35/S3

VOLUME 35 - SUPLEMENTO 3
ABRIL DE 2025
E-ISSN: 2238-3182
ISSN: 0103-880X

RMMG

Revista Médica de Minas Gerais

Suplemento do XVI Congresso de Trauma e Emergência da Zona da Mata Mineira

DOI: 10.5935/2238-3182.2025v35s3

Revista Médica de Minas Gerais

EDITOR CHEFE
Agnaldo Soares Lima
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil
Diretor de Comunicação da Associação Médica de Minas Gerais.
Belo Horizonte - MG, Brasil

COORDENADOR
Alan Junio Brito Guimarães
Associação Médica de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS

ANESTESIA
Yerkes Pereira e Silva
Orizonti - Instituto Oncomed de Saúde e Longevidade
Belo Horizonte - MG, Brasil

CIRURGIA
Claudemiro Quireze Jr.
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
Goiânia – GO, 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

EDUCAÇÃO MÉDICA
José Maria Peixoto
Faculdade de Medicina da UNIFENAS
Belo Horizonte - MG, Brasil

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Henrique Vitor Leite
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – MG, Brasil

INFECTOLOGIA
Alexandre Moura
Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
Belo Horizonte – MG, Brasil

OFTALMOLOGIA
Fernanda Belga Ottoni Porto
INRET Clínica e Centro de Pesquisa
Belo Horizonte – MG, Brasil

ONCOLOGIA
Geraldo Felício da Cunha Júnior
Cetus Oncologia - Unidade Belo Horizonte, CETUS, Brasil
Belo Horizonte – MG, Brasil

ORTOPEDIA
Marco Antônio Percope Andrade
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PEDIATRIA
Cássio da Cunha Ibiapina
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

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

Gabriela Araujo Costa
Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Priscila Menezes Ferri Liu
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

EDITORES ANTERIORES
Angélica Nogueira Rodrigues (x – 2023)
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – MG, Brasil

Ana Paula Pinheiro Chagas Fernandes (x - 2021)
Faculdade de Ciências Médica de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Marcia Rocha Parizzi (2022)
Secretaria Municipal de Saúde.
Belo Horizonte - MG, Brasil

Lucio Honorio de Carvalho Junior (x - 2019)
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luciana Costa Silva (x - 2020)
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Rodrigo de Oliveira Peixoto (x - 2020)
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - MG, Brasil

Luiz Fernando Veloso (x - 2021)
Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros - MG, Brasil

Agnaldo Lopes Silva Filho (x - 2019)
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

CONSELHO EDITORIAL FUNDADOR

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

Agnaldo Soares Lima
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
35/S3

EXPEDIENTE

EDITOR GERAL:
Agnaldo Soares Lima (FM/UFMG)

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

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

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

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

Arquivada em:
Internet Archive
Biblioteca Nacional

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

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

Periodicidade: Contínua

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

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

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

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

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
35/S3

EDITORIAL

O Congresso de Trauma e Emergência da Zona da Mata Mineira, em sua 16ª edição, consolida-se como um evento de referência em Juiz de Fora e região, reforçando seu compromisso com a transmissão de conhecimentos fundamentais para a atuação em urgência e emergência. Desde sua fundação, o congresso vem promovendo um espaço de diálogo e aprendizado com especialistas renomados, atualizando protocolos e fortalecendo a qualidade do atendimento prestado em situações críticas.

O evento reúne acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem, profissionais já formados nessas áreas e atuantes em urgência e emergência, além de membros do Corpo de Bombeiros Militar, bombeiros civis, socorristas e técnicos de enfermagem atuantes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo um importante integrador da Rede de Urgência e Emergência da região. Nesta edição, o congresso contou com um público de 250 congressistas, demonstrando, assim, desde suas primeiras edições, grande relevância local.

Com o intuito de enriquecer a experiência dos congressistas e incentivar a produção científica na área de urgência e emergência, foi organizada a submissão de trabalhos científicos, a ser publicada como suplemento na prestigiada Revista Médica de Minas Gerais. Essa iniciativa não apenas promove a pesquisa, mas também proporciona um espaço para que novos conhecimentos e experiências sejam compartilhados. Com esse propósito, foram selecionados e avaliados 54 resumos, cuidadosamente selecionados para compor este suplemento, todos apresentados durante o congresso. Agradecemos sinceramente aos profissionais que dedicaram seu tempo e expertise na avaliação desses trabalhos, cuja colaboração foi essencial para a concretização deste suplemento.

Os temas do congresso são: Atendimento Pré-Hospitalar, Classificação de Risco e Acolhimento, Emergências Clínicas Respiratórias e Metabólicas, Emergências Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Traumatológicas, Emergências Cirúrgicas e Gineco-Obstétricas, Emergências Psiquiátricas, Emergências Pediátricas e demais agravos e temáticas afins.

Desejamos a todos uma excelente leitura deste suplemento.

Cordialmente,

Comissão Científica do XVI Congresso de Trauma e Emergência da Zona da Mata Mineira

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
35/S3

CARTA AO EDITOR

Prezado editor,

Venho por meio desta carta, solicitar a publicação, na Revista Médica de Minas Gerais, dos trabalhos submetidos no XVI Congresso de Trauma e Emergência da Zona da Mata Mineira, a ser realizado nas datas 07, 08 e 09 de novembro de 2024, em Juiz de Fora.

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Karine Andrade Oliveira Zanini

COMITÊ AVALIADOR

Maria Augusta de Mendonça Lima — UFJF
Karine Andrade Oliveira Zanini — UFJF
Fernanda Matoso Siqueira — UFJF
Erich Vidal Carvalho — UFJF
Juliana Dias Nascimento Ferreira — UFJF
Eder Schmidt — UFJF
Adriano Miranda de Souza — UFJF
SUELLEN CRISTINA DIAS EMÍDIO — UFJF
Larissa Milani Coutinho — UFJF
Marluce Rodrigues Godinho — FACENF/UFJF
Roberta Teixeira Prado — FACENF/UFJF
João Paulo Gonçalves dos Santos — UFJF
Lize Vargas Ferreira — UFJF
Raimundo Lelis Filho — UFJF
Marcella dos Reis Cantagalli Alvim — UFJF
Mauro Toledo Sirimarco — UFJF
Luiz Henrique Silva Borsato — UFJF
Flávio Augusto Teixeira Ronzani — UFJF
André Luiz Silva Alvim — UFJF
Luísa Leitão de Faria — UFJF
Leonardo Emiliano Gonçalves Gomes — UFJF
Alanna Fernandes Paraiso — UFJF
Yule Caroline Nunes da Costa — UFJF
Juliana Tavares de Lima — UFJF

RESUMOS DO XVI CONGRESSO DE TRAUMA E EMERGÊNCIA DA ZONA DA MATA MINEIRA

Resumo

USO DE CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO EM EMERGÊNCIAS RESPIRATÓRIAS PEDIÁTRICAS: AVALIAÇÃO SOBRE EFICÁCIA E SEGURANÇA

Gabriela de Campos Paiva[1], Ana Luiza da Silva Pinto[1], Maria Vitória Moreira Sathler[1], Vanessa do Nascimento Ladeira[1], Viviane Rodrigues Serafim[1], Daniela Cristina da Silva Guimarães[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
Autor correspondente: Gabriela de Campos Paiva - gabipaivamed@gmail.com

INTRODUÇÃO: A terapia com cânula nasal de alta fluxo (CNAF) baseia-se no fornecimento de O_2 acima ou compatível com o fluxo respiratório do paciente, sendo esse gás aquecido e umidificado.[1,4,5] Nesse viés, a CNAF tem sido cada vez mais recorrente em emergências respiratórias pediátricas,[1,3] tornando-se necessário analisar sua eficácia e segurança. OBJETIVOS: Analisar o uso de cânula nasal de alto fluxo em emergências respiratórias pediátricas. METODOLOGIA: Realizou-se uma revisão integrativa de literatura a partir de estudos disponíveis na base PubMed, publicados gratuitamente em língua inglesa nos últimos 5 anos, com os descritores "cannula"; "pediatrics"; "emergency" e o booleano "AND". Dos 73 artigos encontrados, 5 foram selecionados por atenderem ao objetivo desta revisão. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A eficácia da CNAF mostrou-se maior em crianças com doenças respiratórias comparada àquelas com patologias não respiratórias, visto que as taxas de sucesso foram de 81% e 55%, em um artigo.[3] Nesse contexto, a presença de achados radiológicos importantes e níveis mais baixos de pCO2 venosa aumentaram o sucesso da terapia nesses quadros respiratórios.[2] Os estudos mencionam o tratamento com CNAF como seguro e recomendado para crianças com insuficiência respiratória (IR) em emergências hospitalares, pois o uso de ar aquecido e umidificado traz benefícios fisiológicos, reduzindo a necessidade de intubação e ventilação mecânica.[3] Porém, em casos de bronquiolite moderada, o uso de CNAF não mostrou redução na necessidade de suporte respiratório ou admissão na UTI pediátrica, sendo a porcentagem de bebês em falha de tratamento de 14% no grupo de estudo, em comparação com 20% no grupo controle.[5] Também não houve redução do risco de admissão na UTI pediátrica em 15% do grupo de estudo versus 19% do grupo controle.[5] Ademais, em um estudo, o uso da CNAF associada à terapia farmacológica não reduziu significativamente o escore do Pulmmonary Index Score (PIS) em crianças com mais de 2 anos de idade com crises asmáticas graves ou moderadas em 2 e 6 horas após o início do tratamento.[1] CONCLUSÃO: A literatura atual aponta a CNAF como uma terapia segura e potencialmente capaz de reduzir a taxa de intubação de crianças com IR. Entretanto, na emergência hospitalar, não há evidência suficiente dos reais benefícios do uso geral da CNAF, que não se mostrou eficaz para crises asmáticas graves e moderadas refratárias em crianças maiores de 2 anos e para bronquiolite moderada, indicando a necessidade do uso de outros métodos terapêuticos nesses casos.

Palavras-chave: Cânula. Pediatria. Emergências.

Referências

Gauto Benítez R, Morilla Sanabria LP, Pavlicich V, Mesquita M. High flow nasal cannula oxygen therapy in patients with asthmatic crisis in the pediatric emergency department. Rev Chil Pediatr. 2019 Dec;90(6):642-648.

Demir Ş, Anıl M, Yalçın G, Bardak Ş, Demir G, Berksoy E, *et al*. Early predictors of high-flow nasal cannula oxygen treatment failure in patients with respiratory distress admitted to the pediatric emergency department. Turk J Pediatr. 2022;64(4):648-657.

Aydın O, Aydın EA, Birbilen AZ, Tekşam Ö. Predictive factors of high-flow nasal cannula oxygen therapy failure in children with respiratory distress treated in a Pediatric Emergency Department. Turk J Pediatr. 2021;63(6):1012-1019.

O'Brien SL, Haskell L, Tavender EJ, Wilson S, Borland ML, Oakley E, *et al*. Factors influencing health professionals' use of high-flow nasal cannula therapy for infants with bronchiolitis - A qualitative study. Front Pediatr. 2023 Mar 16;11:1098577.

Durand P, Guiddir T, Kyheng C, Blanc F, Vignaud O, Epaud R, *et al*. A randomised trial of high-flow nasal cannula in infants with moderate bronchiolitis. Eur Respir J. 2020 Jul 16;56(1):1901926.

Resumo

DISPOSITIVOS DE FEEDBACK NOS DESFIBRILADORES: QUALIDADE NA RCP

Emanuel Gomes de Oliveira[1], Karina Rosa Oliveira[2]

[1]Faculdade de Enfermagem da Unopar/ Anhanguera, Manhuaçu, Minas Gerais – Brasil
[2]Faculdade de Medicina da Universidad de Aquino, La Paz, Bolívia; Faculdade de Medicina do Centro Universitário Univértix, Matipó, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Emanuel Gomes de Oliveira - emmanuellgomes@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: A parada cardiorrespiratória é a interrupção súbita da atividade do coração, e para a sobrevivência do paciente, são essenciais a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) e a desfibrilação precoces, sendo recomendada a utilização de dispositivos de feedback.[1] Esses dispositivos desempenham um papel crucial na melhoria da qualidade da RCP, fornecendo orientações em tempo real sobre a profundidade e a frequência das compressões torácicas, o que aumenta as chances de sucesso na ressuscitação e de melhores desfechos clínicos para o paciente.[2] OBJETIVOS: Analisar a eficácia dos dispositivos de feedback em desfibriladores na melhoria da qualidade da RCP, visando identificar o impacto dessas tecnologias no aumento das taxas de sucesso da ressuscitação e na redução de complicações para os pacientes. METODOLOGIA: Este estudo foi conduzido por meio de uma revisão sistemática da literatura com abordagem qualitativa e exploratória, focando em publicações dos últimos cinco anos (2019- 2024), tendo sido selecionados 6 estudos para a análise. A revisão integrativa permitiu a síntese de conhecimentos provenientes de pesquisas diversas, facilitando a compreensão ampla do tema e identificando lacunas no conhecimento científico. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os dispositivos de feedback em desfibriladores têm demonstrado grande impacto na melhoria da qualidade da reanimação cardiopulmonar (RCP).[3] Esses sistemas fornecem orientações em tempo real sobre parâmetros cruciais como profundidade e frequência das compressões torácicas, permitindo que os socorristas ajustem suas manobras para otimizar a eficácia da RCP.[4] Estudos indicam que a utilização desses dispositivos está associada a uma maior taxa de sobrevida em paradas cardíacas, pois garante compressões torácicas mais consistentes e minimiza interrupções desnecessárias.[5] Além de melhorar a consistência das compressões torácicas, os dispositivos de feedback também ajudam a reduzir a fadiga do socorrista, promovendo intervenções mais eficazes e diminuindo o tempo de compressões ineficazes.[5] A combinação de feedback visual e auditivo durante a RCP tem sido particularmente eficaz para garantir que os socorristas atinjam as métricas adequadas de profundidade e frequência, resultando em um impacto positivo nos desfechos dos pacientes, especialmente em ambientes hospitalares e pré-hospitalares.[6] CONCLUSÃO: Os dispositivos de feedback em desfibriladores aprimoram significativamente a qualidade da RCP, garantindo compressões torácicas eficazes e consistentes. Essas tecnologias aumentam as chances de sobrevivência em paradas cardíacas ao fornecer orientações em tempo real, melhorando os resultados clínicos.

Palavras-chave: Desfibriladores. Parada Cardíaca. Tecnologia. Taxa de Sobrevida. Ressuscitação. Reanimação Cardiopulmonar.

Referências

1. Tobase L, Peres HHC, Polastri TF, Cardoso SH, Souza DR, Almeida DG, *et al*. O Uso da Escala de Borg na Percepção do Esforço em Manobras de Reanimação Cardiopulmonar. Arq Bras Cardiol. 2023;120(1):e20220240.
2. Zarpelon LFB, Penante LCK, Araújo TS. Pequenas ações salvam vidas. Cuad Educ Desarro. 2024;16(9):1-9.
3. Santos ISN, Souza CJ de, Silvino ZR, Escudeiro CL, Ferreira R de A, Azevedo TT, *et al*. O uso da simulação clínica na efetivação de competências e habilidades na parada cardíaca para estudantes de enfermagem. REAS.2023;23(7):e12972.
4. Silva AR. Avaliação do conhecimento e das habilidades de profissionais de enfermagem de unidades de atendimento à urgência em Suporte Básico de Vida com uso do Desfibrilador Externo Automático [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.
5. Gogola J, Kisner E, Malgarin JS, Bellani WAGO, Souza JM. Reanimação Cardiopulmonar por leigos – técnicas e ferramentas auxiliares: uma revisão integrativa. Espac. Saúde. 2023;24:e964.
6. Marcelino D, Sandoval EGB, Giroldo JC, Bulgo DC, Barcellos CM, Nascimento LCG. Efeitos da capacitação em suporte básico de vida em profissionais de distintas áreas: uma revisão integrativa da literatura. Contrib Cienc Soc. 2023;16(12):33970-88.

Resumo

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: CONDUTAS TERAPÊUTICAS E DESAFIOS NO MANEJO HOSPITALAR

Arethuza Maria Chagas Carvalho[1], Daniele Soares Vidal[1], Giullia Bertuham Rossi[1], Felipe André Granha da Fonseca Yamamoto[1], Khadhyja Elias Rodrigues[1], Mateus Silva Santos[2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil [2]Faculdade de Medicina na Universidade de Gurupi, Paraíso do Tocantins, Tocantins – Brasil

Autor correspondente: Arethuza Maria Chagas Carvalho - arethuza.maria@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: As emergências hipertensivas, definidas por elevações abruptas da pressão arterial (PA) acima de 180/110 mmHg, causam danos agudos em órgãos-alvo, como coração, cérebro e rins.[1,2] O diagnóstico precoce é difícil, pois a PA elevada isoladamente não prevê lesões, mas métodos como doppler transcraniano e marcadores bioquímicos auxiliam no neuromonitoramento.[1] Diretrizes clínicas atuais recomendam uma redução inicial de 25% da PA em casos de lesão aguda, utilizando anti-hipertensivos intravenosos para controle rápido.[1] OBJETIVOS: Este estudo busca avaliar as condutas terapêuticas no manejo hospitalar, além das principais estratégias de intervenção. METODOLOGIA: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica no banco de dados PubMed/MedLine utilizando como descritor "hypertensive emergency" e aplicando como filtro publicações dos últimos cinco anos. Foram considerados como critérios de inclusão produções em inglês ou português, que abordassem a relação entre condutas terapêuticas, desafios clínicos e resultados de intervenções hospitalares, foram excluídos artigos em que o título e o resumo não possuíam relação aos objetivos do estudo, trabalhos não originais, que não apresentaram resultados quantitativos e que fossem de acesso restrito. Ao final, foram selecionados 6 artigos para compor a revisão. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O manejo adequado exige monitoramento hemodinâmico rigoroso em uma unidade de terapia intensiva, algo nem sempre disponível em países subdesenvolvidos.[3] Os medicamentos anti-hipertensivos intravenosos, como nicardipina, labetalol, clevidipina e esmolol, são preferidos para evitar a hipoperfusão cerebral causada por uma queda abrupta da PA.[3,4,5] Após a primeira hora, a PA deve ser gradualmente reduzida, causando uma pressão sistólica de 160 mmHg e diastólica entre 100-110 mmHg dentro de 2 a 6 horas. O tratamento deve continuar por 24 a 48 horas, adaptado a cada caso, cabe destacar que diuréticos não são recomendados devido à sua imprevisibilidade.[3,6] CONCLUSÕES: O manejo das emergências hipertensivas é um desafio significativo, especialmente em países com infraestrutura hospitalar limitada. A revisão demonstra a importância de uma abordagem personalizada e controlada para a redução da PA, visando evitar complicações. O uso de medicamentos intravenosos adequados, como nicardipina e labetalol, é fundamental para garantir uma redução eficaz e segura da PA. A necessidade de monitoramento intensivo em UTI destaca a importância de investir em melhores condições de tratamento, principalmente em locais com menos recursos. A pesquisa também reforça que, para obter resultados clínicos positivos, é crucial a adoção de protocolos bem definidos, aliados à adaptação das intervenções ao estado clínico de cada paciente.

Palavras-chave: Crise Hipertensiva. Emergências. Hipertensão. Anti-Hipertensivos.

Referências

1. Miller JB, Hrabec D, Krishnamoorthy V, Kinni H, Brook RD. Evaluation and management of hypertensive emergency. BMJ. 2024 Jul 26;386:e077205.
2. Alley WD, Schick MA. Hypertensive Emergency. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.
3. Talle MA, Ngarande E, Doubell AF, Herbst PG. Cardiac Complications of Hypertensive Emergency: Classification, Diagnosis and Management Challenges. J Cardiovasc Dev Dis. 2022 Aug 17;9(8):276.
4. Astarita A, Covella M, Vallelonga F, Cesareo M, Totaro S, Ventre L, *et al*. Hypertensive emergencies and urgencies in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. J Hypertens. 2020 Jul;38(7):1203-1210.
5. Farley TM. Hypertensive Emergency: Parenteral Antihypertensives and Population Data. Curr Hypertens Rep. 2023 Dec;25(12):423-428.
6. Miller J, McNaughton C, Joyce K, Binz S, Levy P. Hypertension Management in Emergency Departments. Am J Hypertens. 2020 Oct 21;33(10):927-934.

Resumo

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DA DOR APÓS TRAUMAS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Leandro Pereira Guiseline[1], Vitor Hugo Euzébio de Mello[1], Henrique Garoni Linhares[1], João Gabriel Pimentel De Souza[1], Fausto da Costa Mello Neto[2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil [2]Faculdade de Fisioterapeuta do Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, Minas Gerais – Brasil

Autor correpondente: Leandro Pereira Guiseline - leandroguiseline@gmail.com

INTRODUÇÃO: O manejo da dor em pacientes traumatizados é essencial para garantir a qualidade do atendimento no ambiente pré-hospitalar. Apesar das recomendações para o seu alívio imediato, pacientes ainda recebem analgesia inadequada, resultando no prolongamento das estadias hospitalares e dos distúrbios psíquicos causados pela dor, como ansiedade e delirium. Diversos analgésicos estão disponíveis para uso, com diferentes formulações e vias de administração. No entanto, a escolha do mais adequado pode ser desafiadora, devido a fatores como a eficácia limitada de analgésicos mais fracos, efeitos colaterais, dificuldades de administração intravenosa e exigências administrativas associadas a medicamentos controlados.[1] OBJETIVOS: Reunir as mais recentes informações sobre o manejo da dor no ambiente pré-hospitalar. METODOLOGIA: Foram selecionados 5 artigos, com busca na base de dados PubMed, encontrando-se metanálises e revisões sistemáticas que avaliaram o manejo da dor no ambiente pré-hospitalar. Foram utilizados o operador lógico AND e os descritores pain, pre-hospital e management. Dentre os trabalhos encontrados, foram filtrados os estudos publicados em inglês nos últimos 5 anos e que versavam sobre o tema. RESULTADOS E DISCUSSÃO: É recomendado o Paracetamol para dores leves em adultos e crianças, além de Fentanil e Morfina para dores moderadas e severas.[1] As técnicas de anestesia regional com uso de ultrassom, para as dores musculoesqueléticas, se mostraram pertinentes[2] para uma analgesia rápida, principalmente quando adotadas já no atendimento pré-hospitalar, com a vantagem de não alterarem a consciência do paciente, permitindo sua avaliação neurológica, sendo uma alternativa ao uso de opioides. Os estudos revelaram que uma baixa porcentagem de pacientes pediátricos que sofrem traumas graves recebe analgesia em ambientes pré-hospitalares e de pronto-socorro.[4] A cetamina não foi mais eficaz do que a morfina ou o fentanil no manejo pré-hospitalar da dor em pacientes com trauma. Porém, a coadministração de cetamina e morfina foi mais eficaz do que a cetamina isolada para aliviar a dor.[5] CONCLUSÃO: As evidências sobre a terapêutica da dor em traumas no ambiente pré-hospitalar revelam que, apesar do amplo uso dos opioides, a sua administração enfrenta desafios significativos, como a falta de protocolos claros e os efeitos adversos no sistema nervoso, o que impede sua avaliação.[3] A cetamina tem eficácia na analgesia do trauma apenas quando associada à opióides.[5] Além disso, a subutilização de analgesia em pacientes pediátricos evidencia a necessidade de melhorias nas diretrizes e na formação dos profissionais.[4]

Palavras-chave: Dor aguda. Primeiros socorros. Analgesia.

Referências

1. Yousefifard M, Askarian-Amiri S, Madani Neishaboori A, Sadeghi M, Saberian P, Baratloo A. Pre-hospital pain management; a systematic review of proposed guidelines. Arch Acad Emerg Med. 2019 Oct 6;7(1):e55.
2. Fichtner A, Schrofner-Brunner B, Magath T, Mutze P, Koch T. Regional Anesthesia for Acute Pain Treatment in Pre-Hospital and In-Hospital Emergency Medicine. Dtsch Arztebl Int. 2023 Dec 1;120(48):815-822.
3. Friesgaard KD, Vist GE, Hyldmo PK, Raatiniemi L, Kurola J, Larsen R, *et al*. Opioids for Treatment of Pre-hospital Acute Pain: A Systematic Review. Pain Ther. 2022 Mar;11(1):17-36.
4. Cohen N, Cohen DM, Barbi E, Shavit I. Analgesia and Sedation of Pediatric Patients with Major Trauma in Pre-Hospital and Emergency Department Settings-A Narrative Review. J Clin Med. 2023 Aug 12;12(16):5260.
5. Yousefifard M, Askarian-Amiri S, Rafiei Alavi SN, Sadeghi M, Saberian P, Baratloo A, *et al*. The Efficacy of Ketamine Administration in Prehospital Pain Management of Trauma Patients; a Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Acad Emerg Med. 2019 Oct 30;8(1):e1.

Resumo

ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES NO TRATAMENTO DE BRONQUIOLITE EM CRIANÇAS - UMA REVISÃO DA LITERATURA ATUAL

Maria Vitória Moreira Sathler[1], Gabriela de Campos Paiva[1], Viviane Rodrigues Serafim[1], Lelis Filipe Neves de Souza[1], Daniela Cristina da Silva Guimarães[1]

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

Autor correspondente: Maria Vitória Moreira Sathler - mariavsathler@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Bronquiolite é uma infecção respiratória aguda responsável por grande parte das internações pediátricas, principalmente em menores de dois anos.[1] Nesse contexto, há estímulo à evolução dos métodos intervencionistas e de manejo clínico nos pacientes ao longo dos anos. OBJETIVOS: Avaliar as intervenções apresentadas na literatura atual no tratamento da bronquiolite em crianças. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, em que foram selecionados 7 artigos. Foi feita pesquisa na plataforma PubMed por meio dos descritores "bronchiolitis", "children", "intervention", "efficacy" e "effect", combinados pelo operador booleano AND, sendo estes últimos pelo operador OR. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, dos últimos 5 anos. Foram excluídos artigos que não possuíam relação aos objetivos do trabalho, e de acesso restrito ou pagos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foi analisada a aspiração nasal em bebês com bronquiolite, com o grupo de técnicas aprimoradas necessitando de menos recursos (26,2%) em comparação ao grupo de aspiração nasal de técnicas mínimas (37,0%).[2] Quanto ao vírus sincicial respiratório (VSR), agente mais frequente na bronquiolite, o antiviral JNJ-53718678 teve resultados positivos como tratamento.[3] Além disso, a nebulização Salina Hipertônica 3% por 3 dias resulta em uma remissão clínica mais rápida do que em 1 dia (2,9 ± 1,4 vs 2,2 ± 1,6 dias, p=0,04).[4] Deve-se sublinhar a importância de broncodilatadores, sendo avaliado o uso de salbutamol inalado, com ou sem prednisolona oral, sendo que a combinação em altas doses resultou em menos recaídas (p<0,05).[5] A nebulização com IFN-α1b obteve eficácia no alívio da tosse e chiado em bebês com bronquiolite.[6] As técnicas já usuais de higiene brônquica em comparação com a técnica de compressão de parede torácica de alta frequência (HFCWC) obteve melhores resultados, com uma menor produção de escarro (p<0,001).[7] Quando comparada a oxigenoterapia de alto fluxo à padrão, aquele grupo teve maior tempo de hospitalização (1,77 dias vs 1,50 dias).[8] CONCLUSÃO: Conclui-se que a realização de nebulização de solução hipertônica por 3 dias teve uma melhor resposta na remissão do quadro e a nebulização com IFN-α1b apresentou eficácia na redução de tosse e chiado no quadro em bebês. Ainda, a utilização de salbutamol + prednisolona resultou em menores recaídas. No caso de bronquiolite por VSR, o antiviral JNJ-53718678 teve resultado positivo no tratamento, e a oxigenoterapia de alto fluxo não apresentou melhora no tempo de hospitalização.

Palavras-chave: Bronquiolite. Bronquiolite Viral. Intervenção Médica Precoce.

Referências

Haskell L, Tavender EJ, Wilson CL, O'Brien S, Babl FE, Borland ML, *et al.* Effectiveness of Targeted Interventions on Treatment of Infants With Bronchiolitis: A Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr. 2021 Aug 1;175(8):797-806.

Schuh S, Coates AL, Sweeney J, Rumantir M, Eltorki M, Alqurashi W, *et al.* Nasal Suctioning Therapy Among Infants With Bronchiolitis Discharged Home From the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2023 Oct 2;6(10):e2337810.

Martinón-Torres F, Rusch S, Huntjens D, Remmerie B, Vingerhoets J, McFadyen K, *et al.* Pharmacokinetics, Safety, and Antiviral Effects of Multiple Doses of the Respiratory Syncytial Virus (RSV) Fusion Protein Inhibitor, JNJ-53718678, in Infants Hospitalized With RSV Infection: A Randomized Phase 1b Study. Clin Infect Dis. 2020 Dec 17;71(10):e594-e603.

Beal G, Barbier C, Thoret S, Rubio A, Bonnet M, Mazet R, *et al.* Nebulized hypertonic saline 3% for 1 versus 3 days in hospitalized bronchiolitis: a blinded non-inferiority randomized controlled trial. BMC Pediatr. 2019 Nov 8;19(1):417.

Hurme P, Homil K, Lehtinen P, Turunen R, Vahlberg T, Vuorinen T, *et al.* Efficacy of inhaled salbutamol with and without prednisolone for first acute rhinovirus-induced wheezing episode. Clin Exp Allergy. 2021 Sep;51(9):1121-1132.

Chen L, Shi M, Deng Q, Liu W, Li Q, Ye P, *et al.* A multi-center randomized prospective study on the treatment of infant bronchiolitis with interferon α1b nebulization. PLoS One. 2020 Feb 21;15(2):e0228391.

González-Bellido V, Velaz-Baza V, Blanco-Moncada E, Del Carmen Jimeno Esteo M, Cuenca-Zaldívar JN, Colombo-Marro A, *et al.* Immediate Effects and Safety of High-Frequency Chest Wall Compression Compared to Airway Clearance Techniques in Non-Hospitalized Infants With Acute Viral Bronchiolitis. Respir Care. 2021 Mar;66(3):425-433.

Franklin D, Babl FE, George S, Oakley E, Borland ML, Neutze J, *et al.* Effect of Early High-Flow Nasal Oxygen vs Standard Oxygen Therapy on Length of Hospital Stay in Hospitalized Children With Acute Hypoxemic Respiratory Failure: The PARIS-2 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2023 Jan 17;329(3):224-234.

Resumo

ANÁLISE DE TRAUMAS OCULARES EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Letícia Barbosa de Freitas[1], Maria Fernanda Sperandio Soares[1], Maria Clara de Paula Valdier[1], Nicole Garcia Werneburg[1], Felipe Moreira da Cruz[1,2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil [2]Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Letícia Barbosa de Freitas – leticiabarbosadefreitas@gmail.com

INTRODUÇÃO: O trauma ocular, embora seja potencialmente prevenível, constitui um dos principais problemas de saúde pública associados à cegueira monocular adquirida[1] e à diminuição da capacidade visual em crianças, comprometendo o desenvolvimento infantil e a qualidade de vida, com maior incidência em contextos de baixa educação na prevenção de acidentes.[5] OBJETIVOS: Avaliar as características e fatores associados em traumas oculares pediátricos no período analisado. A pesquisa busca detectar as consequências das lesões oculares e a ocorrência de efeitos graves[3] e permanentes na visão. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão bibliográfica, na qual foram analisados 20 trabalhos associados à temática de trauma ocular pediátrico, sendo selecionados 7, oriundos das bases de dados SciELO, PubMed e BVS, articulando os descritores trauma, ocular/eyepiece e pediátrico/pediatric. Os critérios de inclusão foram publicações dos últimos 6 anos relacionados ao tema deste trabalho e os critérios de exclusão foram artigos com título e/ou resumo incoerentes com os objetivos desta revisão. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Constatou-se, a partir dos sete artigos selecionados (n=7), a prevalência de um perfil epidemiológico do sexo masculino em todas as publicações, cuja faixa etária predominante encontra-se entre 5 e 10 anos (n=5), atreladas a atividades desportivas em sua maioria (n=5), podendo atribuir tais resultados à inserção da criança em ambientes extrafamiliares, decorrendo em interações que, sem supervisão, podem tornar-se agressivas e sujeitas a acidentes.[6] A predominância do tipo de trauma foram dos traumas oculares abertos, em quase 60% das pesquisas (n=4), protagonizados pelos objetos penetrantes e corpos estranhos intraoculares, em detrimento dos traumas contusos, observados em 40% dos casos (n=3). Consequentemente aos traumas, observou-se a diminuição da acuidade visual[7] na totalidade dos artigos levantados e, majoritariamente, a cegueira monocular. CONCLUSÃO: Os traumas oculares pediátricos apresentam uma epidemiologia que requer atenção especial, especialmente devido à prevalência entre meninos de 5 a 10 anos envolvidos em esportes. A avaliação oftalmológica especializada é fundamental para garantir uma abordagem adequada nos traumas oculares,[4] assegurando a realização das intervenções necessárias de maneira oportuna. Assim, é crucial garantir aos pacientes acesso a essas avaliações em situações de trauma. Ademais, a implementação de estratégias educacionais e familiares é vital para uma prevenção eficaz, contribuindo para reduzir a incidência desses acidentes e promover a saúde ocular das crianças.[2]

Palavras-chave: Traumatismos Oculares. Criança. Acuidade Visual. Medicina de Emergência.

Referências

1. Puodžiuvienė E, Jokūbauskienė G, Vieversytė M, Asselineau K. A five-year retrospective study of the epidemiological characteristics and visual outcomes of pediatric ocular trauma. BMC Ophthalmol. 2018 Jan 18;18(1):10.

Matos AG, Cavalcante RG, Figueiredo TF, Chaves MF, Souza FA. Perfil do trauma ocular infantil em unidade de emergência oftalmológica. Rev Bras Oftalmol. 2018 May;77(3):124–7.

Campos GM, Brum IV, Brum IV. Perfil epidemiológico dos atendimentos em um serviço público de urgência oftalmológica. Rev Bras Oftalmol. 2019 Sep;78(5):297–9.

Godoy ACD, Tofoli MJD, Machado HTV, Nogueira JP, Bastos PM, Scandiuzzi SM. Principais manifestações clínicas oftalmológicas prevalentes em pacientes acometidos por fraturas orbitárias: revisão integrativa de literatura. Rev Bras Oftalmol. 2023;82:e0059.

Zepeda-Romero LC, Saucedo-Rodríguez LR, Becerra-Cota M, Gutiérrez-Padilla JA, Yanowsky-Reyes G, Pérez-Rulfo-Ibarra D, *et al.* Clinical characteristics and functional outcome of pediatric ocular trauma in a third level reference hospital in Guadalajara, Mexico. Bol Med Hosp Infant Mex. 2022;79(1):26-32.

Gallo Borrero DE, Letfor Allen S. El trauma ocular en la infancia. Rev Cubana Oftalmol. 2019 Sep; 32(3):e773.

Garcés Guevara JA. Trauma ocular pediátrico y repercusiones visuales. Revisión sistemática. Rev Inf Cient. 2024;103:e4258.

Resumo

AVALIAÇÃO DA CIRURGIA PRECOCE PARA DESCOMPRESSÃO DE COLUNA EM TRAUMAS AGUDOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Laura Carvalho Luppi[1], Gabriella Rodrigues de Oliveira Andrade[1], Maria Luiza Lima de Castro[1], Gustavo Bittencourt Camilo[1]

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

Autor correspondente: Laura Carvalho Luppi - laurac.luppi@gmail.com

INTRODUÇÃO: As lesões na coluna vertebral podem ser decorrentes de traumas como acidentes automobilísticos e quedas. Danos na medula e nos nervos espinhais são frequentes nessas circunstâncias, podendo comprometer atividades neurológicas. A cirurgia de descompressão da coluna objetiva restabelecer as funções nervosas afetadas, como fraqueza nos membros, incontinências urinárias e intestinais, visando a melhoria da qualidade de vida dos acometidos. Entretanto, alguns fatores impedem a cirurgia precoce, tais como: tempo de transferência entre o local do acidente ao hospital, paciente politraumatizado ou com comorbidades e o intervalo entre o diagnóstico e o início da cirurgia. Deve-se, portanto, verificar se a realização desse procedimento nas primeiras 24 horas é mais vantajosa.[1] OBJETIVOS: Avaliar a eficácia da descompressão da coluna vertebral mediante procedimentos cirúrgicos realizados precocemente em pacientes vítimas de traumas agudos, quando comparada a intervenções tardias. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão de literatura a partir da análise de publicações na base de dados PubMed, as quais foram selecionadas a partir dos descritores "Decompression", "Surgical", "Acute Episode", "Spine" e "Wounds and Injuries" unidos pelo operador booleano "AND". Incluiu-se artigos que contemplavam estudos em humanos publicados nos últimos 5 anos em inglês e português. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram obtidos 86 resultados, dos quais 5 foram escolhidos para análise, excluindo aqueles que, pelo título e pelo resumo não condiziam com os objetivos. A cirurgia de descompressão realizada dentro de 24 horas do incidente é justificada por reduzir lesões neurológicas secundárias, o que pode ser benéfico para o prognóstico do paciente, com taxas minimizadas de complicações pós-operatórias, de riscos cirúrgicos e de período de internação hospitalar, quando comparada ao procedimento tardio.[1-3] A descompressão cirúrgica da coluna precoce resultou em maior restabelecimento motor e sensorial, comprovados pelas melhores pontuações obtidas na Escala ASIA (American Spinal Injury Association) - ferramenta para avaliação da magnitude de lesões medulares.[1,4] É válido destacar ainda que, nas primeiras 24-36 horas após trauma agudo medular, a recuperação motora passa por um declínio ininterrupto e intenso, sendo que após esse período ela atinge um platô, levando à perda da eficácia decorrente da descompressão precoce.[5] CONCLUSÃO: A cirurgia de descompressão de coluna realizada precocemente em um intervalo de até 24 horas se mostra mais vantajosa ao paciente comparada ao procedimento feito após esse período, uma vez que reduz a incidência de agravos secundários, além de diminuir taxas de complicações e melhorar a recuperação das funções sensitivas e motoras.

Palavras-chave: Descompressão. Cirurgia Geral. Episódio Agudo. Coluna Vertebral. Ferimentos e Lesões.

Referências

1. Xue F, Zhan SZ, Zhang DY, Jiang BG. Early versus Delayed Surgery for Acute Traumatic Cervical/Thoracic Spinal Cord Injury in Beijing, China: The Results of a Prospective, Multicenter Nonrandomized Controlled Trial. Orthop Surg. 2021 Dec;13(8):2246-2254.
2. Sattari SA, Antar A, Theodore JN, Hersh AM, Al-Mistarehi AH, Davidar AD, *et al*. Early versus late surgical decompression for patients with acute traumatic central cord syndrome: a systematic review and meta-analysis. Spine J. 2024 Mar;24(3):435-445.
3. Badhiwala JH, Lebovic G, Balas M, Costa L, Nathens AB, Fehlings MG, *et al*. Variability in time to surgery for patients with acute thoracolumbar spinal cord injuries. Sci Rep. 2021 Jun 25;11(1):13312.
4. Neal CJ, Ugiliweneza B, Toups EG, Abd-El-Barr M, Jimsheleishvili G, Kurpad SN, *et al*. Variability in Early Surgery for Acute Cervical Spinal Cord Injury Patients: An Opportunity for Enhanced Care Delivery. J Neurotrauma. 2023 Sep;40(17-18):1907-1917.
5. Ramakonar H, Fehlings MG. 'Time is Spine': new evidence supports decompression within 24 h for acute spinal cord injury. Spinal Cord. 2021 Aug;59(8):933-934.

Resumo

ANÁLISE ULTRASSONOGRÁFICA DO DIÂMETRO DA VEIA CAVA INFERIOR EM PACIENTES TRAUMATIZADOS

Kenner Quintão Castro[1], Gabriela Campos de Paiva[1], Maria Luíza Lima de Castro[1], Vinicius Neves Marcos[2]

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

Autor correspondente: Kenner Quintão Castro - kennerqc@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A ineficiência do sistema circulatório e da perfusão de tecidos associados a casos de hemorragia chamam a atenção para cenários de choque hipovolêmico em pacientes traumatizados. Na emergência, a avaliação focada com ultrassonografia para trauma (FAST) mostra-se útil na identificação de líquidos abdominais e pericárdico, porém a situação hemodinâmica do paciente permanece nebulosa.[1] Nesse contexto, a avaliação da Veia Cava Inferior (VCI) por ultrassom surge como uma técnica simples, rápida e não invasiva que poderia indicar o volume intravascular do vaso, que se contrai e distende com as alterações hemodinâmicas do paciente. OBJETIVOS: Avaliar a aplicabilidade da correlação entre o ultrassom da VCI e o volume de sangue circulante em situações de trauma a partir das literaturas mais recentes. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Portal BVS e SciELO. Foram utilizados os descritores "Ultrasonography", "Vena Cava, Inferior", "Trauma", "Shock" e o operador booleano "AND". Foram encontrados 21 artigos. Após a aplicação dos filtros, foram escolhidos 3, publicados nos últimos 10 anos que atendessem ao recorte da pergunta de pesquisa. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Após a aplicação da metodologia, os estudos analisados mostraram que a ecografia poderia ser um indicador sensível e específico de pacientes que expressam ou poderiam expressar choque hipovolêmico, além de poder auxiliar no monitoramento da perda sanguínea.[2] Sob essa perspectiva, o diâmetro da VCI e o Índice de Colapsibilidade da VCI (IVCci) relacionavam-se ao fluxo sanguíneo e a definição deles auxiliaria a determinação da conduta diante do trauma. Assim, uma colapsibilidade aumentada (IVCci > 38,6%) indicaria maior responsividade a uma terapêutica de reposição de fluidos, enquanto uma redução dela (IVCci < 28,5%), principalmente após a primeira hora, exige abordagem distinta, pois não há melhora expressiva com a adoção da estratégia anterior[1]. Entretanto, alguns estudos apontaram uma desassociação entre o IVCci como preditor de choque ou indicador de fluido responsividade, especialmente numa população heterogênea e numa análise estática do colapso da VCI. Existem várias razões potenciais para essa falta de associação, incluindo depleção crônica de volume causada por ingestão oral inadequada ou uso de diuréticos, compensação fisiológica adequada, variação respiratória no momento da captura da imagem e vasoconstrição compensatória.[3] CONCLUSÃO: A avaliação ultrassonográfica do diâmetro da VCI revelou possível utilidade no manejo do choque hipovolêmico em casos de trauma, embora mais estudos sejam necessários para confirmar a necessidade de adição dessa medição ao FAST.

Palavras-chave: Ultrassonografia. Veia Cava Inferior. Ferimentos e Lesões. Choque.

Referências

Ahmed RM, Moussa BS, Ali MA, Abo El Sood AISA, Labban GME. Evaluation of the role of repeated inferior vena cava sonography in estimating first 24 h fluid requirement in resuscitation of major blunt trauma patients in emergency department Suez Canal University Hospital. BMC Emerg Med. 2024 Jul 16;24(1):119.

Radomski M, Agnihothri R, Knapp S, Scher D, Khati N, Brindle K, Amdur R, Messing J, Dunne J, Sarani B. Inferior vena cava size is not associated with shock following injury. J Trauma Acute Care Surg. 2014 Jul;77(1):34-9; discussion 39.

Rey-S F, Vásquez-U E, Vivas-A JF. Vena cava inferior como factor predictor del shock en trauma: medición ecográfica. Rev Cir. 2020 Feb;72(1):11-16.

Resumo

AVANÇOS TECNOLÓGICOS NO CUIDADO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Samanttha Sanches de Oliveira[1], Gabriel de Andrade Bezerra[2], Rafaela Spartani Dias Passos Galote[3], Paola Polis Vargas[3], Camila Rodrigues Ribeiro Metzker Ferro[4]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
[2]Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Amazonas – Brasil
[3]Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul – Brasil
[4]Hospital de Apoio de Brasília, Brasília, Distrito Federal – Brasil

Autor correspondente: Samanttha Sanches de Oliveira - samanttha.sanches@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O paciente politraumatizado é caracterizado por ter sofrido duas ou mais lesões graves em áreas diferentes do corpo, resultantes de forças externas de natureza física ou química, e, portanto, requer amparo físico e mental de maneira holística.[1] O politrauma é a principal causa de morte nas primeiras quatro décadas de vida, o que evidencia a importância dos avanços já alcançados na medicina, além da necessidade de continuar desenvolvendo e aprimorando as tecnologias de cuidado, a fim de proporcionar um tratamento mais digno e abrangente.[2] OBJETIVOS: O estudo tem como objetivo analisar as inovações tecnológicas desenvolvidas e aplicadas na medicina para o cuidado de pacientes politraumatizados, destacando sua contribuição para a eficiência do tratamento. METODOLOGIA: Realizou-se uma revisão integrativa de literatura a partir de estudos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o objetivo de analisar as inovações tecnológicas no cuidado de pacientes politraumatizados. A pesquisa utilizou os descritores em saúde (DeCS): "Medical Technology" AND "Medical Care" AND "Multiple Trauma" AND "Patient Care". A seguir, aplicou-se um filtro para incluir publicações dos últimos 10 anos nos idiomas português e inglês. Após a análise dos resumos, foram selecionados 9 artigos relevantes para a proposta do trabalho. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A revisão desses 9 artigos evidenciou avanços significativos nos cuidados dos politraumatizados na última década. Destacam-se a popularização do POCUS (Point-of-Care Ultrasound), que obteve eficácia de 40,7% na triagem e nas decisões terapêuticas;[3] o uso do Sistema Trauma Black Box, o qual melhora a qualidade do atendimento ao permitir monitorização e coleta de dados em tempo real;[4] e a adoção de tecnologias como: a "Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta" (REBOA) e a "Negative Pressure Wound Therapy" (NPWT) resultou em uma redução da mortalidade em até 20% e das infecções em até 30%.[5-7] Além disso, os avanços nas técnicas de simulação de trauma aprimoraram a capacitação das equipes, e o enfoque na humanização do cuidado, aliado à atenção à saúde mental dos pacientes, aumentaram a eficiência no atendimento das vítimas de trauma.[8-10] CONCLUSÃO: Assim, é fundamental continuar direcionando esforços para o aprimoramento das tecnologias utilizadas no cuidado dos politraumatizados, visto que os avanços anteriores demonstraram contribuições significativas para a redução da mortalidade e das complicações. Além disso, destaca-se a necessidade da capacitação constante das equipes e de um enfoque humanizado, com atenção à saúde mental dos pacientes, para garantir um atendimento mais abrangente e eficaz.

Palavras-chave: Tecnologia Biomédica. Cuidados Médicos. Traumatismo Múltiplo. Assistência ao Paciente.

Referências

Silva RDB, Pereira MGN, Martins EAP. Manejo dos primeiros socorros ao paciente politraumatizado: Revisão integrativa. Braz J Hea Rev. 2023 May 27;6(3):10998-1010.
Vieira CAS, Mafra AA, Andrade JMO. Protocolo Assistencial Multidisciplinar de Abordagem ao Paciente Politraumatizado [internet]. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1344951314ProtocolotraumaMG.pdf
Vianen NJ, Van Lieshout EMM, Vlasveld KHA, Maissan IM, Gerritsen PC, Den Hartog D, *et al.* Impact of Point-of-Care Ultrasound on Prehospital Decision Making by HEMS Physicians in Critically Ill and Injured Patients: A Prospective Cohort Study. Prehosp Disaster Med. 2023 Aug;38(4):444-449.
Nolan B, Hicks CM, Petrosoniak A, Jung J, Grantcharov T. Pushing boundaries of video review in trauma: using comprehensive data to improve the safety of trauma care. Trauma Surg Acute Care Open. 2020 Jul 12;5(1):e000510.
Giannoudis VP, Rodham P, Giannoudis PV, Kanakaris NK. Severely injured patients: modern management strategies. EFORT Open Rev. 2023 May 9;8(5):382-396.
Lee C, Rasmussen TE, Pape HC, Gary JL, Stannard JP, Haller JM. The polytrauma patient: Current concepts and evolving care. OTA Int. 2021 Apr 15;4(2 Suppl):e108(1-6).
Upadhyaya GK, Iyengar KP, Jain VK, Garg R. Evolving concepts and strategies in the management of polytrauma patients. J Clin Orthop Trauma. 2021 Jan;12(1):58-65.
Perboni JS, Silva RC, Oliveira SG. A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado. Inter. 2019;20(3):959-72.
Morland LA, Wells SY, Glassman LH, Greene CJ, Hoffman JE, Rosen CS. Advances in PTSD Treatment Delivery: Review of Findings and Clinical Considerations for the Use of Telehealth Interventions for PTSD. Curr Treat Options Psychiatry. 2020;7(3):221-241.
Quick JA. Simulation Training in Trauma. Mo Med. 2018 Sep-Oct;115(5):447-450.

Resumo

CONDUTAS ESSENCIAIS NO MANEJO DE EMERGÊNCIAS OCULARES TRAUMÁTICAS: O QUE O MÉDICO GENERALISTA DEVE SABER NO PRONTO ATENDIMENTO

Gabriel Abner Ramos de Mello[1], Vitória Luiza Santos Salgado[1], Guilherme Soares Pinto[1], Tereza Raquel de Oliveira Souza Moura[1], Mariane Peron Silva[1], Aline Mota Freitas Matos[2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil [2]Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Gabriel Abner Ramos de Mello - gabrielabner.mello@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Emergências oculares correspondem até 13% das consultas em pronto atendimentos de hospitais terciários brasileiros em cidades de médio porte.[1] Muitos médicos generalistas têm receio em tratá-las devido à limitada experiência, o que pode resultar em graves sequelas oculares. Uma abordagem sistematizada pode melhorar o manejo desses casos. OBJETIVO: Delinear condutas essenciais ao manejo de emergências oculares por generalistas. METODOLOGIA: Revisão de literatura nas plataformas MEDLINE/PubMed e LILACS com as palavras-chave: "eye injury" e "emergency care". DISCUSSÃO: A triagem inicial é essencial. O primeiro passo é definir o mecanismo de trauma (mecânico, térmico, químico ou elétrico). Os traumas mecânicos podem ser fechados (contusos e laceração lamelar) ou abertos (rupturas, laceração: penetrantes, perfurante, corpo estranho retido).[2,3] Em suspeita de trauma aberto, deve-se evitar qualquer manipulação do tecido ocular, como a remoção de corpos estranhos, para prevenir a extrusão do conteúdo intraocular. Manter o paciente sob dieta oral zero e iniciar terapia analgésica e antiemética são cuidados importantes, pois episódios tipo Valsava podem aumentar a pressão intraocular e uma cirurgia de urgência pode ser necessária. Outro cuidado é evitar a instilação de qualquer tipo de colírio, pois podem ser tóxicos, ou funcionar como vetores de agentes infecciosos. A antibioticoprofilaxia sistêmica, quando realizada nas primeiras horas, previne infecções secundárias.[4,5] As lesões de globo fechado também requerem atenção e exigem um exame de acuidade visual, ainda que de forma preliminar, a fim de se identificar casos que exigem tratamento cirúrgico, como descolamento de retina. Queimaduras térmicas ou químicas demandam irrigação imediata com solução salina para limitar danos.[5] Ademais, o controle da dor é crucial para estabilizar o paciente e facilitar avaliações. Os anestésicos tópicos proporcionam alívio rápido mas devem ser utilizados com cautela para evitar danos adicionais à córnea. Na suspeita de lesão corneana por corpos estranhos, é importante everter as pálpebras à procura desses, mas caso não seja possível encontrá-los, o paciente deve ser encaminhado ao especialista.[6] A comunicação clara com o paciente é essencial, esclarecendo o risco de perda visual e a importância de seguimento com o especialista, uma vez que o atendimento inicial no pronto-socorro muitas vezes tem caráter estabilizador e a recuperação a longo prazo depende de intervenções posteriores.[7,8] CONCLUSÃO: O manejo adequado das emergências oculares visa preservar a visão e evitar complicações e, para isso, a capacitação dos profissionais de primeiro atendimento é crucial, a fim de garantir uma recuperação satisfatória.

Palavras-chave: Traumatismos Oculares. Serviços Médicos de Emergência.

Referências

1. Andrade Sobrinho MV, Aguiar AC, Alencar LD, Binotti WW, Faria OJ. Epidemiological profile of eye diseases in an emergency center complex in Campinas, Brazil. Vis Pan Am. 2016;15(1):10-1.
2. Liggett PE, Pince KJ, Barlow W, Ragen M, Ryan SJ. Ocular trauma in an urban population. Review of 1132 cases. Ophthalmology. 1990 May;97(5):581-4.
3. Shah M, Sundar G, Shah S. Ocular Trauma Score revisited – Making sense of it all. Lat Am J Ophthalmol 2019;2:4.
4. Shukla A, Singh M, Garg A. Epidemiological Profiling of Mechanical Ocular Trauma and Analysis Using Proposed New Classification for Ocular Adnexal Injuries. Beyoglu Eye J. 2021 Jun 8;6(2):102-107.
5. Bizrah M, Yusuf A, Ahmad S. An update on chemical eye burns. Eye (Lond). 2019 Sep;33(9):1362-1377.
6. Araújo TAC, Melo CRO, Mendes LP, Higino TMM, Rocha CS, Sabino LPF, *et al.* Analysis of ocular emergencies in a reference eye center in Brazil. Arq Bras Oftalmol. 2022Jul;85(4):377–81.
7. Agrawal R, Shah M, Mireskandari K, Yong GK. Controversies in ocular trauma classification and management: review. Int Ophthalmol. 2013 Aug;33(4):435-45.
8. Deud BG, Hammerschmidt HF, Kniggendorf MV, Hopker LM, Müller GG. Ocular trauma score as a visual prognostic factor of open globe injuries in a hospital of southern Brazil. Arq Bras Oftalmol. 2021Nov;84(6):576–81.

Resumo

PARADA CARDIORESPIRATÓRIA E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: CONTRIBUIÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA NA IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO

Letícia Heloísa da Silva Vicente[1], Maria Teresa Dutra Campos[1], Luiza Verardo Lima[1], Adaliza Furtado Araújo[2], Marcelle Cristina da Silva Bastos Vasconcelos[1], José Resende de Castro Júnior[1]

[1]Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
[2]Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Letícia Heloísa da Silva Vicente - letiz__@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A parada cardíaca (PCR) é um dos cenários mais desafiadores para profissionais de saúde tanto pelas limitações na identificação de suas causas como pela alta mortalidade. Estudos recentes buscam avaliar possíveis contribuições da ultrassonografia (USG) no diagnóstico etiológico de condições reversíveis que levam a este desfecho. OBJETIVO: o objetivo deste trabalho é ressaltar a potencial colaboração da USG na identificação de causas reversíveis de PCR. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 39 anos, obesa e tabagista foi levada à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com queixa de dispneia de início súbito, dor torácica, seguido de síncope. Recebeu os primeiros atendimentos com oxigenoterapia e hidratação venosa e encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após 06 horas, em franca insuficiência respiratória, torporosa, taquicárdica, com extremidades frias e enchimento capilar lentificado. Submetida a intubação orotraqueal e logo após apresentou PCR em atividade elétrica sem pulso (AESP). Iniciadas medidas de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e, durante a 1ª checagem de pulso, realizada a 1ª insonação de USG cardíaco, por médico treinado, que não estava participando do atendimento a PCR, posicionado do lado esquerdo, contralateral às compressões cardíacas. Ao insonar janela apical 4 câmaras, em 8 segundos, foi visto importante aumento de câmaras direitas, com disfunção do ventrículo direito e abaulamento do septo interventricular da direita para esquerda. Diante de um diagnóstico presuntivo de embolia pulmonar maciça como causa da PCR, foi iniciada infusão de alteplase 50mg EV em bolus e 50mg EV em 02 horas. Após 08 minutos de RCP paciente apresentou Retorno da Circulação Espontânea (RCE) mas, após 04 minutos, apresentou nova PCR, sendo realizada manobras de RCP por mais 60 minutos, sem RCE. DISCUSSÃO: Identificar a causa da PCR pode aumentar a chance de reversão da mesma e a USG como ferramenta nesta situação pode auxiliar a direcionar o tratamento da possível causa, incluindo os casos de TEP frequentemente subdiagnosticados. CONCLUSÃO: Nos casos de TEP maciço levando a PCR, a literatura ainda é controversa quanto ao benefício da trombólise por não haver evidências sólidas que comprovem redução de mortalidade neste cenário. No entanto, as atuais diretrizes recomendam esta abordagem por potencial melhora de desfechos, mas ressalta a necessidade de mais estudos. A USG focada e beira do leito pode contribuir para identificação de causas tratáveis de PCR, auxiliar terapêuticas e o processo de tomada de decisão abrindo uma nova perspectiva de intervenção visando melhorar a taxa de sobrevivência pós-PCR ainda, extremamente baixa.

Palavras-chave: Parada Cardíaca. Embolia Pulmonar. Ultrassom. Diagnóstico. Terapêutica.

Referências

Negri FEFO, Negri AJA, Negri Júnior AJA, Negri TAB. Como Eu faço a Avaliação Ecocardiográfica Durante uma Parada Cardiorrespiratória. Arq Bras Cardiol: Imagem cardiovasc. 2024;37(2):e20240035.

Rech MA, Horng M, Holzhausen JM, Van Berkel MA, Sokol SS, Peppard S, *et al*. International Survey of Thrombolytic Use for Treatment of Cardiac Arrest Due to Massive Pulmonary Embolism. Crit Care Explor. 2020 Jun 9;2(6):e0132.

Vajifdar F, Badki P. Low-dose tenecteplase during cardiopulmonary resuscitation in massive pulmonary embolism. Int J Emerg Med. 2024 Jul 3;17(1):82.

Böttiger BW, Wetsch WA. Pulmonary Embolism Cardiac Arrest: Thrombolysis During Cardiopulmonary Resuscitation and Improved Survival. Chest. 2019 Dec;156(6):1035-1036.

Böttiger BW, Arntz HR, Chamberlain DA, Bluhmki E, Belmans A, Danays T, *et al*. Thrombolysis during resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest. N Engl J Med. 2008 Dec 18;359(25):2651-62.

Alshaya OA, Alshaya AI, Badreldin HA, Albalawi ST, Alghonaim ST, Al Yami MS. Thrombolytic therapy in cardiac arrest caused by cardiac etiologies or presumed pulmonary embolism: An updated systematic review and meta-analysis. Res Pract Thromb Haemost. 2022 Jun 17;6(4):e12745.

Rech MA, Horng M, Holzhausen JM, Van Berkel MA, Sokol SS, Peppard S, *et al*. International Survey of Thrombolytic Use for Treatment of Cardiac Arrest Due to Massive Pulmonary Embolism. Crit Care Explor. 2020 Jun 9;2(6):e0132.

Javaudin F, Lascarrou JB, Le Bastard Q, Bourry Q, Latour C, De Carvalho H, *et al*. Thrombolysis During Resuscitation for Out-of-Hospital Cardiac Arrest Caused by Pulmonary Embolism Increases 30-Day Survival: Findings From the French National Cardiac Arrest Registry. Chest. 2019 Dec;156(6):1167-1175.

Resumo

PROTOCOLOS DE MANEJO E DIRETRIZES PARA O TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO PEDIÁTRICO: UMA REVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS E EMERGENCIAIS

Victória de Azevedo Bastos[1], Maria Vitória Santos da Silva[1], Taísa Francelina Soares[1], Layse Gonçalves Kistenmacker[1], Giovanna Alves de Oliveira[1]

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

Autor correspondente: Victória de Azevedo Bastos – victoriajfbastoss22@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é uma emergência pediátrica com significativas taxas de morbimortalidade, sendo uma contusão traumática craniana e cerebral com múltiplas alterações anatomofuncionais.[1] Sua gravidade, classificada pela Escala de Coma de Glasgow,[2] varia conforme o impacto, o momento das manifestações das lesões, o local acometido, o nível de consciência, a presença de sinais neurológicos focais e seus mecanismos diferem considerando fatores fisiológicos e epidemiológicos da faixa etária acometida.[4] Assim, o reconhecimento dos sinais de gravidade e manejo adequado são essenciais para atenuar as complexidades do TCE. OBJETIVOS: Avaliar protocolos e diretrizes de abordagem clínica e emergencial do TCE pediátrico. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados PubMed e Biblioteca virtual de Saúde (BVS), combinando os Descritores em Ciências da Saúde (DECs) com os operadores booleanos: " Traumatic Brain Injury" OR "TCE" AND "Children" AND "Guidelines" OR "Management" AND "Treatment". Foram encontrados 8 artigos, dos quais selecionaram-se 5, incluindo artigos publicados entre 2019 e 2024 e que fossem gratuitos. Foram excluídos artigos cujas diretrizes não fossem direcionadas para a faixa etária selecionada e fora do escopo da faixa temporal. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A diretriz de prática clínica mais bem avaliada foi o New Zealand Guideline Group (NZGG, 2006), com protocolos de gerenciamento de diagnóstico e reabilitação enfatizando as melhores práticas baseadas no consenso de especialistas sobre áreas sem evidências sólidas.[1] Nele, a tomografia computadorizada de crânio é protocolada como padrão diagnóstico, apesar do risco de exposição do sistema nervoso em desenvolvimento à radiação[3] e a ressonância magnética, especialmente a de sequência rápida, é destacada.[3] Atualizações recentes (2023) incluem terapias hiperosmolares, com solução salina hipertônica apresentando melhores resultados, e a drenagem de líquido cefalorraquidiano, com riscos ligeiramente piores de mortalidade e pontuação funcional.[3] A diretriz destaca, ainda, a carência de consenso pediátrico para craniectomia descompressiva e a redução de permanência hospitalar em 121 pares de propensão correspondentes pela traqueostomia precoce. Também descreve a evolução da microdiálise e monitoramento cerebral não invasivo para pressão intracraniana maior que 15 mmHg.[3] Contribuições do Guia Prático de Atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria (GPA,2017) também enfatizam a multidisciplinariedade durante os estágios evolutivos e a minimização das lesões secundárias.[4] CONCLUSÃO: O TCE em pacientes pediátricos exige abordagem global dos estudos de manejo e diretrizes,[5] destacando a importância de protocolos como o NZGG e o GPA na elaboração de intervenções imediatas e posteriores.

Palavras-chave: Lesões Encefálicas Traumáticas. Emergências. Grupos Etários. Consenso.

Referências

1. Appenteng R, Nelp T, Abdelgadir J, Weledji N, Haglund M, Smith E, *et al*. A systematic review and quality analysis of pediatric traumatic brain injury clinical practice guidelines. PLoS One. 2018 Aug 2;13(8):e0201550.
2. Klein S. Traumatic Brain Injury in Children. J Binocul Vis Ocul Motil. 2020 Oct-Dec;70(4):115.
3. Figaji A. An update on pediatric traumatic brain injury. Childs Nerv Syst. 2023 Nov;39(11):3071-3081.
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de atualização: trauma cranioencefálico. Rio de Janeiro. 2017
5. Ben Abdeljelil A, Freire GC, Yanchar N, Turgeon AF, Beno S, Bérubé M, *et al*. Pediatric Moderate and Severe Traumatic Brain Injury: A Systematic Review of Clinical Practice Guideline Recommendations. J Neurotrauma. 2023 Nov;40(21-22):2270-2281.

Resumo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA E SÍNDROME DA SEROTONINA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Arthur Santos de Oliveira Pessoa[1], Layse Gonçalves Kistenmacker[1], Vanessa do Nascimento Ladeira[1], Guilherme Weber Fernandes[1], Victória de Azevedo Bastos[1], Giovanna Alves de Oliveira[1]

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

Autor correspondente: Arthur Santos de Oliveira Pessoa - arthurpessoa181003@gmail.com

INTRODUÇÃO: A síndrome neuroléptica maligna (SNM) e a síndrome da serotonina (SS) são consideradas emergências médicas associadas ao uso de psicotrópicos e demandam um tratamento rápido e eficaz.[1] A primeira é associada ao uso de medicamentos antipsicóticos, enquanto a segunda é usualmente desencadeada por fármacos que aumentam os níveis de serotonina no sistema nervoso central. Muitas vezes, esses quadros são de difícil diferenciação, sobretudo por compartilharem vários achados clínicos e laboratoriais, como hipertermia, hipertensão, diaforese, alteração do estado mental, leucocitose.[1,2] A distinção dessas síndromes, embora complexa, é fundamental, uma vez que a escolha errônea da medida terapêutica pode trazer desfechos desfavoráveis.[3] OBJETIVOS: Realizar uma revisão da literatura, a fim de evidenciar aspectos que auxiliem o diagnóstico diferencial entre SNM e SS. METODOLOGIA: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, por meio de pesquisa realizada nas bases de dados PubMed e BVS, utilizando os descritores "neuroleptic malignant syndrome", "serotonin syndrome" e "differential diagnosis", com o operador booleano "AND". RESULTADOS E DISCUSSÃO: Encontrou-se 90 artigos, dentre revisões sistemáticas, revisões e relatos de caso. Desses, foram selecionados seis que abordaram diretamente a diferenciação diagnóstica da SNM e SS. Observou-se, primeiramente, que se deve investigar o agente desencadeador da síndrome, buscando reconhecer drogas às quais o indivíduo foi exposto. Essa estratégia, entretanto, limita-se pela recorrência da prescrição simultânea de antipsicóticos e agonistas serotoninérgicos na prática médica.[4] Ademais, apesar da semelhança clínica entre a SNM e a SS, estas possuem alguns achados característicos que podem auxiliar na sua diferenciação. Hiporreflexia e rigidez muscular severa são sugestivos de SNM, enquanto hiperreflexia, mioclonia, midríase e alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos) reforçam o diagnóstico de SS.[2,4-6] Exames laboratoriais também são úteis. Níveis séricos baixos de ferro[3,6] e altos de catecolaminas e de enzimas hepáticas são sugestivos de SNM. Além disso, elevação expressiva e rápida de creatinoquinase também reforça suspeita do quadro neuroléptico.[6] Por fim, deve-se atentar ao tempo. Se não houver melhora dos sintomas após 48h da cessação das drogas psicotrópicas, reforça-se o diagnóstico da SNM, uma vez que os sintomas da SS costumam sofrer remissão até 24h.[1,3] CONCLUSÃO: A SNM e SS apresentam uma série de achados comuns, dificultando sua distinção e, com isso, a tomada de uma medida terapêutica direcionada. Há, no entanto, nuances clínicas e laboratoriais que podem ser utilizadas para se aproximar de um diagnóstico certeiro, permitindo, assim, uma abordagem mais eficaz.

Palavras-chave: Síndrome Maligna Neuroléptica. Síndrome da Serotonina. Diagnóstico Diferencial.

Referências

1. Kaufman KR, Levitt MJ, Schiltz JF, Sunderram J. Neuroleptic malignant syndrome and serotonin syndrome in the critical care setting: case analysis. Ann Clin Psychiatry. 2006 Jul-Sep;18(3):201-4.
2. Sweileh WM. Neuroleptic malignant syndrome and serotonin syndrome: a comparative bibliometric analysis. Orphanet J Rare Dis. 2024 Jun 2;19(1):221.
3. Dosi R, Ambaliya A, Joshi H, Patell R. Serotonin syndrome versus neuroleptic malignant syndrome: a challenging clinical quandary. BMJ Case Rep. 2014 Jun 23;2014:bcr2014204154.
4. Fernández M, Lago L, Alonso MG, Guede A, Benavente JL, Olivares JM. Serotonin syndrome versus neuroleptic malignant syndrome: a case report. Actas Esp Psiquiatr. 2018 Mar;46(2):68-74.
5. Nisijima K. Serotonin syndrome overlapping with neuroleptic malignant syndrome: A case report and approaches for differentially diagnosing the two syndromes. Asian J Psychiatr. 2015 Dec;18:100-1.
6. Perry PJ, Wilborn CA. Serotonin syndrome vs neuroleptic malignant syndrome: a contrast of causes, diagnoses, and management. Ann Clin Psychiatry. 2012 May;24(2):155-62.

Resumo

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS: DESAFIOS ENFRENTADOS PELO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Maria José de Oliveira[1], Thaís Cristina Vieira[1], Emmanuel da Costa Freitas[1], Isabel Cristina Campos Neves[1], Ângela Aparecida Peters[1]

[1]Faculdade de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Maria José de Oliveira - jomaria4122@gmail.com

INTRODUÇÃO: A atuação do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é fundamental, especialmente nas emergências psiquiátricas. Esses profissionais desempenham um papel crucial ao prestar atendimento rápido e eficaz em situações de crise, como surtos psicóticos, tentativas de suicídio e outros transtornos mentais agudos.[1] OBJETIVO: Desvelar os desafios enfrentados pelo enfermeiro no atendimento às emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência. METODOLOGIA: Pesquisa qualitativa descritiva observacional. Realizada por meio de roteiro semiestruturado contendo quatro perguntas, direcionadas a responder o objetivo da pesquisa, e com questões para caracterização dos participantes. Todos assinaram o termo de consentimento Livre e esclarecido (TCLE), um pseudônimo foi utilizado indicado pela letra ''E'' na sequência alfanumérica em que ocorreram as entrevistas. Este estudo obedeceu à Resolução nº 466/2012 sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa nº 6.497.503. RESULTADOS: Compuseram essa pesquisa uma amostra de 9 enfermeiros maiores de 18 anos, de ambos os sexos. Após a codificação das entrevistas, foram identificadas três categorias, mas neste estudo abordaremos apenas uma delas. Categoria 1: Desafios para o enfermeiro no atendimento às emergências psiquiátricas nos serviços de atendimento móvel. *Acho que o desafio maior é a falta de capacitação nessa área, a gente não tem capacitação para abordar um paciente psiquiátrico e a gente sabe que é diferente (E.1), Desafios maior é para onde referenciar esse paciente* (E.8) *[...] às vezes o nosso conhecimento em emergência psiquiátrica é um conhecimento escasso. a gente tem dificuldade em procurar formação com temas específicos, então muitas vezes a gente não sabe como abordar* (E.5). DISCUSSÃO: Os depoimentos evidenciam a falta de capacitação como um dos maiores desafios enfrentados pelos enfermeiros no atendimento de emergências psiquiátricas. A carência de formação específica limita tanto a abordagem adequada ao paciente quanto o direcionamento para serviços de referência, gerando incertezas no manejo. Esse cenário aponta para a necessidade de investimentos em treinamentos contínuos para melhorar a qualidade do cuidado prestado.[2,3] CONCLUSÃO: Conclui-se que a falta de capacitação específica é um desafio significativo no atendimento às emergências psiquiátricas, dificultando tanto a abordagem ao paciente quanto o encaminhamento adequado. Portanto, a qualificação contínua dos profissionais é essencial para aprimorar a assistência prestada nesse contexto.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Enfermagem psiquiátrica. Saúde Mental. Serviços de Emergência Psiquiátrica.

Referências

1. Oliveira LC, Menezes HF, Oliveira RL, Lima DM, Fernandes SF, Silva RARD. Mobile care service for psychiatric urgencies and emergencies: perception of nursing workers. Rev Bras Enferm. 2020 Feb 10;73(1):e20180214.
2. Costa TD, Gonçalves LC, Manhães LSP, Tavares CMM, Cortez EA. CONTRIBUINDO PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SAÚDE MENTAL. Persp online: biol & saúde, Campos dos Goytacazes. 2017;23(7):9-15.
3. Bellemo AIS, Bellemo BS, Santos MS, Santos LOD. Conhecendo os serviços das emergências psiquiátricas: uma revisão de literatura. REAS. 17 ago. 2022;15(8):e10788.

Resumo

GRAVIDEZ ECTÓPICA: UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Giselle Semião Fernandes da Silva[1], Ana Luiza da Silva Pinto[1], Beatriz Marques Machado Gerken[1], Gabriela Campos de Paiva[1], Maria Luíza Lima de Castro[1], Sérgio Murta Maciel[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Giselle Semião Fernandes da Silva - giselle.fernandes@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A gravidez ectópica (GE) caracteriza-se pela implantação e desenvolvimento do embrião fora da cavidade uterina e a sua ruptura configura-se como a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre gestacional, tendo incidência de até 10% dentre as mortes relacionadas à gravidez. Os sintomas, entretanto, podem, por vezes, ser inespecíficos, dificultando a detecção precoce do quadro clínico e o correto manejo das pacientes. Assim, determinar as principais características clínicas que permeiam a GE torna-se importante para aprimorar o diagnóstico dessa condição e, consequentemente, melhorar o prognóstico dessas mulheres que, muitas das vezes, se apresentam ao departamento de emergência.[1,2] OBJETIVOS: Revisar as principais características acerca da gravidez ectópica, destacando seus perigos dentro de um contexto de emergência obstétrica. METODOLOGIA: Realizou-se uma revisão integrativa de literatura a partir de estudos disponíveis na base PubMed, publicados gratuitamente em língua inglesa nos últimos 5 anos, com os descritores "Ectopic Pregnancy" e "Pregnancy, Ectopic" e o booleano "OR". Selecionou-se os que mais atendiam ao objetivo e foram excluídos artigos com foco em um tipo específico de gravidez ectópica. Assim, 4 foram utilizados para a construção desta revisão. RESULTADOS E DISCUSSÃO: No que tange aos fatores de risco para GE, é possível destacar: GE anterior, danos tubários, tabagismo, infertilidade, anomalia tubária, endometriose, idade superior a 35 anos e gravidez que ocorre com o dispositivo intrauterino.[2] Em um estudo, a tríade de sintomas: amenorreia, dor abdominal e sangramento vaginal foi vista em 40,47% das pacientes observadas. Outros sintomas observados foram: náuseas, vômitos e ataques sincopais.[1] Os perigos da GE estão relacionados principalmente a perda sanguínea intra-abdominal oculta, sendo elas: dor abdominal, abdômen agudo, níveis baixos ou decrescentes de hemoglobina venosa e instabilidade hemodinâmica.[3] Como artefato de investigação para sintomas inconclusivos, evidencia-se a importância da análise através de exames de imagem, como o ultrassom transvaginal. Um hCG sérico acima do limiar discriminatório e ausência de sinais ultrassonográficos da estrutura gestacional uterina é um sinal para GE, sendo possível a visualização de massa anexial não homogênea separada do ovário e fluido livre no fundo de saco.[4] CONCLUSÃO: Uma identificação adequada em casos de GE evita complicações, como hemorragias; possibilita tratamentos menos invasivos; e permite adaptação emocional da paciente. Assim, o conhecimento médico na emergência sobre GE e a consolidação de um parâmetro eficaz de investigação faz-se primordial para a oferta de um atendimento mais eficiente e humanizado, diminuindo os casos de mortalidade materna.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica. Mortalidade Materna. Desenvolvimento Embrionário.

Referências

1. Andola S, Kumar R R, Desai RM, S A K. Study of Risk factors and treatment modalities of ectopic pregnancy. J Family Med Prim Care. 2021 Feb;10(2):724-729.
2. Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, C Coiado O. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. Womens Health (Lond). 2023 Jan-Dec;19:17455057231160349.
3. Pape J, Bajka A, Seifert B, Asmis L, Imesch P, Metzler J, *et al*. Judging Urgency in 343 Ectopic Pregnancies Prior to Surgery - The Importance of Transvaginal Sonographic Diagnosis of Intraabdominal Free Blood. Ultraschall Med. 2023 Dec;44(6):614-622.
4. Rueangket P, Rittiluechai K. Predictive Analytic Model for Diagnosis of Ectopic Pregnancy. Front Med (Lausanne). 2021 Apr 29;8:646258.

Resumo

INTERVENÇÕES PRÉ-HOSPITALARES NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRA: BIOMARCADORES, PROCEDIMENTOS E TERAPIAS FARMACOLÓGICAS NO TRATAMENTO INICIAL

Victor Hugo Santos Lima[1], Artur Dutra Pena[1], Juan Pedro Upegui Passos[1], Said Dias Naime Resende[1], Victor Pontes e Silva[1], Pedro Horácio Cosenza Passos[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Victor Hugo Santos Lima – victorsantos.vs87@gmail.com

INTRODUÇÃO: O infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (IAMCSST), grave doença coronariana, ocorre por obstrução abrupta do fluxo sanguíneo ao coração.[1] Assim, a melhora dos desfechos clínicos depende da diminuição do tempo isquêmico total,[1-4] sendo necessários redução do tempo de transporte[2] no manejo pré-hospitalar e rápido diagnóstico através de sistemas e triagem[1-4] associados a ECG de 12 derivações[5] e dosagem de biomarcadores,[6-8] além de iniciar precocemente tratamentos como a trombólise.[9] OBJETIVOS: O objetivo deste trabalho é analisar os manejos pré-hospitalares do IAMCSST para otimizar atendimento, custos e desfechos clínicos; e identificar hiatos nesse segmento de pesquisa. METODOLOGIA: A metodologia consistiu em um levantamento bibliográfico na base de dados PubMed/MEDLINE, utilizando como descritores: ("Myocardial Infarction" OR "Heart Attack" OR "Cardiovascular Stroke") AND ("Emergency Medical Services" OR "Emergency Care" OR "Prehospital Emergency Care"). A pesquisa incluiu artigos de revisão sistemática, metanálise, ensaio clínico e ensaio controlado randomizado, publicados nos últimos cinco anos (2019-2024), escritos em língua inglesa e que abordassem os manejos pré-hospitalares do IAMCSST. Foram identificados 30 artigos, dos quais, após análise de título e resumo, 21 foram selecionados para leitura completa. Desses, 11 cumpriram os critérios de elegibilidade e foram incluídos no estudo. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O transporte rápido até centros de intervenção, em menos de 120 minutos, melhora a eficácia do tratamento,[1] sendo a trombólise uma ferramenta valiosa de 2 a 3 horas após o início dos sintomas. É importante aprimorar modelos de predição clínica para identificar casos críticos com precisão durante a triagem remota, evitando erros de diagnóstico na avaliação telefônica da síndrome coronariana aguda.[11] O uso de ECG de 12 derivações em ambulâncias facilita a detecção precoce de IAMCSST e preparação para intervenções rápidas, mas a falta de treinamento dificulta sua implementação.[5] Teste que combina copeptina pré-hospitalar e hs-cTn T (troponina T de alta sensibilidade) hospitalar acelera com segurança o diagnóstico de IAMCSST, embora seja recente. O uso pré-hospitalar de tirofibana em IAMCSST é promissor para a recuperação cardíaca.[10] CONCLUSÃO: A rápida e eficiente intervenção no manejo pré-hospitalar do IAMCSST melhora os desfechos clínicos, sendo a trombólise um procedimento consolidado.[9] Apesar do avanço em diagnósticos e tratamentos, a carência de treinamento especializado e estudos consistentes ainda desafiam. Investir em modelos preditivos mais precisos e capacitação das equipes é fundamental para reduzir a mortalidade e aprimorar o cuidado pré-hospitalar do IAMCSST.[11]

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio. Assistência Pré-Hospitalar. Serviços Médicos de Emergência.

Referências

1. Fu X, Wilson P, Chung WSF. Time-to-reperfusion in patients with acute myocardial infarction and mortality in prehospital emergency care: meta-analysis. BMC Emerg Med. 2020 Aug 26;20(1):65.
2. Chambers D, Cantrell A, Baxter S, Turner J, Booth A. Effects of service changes affecting distance/time to access urgent and emergency care facilities on patient outcomes: a systematic review. BMC Med. 2020 May 20;18(1):117.
3. Scholz KH, Meyer T, Lengenfelder B, Vahlhaus C, Tongers J, Schnupp S, *et al.* Patient delay and benefit of timely reperfusion in ST-segment elevation myocardial infarction. Open Heart. 2021 May;8(1):e001650.
4. Alrawashdeh A, Nehme Z, Williams B, Stub D. Emergency medical service delays in ST-elevation myocardial infarction: a meta-analysis. Heart. 2020 Mar;106(5):365-373.
5. Yoon S, Kim T, Roh T, Chang H, Hwang SY, Yoon H, *et al.* Twelve-Lead Electrocardiogram Acquisition With a Patchy-Type Wireless Device in Ambulance Transport: Simulation-Based Randomized Controlled Trial. JMIR Mhealth Uhealth. 2021 Apr 1;9(4):e24142.
6. Aarts GWA, Camaro C, Adang EMM, Rodwell L, van Hout R, Brok G, *et al.* Pre-hospital rule-out of non-ST-segment elevation acute coronary syndrome by a single troponin: final one-year outcomes of the ARTICA randomised trial. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2024 Aug 8;10(5):411-420.
7. Pedersen CK, Stengaard C, Bøtker MT, Søndergaard HM, Dodt KK, Terkelsen CJ. Accelerated -Rule-Out of acute Myocardial Infarction using prehospital copeptin and in-hospital troponin: The AROMI study. Eur Heart J. 2023 Oct 12;44(38):3875-3888.
8. Carlton EW, Ingram J, Taylor H, Glynn J, Kandiyali R, Campbell S, *et al.* Limit of detection of troponin discharge strategy versus usual care: randomised controlled trial. Heart. 2020 Oct;106(20):1586-1594.
9. Alrawashdeh A, Nehme Z, Williams B, Stub D. Emergency medical service delays in ST-elevation myocardial infarction: a meta-analysis. Heart. 2020 Mar;106(5):365-373.
10. Rikken SAOF, Fabris E, Rosenqvist T, Giannitsis E, Ten Berg JM, Hamm C, *et al.* Prehospital tirofiban increases the rate of disrupted myocardial infarction in patients with ST-segment elevation myocardial infarction: insights from the On-TIME 2 trial. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2024 Aug 28;13(8):595-601.
11. Alotaibi A, Alghamdi A, Reynard C, Body R. Accuracy of emergency medical services (EMS) telephone triage in identifying acute coronary syndrome (ACS) for patients with chest pain: a systematic literature review. BMJ Open. 2021 Aug 25;11(8):e045815.

Resumo

MANEJO DE ECLÂMPSIA EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Taísa Francelina Soares[1], Ana Beatriz Ferreira[1], Ana Cláudia Costa Oliveira[1], Gisela Lara Vitorino de Mattos Silva[1], Maryana Viana Vieira[1], Jaqueline Gomes Soares de Lanes[2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
[2]Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina – Brasil

Autor correspondente: Taísa Francelina Soares - taisafrancelina.soares@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A eclâmpsia é uma emergência obstétrica, caracterizada por convulsões em gestantes com pré-eclâmpsia. Assim, é necessário ação rápida para estabilizar a paciente, controlar convulsões e monitorar a saúde materno-fetal, sendo essencial para reduzir a mortalidade, prevenindo complicações.[1] OBJETIVOS: Revisar a literatura existente sobre manejo de eclâmpsia em urgência hospitalar. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, que se utilizou das bases de dados a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e PubMed, com descritores: Eclampsia "AND" Emergency "AND" Management. Foram selecionados os trabalhos datados de 2017 a 2024, de língua inglesa e portuguesa, excluindo-se aqueles que não se encaixavam ao tema e relatos de caso. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Na emergência hospitalar, o manejo de eclâmpsia baseia-se na promoção de cuidados gerais, como cateter nasal de oxigênio, posicionamento da gestante em decúbito lateral esquerdo elevado e punção venosa periférica, adjunto de terapia anticonvulsivante com dosagem de sulfato de magnésio. Este último inicia-se em dose de ataque lenta, visando evitar convulsões recorrentes com doses posteriores de manutenção, apresentando dois possíveis esquemas. O Esquema de Pritchard é misto, intravenoso (IV) e intramuscular (IM), e a dose de ataque é realizada pela dosagem de 4g intravenoso de forma lenta por 20 minutos, adicionado 10g a 50% IM profundos. Já a dose de manutenção inclui 5g a 50% IM profundos, no glúteo, a cada 4 horas.[1,2] Ademais, o Esquema de Zuspan/Sibai, o qual é totalmente intravenoso, é definido pelo uso de 4 ou 6g IV, lentamente, em até 20 minutos e 10 ampolas a 10% em 400 mL de soro glicosada a 5% em infusão de 1 a 2g/hora por 24 horas como dose de manutenção.[1-3] Contudo, também é necessário promover uma avaliação da emergência hipertensiva e, em casos de hipertensão arterial grave (pressão arterial sistólica ≥ 160mmHg e pressão arterial diastólica≥ 110mmHg) deve-se usar anti-hipertensivos de ação rápida, como nifedipina, hidralazina e nitroprussiato de sódio.[1-4] Ademais, é fundamental a procedência de exame físico geral, de exame obstétrico, de outros exames laboratoriais para rastreamento de complicações, como lesão renal aguda, da avaliação do feto e da interrupção da gestação.[1-3] CONCLUSÃO: Portanto, para reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna na emergência, deve ser feito manejo adequado da gestante em eclâmpsia, seguido pela administração de anti-hipertensivos e de sulfato de magnésio para mitigar as crises convulsivas.

Palavras-chave: Eclampsia. Serviço Hospitalar de Emergência. Obstetrícia.

Referências

1. Comissão Nacional Especializada de Pré-Eclâmpsia, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. — São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017.
2. Fishel Bartal M, Sibai BM. Eclampsia in the 21st century. Am J Obstet Gynecol. 2022 Feb;226(2S):S1237-S1253.
3. Hauspurg A, Jeyabalan A. Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2022 Feb;226(2S):S1211-S1221.
4. Laskowska M. Eclampsia: A Critical Pregnancy Complication Demanding Enhanced Maternal Care: A Review. Med Sci Monit. 2023 Jul 7;29:e939919.

Resumo

MANEJO DE INJÚRIA RENAL AGUDA NO PACIENTE ADULTO COM TRAUMATISMO MÚLTIPLO

Janaina Larcher Rassi[1], Yuri Quintanilha Bernardes[1], Laura Elisa Cunha Fonseca[1], Victória Campos da Costa[1], Denise Rocha Raimundo Leone[1]

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

Autor correspondente: Janaina Larcher Rassi - janaina.larcher@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A Injúria Renal Aguda (IRA) é uma disfunção reversível da função renal, caracterizada por diminuição repentina da capacidade de filtração glomerular, o que resulta em acúmulo de toxinas e compostos nitrogenados no sangue, podendo causar oligúria, náuseas, vômitos, dispneia, distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-base, convulsões e até coma.[1] Um estudo, reunindo 25.182 pacientes, demonstrou que a incidência de IRA no contexto pós-traumático na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi de 24% e que o tempo de internação e o risco de mortalidade aumentaram.[2] Portanto, é imprescindível identificar e divulgar as formas de manejo da IRA nos casos de traumatismo múltiplo. OBJETIVOS: Descrever as principais práticas utilizadas no manejo da IRA no paciente adulto, internado na UTI, com traumatismo múltiplo. METODOLOGIA: Realizada uma revisão integrativa de literatura no mês de setembro de 2024 nas bases, PubMed SciELO, Capes periódicos e Google Acadêmico, visando responder a seguinte questão norteadora "quais são as estratégias de manejo da injúria renal aguda realizadas pela equipe interdisciplinar, no paciente adulto, internado na unidade de terapia intensiva com traumatismo múltiplo". Para a busca on-line, utilizou-se os descritores: Injúria Renal Aguda, adultos, traumatismo múltiplo e unidade de terapia intensiva, o operador booleano AND e o filtro de data 2013 a 2024. Foram incluídos artigos gratuitos disponíveis na íntegra, em português, inglês e espanhol. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Compuseram a amostra final desta revisão, seis artigos, sendo uma revisão narrativa,[1] duas revisões sistemáticas,[2,3] uma revisão bibliográfica,[4] um original,[5] e um estudo observacional.[6] O manejo da IRA deve considerar a sua causa, os fatores de risco e as manifestações clínicas do paciente. Recomenda-se a avaliação frequente da função renal com o uso da classificação RIFLE ou AKIN, evitar/descontinuar o uso de medicamentos nefrotóxicos como antibióticos e contrastes, controle volêmico adequado, controle de choque, tratamento de infecções, monitorização da função renal (débito urinário, creatinina sérica e taxa de filtração glomerular), controle glicêmico, monitoramento hemodinâmico, controle ácido básico e terapia renal substitutiva, se necessário. Cabe destacar a importância da identificação e reversão da etiologia da IRA. CONCLUSÃO: A IRA representa fator agravante ao risco de mortalidade de pacientes politraumatizados. Nesse sentido, é necessário monitorar o equilíbrio ácido-básico, eletrólitos, a ventilação, a perfusão, a adequação de drogas excretadas por via renal, sinais de infecção e uso de antibióticos conforme protocolos preventivos.

Palavras-chave: Adulto. Injúria Renal Aguda. Traumatismo Múltiplo. Unidade de Terapia Intensiva.

Referências

1. Pacheco LP, Silva AR, Costa FR, Sousa MN, Almeida JC, Ferreira DF, *et al.* Abordagem atualizada da Lesão Renal Aguda (LRA): uma revisão narrativa. Rev Eletrôn Acervo Méd. 2022;7:10162.
2. Søvik S, Isachsen MS, Nordhuus KM, Tveiten CK, Eken T, Hafting M, *et al.* Acute kidney injury in trauma patients admitted to the ICU: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2019;45(4):407–19.
3. Heuer M, Hefer T, Kollig E, Hinz P, Lefering R, Pape HC, *et al.* Kidney injury and multiple trauma: outcome, course and treatment algorithm. An organ-specific evaluation of 835 patients from the trauma register of the DGU: Eine organspezifische Auswertung von 835 Patienten des TraumaRegisters der DGU. Unfallchirurg. 2012;115(8):700–7.
4. Clementino KMF, Ramos PFS, Bezerra GD, Silva GS, Braga ST, Martins GB, *et al.* Cuidados de enfermagem relativos à injúria renal no paciente politraumatizado. Rev Eletrôn Acervo Saúde. 2023;23(8):e13014.
5. Clementino KMF, Albuquerque AF, Vieira RCC, Almeida CB, Martins P, Figueiredo SV, *et al.* Construção de um protocolo de enfermagem para cuidado ao paciente politraumatizado com injúria renal aguda. Contrib Cienc Soc. 2023;16(12):33651–67.
6. Romano TG, Tierno PFGMM. Acute Renal Injury in polytrauma patients. J Bras Nefrol. 2013;35(1):48–56.

Resumo

MANEJO DE QUEIMADURA DE FACE COM SUSPEITA DE LESÃO INALATÓRIA: RELATO DE CASO

João Paulo Carvalho Figueira[1], Gabriel Pereira Romano[1], Gustavo Carolino Rodrigues e Rocha[1], Sarah Quick Lourenço de Lima[1], Vitória Mesquita Campos Mendes[1], Gabriel Gonçalves Lopes[2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
[2]Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: João Paulo Carvalho Figueira - joaopaulo.figueira@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Queimaduras são lesões que afetam os tecidos orgânicos e podem ser causadas por agentes térmicos, químicos e elétricos.[1] Muitos casos acontecem na própria residência do paciente e poderiam ser evitados facilmente. OBJETIVOS: Relatar um caso de queimadura grave em face, com suspeita de lesão inalatória (LI). RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 65 anos, ateou fogo no sofá de casa após discussão familiar. O Corpo de Bombeiros Militar a retirou do local e encaminhou para Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, onde constataram-se queimaduras de segundo grau em face, porção anterior do tórax e dos membros superiores, rouquidão e vibrissas nasais chamuscadas, sendo classificada como grande queimada. Devido à suspeita de LI, prognóstico era desfavorável, embora apresentasse boa saturação. Ofertou-se oxigênio a 100% por máscara não reinalante e procedeu-se com intubação orotraqueal (IOT) para proteção de via aérea (VA), devido à alta probabilidade de evolução para edema facial. Após reposição volêmica com Ringer Lactato, foi encaminhada a hospital de referência de trauma em Juiz de Fora. Ao longo do trajeto, paciente evoluiu com edema facial. DISCUSSÃO: Quanto à profundidade, a queimadura relatada é classificada como de segundo grau, por atingir epiderme e parte da derme.[2] Para avaliar a área total de superfície corporal queimada, utiliza-se a Regra dos Nove, segundo a qual a paciente teve 22,5% de sua superfície corporal comprometida.[3] A pele deve ser resfriada com água corrente e a queimadura coberta com compressas secas, e são removidos adornos e roupas não aderidos.[4] Deve-se intervir precocemente com IOT imediata em pacientes com queimadura de face e vibrissas nasais, rouquidão, estridor, escarro carbonáceo, secreções respiratórias, alteração de sinais vitais e história de exposição à fumaça em locais fechados ou de perda de consciência no local do acidente, devido ao risco de LI.[5] Indica-se a realização de broncoscopia como método de detecção precoce da injúria pulmonar causada pela inalação de fumaça.[6] Na lesão térmica, a intubação deve ser mantida até a redução do edema.[4] A hidratação venosa deve ser preferencialmente com uso de solução cristaloide, cuja quantidade pode ser calculada pela Fórmula de Parkland. Deve-se evitar uso de coloide, diurético e drogas vasoativas nas 24 horas iniciais.[2] CONCLUSÃO: O caso exemplifica como o manejo adequado de pacientes queimados é essencial para a obtenção de melhores desfechos. A IOT precoce é importante para evitar a obstrução completa de VA, em caso de edema progressivo.

Palavras-chave: Lesão por Inalação de Fumaça. Queimaduras. Intubação Intratraqueal.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

Kelly D, Johnson C. Management of burns. Surgery (Oxford). 2021;39(7):437-43.

Moore RA, Popowicz P, Burns B. Rule of Nines. 2024 Feb 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–.

American College of Surgeons. ATLS: Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018.

Leão MA, Pantoja SN, Spinelli JLM. Estratégias ventilatórias no paciente com lesão inalatória: revisão de literatura. Rev Bras Queimaduras. 2015;14(4):290–4.

Souza R, Jardim C, Salge JM, Carvalho CRR. Lesão por inalação de fumaça. J Bras Pneumol. 2004;30(6):557–65.

Resumo

MANEJO TERAPÊUTICO DA EPISTAXE PÓS TRAUMA CIRÚRGICO: RELATO DE CASO

Lara Rezende Rena Rodrigues[1], Manuela Araújo Oliveira Goulart[1], Matheus Furtado de Carvalho[2], Eduardo Stehling Urbano[2]

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

Autor correspondente: Lara Rezende Rena Rodrigues – lara.r.rena.rodrigues@gmail.com

INTRODUÇÃO: A epistaxe é um sangramento comum e possui etiologias que variam de estímulos locais a sistêmicos.[1,3,5] Os sangramentos mais comuns provêm da região anterior da cavidade nasal, envolvendo o plexo de Kiesselbach, enquanto a epistaxe posterior é mais rara.[3,4,6] O manejo terapêutico de tal intercorrência varia conforme a região e o grau do sangramento, podendo-se realizar tratamentos menos invasivos com vasoconstritores ou mais invasivos, como controle vascular cirúrgico.[4-6] OBJETIVOS: Relatar um caso clínico no qual foram utilizados as técnicas de tamponamento anterior e posterior para controle do sangramento nasal pós trauma cirúrgico. RELATO DE CASO: Paciente E. D., 50 anos, foi submetido a um procedimento cirúrgico de avanço maxilar de 6mm e recuo mandibular de 6mm, evoluindo com epistaxe no transcirúrgico e pós cirúrgico decorrente da artéria palatina descendente. Foi realizado o tamponamento nasal anterior e posterior com o uso do tampão Merocel. DISCUSSÃO: Epistaxe é qualquer sangramento ativo proveniente da mucosa nasal, sendo a área de Kiesselbach, localizada anteriormente no septo nasal, a mais acometida. Quando o sangramento provém dos ramos da artéria esfenopalatina, é denominado epistaxe posterior.[4-6] As etiologias dos sangramentos podem ser locais como traumas ou sistêmicas, como hipertensão arterial.[1,4,5] Durante um procedimento cirúrgico na região nasal, o sangramento é inevitável. Porém, nos casos de epistaxe pós operatório, é imprescindível o monitoramento, pelo volume de sangue reduzido nos pacientes. A técnica Le Fort I, comumente usada em cirurgias ortognáticas, possui susceptibilidade à ocorrência de injúrias aos principais vasos que irrigam a maxila, como a artéria palatina descendente e o plexo venoso pterigóideo, desencadeando a epistaxe.[2] Em casos de sangramentos leves na região nasal, o uso de algodões com vasoconstritores associados à digitopressão são eficazes. Já nos mais intensos, pode-se realizar a cauterização química ou elétrica do plexo venoso, além do tamponamento nasal anterior utilizando gazes embebidas com pomada antibiótica ou vaselina.[1,4-6] Uma alternativa para a gaze é o tampão Merocel que se expande na cavidade nasal. No tamponamento posterior, as gazes foram substituídas pela sonda de Foley, reduzindo as lesões na mucosa. A sonda é inserida na nasofaringe e insuflada com água até cessar o sangramento.[1,5] A abordagem cirúrgica por meio da ligadura das artérias é usada em casos de sangramentos refratários.[3,4,6] CONCLUSÃO: Conclui-se que a técnica de tamponamento anterior e posterior com o uso de gazes e sonda Foley mostrou-se eficaz para o controle da epistaxe de média complexidade.

Palavras-chave: Epistaxe. Terapêutica. Cirurgia Ortognática.

Referências

Balbani APS, Formigoni GGS, Butugan O. Tratamento da epistaxe. Rev Assoc Med Bras. 1999Apr;45(2):189–93.

Gomes KA, Souza PMP, Ferreira LM, Santiago RC, Urbano ES. Complicações associadas à cirurgia ortognática: um estudo retrospectivo de 100 casos. HU Revista. 2024;50(5):1–8.

Mello Júnior JF. Epistaxe. Braz J Otorhinolaryngol. 2009;75(3):322–.

Pezzin LS, Belli FJ, Steffen N, Maahs GS. Epistaxe: da etiologia ao manejo. Acta méd. 2014;35(8):310-317.

Dal Secchi MM, Indolfo MLP, Rabesquine MM, Castro FB. Epistaxe: Fatores Predisponentes e Tratamento. Arq Int Otorrinolaringol. 2009;13(4):381-385.

Silva LCS, Danielli LS, Siquara Neto EJ, Oliveira MBSM, Paulino PA, Vicentini Junior EA, *et al*. Diagnóstico e tratamento da epistaxe: uma revisão de literatura. Braz J Implantol Health Sci. 2024;6(9):3153–61.

Resumo

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Layse Gonçalves Kistenmacker[1], Daniel de Lyra Cristello Gardoni[1], Luisa Couto Justino[1], Gabrielle Guedes Pedroso[2]

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

Autor correspondente: Layse Gonçalves Kistenmacker - 14096184632@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A educação em saúde possibilita a construção do conhecimento que impacta na vida de cada pessoa, permitindo a autonomia em relação ao autocuidado da comunidade.[1] A ausência de conhecimento pode atrasar o socorro e prejudicar o cuidado, causando malefícios à vítima, o que pode ser amenizado por meio de capacitações adequadas e de qualidade.[1,2] OBJETIVOS: Capacitar profissionais da atenção básica, para o atendimento de urgência e emergência, visando proporcionar melhorias na assistência prestada pelos profissionais a fim de melhorar a qualidade de vida da população atendida. RELATO DE EXPERIÊNCIA: As atividades foram realizadas por acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob orientação de docentes, e divididas em momentos de teoria e prática. Foram elaboradas aulas teóricas nos seguintes temas: "Suporte Básico de Vida (SBV)", "Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE)", "Crises Convulsivas", "Infarto Agudo do Miocárdio" e "Acidente Vascular Encefálico". Além disso, os tópicos de SBV, OVACE e crise convulsiva continham momentos de atividade prática, para que os participantes pudessem treinar os protocolos vigentes previamente ensinados. Para realização da prática, os profissionais foram divididos em estações de simulação, quando receberam orientações acerca das técnicas ministradas. Em seguida, os participantes puderam praticar em simuladores, e também entre si, os procedimentos ensinados. DISCUSSÃO: As aulas ministradas para os profissionais da saúde são uma ferramenta de difusão de informações que contribuem para atuação em situações de urgência, trazendo atualização, capacitação e formação continuada.[1,2,3] Ademais, as experiências vivenciadas pelos acadêmicos acrescentam à sua formação profissional, permitindo o desenvolvimento de habilidades voltadas para educação em saúde, aptidão essencial no contexto de uma abordagem ampla em saúde.[2] CONCLUSÃO: Dessa forma, as ações extensionistas demonstraram a necessidade de capacitação contínua dos profissionais acerca dos primeiros socorros. O treinamento proporcionou uma formação ativa, favorecendo a qualidade do atendimento e a cadeia de sobrevivência das vítimas.[1-3]

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Capacitação Profissional. Educação em Saúde. Emergências.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
3. Neto NMG, Sá GGM, Vasconcelos EMR, Silva TM, Santos AMR, Carvalho KM. Intervenções de educação em saúde sobre primeiros socorros para leigos no Brasil: revisão integrativa. Cienc Cuid Saude. 2017;16(4):1-9.

Resumo

O USO DO FAST NO CENÁRIO DE TRAUMA PRÉ-HOSPITALAR: EFICÁCIAS E LIMITAÇÕES NA PEDIATRIA

Samir Carvalho Sousa[1], Mário Augusto Mol de Oliveira[1], Laura Moura de Oliveira[2], Carmela Moreira Leitão Lins[2], Patrícia Cristina Gomes Pinto[2]

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

Autor correspondente: Samir Carvalho Sousa - samircarvsousa@gmail.com

INTRODUÇÃO: O protocolo *FAST* (Focussed Assessment with Sonography for Trauma) é uma ferramenta diagnóstica essencial no atendimento que se baseia na utilização da ultrassonografia para a avaliação rápida e não invasiva do paciente traumatizado. Nesse sentido, o exame apresenta tempo de duração entre 2 e 3 minutos e inspeciona o abdômen em quatro regiões a fim de detectar hemoperitônio: quadrante superior direito e esquerdo, região subxifóide e pelve.[1] O *FAST* já pode ser padronizado na medicina de emergência para adultos, entretanto, ainda encontra algumas limitações na faixa etária pediátrica. OBJETIVOS: Avaliar vantagens e limitações do uso do exame *FAST* no atendimento a pacientes pediátricos traumatizados. METODOLOGIA: Revisão bibliográfica narrativa realizada por meio de busca na base de dados PubMed, utilizando os descritores "Ultrasonography", "FAST", "Pediatric trauma", "limitations" e o booleano "AND". Foram selecionadas publicações dos últimos 10 anos, gerando 17 resultados. Desses, foram incluídos artigos que versassem sobre o uso do *FAST* pediátrico, excluindo aqueles indisponíveis na íntegra ou que não atenderam à temática. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os motivos que levaram o *FAST* a revolucionar o atendimento ao trauma são diversos. Apresenta boa reprodutibilidade, facilidade de realização à beira do leito e ausência de radiação com destaque no cenário de urgência e emergência, onde a rapidez das decisões afeta diretamente o prognóstico do paciente.[5] Entretanto, a utilização desse protocolo em pacientes traumatizados na faixa etária pediátrica ainda é pouco consistente na literatura. Apesar de reduzir a necessidade de tomografia computadorizada ou lavagem peritoneal inicialmente,[1] a correlação do *FAST* com o desfecho no tratamento e nos resultados subsequentes continua sendo um estudo em andamento.[2] A principal limitação ocorre na detecção de fluidos intraperitoneais, pélvico ou pericárdico na faixa etária pediátrica, haja vista que menos de 50% desses pacientes apresentam líquido livre após uma lesão abdominal.[1,2] Além disso, o aprendizado profundo, com um classificador de visualização automático no FAST pediátrico, ainda não foi implantado de modo que a qualidade das imagens transmitidas pelo ultrassom sofram interferência de variáveis, como o próprio paciente e a técnica do operador, quando não especialista.[3] CONCLUSÃO: O protocolo *FAST* é uma ferramenta promissora no manejo de pacientes pediátricos; todavia, apesar da necessidade reduzida em alguns casos, não é capaz de substituir outros exames complementares[4,5] e requer treinamento especializado para sua prática. Portanto, são necessários estudos[6] para elucidar os melhores cenários de uso do exame aprimorando sua automaticidade, objetivando maior efetividade no atendimento pediátrico de urgência.

Palavras-chave: Ultrassonografia. Diagnóstico Clínico. Medicina de Emergência.

Referências

Lynch T, Kilgar J, Al Shibli A. Pediatric Abdominal Trauma. Curr Pediatr Rev. 2018;14(1):59-63.

Fornari MJ, Lawson SL. Pediatric Blunt Abdominal Trauma and Point-of-Care Ultrasound. Pediatr Emerg Care. 2021 Dec 1;37(12):624-629.

Kornblith AE, Addo N, Dong R, Rogers R, Grupp-Phelan J, Butte A, *et al*. Development and Validation of a Deep Learning Strategy for Automated View Classification of Pediatric Focused Assessment With Sonography for Trauma. J Ultrasound Med. 2022 Aug;41(8):1915-1924.

Liang T, Roseman E, Gao M, Sinert R. The Utility of the Focused Assessment With Sonography in Trauma Examination in Pediatric Blunt Abdominal Trauma: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pediatr Emerg Care. 2021 Feb 1;37(2):108-118.

Le Coz J, Orlandini S, Titomanlio L, Rinaldi VE. Point of care ultrasonography in the pediatric emergency department. Ital J Pediatr. 2018 Jul 27;44(1):87.

Lee MS, Sweetnam-Holmes D, Soffer GP, Harel-Sterling M. Updates on the clinical integration of point-of-care ultrasound in pediatric emergency medicine. Curr Opin Pediatr. 2024 Jun 1;36(3):256-265.

Resumo

PREVENÇÃO NA REINCIDÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS NA SALA DE EMERGÊNCIA GERIÁTRICA

Viviane Rodrigues Serafim[1], Esther Fernandes de Souza[1], Maria Vitória Moreira Sathler[1], Melina Xavier Santos[1], Gabriela de Campos Paiva[1], Sandra Helena Cerrato Tibiriçá[1]

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

Autor correspondente: Viviane Rodrigues Serafim - viviserafina.2002@gmail.com

INTRODUÇÃO: O caminho mais recomendado, em estudos atuais para a prevenção de quedas em idosos, baseia-se no fomento à atividades físicas para a síntese de massa muscular.[1] Porém essas quedas constituem um problema progressivo na saúde pública e são responsáveis pela alta taxa de mortalidade e pelo aumento dos custos hospitalares.[2] Dessa forma, o pronto-socorro, ao acolher o idoso após uma queda, pode ser um agente importante na prevenção de uma recorrência.[3,4] OBJETIVOS: Avaliar o impacto de intervenções multidisciplinares na prevenção e na reincidência de idosos admitidos após uma queda, na emergência hospitalar. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão bibliográfica cuja busca foi conduzida na base de dados PubMed, com os descritores "fall prevention", "older adults", "emergency department" e o booleano "AND". Foram considerados artigos publicados entre 2020 e 2024, com a seleção de cinco para o desenvolvimento do trabalho. Adicionalmente, "Word guidelines for falls prevention and management for led adults: a global initiative" foi utilizado para embasar argumentos introdutórios. RESULTADOS E DISCUSSÃO: As quedas em idosos possuem uma elevada frequência e dependência do serviço de emergência, o que torna este ambiente oportuno para intervenções de prevenção logo após o evento.[3,4] Nesse sentido, pacientes que sofreram quedas de baixa energia demonstram maior aceitação de intervenções preventivas quando abordadas na emergência, com 70% de adesão. No entanto, quando contatados dias após o ocorrido, esse número cai para 26%.[4] Importante destacar que o tempo de permanência na emergência daqueles que participaram das intervenções de abordagem, em comparação com um grupo controle, não apresentou diferença significativa ($p<0,94$), mantendo a fluidez do atendimento.[5] Esses resultados positivos, baseavam-se em intervenções personalizadas, conduzidas por análises e entrevistas com fisioterapeutas e farmacêuticos, e podiam evoluir para visitas domiciliares e integração com a atenção primária à saúde, resultando em uma menor recorrência de quedas entre os participantes.[3,5] Por fim, quando era considerado pacientes idosos mais frágeis e complexos, não eram obtidos valores significativos para diminuição da permanência hospitalar.[6] CONCLUSÃO: As intervenções e protocolos de prevenção voltados para a população idosa, mostraram-se eficazes na emergência hospitalar, sem comprometer a agilidade e fluxo na prestação de serviço.[2-5] Nesta lógica, destaca-se o papel da comunicação entre os membros da equipe da emergência e desta com a equipe da Atenção Primária.[3,5] A revisão permite concluir que as ações de prevenção de quedas, realizadas no pronto-socorro, apresentaram resultados significativos apenas quando o idoso sofria quedas de baixa energia, sem necessidade de uma hospitalização.[4,6]

Palavras-chave: Idoso. Acidentes por Quedas. Prevenção de Acidentes.

Referências

Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, *et al*. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022 Sep 2;51(9):afac205.

Marsden E, Craswell A, Taylor A, Barnett A, Wong PK, Wallis M. Translation of the geriatric emergency department intervention into other emergency departments: a post implementation evaluation of outcomes for older adults. BMC Geriatr. 2022 Apr 7;22(1):290.

Goldberg EM, Marks SJ, Resnik LJ, Long S, Mellott H, Merchant RC. Can an Emergency Department-Initiated Intervention Prevent Subsequent Falls and Health Care Use in Older Adults? A Randomized Controlled Trial. Ann Emerg Med. 2020 Dec;76(6):739-750.

Hepkema BW, Köster L, Geleijn E, VAN DEN Ende E, Tahir L, Osté J, *et al*. Feasibility of a new multifactorial fall prevention assessment and personalized intervention among older people recently discharged from the emergency department. PLoS One. 2022 Jun 9;17(6):e0268682.

Goldberg EM, Marks SJ, Ilegbusi A, Resnik L, Strauss DH, Merchant RC. GAPcare: The Geriatric Acute and Post-Acute Fall Prevention Intervention in the Emergency Department: Preliminary Data. J Am Geriatr Soc. 2020 Jan;68(1):198-206.

Alakare J, Kemp K, Strandberg T, Castrén M, Jakovljević D, Tolonen J, *et al*. Systematic geriatric assessment for older patients with frailty in the emergency department: a randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2021 Jul 2;21(1):408.

Resumo

MANEJO DE FRATURA PANFACIAL EM PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Letícia da Silva Barrigio[1], Pedro Lucas Rodrigues dos Santos Antonucci[1], Izabella Maria Rangel Marques[1], Ana Paula Massote Pestana[1], Matheus Furtado de Carvalho[2]

[1] Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
[2] Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Letícia da Silva Barrigio - leticiabarrigiojf@gmail.com

INTRODUÇÃO: As fraturas panfaciais, também chamadas de fraturas complexas da face, envolvem ao mesmo tempo o terço superior, médio e inferior da face.[1] Essas fraturas são mais comuns em acidentes de alto impacto, frequentemente acompanhadas de lesões torácicas, cervicais e cranioencefálicas.[2] Essas lesões podem evoluir para complicações graves, como choque hipovolêmico, obstrução das vias aéreas e até parada cardiorrespiratória. Um dos principais desafios do tratamento é diagnosticar com precisão as fraturas no terço médio da face, já que não há um padrão bem definido, o que complica o planejamento cirúrgico e levanta dúvidas sobre a sequência correta para reduzir as fraturas.[3] OBJETIVOS: Apresentar um caso clínico de uma fratura panfacial e discutir os desafios inerentes ao planejamento cirúrgico. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 38 anos de idade, vítima de acidente motociclístico (colisão com caminhão), encaminhado ao hospital de referência pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com suspeita de lesão cérvico-torácica, descartada após análise da tomografia computadorizada da região de crânio e pescoço. Ao exame físico, a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial identificou os seguintes sinais e sintomas: degrau ósseo infra-orbitário bilateral, hemorragia subconjuntival, equimose periorbital, perda de projeção zigomática no lado esquerdo, rinodesvio à direita, crepitação dos ossos próprios do nariz, mobilidade da maxila durante manipulação, crepitação mandibular, ausência de um padrão oclusal definido e limitação de abertura bucal, extrusão de rebordo ósseo envolvendo múltiplos dentes. DISCUSSÃO: A sequência de redução das fraturas seguiu a abordagem "de baixo para cima" e "de dentro para fora". Inicialmente, foi realizado o bloqueio maxilomandibular, fixação da mandíbula e remoção de um fragmento do rebordo mandibular. Posteriormente, foi feita a fixação do terço médio da face, respeitando o sentido caudal, fixando-se os processos frontais e maxilares do zigomático. A abordagem "de fora para dentro" auxilia na decisão quanto ao uso de enxerto ósseo em casos de perda óssea entre as fraturas, o que não foi necessário neste caso.[2] Embora não haja um protocolo padrão sobre a melhor sequência de redução,[3] é fundamental que o restabelecimento da oclusão seja garantido[1]. Radiografias de Waters e Hirtz para arco zigomático demonstraram alinhamento satisfatório das fraturas. O paciente foi acompanhado por um ano, evoluindo sem queixas álgicas ou funcionais, satisfeito com a estética facial. CONCLUSÃO: O manejo das fraturas panfaciais é desafiante, sendo mandatório que o cirurgião tenha experiência e saiba analisar as especificidades de cada caso.

Palavras-chave: Fraturas ósseas. Traumatologia. Acidentes.

Referências

1. Ali K, Lettieri SC. Management of Panfacial Fracture. Semin Plast Surg. 2017 May;31(2):108-117.
2. Yun S, Na Y. Panfacial bone fracture: cephalic to caudal. Arch Craniofac Surg. 2018 Mar;19(1):1-2.
3. Ramakrishnan K, Palanivel I, Narayanan V, Chandran S, Narayanan J. Sequencing of Fixation in Panfacial Fracture: A Systematic Review. J Maxillofac Oral Surg. 2021 Jun;20(2):180-188.

Resumo

PUNÇÃO DE MARFAN PARA INTERVENÇÃO EM TAMPONAMENTO CARDÍACO GRAVE E MANEJO DE COMPLICAÇÕES EM PACIENTE ANTICOAGULADA

Priscila Carvalho Morais[1], Laura de Alcântara Matera[2], Poolo Marcos Fernandes de Souza[3]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil [2]Faculdade de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil [3]Santa Casa de Misericórdia São Vicente de Paulo, Campo Belo, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Priscila Carvalho Morais - priscilacarvalhomorais@outlook.com

INTRODUÇÃO: A pericardiocentese por punção de Marfan é um procedimento cuja técnica deve ser dominada em cenários de emergência, uma vez que pode evitar o óbito de pacientes instáveis em quadro de tamponamento cardíaco grave. Esse processo consiste na drenagem do líquido da cavidade pericárdica, a fim de restaurar a função cardíaca normal[2] e, consequentemente, a perfusão periférica. Insere-se uma agulha de grande calibre[2] 1,0 a 2,0 cm abaixo e à esquerda da junção xifocondral, a 45° da pele, avançando na direção da escápula esquerda e aspirando continuamente.[1] Em casos de tamponamento com coleção de fluido mais volumosa, coloca-se um cateter pericárdico permitindo uma drenagem contínua e, portanto, mais eficaz.[1] OBJETIVO: Relatar um caso clínico de uma situação crítica de tamponamento cardíaco em uma paciente com histórico de recente troca valvar e uso de anticoagulantes. RELATO DE CASO: MAS, 47 anos, em uso de marevan (varfarina), devido à troca valvar realizada há aproximadamente um mês por estenose mitral, procura o serviço de saúde em choque, apresentando hipotensão severa, dor nas costas de piora progressiva e náuseas. Foram utilizadas aminas vasoativas para tratamento do choque e a paciente evoluiu com agravamento do quadro, marcado por piora da hipotensão, abafamento de bulhas, face pletórica, distensão da jugular, além de radiografia de tórax evidenciando cardiomegalia acentuada, o que permitiu o diagnóstico de tamponamento cardíaco. Diante desse quadro, foi realizada pericardiocentese por punção de Marfan, ocorrendo parada cardiorrespiratória durante o procedimento e, enquanto a paciente retornava para o ritmo sinusal, colocou-se cateter pericárdico, drenando aproximadamente 750ml de derrame hemorrágico pericárdico. Após esse procedimento, a paciente apresentou melhora do quadro de hipotensão e obteve a recuperação da função cardíaca. DISCUSSÃO: Os sinais clássicos do tamponamento cardíaco, descritos pela Tríade de Beck (hipotensão arterial, distensão jugular e bulhas hipofonéticas), frequentemente surgem pouco antes de uma parada cardiorrespiratória.[1] Nessa situação crítica, a punção de Marfan é uma técnica ideal, pois proporciona drenagem rápida e eficaz do líquido pericárdico, aliviando imediatamente a pressão sobre o coração.[1] Sua execução ágil é essencial para restaurar o débito cardíaco e prevenir a progressão para colapso circulatório. CONCLUSÃO: Evidencia-se, nesse caso, a punção de Marfan como procedimento crucial na gestão do tamponamento cardíaco, aliviando a pressão sobre o coração e permitindo a reversão da parada cardiorrespiratória com recuperação da função cardíaca e da estabilidade hemodinâmica,[1] evitando o óbito da paciente.

Palavras-chave: Tamponamento Cardíaco. Pericardiocentese. Anticoagulantes.

Referências

1. Fitch MT, Nicks BA, Pariyadath M, McGinnis HD, Manthey DE. Videos in clinical medicine. Emergency pericardiocentesis. N Engl J Med. 2012 Mar 22;366(12):e17.
2. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Anatomia orientada para a clínica. 8th ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

Resumo

MANEJO CIRÚRGICO DE LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO SECUNDÁRIA A TRAUMA POR MORDEDURA ANIMAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO

Paulo César Apolinário de Souza[1], Sarah Moreira de Sousa Gomes[1], Bruno Portes Moreira[2], Larissa Silva Leitão Daroda[2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
[2]Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Paulo César Apolinário de Souza - paulo.apolinario@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Mordeduras caninas representam uma preocupação crescente em serviços de emergência, especialmente na população pediátrica.[1] Essas lesões ocorrem frequentemente na face e couro cabeludo, áreas suscetíveis a ferimentos complexos, exigindo intervenções cirúrgicas precoces para melhores resultados funcionais e estéticos.[2] OBJETIVO: Descrever o tratamento de perda de substância de couro cabeludo, secundária a mordedura animal, em paciente pediátrico. RELATO DE CASO: Paciente BAS, masculino, 1 ano e 9 meses, vítima de mordedura canina em 24/12/2020, com perda de 75% do couro cabeludo, incluindo extensa perda de periósteo. Na admissão, apresentava anemia grave e sutura elástica na ferida, realizada no hospital de origem, no quinto dia após o acidente. Após estabilização, antibioticoterapia e transfusão sanguínea, realizou-se trepanação da calota craniana, até a díploe, com espaçamento de 1,5 a 2cm, na região fronto-têmporo-parietal esquerda e parietal direita. Iniciou-se terapia por pressão negativa (TPN), utilizando esponja estéril, sonda nasogástrica e ioban estéril conectado ao vácuo de parede. No décimo dia pós-operatório, observou-se tecido de granulação, sendo iniciada oxigenoterapia hiperbárica, sendo realizadas 30 sessões ao longo do tratamento. Em 09/03/2021, o tecido de granulação apresentava boa evolução, quando realizou-se enxertia de pele parcial em couro cabeludo, a partir de áreas doadoras de couro cabeludo íntegro e coxa direita. Em 16/03/2021, nova enxertia de pele parcial em região occipital e parietal esquerda foi realizada. No 35º dia após a enxertia de couro cabeludo e 20º dia de enxertia em região occipital, o enxerto apresentava excelente aspecto e integração. Paciente recebeu alta hospitalar e foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: Intervenções cirúrgicas em lesões no couro cabeludo apresentam resultados favoráveis em termos de cicatrização e preservação estética.[3] O enxerto de pele é uma das técnicas mais empregadas para defeitos extensos no couro cabeludo, sendo o próprio couro cabeludo o melhor sítio doador, quando disponível, devido à sua compatibilidade.[4] Em casos de perda do periósteo, a trepanação óssea pode ser realizada para promover granulação, preparando o leito para o enxerto.[5] Ademais, o uso de TPN tem se mostrado eficaz ao estimular a granulação e promover drenagem contínua da ferida, contribuindo para uma cicatrização limpa e eficiente.[6] CONCLUSÃO: Lesões por mordedura animal em crianças exigem abordagem multidisciplinar, com manejo cirúrgico imediato e controle de infecção. Neste caso, a combinação de trepanação, TPN e enxerto cutâneo mostrou-se fundamental para cicatrização e para minimizar complicações a longo prazo.

Palavras-chave: Mordeduras e Picadas. Cães. Traumatismos Craniocerebrais. Procedimentos de Cirurgia Plástica. Criança Hospitalizada.

Referências

Ramgopal S, Macy ML. US estimates for dog bite injuries presenting to emergency departments. Public Health. 2021 Jul;196:1-3.

Kuvat SV, Bozkurt M, Kapi E, Karakol P, Yaçsar Z, Güven E. Our treatment approaches in head-neck injuries caused by animal bites. J Craniofac Surg. 2011 Jul;22(4):1507-10.

Jain RK, Prakash G, Midya M, Sharma P. Diverse spectrum of facial dog bite presentation and their management. Int Surg J. 2018 Aug. 25;5(9):3017-22.

Bovenberg MS, Williams PE, Goldberg LH. Assessment of Donor Site Scar Outcomes, Healing Time, and Postoperative Complications Associated With Split Thickness Skin Grafts Harvested From the Hair Bearing Scalp. Dermatol Surg. 2024 Mar 1;50(3):256-259.

Anbar RA, Almeida KG, Nukariya PY, Anbar RA, Coutinho BBA. Métodos de reconstrução do couro cabeludo. Rev Bras Cir Plást. 2012 Jan;27(1):156–9.

Normandin S, Safran T, Winocour S, Chu CK, Vorstenbosch J, Murphy AM, *et al*. Negative Pressure Wound Therapy: Mechanism of Action and Clinical Applications. Semin Plast Surg. 2021 Aug;35(3):164-170.

Resumo

TRAUMA RENAL GRAU IV COM EXTRAVASAMENTO DE CONTRASTE RESTRITO À FASE TARDIA DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: UM RELATO DE CASO

Thomás Alvim Mendonça Borges de Almeida[1], Rafaela Spertine Moreira Neves[1], Kálita Admiral Brison[2], Célio Carvalho de Moraes Júnior[2]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil
[2] Centro Universitário Vértice – UNIVÉRTIX, Caratinga, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Thomás Alvim Mendonça Borges de Almeida. E-mail: thomasalvim5@gmail.com

INTRODUÇÃO: O trauma renal contuso (TRC) está associado a acidentes automobilísticos, quedas e esportes de contato, podendo ocorrer isoladamente ou acompanhado de danos a outros órgãos.[1] Os TRCs de alto grau são incomuns em emergências, com incidência estimada em 4%-6% das ocorrências.[4] A tomografia computadorizada (TC) de quatro fases do abdômen e da pelve é considerada o método de imagem padrão-ouro nesses casos, sendo essencial para estadiamento e monitoramento dos pacientes.[1,3] OBJETIVOS: Discutir o uso da TC em TRCs de grau IV com extravasamento de contraste restrito à fase tardia. RELATO DE CASO: Maculino, 46 anos, vítima de queda de grande altura, deu entrada no pronto atendimento quatro dias após o acidente, com dor no flanco direito, lúcido e com episódio de hematúria. Não apresentava sinais de peritonite, alterações no padrão de sono ou nas funções excretoras. A TC, realizada uma semana após a queda, apresentou áreas hipovascularizadas de aspecto linear no rim direito, compatíveis com contusões e lacerações parenquimatosas, além de hematoma subcapsular. Observou-se extravasamento de contraste do sistema coletor direito apenas na fase tardia do exame. No tratamento, foi adotada conduta conservadora. DISCUSSÃO: As lesões renais são classificadas de acordo com a American Association for the Surgery of Trauma (AAST) em graus que vão de I a V.[1,2] As de grau IV incluem laceração da junção corticomedular, lesões da artéria ou veia renal com hemorragia contida, lacerações parciais e trombose dos vasos.[1] A TC com contraste na fase tardia permite avaliar estruturas específicas, além de identificar extravasamentos. Isso porque, nesse momento, o material já foi processado pelos rins e está sendo excretado pelos ureteres.[1,3,4] O extravasamento de contraste na fase tardia da TC é um dos sinais de TRCs de grau IV. Sem essa etapa, diagnosticar lesões de alta gravidade e avaliar o dano vascular e/ou o sistema coletor renal seria um desafio maior para a equipe médica. Outrossim, o uso da TC permite padronizar a investigação desse tipo de trauma e orientar o tratamento conforme a gravidade dos danos e a estabilidade clínica dos pacientes.[1,3] CONCLUSÃO: O avanço das intervenções radiológicas e minimamente invasivas, como a TC, permite um estadiamento mais preciso dos TRCs e auxilia a prática médica em situações de trauma e emergência. Ademais, em casos de lesões renais, elas reduzem as taxas de tratamento cirúrgico desnecessário.[1,2,3,4]

Palavras-chave: Extravasamento de Meios de Contraste. Trauma Renal. Tomografia.

Referências

Sarychev LP, Sarychev YV, Pustovoyt HL, Sukhomlin SA, Suprunenko SM. Management of the patients with blunt renal trauma: 20 years of clinical experience. Wiad Lek. 2018;71(3 pt 2):719–22.

Shariat SF, Jenkins A, Roehrborn CG, Karam JA, Stage KH, Karakiewicz PI. Features and outcomes of patients with grade IV renal injury. BJU Int. 2008 Sep;102(6):728–33.

McCombie SP, Thyer I, Corcoran NM, Rowling C, Dyer J, Le Roux A, *et al.* The conservative management of renal trauma: a literature review and practical clinical guideline from Australia and New Zealand. BJU Int. 2014 Oct 9;114:13–21.

Ho Y-M, Schuetz M. Grade 4 renal injury: current trend of management and future directions. Chin J traumatol. 2011;14(2): 120-2.

Resumo

APENDAGITE EPIPLOICA AGUDA DO APÊNDICE VERMIFORME: UM MIMETISMO INCOMUM DA APENDICITE AGUDA - RELATO DE CASO

Rafaela Spertine Moreira Neves[1], Thomás Alvim Mendonça Borges de Almeida[1], Giselle Huebra Ramos[2], Patrícia Tambasco Freire Vicente[3], Felipe Couto Gomes[3], Carlos Augusto Gomes[3]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil,
[2] Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil,
[3] Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Juiz de Fora , Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Rafaela Spertine Moreira Neves. E-mail: rafaelaspertine17@gmail.com

INTRODUÇÃO: A apendagite epiploica aguda (AEA) é uma das raras causas de abdome agudo secundário à inflamação dos apêndices epiploicos, que são bolsas de gordura cobertas por serosa de 0,5 a 5 cm de comprimento.[1,2,3] A apendagite epiploica aguda do apêndice vermiforme (AEAA) é uma forma extremamente rara de AEA, respondendo por apenas 3% de todos os casos conhecidos.[4] Embora sua incidência real não seja estimada, a AEAA foi relatada em 0,3%-1% dos pacientes inicialmente suspeitos de terem apendicite aguda (AA), visto que possuem cenários clínicos semelhantes.[4] OBJETIVOS: Discutir o diagnóstico diferencial de AEAA em casos de abdome agudo que simulem AA. RELATO DE CASO: DLA, feminina, 66 anos, admitida via SAMU com quadro de dor periumbilical de caráter migratório, associada a náuseas e hiporexia. Ao exame físico, estava em bom estado geral, corada e hidratada. Porém, com abdome globoso, flácido, doloroso à palpação da fossa ilíaca direita (FID), com reação peritoneal restrita à mesma região. Ultrassom apresentou imagem ecogênica fixa e dolorosa a compressão em FID, com aspecto indicativo de AA. Foram solicitados exames laboratoriais e tomografia computadorizada (TC) de abdome total sem contraste, sugestiva de AA e AEAA. Foi submetida à apendicectomia videolaparoscópica, sem intercorrências, e no intra-operatório foi observada apenas a AEAA. Evoluiu sem irritação peritoneal e obteve alta. DISCUSSÃO: A AEA pode ser primária ou secundária.[2,4] A primária é causada por torção ou trombose venosa do apêndice epiploico envolvido, enquanto a secundária está associada à inflamação de órgãos adjacentes.[4] A AEAA pode simular a AA dada sua apresentação inespecífica.[1,2,3,4] Os fatores de diferenciação incluem histórico de dor aguda não migratória, sensibilidade pontual no exame, marcadores inflamatórios normais ou minimamente elevados e estrutura ovoide de baixa densidade com fios de gordura circundantes ao apêndice na TC.[5] Ademais, a AEAA é uma doença autolimitada e a maioria dos pacientes se recupera dentro de duas semanas após medicação analgésica.[1,2,4] O tratamento conservador é feito com anti-inflamatórios não esteroidais, e o uso de antibióticos, assim como a conduta cirúrgica, são reservados para quadros com sintomas de piora, que não respondem aos medicamentos ou com complicações.[1,3,4] CONCLUSÃO: A AEAA é uma causa incomum de dor na FID e deve ser considerada como diagnóstico diferencial em quadros clínicos semelhantes aos de AA.[2,3,5] Para evitar procedimentos desnecessários, é importante excluir condições que exijam intervenção cirúrgica de emergência através do uso de exames de imagens, como a TC abdominopélvica com contraste.[1,2]

Palavras-chave: Abdome Agudo. Apêndice. Apendicite.

Referências

Aljilly S, Ahmed Z. Epiploic appendagitis of the vermiform appendix—An unusual mimic of acute appendicitis. Radiol Case Rep. 2020; 16(3):511–5.

Arik ŞB, Gunaydin E, Guvenç İ. Right lower quadrant pain: not always appendicitis but epiploic appendagitis of appendix. Radiol Case Rep. 2021;16(12):3695–7.

Chin J, Oseguera B, Hon K, Lomiguen CM, McBride T. Epiploic Appendagitis Mimicking Acute Appendicitis: An Osteopathic Case Report. Cureus. 2022; 14(12): 32499.

Huang K, Waheed A, Juan W, Misra S, Alpendre C, Jones S. Acute epiploic appendagitis at the tip of the appendix mimicking acute appendicitis: A rare case report with literature review. World J Gastrointest Surg. 2019;11(8):342–7.

Ngai C, Viswanathan S, Lansom J. Case report: Caecal epiploic appendagitis mimicking acute appendicitis. Int J Surg Case Rep. 2023;106:108091.

Resumo

PROJETO DE EXTENSÃO EM PRIMEIROS SOCORROS COMO UM INSTRUMENTO PARA ATUALIZAÇÃO / CAPACITAÇÃO DE LEIGOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Vanessa Alves da Silva Rodrigues[1], Ana Carolina Cassimiro de Souza do Carmo[1], Ana Carolina Mendes Baldez[1], Gabrielle de Souza Santos[1], Marcela Ribeiro Rigueira[1], Nayara Aparecida de Oliveira Moura[1]

[1] Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP), Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Vanessa Alves da Silva Rodrigues. E-mail: vanessaalvesuff@gmail.com

INTRODUÇÃO: Primeiros socorros são definidos como um conjunto de técnicas de resposta imediata a emergências, aplicadas em vítimas de mal súbito, acidentes ou situações de risco de vida, com o objetivo de prevenir o óbito e o agravamento do quadro. Qualquer pessoa treinada pode prestar esse atendimento[1]. Com esse propósito, foi criado o projeto de extensão de Primeiros Socorros da Faculdade Dinâmica, visando disseminar conhecimentos nessa área. OBJETIVOS: apresentar o projeto de extensão "Primeiros Socorros da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP)". RELATO DE EXPERIÊNCIA: O Projeto de Extensão Primeiros Socorros da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP), vinculado ao curso de enfermagem, está ativo desde 2019 e já capacitou mais de 5 mil pessoas, de cidades da Zona da Mata Mineira. Entre os capacitados, destacam-se leigos, educadores e profissionais de saúde, como enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde. O projeto é coordenado por uma enfermeira especialista e mestre em cardiologia, com experiência em atendimentos de urgência e emergência. A equipe é composta por estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e fisioterapia, selecionados anualmente por meio de entrevistas e análise de currículo. Os membros passam por diversas capacitações no início das atividades e ao longo do ano, garantindo a qualidade e eficácia das formações oferecidas. As capacitações ocorrem tanto na faculdade, utilizando o laboratório de simulação realística de urgência e emergência, quanto *in loco*, com o transporte de todos os materiais necessários para as atividades teórico-práticas. As principais áreas abordadas incluem parada cardíaca (focada em adultos e pediatria), engasgos, traumas, convulsões, desmaios, queimaduras, hemorragias e fraturas. O projeto também gera publicações de artigos científicos e trabalhos de conclusão de curso. DISCUSSÃO: Capacitar leigos e atualizar profissionais de saúde favorece a correta aplicação dos primeiros socorros, aumentando significativamente a chance de sobrevivência das vítimas, promovendo um atendimento seguro[2]. Além disso, o projeto de extensão fortalece a conexão entre a faculdade e a comunidade, permitindo que o conhecimento acadêmico seja aplicado em situações reais[3]. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O projeto de extensão estimula a aplicação do conhecimento teórico-prático, e contribui para o desenvolvimento e inovação. Forma cidadãos mais conscientes, gerando um grande impacto social e ensina a importância do trabalho multi e interdisciplinar. Promove interação dos discentes com a comunidade e proporciona um ambiente de disseminação de informação.

Palavras-chave: Primeiros Socorros. Treinamento por Simulação. Estudantes. Educação em Saúde.

Referências

Lima AF, Sabino MB, Souza CS, Manzoni GL, Charlo PB. A assistência de enfermagem diante à uma reanimação cardiopulmonar no âmbito pré-hospitalar. Glob Acad Nurs. 2023;4(1):e340.

American Heart Association. Destaque das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association [Internet]. Dallas: AHA; 2020 [acesso em 15 de janeiro de 2022]. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf

Sá MAM, Monici SCB, Conceição MM. A importância do projeto de extensão e o impacto que ele tem no processo formativo dos estudantes universitários. Revista Científica Acertte. 2022; *2*(3): e2365.

Resumo

IMPLEMENTAÇÃO DE PULSEIRAS COLORIDAS DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE MANCHESTER EM UM HOSPITAL DA ZONA DA MATA MINEIRA

Lavínia Ladeira Egydio[1], Raissa Policarpo Rodrigues[1], Katiusse Rezende Alves[1], Sarah do Carmo Inácio[1]

[1] Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, Minas Gerais, Brasil

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

INTRODUÇÃO: Os Serviços de Emergência Hospitalares são utilizados por usuários como a principal porta de entrada no sistema público ou privado de saúde. Com isso, esse sistema sempre se encontra superlotado e susceptível à ocorrência de eventos adversos à assistência em saúde. Para minimizar estes riscos e sistematizar o cuidado são utilizadas classificações de risco, onde a mais utilizada atualmente é o Protocolo de Manchester. A classificação de Manchester é dividida em cores organizadas que retratam o nível de gravidade e risco da apresentação clínica do paciente.[1] OBJETIVOS: Descrever a implementação de pulseiras coloridas de acordo com o Protocolo de Manchester no Pronto Atendimento de um Hospital da Zona da Mata Mineira. RELATO DE EXPERIÊNCIA: Ao observar a assistência em saúde ocorrida em um hospital da Zona da Mata Mineira foi possível observar uma grande superlotação do serviço e a falta de conhecimento dos pacientes acerca de seu tempo de espera para atendimento. DISCUSSÃO: Diante da problemática exposta foi necessário pensar em uma alternativa para sistematizar os atendimentos e educar a população em saúde acerca de seu tempo de espera. Com isso, observamos que a triagem baseada no Protocolo de Manchester já ocorria e era realizada pela enfermeira do setor. Dessa maneira, surgiu a ação de implementar pulseiras coloridas de acordo com o Protocolo de Manchester nas cores: verde, azul, laranja e amarela. A cor vermelha não foi implementada pois entra direto no serviço. A partir dessa implementação, no momento da triagem o paciente é informado em qual cor foi classificado e em quanto tempo receberá atendimento. Ademais, pacientes que podem receber atendimento a nível de Atenção Primária são encaminhados para as Unidades respectivas ao local em que moram, diminuindo assim a demanda de um serviço que é portas abertas para urgência e emergência. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Após a implementação das pulseiras no Pronto Atendimento, ocorreu uma maior organização e sistematização dos atendimentos. Essa implementação trouxe bons resultados, evitando ainda mais o tempo de espera dos pacientes e tornando a assistência em saúde no serviço ainda mais eficaz e eficiente.

Palavras-chave: Emergência. Assistência em saúde. Pronto Socorro.

Referências

1. Sacoman TM, Beltrammi DGM, Andrezza R, Cecílio LCO, Reis AAC. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. Saúde debate. 2019;43(121):354–67.

Resumo

TECNOLOGIA EDUCACIONAL DE BAIXO CUSTO PARA O TREINAMENTO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM CENÁRIOS DE EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda de Faria Campos[1], Ágatha Castilho de Paula[1], Helena Teixeira Scoralick[1], João Paulo Carvalho Figueira[1], Quenfins Almeida Vieira Bisaggio[2]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil,
[2] Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) CISDESTE, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondnte: Amanda de Faria Campos. E-mail: amanda.campos@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O acesso venoso periférico possui fundamental importância na administração de medicamentos e soluções a pacientes na emergência[1,2]. Porém, com o objetivo de evitar quaisquer tipos de iatrogenia, é imprescindível o treinamento adequado dos futuros profissionais de saúde para o desenvolvimento de habilidades[2,3]. Nesse sentido, o uso de tecnologia educacional de baixo custo para o treinamento de acadêmicos da área da saúde pode ser uma ferramenta útil para o treinamento de uma prática mais segura. OBJETIVOS: Apresentar um relato de uma experiência vivida por estudantes de medicina e de enfermagem em aula teórica e prática, na qual foi instruído sobre técnicas de punção venosa periférica em simuladores de baixo custo. RELATO DE EXPERIÊNCIA: Proporcionou-se aos estudantes de medicina e de enfermagem da Liga Acadêmica de Trauma e Emergência da Universidade Federal de Juiz de Fora uma aula teórica e prática sobre "Acesso Venoso Periférico". Foram ensinadas técnicas de punção venosa por uma especialista, em seguida, os alunos praticaram em simuladores de baixo custo construídos de forma viável e reprodutível, emulando o sistema venoso do antebraço. O simulador consistia em uma espuma cilíndrica de polietileno para sustentar o membro, dois torniquetes de flebotomia, representando sistemas venosos, seringas com água e corante vermelho, criando um sistema hidráulico simulando o sangue, e papel EVA cobrindo a estrutura, representando a epiderme. Os alunos foram supervisionados pela especialista, que verificou a técnica e auxiliou, individualmente, nas dúvidas que surgiram durante a prática[2]. Por fim, afirmaram sentirem-se mais seguros quanto ao manejo de acesso venoso periférico. DISCUSSÃO: Com o intuito de promover uma realização adequada de acessos vasculares, destaca-se a necessidade de treinamentos padronizados. Atualmente, predominam aulas teóricas com práticas em pacientes reais, aumentando o risco potencial de complicações. O uso de simuladores altamente fidedignos é limitado devido ao custo e à dificuldade de restauração, restringindo seu acesso[4]. Por outro lado, o manequim desenvolvido neste trabalho é econômico e permite o treinamento apropriado dos acadêmicos, representando adequadamente o sistema venoso e sendo facilmente restaurado com a substituição de EVA e da borracha após cada uso. Desse modo, apresenta-se como uma excelente ferramenta para a capacitação de acadêmicos da área da saúde[4]. CONCLUSÃO: A simulação de punção venosa visa aprimorar habilidades práticas e fortalecer conhecimentos teóricos em técnicas seguras. Integrar aulas teóricas com simulações de baixo custo proporciona uma execução segura e acessível, melhorando a competência dos futuros profissionais ao reduzir complicações em procedimentos nas emergências.

Palavras-chave: Treinamento por Simulação. Simulação Realística. Assistência Pré-Hospitalar. Serviços Médicos de Emergência. Tecnologia de Baixo Custo.

Referências

Robert L Frank, MD, FACEP. Peripheral venous access in adults. UpToDate. [Acesso em: 16 jul. 2024] Disponível em: <. https://www.uptodate.com/contents/peripheral-venous-access-in-adults>.

Sakakushev BE, Marinov BI, Stefanova PP, Kostianev SSt, Georgiou EK. Striving for Better Medical Education: the Simulation Approach. Folia Med. 2017;59(2):123–31.

Silveira BWM, Araújo LAA, Albuquerque LDS, Vasconcelos FDO, Lima EBDM, Góes ACADM, *et al*. Assembly and use of a low-cost paracentesis simulator for the teaching of puncture and drainage of ascites. Rev Col Bras Cir. 2022;49:e20223099.

Fernandes CO, Rodrigues LR, Amaral MLBS, Rodrigues SJM, Marton-Filho MA. Low-cost simulator for intra-abdominal bleeding. Rev Col Bras Cir. 2023;50:e20233512.

Resumo

MAPEAMENTO DAS INTERVENÇÕES PRÉ-HOSPITALARES NO MANEJO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO AGUDO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Juan Pedro Upegui Passos[1], Artur Dutra Pena[1], Said Dias Naime Resende[1], Victor Hugo Santos Lima[1], Victor Pontes e Silva[1], Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva[1]

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

Autor correspondente: Juan Pedro Upegui Passos. E-mail: juanpedro2804@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi) agudo, responsável por 80% dos casos de AVC[1], ocorre por interrupção abrupta do fluxo sanguíneo encefálico, provocando danos neuronais graves[2]. Manejos pré-hospitalares são cruciais para melhorar os desfechos clínicos[2], sendo abordados na literatura majoritariamente cinco: utilização de unidades móveis de AVC (MSUs)[3,4], eletroencefalografia[5], telemedicina[6,7], protocolos de triagem[8,9], protocolos de transporte[10]. OBJETIVOS: O objetivo deste trabalho é analisar manejos pré-hospitalares do AVCi agudo, para otimizar o atendimento, melhorar os desfechos clínicos, e sugerir hiatos nesta linha de pesquisa. METODOLOGIA: A metodologia consistiu em levantamento bibliográfico da base de dados PubMed/MEDLINE, utilizando como descritores: ("ischemic stroke") AND (("prehospital care") OR ("Emergency medical services")). Foram selecionados artigos de revisão bibliográfica, revisão sistemática e ensaio clínico randomizado, publicados nos últimos cinco anos (2019-2024), redigidos na língua inglesa, que abordassem os manejos pré-hospitalares do AVCi agudo. Foram encontrados 50 artigos; após leitura de título e resumo, foram selecionados 25 artigos para leitura na íntegra. Desses, 14 respeitaram os critérios de elegibilidade, sendo incluídos no trabalho. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O manejo pré-hospitalar do AVCi é essencial para reduzir o tempo até o tratamento e melhorar os desfechos clínicos[3,9,10]. Escalas de triagem estudadas, como Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) e Face-Arm-Speech-Time (FAST), mostraram-se eficazes na identificação precoce de AVCi, porém ainda não se estabeleceu o "padrão ouro", visto a baixa especificidade quanto a origem e grau do AVCi, além de algumas exigirem maior conhecimento específico do profissional[6,8,9,11]. A telemedicina tem se mostrado útil para avaliação remota de pacientes, tomada de decisões e orientação das equipes de emergência[11]. Protocolos de transporte rápido para centros especializados reduziram o tempo entre o início dos sintomas e a trombólise, assim como a utilização das MSUs, que também otimizam diagnósticos a partir de exames de imagem[3,4,6,9,10,12-14]. A eletroencefalografia detecta isquemia encefálica a partir da alteração da atividade elétrica cerebral, mas enfrenta desafios de interpretação em ambientes não controlados, com potencial ainda em investigação[6]. Por fim, evidenciaram-se dificuldades para realizar estudos pré-hospitalares e escassez de trabalhos mais complexos para melhorar o desenvolvimento e a precisão nesse setor[6,8,9,11]. CONCLUSÃO: O manejo pré-hospitalar rápido e eficaz do AVCi agudo demonstraram melhorias nos desfechos clínicos. Recursos como telemedicina, protocolos de transporte rápido, MSUs e a eletroencefalografia são promissores; contudo, o processo enfrenta limitações como a ausência de escala de triagem padrão-ouro.

Palavras-chave: AVC Isquêmico Agudo. Assistência Pré-Hospitalar. Serviços Médicos de Emergência.

Referências

Leite KFS, Santos SR, Andrade RLP, Faria MGBF, Saita NM, Arcêncio RA, *et al.* Reducing care time after implementingprotocols for acute ischemic stroke: a systematic review. Arq Neuropsiquiatr. 2022 Jul;80(7):725-740.

Zubair AS, Sheth KN. Emergency Care of Patients with Acute Ischemic Stroke. Neurol Clin. 2021 May;39(2):391-404.

Chen J, Lin X, Cai Y, Huang R, Yang S, Zhang G. A Systematic Review of Mobile Stroke Unit Among Acute Stroke Patients: Time Metrics, Adverse Events, Functional Result and Cost-Effectiveness. Front Neurol. 2022 Mar 9;13:803162.

Hariharan P, Tariq MB, Grotta JC, Czap AL. Mobile Stroke Units: Current Evidence and Impact. Curr Neurol Neurosci Rep. 2022 Jan;22(1):71-81.

van Meenen LCC, van Stigt MN, Siegers A, Smeekes MD, van Grondelle JAF, Geuzebroek G, *et al.* Detection of Large Vessel Occlusion Stroke in the Prehospital Setting: Electroencephalography as a Potential Triage Instrument. Stroke. 2021 Jul;52(7):e347-e355.

Fladt J, Ospel JM, Singh N, Saver JL, Fisher M, Goyal M. Optimizing Patient-Centered Stroke Care and Research in the Prehospital Setting. Stroke. 2023 Sep;54(9):2453-2460.

Demaerschalk BM, Scharf EL, Cloft H, Barrett KM, Sands KA, Miller DA, *et al.* Contemporary Management of Acute Ischemic Stroke Across the Continuum: From TeleStroke to Intra-Arterial Management. Mayo Clin Proc. 2020 Jul;95(7):1512-1529.

Dekker L, Moudrous W, Daems JD, Buist EF, Venema E, Durieux MD, *et al.* Prehospital stroke detection scales: A head-to-head comparison of 7 scales in patients with suspected stroke. Int J Stroke. 2025; 20(3): 268-277.

Zarei H, Ebrahimzade M, Hajiqasemi M, Janmohamadi M, Adel Ramawad H, Haji Aghajani M, *et al.* Diagnostic accuracy of 3-item stroke scale for detection of cerebral large vessel occlusion: A systematic review and meta-analysis. Am J Emerg Med. 2024 Sep;83:114-125.

Behrndtz A, Blauenfeldt RA, Johnsen SP, Valentin JB, Gude MF, Al-Jazi MA, *et al.* Transport Strategy in Patients With Suspected Acute Large Vessel Occlusion Stroke: TRIAGE-STROKE, a Randomized Clinical Trial. Stroke. 2023 Nov;54(11):2714-2723.

Richards CT, Oostema JA, Chapman SN, Mamer LE, Brandler ES, Alexandrov AW, *et al.* Prehospital Stroke Care Part 2: On-Scene Evaluation and Management by Emergency Medical Services Practitioners. Stroke. 2023; 54(5): 1416-1425.

Pajor MJ, Adeoye OM. Evolving Stroke Systems of Care: Stroke Diagnosis and Treatment in the Post-Thrombectomy Era. Neurotherapeutics. 2023 Apr;20(3):655-663.

Phipps MS, Cronin CA. Management of acute ischemic stroke. BMJ. 2020 Feb 13;368:l6983.

Herpich F, Rincon F. Management of Acute Ischemic Stroke. Crit Care Med. 2020 Nov;48(11):1654-1663.

Resumo

ACESSO CIRÚRGICO ALTERNATIVO PARA TRAUMATISMO POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO (PAF): RELATO DE CASO

Thainá Santos Barbosa[1], Júlia Silva Reis[2], Luiza Salomão Lopes Pereira[2], Rômulo César Ramos Laurito Silva[3], Frederico Aiex Lopes[4]

[1] Faculdade Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil;
[2] Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil;
[3] Universidade Estácio de Sá (UNESA), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil;
[4]Cirurgião Bucomaxilofacial.

Autor correspondente: Thainá Santos Barbosa. E-mail: thainasantos.barbosa@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Lesões por projéteis de arma de fogo (PAF) requerem análise minuciosa para verificar comprometimento de áreas críticas. O trauma balístico causa graves danos teciduais, tornando a reconstrução complexa[1]. A energia cinética do projétil no impacto determina a quantidade máxima de energia disponível, dissipada e o dano resultante, que dependem da velocidade, deformação, deflexão e saída do projétil. Lesões de alta velocidade na face resultam em extensas áreas de necrose e contaminação[2,3]. Os defeitos incluem perdas teciduais, assim, um resultado funcional e estético deve ser o objetivo na seleção da técnica cirúrgica. Os princípios do tratamento visam reduzir contaminações, preservar função e restaurar a anatomia facial[1,4]. OBJETIVOS: Descrever a abordagem cirúrgica e os resultados no tratamento de um paciente com lesões faciais por PAF, destacando a importância da técnica escolhida e os cuidados pós-operatórios. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 30 anos, apresentou-se ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora após sofrer ferimentos por PAF. Realizou-se avaliação clínica e exames complementares para detalhar a localização e profundidade dos projéteis e identificar eventuais danos a estruturas vitais. A tomografia computadorizada revelou dois projéteis alojados: um após a parede posterior do seio maxilar direito e outro na região cervical. A equipe cirúrgica decidiu pela remoção dos projéteis. Para o alojado na maxila, realizou-se um acesso via osteotomia LeFort I, o que permitiu o acesso direto ao projétil, facilitando sua remoção sem comprometer estruturas adjacentes. Para o projétil na região cervical, optou-se por um acesso cutâneo direto, dada sua localização superficial. O procedimento transcorreu sem complicações, com remoção bem-sucedida e hemostasia adequada. Ao final, realizou-se radioscopia para verificar a fixação do sistema de placa e parafusos 2.0. O paciente recebeu alta após 3 dias, com orientações para cuidados pós-operatórios. DISCUSSÃO: A osteotomia LeFort I foi indicada devido a impossibilidade de outro acesso direto. A região anatômica contém vasos calibrosos importantes, como a artéria esfenopalatina, sendo a visão cirúrgica crucial para a remoção do PAF com segurança[3]. Ferimentos maxilofaciais por arma de fogo ameaçam a saúde do paciente, tornando a cirurgia essencial para reconstruir tecidos moles e ósseos, evitando infecções e restaurando a função[5,6]. CONCLUSÃO: A cirurgia para ferimentos por PAF na região maxilofacial é complexa e exige uma abordagem cuidadosa. Este caso evidencia a eficácia da osteotomia LeFort I e a necessidade de acompanhamento rigoroso no pós-operatório para garantir a recuperação completa do paciente.

Palavras-chave: Balística forense. Traumatismos cranianos penetrantes. Osteotomia de Le Fort.

Referências

Barrera JE. Mechanisms of soft tissue injury and repair from ballistics. Facial Plastic Surgery 2021; 37(4): 432-8.

Jose A, Arya S, Nagori S. High-velocity ballistic injuries inflicted to the maxillofacial region. Journal of Craniofacial Surgery 2019; 30(6): e511-e514.

Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson. 3ª ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN; 2016. E-book. ISBN: 9788527729710. Acesso em: 30 mai. 2024. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527729710/..

Fagin AP, Dierks EJ, Bell RB, Cheng AC, Patel AA, Amundson MS. Infection prevalence and patterns in self-inflicted gunshot wounds to the face. Oral and Maxillofacial Surgery 2019; 128 (1): 9-13.

Firat C, Geyik Y. Surgical modalities in gunshot wounds of the face. Journal of Craniofacial Surgery 2013; 24(4): 1322-6.

Khatib B, Gelesko S, Amundson M, Cheng A, Patel A, Bui T, *et al.* Updates in Management of Craniomaxillofacial Gunshot Wounds and Reconstruction of the Mandible. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 2021: 33: 359-72.

Resumo

PERFIL DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO ATENDIDOS PELO SAMU NO PERÍODO DE 2014 A 2024 EM TERRITÓRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Hugo Pereira de Andrade[1], Emilly Lígia Barbosa Vasconcelos[1], Larissa Costa Zigler de Oliveira[1], Sofia Molino Calderaro[1], Wanessa Aparecida da Cunha Martins[1], Margareth Alves Bastos e Castro[1]

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

Autor correspondente: Hugo Pereira de Andrade. E-mail: hgpereira03@gmail.com / hugo.pereira@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Os acidentes de trânsito (AT) são uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo, exigindo respostas rápidas e eficientes dos serviços de emergência. O SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), como principal serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) no Brasil, desempenha um papel central nesse contexto, tendo em vista que ocorrências de acidentes de trânsito apresentam incidência elevada[1]. OBJETIVOS: Identificar, na literatura, as principais características dos atendimentos realizados pelo SAMU em ocorrências de acidentes de trânsito. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão bibliográfica conduzida por meio de evidências encontradas nas bases de dados BVS, BDENF e LILACS. Foram utilizados os descritores "atendimento pré-hospitalar" e "acidentes de trânsito", sendo escolhidos artigos que abrangiam o período de 2014 a 2024 cujos estudos analisavam território brasileiro, totalizando 36 registros iniciais, dos quais 13 foram selecionados, todos em português. Como critério de inclusão foram escolhidos estudos que retratavam acidentes automobilísticos associados à assistência prestada pelo SAMU, e como critério de exclusão, estudos que não atendiam ao objetivo do estudo. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A análise bibliográfica dos últimos 10 anos demonstra que o perfil dos acidentes de trânsito envolvem, majoritariamente, indivíduos do sexo masculino, em idade produtiva. Fato que pode ser atrelado ao imaginário socialmente construído da masculinidade como figura imponente e invulnerável, estando consequentemente mais presente em comportamentos de risco[2]. Em cena, destaca-se a incidência de AT envolvendo motocicletas[2], com indivíduos acometidos com lesões em membros, tanto superiores quanto inferiores, principalmente escoriações. No APH, deslocamento de Unidades de Suporte Básico (USB) ao local com sucesso em tempo ouro de manejo da urgência (5-20 minutos)[3], ocasionando quadros estáveis dos acometidos, sem necessidades de hospitalização na maioria dos casos. Portanto, observa-se a relação dessas características com o maior número de motocicletas circulantes no trânsito, por seu baixo custo e praticidade, principalmente em atividades laborais, porém com maior periculosidade na condução[2]. Os acontecimentos têm ligações intrínsecas com a adesão insatisfatória dos condutores às medidas de segurança e às normas de trânsito, tais como respeito do limite de velocidade, uso de capacetes, Lei Seca instituída em 2012, e afins[2,4]. CONCLUSÃO: Conclui-se que os acidentes são mais frequentes entre homens em idade produtiva e que os motociclistas estão entre os mais vulneráveis. Pode-se concluir que o APH, estratégias preventivas e educativas, somadas à aceitabilidade dos motoristas às normas, são cruciais para redução de acidentes.

Palavras-chave: Acidentes de trânsito. Emergência. Serviços médicos de emergência.

Referências

Castro RR, Faustino US, Ribeiro DM. Caracterização das ocorrências do serviço de Atendimento Móvel de Urgência–SAMU. Rev Eletr Acervo Enferm. 2020; 7.

Sampaio CA, Silva DR, Almeida FLS, Sousa AR, Santana TS, Silva AF, *et al*. Homens e acidentes de trânsito e o atendimento pré-hospitalar móvel. Rev enferm UFPE on line. 2019; 13.

Santos SMJ, Souza MA, Rocha FL, Souza VP, Muniz MAS, Rodrigus JA. Caracterização dos fatores de risco para acidentes de trânsito em vítimas atendidas pelo Serviço Móvel de Urgência. Rev enferm UFPE on line. 2016; 10(10).

Santos Junior EB, Costa JBC, Arcanjo HS, Pinto JR. Acidentes com motocicletas: a ótica de enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). 2020; 12: 434-439.

Resumo

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM CASOS DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO: REVISÃO DA LITERATURA E DESAFIOS NO MANEJO CLÍNICO

Sofia Molino Calderaro[1], Cassiane de Assis Peixoto[1], Sarah Passe Alves[1], Wellerson Honório de Souza[1], Isabella Teixeira Pacheco[1], Suellen Cristina Dias Emídio[2]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil;
[2] Marjory Gordon Program no Boston College, Boston, EUA; Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz d Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Sofia Molino Calderaro. E-mail: sofiamolino21@gmail.com

INTRODUÇÃO: Segundo a Organização Mundial da Saúde, a hemorragia pós-parto (HPP) caracteriza-se pela perda de 500 ml ou mais de sangue nas primeiras 24 horas após o parto, sendo uma das principais causas de mortalidade materna[1]. Entretanto, a maioria dos casos de morte materna por hemorragia pode ser evitada por meio de práticas adequadas realizadas pela equipe de saúde. O serviço de atendimento pré-hospitalar (APH), nesse contexto, visa estabilizar e tratar as mulheres que sofrem com sangramento excessivo pós-parto, antes de chegarem ao hospital. Mesmo com avanços na assistência obstétrica, ainda existe uma lacuna na literatura acerca da temática. OBJETIVO: Identificar na literatura científica o atendimento prestado pelo APH a mulheres com hemorragia pós-parto. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as palavras-chave "hemorragia" AND "atendimento pré-hospitalar" AND "parto". Os artigos analisados foram publicados no período de 2014-2024 e organizados em um formulário. Foram encontrados 39 artigos, e, após análise, 6 foram incluídos no estudo, sendo utilizados como critérios de inclusão os estudos que retratam hemorragias pós-parto associadas à assistência de APH. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Dos estudos analisados 33,3% foram publicados em português e 66,7% em inglês. Não houve uma uniformidade do conceito central, o que levou à dispersão das ideias e à dificuldade de integração dos resultados e conclusões consolidadas. As ações mais citadas incluem massagem uterina, mencionada em 33% dos estudos[3,5], assim como o uso de uterotônicos (como ocitocina, misoprostol e metilergonovina), utilizados em 88% dos casos para controlar a HPP[2]. O ácido tranexâmico também foi utilizado em 34% dos casos para reduzir o sangramento, enquanto transfusões sanguíneas foram aplicadas em 51% das pacientes[4]. A embolização arterial uterina foi uma intervenção importante, sendo bem-sucedida em 64% dos casos graves[2]. A falta de uniformidade pode comprometer a qualidade do atendimento prestado às pacientes, uma vez que a conduta dos profissionais pode variar significativamente de acordo com a interpretação de cada um sobre a situação. A relevância do tema, justifica-se pela alta mortalidade materna associada às hemorragias, sendo fundamental que os profissionais de saúde envolvidos no APH estejam devidamente capacitados e sigam protocolos claros e eficazes. CONCLUSÃO: A análise dos estudos demonstrou que o APH à parturiente com hemorragia pós-parto não traz uniformidade do conceito central e do manejo durante o atendimento, evidenciando a necessidade de novas pesquisas com diferentes abordagens metodológicas para melhor manejo das hemorragias pós-parto.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto. Emergência. Serviços médicos de emergência.

Referências

Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Genebra: OMS, 2014. [Acesso em: 02 out. 2024]. Disponível em: https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789241548502. Acesso em: 01 out. 2024

Giacalone S, Kottmann A, Darioli V, Carron PN, Desseauve D, Albrecht R, *et al.* Clinical characteristics and haemodynamic state of patients undergoing interhospital transfer for postpartum haemorrhage: A study of a single-centre helicopter emergency medical service. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022; 268: 48-55.

Leonardsen ACL, Helgesn AK, Ulvøy L, Grøndahl VA. Prehospital assessment and management of postpartum haemorrhage- healthcare personnel's experiences and perspectives. BMC Emergency Med. 2021; 21(1): 98.

Klemettilä E, Rahkonen L, Nuutila M, Lääperi M, Harve-Rytsälä H. Role of oxytocin in prevention of postpartum hemorrhage in unplanned out-of-hospital deliveries treated by emergency medical services. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(7): 901-908.

McLelland G, Mc kenna L, Morgans A, Smith K. Epidemiology of unplanned out-of-hospital births attended by paramedics. BMC Pregnancy and Childbirth. 2019; 18(1): 15.

GOMES, Maria de Fátima *et al.* Prevalence of hypertension in parturients assisted in an emergency maternity hospital in Sergipe. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 38, n. 11, p. 559-564, 2016. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27911959. Acesso em: 02 out. 2024.

Gusmão NVS, Souza ZCSN, Fonseca MCC. Atendimento às gestantes e puérperas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Ciênc, Cuid Saúde. 2016; 15(1): 11-18.

Resumo

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Emilly Fátima Garcia de Paiva[1], Julia Thomopoulos Moss Nascimento[1], Giulia Maria de Matos Santos[1], Laryssa da Silva Souza[1], Natália Maria Vieira Pereira Caldeira[1]

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

Autor correspondente: Emilly Fátima Garcia de Paiva. E-mail: emillyfag@gmail.com

INTRODUÇÃO: A hemorragia pós-parto (HPP) é a principal causa evitável de morte materna, sendo conceituada como perda sanguínea cumulativa igual ou maior que 1000 ml ou perda de sangue atrelada a sinais ou sintomas de hipovolemia, no período de 24 horas após o parto, independentemente da via de parto. A maioria dos óbitos são preveníveis por intervenções eficazes, o que torna crucial reconhecer a assistência de enfermagem na HPP. OBJETIVO: Identificar na literatura qual a assistência de enfermagem prestada na hemorragia pós-parto. METODOLOGIA: Revisão narrativa da literatura, com levantamento bibliográfico nas bases SciELO, LILACS e MEDLINE. Aplicou-se a combinação dos seguintes descritores controlados e operadores booleanos para a busca: "Enfermagem" AND "Hemorragia pós-parto" e *"Nursing"* AND *"Postpartum hemorrhage"*. A pergunta científica foi "Qual a assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto?". Incluiu-se os artigos disponibilizados na íntegra, publicados entre 2020 e setembro de 2024, nos idiomas português, inglês e/ou espanhol. Foram excluídos estudos duplicados e que não respondiam à pergunta norteadora. A extração das informações foi mediada por um instrumento validado. RESULTADOS E DISCUSSÃO: No total, 129 artigos foram encontrados dos quais cinco compuseram a amostra final. A assistência de enfermagem na HPP teve como principais cuidados: aferição dos sinais vitais, avaliação, cálculo e preenchimento da ficha acerca da perda de sangue, infusão de fluidos, administração de ocitocina, orientação para alta, organização do carrinho de emergência, remoção manual da placenta, comunicação eficiente entre a equipe, controle da diurese, esvaziamento da bexiga, fornecimento de oxigênio e de roupa anti choque para a puérpera, inserção de balão intra uterino, massagem uterina e compressão bimanual, além da administração de misoprostol. Observa-se uma variedade de cuidados além de uma despadronização destes nas instituições. Destaca-se a importância da implementação de um plano de cuidados de enfermagem que identifique e acompanhe a evolução da HPP, garantindo uma assistência rápida, individualizada e eficiente. Assim, é de grande relevância o preparo da equipe de enfermagem diante da realização dos cuidados e protocolos mediante os casos de HPP, sendo este último primordial para o planejamento da assistência. CONCLUSÃO: A assistência de enfermagem é essencial para a identificação e reversão da hemorragia pós-parto. Os cuidados atribuídos à equipe de enfermagem visam evitar outras complicações decorrentes da HPP, incluindo a mortalidade materna. Logo, torna-se indispensável que a equipe esteja segura de quais cuidados compõem uma assistência eficiente, individualizada e baseada em evidências científicas, além de seguir os protocolos existentes.

Palavras-chave: Hemorragia pós-parto. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Obstétrica. Revisão.

Referências

1. Bienstock JL, Eke AC, Hueppchen NA. Postpartum Hemorrhage. N Engl J Med. 2021; 384(17): 1635–1645.
2. Vogel JP, Nguyen PY, Ramson J, De Silva MS, Pham MD, Sultana S, *et al.* Effectiveness of care bundles for prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review. Systematic Reviews. 2024; 231(1):67-91.
3. Ursi Es. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [citado em 29 set. 2024]. Disponível em: doi:10.11606/D.22.2005.tde-18072005-095456.
4. Montañez RAC, Veloza CMC, Ballesteros LVM, González TVP, Leyva AJS. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Rev Cuid. 2022; 13(1):e9.
5. Branga L, Wilhelm LA, Arboit J, Pilger CH, Sehnem GD, Martins EL. Cuidados de enfermeiros frente às hemorragias puerperais: revisão integrativa. Rev. enferm. UFSM. 2022.
6. Ferrera IP, Martínez MS, Bermudes GG, Espangler LG. Plan de cuidados de enfermería en puérperas con hemorragia en la unidad de cuidados intensivos. Rev. Cuba. médico. mil. 2024; 53(1).
7. Martínez MS, Ferrera IP, Bermudes GG, Espangler LG, Paizan GO.Atención de enfermería para la prevención terciaria de algunas complicaciones asociadas al puerperio. Medisan. 2024; 28(1).
8. Xia Z, Tan Y, Ru C. The Application Effect of Doctor-Nurse Collaborative and Hierarchical Management Combined with Nursing Risk Management in Nursing Management of Patients with Postpartum Hemorrhage. Iran J Public Health.2022; 51(4): 808-813.

Resumo

HOSPITALIZAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM IDOSOS NO BRASIL

Ágatha Castilho de Paula[1], Jacqueline Batista do Nascimento[1], Luíza Miranda e Silva[1], Miguel Antônio Carvalho da Silva[1], Samara Moraes Santos[1], Flávio Augusto Teixeira Ronzani[1]

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

Autor correspondente: Ágatha Castilho de Paula. E-mail: enf.agathacastilho@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), condição definida pela morte tecidual cardíaca após período isquêmico prolongado. Diversos são os fatores de risco, como idade, sexo, doença cardiovascular prévia. Apesar da idade avançada ser preditor de piores desfechos, há uma sub-representação de idades avançadas em ensaios clínicos, dificultando a otimização de conduta para esse grupo. OBJETIVO: Analisar o quantitativo de internações por IAM em idosos em caráter de urgência no Brasil entre o período de 2019-2023. METODOLOGIA: Estudo observacional, transversal, realizado com dados secundários do Sistema de Informações sobre Hospitalares (SIH/SUS), vinculado ao DATASUS. Estudou-se casos de internações hospitalares em caráter de urgência por IAM notificados no Brasil, entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023, de pacientes com mais de 60 anos. As variáveis incluídas foram sexo, faixa etária e ano de internação. Foi realizada estatística descritiva com utilização do Excel a fim de organizar e analisar os resultados da pesquisa. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Constatou-se que o total de idosos hospitalizados em caráter de urgência por IAM entre 2019 e 2023 foi de 415.499. Destes, 17,75% ocorreram em 2019, 17,59% em 2020, 19,16% em 2021, 22,24% em 2022 e 23,26% em 2023. Quanto às faixas etárias, as internações apresentaram as seguintes porcentagens: 25,24% entre 60-64 anos, 24,07% entre 65-69 anos, 19,97% entre 70-74 anos, 14,46% entre 75-79 anos e 16,26% em idosos com 80 anos e mais. Além disso, 60,29% representam homens. Percebe-se aumento progressivo do quantitativo de internações no período estudado, exceto por uma ligeira queda entre 2019 e 2020, e a faixa etária de 60-64 anos mostra-se prevalente. Com o progressivo envelhecimento populacional brasileiro, a hospitalização por IAM torna-se um desafio crescente. O número de mortes por IAM em idosos no Brasil representa notável contribuição para o total de mortes[4] e o número de internações em caráter de urgência aumentou nos últimos anos, o que suscita a necessidade do desenvolvimento de estratégias para lidar com a problemática. CONCLUSÃO: A análise identificou um aumento progressivo dos casos de IAM entre 2019 e 2023, com prevalência entre homens e entre 60-64 anos anos. O estudo apresenta limitações, como subnotificação e falta de associação causal. Assim, faz-se necessário realizar estudos adicionais para entender o aumento dos casos e implementar políticas de prevenção e promoção à saúde para reduzir as internações urgentes por IAM no Brasil.

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio. Hospitalização. Idoso.

Referências

Oliveira GV, Raponi MBG, Magnabosco P, Oliveira MAM, Araújo SA, Haas VJ, *et al*. Risk Factors for In-Hospital Mortality from Cardiac Causes After Acute Myocardial Infarction. Int J Cardiovasc Sci. 2023;36.

Paiva Neto MF, Lira PP, Corrêa DRG, Souza TC, Silva MAGB, Souza US, *et al*. Perfil epidemiológico das internações por Infarto Agudo do Miocárdio entre 2019 e 2023. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 2024 Apr 25;6(4):2287–96.

Biscaglia S, Guiducci V, Escaned J, Moreno R, Lanzilotti V, Santarelli A, *et al*. Complete or Culprit-Only PCI in Older Patients with Myocardial Infarction. N Engl J Med. 2023; 389(10): 889-898.

Teixeira RF. Tendência das taxas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, em idosos no estado do Rio de Janeiro 2000-2015 [TCC]. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fiocruz; 2015.

Franco PYS, Rocha MV, Guedes BR, Almeida GP, Afonso GV, Ferreira BA, *et al*. Incidência do infarto agudo do miocárdio em idosos no norte de Minas Gerais, no período de 2008 a 2018. Brazilian Journal of Health Review. 2021 Jul 19;4(4):15423–32.

Resumo

INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM CARÁTER DE URGÊNCIA POR QUEIMADURAS EM IDOSOS NO BRASIL

Amanda Laranjo Villa[1], Jacqueline Batista do Nascimento[1], Luíza Miranda e Silva[1], Miguel Antônio Carvalho da Silva[1], Samara Moraes Santos[1], Flávio Augusto Teixeira Ronzani[1]

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

Autor correspondente: Amanda Laranjo Villa. E-mail: amanda.villa@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Queimaduras representam grande parcela de acidentes por causas externas. O perfil epidemiológico de idosos relaciona-se ao aumento da ocorrência desses acidentes devido a fatores como alterações sociais, orgânicas e cognitivas. Idosos com queimaduras dispõem de maior tempo de internação e taxa de mortalidade, demonstrando a importância de estudos epidemiológicos, considerando o aumento da expectativa de vida mundial[1]. OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico das internações por queimaduras em idosos em caráter de urgência no Brasil entre o período de 2019-2023. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado mediante coleta de dados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) vinculado ao DATASUS. As internações investigadas foram aquelas descritas em caráter de urgência devido a acidente por queimaduras de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, que acometeram idosos acima de 60 anos. A partir da coleta dos dados realizada entre 05 e 10 de outubro de 2024, é aplicada estatística descritiva utilizando Excel, organizando os resultados da pesquisa. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Constatou-se que o total de idosos hospitalizados em caráter de urgência por queimaduras entre 2019-2023 foi de 12.395. Destes, 2.479 ocorreram em 2019, 2.276 em 2020, 2.386 em 2021, 2.561 em 2022 e 2.693 em 2023. Quanto às idades, as internações apresentaram os seguintes quantitativos: 4.519 entre 60-64 anos, 3.056 entre 65-69 anos, 2.036 entre 70-74 anos, 1.421 entre 75-79 anos e 1.363 em idosos acima de 79 anos. Percebe-se um aumento progressivo de internações de 2021-2023 e a faixa de 60-64 anos apresentou maior número de hospitalizações. Demonstra-se, no Brasil, progressivo envelhecimento populacional, com ascensão do índice de envelhecimento de 57,4% no período entre 2010-2022[2]. Nesse cenário, necessita-se fazer uma relação entre esse envelhecimento populacional brasileiro e o aumento de internações hospitalares por queimaduras nos indivíduos idosos, sendo essa faixa etária a mais suscetível a estes acidentes. Ademais, vale ressaltar que há relação entre idade, tempo de internação e maior taxa de mortalidade[1], o que suscita a necessidade de estratégias preventivas para essa população. CONCLUSÃO: Os dados indicam um aumento progressivo dos casos de queimaduras entre 2021-2023, com diminuição em 2020. O estudo apresenta limitações, como subnotificação e ausência de associação causal, tornando necessária uma investigação mais aprofundada. Além disso, é essencial que o Estado implemente políticas de prevenção de queimaduras para idosos no Brasil, visando reduzir as internações de urgência.

Palavras-chave: Queimaduras. Socorro de Urgência. Idoso. Hospitalização.

Referências

Daronch OT, Secanho MS, Ferreira B, Palhares AA, Fernanda R. Análise de pacientes idosos internados por queimaduras no Brasil. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. 2023 Jan 1;38(4).

IBGE. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos | Agência de Notícias [Internet]. Agência de Notícias – IBGE. 2023. [Acesso em 29 set 2024]. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos

Resumo

A UTILIZAÇÃO DA OCLUSÃO RESSUSCITATIVA POR BALÃO ENDOVASCULAR DA AORTA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM CASOS DE CHOQUE HEMORRÁGICO

Letícia Fernandes Ferreira[1], Isabela Azevedo de Almeida[1], João Pedro Mesquita[1], Gustavo Bittencourt Camilo[1]

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

Autor correspondente: Letícia Fernandes Ferreira. E-mail: leticiaf09.ferreira@gmail.com

INTRODUÇÃO: A oclusão ressuscitativa por balão endovascular da aorta (REBOA) é uma técnica minimamente invasiva que tem sido cada vez mais utilizada no controle de hemorragias e prevenção de colapso hemodinâmico. Ela consiste na instalação de um cateter numa artéria seguida da inflação de um balão em sua ponta, visando pacientes com cessação temporária ou limitação do fluxo sanguíneo pela aorta, melhorando os parâmetros hemodinâmicos até a realização da cirurgia definitiva. OBJETIVOS: O objetivo deste trabalho é elucidar a utilização do REBOA no atendimento pré-hospitalar em casos de choque hemorrágico traumático. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão de literatura, buscando artigos publicados nos últimos 10 anos na base de dados PubMed, utilizando os descritores: "emergency", "prehospital care" e "resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta", sendo encontrados 64 artigos. Desses, foram selecionados 5 artigos em inglês, prezando por aqueles de publicação mais recente. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O REBOA já é colocado como o quarto pilar na ressuscitação com controle de danos por criar uma ponte entre gerenciamento pré-hospitalar e controle de sangramento[1], sendo uma ferramenta na ressuscitação hemodinâmica do paciente gravemente ferido. Existem resultados positivos na utilização dessa técnica em diferentes zonas de oclusão no que concerne ao aumento da pressão arterial sistêmica (PAS) após oclusão, menor porcentagem de pacientes com queda da PAS para abaixo de 90 mmHg após retirada do balão e outras alterações hemodinâmicas significativas[2]. Vale destacar que a realização precoce da inserção do dispositivo relaciona-se com taxas de sobrevivência maiores[3]. Por outro lado, mesmo que o REBOA possa ser uma solução não cirúrgica eficaz para garantir a hemostasia completa durante o ajuste pré-hospitalar[4], a aplicação dessa técnica é delicada, requerendo a presença contínua de um profissional qualificado e bem treinado[1], já que as complicações incluem, entre outras, isquemia mesentérica e das extremidades dos membros, sobretudo quando a técnica é realizada no ambiente de pronto-socorro com mínimo ou nenhum apoio de cirurgiões de trauma[5]. Por fim, ao comparar-se a alta taxa de mortalidade por hemorragia com os efeitos colaterais do REBOA, o balanço risco-benefício é positivo[4]. CONCLUSÃO: O REBOA é um procedimento não cirúrgico que tem se mostrado acessível e eficiente no controle de hemorragias, principalmente em contextos pré-hospitalares. Entretanto, é necessário se precaver em relação às possíveis complicações advindas do uso desta ferramenta.

Palavras-chave: Assistência Pré-Hospitalar. Choque Hemorrágico. Emergências.

Referências

Ordoñez CA, Parra MW, Serna JJ, Rodríguez-Holguin F, García A, Salcedo A, *et al.* Resucitación en control de daños: REBOA, el cuarto pilar. Colombia Médica. 2020 Dec 1;51(4).

Wasicek PJ, Li Y, Yang S, Teeter WA, Scalea TM, Hu P, *et al.* Examination of hemodynamics in patients in hemorrhagic shock undergoing Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta (REBOA). Injury. 2019 May;50(5):1042–8.

Matsumura Y, Matsumoto J, Kondo H, Idoguchi K, Ishida T, Okada Y, *et al.* Early arterial access for resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta is related to survival outcome in trauma. The Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2018 Sep 1;85(3):507–11.

Thabouillot O, Bertho K, Rozenberg E, Roche N-C, Boddaert G, Jost D, *et al.* How many patients could benefit from REBOA in prehospital care? A retrospective study of patients rescued by the doctors of the Paris fire brigade. Journal of the Royal Army Medical Corps. 2018 Feb 27;164(4):267–70.

Sato R, Kuriyama A, Takaesu R, Miyamae N, Iwanaga W, Tokuda H, *et al.* Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta performed by emergency physicians for traumatic hemorrhagic shock: a case series from Japanese emergency rooms. Critical Care. 2018 Apr 21;22(1).

Resumo

FRATURA MANDIBULAR COMINUTIVA POR MORDEDURA CANINA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Raphael Laranjeira Lopes[1], Iandra Mara de Melo Resende[1], Luiz Augusto Paixão Hardtke[2], Max Filipe Cota de Souza[2], Vasco de Oliveira Araujo[2], Matheus Furtado de Carvalho[3]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF - Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil;
[2] Hospital João XXIII - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig, Blo Horizonte, Minas Gerais , Brasil;
[3] Universidade Federal de Juiz de Fora; Hospital Universitário HU/UFJF, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Raphael Laranjeira Lopes
E-mail: raphaelllopesd@gmail.com; lopes.raphael@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A mordedura é definida como qualquer ruptura na pele causada por dentes de animais, sendo a maioria causada por cachorros. Uma em cada cinco vítimas necessita de longa internação, gerando enormes gastos ao hospital. As mordeduras podem provocar sérios danos à vítima, principalmente quando ocorrem na região de cabeça e pescoço, podendo causar desfiguração da face e graves sequelas psicológicas às vítimas[1]. OBJETIVOS: Descrever um caso raro de paciente pediátrico que apresentou fratura comunicativa de mandíbula com avulsão do corpo, ramo e côndilo mandibular. RELATO DE CASO: Paciente do gênero masculino, 3 anos de idade, vítima de mordedura canina da raça pitbull, conduzido ao hospital pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com entubação nasotraqueal. Após sua admissão, foi encaminhado ao centro cirúrgico para realizar traqueostomia e controle de sangramento em face. O exame clínico demonstrou hemiface desconfigurada, com perda de substância envolvendo músculo bucinador, masseter, glândula parótida, nervo facial, ducto de Stenon, além de uma fratura cominutiva da mandíbula. Foram realizados bloqueio maxilomandibular com amarrias tipo Ivy, reposicionamento do côndilo em cavidade glenóide, fixação das fraturas mandibulares com miniplaca de titânio do sistema 2.0. Procedeu-se à sutura da cápsula articular, miorrafia do músculo masseter e sutura da bochecha, pavilhão auricular externo, couro cabeludo pela equipe de Cirurgia Plástica. Devido à grande perda de substância, não foi possível realizar o fechamento primário da ferida, sendo necessário realizar outros dois enxertos de pele das regiões inguinais. O paciente obteve alta hospitalar após dois meses de acompanhamento. DISCUSSÃO: A literatura defende a fixação dos segmentos com miniplacas reabsorvíveis em crianças, ainda que estes pacientes possam apresentar dentição mista, passível de lesar dentes permanentes e de colocar em risco o crescimento mandibular ao nivel de côndilo[3,4]. Defende também o fechamento primário da ferida mesmo em casos em que há atraso no cuidado com a lesão[2]. Recomenda-se a profilaxia de raiva, tétano e uso de antibióticos, podendo ser prescrito o ácido clavulônico como profilaxia primária ou o imipenem com cilastatin para infecções graves[5]. O risco de infecção é determinado pelos cuidados locais, caracterização e localização da ferida, fatores inerentes ao indivíduo, tipo de animal agressor e tempo para atendimento[2,5]. CONCLUSÃO: O atendimento multiprofissional e especializado, envolvendo o uso de miniplacas não reabsorvíveis, foi eficaz na fixação das fraturas, contribuindo para a rápida recuperação do paciente e prevenção de infecções hospitalares.

Palavras-chave: Animais. Crianças. Emergências. Fraturas Ósseas. Mordeduras. Picadas.

Referências

Fernandes RR, Sá TC, Pereira KRJD, Ribeiro DC, Andre GCS, Belettini ST, *et al.* Mordedura de cães e sua interconexão com a saúde única. Brazilian Journal of Health Review. 2023 Jan 10;6(1):537–48.

Tiznado MDC, Palomar FJF, Ruiz RI, Contreras AC, Huitrón JAG. Actualizaciones en la mordedura de perro. Acta Médica Grupo Ángeles. 2020;18(3):284–9.

Fernandes BR, Bizzotto JF, Weber Júnior VF, Abrasson AP, Bortoloso A, Sant'Ana AP, *et al.* Tratamento de Fratura de Face Incomum em Paciente Pediátrico. Arch Health Invest. 2022;11(5):836-9.

Oliveira MMM, Lima LB, Salge VM, Santos DM, Silva CJ, Paulo LFB . Tratamento cirúrgico de fratura bilateral de mandíbula em paciente pediátrico: Relato de caso. Research, Society and Development. 2021 May 28;10(6):e20310615706.

Porto GG, Souza BLM, Sampaio DO. Manejo de lesões por mordedura animal: relato de casos. Rev Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2013; 13(4): 39–44.

Resumo

A UTILIZAÇÃO DA REALIDADE AUMENTADA E DA REALIDADE VIRTUAL NO TREINAMENTO DA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Isabela Azevedo de Almeida[1], João Pedro Mesquita[1], Letícia Fernandes Ferreira[1], Gustavo Bittencourt Camilo[1]

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

Autor correspondente: Isabela Azevedo de Almeida. E-mail: contatoisadealmeida@gmail.com

INTRODUÇÃO: A parada cardiorrespiratória é um problema de saúde desafiador associado a altas taxas de mortalidade, tanto dentro como fora de hospitais. Nessa situação, a presença de um socorrista treinado é o fator mais importante para a sobrevivência em casos de parada cardíaca súbita. Métodos novos, acessíveis e de baixo custo como dispositivos de Realidade Aumentada (RA) e de Realidade Virtual (RV) podem representar um instrumento poderoso para assistência em reanimação e autotreinamento. OBJETIVOS: O objetivo deste trabalho é validar a utilização de RA e RV no treinamento da reanimação cardiopulmonar (RCP). METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão de literatura, buscando artigos publicados nos últimos 5 anos na base de dados PubMed, utilizando os descritores: "augmented reality", "virtual reality", "resuscitation" e "training". Foram usados 5 artigos em inglês neste trabalho. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Dois estudos pilotos de ensaio clínico randomizado (ECR)[1,2] alcançaram resultados de boa aceitabilidade e usabilidade da RA/RV no treinamento de RCP, sem inferioridade na aquisição de competências em relação aos métodos tradicionais. Um deles[1] relatou resultados de melhoria da pontuação final de ambos os grupos (o de treinamento tradicional e o de treinamento com RV), sem diferença estatisticamente significativa quando comparados entre si. Ainda nesse estudo, a taxa de compressão torácica, a profundidade das compressões e o recuo torácico não apresentaram diferenças intergrupos, enfatizando que os métodos de ensino RV e tradicional podem proporcionar impactos semelhantes em treinamentos de RCP. Um estudo que analisou secundariamente[3] um ECR verificou que, como efeitos a longo prazo, a proporção de participantes dispostos a realizar RCP em um estranho foi de 81% entre os participantes de treinamento presencial e 71% entre os participantes de treinamento por RV. Já a retenção de conhecimento teórico manteve uma mediana de 7 de 9 questões respondidas corretamente em ambos os grupos. Por fim, vale ressaltar que outro ECR[4] exibiu, entre os seus resultados, menor desempenho geral no RCP do grupo de treinamento com RV, enquanto uma revisão sistemática[5] apontou que a maioria dos estudos que avaliaram as habilidades de RCP favoreceram outras intervenções em detrimento da RV ou não mostraram diferença entre os grupos. CONCLUSÃO: O uso de RA/RV se mostrou uma ferramenta útil no treinamento tanto de leigos quanto de profissionais da área da saúde. No entanto, fazem-se necessários mais estudos que comprovem a superioridade ou inferioridade do treinamento com RA/RV em comparação a métodos mais tradicionais de ensino.

Palavras-chave: Realidade Aumentada. Realidade Virtual. Reanimação Cardiopulmonar.

Referências

Hubail D, Mondal A, Al Jabir A, Patel B. Comparison of a virtual reality compression-only Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) course to the traditional course with content validation of the VR course – A randomized control pilot study. Annals of Medicine and Surgery. 2022 Jan 1;73:103241.

Hou L, Dong X, Li K, Yang C, Yu Y, Jin X, *et al.* Comparison of Augmented Reality-assisted and Instructor-assisted Cardiopulmonary Resuscitation: A Simulated Randomized Controlled Pilot Trial. Clinical Simulation in Nursing. 2022 Jul;68:9–18.

Nas J, Thannhauser J, Konijnenberg LSF, van Geuns RJM, van Royen N, Bonnes JL, *et al.* Long-term Effect of Face-to-Face vs Virtual Reality Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Training on Willingness to Perform CPR, Retention of Knowledge, and Dissemination of CPR Awareness. JAMA Network Open. 2022 May 19;5(5):e2212964.

Nas J, Thannhauser J, Vart P, van Geuns RJ, Muijsers HEC, Mol JQ, *et al.* Effect of Face-to-Face vs Virtual Reality Training on Cardiopulmonary Resuscitation Quality. JAMA Cardiology. 2020 Mar 1;5(3):328.

Cheng A, Fijacko N, Lockey A, Greif R, Abelairas-Gomez C, Gosak L, *et al.* Use of augmented and virtual reality in resuscitation training: A systematic review. Resuscitation plus. 2024 Jun 1;18:100643–3.

Resumo

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À SEPTICEMIA NEONATAL DE INÍCIO PRECOCE POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

Kailaine Vitória Miranda Efigênio[1], Ana Luiza da Silva Pinto[1], Lívia de Castro Bolotari[1], Daniela Cristina da Silva Guimarães[1]

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

Autor correspondente: Kailaine Vitória Miranda Efigênio. Email: kailaine.v12@gmail.com

INTRODUÇÃO: A sepse neonatal de início precoce (EOS) é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em neonatos, sendo o estreptococo do grupo B (SGB), conhecido como *Streptococcus agalactiae*, o principal agente etiológico da infecção[1,2]. Assim, conhecer os fatores de risco associados à infecção por SGB faz-se necessário para prevenir a EOS [3]. OBJETIVOS: Revisar os principais fatores de risco associados à EOS por *S. agalactiae*. METODOLOGIA: Realizou-se uma revisão integrativa de literatura a partir de documentos disponíveis na base Medline, publicados nos últimos 5 anos em língua inglesa. A partir dos descritores "Streptococcus agalactiae" AND "neonatal sepsis" AND "risk factors", foram encontrados 30 artigos, dos quais 5 foram selecionados por manterem relação com o presente resumo. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A literatura aponta a colonização do trato genitourinário e gastrointestinal materno como o principal fator de risco para a EOS [1,4]. Nesse viés, estima-se que 10-40% das gestantes são colonizadas[1] e que até 50% de seus recém-nascidos podem ser infectados [4]. Uma revisão retrospectiva apontou que neonatos de mulheres submetidas à cesariana antes do trabalho de parto ou de uma ruptura prematura de membrana (RPM) apresentaram risco reduzido de sepse em comparação com aqueles nascidos após o início do trabalho de parto ou RPM, independentemente da colonização materna ser positiva ou negativa [2]. Um artigo de 2020 destacou que as infecções neonatais mantêm íntima relação com nível da colonização da gestante, que depende de agravantes como paridade, nível socioeconômico, período gestacional, etnia, dieta e higiene materna [1]. Ressalta-se como fatores de relevância o período gestacional > 36 semanas (25% são colonizadas), sobrepeso materno, o nível de poluição do líquido amniótico, RPM, febre materna e sofrimento intrauterino [1,3]. Ademais, um dos estudos mostrou que crianças expostas ao HIV não infectadas possuem 7 vezes mais risco de contrair infecção por SGB comparadas a crianças não expostas ao HIV [5]. CONCLUSÃO: Portanto, nota-se que o maior fator de risco para a EOS relaciona-se com a colonização bacteriana materna e, assim, o rastreio das gestantes, sobretudo acima da 36ª semana gestacional, torna-se crucial para traçar estratégias profiláticas e o melhor plano de parto, visando impedir a infecção neonatal. Outrossim, é necessário uma atenção maior com as gestantes soropositivas, a fim de evitar a exposição dos neonatos ao HIV. Por fim, cuidados com o peso, higiene e dieta maternas também são importantes para garantir o bem-estar geral materno e, consequentemente, do neonato.

Palavras-chave: Streptococcus agalactiae. Neonatal sépsis. Risk factors.

Referências

Shrestha K, Sah AK, Singh N, Parajuli P, Adhikari R. Molecular Characterization of Streptococcus agalactiae Isolates from Pregnant Women in Kathmandu City. J Trop Med. 2020; 4046703.

Yahya FB, Hathcock MA. A Retrospective Review of Neonatal Sepsis among GBS-Colonized Women Undergoing Planned Cesarean Section after Labor Onset or Rupture of Membranes. Infect Dis Obstet Gynecol. 2020; 4365259.

Yu Y, Huang Q, Liu A. Analysis of pathogens, drug resistance, sensitive antibiotic treatment and risk factors of early-onset sepsis in very low birth weight infants. Am J Transl Res. 2021; 13(11): 12939–12948.

Kfouri RA, Pignatari ACC, Kusano EJU, Rocchetti TT, Fonseca CL, Weckx LY. Capsular genotype distribution of Group B Streptococcus colonization among at-risk pregnant women in Sao Paulo, Brazil. Braz J Infect Dis. 2021; 25(3): 101586.

Manzanares Á, Prieto-Tato LM, Escosa-Gascía L, Navarro M, Guillén S, Penin M *et al*. Increased risk of group B streptococcal sepsis and meningitis in HIV-exposed uninfected infants in a high-income country. Eur J Pediatr. 2023; 182(2): 575-579.

Resumo

ULTRASSONOGRAFIA NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA RELEVÂNCIA DO EXAME EM TRAUMAS ABDOMINAIS CONTUSOS

Ana Luiza da Silva Pinto[1], Danielle Soares de Oliveira[1], Gabriela Campos de Paiva[1], Giselle Semião Fernandes da Silva[1], Maria Luíza Lima de Castro[1], Sérgio Murta Maciel[1]

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

Autor correspondente: Ana Luiza da Silva Pinto. E-mail: analuizasilva686@gmail.com

INTRODUÇÃO: A ultrassonografia é uma ferramenta relevante na avaliação inicial do trauma abdominal contuso na emergência, pois complementa o exame clínico que, sozinho, por vezes, não é capaz de identificar precisamente lesões abdominais significativas [1]. Nesse viés, a avaliação ultrassonográfica, por meio do Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST) convencional e com contraste (CEUS), destaca-se como instrumento não invasivo e amplamente disponível, que permite um manejo mais assertivo e rápido dos pacientes, reduzindo as problemáticas de uma não identificação desse tipo de trauma, que representa uma importante causa de morte [2,3]. OBJETIVOS: Analisar a relevância do USG na avaliação de traumas abdominais contusos na emergência. METODOLOGIA: Realizou-se uma revisão sistemática com documentos disponíveis gratuitamente na base Medline, publicados nos últimos 5 anos em língua inglesa. Por meio dos descritores "Ultrasonography" and "Abdominal injuries" and "Emergency" foram encontrados 137 artigos, dos quais 4 foram selecionados por relacionarem-se com o presente resumo. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A literatura destaca o FAST como extremamente útil na determinação de fluido livre intra-abdominal no cenário do trauma, mas limitado em detectar lesões em órgãos sólidos. Em um dos artigos, a sensibilidade dessa modalidade variou de 22% a 78%, apesar da sua especificidade chegar a 98% - 99% [4]. Nessa mesma pesquisa, a ultrassonografia abdominal à beira do leito (POCUS), realizada por ultrassonografistas certificados, teve precisão de 94,37% em pacientes críticos [4]. Um estudo de 2020 mostrou que a maioria dos exames EFAST foram realizados em 2–5 minutos, mas a sensibilidade do exame foi 10,7% menor para operadores menos experientes [1]. Em uma revisão sistemática, o CEUS teve uma sensibilidade geral de 0,933 na exclusão de lesões abdominais traumáticas, superando o USG convencional que teve 0,559 [2]. Nesse viés, um estudo prospectivo mostrou que a sensibilidade inicial de 65% com o POCUS subiu para 94% quando combinada com CEUS na detecção de lesões traumáticas abdominais contusas em pacientes admitidos na emergência [3]. CONCLUSÃO: A literatura destaca a relevância da ultrassonografia na avaliação do trauma abdominal contuso, ressaltando seu papel na observação rápida e precisa. O exame POCUS, a partir do FAST, é um método ágil, não invasivo e amplamente utilizado, mas apresenta limitações, especialmente para identificar lesões em órgãos sólidos. Entretanto, novas técnicas, como o CEUS, têm mostrado sensibilidade superior e podem ser um complemento valioso para superar as limitações do FAST, que também depende da experiência do profissional que o realiza.

Palavras-chave: Ultrasonography. Abdominal injuries. Emergency.

Referências

Basnet S, Shrestha SK, Pradhan A, Shrestha R, Shrestha AP, Sharma G, *et al*. Diagnostic performance of the extended focused assessment with sonography for trauma (EFAST) patients in a tertiary care hospital of Nepal. Trauma Surg Acute Care Open. 2020; 5(1): e000438.

Sutarjono B, Kessel M, Alexander D, Grewal E. Is it time to re-think FAST? A systematic review and meta-analysis of Contrast-Enhanced Ultrasound (CEUS) and conventional ultrasound for initial assessment of abdominal trauma. BMC Emerg Med. 2023; 23(1): 8.

Donner V, Thaler J, Hautz WE, Sauter TC, Ott D, Klingberg K, *et al*. Contrast-enhanced point of care ultrasound for the evaluation of stable blunt abdominal trauma by the emergency physician: A prospective diagnostic study. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2024; 5(2): e13123.

He NX, Yu JH, Zhao WY, Gu CF, Yin YF, Pan X, *et al*. Clinical value of bedside abdominal sonography performed by certified sonographer in emergency evaluation of blunt abdominal trauma. Chin J Traumatol. 2020; 23(5): 280-283.

Resumo

DISSECÇÃO AÓRTICA DO TIPO A DE STANFORD DIAGNOSTICADA PELO ECOCARDIOGRAMA: RELATO DE CASO

Vanessa do Nascimento Ladeira[1], Ana Luisa Magalhães de Oliveira[1], Beatriz Marques Machado Gerken[1], Sofia Silva Olsthoorn[1], Marcelle Cristina da Silva Bastos Vasconcelos[1], José Resende de Castro Junior[1]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora - MG (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Autor correspondente: Vanessa do Nascimento Ladeira. E-mail: vanessadnladeira14@gmail.com

INTRODUÇÃO: A dissecção aórtica é definida como a delaminação da camada média ocasionada pelo influxo de sangue através de um orifício de entrada na camada íntima, criando uma falsa luz ao longo do vaso[1]. A dissecção do tipo A, segundo classificação de Stanford, acomete a aorta ascendente e pode evoluir para complicações potencialmente fatais, como tamponamento cardíaco, insuficiência aórtica aguda, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral[1]. Caracteriza-se como emergência cirúrgica[2] e seu diagnóstico deve ser confirmado o mais precocemente possível através de exames de imagem. OBJETIVO: Relatar um caso de dissecção aórtica do tipo A evidenciando a relevância do ecocardiograma no diagnóstico diferencial de dor torácica na urgência. RELATO DE CASO: E.T.J, feminino, 55 anos, hipertensa e nefropata, iniciou quadro de dor atípica na região posterior do tórax, associada a náuseas e a vômitos durante a hemodiálise, além de dispneia e sinais de congestão pulmonar. Realizado eletrocardiograma (ECG), que mostrou taquicardia sinusal e infradesnivelamento do segmento ST em V4 e V5. Exames laboratoriais revelaram elevação de enzimas cardíacas (aumento de CKMB e troponina I). Suspeitou-se de infarto agudo do miocárdio, a paciente foi internada e iniciado protocolo de síndrome coronariana aguda (SCA). Foi realizado um ecocardiograma transtorácico, evidenciando a presença de flap intimal na aorta torácica ascendente, sugestivo de dissecção de aorta ascendente e insuficiência aórtica importante sem alterações segmentares da contratilidade do ventrículo esquerdo. Paciente manteve-se estável hemodinamicamente, e foi realizada angiotomografia da aorta torácica e abdominal confirmando o diagnóstico de dissecção aórtica Stanford A, com flap intimal iniciado na aorta ascendente, estendendo superiormente para o tronco braquiocefálico e artéria carótida comum direita e inferiormente até o nível das artérias ilíacas comuns. A paciente foi transferida para outro hospital para abordagem cirúrgica de urgência. DISCUSSÃO: A dissecção aórtica apresenta-se com quadro típico de dor lancinante aguda e intensa no peito, costas ou abdômen[3], entretanto, é importante atentar-se para quadros atípicos, como o relatado, para não atrasar o diagnóstico. O ECG não apresenta alterações em 30% dos casos[3], mas, quando apresenta, geralmente a diferenciação de outras emergências cardiovasculares como SCA não é possível[1]. O ecocardiograma possui sensibilidade de 59% a 83% e especificidade de 63% a 93%[3] , sendo o primeiro exame solicitado para diagnóstico diferencial em quadros atípicos, com achado típico de flap na aorta ascendente. CONCLUSÃO: O ecocardiograma demonstra ser uma ferramenta importante no diagnóstico diferencial e prognóstico de pacientes com dor torácica aguda.

Palavras-chave: Dissecção da Aorta Ascendente. Ecocardiografia. Diagnóstico Diferencial.

Referências

Isselbacher EM, Preventza O, Black JH, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA. 2022 ACC/AHA guideline for the diagnosis and management of aortic disease: A report of the american heart association/American college of cardiology joint committee on clinical practice guidelines. Circulation. 2022 Nov 2;146(24).

Dinato FJ, Ribeiro Dias R, Abrahão Hajjar L. DISSECÇÃO DA AORTA: MANEJO CLÍNICO E CIRÚRGICO. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. 2018 Sep 15;28(3):260–6.

Alirezaei T, Irilouzadian R, Khani M. Accidental and Late Diagnosis of Type A Aortic Dissection: Mimicking Unstable Angina Pectoris. Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports. 2022 Jan;10:232470962211271.

Resumo

SÍNDROME TIREOTÓXICA: O DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DE UMA EMERGÊNCIA ENDOCRINOLÓGICA

Nicolas Miranda de Souza Cerqueira Ferreira[1], Ana Luiza da Silva Pinto[1], Núbia Cristiani do Amaral Ferreira[1], Gabriela Campos de Paiva[1], Clarissa Vogel de Sousa[1], Ana Paula Machado da Rocha[1]

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

Autor correspondente: Nicolas Miranda de Souza Cerqueira Ferreira. E-mail: nicolasmiranda1212@gmail.com

INTRODUÇÃO: A síndrome tireotóxica (STr) é uma condição rara e potencialmente letal, caracterizada por sintomas súbitos ou subitamente exacerbados decorrentes de ação excessiva de hormônios tireoidianos.[1] Tal quadro clínico apresenta-se como uma emergência endocrinológica de etiologia diversa e de difícil diagnóstico, uma vez que apresenta uma variedade sintomatológica, por vezes, confundida com outras doenças.[1, 2] Assim, faz-se necessário estabelecer características clínicas da síndrome, diminuindo os desafios diagnósticos e possibilitando um manejo mais assertivo dos pacientes. OBJETIVOS: Discorrer acerca dos desafios envolvidos no diagnóstico da crise tireotóxica. METODOLOGIA: Realizou-se uma revisão integrativa de literatura a partir de documentos disponíveis na base Medline, publicados nos últimos 5 anos em língua inglesa. Por meio dos descritores "emergency" AND "thyrotoxic crisis" AND "diagnosis" foram encontrados 28 artigos, dos quais 5 foram selecionados por manterem relação com o presente resumo. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A literatura utilizada concorda que a STr requer identificação e tratamento rápidos para redução de óbitos. Entretanto, estabelecer o diagnóstico é difícil, devido à sintomatologia possivelmente multissistêmica e aos sintomas semelhantes a outras condições médicas, como sepse, overdose, infecções gastrointestinais, falência cardíaca e arritmias.[1, 3] Logo, enfatiza-se a realização de diagnóstico diferencial para STr em suspeita desses casos e em pacientes que apresentem disfunção multiorgânica.[2] Para identificar essa condição, existem critérios diagnósticos específicos, como o da Associação Japonesa de Tireoide e o Burch-Wartofsky Point Scale. Esses, apesar de úteis, práticos e eficazes em alguns casos, são limitados, principalmente em quadros complexos e com comorbidades, além de serem sujeitos a variações regionais e subjetividade de interpretação.[1] A dosagem hormonal não é decisiva, mas é altamente indicativa quando aliada aos critérios supracitados.[4, 5] Para requisitar a dosagem, porém, é necessário suspeitar da condição, evidenciando a atenção para a clínica, nem sempre clara para esse diagnóstico. Um estudo retrospectivo encontrou alterações mais frequentes nos sistemas cardiovascular, nervoso central e digestório.[5] É importante atentar-se para o bócio, mas ele nem sempre está presente.[2, 4, 5] Nessa circunstância, pontua-se que, em situação de suspeita, é preferível assumir que seja STr do que perder o diagnóstico em tempo satisfatório.[5] CONCLUSÃO: Portanto, nota-se que é fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimento da possível sintomatologia da STr, na qual o paciente, sem tratamento adequado, está sujeito às elevadas taxas de mortalidade. Por isso, ressalta-se a necessidade de desenvolver novos estudos visando possibilitar marcadores e sinais mais precisos.

Palavras-chave: Emergencies. Thyroid crisis. Diagnosis.

Referências

Elendu C, Amaechi DC, Amaechi EC, Chima-Ogbuiyi NL, Afuh RN, Arrey Agbor DB, *et al.* Diagnostic criteria and scoring systems for thyroid storm: An evaluation of their utility - comparative review. Medicine (Baltimore). 2024; 103(13): e37396.

Keyal NK, Pokharel N, Khanal S. Thyroid storm presenting as septic shock in the intensive care unit: A Case Series. JNMA J Nepal Med Assoc. 2020;58(221): 48-51.

Bourcier S, Coutrot M, Kimmoun A, Sonneville R, Montmollin E, Persichini R, *et al.* Thyroid Storm in the ICU: A Retrospective Multicenter Study. Crit Care Med. 2020; 48(1): 83-90.

Banerjee A, Bala R, Aggarwal R. Atypical presentation of thyroid storm: a diagnostic dilemma. BMJ Case Rep. 2019; 12(8).

Ylli D, Klubo-Gwiezdzinska J, Wartofsky L. Thyroid emergencies. Pol Arch Intern Med. 2019; 129(7-8): 526-34.

Resumo

O PAPEL DO ECOCARDIOGRAMA NO MANEJO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Ana Luisa Magalhães de Oliveira[1], Vanessa do Nascimento Ladeira[1], Gustavo Carolino Rodrigues e Rocha[1], Alice Cedrola Rocha[1], Giullia Bertuham Rossi[1], Marcelle Cristina da Silva Bastos Vasconcelos[1]

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

Autor correspondente: Ana Luisa Magalhães de Oliveira. E-mail: analuisa225@gmail.com

INTRODUÇÃO: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a terceira principal causa de morte cardiovascular nos países ocidentais e sua prevalência tem aumentado na atualidade[1]. O TEP pode induzir sobrecarga de pressão e volume no ventrículo direito (VD)[2], que pode ser analisada pelo ecocardiograma à beira do leito. Apesar de não ser o exame complementar padrão ouro para o diagnóstico, a ecocardiografia desempenha um papel importante no manejo de pacientes com TEP[3], fornecendo informações prognósticas importantes e auxiliando na tomada de decisões terapêuticas. OBJETIVOS: Analisar o papel da ecocardiografia no manejo e estratificação de risco do TEP, destacando os achados importantes para diagnóstico e tratamento. METODOLOGIA: Revisão integrativa de cunho exploratório descritivo, com pesquisa realizada nas bases de dados PubMed e BVS utilizando os descritores "echocardiography" AND "acute pulmonary embolism" AND "risk stratification" AND "management". Foram encontrados 51 artigos e selecionados 3 para compor o resumo, os quais datam de 2019 a 2024 e possuem concordância com o objetivo deste trabalho. Excluiu-se artigos duplicados e indisponíveis na íntegra. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A estratificação de risco do TEP depende primordialmente da avaliação precisa da função do VD[2], a qual pode ser investigada pela ecocardiografia, exame importante para o manejo e diagnóstico diferencial [3]. Dentre os achados ecocardiográficos relevantes na avaliação dos pacientes tem-se o sinal "60/60", definido como a presença de gradiente de jato de regurgitação tricúspide inferior a 60mmHg e tempo de aceleração do fluxo pulmonar inferior a 60ms; o sinal de McConnell, caracterizado por hipocinesia da parede livre do VD com normocinesia da parte apical; a dilatação do VD; a visualização de trombos nas cavidades direitas e na artéria pulmonar e o movimento septal paradoxal[1]. Em pacientes de alta probabilidade para TEP e hemodinamicamente instáveis, o ecocardiograma pode ser útil para identificar sinais de disfunção do VD que justifique uma terapia de reperfusão de emergência, além de descartar outras causas de choque, como tamponamento pericárdico, insuficiência ventricular esquerda ou dissecção aórtica[2]. CONCLUSÃO: O ecocardiograma proporciona, por meio dos marcadores da disfunção do VD, uma melhora nos modelos de estratificação de risco existentes e manejo dos pacientes, em especial naqueles instáveis hemodinamicamente, para a indicação de trombólise. Ademais, proporciona o diagnóstico não invasivo do TEP agudo por meio de achados típicos que refletem a pressão no VD e a sobrecarga de volume, além da gravidade e do prognóstico.

Palavras-chave: Ecocardiografia. Embolia Pulmonar. Diagnóstico Diferencial. Prognóstico.

Referências

1. Oh JK, Park JH. Role of echocardiography in acute pulmonary embolism. Korean J Intern Med. 2023 Jul;38(4):456-470.
2. Nasser MF, Jabri A, Limaye S, Sharma S, Hamade H, Mhanna M, *et al.* Echocardiographic Evaluation of Pulmonary Embolism: A Review. Journal of the American Society of Echocardiography. 2023 Sep 1;36(9):906–12.
3. Wang HM, Zheng XZ, Sun F. Differential diagnosis of acute pulmonary embolism using contrast echocardiography. Medical Ultrasonography. 2022; 24(3): 323-328.

Resumo

A ABORDAGEM DE PACIENTES NEURODIVERGENTES EM CASOS DE EMERGÊNCIA

Bruna Nascimento de Oliveira[1], Julia Manhães de Queiroz[1], Ana Luiza Gonçalves Santos Armond Carneiro[1], Nathália Barbosa Espírito Santo Mendes[2]

[1] Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) - Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil;
[2] Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) - Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Bruna Nascimento de Oliveira. E-mail: brnnascimeto880@gmail.com

INTRODUÇÃO: A falta de conhecimento acerca da neurodivergência tem sido uma grande pauta, não sendo compreendida em toda sua extensão.[1,2] O termo refere-se a um desenvolvimento social e/ou cognitivo atípico.[2] É comum que pessoas autistas e com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) sejam os pacientes mais frequentes, devido a suas crises, no serviço de emergência e o questionamento que se fica, é se toda a equipe multidisciplinar do hospital está apta a lidar com esses indivíduos em situações de crise.[3] OBJETIVOS: Demonstrar características do tratamento e condições propostas em situações extremas, como emergências a pessoas atípicas e como o manejo correto em certas situações pode ser um aliado. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados do SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e Emergência e analisados artigos publicados entre 2019 e 2024. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram descritas as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde, contudo neurodivergentes podem não perceber alguns sintomas ou procurar rede de apoio, dificultando a descoberta de patologias.[3] Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e TDAHs são os grupos mais comuns em salas de emergência, pelo fato de se machucarem em crises ou não notarem sintomas e chegarem na emergência quando estão em situação agressivas, em comparação a outros grupos.[3,4] As condições psiquiátricas podem interferir na conduta do médico[5], relata-se a inexperiência e o despreparo destes profissionais que influenciam na falta de comunicação do paciente ou compreensão de qual transtorno psiquiátrico está lidando.[1-4] Profissionais reconheceram o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) como local de auxílio a essas intervenções, para internação ou atendimento disponível, porém, nem sempre é viável a internação apenas nesses locais, podendo ser em um ambiente hostil sem os recursos necessários para determinadas situações de emergência.[2] CONCLUSÃO: Logo, para melhorar a qualidade da assistência a neurodivergentes e condições psiquiátricas em salas de emergência é preciso profissionais que reconheçam os sintomas e saibam lidar com crises psiquiátricas e é essencial investir na formação e capacitação dos citados. Deve-se aprimorar a educação sobre, superar estigmas e criar ambientes hospitalares adaptados às necessidades desses pacientes, obtendo cursos especializados no CAPS aos profissionais, além disso, uma equipe multidisciplinar capacitada. A sensibilização e a formação específica garantem uma abordagem eficaz, promovendo um atendimento que minimize o impacto da hospitalização e melhore a qualidade de vida dos hospitalizados.

Palavras-chave: Transtorno de Espectro Autista. Emergência. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Referências

Haydon C, Doherty M, Davidson IA. Autism: making reasonable adjustments in healthcare. British Journal of Hospital Medicine . 2021 ;82(12):1-11.

Oliveira ACA, Morais RCM, Franzoi MAH. Percepções e desafios da equipe de enfremagem frente à hospitalização de crianças com transtorno autístico. Revista Baiana de Enfermagem . 2019; 33; 1-11.88

Scott W,Tao, Shea L. Emergency Visits for Autistic Children and Children With ADHD. Pediatrics. 2022;49 (Suplement 4):1-7.

Estevão AR. Vivência das famílias de crianças com autismo em serviços de urgência e emergência: à luz da resiliência familiar. Bvsaludorg. 2023; 129-9.

Rios-Vegas, Carroll A, Dumont R, Treadwell-Deering D, Fields M, Schaaf R. Designing sensory adaptative environments to enhace participation in healthcare for autistic children. Discovery Psychology. 2023;4(1): 3369-79.

Resumo

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DO SAMU

Rafael Ribeiro Gomes[1], Lorrayne Naysla de Paula[1], Alexandre da Silva[1], Gabriela Fernandes Paiva de Oliveira[1], Matheus Furtado de Carvalho[1]

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

Autor correspondente: Rafael Ribeiro Gomes. E-mail: faelribeirogomes@gmail.com

INTRODUÇÃO: Os profissionais que prestam atendimento direto à população representam um importante grupo de risco para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout (SB), também conhecida como síndrome do esgotamento profissional [1-5] .Seu diagnóstico envolve a coexistência de três componentes, relacionados e interdependentes: a) exaustão emocional, caracterizada pela falta de energia; b) despersonalização, caracterizada pelo comportamento negativo ao lidar com pacientes e colegas de trabalho; c) realização pessoal, caracterizada por uma autoavaliação negativa no desenvolvimento das atividades.[6] OBJETIVOS: Rastrear a prevalência e o perfil dos profissionais atuantes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste de Minas Gerais que apresentam sinais de esgotamento ocupacional. METODOLOGIA: Foi utilizado um questionário para análise das variáveis sociodemográficas/ saúde/ trabalho destes profissionais, além da versão traduzida do Maslach Burnout Inventory. As proporções entre as variáveis independentes foram comparadas pelo teste Qui-quadrado. Foram obtidas Odds Ratio brutas e ajustadas por regressão logística. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Dos 141 participantes, 71 eram mulheres e 70 homens, dentre eles a maioria com 40 anos, solteiros, cor branca e ensino superior completo, possuindo renda mensal pessoal abaixo de 3 mil reais e renda familiar de até 5 mil reais. No Brasil, a maioria dos estudos sobre a SB tem como público alvo as equipes de enfermagem, sendo poucos os estudos que avaliam a prevalência da SB em equipes multiprofissionais, como as que atuam no SAMU [2,5]. No presente estudo, 44,7% dos profissionais apresentaram sinais de exaustão emocional. As mulheres estão 127% mais exaustas do que os homens. A maior exaustão também esteve mais associada ao grupo dos contratados. 42,5% dos profissionais relataram baixa realização profissional. Os concursados estão 25% menos realizados e 57% menos despersonificados em comparação com os contratados. 38,3% dos profissionais demonstraram sinais de despersonalização, sendo que os negros possuem 249% mais chances de desenvolver essa condição em comparação com profissionais brancos. CONCLUSÃO: A prevalência de Síndrome de Burnout entre os profissionais do SAMU foi de 15,6%, afetando predominantemente mulheres e profissionais com contrato temporário. Medidas de enfrentamento são essenciais para reduzir o esgotamento profissional e garantir a qualidade no atendimento.

Palavras-chave: Esgotamento Psicológico. Pessoal de Saúde. Esgotamento profissional.

Referências

Adam D, Berschick J, Schiele JT, Bogdanski M, Schröter M, Steinmetz M, *et al*. Interventions to reduce stress and prevent burnout in healthcare professionals supported by digital applications: a scoping review. Frontiers in Public Health. 2023 Oct 25;11.

Luz LM, Barbosa Torres RR, Sarmento KMVQ, Sales JMR, Farias KN, Marques MB. Síndrome de burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência Burnout Syndrome in urgency mobile service professionals. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2017 Jan 10;9(1):238.

Maresca G, Corallo F, Catanese G, Formica C, Lo Buono V. Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. Medicina. 2022 Feb 21;58(2):327.

Friganović A, Selič P, Ilić B, Sedić B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. Psychiatria Danubina. 2019 Mar 1;31(Suppl 1):21–31.

Moukarzel A, Michelet P, Durand AC, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, *et al*. Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. BioMed Research International. 2019 Jan 21;2019(6462472):1–10.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Manual de inventário de burnout de Maslach. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; (1996).

Resumo

SUICÍDIO EM PACIENTE COM DEMÊNCIA: DESFECHO TRÁGICO INESPERADO

Artur Dutra Pena[1], Juan Pedro Upegui Passos[1], Said Dias Naime Resende[1], Victor Hugo Santos Lima[1], Victor Pontes e Silva[1], Roberto Dimas Costa[1]

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil
Autor correspondente: Artur Dutra Pena. E-mail: artur.dutra@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O suicídio encontra-se entre as dez primeiras causas de óbito na população geral[1]. Percebe-se tendência de ideação suicida (R45.851) e tentativa de suicídio (T14.91) entre pessoas com demência[2], havendo especialmente aumento do número de suicídios consumados com o avanço da idade[1]. Como as demências podem associar-se a transtornos psiquiátricos, esses são percebidos como fatores de risco para o suicídio[2]. OBJETIVOS: O objetivo deste trabalho é relatar um caso de suicídio inesperado após diagnóstico clínico de demência em idoso. RELATO DE CASO: Homem, coronel reformado do Exército, 76 anos, sem comorbidades, desenvolve psicose aguda com delírio persecutório acompanhado de agitação psicomotora. Trazido ao ambiente hospitalar por familiar, que relata, apesar do histórico de alta funcionalidade física e intelectual, declínio cognitivo de avanço rápido, com déficit de funções executivas, especialmente, memória, e diminuição da capacidade de realização das atividades básicas de vida diária, sugerindo-se Demência de Alzheimer. Admitido para investigação de psicose e quadro demencial, sendo causas orgânicas descartadas clinicamente, e diagnósticos diferenciais de Esquizofrenia (F20.9) e de Transtorno Afetivo Bipolar (F31.9) descartados por não apresentarem-se critérios do DSM-5 e por improbabilidade de desenvolvimento súbito nessa faixa etária. Durante a internação, paciente evoluiu com apatia, baixa interação com a equipe, mas sem demonstrar ideação suicida, tampouco sinais de descontentamento. Demência de Alzheimer confirmada clinicamente, sem aplicação de testes, obstados pelo quadro apático, nem realização de exames complementares, indisponíveis na rede pública de forma viável. Administração de haloperidol e de nitrazepam, respectivamente, para combater agitação e induzir sono. O médico responsável pelo paciente o encontrou já após o autoextermínio, por enforcamento, no banheiro do quarto. DISCUSSÃO: O desfecho trágico não foi precedido de qualquer sinal de ideação suicida, o que pode refletir a dificuldade comum de se avaliar com precisão o risco de suicídio em pacientes com declínio cognitivo[2]. O quadro em tela, inclusive, questiona a tendência observada de o diagnóstico clínico ser mais eficaz em identificar a relação entre suicídio e demência[2]. CONCLUSÃO: Sabe-se da correlação positiva entre demência e suicídio tanto idealizado quanto consumado, especialmente nas etapas iniciais do quadro demencial[3], o que se pode perceber no presente caso, em se considerando o breve período entre o diagnóstico e o autoextermínio. Os pacientes com demência, mesmo sem histórico de transtornos do humor, ainda estão em risco significativo de suicídio[3]. Portanto, deve-se atentar para mitigar viés de subestimação do risco de suicídio no paciente com demência[4].

Palavras-chave: Demência. Idoso. Suicídio.

Referências

1. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. BMJ. 2004 Oct 16;329(7471):895-9. doi: 10.1136/bmj.329.7471.895.
2. Álvarez Muñoz FJ, Rubio-Aparicio M, Gurillo Muñoz P, García Herrero AM, Sánchez-Meca J, Navarro-Mateu F. Suicidio y demencia: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020 Out;13(4):213-27.
3. Erlangsen A, Zarit SH, Conwell Y. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. Am J Geriatr Psychiatry. 2008 Mar;16(3):220-8.
4. Purandare N, Voshaar RC, Rodway C, Bickley H, Burns A, Kapur N. Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. Br J Psychiatry. 2009 Feb;194(2):175-80.

Resumo

AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DO NERVO ÓPTICO NO MANEJO DA HIPERTENSÃO INTRACRANIANA EM PACIENTES COM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Maria Eduarda Bassotto Pereira[1], Vanessa do Nascimento Ladeira[1], Kenner Quintão Castro[1], Giselle Semião Fernandes da Silva[1], Gabriela Campos de Paiva[1], Vinicius Neves Marcos[1]

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

Autor correspondente: Maria Eduarda Bassotto Pereira. E-mail: bassotto.pereira@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Em situações de trauma cranioencefálico deve-se considerar a possibilidade de hipertensão intracraniana (HIC)[1]. Devido à detecção tardia dos sinais clínicos de HIC e da dificuldade de realizar neuroimagem em pacientes críticos, a ultrassonografia surge como um método eficaz e não invasivo para analisar a PIC a partir da medição do diâmetro da bainha do nervo óptico[2]. OBJETIVOS: Avaliar a literatura recente e gratuita sobre o uso de ultrassom para análise do nervo óptico no manejo da hipertensão intracraniana em casos de trauma cranioencefálico. METODOLOGIA: Realizou-se uma revisão integrativa de literatura a partir de estudos disponíveis na base Pubmed, publicados gratuitamente em língua inglesa nos últimos 5 anos, com os descritores “pocus“ OR “ultrasonography” OR “ultrasound” AND "optic nerve" AND "brain trauma”. Para refinar os resultados, foram aplicados os filtros "review" e "research support, NIH, extramural". Ao todo, 3 artigos foram selecionados por atenderem aos recortes e à temática desta revisão. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A configuração anatômica permite a correlação entre a distensão da bainha do nervo óptico (DBNO) e alterações da pressão intracraniana (PIC), associadas à mudança na dinâmica do líquido cefalorraquidiano1. Os estudos apontam que DBNO acima de 5 mm sinaliza valor da PIC maior ou igual a 20 mmHg e que valores altos de PIC possuem maior sensibilidade, especificidade e capacidade preditiva[2]. Assim, o uso do ultrassom é tido como favorável por ser uma técnica funcional não invasiva, mas existe uma duplicidade na análise quanto a sensibilidade e especificidade na detecção do aumento da PIC1. Embora os valores de sensibilidade e especificidade sejam bons[1], questiona-se até que ponto eles são suficientes para substituir as técnicas preconizadas[3]. Ademais, existem alterações em relação à posição da medição da DBNO, sendo relatado uma variação na faixa de 2,8mm a 4mm atrás do globo, na orientação do transdutor e no posicionamento do paciente[2]. Consequentemente, as dificuldades quanto à despadronização da técnica e à estimativa dos resultados ultrassonográficos comprometem a reprodutibilidade e a assertividade do diagnóstico.CONCLUSÃO: A literatura analisada indicou que é possível avaliar a PIC por meio da DBNO, sendo indicado em casos de trauma cranioencefálico. Todavia, verificou-se dificuldades na estimativa dos resultados e na padronização da técnica, o que deixa em aberto a precisão diagnóstica. Portanto, o uso do ultrassom no manejo de PIC elevada permanece como uma alternativa promissora, não invasiva e rápida, embora necessite de estudos adicionais e maiores, com o objetivo de ratificar seu potencial clínico.

Palavras-chave: Ultrassonografia. Nervo óptico. Hipertensão intracraniana. Lesões encefálicas traumáticas.

Referências

1.Vitiello L, Salerno G, De Bernardo M, D’Aniello O, Capasso L, Marotta G, *et al*. Ultrasound Detection of Intracranial Hypertension in Brain Injuries. Frontiers in Medicine. 2022 Jun 30;9.

2.Martínez-Palacios K, Sebastián Vásquez-García, Fariyike OA, Robba C, Rubiano AM, Fabio Silvio Taccone, *et al*. Using Optic Nerve Sheath Diameter for Intracranial Pressure (ICP) Monitoring in Traumatic Brain Injury: A Scoping Review. Neurocritical care. 2024; 40(3): 1193-1212.

3.Agrawal D, Raghavendran K, Zhao L, Rajajee V. A Prospective Study of Optic Nerve Ultrasound for the Detection of Elevated Intracranial Pressure in Severe Traumatic Brain Injury. Critical Care Medicine. 2020 Oct 13;48(12):e1278–85.

Resumo

UTILIZAÇÃO DO ULTRASSOM NO LOCAL DE ATENDIMENTO (PoCUS) PARA A DIFERENCIAÇÃO DA ETIOLOGIA DO CHOQUE

Maria Luíza Lima de Castro[1], Ana Luiza da Silva Pinto[1], Kenner Quintão Castro[1], Gabriela Campos de Paiva[1], Giullia Bertuham Rossi[1], Daniel Martinez Godoy[2]

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

Autor correspondente: Maria Luíza Lima de Castro. E-mail: malulimajf@gmail.com

INTRODUÇÃO: O choque caracteriza-se como um quadro clínico grave de hipoperfusão tecidual, que resulta em disfunção orgânica e mortalidade potencial. A sua etiologia é variada e nem sempre é explícita e, no cenário de emergência, a identificação desse fator causal é de suma importância para a definição diagnóstica e terapêutica. Nesse viés, o ultrassom no local de atendimento (PoCUS), a partir do protocolo de ultrassonografia em hipotensão e parada cardíaca (SHoC) e do protocolo de avaliação focada estendida com ultrassonografia para trauma (EFAST), permite uma avaliação rápida e não invasiva dos pacientes, colocando-se como uma ferramenta muito útil na diferenciação da categoria do choque e na orientação da terapia1. OBJETIVOS: Avaliar a utilização do PoCUS na classificação do choque no cenário da emergência. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão narrativa de literatura realizada a partir de publicações da base de dados eletrônica PubMed, com o auxílio dos descritores DeSC/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde) - "Resuscitation", "Point-of-Care Testing", "Ultrasonography", "Hypotension" e "Shock"- unidos pelo operador booleano "AND". Incluiu-se artigos em inglês, de 2016 a 2024, sob o filtro "Humans". Foram encontrados e analisados, ao todo, 3 artigos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram criados diversos protocolos ultrassonográficos com a finalidade de identificar possíveis fontes de choque em pacientes que se encontram em parada cardíaca ou choque indiferenciado. A ultrassonografia a beira leito no departamento de emergência utiliza protocolos para avaliar causas traumáticas de choque como a avaliação focada estendida com ultrassonografia para trauma (EFAST), com a adição do exame torácico ao protocolo FAST, observando a ocorrência de tamponamento cardíaco, hemoperitônio, hemotórax e pneumotórax hipertensivo; o protocolo de ultrassom rápido para choque e hipotensão (RUSH) [2], que avalia choque hipovolêmico, distributivo, obstrutivo e cardiogênico; além do protocolo de ultrassonografia em hipotensão e parada cardíaca (SHoC), o qual foca no diagnóstico direcionado a fim de aumentar a relevância clínica dos achados. Consensualmente, especialistas sistematizam o protocolo SHoC entre SHoC-hipotensão, focando na diferenciação entre choque cardiogênico e não cardiogênico; e SHoC-parada cardíaca, que prioriza a realização de visualizações cardíacas durante as pausas nas compressões torácicas, para avaliar fluido pericárdico, forma e função ventricular [1]. Ademais, objetivando uma maior assertividade diagnóstica, podem ser feitas avaliações adicionais[3]. CONCLUSÃO: Os estudos descrevem e analisam que o protocolo PoCUS agrega valor, em perspectiva diagnóstica e prognóstica durante a ressuscitação, sendo necessário, porém, validação prospectiva futura.

Palavras-chave: Ressuscitação. Ultrassonografia. Hipotensão. Choque.

Referências

1.Atkinson P, Bowra J, Milne J, Lewis D, Lambert M, Jarman B, *et al*. International Federation for Emergency Medicine Consensus Statement: Sonography in hypotension and cardiac arrest (SHoC): An international consensus on the use of point of care ultrasound for undifferentiated hypotension and during cardiac arrest. CJEM. 2016 Dec 21;19(06):459–70.

2.J, Rosario J, Saltarelli N. Resuscitative Ultrasound and Protocols. Emergency Medicine Clinics of North America. 2024 Nov;42(4):947–66.

3.Sapadin AJ, Girzadas D, Chhabra D, Ahmed T. Ruptured angiomyolipoma, a novel entity for emergency physicians in the differential diagnosis of haemorrhagic shock in a female patient of reproductive age. BMJ Case Reports. 2022 Aug;15(8):e248626.

Resumo

VIOLÊNCIA INFANTIL: IDENTIFICAÇÃO DE LESÕES NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

Tainá de Lacerda Silva[1], Ana Luiza Rodrigues Milagres[1], Giselle Semião Fernandes da Silva[1], Júlia Alves Sobreira da Silva[1], Daniela Cristina da Silva Guimarães[1]

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

Autor correspondente: Tainá de Lacerda Silva. E-mail: taina.lacerda@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: A violência física infantil é intencionalmente causada em crianças e comumente manifestada por lesões de fraturas ósseas e partes moles[5]. Esses agravos são, muitas vezes, difíceis de diagnosticar devido à falta de evidências claras de maus-tratos[3]. Então, no serviço hospitalar de emergência, é vital que os profissionais de saúde atentem-se aos sinais, como lesões em locais incomuns e fraturas características. O reconhecimento precoce, correlacionado a evidências físicas, exames e histórico da criança, é essencial para protegê-la e evitar sua reintegração em ambiente abusivo[1]. **OBJETIVOS:** O objetivo deste trabalho é revisar as lesões mais comuns decorrentes da violência física infantil, enfatizando ferimentos de partes moles e fraturas ósseas. **METODOLOGIA:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, a qual contou com a análise de 10 artigos abertos, em inglês e português dos últimos 7 anos, nas bases de dados "Portal Periódico", "PubMed" e "BVS". Foram utilizados os descritores: "Traumas físicos infantil", "Violência infantil", "Fraturas por abuso" e "Lesões de partes moles", com o operador booleano AND. Foram excluídos artigos que não se enquadram no cenário brasileiro. Por fim, selecionou-se 5 e foi construída a revisão integrativa. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Lesões de partes moles, como contusões, queimaduras, lacerações e hematomas em locais atípicos são indicativos importantes de abuso infantil, sendo essencial atentar-se ao formato, simetria e coloração dos ferimentos[2]. Fraturas metafisárias e em ossos longos, como no fêmur, também são frequentes, especialmente quando associadas a forças de torção, resultando em fraturas espirais[1]. Além disso, fraturas cranioencefálicas são comuns e podem causar sequelas cognitivas, motoras e emocionais[1]. Lesões nas costelas e fraturas múltiplas em estágios diferentes de cicatrização também levantam suspeitas de maus-tratos intencionais[1]. Embora radiografias e tomografias, por exemplo, auxiliem no diagnóstico, muitas fraturas não possuem características patognomônicas claras de abuso, sendo necessário julgamento clínico detalhado[3]. Assim, a identificação precoce dessas lesões permitirá intervenção terapêutica e legal, através do Conselho Tutelar[5] e do Ministério da Saúde, para evitar que a criança retorne ao ambiente abusivo[1]. **CONCLUSÃO:** A violência física infantil é grave e exige atenção imediata dos profissionais de saúde na sala de emergência, já que o reconhecimento de lesões suspeitas de abuso é essencial para a proteção da criança[4]. Logo, a adoção de protocolos clínicos que integrem anamnese completa, exames complementares e o manejo multidisciplinar poderão prevenir novas agressões e salvar vidas[1].

Referências

1.Dejtiar R, Mário W, Hirschheimer R, Pfeiffer L. MANUAL DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA 2a edição [Internet]. [Acesso em 7 de outubro de 2024] Disponível em: https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%AAncia_2018.pdf

2.Cho N, Koti AS. Identifying inflicted injuries in infants and young children. Seminars in Pediatric Neurology. 2024 Jul 1;50:101138.

3.Conceição DL, Neves TMH das, Maldonado JP, Reis ATR, Lalier RTL, Oliveira AM de L. Violência física infantil: brilho radiológico-clínica: Abuso físico infantil: correlação radiológico-clínica. Braz. J. Hea. Rev. 2022, 14 de novembro;5(6):22624-9.

4.Carson SM. Implementation of a Comprehensive Program to Improve Child Physical Abuse Screening and Detection in the Emergency Department. Journal of Emergency Nursing. 2018 Nov;44(6):576–81.

5.Egry EY, Apostolico MR, Morais TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2018 Jan;23(1):83–92.

Normas de Publicação

1. DIRETRIZES

A Revista Médica de Minas Gerais recomenda a todos os autores que consultem as diretrizes recomendadas, principalmente a que se enquadra ao trabalho o qual deseja submeter, antes da preparação e submissão ao nosso sistema. Alguns exemplos são Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) para ensaios clínicos randomizados; Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para revisões sistemáticas e meta-análises; Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para estudo observacionais em epidemiologia; Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development (CARE) para relatos de caso. Outros guias e diretrizes podem ser encontrados em: NLM's Research Reporting Guidelines and Initiatives.

2. DOCUMENTOS

Tendo conhecimento das políticas editoriais os autores devem submeter os seguintes documentos:
Documento Principal 1 em Inglês, fonte Arial tamanho 12 em docx (Título; Resumo; Palavras-Chave; Texto Completo com tabelas & Referências).
Documento Principal 2 em Português, fonte Arial tamanho 12 em docx (Título; Resumo; Palavras-Chave; Texto Completo com tabelas & Referências).
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos ou Animais indicando número Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).
Formulário ICMJE de Declaração de Conflito de Interesses & Modelo de Carta de Submissão.
Modelo de Página de Título/Folha de Rosto. (Português & Inglês - Certificar-se do entendimento sobre o termo sobre revisão do inglês em caso de publicação. Veja em Política Editorial).
Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta.
Tabelas(formato texto ou TIF), Figuras(formato TIF) com legenda.
Materiais suplementares.

3. ESTRUTURA DO MANUSCRITO

Os Artigos Originais e Artigos de Revisão devem apresentar a seguinte estrutura: Resumo Estruturado, Introdução, Método/Metodologia, Resultados e Discussão/Conclusão e Referências. Relato de Caso, possui uma estrutura livre, mas que precisa conter uma Introdução; Discussão com principais sintomas, aspectos clinicos, diagnósticos, possíveis intervenções terapeuticas; e Conclusão.

3.1. Tipos de Trabalho

A Revista Médica de Minas Gerais recebe manuscritos de Artigos Originais, de Artigos de Revisão, Relatos de Caso, Carta ao Editor, Errata, Retratação.

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. (Pesquisa básica teórica e aplicada; estudos clínicos experimentais e observacionais; estudos epidemiológicos experimentais e observacionais). Indica-se aos autores o enquadramento do trabalho a diretrizes internacionalmente reconhecidas de acordo com seu tipo. Tais diretrizes podem ser encontradas em NLM's Research Reporting Guidelines and Initiatives.
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. (Revisão; Revisão Sistemática & Meta-análises) Em caso de revisões sistemáticas e meta-análises, recomenda-se o uso da Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA). A checklist de uso da PRISMA se encontra no dropbox disponibilizado ao fim das orientações.
c) 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 mostram caminhos, conduta e comportamento para sua solução. A RMMG indica aos autores que usem as diretrizes The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development (CARE) para a construção dos relatos de caso. A checklist de uso da CARE se encontra no dropbox disponibilizado ao fum das orientações.
d) Cartas aos Editores: Carta enviada ao periódico, geralmente comentando e/ou criticando um artigo publicado. Sempre que possível, uma resposta dos autores ou editores será publicada junto com a carta.
e) Errata: Modificações ou correções relevantes em trabalhos previamente publicados e indexados.
f) Retratação: Retratação ou rejeição de trabalhos previamente publicados.

3.2. Folha de Rosto ou Página de Título

O título deve estar presente tanto no Documento Principal 1 em inglês, como no Documento Principal 2 em Português. A Folha de Rosto/Página de Título no entanto, é onde se deve conter não apenas os títulos, como também nome completo dos autores, instituição, DOI e outras informações dispostas a baixo.

A Folha de Rosto/Página de Título deve ser submetida separadamente, em formato de texto editável(.docx), para não comprometer o caráter duplo cego, nas avaliações em que essa for a opção.

A Página de títulos deve conter:
Título do Artigo e Título Abreviado: O título abreviado não pode exceder 40 caracteres. Recomenda-se que o desenho de pesquisa faça parte do título do artigo. Ambos devem aparecer em português e inglês. (ex " Revisão sistemática, metanálise").
Informações dos Autores: Maior Titulação Acadêmica, Instituição ou Organização, Departamento, Cidade, Estado e País e ORCID.
Autor Correspondente: Elencar um autor para ser o autor correspondente. Deve conter o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido ou do autor e e-mail para contato.
Fontes apoiadoras: Os autores devem explicitar as fontes que forneceram apoio material para a realização fornecendo equipamentos, medicamentos ou outras formas de facilitar o trabalho.
Conflito de Interesses: As informações do conflito de interesse serão publicadas junto com a página de títulos.
Copyright: Os autores devem declarar o registro do Copyright na forma a seguir:

Copyright © 2020 Silva et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Copyright © 2020 Silva et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited.

Comitê de Ética: Os autores devem identificar o número dos Comitês e/ou Conselhos de Ética na página de títulos.
Número de Tabelas e Figuras: É importante para que possamos nos certificar de que todas as tabelas e figuras foram enviadas.
Contribuição dos autores: Os autores devem submeter texto de acordo com a taxonomia CRediT (Contributor Roles Taxonomy) para especificar a contribuição de cada autor: Um exemplo a ser seguido encontra-se no Modelo de Página de Título-Folha de Rosto.
Registro de Ensaio Clínico: Em caso de ensaio clínico, os autores devem informar o número de registro na página de títulos.
Preprint: Os autores devem informar caso o trabalho tenha sido publicado em base de preprints, fornecendo URL, nome e demais dados necessários à identificação do mesmo.
Um modelo da Folha de Rosto/Página de Título está disponível no seguinte link: Cique Aqui

3.3. Resumo Estruturado

O Resumo Estruturado, português e inglês, deve oferecer o contexto e o objetivo da pesquisa, identificar os métodos empregados e as principais conclusões. Para Artigos Originais e Artigos de Revisão se divide em Introdução, Objetivo, Metodologia, Resultados, Conclusão. No caso de Relato de Casos, existe uma estrutura livre, mas que precisa conter uma introdução, discussão sobre principais sintomas e aspectos clinicos, o principal diagnóstico e possível intervenção terapeutica, e conclusão. Carta ao Editor e Comentário e Ponto de Vista, possuí estrutura livre, mas ainda orientada em Introdução, Discussão e Conclusão.

3.4. Palavras-chave

Ao final do Resumo os autores devem informar no mínimo três palavras chave, preferencialmente, extraídas dos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) (https://decs.bvsalud.org/) ou do Medical Subject Headings (MeSH) (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/). No entanto, a RMMG entende a importância da linguagem natural do autor e não limita a escolha das palavras-chave apenas aos termos extraídos dos vocabulários controlados indicados. As palavras-chave devem estar tanto em português como em inglês.

3.5. Metodologia

Os métodos devem ser claros e explicitarem como a pesquisa foi feita e o motivo de ter sido feita de determinada forma. Deve ser precisa e detalhada a ponto de que o trabalho possa ser reproduzido ao se ter acesso aos dados. Os autores devem colocar o número de todos o registros e pareceres éticos que foram necessários para a execução do trabalho. (CEP;TCLE; Ensaio Clínico; etc).

3.6. Referências

As referências devem ser normalizadas e apresentadas de acordo com o padrão Vancouver.
Todas as referências devem ser citadas no corpo do texto, utilizando-se numeral arábico, sobrescrito, após a pontuação.
As referências devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto.

3.7. Tabelas

Tabelas devem ser submetidas no corpo do texto e devem ser elaboradas utilizando-se o próprio editor de texto.
As Tabelas devem ser numeradas na ordem em que aparecem no texto.
As Tabelas devem ter títulos curtos e auto-explicativos. Os dados da tabela devem possibilitar que o leitor interprete-os sem precisar voltar ao texto. Cada coluna da tabela deve ter um título abreviado. Explicações sobre as informações da tabela devem aparecer no rodapé.
Tabelas retiradas de outras fontes devem possuir autorização e devem ser devidamente citadas.

3.8. Figuras

Recomenda-se que as figuras devem ser submetidas em extensão tif ou eps. Não enviar em hipótese alguma imagens como pdf. As imagens devem estar referenciadas no texto.
As figuras devem ser enviadas em alta resolução e desanexadas do documento principal. No sistema existe um campo apropriado para anexá-las. Recomenda-se as especificações para qualidade de imagens adotadas pelo PubMed Central PMC encontradas no seguinte link: Clique aqui.

Os autores não devem manipular figuras com propósito de alterar ou ocultar informações. Qualquer tratamento a que a imagem tenha recebido deve ser expresso no texto para não induzir os leitores a erro.

3.9. Unidades de Medida e Abreviações

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.

4. MATERIAIS SUPLEMENTARES

Materiais suplementares são arquivos essenciais para a produção e conclusão da pesquisa mas que não podem ser tornados públicos ou não fazem sentido serem publicados junto ao trabalho final, por motivo de confidencialidade, volume de dados ou algum outro motivo. Entretanto, são arquivos essenciais para avaliação por parte dos editores e revisores. Os arquivos dos materiais suplementares poderão ser publicados, posteriormente, em bases especializadas para tal (exceto aqueles considerados confidenciais). A Revista Médica de Minas Gerais manterá´ os arquivos inalterados. Entre os diversos tipos de materiais suplementares pode-se citar: Métodos suplementares; tabelas suplementares; discussão suplementar; equações suplementares; notas complementares; dados complementares.

5. SUBMISSÃO NO SCHOLARONE

Após a adequação de todos os documentos e concordância com as políticas, o autor irá submeter o estudo no Sistema de Submissão ScholarOne. O autor irá criar uma conta e realizar o processo de submissão dividido em sete etapas. Abaixo segue uma breve descrição de cada uma.

Etapa 1 (Tipo, Título e Resumo): Todas as informações nesta etapa deverão ser preenchidas em inglês.
Etapa 2 (Carregamento de Arquivo): Os autores deverão carregar todos os documentos exigidos nesta etapa. O Documento Principal 1 Inglês deverá ser o primeiro, seguido de suas respectivas tabelas e imagens, o Documento Principal 2 Português deve vir em seguida junto a suas tabelas e imagens. Por fim, todos os arquivos suplementares exigidos. Quaisquer documentos com as informações dos autores, em primeiro momento, devem ser designados como "Arquivo complementar que não é para revisão", "Página de Título" ou "Formulário de Contrato de Direitos Autorais".
Etapa 3 (Atributos): Os atributos são as Palavras-Chave as quais se indica que sejam selecionadas entre as disponíveis no vocabulário controlado Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH). No entanto, não é obrigatório o uso do DeCS.
Etapa 4 (Autores e Instituições): Todos os autores deverão ser adicionados com um e-mail válido, assim como suas instituições vínculo atualizadas.
Etapa 5 (Revisores): Os autores poderão selecionar, sugerir revisores ou solicitar a exclusão de um revisor. No entanto, será o editor associado que decidirá acatar a sugestão.
Etapa 6 (Detalhes e Comentários): Os autores poderão adicionar a Carta de Submissão nesta etapa. Assim como deverão responder o curto questionário.
Etapa 7 (Revisar e Enviar): Nesta etapa os autores deverão revisar todas as informações fornecidas e garantir que estas estão corretas. O sistema marcará em verde as etapas concluídas e em vermelho as que necessitam de mais informações ou que há informações incorretas.

A RMMG É RESULTADO DA PARCERIA ENTRE AS SEGUINTES INSTITUIÇÕES:

PATROCÍNIO E APOIO: