um tempo depois com a variação de 7,80 mUI/L no TSH, confirmando o diagnóstico de hipotireoidismo subclínico, mais tarde confirmado pelo médico endocrinologista como Tireoidite de Hashimoto. No histórico familiar, a paciente informou que a avó materna tem o diagnóstico há anos, além de primos e primas também diagnosticados com a patologia.

Discussão: A escolha do caso foi pertinente, uma vez que é uma atipia no cenário geral, além da possibilidade do quadro de TDP mais provável, devido à perda familiar recente pela paciente. A conduta médica foi correta, visto que existem muitos falsos diagnósticos causados por erros laboratoriais, sendo recomendado repetir sempre exames que causem dúvidas.

Conclusão: A pesquisa e o relato foram de grande relevância para o orientador e os discentes, além de contribuir para pesquisas futuras e diagnósticos mais precisos no ambiente clínico.

Palavras-chave: Hipotireoidismo. Tireoidite de Hashimoto. Transtorno Depressivo Maior. Autoimune.

Referências:

1. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Tireoidite de Hashimoto [Internet]. Rio de Janeiro; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia; 2018. Disponível em: https://www.tireoide.org.br/tireoidite-de-hashimoto/

2. Maldini G. Conheça a tireoidite de Hashimoto, uma das principais causas do hipotiroidismo [Internet]. Belo Horizonte; Faculdade de Medicina da da UFMG; 2019. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/conheca-a-tireoidite-de-hashimoto-disfuncao-silenciosa-da-tireoide/.

3. Knobel M. Hipotireoidismo [Internet]. São Paulo; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia; 2023. Disponível em: https://www.sbemsp.org.br/hipotireoidismo/.

4. Braunstein GD. Tireoidite de Hashimoto: Tireoidite autoimune [Internet]. Nova Jersey; Manual MSD; 2022. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-hormonais-e-metab%C3%B3licos/dist%C3%BArbios-da-tireoide/hipertireoidismo

5. CARE Template Guideline. Modelo para elaboração de relato de caso [Internet]. EUA; 2014. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/arquivos/CAREtemplate-Portuguese.pdf

46 - SÍNDROME DE COGAN: UMA BREVE ANÁLISE CLÍNICA E FISIOPATOLÓGICA

Ana Carolina Siervo de Morais[1] (0009-0005-1940-4085), Gabriela Domingues Gama[1], Higor Henrique Paz Rocha Oliveira[1], Diana Campos Fernandino[1,2]

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais - Brasil

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

Autor correspondente: Ana Carolina Siervo de Morais

Introdução: A Síndrome de Cogan (SC), classificada como uma entidade clínica em 1945, por David G. Cogan, possui uma base inflamatória crônica de caráter autoimune contra antígenos da orelha interna, comprometendo o aparelho audiovestibular, além da desmielinização e atrofia dos ramos vestibular e coclear do oitavo par craniano.[1,2,3] A patologia afeta mais comumente adultos jovens, sem preferência por raça e/ou sexo.[4] As manifestações clínicas típicas da SC abrangem o globo ocular e disfunções vestibulococleares, com eventuais fenômenos sistêmicos.[2,4]

Objetivos: Analisar as manifestações clínicas da Síndrome de Cogan e avaliar o prognóstico da patologia.

Metodologia: Revisão de literatura baseada em pesquisa bibliográfica, utilizando a base de dados do UpToDate, SciELO, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde. Foram selecionados artigos publicados a partir de 2013, cujos critérios de exclusão foram: a pouca relação com o objetivo e apresentar baixa confiabilidade.

Resultado: As manifestações clínicas da SC são variadas, sua ocorrência na estrutura ocular caracteriza-se como uma ceratite intersticial não sifilítico, com infiltrado granular, hiperemia, dor, fotofobia e hemeralopia. Estudos destacam outros achados oculares como, vasculite retiniana, conjuntivite, episclerite, esclerite anterior e posterior, podendo evoluir para amaurose.[2,4] Podem ocorrer alterações sistêmicas atípicas em pequenos, médios e grandes vasos, desencadeando aortite, aneurismas e regurgitação aórtica.[4] Sobre a disfunção vestibular, que pode preceder as manifestações oculares, observa-se vertigem, náuseas, vômitos, hipoacusia neurossensorial e zumbido.[4] A perda auditiva apresenta-se, em sua maioria, bilateral, de caráter progressivo e intermitente. Sintomas sistêmicos inespecíficos, como febre, adenopatia, perda ponderal, mialgia, esplenomegalia e dor abdominal também são relatados.[4] O diagnóstico para SC é diferencial devido às diversas condições que causam manifestações semelhantes no globo ocular e oitavo par craniano, além da vasculite, ocasionada por outras patologias sistêmicas.[2,4] O tratamento inclui o uso de agentes tópicos, nos casos oculares, e terapia imunossupressora nos desfechos de maior extensão.[2,5]

Conclusão: A Síndrome de Cogan possui um caráter autoimune desconhecido, com alterações do aparelho vestibulococlear e ocular. Seu diagnóstico é clínico e de exclusão, sendo necessário um acompanhamento multidisciplinar aos portadores.

Palavras-chave: Síndrome de Cogan. Imunidade. /fisiopatologia. /complicações.

Referências:

1. Gonçalves MS. Vasculites: desafio diagnóstico e terapêutico. ACM Arq. Catarin. Med. 2019 Dec 26;48(4):174–90.
2. Martins TGS, Costa ALFA, Martins TGS. Ceratite intersticial em paciente com Síndrome de Cogan. Rev brasoftalmol. 2017Jan;76(1):37–9.
3. Jung DH, Nadol JB Jr, Folkerth RD, Merola JF. Histopathology of the Inner Ear in a Case With Recent Onset of Cogan's Syndrome: Evidence for Vasculitis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2016 Jan;125(1):20-4.
4. Duarte ALWP, Vogg AD, Chesini B. Vasculite sistêmica da síndrome de cogan associada ao Pr3-aNca. Relato de caso. Rev Soc Bras Clin Med. 2015 abr-jun;13(2):141-4.
5. St Clair EW, Rex M. Cogan Syndrome [base de dados na Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cogan-syndrome?search=sindrome%20cogan&source=search_result&selectedTitle=1~19&usage_type=default&display_rank=1#H12

47 - TESTE DE LIGAÇÃO DO EMA NA ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO

Serena Gil Arneiro e Souza[1] (0009-0008-6034-7782), Anthony Basílio Dalmácio Cordeiro[1], Camila Mari Yamada[1], Isabela Shimabukuro Yamashiro[1], Stefane Maria Marques Cabral[1], Juliana Maria Camargos Rocha[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Serena Gil Arneiro e Souza

Introdução: A esferocitose hereditária (EH) é uma anemia hemolítica congênita, caracterizada por deficiência de proteínas de membrana das hemácias,[1] o que altera o citoesqueleto, determina a formação de esferócitos e propicia hemólise extravascular.[2] O diagnóstico requer a correlação de dados clínicos e alterações laboratoriais[3] - anemia com sinais de hemólise, detecção de esferócitos, reticulocitose, curva de fragilidade osmótica (CFO) alterada, dentre outras. Um novo exame, denominado teste de ligação da eosina 5-maleimida (EMA), tem sido atualmente utilizado. O reagente EMA se liga às proteínas de membrana das hemácias e sua intensidade média de fluorescência (IMF) é avaliada por citometria de fluxo.[4] As hemácias dos pacientes com EH apresentam redução da IMF do EMA.[5]

Objetivos: Descrever um caso de EH diagnosticado na adolescência, através do teste de ligação do EMA.

Relato do caso: TJB, masculino, 15 anos, portador do traço falciforme, foi atendido em serviço de urgência com quadro de febre, cefaleia, mialgia e vômitos, sendo os sintomas associados a possível quadro infeccioso. Entretanto, apresentava palidez de mucosas e baço palpável, e exames iniciais revelaram anemia normocítica e normocrômica (Hb:9,9g/dL; VCM:83fL; CHCM:33g/dL) com reticulocitose (557.000/µL). Avaliação laboratorial complementar revelou coombs direto negativo; Hb AS à eletroforese; e redução de 21% no teste de ligação do EMA.

Discussão: O paciente, portador do traço falciforme, não apresentava alterações prévias ao hemograma. O quadro infeccioso desencadeou uma crise hemolítica e resultou em anemia significativa, o que demandou investigação adicional. O resultado do EMA, expresso como percentual de redução da IMF da amostra-teste em relação ao valor médio de 3 amostras-controle, foi interpretado considerando as seguintes faixas - redução do EMA <12% (negativo); redução ≥12 e <16% (sugestivo de EH); e redução ≥16% (compatível com EH), o que permitiu a conclusão diagnóstica de EH. É recomendado que cada laboratório valide seus pontos de corte, uma vez que não existem valores de referência padronizados. Cabe ressaltar que o teste detecta a doença independentemente da característica morfológica das hemácias e apresenta vantagens técnicas em relação à CFO – maior sensibilidade em casos leves, melhor desempenho em menores de um ano[4] e metodologia mais simples.

Conclusão: O teste de ligação do EMA apresenta boa acurácia e vantagens técnicas que favorecem seu uso na investigação da EH.[2]

Palavras-chave: Esferocitose Hereditária. Anemia Hemolítica. Citometria de Fluxo.

Referências:

1. Farias MG. Advances in laboratory diagnosis of hereditary spherocytosis. Clin Chem Lab Med. 2017 Jun 27;55(7):944-948.

2. Mentzer WC. Hereditary spherocytosis. In: Means RT, Tirnauer JS, editors. [base de dados na Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/hereditary-spherocytosis

3. Joshi P, Aggarwal A, Jamwal M, Sachdeva MU, Bansal D, Malhotra P, Sharma P, Das R. A comparative evaluation of Eosin-5'-maleimide flow cytometry reveals a high diagnostic efficacy for hereditary spherocytosis. Int J Lab Hematol. 2016 Oct;38(5):520-6.

4. Bolton-Maggs PH, Langer JC, Iolascon A, Tittensor P, King MJ; General Haematology Task Force of the British Committee for Standards in Haematology. Guidelines for the diagnosis and management of hereditary spherocytosis--2011 update. Br J Haematol. 2012 Jan;156(1):37-49.

5. Chari PS, Prasad S. Flow Cytometric Eosin-5'-Maleimide Test is a Sensitive Screen for Hereditary Spherocytosis. Indian J Hematol Blood Transfus. 2018 Jul;34(3):491-494.

48 - TRATAMENTO CIRÚRGICO RECONSTRUTOR DE TRAUMAS NA MÃO POR ACIDENTES DE TRABALHO: UM RELATO DE CASO

Lucas Barros Xavier Augusto[1] (0000-0001-5269-3628), Layla Alvarenga Brito[1], João Vitor Fernandes Souza[1], Vivian Pacheco Lemos[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Lucas Barros Xavier Augusto

Introdução: Os acidentes de trabalho são uma preocupação de saúde pública mundial. Notavelmente, os traumas nas mãos decorrentes desses acidentes são prevalentes e mesmo lesões leves podem resultar em incapacidade funcional, impactando a qualidade de vida dos indivíduos. Portanto, a intervenção cirúrgica reconstrutiva correta após os acidentes é importante na mitigação das consequências inerentes a essas ocorrências.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso de trauma na mão resultante de um acidente de trabalho, fornecendo informações sobre as estratégias de tratamento adotadas. Além de oferecer insights clínicos para o gerenciamento eficaz de lesões semelhantes.

Relato do caso: Paciente, masculino, 49 anos, admitido no Hospital João XXIII, em Belo Horizonte, após trauma na região volar da mão direita devido a um acidente durante a manutenção de sobadora em indústria gastronômica. Realizado estabilização clínica, hemostasia da ferida e analgesia. Posteriormente, foi avaliado pela ortopedia que após descartar presença de fraturas encaminhou para o serviço de cirurgia plástica, sendo realizado desbridamento da lesão com sutura do retalho palmar, evoluindo com delimitação de 70% de necrose. Por fim, foi instalado curativo com nanopartículas de prata e terapia por pressão negativa por 9 dias, paciente apresentou perda de continuidade de 2,5 cm dos ramos distais do nervo mediano para terceiro e quatro quirodáctilos.

Discussão: O manejo de lesões graves na mão inicia com o desafio do debridamento. A etapa subsequente, a reconstrução, apresenta complexidades adicionais devido à natureza de cada lesão e às diversas opções terapêuticas disponíveis. O curativo com nanopartículas de prata utilizado no caso clínico, tem sido explorado em diversas aplicações médicas, que mostraram efeitos terapêuticos potenciais na cicatrização de feridas devido às suas propriedades antimicrobianas e anti-inflamatórias. No caso clínico em questão, outra forma terapêutica utilizada foi a terapia por pressão negativa, escolhida devido às suas propriedades do aumento de perfusão, controle de exsudato e do estímulo de formação do tecido de granulação.

Conclusão: A intervenção cirúrgica reconstrutiva imediata desempenha um papel fundamental na redução das sequelas causadas por traumas complexos nas mãos e a aplicação de curativos contendo nanopartículas de prata e a terapia por pressão negativa representam algumas das principais abordagens terapêuticas eficazes nesses casos.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões. Bandagens. Nanopartículas. Procedimentos de Cirurgia Plástica.

Referências:

1. Souza MAP, Cabral LHA, Sampaio RF, Mancini MC. Acidentes de trabalho envolvendo mãos: casos atendidos em um serviço de reabilitação. Fisioter Pesqui. 2008;15(1):64–71.
2. Nqakala ZB, Sibuyi NRS, Fadaka AO, Meyer M, Onani MO, Madiehe AM. Advances in Nanotechnology towards Development of Silver Nanoparticle-Based Wound-Healing Agents. Int J Mol Sci. 2021 Oct 19;22(20):11272.
3. Singh M, Thakur V, Kumar V, Raj M, Gupta S, Devi N, et al. Silver Nanoparticles and Its Mechanistic Insight for Chronic Wound Healing: Review on Recent Progress. Molecules. 2022 Aug 30;27(17):5587
4. Tang S, Zheng J. Antibacterial Activity of Silver Nanoparticles: Structural Effects. Adv Healthc Mater. 2018 Jul;7(13):e1701503.
5. Lima RVKS, Coltro PS, Farina Júnior JA. Negative pressure therapy for the treatment of complex wounds. Rev Col Bras Cir. 2017 Jan-Feb;44(1):81-93.
6. Takemura RL, Nakamoto HA, Iwase FC, Nakamoto JC, Veronesi BA, Wei TH. Late reconstruction of a traumatized hand with loss of multiple fingers. Rev. Bras. Cir. Plást.2017;32(3):441-444.

49 -TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE SÍNDROME DE LERICHE: RELATO DE CASO

Victória Gabriela de Araújo e Brito[1] (0009-0002-1928-8182), Felipe Silva Silveira[2], Giovanna Nogueira Torres[3], Ricardo Yukio Okawa[4]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade de Minas, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

[2] Faculdade de Medicina da Universidade Professor Edson Antônio Vellano, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

[3] Faculdade de Medicina da Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais – Brasil

[4] Hospital Santa Mônica - Hapvida NDI, Divinópolis, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Victória Gabriela de Araújo e Brito

Introdução: A isquemia de membros é uma possível complicação da Síndrome de Leriche (SL), assim como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, gangrena do membro e morte.[4] A SL, também conhecida como doença oclusiva aorto-ilíaca (DOAI), é uma condição médica grave caracterizada por uma tríade - ausência de pulso femoral bilateral, claudicação e impotência – causada por placas ateroscleróticas que afetam a aorta abdominal distal e artérias ilíacas.[2] O tratamento é realizado por meio de cirurgia vascular para restaurar o fluxo sanguíneo adequado e sem tratamento, o prognóstico é ruim e pode levar as complicações citadas, sendo importante a detecção precoce.[5]

Objetivos: Apresentar um caso de Síndrome de Leriche e descrever os resultados clínicos do tratamento com angioplastia de aorta terminal e artérias ilíacas bilaterais pela técnica de kissing stent.

Relato do caso: Paciente portadora de Síndrome de Leriche, agravada por trombose arterial aguda, com oclusão crônica de segmento aorto distal, ilíacas comuns bilateralmente e oclusão de eixo fêmoro poplíteo tibial esquerdo agudamente. Paciente foi submetida a trombectomia aspirativa mecânica de membro inferior esquerdo, com Sistema Índigo Penumbra Lightining 12F, para reestabelecer a condição de fluxo (urgência) + angioplastia de aorta terminal e artérias ilíacas bilaterais pela técnica de kissing stent (segundo tempo – eletiva).

Discussão: De acordo com o Trans Atlantic Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II), a SL é classificada como lesões do tipo D (padrão oclusivo aórtico e ilíaco combinado), sendo uma insuficiência arterial crônica,[5] que pode ser confirmada através de ecodoppler e angiotomografia.[3] O tratamento pode ser realizado por meio de by-pass aorto-femoral ou abordagem endovascular.[2] A angioplastia pela técnica de kissing stents tem taxas de perviedade primária a médio prazo, ligeiramente menores do que a cirurgia aberta, mas a reintervenção pode ser obtida por via percutânea e resultar em taxas secundárias semelhantes à cirurgia aberta.[1,2]

Conclusão: O tratamento endovascular da Síndrome de Leriche com angioplastia pela técnica de kissing stent se mostra efetivo e seguro com boas taxas de perviedade, podendo ser uma escolha preferencial em comparação com a cirurgia aberta, pois oferece uma recuperação mais rápida e com menos complicações pós-operatórias, por ser um procedimento minimamente invasivo.[3,5]

Palavras-chave: Síndrome de Leriche. Arteriopatias Oclusivas. Aorta. Artéria Ilíaca. Procedimentos Endovasculares. Stents. Angioplastia.

Referências:

1. Setacci C, Galzerano G, Setacci F, De Donato G, Sirignano P, Kamargianni V, Cannizzaro A, Cappelli A. Endovascular approach to Leriche syndrome. J Cardiovasc Surg (Torino). 2012 Jun;53(3):301-6.
2. Van Haren RM, Goldstein LJ, Velazquez OC, Karmacharya J, Bornak A. Endovascular treatment of TransAtlantic Inter-Society Consensus D aortoiliac occlusive disease using unibody bifurcated endografts. J Vasc Surg. 2017 Feb;65(2):398-405.
3. Pissarra AP, Donato P, Pereira B, Madaleno R, Candelária I, Costa JF, et al. A retrospective study of endovascular management of aortoiliac occlusive disease. Acta Radiol Port. 2017;29(1)7-11.
4. Jongkind V, Akkersdijk GJ, Yeung KK, Wisselink W. A systematic review of endovascular treatment of extensive aortoiliac occlusive disease. J Vasc Surg. 2010 Nov;52(5):1376-83.
5. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG; TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg. 2007 Jan;45 Suppl S:S5-67.

50 - USO DA TROMBECTOMIA MECÂNICA COMO ABORDAGEM ALTERNATIVA EM PACIENTES COM AVC ISQUÊMICO COM ATÉ 24 HORAS DE DÉFICIT

Sindy Sthefany Sousa Silva[1] (0000-0003-4229-7255), Thais Alves Fagundes[1], Audrey Beatriz Santos Araújo[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Professor Edson Antônio Velano, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Sindy Sthefany Sousa Silva

Introdução: A ocorrência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) aumentou substancialmente com o passar dos anos, sendo o tipo isquêmico o mais comum. A terapia trombolítica intravenosa ainda corresponde à primeira linha de tratamento em pacientes que foram vistos bem pela última vez em até 4,5h. Sendo assim, nos últimos anos estudos envolvendo a abordagem do AVC por meio da trombectomia mecânica (MT) têm se destacado, pois tal intervenção se mostrou segura e eficaz em pessoas com um tempo de até 24h desde o evento tromboembólico.[1] Além disso, a MT isoladamente foi custo-efetiva em comparação à sua associação com alteplase.[2]

Objetivos: Avaliar as últimas evidências disponíveis acerca da trombectomia mecânica no tratamento de pessoas com AVC isquêmico agudo com oclusão de grandes vasos.

Metodologia: Foi realizada uma revisão de literatura por meio da ferramenta de busca do PubMed (Public/Publisher MEDLINE) utilizando-se sintaxes construídas por descritores e sinônimos para "Acidente Vascular Cerebral" e "trombectomia". Foram incluídos estudos publicados a partir de 2018.

Resultados: Os estudos encontrados demonstraram superioridade do tratamento utilizando a MT em pacientes com AVC isquêmico agudo causado pela oclusão de grandes vasos e com tecido recuperável na imagem de perfusão por TC.[1,3] Os vasos acessíveis a trombectomia são a artéria carótida interna (ACI) e porções proximais da artéria cerebral média (ACM), encontradas na circulação anterior, e a artéria basilar, na circulação posterior. A atualização de 2019 da diretriz de AVC isquêmico da American Heart Association (AHA), evidenciou alguns critérios que podem ser utilizados para identificar os pacientes que se beneficiariam da intervenção, sendo eles: idade superior a 18 anos; tempo de início dos sintomas até 6 horas; funcionalidade prévia seguindo a escala de Rankin modificada de 0-1; Oclusão de vaso documentada, sendo a carótida interna ou porção M1 da artéria cerebral média; uma pontuação da Escala de AVC dos Institutos Nacionais de Saúde (NIHSS) ≥6 pontos; e Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS) ≥6.[4] Entretanto, embora o tempo recomendado pela AHA seja de até 6 horas, novos estudos demonstraram benefício da MT em pacientes com até 24 horas de déficit.[5]

Conclusão: A trombectomia mecânica se mostrou benéfica em pacientes com AVC isquêmico agudo com oclusão de grandes vasos e grandes infartos cerebrais, podendo ser recomendada para aqueles que se enquadrem nos critérios.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Trombectomia.

Referências:

1. Huo X, Ma G, Tong X, Zhang X, Pan Y, Nguyen TN, et al. Trial of Endovascular Therapy for Acute Ischemic Stroke with Large Infarct. N Engl J Med. 2023 Apr 6;388(14):1272-1283.
2. Han M, Qin Y, Tong X, Ji L, Zhao S, Liu L, et al. Cost-effective analysis of mechanical thrombectomy alone in the treatment of acute ischaemic stroke: a Markov modelling study. BMJ Open. 2022 Apr 6;12(4):e059098.
3. Sarraj A, Hassan AE, Abraham MG, Ortega-Gutierrez S, Kasner SE, Hussain MS, et al. Trial of Endovascular Thrombectomy for Large Ischemic Strokes. N Engl J Med. 2023 Apr 6;388(14):1259-1271.
4. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019 Dec;50(12):e344-e418.
5. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, Bonafe A, Budzik RF, Bhuva P, et al. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. N Engl J Med. 2018 Jan 4;378(1):11-21.

51 - USO DA ULTRASSONOGRAFIA POINT OF CARE EM PARADAS CARDIORRESPIRATÓRIAS

Ana Carolina Siervo de Morais[1] (0009-0005-1940-4085), Marina Luiza Veloso Ferreira[1], Milena Freire Borges[1], Pedro Ivo Carmo Campos[2]

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais - Brasil

[2]Hospital Regional de Barbacena; Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Ana Carolina Siervo de Morais

Introdução: Conforme descrito pela American Heart Association (AHA) a parada cardiorrespiratória (PCR) consiste na súbita sessação da atividade cardíaca, deixando a vítima irresponsiva, sem respiração normal e sem sinais de circulação, levando a óbito caso não receba tratamento imediato.[1] As causas de irregularidades e o tempo são cruciais para determinar os protocolos adequados, visando minimizar sequelas e possibilitar o retorno da circulação espontânea (RCE).[2] Nesse contexto, a "Ultrassonografia Point Of Care" (POCUS), usada em emergências, auxilia a identificar as alterações cardíacas, de forma não invasiva e ágil, auxiliando na conduta.[2,4]

Objetivos: Apresentar a aplicabilidade da POCUS como instrumento de assistência para a conduta em PCR.

Metodologia: Revisão de Literatura integrativa baseada em pesquisa bibliográfica pela "Advanced Cardiovascular Life Support" e pelas bases de dados UpToDate, Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e os descritores "Parada Cardiorrespiratória", "Ultrassonografia", "Avaliação Sonográfica Focada no Trauma". Foram selecionados artigos publicados entre 2013 e 2023. Os critérios de exclusão adotados foram: a pouca relação com o objetivo e baixa confiabilidade.

Resultado: A POCUS na PCR é relevante em situações cujo exame físico é limitado e demandam agilidade na conduta,[2,3] trazendo diagnósticos presumidos de hipovolemia, pneumotórax, tamponamento cardíaco e embolia pulmonar maciça.[4] A intervenção protocolar consiste em compressões torácicas ininterruptas por dois minutos intervaladas em, no máximo, 10 segundos para checar o ritmo e trocar o socorrista, devendo as insonações ser realizadas dentro desse intervalo para a identificação de uma possível causa reversível.[2] O Protocolo C.A.U.S.E (Exame de Ultrassonografia para Parada Cardíaca) normatiza e orienta o uso do POCUS no atendimento à PCR. Em estudo realizado em 2015, analisou-se a contribuição da POCUS no diagnóstico de PCR em 49 pacientes. Em 51% dos casos a contribuição foi válida, sendo que 34,7% apresentavam assistolia e 65,3% em atividade elétrica sem pulso.[5,6]

Conclusão: Diante dos benefícios do uso do POCUS por profissionais treinados de maneira protocolar, a AHA e a European Ressucitation Council, desde 2010 recomendam a utilização deste, uma vez que não há prejuízo na reanimação cardiopulmonar e mostra-se útil em identificar as causas reversíveis. Por isso, o uso desse método deve ser incentivado durante a PCR e após RCE para reduzir a mortalidade e melhorar o prognóstico.

Palavras-chave: Parada Cardíaca. Ultrassonografia. Avaliação Sonográfica Focada no Trauma.

Referências:

1. American Heart Association. Advanced cardiovascular life support: instructors manual. Las Vegas, Nevada: American Heart Association; 2015.
2. Oliveira FDR, Paiva FJ, Azzi TB, Costa JVA, Lopes PAC, Lopes PSS, et al. Point-of-care ultrasound in cardiac arrest. Int J Ment Health Addict. 2022 Nov 16;2(71):2–6.
3. Azevedo ACT, Moreira I de S, Ferreira IG, Madeira JDS, Spina RB, Brant TAC, et al. Uso do ultrassom point-of-care (POCUS) na parada cardiorrespiratória (PCR). REAS. 2020;12(12):e4790.
4. Zamarrón-López EI, Guerrero-Gutiérrez MA, Pérez Nieto OR, Flores-Ramírez R, López-Fermín J, Soriano-Orozco R, et al. Ultrasonido Point-Of-Care (POCUS) durante la reanimación cardiopulmonar para el diagnóstico de causas reversibles de arresto cardiaco. Med. Crít. 2022;36(5):312–7.
5. Flato UA, Paiva EF, Carballo MT, Buehler AM, Marco R, Timerman A. Echocardiography for prognostication during the resuscitation of intensive care unit patients with non-shockable rhythm cardiac arrest. Resuscitation. 2015 Jul;92:1-6.
6. Francisco MJ Neto, Rahal A Junior, Vieira FA, Silva PS, Funari MB. Advances in lung ultrasound. Einstein (Sao Paulo). 2016 Jul-Sep;14(3):443-448.

52 - USO DE ANÁLOGOS DE GLP-1 NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO PRESERVADA

Luiz Henrique Nacife Gomes[1] (0000-0003-0682-728X), Thaís Amorim Clemente[1], Letícia Guedes Durães[1], Fernanda Rodrigues de Almeida[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Luiz Henrique Nacife Gomes

Introdução: A insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEp) afeta 27 a cada 10.000 pessoas, configurando patologia subnotificada, com tratamento desafiador.[1] Caracterizada pela presença de anormalidades cardíacas estruturais e/ou funcionais, com elevação de peptídeo natriurético (BNP) e sinais clínicos de congestão, a presença de fração de ejeção ≥50% define a ICFEp, predominante em indivíduos do sexo feminino, com mais de 45 anos, hipertensão e doença isquêmica prévia. Ademais, em comparação à IC com FE reduzida, a ICFEp se relaciona singularmente com a obesidade e síndrome metabólica, sendo que análogos do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1) surgem como opções terapêuticas promissoras.[2]

Objetivos: Abordar o uso de análogos de GLP-1 no tratamento da ICFEp.

Metodologia: Realizada revisão integrativa nas bases PubMed e SciELO, com os descritores "insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada", "incretinas" e "GLP-1", selecionando-se 5 artigos publicados em inglês, desde 2018, compatíveis com o tema.

Resultados: A etiopatogenia da ICFEp resulta de disfunção diastólica e alteração do metabolismo cardíaco, com fibrose e inflamação.[1] Paralelamente, a obesidade exacerba o padrão restritivo da doença por aumento da gordura epicárdica, aceleração da cardiomegalia e estado pró-inflamatório, com diminuição do óxido nítrico, oxidação dos ácidos graxos em excesso e aumento de radicais livres. Além disso, o IMC alto gera sobrecarga volumétrica e das pressões de enchimento do coração, com redução da capacidade física.[2,3] Logo, análogos de GLP-1, essenciais na correção da obesidade, impactam diretamente na ICFEp, com uma diferença média de 7,8 pontos no Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ-CSS), redução de 10,7 pontos percentuais no peso corporal e aumento de 20,3m na distância caminhada em 6 minutos pelos pacientes (todos com $p < 0,001$) no estudo STEP-HFpEF, com boa tolerância da semaglutida e redução de eventos cardiovasculares.[2,3] Também, há redução de BNP e proteína c reativa, com melhora do metabolismo de glicose cardíaca, sendo que modelos in vitro demonstraram o impacto da exenatida em aumentar a expressão da ATPase cálcio dependente (SERCA), responsável por retornar o cálcio do citoplasma para dentro do retículo endoplasmático, promovendo, adicionalmente, recuperação do relaxamento miocárdico.[3-5]

Conclusão: Análogos de GLP-1 demonstram potenciais benefícios na ICEP, necessitando-se de mais estudos sobre a temática.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca Diastólica. Peptídeo 1 Semelhante ao Glucagon. Incretinas.

Referências:

1. Borlaug BA, Sharma K, Shah SJ, Ho JE. Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: JACC Scientific Statement. J Am Coll Cardiol. 2023 May 9;81(18):1810-1834.

2. Butler J, Abildstrøm SZ, Borlaug BA, Davies MJ, Kitzman DW, Petrie MC, et al. Semaglutide in Patients With Obesity and Heart Failure Across Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. J Am Coll Cardiol. 2023 Nov 28;82(22):2087-2096.

3. Kosiborod MN, Verma S, Borlaug BA, Butler J, Davies MJ, Jensen TJ, et al. Effects of Semaglutide on Symptoms, Function, and Quality of Life in Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Obesity: A Prespecified Analysis of the STEP-HFpEF Trial. Circulation. 2024 Jan 16;149(3):204-216.

4. Warbrick I, Rabkin SW. Effect of the peptides Relaxin, Neuregulin, Ghrelin and Glucagon-like peptide-1, on cardiomyocyte factors involved in the molecular mechanisms leading to diastolic dysfunction and/or heart failure with preserved ejection fraction. Peptides. 2019 Jan;111:33-41.

5. Nguyen TD, Shingu Y, Amorim PA, Schenkl C, Schwarzer M, Doenst T. GLP-1 Improves Diastolic Function and Survival in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. J Cardiovasc Transl Res. 2018 Jun;11(3):259-267.

53 - USO DE INSULINA BASAL DE LONGA DURAÇÃO COMO NOVA OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Ana Laura Cruzeiro de Moraes[1] (0000-0003-2238-3877), Beatriz Cerqueira Prinz[1], Gabriela Pires Marra[1], Ariel Ramos de Morais Navarro[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Ana Laura Cruzeiro de Moraes

Introdução: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é caracterizado por hiperglicemia provocada por resistência insulínica, tratada com mudanças no estilo de vida, em associação com medicação.[1,2] Frequentemente, a insulinoterapia é necessária para manter alvos glicêmicos, quando o pâncreas fica incapaz de produzir a insulina endógena necessária. A terapêutica consiste no suplemento basal com insulina de ação intermediária a prolongada (glargina e deglutec), associada ao bolus pré-prandial com insulina de ação curta ou rápida para manter a glicemia em níveis adequados após alimentação.[2]

Objetivos: Avaliar a insulina de ação prolongada Icodec proposta como opção terapêutica em comparação às terapias de insulina basal já utilizadas no mercado.

Metodologia: Revisão integrativa avançada, na qual foram analisados 9 artigos científicos, por meio da abordagem descritiva-exploratória, utilizando as bases de dados PubMed e MEDLINE, com os descritores ''Diabetes mellitus" AND ''Insulin Icodec" OR "once-weekly insulin". Os critérios de inclusão para a seleção foram artigos publicados nos últimos cinco anos, retratando a temática referente à revisão integrativa e leitura crítica e avaliativa da qualidade dos artigos. Foram excluídos artigos que fugiam à proposta do tema da revisão e revisões de literatura. Após leitura, selecionou-se 5 artigos a fim de visualizar as principais informações de cada estudo.

Resultados: Estudos atuais demonstraram a possibilidade de uso da insulina Icodec de forma basal com aplicação injetável semanal para pacientes DM2. A ação prolongada da Icodec foi atingida a partir de modificações moleculares, gerando uma meia-vida média de 196 horas.[3] Quando comparada a outras insulinas, como glargina U100 e Degludec, a Icodec apresentou superioridade no controle do índice glicêmico[4-6] e menor número de aplicações necessárias. Os efeitos foram reconhecidos em um tempo superior a 26 semanas em comparação à Glargina U100[4] e 52 semanas para pacientes sem insulinização prévia.[5] Sua administração foi tolerada, com efeitos adversos semelhantes entre os grupos controle e exposto, e mínima parcela de efeitos adversos graves sem associação com a insulina.[7]

Conclusão: A Icodec foi eficaz no controle glicêmico e estatisticamente superior na redução de HbA1c, com poucos eventos adversos. Simultaneamente, Icodec pode proporcionar melhor adesão ao tratamento, visto que a aplicação semanal permite mais liberdade ao paciente.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Insulina de Ação Prolongada. Resistência à Insulina.

Referências:

1. Aschner P. Insulin Therapy in Type 2 Diabetes. Am J Ther. 2020 Jan/Feb;27(1):e79-e90.
2. Wexler DJ. Insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. [base de dados na Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/insulin-therapy-in-type-2-diabetes-mellitus?search=insulinoterapia&source=search_result&selectedTitle=2~119&usage_type=default#H24.
3. Nishimura E, Pridal L, Glendorf T, Hansen BF, Hubálek F, Kjeldsen T, et al. Molecular and pharmacological characterization of insulin icodec: a new basal insulin analog designed for once-weekly dosing. BMJ Open Diabetes Res Care. 2021 Aug;9(1):e002301.
4. Mathieu C, Ásbjörnsdóttir B, Bajaj HS, Lane W, Matos ALSA, Murthy S, et al. Switching to once-weekly insulin icodec versus once-daily insulin glargine U100 in individuals with basal-bolus insulin-treated type 2 diabetes (ONWARDS 4): a phase 3a, randomised, open-label, multicentre, treat-to-target, non-inferiority trial. Lancet. 2023 Jun 10;401(10392):1929-1940.
5. Rosenstock J, Bain SC, Gowda A, Jódar E, Liang B, Lingvay I, et al. Weekly Icodec versus Daily Glargine U100 in Type 2 Diabetes without Previous Insulin. N Engl J Med. 2023 Jul 27;389(4):297-308.
6. Philis-Tsimikas A, Asong M, Franek E, Jia T, Rosenstock J, Stachlewska K, et al. Switching to once-weekly insulin icodec versus once-daily insulin degludec in individuals with basal insulin-treated type 2 diabetes (ONWARDS 2): a phase 3a, randomised, open label, multicentre, treat-to-target trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2023 Jun;11(6):414-425.
7. Rosenstock J, Bajaj HS, Janež A, Silver R, Begtrup K, Hansen MV, et al. Once-Weekly Insulin for Type 2 Diabetes without Previous Insulin Treatment. N Engl J Med. 2020 Nov 26;383(22):2107-2116.

54 - USO DE MICRONEBULIZAÇÃO DE SULFATO DE MAGNÉSIO EM EXACERBAÇÕES ASMÁTICAS PEDIÁTRICAS

Marina Luiza Veloso Ferreira[1] (0009-0001-6511-7379), Milena Freire Borges[1], Gabriela Domingues Gama[1], Luiz Antônio Ferreira[2]

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil

[2]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Marina Luiza Veloso Ferreira

Introdução: A asma é uma doença crônica, de amplitude global e de relevante morbimortalidade, caracterizada por um processo inflamatório das vias aéreas e por uma hiperresponsividade brônquica acompanhada de broncoconstrição.[2] É caracterizada por episódios recorrentes de sibilos, dispneia e tosse, variando a intensidade, conforme períodos de controle ou exacerbação.[1] No Brasil, a asma é a principal causa de internação pediátrica, juntamente à outras infecções do aparelho respiratório. O tratamento protocolar da exarcebação envolve broncodilatadores, inaladores com espaçadores ou nebulizadores[3]. Além disso, é indicado o uso de corticóide, por via oral ou parenteral. O Sulfato de Magnésio ($MgSo_4$) é indicado pelo "Global Iniciative For Asthma" (GINA) em crises não responsivas ao tratamento inicial, entretanto, a ausência de dados em relação à via inalatória gera insegurança e reduz a utilização.

Objetivos: Avaliar a eficácia da micronebulização de sulfato de magnésio em exacerbação asmática em crianças não respondentes ao tratamento protocolar.

Metodologia: Revisão de Literatura integrativa baseada em pesquisa bibliográfica pelo GINA e pelas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e os descritores "Asma", "Sulfato de Magnésio", "Nebulizadores e Vaporizadores". Foram selecionados artigos publicados em português e em inglês. Os critérios de exclusão adotados foram: a pouca relação com o objetivo e o baixo índice de confiança.

Resultado: O magnésio provoca broncodilatação por meio da síntese do óxido nítrico, prostaciclina, da modulação do movimento do íon cálcio e da inibição da liberação da acetilcolina, além de estabilizar as células T e inibir a degranulação dos mastócitos.[2,5] Em estudo publicado pelo Departamento de Medicina de Emergência Pediátrica do Hospital Infantil de Michigan os autores concluíram não haver benefícios do uso isolado de $MgSO_4$, mas relataram evidências favoráveis e recomendaram o uso em associação com beta agonistas no tratamento de pacientes com exacerbação aguda.[3] Outro estudo publicado pelo Departamento de Medicina de Emergência, Long Island Jewish Medical Center relatou melhora no volume expiratório forçado das crianças, apenas no grupo em nebulização por sulfato de magnésio.[4]

Conclusão: Portanto, o uso rotineiro do sulfato de magnésio por nebulização não é recomendado.[2] Entretanto, o uso para exacerbações, quando usado como coadjuvante do tratamento protocolar, apresentou- se de maneira benéfica, além de ser preconizado pelo GINA.

Palavras-chave: Asma. Sulfato de Magnésio. Nebulizadores e Vaporizadores.

Referências:

1. Firmida M, Borgli D. Abordagem da exacerbação da asma em pediatria. Rev. Pedriatr. SOPERJ. 2017;17(supl 1)(1):36-44.
2. Powell C, Dwan K, Milan SJ, Beasley R, Hughes R, Knopp-Sihota JA, et al. Inhaled magnesium sulfate in the treatment of acute asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD003898.
3. Barbosa FT, Barbosa LT, Cunha RM, Gonçalves GP, Souza DA. Uso do sulfato de magnésio por via venosa e nebulização para o tratamento da asma aguda na emergência. Rev Bras Ter Intensiva. 2007 Sep;19(3):369-73.
4. Mahajan P, Haritos D, Rosenberg N, Thomas R. Comparison of nebulized magnesium sulfate plus albuterol to nebulized albuterol plus saline in children with acute exacerbations of mild to moderate asthma. J Emerg Med. 2004 Jul;27(1):21-5.
5. Silverman RA, Osborn H, Runge J, Gallagher EJ, Chiang W, Feldman J, et al. IV magnesium sulfate in the treatment of acute severe asthma: a multicenter randomized controlled trial. Chest. 2002 Aug;122(2):489-97.

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 figura

ESTE SUPLEMENTO É RESULTADO DA PARCERIA ENTRE AS SEGUINTES INSTITUIÇÕES: