



III JORNADA DE
EMERGÊNCIAS CLÍNICAS E
CIRÚRGICAS NO PA

ACIDENTE CÁUSTICO: A CORRELAÇÃO ENTRE OS DADOS CLÍNICOS, OS ACHADOS NA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM A INDICAÇÃO CIRÚRGICA EMERGENCIAL

Thiago Resende Figueiredo¹ , Mariana Nicácio Cantelli¹, José Eduardo Magri Júnior²

¹ Faculdade Ciências Médicas
de Minas Gerais

² Faculdade Ciências Médicas
de Minas Gerais

Autor Correspondente: Thiago
Resende Figueiredo
E-mail: tresende81@gmail.com

Instituição: Faculdade Ciências
Médicas de Minas Gerais
Endereço: Alameda Ezequiel
Dias, 275 - Centro, Belo
Horizonte - MG, 30130-110

Introdução: Acidentes cáusticos são emergências com alta morbidade e mortalidade, recorrentes no pronto atendimento. Acometem principalmente crianças de 2 a 5 anos que ingerem a substância por acidente, no adulto, essa ingestão é comumente uma tentativa de autoexterminio³. Esse tipo de acidente gera lesões corrosivas e necrose liquefativa no trato gastrointestinal superior⁵. É necessária uma avaliação criteriosa do estado clínico do paciente para determinar a necessidade de um procedimento cirúrgico emergencial⁶. **Objetivos:** Correlacionar os dados clínicos, os achados na endoscopia digestiva alta e na tomografia computadorizada de tórax e de abdômen em casos de acidente cáustico com a indicação cirúrgica emergencial. **Metodologia:** A amostra desta revisão foi constituída por oito artigos selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos na base de dados Pubmed utilizando os descritores caustic, esophagus e management, entre 2015 e 2022, em inglês. **Resultados:** De acordo com estudos, é comum que pacientes que apresentam lesões necróticas transmuralis esofágicas com sinais de perfuração como peritonite, febre, dor intensa e hipotensão, necessitem de tratamento cirúrgico emergencial¹. Para a análise das lesões, podem ser utilizados exames como a endoscopia digestiva alta e a tomografia computadorizada de tórax e abdômen⁸. A endoscopia deve ser realizada preferencialmente nas primeiras 24-48 horas após o acidente, devido à maior chance de perfuração esofágica que ocorre após esse período². Ao realizar a endoscopia, as lesões são classificadas quanto a sua gravidade de acordo com o critério de Zargar. De acordo com essa classificação, uma lesão grau IIIb corresponde a áreas de extensa necrose⁴ e, se aliado a um quadro clínico característico de perfuração, é um critério para indicação cirúrgica emergencial⁷. A tomografia contrastada de tórax e de abdômen também é muito utilizada na avaliação dessas lesões. Um achado na tomografia que indica a presença de necrose transmural é a ausência de realce na parede acometida, além da presença de pneumomediastino ou pneumoperitônio, a depender da topografia do tubo digestivo acometido¹. **Conclusão:** A análise do quadro clínico do paciente, concomitantemente à realização da endoscopia digestiva alta e da tomografia computadorizada do tórax e do abdômen, se mostrou essencial para a identificação e classificação das lesões cáusticas, para uma correta indicação cirúrgica e a redução da morbidade e mortalidade do paciente.

Palavras-chave: Esôfago. Cáustico. Cirurgia. Emergência.

Referências bibliográficas:

1. Chirica M, Kelly MD, Siboni S, Aiolfi A, Riva CG, Asti E, *et al.* Esophageal emergencies: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2019 May 31;14:26.
2. Lusong MAA, Timbol ABG, Tuazon DJS. Management of esophageal caustic injury. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2017 May 6;8(2):90-98.
3. Ferreira Junior EG, Costa PA, Silveira LMFG, Salvioni NCP, Loureiro BM, Peres SLL, *et al.* Transhiatal esophagectomy with gastric pull-up, pyloric exclusion and Roux-en-Y gastroenterostomy for the management of esophageal caustic injury. *Int J Surg Case Rep.* 2019;56:66-69.
4. Methasate A, Lohsiriwat V. Role of endoscopy in caustic injury of the esophagus. *World J Gastrointest Endosc.* 2018 Oct 16;10(10):274-282.
5. Millar AJ, Cox SG. Caustic injury of the oesophagus. *Pediatr Surg Int.* 2015 Feb;31(2):111-21.
6. Tettey M, Edwin F, Aniteye E, Tamatey M, Entsua-Mensah K, Gyan KB, *et al.* Pattern of esophageal injuries and surgical management: A retrospective review. *Niger J Clin Pract.* 2020 May;23(5):686-690
7. Vezakis AI, Pantiora EV, Kontis EA, Sakellariou V, Theodorou D, Gkiokas G, *et al.* Clinical Spectrum and Management of Caustic Ingestion: A Case Series Presenting Three Opposing Outcomes. *Am J Case Rep.* 2016 May 20;17:340-6.
8. Wightman RS, Read KB, Hoffman RS. Evidence-Based Management Of Caustic Exposures In The Emergency Department. *Emerg Med Pract.* 2016 May;18(5):1-17; quiz 17, 20.

ASSISTÊNCIA MÉDICA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA SÍNDROME HELLP: REVISÃO DE LITERATURA

Alyne Maria de Brito Medeiros¹ , João Danúcio Andrade Filho¹, Tiago Meneses de Souza¹, Jordana Caroline Dias Silva¹, Tatiana Maciel²

¹ Centro Universitário de Patos de Minas

² Centro Universitário de Patos de Minas.

Autor Correspondente: Alyne Maria de Brito Medeiros
E-mail: alynnemedeiros@unipam.edu.br

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas
Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207

Introdução: Define-se como emergências obstétricas situações que necessitam de intervenção imediata, pois trazem risco para a gestante e feto. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o alto índice de mortalidade materna ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil¹. Dentre as principais origens de urgência e emergências obstétricas responsáveis pelos óbitos maternos no Brasil destacam-se as causas hipertensivas tais como pré-eclâmpsia e eclâmpsia e hipertensão arterial crônica e gestacional². A principal complicação da pré-eclâmpsia grave é o aparecimento da síndrome HELLP, condição responsável pelo alto índice de morbimortalidade materna e perinatal³. **Objetivos:** Identificar a importância da assistência médica para o diagnóstico precoce da síndrome HELLP. **Metodologia:** Revisão de literatura realizada nas bases de dados CINAHAL, Medline/Pubmed, LILACS e na biblioteca Scielo. Com a busca, 22 resultados foram encontrados, sendo destes 13 artigos científicos analisados. **Critérios de inclusão:** artigos publicados entre 2018 a 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol, percorrendo as etapas: formulação do problema, busca na literatura, análise dos dados e apresentação dos resultados. Excluíram-se artigos repetidos, resumos e aqueles que não respondiam o problema da pesquisa. **Resultados:** O quadro da doença é evidenciado através dos exames que indicam hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia, apresentando risco aumentado para complicações como hemorragia cerebral, ruptura hematoma-hepática, insuficiência renal aguda e óbito materno⁴. O endotélio danificado permite a rápida passagem da hemoglobina, resultando na fragmentação dessas, gerando necrose hemorrágica multifocal devido depósito de fibrina nos sinusóides hepáticos e pequenos vasos. Esse processo ocasiona lesão nos órgãos- alvo e fígado, promovendo a elevação das enzimas hepáticas. Além disso, as plaquetas circulantes aderem ao endotélio danificado, resultando em plaquetopenia⁵. **Conclusão:** A presença de Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG) não apresentam risco de vida iminente. Contudo, caso não haja oferta do tratamento adequado, podem ocasionar danos irreparáveis, caracterizando uma emergência obstétrica. Sendo assim, o médico tem protagonismo essencial na identificação precoce com atenção para os sinais e sintomas sugestivos como dor epigástrica no quadrante superior direito, náuseas, vômitos, dispneia, somada a dor a palpação do fígado.

Palavras-chave: Síndrome HELLP. Assistência Médica. Diagnóstico Precoce.

Referências bibliográficas:

1. Krebs VA, Silva MR, Belloto PCB. Síndrome de Hellp e Mortalidade Materna: Uma revisão integrativa. *Brazilian J Hear Rev.* 2021;4(2):6297-6311.
2. Lima JP, Veras LLN, Pedrosa EKFS, Oliveira GSCO, Guedes MVC. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. *Rev Rene.* 2018;19:e3455.
3. Fischer J, Gerresheim G, Schwemmer U. Vascular emergencies in pregnant patients : Peripartum hemorrhage, thromboembolic events and hypertensive diseases in pregnancy. *Anaesthesist.* 2021;70(10): 895-908.
4. Coelho FF, Kuroba LS. Emergência Hipertensiva Na Gestação: Síndrome Hellp Uma Revisão De Literatura. *Rev. Saúde e Desenv.* 2018;12(13):159-175.
5. Rocha AP, Carvalho FP, Reis GCS, Gabriel SA. Síndrome Hellp e sua abordagem: uma revisão literária. *Rev Corpus Hippocraticum.* 2021;1(1):1-8.

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DA GESTANTE VÍTIMA DE TRAUMA ABDOMINAL: QUAIS AS PECULIARIDADES?

Alícia Muller Fregulia¹ , Maria Vitória Moura Fajardo¹, Paula Alvim de Assis¹, Thaís Campino Siqueira¹, Vitória Carvalhais Goulart¹, Fredson Guilherme Gomes²

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares

² Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares

Autor Correspondente: Alícia Muller Fregulia
E-mail: aliciamfregulia@gmail.com

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares
Endereço: R. São Paulo, 745 - Centro, Gov. Valadares - MG, 35010-180

Introdução: Com a melhoria de acesso ao pré-natal e à assistência ao parto, as causas não obstétricas de óbito materno ganharam destaque. Dentre elas, a principal é o trauma, majoritariamente, no segundo e no terceiro trimestres da gravidez, sendo principalmente do tipo fechado com lesão abdominal por acidente automobilístico. A mortalidade é quase duas vezes maior em gestantes do que em não gestantes e a maior causa de óbito materno é o choque hipovolêmico, já o fetal é por descolamento prematuro de placenta (DPP).^{1,2} **Objetivos:** Discutir o manejo do trauma abdominal em gestantes e suas peculiaridades. **Metodologia:** Revisão de literatura, utilizando os seguintes descritores: “trauma abdominal”, “emergências” e “gestação”. Foram incluídos artigos completos publicados de 2016 a 2022, em inglês, português e espanhol, nas bases PubMed, BVS e SciELO. Dentre 89 artigos encontrados, 8 foram selecionados de acordo com os objetivos. **Resultados:** A prioridade inicial do atendimento é o manejo e reanimação da mãe.³ As condutas são semelhantes às das não grávidas, seguindo o Advanced Trauma Life Support (ATLS), mas considerando a fisiologia da gestante.^{4,5,6} Descartado o trauma cervical, aconselha-se inclinação lateral de 15 a 30 graus ou decúbito lateral para a esquerda, para evitar prejuízo do retorno venoso.^{3,4} Além disso, deve ser realizada suplementação de oxigênio, profilaxia para tromboembolismo venoso, além de imunoglobulina para pacientes Rh- dentro de 72 horas, para prevenir isoimunização por hemorragia materno-fetal.³ A ultrassonografia obstétrica será útil para avaliar a placenta e os batimentos cardíacos fetais e o FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma) para sangramento intra abdominal.⁴ O feto deve ser avaliado por tocografia contínua por 2-9 horas após o trauma, para identificar possível DPP.^{4,7,6,8} No caso de alta suspeição de parto prematuro, administra-se corticosteroides e sulfato de magnésio se menor que 32 semanas.⁴ Não há diferenças nas determinações para laparotomia exploradora na gestação e a laparotomia isolada não é indicação de cesariana.^{4,5,8} Em caso de trabalho de parto prematuro, o manejo será igual ao da gestante não traumatizada, já a cesariana post-mortem de feto vivo e viável intra-útero deve ser efetuada até 5 minutos após a morte materna.^{3,5} **Conclusão:** O atendimento inicial à luz do algoritmo do ATLS e a compreensão das peculiaridades da gestante vítima de trauma abdominal garantem um manejo adequado e eficaz.

Palavras-chave: Trauma. Abdome. Emergências. Gestação.

Referências bibliográficas:

1. Martins-Costa HS, Ramos JGL, Serrano YLG. Trauma na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(9).
2. Fraga GP, Mantovani M, Mesquita AC, Soares AB, Passini Júnior R. Trauma Abdominal em Grávidas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(9).
3. Smith KA, Bryce S. Management of the pregnant trauma patient in the emergency department. *Emerg Med Pract.* 2020 Oct 15;22(Suppl 10):1-36.
4. Greco PS, Day LJ, Pearlman MD. Guidance for Evaluation and Management of Blunt Abdominal Trauma in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2019 Dec; 134(6):1343-1357.
5. Krywko DM, Toy FK, Mahan ME, Kiel J. Pregnancy Trauma. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
6. Page N, Roloff K, Modi AP, Dong F, Neeki MM. Management of Placental Abruption Following Blunt Abdominal Trauma. *Cureus.* 2020 Sp 9;12(9):e10337.
7. Tasneem B, Fox D, Akhter S. Blunt Abdominal Trauma in the Third Trimester: Eight Departments, Two Patients, One Survivor. *Cureus.* 2021 Jul 28; 13(7):e16688.
- 8- Tattoli L, Di Vella G, Solarino B. A case of intrauterine lethal fetal injury after attempted suicide of the mother. *Forensic Sci Int.* 2017 Nov;280:e1-e5.

ATUALIZAÇÕES SOBRE O USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA NA PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

João Danúsio Andrade Filho¹ , Alynne Maria de Brito Medeiros¹ , Tiago Meneses de Souza¹ ,
Jordana Caroline Dias Silva¹ , Yasmin Justine Borges² .

¹ Centro Universitário de Patos de Minas

² Centro Universitário de Patos de Minas

Autor Correspondente: João Danúsio Andrade Filho
E-mail: danusio2015@gmail.com

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas
Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207

Introdução: A Pancreatite Aguda (PA) é uma condição inflamatória do pâncreas frequentemente associada a cálculos biliares ou ao uso excessivo de álcool¹. Corresponde a uma das doenças mais comuns que acometem o trato gastrointestinal, ocasionando um grande impacto emocional, físico e financeiro². **Objetivos:** Descrever as novas recomendações acerca da antibioticoterapia da pancreatite aguda no contexto da emergência clínica. **Metodologia:** O presente estudo consiste em uma revisão de literatura com pesquisas realizadas na plataforma Medscape, base de dados Medline e biblioteca Scielo, nas diretrizes do Instituto da Associação Americana de Gastroenterologia (AGA) e no Jornal Mundial de Cirurgia de Emergência. Foram encontrados 15 artigos, destes 5 foram analisados. **Critérios de inclusão:** artigos completos publicados de 2019 a 2022 nos idiomas português e inglês, excluíram-se artigos repetidos e não primárias. **Resultados:** Conforme as novas diretrizes da AGA³, o uso de antibióticos profiláticos em pacientes com PA grave e pancreatite necrosante não demonstrou uma redução de mortalidade que justificasse o seu uso. A mesma diretriz ressalta que antibióticos profiláticos não tiveram impacto em desfechos importantes, como em casos de falência de órgãos. De acordo com um artigo do Jornal Mundial de Cirurgia de Emergência, embora os primeiros ensaios sugerissem vantagens quanto ao uso de antibióticos profiláticos, ensaios seguintes falharam em confirmar essa vantagem. Todavia, esse mesmo artigo enfatiza que os antibióticos são sempre indicados em casos de PA grave infectada, mas pondera que o seu diagnóstico é difícil por possuir complicações infecciosas que se assemelham a outras complicações causadas pela pancreatite aguda. De acordo com dados extraídos da plataforma Medscape⁴, em convergência com as novas diretrizes, o tratamento da pancreatite aguda deve ser feito por meio de hidratação intravenosa, não sendo indicados antibióticos mesmo em casos graves. A terapêutica mais adequada, portanto, envolve hidratação precoce e alimentação oral ou enteral nas primeiras 48 horas⁵. **Conclusão:** Considerando a elevada recorrência da pancreatite aguda no contexto da emergência clínica, os estudos mostram que o uso de antibioticoterapia deve ser cauteloso e indicado em situações específicas, sendo a principal delas a documentação de uma necrose pancreática infectada.

Palavras-chave: Pancreatite Aguda. Atendimento de Emergência. Farmacologia Clínica.

Referências bibliográficas:

1. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, *et al.* 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg.* 2019 Jun 13; 14:27.
2. Okabayashi NYT, Casaca MCG, Rodrigues MVR, Martins EP. Pancreatite aguda grave: Diagnóstico e tratamento. *Braz J Hea Rev.* 2020;3(6):17487-17506.
3. Stollman N, Smalley W, Hirano I, AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. *Gastroenterology.* 2015 Dec;149(7):1944-9.
4. Tang JCF. Medscape. Acute Pancreatitis Treatment & Management. [Acesso em 2022 mai 19. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/181364-treatment#d1>.
5. Coelho LCA, Nunes CP. Pancreatite aguda: uma revisão. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental.* 2019;1(2):36-44.

DIAGNÓSTICO IMEDIATO DE COMPLICAÇÕES HEMODINÂMICAS NO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO FERRAMENTA DE MELHORA DO PROGNÓSTICO NA EMERGÊNCIA

Ana Luiza Pazolini Damiani Dias¹ , Isabela de Oliveira Andrade¹ , Ana Cristina Lopes Albricker² .

¹ Centro Universitário de Belo Horizonte

² Centro Universitário de Belo Horizonte

Autor Correspondente: Ana Luiza Pazolini Damiani Dias
E-mail: analuizadamiani98@gmail.com

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte
Endereço: Rua dos Aimorés, 1451 - Lourdes, Belo Horizonte - MG, 30140-071


Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) manifesta-se como trombose venosa profunda (TVP) e/ou tromboembolismo pulmonar (TEP)^{2,4,7}. O TEP é a principal causa de complicação hemodinâmica da TEV¹, a qual é a terceira causa mais recorrente da síndrome cardiovascular aguda no mundo⁸. A obstrução de uma ou mais artérias pulmonares pelos coágulos provenientes da TVP, desencadeia a TEP³, podendo levar à falência cardíaca e ao choque, o que justifica a morte de um terço dos pacientes¹, configurando-se como uma das maiores emergências nas unidades de pronto atendimento. **Objetivos:** Objetiva-se ressaltar a importância do diagnóstico do TEP, contemplando uma sistematização diagnóstica sugerida pela nova diretriz brasileira. **Metodologia:** Revisão sistemática da literatura baseada em estudos disponibilizados nas plataformas PubMed, UpToDate e Scielo. Através dos descritores: venous thromboembolism, pulmonary embolism, venous thrombosis; datados em 2021 e 2022, nas línguas inglesa e portuguesa, obteve-se uma amostra de 14 artigos. **Resultados:** O TEP é a principal causa de óbitos evitáveis em leitos hospitalares e manifesta-se com sinais clínicos inespecíficos^{5,6} como: dispneia, dor torácica, hemoptise, síncope, pré-síncope ou ausência de sintomas^{1,9}. Sendo assim, sua classificação de probabilidade de risco clínico se faz essencial para confirmar ou refutar diagnóstico, a fim de dar prosseguimento imediato e adequado ao tratamento⁴. Para tanto, a nova Diretriz padroniza a aplicação do escore de Wells (sensibilidade 63,8 - 79,3%; especificidade 48,9 - 90%)¹ para designar a probabilidade clínica de TEP. No paciente com colapso hemodinâmico e diagnóstico provável de TEP o dímero-D é dispensável^{1,6,10}. Inicia-se imediata e obrigatoriamente a avaliação pelo ecocardiograma transtorácico à beira do leito (classe I/nível de evidência C)¹ que, detectando trombo móvel nas cavidades direitas, tronco e/ou ramos da artéria pulmonar, assim como falência do ventrículo direito, conclui-se o diagnóstico de TEP⁶ com repercussão hemodinâmica, auxiliando na indicação terapêutica mais adequada para o caso. A angiotomografia estaria indicada nessa situação para esclarecimento do diagnóstico diferencial¹. **Conclusão:** Diante dessa doença de alta mortalidade, a Diretriz Brasileira Conjunta de TEV¹ publicada em 2022 permite, através da padronização do diagnóstico clínico, laboratorial e imaginológico, melhor manejo, melhora do prognóstico e consequente redução da morbidade para as vítimas desta patologia⁴.

Palavras-chave: Tromboembolismo. Diretriz. Hemodinâmica. Falência Cardíaca. Choque.

Referências bibliográficas:

1. Albricker ACL, Freire CMV, Santos SN, Alcantara ML, Saleh MH, Cantisano AL, *et al.* Joint Guideline on Venous Thromboembolism—2022. *Arq Bras Cardiol.* 2022;118:797–857.
2. Diavati S, Sagris M, Terentes-Prinzios D, Vlachopoulos C. Anticoagulation Treatment in Venous Thromboembolism: Options and Optimal Duration. *Curr Pharm Des.* 2022;28(4):296–305.
3. Hou J, Wang W, Cai H, Chen J, Chen B, Shen Z, *et al.* Patients With Right Lower Extremity Deep Vein Thrombosis Have a Higher Risk of Symptomatic Pulmonary Embolism: A Retrospective Study of 1585 Patients. *Ann Vasc Surg.* 2022;81:240–8.
4. Li Y, He Y, Meng Y, Fu B, Xue S, Kang M, *et al.* Development and validation of a prediction model to estimate risk of acute pulmonary embolism in deep vein thrombosis patients. *Sci Rep.* 2022;12(1):649.
5. Jager NM, Eijsvogel MMM, Wagenaar M, Beishuizen A, Trof RJ. Intermediate-high risk pulmonary embolism: identification and treatment. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2022;166:D6036
6. Moreira MV, Vieira JDO, Santos ABB, Netto AF, Fonseca IGNM, Lopes JA, *et al.* Tromboembolismo pulmonar: dos aspectos epidemiológicos ao tratamento. *Brazilian Journal of Health Review.* 2021;4(2):8350–63.
7. Mount HR, Rich M, Putnam MS. Recurrent Venous Thromboembolism. *Am Fam Physician.* 2022;105(4):377–85.
8. Papakonstantinou NA, Kampaktis PN, Rorris FP, Doulamis I, Tzani A, Katsaridis S, *et al.* Surgical Treatment of Pulmonary Embolism and Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. *Curr Pharm Des.* 2022;28(7):521–34.
9. Yoo HH, Nunes-Nogueira VS, Boas PJFV, Broderick C. Outpatient versus inpatient treatment for acute pulmonary embolism. *Cochrane Database Syst Ver.* 2019;3(3):CD010019.
10. Zhang W, Liu BH, Xia CD, Qiu JH, Lou HP, Di JD, *et al.* Predictive value of D-dimer for deep vein thrombosis of lower extremity in adult burn patients. *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* 2022;38(4):335–40.

ISQUEMIA MESENTÉRICA PELA DOENÇA DE BUERGER: UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NO ABDOME AGUDO VASCULAR

Luiza Oliveira Martins¹ , Thayna Kathleen Pereira Martins de Paula¹, Isabella Constância de Faria Monteiro¹, Mauro Marques Lopes¹, Bruna Carvalho Veloso¹, Heros Souza Couto Junior²

¹ Faculdade da Saúde e Ecologia Humana

² Faculdade da Saúde e Ecologia Humana

Autor Correspondente: Luiza Oliveira Martins

E-mail: luiza_oliveiram3@yahoo.com.br

Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana

Endereço: R. São Paulo, 958 - Parque Jardim Alterosa, Vespasiano - MG, 33200-000

Introdução: A doença de Buerger ou tromboangeite obliterante é uma arterite rara, relacionada ao tabagismo, formadora de trombos, progressiva e não aterosclerótica que afeta principalmente as artérias médias dos membros distais e que com frequência causa amputações repetidas¹. O envolvimento mesentérico é extremamente raro, podendo apresentar-se como abdome agudo isquêmico em cerca de 2% dos casos. Entretanto, é de grande relevância clínica-cirúrgica devido à frequente necessidade de laparotomia de emergência². **Objetivo:** Enfatizar a importância de considerar a doença de Buerger como um diagnóstico diferencial para os casos de abdome agudo vascular. **Metodologia:** Revisão literária realizada nas bases de dados SciELO e MEDLINE no mês de maio de 2022. Os descritores utilizados foram: “Buerger’s disease”, “mesenteric ischemia” e “vascular acute abdomen”. **Critérios de inclusão:** artigos publicados entre 2020 e 2022, na língua inglesa e portuguesa que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa. **Critérios de exclusão:** artigos que possuíam resultados pouco claros, amostra pouco representativa, baixa qualidade metodológica e não adequação ao tema. **Resultados:** O envolvimento mesentérico na doença de Buerger é raro e o diagnóstico difícil, a exclusão de outras condições é fator importante³. Em uma história anterior de amputação de extremidades associada ao tabagismo crônico deve-se levantar a hipótese diagnóstica para Buerger. A melhor ferramenta do clínico para o sucesso do diagnóstico é um alto índice de suspeição. Esse aspecto, enfatiza a necessidade de se ter conhecimento sobre esta enfermidade visando não perder a oportunidade de salvar o paciente através de uma cirurgia de emergência⁴. A alta mortalidade nos casos com envolvimento intestinal na doença de Buerger advém do alto risco de necrose intestinal, perfuração e peritonite⁶. **Conclusão:** A raridade da doença de Buerger faz com que ela seja um diagnóstico diferencial menos suspeito, levando a um atraso no manejo adequado e a um aumento das taxas de morbidade e mortalidade⁵. Diante disso, a história prévia de amputação e de tabagismo crônico devem levantar a suspeita de doença de Buerger mesentérica³. Por fim, a realização de cirurgia precoce quando há suspeita de isquemia mesentérica secundária à doença de Buerger previne necrose intestinal extensa, reduz o risco de complicações e aumenta a sobrevida do paciente⁶.

Palavras-chave: Doença de Buerger. Tromboangeite Obliterante. Abdome Agudo. Isquemia Mesentérica.

Referências bibliográficas:

1. Fazeli B, Ligi D, Keramat S, Maniscalco R, Sharebani H, Mannello F. Recent Updates and Advances in Winiwarter-Buerger Disease (Thromboangiitis Obliterans): Biomolecular Mechanisms, Diagnostics and Clinical Consequences. *Diagnostics (Basel)*. 2021 Sep 22;11(10):1736.
2. Enshaei A, Hajipour B, Masoudi N. Repeated small bowel resection in a patient with Buerger's disease and intestinal involvement. *J Pak Med Assoc*. 2016 Apr; 66(4):467-9.
3. Kärkkäinen JM. Acute Mesenteric Ischemia: A Challenge for the Acute Care Surgeon. *Scand J Surg*. 2021 Jun;110(2):150-158.
4. Mishra SS, Mishra TS, Mitra S, Kumar P. Intestinal thromboangiitis obliterans: a case report. *J Med Case Rep*. 2021 Apr 23;15(1):215.
5. Qaja E, Muco E, Hashmi MF. Buerger Disease. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
6. Santana CLM, Aguiar FS, Rosado MB, Watashi DM, Ferreira LV, Portela LA. Tromboangeite Obliterante com impossibilidade de revascularização: relato de caso clínico. *Revista Científica UMC*. 2020;5(1).

LESÃO RENAL AGUDA EM PACIENTES COM COVID-19 DEVIDO A RABDOMIÓLISE

Bruna Carvalho Veloso¹ , Isabella Constância de Faria Monteiro¹, Luiza Oliveira Martins¹, Mauro Marques Lopes¹, Thayna Kathleen Pereira Martins de Paula¹, Heros Souza Couto Junior²

1 Faculdade de Saúde e Ecologia Humana

2 Faculdade de Saúde e Ecologia Humana

Autor Correspondente: Bruna Carvalho Veloso
E-mail: bruna_carvalho_veloso@hotmail.com

Instituição: Faseh - Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
Endereço: R. São Paulo, 958 - Parque Jardim Alterosa, Vespasiano - MG, 33200-000

Introdução: O desenvolvimento de lesão renal aguda com rabdomiólise associada à infecção por SARS-CoV2 pode ser um fator contribuinte para o agravamento do estado clínico dos pacientes com COVID-19, evoluindo com pior prognóstico e podendo levar ao óbito.¹ Além das proteínas e citocinas liberadas na rabdomiólise, a agressão viral também atinge de forma direta o parênquima renal ocasionando um estado de “hiperinflamação” podendo ser necessário intervenções de emergência para evitar falência renal e agravamento do paciente.^{3,4,5} **Objetivo:** Apresentar a fisiopatologia da lesão renal aguda devido a rabdomiólise em pacientes com COVID-19, suas manifestações clínicas e manejo na emergência. **Metodologia:** Foi feita uma revisão bibliográfica nas bases de dados bibliográficos eletrônico Pubmed e Scielo de artigos datados de 2020 a 2021, com os descritores “Rhabdomyolysis”, “COVID-19” e “Acute Kidney Injury”, em inglês, português e espanhol. **Resultados:** A rabdomiólise é um processo de destruição do tecido muscular esquelético e leva a liberação de alguns componentes intracelulares para o fluido extracelular circulante como a creatinoquinase (CK), mioglobina e vários eletrólitos.² Esses componentes, ao chegarem nos glomérulos são filtrados causando mioglobinúria e levando a um quadro de injúria renal aguda, em pacientes com COVID-19, a lesão tubular foi a lesão descrita mais comum.^{2,3} É possível que pacientes com rabdomiólise evoluam de forma assintomática ou manifestando a tríade clássica mialgia, fraqueza e mioglobinúria.^{1,3} É imprescindível após a suspeita de lesão renal aguda, principalmente em diabéticos e hipertensos, uma avaliação imediata por meio da dosagem de potássio, cálcio, creatinina, ureia, ácido úrico e fosfato, para determinar a gravidade e a necessidade de tratamento específico. **Conclusão:** O agravamento do quadro clínico da lesão renal aguda em pacientes infectados por SARS-CoV-2 é uma condição clínica emergencial devido apresentar alta taxa de mortalidade, sendo crucial o acompanhamento da lesão.^{1,2} Estudos relataram que os pacientes que desenvolveram a forma grave de COVI-19 tiveram uma significativa lesão renal aguda associada à rabdomiólise.¹ O manejo deve ser feito o mais rápido através do tratamento da causa subjacente e medidas de suporte e proteção renal.

Palavras-chave: COVID-19. Rabdomiólise. Lesão Renal Aguda. Emergência.

Referências bibliográficas:

1. Peely IMD, Azevedo RB, Muxfeldt ES, Botelho BG, Albuquerque GG, Diniz PHP, *et al.* A review of Covid-19 and acute kidney injury: from patho-physiology to clinical results. *Braz J Nephrol.* 2021; 43(4).
2. Ng JH, Bijol V, Sparks MA, Sise ME, Izzedine H, Jhaveri KD. Pathophysiology and Pathology of Acute Kidney Injury in Patients With COVID-19. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2020 Sep;27(5):365-376.
3. Robbins-Juarez SY, Qian L, King KL, Stevens JS, Husain SA, Radhakrishnan J, *et al.* Outcomes for Patients With COVID-19 and Acute Kidney Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Kidney Int Rep.* 2020 Jun 25;5(8):1149–1160.
4. Taxbro K, Kahlow H, Wulcan H, Fornarve A. Rhabdomyolysis and acute kidney injury in severe COVID-19 infection. *BMJ Case Rep.* 2020 Sep 2;13(9): e237616.
5. Vasquez-Garagatti R, Díaz-Pardavé C, Beas R, Bieber JD, Gnoni M, Granda-Irribarren N. Rabdomiólisis tardía secundaria a infección por SARS-CoV-2. *Medicina (B.Aires).* 2021; 81(4):656-658.

LIGADURA DAS ARTÉRIAS ILÍACAS INTERNAS EM HEMORRAGIAS PÓS-PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Laura Moraes Torres¹ , Leticia Teixeira de Siqueira Valadares¹, Fredson Guilherme Gomes²

¹ Universidade Federal de Juiz Fora campus Governador Valadares

² Universidade Federal de Juiz Fora campus Governador Valadares

Autor Correspondente: Ana Laura Moraes Torres
E-mail: torres.analauram@gmail.com

Instituição: Universidade Federal de Juiz Fora campus Governador Valadares
Endereço: R. São Paulo, 745 - Centro, Gov. Valadares - MG, 35010-180

Introdução: hemorragia pós-parto (HPP) é uma emergência obstétrica e a maior causa de histerectomia periparto no mundo. As principais causas de HPP são atonia uterina, trauma no canal de parto, retenção de tecido placentário e distúrbios de coagulação. Com o aprimoramento de outras medidas, como suturas uterinas compressivas, balões intrauterinos e embolização arterial, é necessário analisar a eficácia e a aplicabilidade da ligadura das artérias ilíacas internas (IIAL), também chamadas hipogástricas, no manejo da HPP, como alternativa à histerectomia, a fim de preservar a fertilidade, sobretudo em caso de limitação de recursos ou falha de outras medidas. Suas complicações incluem não obtenção da hemostasia, lesão venosa, arterial, ureteral ou neural periférica e possível efeito na fertilidade. **Objetivos:** analisar a eficácia e a aplicabilidade da ligadura das artérias ilíacas internas no manejo de HPP. **Metodologia:** foi conduzida revisão descritiva na base PubMed utilizando os descritores “internal iliac artery ligation”, “hypogastric artery ligation” e “postpartum hemorrhage” associados por OR e AND, respectivamente. Selecionou-se 40 estudos publicados nos últimos dez anos que abrangiam o tema. **Resultados:** Um estudo com 52 casos de IIAL devido HPP, verificou que, em 22 casos, IIAL foi a intervenção primária e, em 30 casos, foi secundária devido sangramento contínuo após outra medida, como sutura B-Lynch, balão de Bakri e histerectomia. Houve sucesso em 41 casos, necessidade de histerectomia após falha da IIAL em 9 e 2 mortes, sendo uma devido a lesão da veia ilíaca interna (complicação operatória). Nesse contexto, evidenciou-se que, em adição a outras técnicas de preservação uterina, a IIAL reduz as taxas de histerectomia e não afeta a fertilidade. Outro estudo comparou embolização da artéria uterina e IIAL e apontou que, em caso de HPP grave e sinais vitais instáveis, especialmente se índice de choque maior que 0,9, a IIAL deve ser priorizada e realizada rapidamente. Quanto à lesão venosa, outros autores evidenciaram que dissecar a fásia circundante da artéria ilíaca interna e passar a pinça em ângulo reto reduz risco de lesão da veia ilíaca interna e que deve-se ter atenção às variações anatômicas. **Conclusão:** A IIAL é eficaz para HPP grave, sobretudo na falha de outras medidas, com controle da hemorragia, redução das taxas de histerectomia e preservação da fertilidade. É essencial o reconhecimento precoce da HPP e a qualificação para realizar a IIAL.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto. Ligadura. Artéria ilíaca. Emergências. Obstetrícia.

Referências bibliográficas:

- Alves AL, Nagahama G, Nozaki AM. Manejo cirúrgico da hemorragia pós-parto. *FEMINA*. 2020;48(10):615-22.
- Alves AL, Azevedo GU, São José CN, Silva LB, Silva Filho AL. Ligaduras vasculares no tratamento cirúrgico da hemorragia pós-parto. *Femina*. 2021; 49(4): 246-50.
- Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Practice Bulletin No 183: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2017 Oct; 130(4):e168-86.
- Bouet PE, Madar H, Froeliger A, Hachem HE, Schinkel E, Mattuizi A, *et al*. Surgical treatment of postpartum haemorrhage: national survey of French residents of obstetrics and gynecology. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Mar 13; 19(1):91.
- Boynukalin FK, Boyar H, Gormus H, Aral AI, Boyar N. Bilateral hypogastric artery ligation in emergency setting for intractable postpartum hemorrhage: a secondary care center experience. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013; 40 (1): 85-8.
- Carranza-Lira S, Sillas-Pardo LJ, Rosales-Ortiz S. Efectos de la desarterialización uterina en el flujo sanguíneo uterino y ovárico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018; 56 (2): 143-7.
- Cekmez Y, Ozkaya E, Öcal FD, Küçüközkan T. Experience with different techniques for the management of postpartum hemorrhage due to uterine atony: compression sutures, artery ligation and Bakri balloon. *Ir J Med Sci*. 2015; 184 (2): 399-402.
- Danisman N, Kahyaoglu S, Celen S, Akselim B, Tuncer EG, Timur H, *et al*. The outcomes of surgical treatment modalities to decrease "near miss" maternal morbidity caused by peripartum hemorrhage. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014; 18 (7): 1092-7.
- Dohbit JS, Foumane P, Nkwabong E, Kamouko CO, Tochie JN, Otabela B, *et al*. Uterus preserving surgery versus hysterectomy in the treatment of refractory postpartum haemorrhage in two tertiary maternity units in Cameroon: a cohort analysis of perioperative outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1):158.
- Domingo S, Perales-Puchalt A, Soler I, Marcos B, Tamarit G, Pellicer A. Clinical outcome, fertility and uterine artery Doppler scans in women with obstetric bilateral internal iliac artery ligation or embolisation. *J Obstet Gynaecol*. 2013; 33(7): 701-4.

Resumo

11. Doumouchtsis SK, Nikolopoulos K, Talaulikar V, Krishna A, Arulkumaran S. Menstrual and fertility outcomes following the surgical management of postpartum haemorrhage: a systematic review. *BJOG*. 2014;121(4):382-88.
12. Dursun P. Use of bulldog vascular clamps to reduce intraoperative bleeding during cesarean hysterectomy for placenta percreta. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;140(3): 379-80.
13. Evsen MS, Sak ME, Soydine HE, Basaranoglu S, Bakir C, Sak S, *et al*. Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage. *Ginekol Pol*. 2012;83(9): 665-8.
14. Ghosh SB, Mala YM. Alternate sequential suture tightening: a novel technique for uncontrolled postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Int*. 2015; 2015:145178.
15. Haumonté J-B, Sentilhes L, Macé P, Cravello L, Boubli L, d'Ercole C. Prise en charge chirurgicale d'une hémorragie du post-partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2014; 43 (10): 1083-103.
16. Hsu YH, Yeh CC, Wang PH. The better way-uterine feeding vessel occlusion to manage postpartum hemorrhage. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019; 58(2):175-176.
17. Hussein AM, Dakhly DMR, Raslan AN, Kamel A, Hafeez AA, Moussa M, *et al*. The role of prophylactic internal iliac artery ligation in abnormally invasive placenta undergoing caesarean hysterectomy: a randomized control trial. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019; 32(20): 3386-3392.
18. İçen MS, Findik FM, Evsen GA, Ağaayak E, Tuñç SY, Evsen MS, *et al*. Hypogastric artery ligation in postpartum haemorrhage: a ten-year experience at a tertiary care centre. *J Obstet Gynaecol*. 2021; 41(4):536-540.
19. Kaya B, Damarer Z, Daglar K, Unal O, Soliman A, Guralp O. Is there yet a role for internal iliac artery ligation in obstetric hemorrhage with the current gain in popularity of other uterus sparing techniques?. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(11): 1325-32.
20. Kaya B, Tuten A, Daglar K, Misirlioglu M, Polat M, Yildirim Y, *et al*. Balloon tamponade for the management of postpartum uterine hemorrhage. *J Perinat Med*. 2014; 42(6): 745-53.
21. Kaya B, Tuten A, Daglar K, Onkun M, Sucu S, Dogan A, *et al*. B-Lynch uterine compression sutures in the conservative surgical management of uterine atony. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 291(5): 1005-14.
22. Kaya B, Usluogullari B, Yurttutan N, Sahan MH, Güralp O, Malik E. Does ligation of internal iliac artery for postpartum hemorrhage affect clitoral artery blood flow and postpartum sexual functions?. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;219: 124-8.
23. Kehila M, Derouich S, Chelli D, Touhami O, Marzouk SB, Khedher SB, *et al*. Quelle stratégie chirurgicale adopter devant une hémorragie du post-partum et comment améliorer les résultats de la ligature des artères hypogastriques?. *Pan Afr Med J*. 2016; 25(1): 96.
24. Kılıççı Ç, Polat M, Küçükbaş M, Şentürk MB, Karakuş R, Abide ÇY, *et al*. Modified abdominal packing method in "near miss" patients with postpartum hemorrhages. *Turk J Obstet Gynecol*. 2018; 15(3):159-64.
25. Gouez LA, Mercier FJ. Major obstetric hemorrhage. *Transfus Clin Biol*. 2016; 23 (4): 229-232.
26. Limbachiya D, Kenkre M, Shah S, Kumari R, Desai HD. Laparoscopic Hemostasis of Intractable Delayed Postpartum Hemorrhage. *Cureus*. 2021; 13(1):e12892.
27. López-Vera EA, Reynosa-Oviedo Y, Treviño-Báez JD, Martínez-Salazar GJ, González-Díaz OA, Cortés-Flores R. Reintervención posterior a histerectomía obstétrica y ligadura selectiva de arterias hipogástricas. *Ginecol Obstet Mex*. 2016; 84 (9): 562-6.
28. Madhubala M. Bilateral Internal Iliac Artery Ligation, a Rational Choice of Surgery in Placenta Previa, a Hospital-Based Retrospective Study on the Prevention of Hysterectomy and Control of Postpartum Hemorrhage. *J Obstet Gynaecol India*. 2019; 69(6): 535-540.
29. Mathyk BA, Cetin BA, Atakul N, Koroglu N, Bahat PY, Turan G, *et al*. Ovarian reserve after internal iliac artery ligation. *J Obstet Gynaecol Res*. 2018; 44(9): 1761-1765.
30. Ozgen G, Aydin GA. Effectiveness of Intrauterine Bakri Balloon® Tamponade for Placenta Previa and Placenta Accreta Spectrum. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2020; 30(7): 707-712.
31. Raba G. Small invasive technique of Internal Iliac Artery ligation for postpartum haemorrhage. *Ginekol Pol*. 2020; 91(1): 29-31.
32. Raba G. Unilateral recanalisation of hypogastric artery after ligation for postpartum haemorrhage treatment. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2014; 9(2): 289-91.
33. Rasheed SM, Amin MM, Ellah AHA, Elhassan AMA, Zahry MAE, Wahab HA. Reproductive performance after conservative surgical treatment of postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014; 124(3):248-52.
34. Rauf M, Ebru C, Sevil E, Selim B. Conservative management of post-partum hemorrhage secondary to placenta previa-accrta with hypogastric artery ligation and endo-uterine hemostatic suture. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017; 43(2): 265-271.
35. Şahin H, Karapınar OS, Şahin EA, Dolapçioğlu K, Baloğlu A. The effectiveness of the double B-lynch suture as a modification in the treatment of intractable postpartum haemorrhage. *J Obstet Gynaecol*. 2018; 38(6):796-799.
36. Selçuk İ, Uzuner B, Boduç E, Baykuş Y, Akar B, Güngör T. Step-by-step ligation of the internal iliac artery. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2019; 20(2): 123-128.
37. Singhal M, Gupta P, Sikka P, Khandelwal N. Uterine Artery Embolization Following Internal Iliac Arteries Ligation in a Case of Post-Partum Hemorrhage: A Technical Challenge. *J Obstet Gynaecol India*. 2015; 65(3): 202-5.
38. Sucu S, Özcan HÇ, Karuserci ÖK, Demiroğlu Ç, Tepe NB, Bademkiran MH. Is there a role of prophylactic bilateral internal iliac artery ligation on reducing the bleeding during cesarean hysterectomy in patients with placenta percreta? A retrospective cohort study. *Ginekol Pol*. 2021; 92(2): 137-42.
39. Tahaoglu AE, Balsak D, Togrul C, Obut M, Tosun O, Cavus Y, *et al*. Emergency peripartum hysterectomy: our experience. *Ir J Med Sci*. 2016; 185(4): 833-838.
40. Torre JIG, Delgado-Rosas A, González-Cantú G. Experiencia en la ligadura de arterias hipogástricas a pacientes ginecológicas y obstétricas del Hospital Universitario de Saltillo. *Ginecol Obstet Mex*. 2015; 83(1): 32-40.
41. Wang CY, Pan HH, Chang CC, Lin CK. Outcomes of hypogastric artery ligation and transcatheter uterine artery embolization in women with postpartum hemorrhage. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019; 58(1):72-6.
42. Win SS, Lasimbang HB, AUng SNL, Yeap TB. How B-Lynch suture and bilateral internal iliac artery ligation saved the uterus of a young patient with severe postpartum haemorrhage. *BMJ Case Rep*. 2021; 14 (8): e244226.
43. Yildiz C, Akkar OB, Karakuş S, Cetin A, Yanik A. Hypogastric artery ligation for obstetrical hemorrhage: clinical experience in a tertiary care center. *Turk J Med Sci*. 2015; 45(6): 1312-6.

MANEJO DA APENDICITE AGUDA NA HÉRNIA ESTRANGULADA DE GARENGEOT NA EMERGÊNCIA CIRÚRGICA

Yuri Costa Anjos¹ , Mauro Marques Lopes¹ , Isabela Vasconcelos Ramos Andrade¹ ,
Jean Lucas Bernardes Frois¹ , Gustavo Coutinho Nogueira Pereira¹ , Natalia Vieira Saint-Clair¹

1 Faculdade da Saúde e
Ecologia Humana

Autor Correspondente: Yuri
Costa Anjos

E-mail: yuranjosbh@gmail.com

Instituição: Faculdade da Saúde
e Ecologia Humana

Endereço: R. São Paulo,
958 - Parque Jardim Alterosa,
Vespasiano - MG, 33200-000



Introdução: As hernias femorais ocorrem entre o canal medial da artéria femoral e o ligamento inguinal. A hérnia de De Garengeot é uma hernia femoral rara caracterizada pela protrusão do apêndice vermiforme através do saco herniário^{1,2,4}. Esse tipo de hernia é mais frequente nas mulheres e afeta em sua maioria a população senil. Uma das formas graves com que essa condição se apresenta é quando há o estrangulamento da hernia e a inflamação aguda do apêndice, podendo ser potencialmente letal se não for corretamente manejada⁶. A incidência da apendicite nas hernias femorais é de 0,08 a 0,13% o que torna o diagnóstico uma missão desafiadora e as recomendações, com relação as técnicas cirúrgicas apropriadas, escassas⁷. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é discutir as técnicas cirúrgicas que se demonstraram eficazes no tratamento da condição, a fim de evitar desfechos negativos. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura utilizando a base de dados Pubmed. Foram selecionados artigos na língua inglesa, utilizando os descritores: “Hernia”, “Appendicitis”, “Femoral”, “De Garengeot” Foram incluídos artigos avaliando os seguintes critérios: estudos com até 4 anos de publicação e com alta qualidade metodológica. Foram excluídos os que possuísem desfechos pouco claros, amostra pouco representativa ou baixa qualidade metodológica. **Resultados:** A Hernia estrangulada de De Garengeot acompanhada de apendicite é uma emergência cirúrgica dupla³. Em casos de apendicite não complicada a incisão inguinal é suficiente para tratar tanto o defeito de parede abdominal quanto a inflamação do apêndice. No caso de apendicite complicada é necessária exploração de cavidade abdominal e abordagens híbridas². Nesse caso, a laparoscopia mostra-se como a técnica mais apropriada. A redução da hernia, comumente realizada pelos cirurgiões, deve ser abolida nesses casos por apresentar desfechos possivelmente letais⁵. **Conclusão:** Esse tipo de hérnia é muitas vezes indistinguível das hérnias femorais encarceradas em uma primeira instância. A demora para iniciar a cirurgia deve ser evitada, mas a Tomografia Computadorizada pode ser usada para diagnóstico diferencial. Não existe tratamento padrão, mas segundo as meta-análises avaliadas é desaconselhado a redução da hérnia e o uso de tela quando há perfuração. O ideal é que os cirurgiões utilizem as técnicas que possuem mais destreza e saibam reconhecer se a apendicite é complicada ou não complicada, para selecionar a melhor intervenção.

Palavras-chave: Hérnia Femoral. Apendicite. De Garengeot. Emergências.

Referências:

- 1 - Chatzikonstantinou M, Toeima M, Ding T, Qazi A, Aston N. De Garengeot hernias. Over a century of experience. A systematic review of the literature and presentation of two cases. *Acta Chir Belg.* 2022;122(1):15–22.
- 2 - Linder S, Linder G, Mansson C. Treatment of de Garengeot’s hernia: a meta-analysis. *Hernia.* 2019;23(1):131–141.
- 3 - Mejri A, Omry A, Arfaoui K, Rchidi J. De Garengeot hernia doubly complicated: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021;86: 106264.
- 4 - Misiakos EP, Paspala A, Prodromidou A, Machairas N, Domi V, Koliakos N, *et al.* De Garengeot’s Hernia: Report of a Rare Surgical Emergency and Review of the Literature. *Front Surg.* 2018;5:12.
- 5 - Rollo A, Franzini C, Casali L, Santi C, Lombardo E, Violi V. De garengeot hernia: Laparoscopic treatment in emergency. *Acta Biomed.* 2019;90(4):568-571.
- 6 - Schiøtz IT, Breuer RG. Acute appendicitis in de Garengeot’s hernia. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2021;141(10).
- 7 - Simpson FJ, Fay Katherine, Wang V, Elwood D. A Novel Approach to Managing a Strangulated De Garengeot’s Hernia. *Am Surg.* 2021;87(1):83–85.

MANEJO DE VIAS AÉREAS NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EXTRA-HOSPITALAR EM ADULTOS, UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Heitor Luís de Castro Pereira¹ , Henrique Placedino e Marques¹,
Henrique Resende Leite¹, Pietra Paschoalino Boareto¹, Thiago Ferrante Rebello de Andrade¹,
Denner Paganotto Gobbo Pires² .

1 Faculdade Ciências Médicas
de Minas Gerais

2 Faculdade Ciências Médicas
de Minas Gerais

Autor Correspondente: Heitor
Luís de Castro Pereira
E-mail: heitorblcp@gmail.com

Instituição: Faculdade Ciências
Médicas de Minas Gerais
Endereço: Alameda Ezequiel
Dias, 275 - Centro, Belo
Horizonte - MG, 30130-110

Introdução: O manejo de via aérea durante a parada cardiorrespiratória extra-hospitalar no adulto (PCREH) é um tema controverso na emergência. Por muito tempo, a intubação orotraqueal (IOT) foi a técnica utilizada, porém estudos recentes divergem quanto aos riscos e benefícios, quando comparada aos dispositivos supra glóticos (SGA) e bolsas-valva-máscara (BMV).^{4,20} **Objetivo:** Comparar as diferentes abordagens da via aérea (BVM, SGA e IOT) durante a PCREH, e seu impacto em desfechos clínicos. **Metodologia:** Revisão integrativa nas bases de dados BVS e Pubmed, através dos descritores “Intubation”, “Airway Management” e “Out-of-Hospital Cardiac Arrest”, associados pelo operador booleano AND e publicados entre os anos de 2018 a 2022, na língua inglesa, sendo incluídos tipos de estudos: revisão sistemática, ensaio clínico controlado e estudo observacional sobre PCREH em adultos. Foram excluídos estudos que não tinham como objetivo comparar a efetividade do manejo de vias aéreas e artigos repetidos entre as bases, totalizando 19 artigos dentre 58 dos quais obteve-se acesso. Os desfechos analisados foram a qualidade das compressões torácicas, a recuperação da circulação espontânea (ROSC), os desfechos neurológicos, a alta hospitalar e sobrevida. **Resultados:** A maioria dos estudos observacionais e ensaios clínicos controlados apontam desfechos semelhantes quando comparado BMV, SGA e IOT.^{6,10,12,15} A respeito das compressões torácicas, a qualidade alterada foi a duração total de interrupção das compressões torácicas, 160 segundos na SGA e na 181 segundos na IOT.¹⁶ Em relação à ROSC, os números variaram entre 24,3–43,7% na IOT, 25,8–48% na SGA e 12,2–37,9% na BMV. Em relação aos desfechos neurológicos, por exemplo, a sobrevivência funcional favorável varia em 4,3% na BMV, na SGA 4,8–7,1% e 3,9–6,8% na IOT e em relação a alta e sobrevida BMV 6%, SGA 4–10,8% e IOT 5,7–12%.^{1,6–9,11,13,17,18,20} **Conclusão:** A escolha da estratégia para manejo da via aérea na PCREH pode ser influenciada pelos recursos disponíveis, pela experiência do profissional que realiza o atendimento e a provável etiologia da parada cardiorrespiratória.^{2,3,16,19} Observa-se nos recentes *guidelines* que, frente aos novos estudos, dois pontos são destacados e são consenso na comunidade: a escolha da via aérea depende principalmente da experiência do profissional e que o manejo de via aérea avançada demanda treinamento contínuo de todos os profissionais.^{5,14,20} Ressalta-se ainda, escassez de estudos nacionais, não havendo dados epidemiológicos significativos. **Palavras-chave:** Parada Cardíaca Extra-Hospitalar. Manejo de Vias Aéreas. Serviços Médicos de Emergência.

Referências

1. Bengner JR, Kirby K, Black S, Brett SJ, Clout M, Lazaroo MJ, *et al.* Effect of a strategy of a supraglottic airway device vs tracheal intubation during out-of-hospital cardiac arrest on functional outcome: The AIRWAYS-2 randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;320(8):779–91
2. Bengner JR, Kirby K, Black S, Brett SJ, Clout M, Lazaroo MJ, *et al.* Supraglottic airway device versus tracheal intubation in the initial airway management of out-of-hospital cardiac arrest: the AIRWAYS-2 cluster RCT. *Health Technol Assess*. 2022;26(21):1–158.
3. Bengner JR, Lazaroo MJ, Clout M, Voss S, Black S, Brett SJ, *et al.* Randomized trial of the i-gel supraglottic airway device versus tracheal intubation during out of hospital cardiac arrest (AIRWAYS-2): Patient outcomes at three and six months. *Resuscitation*. 2020;157:74–82.
4. Carlson JN, Wang HE. Optimal airway management in cardiac arrest. *Crit Care Clin*. 2020;36(4):705–14.
5. Gough CJR, Nolan JP. To intubate or not to intubate? *Curr Opin Crit Care*. 2018;24(3):131–7.
6. Granfeldt A, Avis SR, Nicholson TC, Holmberg MJ, Moskowitz A, Coker A, *et al.* Advanced airway management during adult cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*. 2019;139:133–43.
7. Jabre P, Penaloza A, Pinero D, Duchateau F-X, Borron SW, Javaudin F, *et al.* Effect of bag-mask ventilation vs endotracheal intubation during cardiopulmonary resuscitation on neurological outcome after out-of-hospital cardiorespiratory arrest: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;319(8):779–87.
8. Lee A-F, Chien Y-C, Lee B-C, Yang W-S, Wang Y-C, Lin H-Y, *et al.* Effect of placement of a Supraglottic Airway Device vs endotracheal intubation on return of spontaneous circulation in adults

Resumo

- with out-of-hospital cardiac arrest in Taipei, Taiwan: A cluster randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2022;5(2):e2148871.
9. Lupton JR, Schmicker RH, Stephens S, Carlson JN, Callaway C, Herren H, *et al*. Outcomes with the use of bag-valve-mask ventilation during out-of-hospital Cardiac Arrest in the Pragmatic Airway Resuscitation Trial. *Acad Emerg Med*. 2020;27(5):366–74.
10. Martín-Pereira J, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Romero-Martín M, Gómez-Urquiza JL. Laryngeal tubes and laryngeal mask devices for supraglottic airway management in out-of-hospital emergency care: a systematic review. *Emergencias*. 2019; 31(6):417–28.
11. Murphy DL, Bulger NE, Harrington BM, Skerchak JA, Counts CR, Latimer AJ, *et al*. Fewer tracheal intubation attempts are associated with improved neurologically intact survival following out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2021;167:289–96.
12. Penketh JA, Nolan JP, Skrifvars MB, Rylander C, Frenell I, Tirkkonen J, *et al*. Airway management during in-hospital cardiac arrest: An international, multicentre, retrospective, observational cohort study. *Resuscitation*. 2020;153:143–8.
13. Shimizu K, Wakasugi M, Kawagishi T, Hatano T, Fuchigami T, Okudera H. Effect of advanced airway management by paramedics during out-of-hospital cardiac arrest on chest compression fraction and return of spontaneous circulation. *Open Access Emerg Med*. 2021;13:305–10.
14. Wang C-H, Lee A-F, Chang W-T, Huang C-H, Tsai M-S, Chou E, *et al*. Comparing effectiveness of initial airway interventions for out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review and network meta-analysis of clinical controlled trials. *Ann Emerg Med*. 2020;75(5):627–36.
15. Wang HE, Humbert A, Nichol G, Carlson JN, Daya MR, Radecki RP, *et al*. Bayesian analysis of the Pragmatic Airway Resuscitation Trial. *Ann Emerg Med*. 2019;74(6):809–17.
16. Wang HE, Jaureguibeitia X, Aramendi E, Jarvis JL, Carlson JN, Irusta U, *et al*. Airway strategy and chest compression quality in the Pragmatic Airway Resuscitation Trial. *Resuscitation*. 2021;162:93–8.
17. Wang HE, Schmicker RH, Daya MR, Stephens SW, Idris AH, Carlson JN, *et al*. Effect of a strategy of initial laryngeal tube insertion vs endotracheal intubation on 72-hour survival in adults with out-of-hospital cardiac arrest: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;320(8):769–78.
18. White L, Melhuish T, Holyoak R, Ryan T, Kempton H, Vlok R. Advanced airway management in out of hospital cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2018;36(12):2298–2306.
19. Yang Z, Liang H, Li J, Qiu S, He Z, Li J, *et al*. Comparing the efficacy of bag-valve mask, endotracheal intubation, and laryngeal mask airway for subjects with out-of-hospital cardiac arrest: an indirect meta-analysis. *Ann Transl Med*. 2019;7(12):257.
20. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, *et al*. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020 Oct 20;142(16_suppl_2):S366-S468.

O EMPREGO DO MAVACAMTEN PARA O TRATAMENTO DA CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Luciana de Paula Santana¹ , Guilherme de Mendonça Lopes Beltrão¹, Fernanda Rodrigues de Almeida².

1 Acadêmicos do curso de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais;

2 Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Autor Correspondente:
LUCIANA DE PAULA
SANTANA

E-mail: luci18anasantana@gmail.com

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a cardiopatia genética mais comum e principal causa de morte súbita em jovens atletas. É uma doença grave e potencialmente fatal, podendo ter diversos espectros de manifestação, incluindo formas assintomáticas, insuficiência cardíaca refratária e morte súbita.^{1,2} Mesmo após 60 anos de sua descrição na literatura, a terapêutica não é específica e ainda se baseia no controle dos sintomas. **Objetivo:** Analisar a segurança e eficácia do mavacamten, primeira classe de inibidores da miosina cardíaca, no tratamento da CMH. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa com dados coletados no PubMed, pelos descritores “Hypertrophic Cardiomyopathy”, “Symptomatic Hypertrophic Cardiomyopathy” e “Mavacamten”, nos últimos cinco anos e na língua inglesa. **Resultados:** O estudo EXPLORER-HCM,³ um ensaio clínico randomizado duplo-cego controlado por placebo, avaliou o uso do mavacamten em pacientes com CMH obstrutiva. Dos 123 pacientes em uso da medicação, 36% apresentaram melhora da classe funcional avaliada pela NYHA (classificação da New York Heart Association) e aumento da capacidade funcional medida pelo VO₂ de pico (consumo de oxigênio no pico do esforço) em relação ao placebo (intervalo de confiança 95%; 8,7 a 30.1; p<0,001). No estudo MAVERICK-HCM⁴ que avaliou o uso da droga em CMH não obstrutiva, houve redução significativa dos valores de NT-proBNP (53% contra 1% no grupo placebo; p<0,0005) e queda nos valores da troponina (34% contra um aumento de 4% no grupo placebo com p<0,009). Já o estudo VALOR-HCM,⁵ buscou responder se a nova medicação poderia adiar ou evitar intervenções em 16 semanas. No grupo do fármaco 17,9% necessitou de intervenção contra 76,8 % no grupo placebo. Houve ainda melhora da classe funcional, avaliada pelo NYHA, em 27% dos casos contra apenas 2% no grupo sem a medicação. **Conclusão:** O mavacamten no tratamento da CMH esteve associado a uma redução significativa no NT-proBNP e de troponina I, sugerindo melhora no estresse da parede do miocárdio, assim como melhorou significativamente a classe funcional e reduziu a necessidade de intervenção em pacientes com CMH comparado com o placebo. Considerando os benefícios apresentados, o mavacamten é um fármaco promissor para o tratamento da cardiomiopatia hipertrófica.

Palavras-chave: Cardiomiopatia Hipertrófica. Cardiomiopatia Hipertrófica Sintomática. Mavacamten.

Referências bibliográficas:

1. Heitner SB, Jacoby D, Lester SJ, Owens A, Wang A, Zhang D, *et al.* Mavacamten Treatment for Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy. *Ann Intern Med.* 2019 Jun 4;170(11):741-748.
2. Ho CY, Mealiffe ME, Bach RG, Bhattacharya M, Choudhury L, Edelberg JM, *et al.* Evaluation of Mavacamten in Symptomatic Patients With Nonobstructive Hypertrophic Cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol.* 2020 Jun 2;75(21):2649-2660.
3. Ho CY, Olivotto I, Jacoby D, Lester SJ, Roe M, Wang A, *et al.* Study Design and Rationale of EXPLORER-HCM. *Circ Heart Fail.* 2020 Jun;13(6):e006853.
4. Pysz P, Rajtar-Salwa R, Smolka G, Olivotto I, Wojakowski W, Petkow-Dimitrow P. Mavacamten - a new disease - specific option for pharmacological treatment of symptomatic patients with hypertrophic cardiomyopathy. *Kardiol Pol.* 2021;79(9):949-954.
5. Zampieri M, Argirò A, Marchi A, Berteotti M, Targetti M, Fornaro A, *et al.* Mavacamten, a Novel Therapeutic Strategy for Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy. *Curr Cardiol Rep.* 2021 Jun 3;23(7):79.

O IMPACTO DE UMA ANAMNESE ADEQUADA NO PROGNÓSTICO DO PACIENTE COM ICC NA EMERGÊNCIA DA CLÍNICA MÉDICA

Leticia Lopes Salomão¹ , Luíza de Souza Carvalho¹, Vitoria de Guadalupe Filizzola Freire¹, Marcelo Lopes Ribeiro².

¹ Acadêmicos do curso de medicina da faculdade Faminas-BH;

² Docente da faculdade Faminas-BH.

Autor Correspondente: Leticia Lopes Salomão

E-mail: leticialsalomao@gmail.com

Instituição: Faminas-BH

Endereço: Av. Cristiano Machado, 12001 - Vila Cloris, Belo Horizonte - MG, 31744-007

Introdução: Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é caracterizada pela incapacidade de bombeamento sanguíneo adequado e proporcional às necessidades metabólicas do organismo ou à custa de alta pressão de enchimento ventricular.¹ A ICC aguda é a principal causa de hospitalização de doença cardiovascular, além disso, cerca de 36% de seus pacientes são reinternados após 90 dias da alta hospitalar, devido ao início tardio da conduta terapêutica causada por falhas diagnósticas.^{2,3} Vale ressaltar que essa síndrome clínica não apresenta um sinal patognomônico necessitando, portanto, de enfoque semiológico para promover um melhor prognóstico da doença e auxiliar no rastreio de pacientes de alto risco. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura a respeito da importância da abordagem semiológica no aumento de sobrevida do paciente. **Metodologia:** Foram utilizados bases de dados de livros acadêmicos, Pubmed e Scielo para o levantamento das pesquisas, selecionado-se 14 artigos datados de 2008 a 2016 para análise e inserção no trabalho. Cerca de 7 artigos foram descartados por não seguirem a temática da revisão. **Resultados:** Devido a ICC ter um amplo espectro de sintomas e sinais, as queixas dos pacientes podem ser erroneamente classificadas como pertencentes a outras doenças e, assim, diagnosticadas de forma equivocada na clínica médica.^{4,5} Por conta disso, a New York Heart Association listou alguns sintomas e sinais presentes no paciente com ICC, como Ortopneia e Sopro cardíaco, respectivamente, as quais podem auxiliar na obtenção do diagnóstico assertivo da ICC, levando a um melhor prognóstico e tratamento do paciente. Vale ressaltar que o diagnóstico incorreto dos pacientes com ICC acarreta em tratamento não específico, o que pode agravar os sintomas, levando o enfermo a procurar um nível do sistema de saúde mais avançado, sendo esse a urgência e emergência.^{6,7} Muitas vezes, esses pacientes dão entrada ao atendimento com uma piora do quadro pela ICC, diminuindo a sobrevida, já que, segundo dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS-2009) no ano de 2000, 30% dos pacientes internados com ICC foram a óbito. **Conclusão:** A anamnese incompleta prejudica o diagnóstico de ICC, visto que sinais inespecíficos, principalmente em fase inicial de IC, dificultam seu diagnóstico diferencial. Ela deve ser realizada por médicos, especialmente, no setor de urgência e emergência, possibilitando a diminuição da sobrecarga desse setor, bem como aumentando a chance de sobrevida desse paciente. **Palavras-chave:** Insuficiência Cardíaca. Emergências. Anamnese. Prognóstico. Sinais e sintomas.

Referências bibliográficas

- 1- Prates BS, Hübner CS, Gomes OM. Insuficiência cardíaca congestiva: Um enfoque semiológico. *e-Scientia*. 2009; 2(2).
- 2- Almeida DR, Costa LHD. Insuficiência Cardíaca Aguda no Pronto-socorro. In: Silva L, Falcão LFR. *Atualização em emergências médicas*. São Paulo: Manole; 2013.
- 3- Ferreira PCN. Cuidados de enfermagem frente ao cliente com insuficiência cardíaca: Utilização da teoria de adaptação. Vila Nova Santana Assis: Fundação Educacional do Município de Assis, 2015.
- 4- Bocchi EA, Braga FGM, Ferreira SMA, Rohde LEP, Oliveira WA, Almeida DR, *et al.* III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(1 supl.1): 1-71.
- 5- Ginja LMD. Caracterização e desfecho clínico nos doentes com insuficiência cardíaca crônica, seguidos numa consulta especializada de ICC - experiência de um centro [dissertação de mestrado]. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Instituto Politécnico de Coimbra; 2013.
- 6- Russell SD, Saval MA, Robbins JL, Ellestad MH, Gottlieb SS, Handberg EM, *et al.* New York Heart Association functional class predicts exercise parameters in the current era. *Am Heart J*. 2009 Oct;158(4 Suppl):S24-30.
- 7- European Heart Rhythm Association; Heart Rhythm Society, Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, *et al.* ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation--executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation). *J Am Coll Cardiol*. 2006 Aug 15;48(4):854-906.

OCORRÊNCIA DE CETOACIDOSE EUGLICÊMICA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS EM USO DE INIBIDORES DO TRANSPORTADOR 2 DE SÓDIO-GLICOSE

Anna Flávia Dornelas Moreira de Melo¹ , Ana Fayga Rezende Mafra¹, Bárbara Almeida Valadares¹, Helena Amédée Péret Motta¹, Isabella Neves Brito de Araújo¹, Felipe Muriel Cardoso Rocha²

¹ Acadêmicos do curso de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais;
² Médico Emergencista da Rede Mater Dei de Saúde

Autor Correspondente: Anna Flávia Dornelas Moreira de Melo
E-mail: annaflaviamoreira4@hotmail.com
Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110

Introdução: A cetoacidose diabética euglicêmica (EDKA) é uma complicação aguda do *diabetes mellitus* (DM) gerada pelo déficit de carboidratos e redução da glicemia, provocando aumento na relação glucagon/insulina e consequente cetogênese com euglicemia.¹⁻³ Nesse contexto, avalia-se a relação entre a EDKA e os inibidores do cotransportador sódio-glicose-2 (ISGLT2).⁴ **Objetivo:** Analisar a relação entre o uso de ISGLT2 em pacientes com DM e a ocorrência de cetoacidose diabética (CAD) euglicêmica. **Metodologia:** Foram combinados os descritores "euglycemic diabetic ketoacidosis" AND "sodium/ glucose cotransporter-2 inhibitors" na base de dados Pubmed, com filtro de publicações dos últimos 5 anos, de acesso livre e do tipo "revisão" e "revisão sistemática". Assim, totalizaram 9 artigos para elaboração dessa revisão de literatura. **Resultados:** Os ISGLT2 são utilizados no tratamento de insuficiência cardíaca e, principalmente, de DM2, pois inibem a reabsorção de glicose no SGLT2 do túbulo proximal, aumentam a secreção de glucagon pelas células alfa pancreáticas e impedem a excreção renal de corpos cetônicos. Esses fármacos têm diversos efeitos benéficos, como regulação glicêmica, redução do peso e da pressão arterial sistólica e diastólica, sem aumentar a frequência cardíaca, além da redução do nível sérico de triacilglicerol e aumento do colesterol HDL sérico.^{5,7} Apesar dessa escolha terapêutica estar em ascensão, a associação dessa classe de medicamentos no tratamento da DM2, conforme um ensaio clínico, resulta em uma incidência de 0,016% a 0,076% eventos de CAD3, enquanto num estudo de coorte multicêntrico, a incidência foi de 0,14%.³ Também nesse contexto, uma análise da Food and Drug Administration (FDA) indicou um risco 7 vezes maior de CAD em pacientes com DM2 usuários de ISGLT2 em comparação com aqueles que não usavam, sendo que cerca de 66% desses foram euglicêmicos. Esse estudo também revelou maior risco no DM1, o que justifica a FDA não aprovar o uso dos ISGLT2 nesses pacientes, ao contrário do que ocorre com a DM2, cujos pacientes apresentam efeito medicamentoso majoritariamente benéfico.^{6,8,9} **Conclusão:** O uso de ISGLT2 aumenta significativamente a ocorrência de EDKA em pacientes diabéticos, sendo que a ausência de uma alteração glicêmica acentuada contribui para erros diagnósticos, aumentando o risco terapêutico. Assim, é importante orientar os pacientes sobre fatores predisponentes e desencadeantes, além de salientar a necessidade de mais estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Cetoacidose Diabética. Inibidores do Transportador 2 de Sódio-Glicose. Glicemia. Diabetes Mellitus.

Referências Bibliográficas:

- Somagutta MR, Agadi K, Hange N, Jain MS, Batti E, Emuze BO, *et al.* Euglycemic Diabetic Ketoacidosis and Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors: A Focused Review of Pathophysiology, Risk Factors, and Triggers. *Cureus*. 2021 Mar 3;13(3):e13665.
- Perry RJ, Shulman GI. Sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors: Understanding the mechanisms for therapeutic promise and persisting risks. *J Biol Chem*. 2020 Oct 16;295(42):14379-14390.
- Nasa P, Chaudhary S, Shrivastava PK, Singh A. Euglycemic diabetic ketoacidosis: A missed diagnosis. *World J Diabetes*. 2021 May 15;12(5):514-523.
- Saisho Y. SGLT2 Inhibitors: the Star in the Treatment of Type 2 Diabetes? *Diseases*. 2020 May 11;8(2):14.
- Donnan K, Segar L. SGLT2 inhibitors and metformin: Dual antihyperglycemic therapy and the risk of metabolic acidosis in type 2 diabetes. *Eur J Pharmacol*. 2019 Mar 5;846:23-29.
- Iqbal QZ, Mishiyev D, Zia Z, Ruggiero RA, Aftab G. Euglycemic Diabetic Ketoacidosis With Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor Use Post-Bariatric Surgery: A Brief Review of the Literature. *Cureus*. 2020 Oct 10;12(10):e10878.
- Lin YH. Sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors induced eu-glycemic diabetic ketoacidosis: The first report in a type 2 diabetic (T2D) Taiwanese and literature review of possible pathophysiology and contributing factors. *J Formos Med Assoc*. 2018 Sep;117(9):849-854.
- Dutta S, Kumar T, Singh S, Ambwani S, Charan J, Varthya SB. Euglycemic diabetic ketoacidosis associated with SGLT2 inhibitors: A systematic review and quantitative analysis. *J Family Med Prim Care*. 2022 Mar;11(3):927-940.
- Giaccari A, Pontremoli R, Perrone Filardi P. SGLT-2 inhibitors for treatment of heart failure in patients with and without type 2 diabetes: A practical approach for routine clinical practice. *Int J Cardiol*. 2022 Mar 15;351:66-70.

REPERCUSSÕES E MANEJO DE EMERGÊNCIA EM INTOXICAÇÃO POR ANESTÉSICOS LOCAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Luiza Machado Ribeiro da Glória¹ , Mariana Almeida Botelho¹, João Victor Pinto de Paiva²

1 Acadêmicas de Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, FCMMG.

2 Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF.

Autor Correspondente: Luiza Machado Ribeiro da Glória
E-mail: luizamachado@outlook.com

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110

Introdução: A anestesia local (AL) tem sido cada vez mais utilizada em procedimentos de emergência em virtude dos benefícios multimodais para os pacientes, como rápido alívio da dor e aplicação fora do centro cirúrgico.¹ O uso de orientação guiada por ultrassom para a colocação de bloqueios e de formulações menos tóxicas são técnicas cada vez mais prevalentes na prática médica para aumentar a segurança do procedimento.^{2,3} Todavia, a ocorrência de eventos adversos, como o sequestro intravascular, a absorção sistêmica e o desenvolvimento subsequente de toxicidade sistêmica pelo anestésico local (TSAL) são situações com risco de vida através de diferentes vias. Assim, devido às repercussões que essa intercorrência pode gerar, a TSAL continua sendo uma preocupação para o anesthesiologista, principalmente em situações de emergência.⁴ **Objetivo:** avaliar as principais repercussões providas de intoxicação por anestésico local em situações de emergência, bem como reunir as principais técnicas utilizadas no manejo célere dessa complicação. **Métodos:** Revisão de literatura com busca bibliográfica na base de dados PubMed e SciELO, com as palavras-chave “local anesthetic”, “toxicity”, “emergency”, publicadas nos últimos 5 anos, sendo selecionados textos em inglês e português. **Resultados:** Constatou-se que a maioria dos eventos TSAL envolveu a bupivacaína (36%), seguida de lidocaína (26%) e ropivacaína (21%). Quanto à apresentação clínica, a apresentação mais comum (68-77%) é referente ao sistema nervoso central, sendo as manifestações iniciais: agitação, psicose aguda, convulsões, perda de consciência e parada cardiorrespiratória.^{5,6} A falência cardíaca pode ocorrer repentinamente sem quaisquer características prévias ou também virtude da progressão dos sintomas anteriores. As alternativas mais eficazes para tratamento emergencial incluem: (1) intubação para manter a ventilação, prevenir hipercapnia e acidose; (2) controle de convulsões com benzodiazepínicos; (3) ressuscitação cardiopulmonar quando indicada; e (4) infusão de emulsão lipídica, que reduz a toxicidade ao transportar o medicamento dos órgãos afetados além de atenuar a lesão de isquemia-reperusão cardíaca.⁷ **Conclusão:** TSAL é um quadro que ameaça a vida do paciente e por isso é necessário agir imediatamente e de forma eficiente. É imprescindível que, principalmente os anesthesiologistas, saibam lidar com os efeitos adversos causados pela intoxicação do AL em um ambiente de emergência.

Palavras-chave: Anestésicos Locais. Toxicidade. Emergências.

Referências Bibliográficas

1. El-Boghdady K, Pawa A, Chin KJ. Local anesthetic systemic toxicity: current perspectives. *Local Reg Anesth.* 2018 Aug 8;11:35-44.
2. Harvey M, Cave G. Lipid emulsion in local anesthetic toxicity. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2017 Oct;30(5):632-638.
3. Mock ND, Griggs KM, Mileto LA. Local Anesthetic Systemic Toxicity during Labor, Birth, and Immediate Postpartum: Clinical Review. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2021 Nov-Dec 01;46(6):330-338.
4. Neal JM, Barrington MJ, Fettiplace MR, Gitman M, Memtsoudis SG, Mörwald EE, *et al.* The Third American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Practice Advisory on Local Anesthetic Systemic Toxicity: Executive Summary 2017. *Reg Anesth Pain Med.* 2018 Feb;43(2):113-123.
5. Ok SH, Hong JM, Lee SH, Sohn JT. Lipid Emulsion for Treating Local Anesthetic Systemic Toxicity. *Int J Med Sci.* 2018 May 14;15(7):713-722.
6. Sekimoto K, Tobe M, Saito S. Local anesthetic toxicity: acute and chronic management. *Acute Med Surg.* 2017 Mar 6;4(2):152-160.
7. Waldinger R, Weinberg G, Gitman M. Local Anesthetic Toxicity in the Geriatric Population. *Drugs Aging.* 2020 Jan;37(1):1-9.

SEPSE: O IMPACTO DA ABORDAGEM CORRETA DE ACORDO COM AS NOVAS DIRETRIZES

Luiza Coelho Varella¹ , Luísa Moita Ferreira¹, Luisa Trindade Vieira¹, Marina Amédée Péret Guimarães¹, Maria Eduarda Xavier Vitoria¹, Caroline Mésseder Carvalho Abreu².

¹Acadêmicos do curso de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; ²Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Autor Correspondente: Luiza Coelho Varella
E-mail: luizacvarella@hotmail.com
Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110


Introdução: A sepse é definida por resposta desregulada à infecção ocasionando disfunção orgânica. Este quadro pode evoluir para choque séptico, definido por instabilidade hemodinâmica, aumentando a risco de mortalidade.¹⁻³ Sabe-se que a rápida identificação da sepse é essencial, já que a abordagem precoce e o início da antibioticoterapia na primeira hora do quadro impactam na diminuição da mortalidade.^{4,6} Assim, ressalta-se a relevância do uso de diretrizes para facilitar a identificação e atendimento precoce, sendo o “Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021” um documento atual de referência no assunto. **Objetivos:** Analisar e discutir as novas diretrizes sobre sepse e estudos científicos que as embasaram. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura utilizando-se das bases de dados SciELO e PubMed, em português e inglês. Foram incluídos artigos publicados entre 2017 e 2022. **Resultados:** Em relação à fluidoterapia, a padronização de reposição volêmica endovenosa (EV) de pelo menos 30mL/Kg nas primeiras 3 horas, no paciente crítico, mudou de recomendada para sugerida tendo em vista a importância da monitorização da fluidoresponsividade com uso de ferramentas como teste de Passive Leg Raising (PLR) e uso do ultrassom point of care para nortear a reposição volêmica.^{5,7,10} Ressalta-se a importância da avaliação da perfusão tecidual à beira leito como método eficiente de acompanhamento dos doentes críticos. Quanto ao uso das drogas vasoativas, há benefício em iniciá-las precocemente para restaurar a pressão arterial média. O uso da norepinefrina segue como primeira escolha em relação aos demais vasopressores. Sobre a Vitamina C, não houve melhora na morbimortalidade dos doentes, logo, não recomenda-se a sua administração¹. Continua indicado o uso de antibioticoterapia empírica em até 1 hora após a suspeita de sepse como medida fundamental na redução de mortalidade.^{8,9} Por fim, a atual diretriz sugere o uso da cânula nasal de alto fluxo, comparado à ventilação não invasiva, nos casos de insuficiência respiratória aguda hipoxêmica pela sepse. **Conclusão:** É essencial a atualização periódica de diretrizes e protocolos de abordagem da sepse, além de sua aplicação na prática clínica pelos profissionais de saúde. Assim, é possível proporcionar ao paciente um melhor prognóstico, por reduzir a morbimortalidade associada ao quadro.

Palavras-chave: Assistência Ambulatorial. Índice de perfusão. Medicina Baseada em Evidências. Cuidados Críticos. Sepse.

Referências bibliográficas:

1. Bastos H. Surviving Sepsis Campaign 2021: hemodinâmica e ventilação mecânica na sepse [Internet]. PEBMED. 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/guidelines-da-surviving-sepsis-campaign-2021-hemodinamica-e-vm-na-sepse/>
2. Ilas. Instituto Latino Americano de Sepse. Implementação de protocolo gerenciado de sepse. Protocolo Clínico. [Internet]. São Paulo: Instituto Latino-Americano de Sepse, 2018. Disponível em: <https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>
3. Hernández G, Ospina-Tascón GA, Damiani LP, Estensoro E, Dubin A, Hurtado J, *et al.* Effect of a Resuscitation Strategy Targeting Peripheral Perfusion Status vs Serum Lactate Levels on 28-Day Mortality Among Patients With Septic Shock: The ANDROMEDA-SHOCK Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019 Feb 19;321(7):654-664.
4. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, *et al.* Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Crit Care Med*. 2021 Nov 1;49(11):e1063-e1143.
5. Arshed S, Pinsky MR. Applied Physiology of Fluid Resuscitation in Critical Illness. *Crit Care Clin*. 2018 Apr;34(2):267-277.
6. Tafner PFA, Chen FK, Rabello Filho R, Corrêa TD, Chaves RCF, Serpa Neto A. Recent advances in bedside microcirculation assessment in critically ill patients. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017 Apr-Jun;29(2):238-247.
7. Koopmans NK, Stolmeijer R, Sijtsma BC, van Beest PA, Boerma CE, Veeger NJ, *et al.* Non-invasive assessment of fluid responsiveness to guide fluid therapy in patients with sepsis in the emergency department: a prospective cohort study. *Emerg Med J*. 2021 Jun;38(6):416-422.
8. Ortiz Lasa M, Gonzalez-Castro A, Peñasco Martín Y, Díaz Sánchez S. Update on fluid therapy in the critical patient resuscitation process. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2019 May-Jun;29(3):195-198.
9. Santos DM, Quintans JSS, Quintans-Junior LJ, Santana-Filho VJ, Cunha CLP, Menezes IAC, *et al.* Association between peripheral perfusion, microcirculation and mortality in sepsis: a systematic review. *Braz J Anesthesiol*. 2019 Nov-Dec;69(6):605-621.
10. Semler MW, Self WH, Wanderer JP, Ehrenfeld JM, Wang L, Byrne DW, *et al.* Balanced Crystalloids versus Saline in Critically Ill Adults. *N Engl J Med*. 2018 Mar 1;378(9):829-839.

SÍNDROME DA LISE TUMORAL: UMA EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA PARA O NÃO ESPECIALISTA

Isabella Vasconcelos Fernandes¹ , Lucas Santos Soares¹, Maria Clara Mendes Soares Araújo¹, Mariana Nascimento Muzzi¹, Matheus Ornellas Costa¹, Aline Chaves Andrade².

¹ Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais;
² Médica oncologista clínica membra da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

Autor Correspondente:
Isabella Vasconcelos Fernandes
E-mail: isabellavasconcelos2002@gmail.com
Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110

INTRODUÇÃO: A síndrome da lise tumoral (SLT) é uma condição médica que ocorre no início do diagnóstico e tratamento de neoplasias malignas altamente proliferativas.¹ A SLT é a emergência oncológica mais comum encontrada em pacientes com tumores hematológicos, como leucemias agudas e linfomas não Hodgkin. A sintomatologia envolvida na síndrome advém da liberação do conteúdo de células tumorais devido, principalmente, a uma resposta terapêutica alta e rápida. **OBJETIVOS:** Revisar os mecanismos, os sintomas e os tratamentos da SLT, para informar o não especialista sobre a síndrome. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa da literatura, com buscas nas bases de dados PubMed e Dynamed com o descritor “Tumor Lysis Syndrome”, selecionando artigos publicados entre 1993 e 2020. Os critérios de inclusão foram: ser um estudo original, observacional; ser relato de caso ou estudo transversal; publicação em revistas de impacto internacional; ser diretriz de sociedade médica reconhecida. Os critérios utilizados para exclusão foram: inconsistência metodológica entre objetivos e desfechos, representatividade limitada da amostra e delineamento de estudo revisional. **RESULTADOS:** Segundo Howard SC,² a SLT é caracterizada por hipocalcemia, hipercalemia, hiperuricemia e hiperfosfatemia, alterações que podem ocasionar complicações, como insuficiência renal, arritmias cardíacas, convulsões e morte, devido à falência de órgãos. Will A⁴ e Gupta A¹ sugerem uma abordagem terapêutica que consiste em hidratação e, nos casos de anúria, oligúria ou sobrecarga de líquidos, administração de diuréticos, como o alopurinol ou a rasburicase - utilizados para diminuir o excesso de ácido úrico. Os sinais clínicos de desequilíbrios iônicos são tratados segundo a especificidade de cada caso. Vale ressaltar que, de acordo com Coiffier B,³ não se deve realizar o processo de alcalinização urinária, prática utilizada no passado. **CONCLUSÃO:** Embora seja uma síndrome comumente tratada por especialistas, é essencial que o médico não especialista tenha conhecimento suficiente para reconhecer e intervir corretamente em uma emergência de SLT no contexto hospitalar, por se tratar de uma condição grave e fatal. Ações profiláticas são relevantes para controlar a incidência dessa síndrome e minimizar os casos que são considerados clínicos segundo a classificação de Hande,⁵ evitando-se complicações da intervenção, que sempre deve buscar o equilíbrio entre o sucesso terapêutico e o bem-estar do paciente.

Palavras-chave: Síndrome de Lise Tumoral. Antineoplásicos. Neoplasias Hematológicas. Serviços Médicos de Emergência.

Referências Bibliográficas:

1. Gupta A, Moore JA. Tumor Lysis Syndrome. *JAMA Oncol.* 2018 Jun 1;4(6):895.
2. Howard SC, Jones DP, Pui CH. The tumor lysis syndrome. *N Engl J Med.* 2011 May 12;364(19):1844-54.
3. Coiffier B, Altman A, Pui CH, Younes A, Cairo MS. Guidelines for the management of pediatric and adult tumor lysis syndrome: an evidence-based review. *J Clin Oncol.* 2008 Jun 1;26(16):2767-78.
4. Will A, Tholouli E. The clinical management of tumour lysis syndrome in haematological malignancies. *Br J Haematol.* 2011 Jul;154(1):3-13.
5. Hande KR, Garrow GC. Acute tumor lysis syndrome in patients with high-grade non-Hodgkin's lymphoma. *Am J Med.* 1993 Feb;94(2):133-9.

SÍNDROME INFLAMATÓRIA EM CRIANÇAS PÓS-COVID-19: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM DOENÇA DE KAWASAKI NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Welton Gomes de Paula¹ , Ana Cláudia Dias Malta¹, Rodrigo Braga Pacheco¹, Douglas Vinícius Reis Pereira².

¹ Acadêmicos do curso de medicina da Faculdade de Minas (FAMINAS-BH);

² Médico residente em Medicina de Família e

Comunidade da Pontifícia Universidade Católica de Contagem, Minas Gerais, Brasil.

Autor Correspondente: Welton Gomes de Paula

E-mail: weltongomes1720@hotmail.com

Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS-BH)

Endereço: Av. Cristiano Machado, 12001 - Vila Cloris, Belo Horizonte - MG, 31744-007

Introdução: Apesar dos pacientes pediátricos apresentarem formas mais brandas da COVID-19, estudos recentes apontam disfunção de múltiplos órgãos, posterior à infecção causada pelo SARS-CoV-2 em indivíduos previamente saudáveis.¹ Esse quadro é denominado Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) com características semelhantes à Doença de Kawasaki (DK).² **Objetivos:** Apresentar a SIM-P e a importância do diagnóstico diferencial para melhor manejo no contexto de emergência. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa feita por meio da base de dados PubMed, SciELO e Lilacs realizada entre 2020 e 2022. Foram utilizados os seguintes descritores: “Doença de Kawasaki”, “SARS-CoV-2”, “Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica” com submissão aos critérios de seleção mediante à análise de título, resumo e texto gratuito. **Resultados:** A DK é uma vasculite sistêmica caracterizada por febre acompanhada de sintomas como exantema, linfadenopatia, hiperemia conjuntival, alterações nas mucosas e nas extremidades.^{3,4} Com manifestações clínicas semelhantes à DK, e fisiopatologia ainda desconhecida, a SIM-P foi descrita na literatura devido ao contexto pandêmico, visto que estudos apontam que essa síndrome pode ser desencadeada pelo desenvolvimento de uma resposta imune exacerbada ao SARS-CoV-2.^{5,6} Essa patologia acomete crianças e adolescentes de 0 a 19 anos mediante a presença de febre persistente por três ou mais dias associada a dois ou mais dos seguintes achados: lesão cutânea, conjuntivite não purulenta bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea; hipotensão ou choque; características de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronarianas; evidência de coagulopatia e problemas gastrointestinais agudos. Ademais, para o diagnóstico, deve-se avaliar elevação dos marcadores inflamatórios somados à exclusão de hipóteses diagnósticas relacionadas a outras causas microbianas e confirmação de infecção por SARS-CoV-2.⁷ Frente ao diagnóstico, as principais formas de tratamento são realizadas com imunoglobulina e metilprednisolona intravenosas, o que demanda atenção no cenário da emergência para encaminhamento ao cuidado hospitalar.⁸ **Conclusão:** Dado o cenário de pandemia, com as informações em constantes atualizações, torna-se importante a precisão do diagnóstico que diferencie essas patologias, a fim de garantir uma melhor conduta em emergências pediátricas decorrentes da SIM-P.

Palavras-chave: Medicina de Emergência Pediátrica. Síndrome de Linfonodos Mucocutâneos. SARS-CoV-2. Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica. Diagnóstico Diferencial.

Referências bibliográficas:

- Ouldali N, Pouletty M, Mariani P, Beyler C, Blachier A, Bonacorsi S, *et al.* Emergence of Kawasaki disease related to SARS-CoV-2 infection in an epicentre of the French COVID-19 epidemic: a time-series analysis. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020 Sep; 4(9):662-8.
- Farias ECF, Justino MCA, Mello MLFMF. Multisystem inflammatory syndrome in a child associated with Coronavirus disease 19 in the Brazilian Amazon: fatal outcome in an infant. *Rev Paul Pediatr.* 2020 Aug; 38:e2020165.
- Berezin EN. Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (Síndrome associada temporalmente ao Covid-19) [Internet]. Sociedade de Pediatria de São Paulo; 2020. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/2020/05/19/sindrome-inflamatoria-multissistemica-pediatica/>.
- Campos LR, Cardoso TM, Martinez JCFF, Almeida RG, Silva RM, Fonseca AR, *et al.* Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (MIS-C) temporariamente associada ao SARS-CoV-2. *Resid Pediatr.* 2020;10(2):1-6.
- Jiang L, Tang K, Levin M, Irfan O, Morris SK, Wilson K, *et al.* COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents. *Lancet Infect Dis.* 2020 Nov; 20(11):e276-e288.
- Simon JH, Sakano TMS, Rodrigues RM, Eisenkraft AP, Carvalho VEL, Schwartsman C, *et al.* Multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19 from the pediatric emergency physician's point of view. *J Pediatr (Rio J).* 2021 Mar-Apr;97(2):140-159.
- Bahl R, Costa A, Diaz J, Edmond K, Nisar Y, Rollins N, *et al.* Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19 [Internet]. World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19>.
- Harwood R, Allin B, Jones CE, Whittaker E, Ramnarayan P, Ramanan AV, *et al.* A national consensus management pathway for paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with COVID-19 (PIMS-TS): results of a national Delphi process. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021 Feb; 5(2):133-141.

USO DO POINT OF CARE ULTRASONOGRAPHY (POCUS) PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA NA EMERGÊNCIA

João Vitor Anacleto de Castro¹ , Lucas Pimentel Marinho¹, Lucas Ribeiro de Andrade¹, Luiza Cadaval Rocha¹, Pedro Henrique Lima de Azevedo¹, Pedro Ledic Assaf²

¹Acadêmicos do curso de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais,

²Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Autor Correspondente: João Vitor Anacleto de Castro
E-mail: joaovitoranacleto@hotmail.com

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110

Introdução: A dispneia é uma das queixas principais presentes nos departamentos de emergência.¹ Porém, representa um desafio diagnóstico, pois é a principal manifestação de muitas patologias díspares. O uso do Point of Care Ultrasonography (POCUS) oferece assistência diagnóstica rápida e serve como ferramenta para diversos procedimentos à beira do leito. O POCUS oferece disponibilidade imediata e imagens em tempo real que podem orientar a tomada de decisões médicas na emergência.² **Objetivo(s):** Avaliar o impacto do POCUS no diagnóstico correto e na diminuição do tempo de diagnóstico de patologias respiratórias e cardiovasculares que cursam com dispneia na emergência. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica de artigos originais publicados entre 2017 e 2022, utilizando as bases de dados SciELO e PubMed com os descritores “Ultrasonografia”, “Emergência”, “Testes Imediatos”, “Dispneia” e seus correspondentes em inglês. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, aqueles que possuem baixo nível de evidência científica e os que não se adequam ao objetivo do trabalho. **Resultados:** Observou-se que o uso do POCUS na emergência trouxe diagnósticos assertivos e conseguiu estreitar o número dos diferentes diagnósticos diferenciais e, além disso, foi capaz de reduzir o tempo necessário para diagnóstico e para iniciar o tratamento. Estudos mostraram que o POCUS³⁻⁵ tinha especificidade maior ou igual para o diagnóstico de patologias pulmonares como pneumotórax e derrames pleurais quando comparado à radiografia de tórax e por se tratar de um exame mais barato, mais rápido e livre de radiação apresenta muitos benefícios ao ser incorporado na avaliação de pacientes dispneicos na emergência. Um ensaio clínico analisado mostrou que o uso do POCUS teve uma proporção de diagnóstico imediato assertivo de 94 por cento, enquanto o grupo que realizou o diagnóstico sem o uso do POCUS foi de 80 por cento.⁶ Ademais, o uso do ultrassom à beira leito diminuiu o tempo médio de início do tratamento em cerca de 19 minutos. **Conclusão:** Fica evidente que o uso do POCUS em casos de dispneia na emergência é necessário, uma vez que auxilia o médico na diminuição do tempo de diagnóstico, melhora a conduta e o desfecho do paciente. Entretanto, apesar dos resultados promissores, ainda são necessários maiores investimentos em pesquisas e estudos clínicos para que o POCUS seja adotado com maior frequência em casos de dispneia na emergência. **Palavras-chave:** Ultrasonografia. Emergências. Testes Imediatos. Dispneia.

Referências bibliográficas:

- Zanobetti M, Scorpiniti M, Gigli C, Nazerian P, Vanni S, Innocenti F, *et al.* Point-of-Care Ultrasonography for Evaluation of Acute Dyspnea in the ED. *Chest*. 2017 Jun;151(6):1295-1301.
- Zhu Z, Lian X, Zeng Y, Wu W, Xu Z, Chen Y, *et al.* Point-of-Care Ultrasound-A New Option for Early Quantitative Assessment of Pulmonary Edema. *Ultrasound Med Biol*. 2020 Jan;46(1):1-10.
- Lamsam L, Gharahbaghian L, Lobo V. Point-of-care Ultrasonography for Detecting the Etiology of Unexplained Acute Respiratory and Chest Complaints in the Emergency Department: A Prospective Analysis. *Cureus*. 2018 Aug 28;10(8):e3218.
- Kahl N, Gabriel C, Lahham S, Thompson M, Hoonpongsimanont W. Point-of-care Ultrasound Diagnosis of Pulmonary Embolism with Thrombus in Transit. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2019 Jan 4;3(1):11-12.
- Zielekiewicz L, Lopez A, Hraiech S, Baumstarck K, Pastene B, Di Bisceglie M, *et al.* Bedside POCUS during ward emergencies is associated with improved diagnosis and outcome: an observational, prospective, controlled study. *Crit Care*. 2021 Jan 22;25(1):34.
- Bhumaid RE, St-Cyr Bourque J, Shokoohi H, Ma IWY, Longacre M, Liteplo AS. Integrating point-of-care ultrasound in the ED evaluation of patients presenting with chest pain and shortness of breath. *Am J Emerg Med*. 2019 Feb;37(2):298-303.

VANTAGENS DO USO DA PRESSÃO INTRA-ARTERIAL GUIADA POR ULTRASSOM NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Luísa Prado Guimarães¹, Ana Luísa Mendes Pinheiro Costa¹, Thalita Bastistelli Fernandes¹,
Denner Paganotto Gobbo Pires²

1 Acadêmicos do sétimo período de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais;
2 Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Autor Correspondente: Luísa Prado Guimarães
E-mail: luisapradog7@gmail.com

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110

Introdução: A monitorização da pressão intra-arterial (PIA) pode ser útil em situações de emergência, como demanda de controle da hipertensão, estados de choque em uso de aminas vasoativas, cuidado do paciente neurocrítico e parada cardiorrespiratória.¹ Além da abordagem vascular pelo método palpatório, o uso de ultrassom (USG) pode auxiliar a localização arterial para punção.^{2,4} Espera-se que a orientação da PIA por USG possibilite melhorar as taxas de sucesso de inserção, além de reduzir as complicações relacionadas a punção, essenciais no contexto da emergência, onde segurança, eficiência e rapidez são essenciais. **Objetivo:** Avaliar as vantagens do uso do USG para punção intra-arterial na emergência. **Metodologia:** Revisão narrativa sobre monitorização de PIA guiada por USG em contexto de emergência nas bases de dados SciELO, Medline e PubMed, através dos descritores “ultrasound guided”, “arterial line” e “monitoring”, associados pelo operador booleano AND e publicados entre os anos de 2018 e 2021, na língua inglesa e portuguesa, incluindo estudos de revisão sistemática, ensaio clínico controlado e estudo observacional. Foram excluídos artigos duplicados e aqueles disponibilizados apenas na forma de resumo. Os desfechos analisados foram: taxa de sucesso de inserção, complicações em sítio de punção, tempo de inserção, mudança de conduta a partir da monitorização da PIA. **Resultados:** Foram levantadas 25 publicações, das quais 7 obteve-se acesso, incluídas na revisão. Dentre eles, o estudo de YEAP *et al.* (2019)⁷ defendeu o uso de USG na realização de cateterismo arterial, uma vez que a pesquisa revelou menor tempo de procedimento no grupo USG (média de 243,6 segundos versus 171,1 segundos, $p=0,012$), menor número de tentativas (média de 1,78 versus 2,48, $p<0,001$), menos cateteres usados (média de 1,39 versus 1,59, $p=0,035$) e maior taxa de sucesso (96% versus 90%, $p=0,12$) quando comparado ao grupo que não usou USG, impactando em redução de custos.^{5,6} Por fim, o estudo de KEVILLE, *et al.* (2021)³ revela que o uso do USG para o cateterismo arterial levou a resultados superiores aos do grupo sem USG, uma vez que o procedimento foi mais rápido, exigiu menos tentativas e diminuiu o uso de cateteres e, portanto, tiveram uma melhor e mais significativa taxa de sucesso. **Conclusão:** A monitorização da PIA guiada por USG, no contexto da emergência, apresentou maiores taxas de sucesso em comparação a abordagem vascular pelo método palpatório, com menor tempo para execução do procedimento, além de menor risco de complicações locais, repercutindo em melhor prognóstico. Especialmente em pacientes com preditores de maior dificuldade técnica (obesidade, hipotensão, taquicardia ou edema), a punção guiada pode levar a diminuição das tentativas malsucedidas, potencialmente evitando hemorragia arterial, hematoma, espasmo ou criação de um falso lúmen. Para além das vantagens relacionadas a PIA e outros procedimentos invasivos, o USG pode auxiliar em diagnósticos à beira leito, necessário no contexto da emergência, onde praticidade, reprodutibilidade e portabilidade são essenciais.

Palavras-chave: Dispositivos de Acesso Vascular. Monitoramento Ambiental. Pressão Arterial, Assistência Pré-Hospitalar. Diagnóstico por Imagem.

Referências bibliográficas:

1. Franco-Sadud R, Schnobrich D, Mathews BK, Candotti C, Abdel-Ghani S, Perez MG, *et al.* Recommendations on the use of ultrasound guidance for central and peripheral vascular access in adults: a position statement of the society of hospital medicine. *J Hosp Med.* 2019 Sep 6;14:E1-E22.
2. Karlsson J, Linde J, Svensen C, Gellerfors M. Prehospital Invasive Arterial Pressure: Use of a Minimized Flush System. *Prehosp Disaster Med.* 2018 Oct;33(5):490-494.
3. Keville MP, Gelmann D, Hollis G, Behr R, Raffman A, Tanveer S, *et al.* Arterial or cuff pressure: Clinical predictors among patients in shock in a critical care resuscitation unit. *Am J Emerg Med.* 2021 Aug;46:109-115.
4. Raffman A, Shah U, Barr JF, Hassan S, Azike LU, Tanveer S, *et al.* Predictors of clinically relevant differences between noninvasive versus arterial blood pressure. *Am J Emerg Med.* 2021 May;43:170-174.
5. Saugel B, Kouz K, Meidert AS, Schulte-Uentrop L, Romagnoli S. How to measure blood pressure using an arterial catheter: a systematic 5-step approach. *Crit Care.* 2020 Apr 24;24(1):172.
6. Terentes-Printzios D, Gardikioti V, Vlachopoulos C. Central over peripheral blood pressure: an emerging issue in hypertension research. *Heart Lung Circ.* 2021 Nov;30(11):1667-1674.
7. Yeap YL, Wolfe JW, Stewart J, Backfish KM. Prospective comparison of ultrasound-guided versus palpation techniques for arterial line placement by residents in a teaching institution. *J Grad Med Educ.* 2019 Apr;11(2):177-181.

VIAS DE ACESSO NA CIRURGIA EMERGENCIAL DE ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA: UMA COMPARAÇÃO ENTRE ABORDAGENS LAPAROTÔMICA E LAPAROSCÓPICA

Lucas Moreira Cunha¹ , João Francisco Leão dos Santos¹, Clara Gonçalves Mendonça¹, Diogo Garcia Bothrel¹, Claudio de Oliveira Chiari Campolina²

¹ Acadêmicos do curso de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais;

² Médico cirurgião do aparelho digestivo e docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Autor Correspondente: Lucas Moreira Cunha

E-mail: lucasmou2016@gmail.com

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110

Introdução: a úlcera péptica perfurada (UPP) é uma doença grave que pode acometer o estômago e o duodeno e que requer correção cirúrgica de emergência. A abordagem cirúrgica pode ser feita via laparotomia (LPT) ou laparoscopia (LPC).²⁻⁵ A LPT é usualmente feita em pacientes instáveis, especialmente os classificados como grau 3 na escala de Boey, em pacientes chocados e em pacientes ASA III ou IV.¹ A LPC é feita normalmente em pacientes que apresentam quadros hemodinamicamente estáveis.¹ A segurança e a eficácia de ambas as vias são fatores ainda em estudo quando se compara a preferência de realização de uma técnica em relação a outra.⁶ **Objetivos:** comparar a realização e os desfechos das abordagens laparotômicas e laparoscópicas no contexto emergencial de perfuração de úlcera péptica. **Metodologia:** Revisão literária integrativa nas bases de dados PubMed e BVSsalud utilizando os descritores: “laparoscopic versus open repair” e “perforated peptic ulcer”. Os critérios de inclusão foram estudos com metodologia de ensaio clínico controlado e ensaio clínico randomizado, com disponibilidade do texto completo e artigos em inglês. Foram excluídas revisões literárias ou sistemáticas, meta análises, estudos que obtiveram resultados redundantes, repetitivos ou inconclusivos, ensaios não finalizados e artigos publicados a mais de 5 anos. Após a aplicação dos critérios definidos foram selecionados quatro artigos. **Resultados:** A maioria dos estudos demonstraram que os pacientes submetidos a uma LPC obtiveram menores índices de mortalidade,^{1,3,5} de complicações operatórias,^{1,3,5} de tempo de realização da cirurgia^{3,5} e de internação^{3,5} quando comparados àqueles sujeitos a uma LPT. Os pacientes abordados por LPC tiveram alta hospitalar mais rapidamente e início da dieta por via oral mais precocemente.¹ No entanto, em uma minoria dos trabalhos não houve um consenso a respeito dos custos hospitalares totais entre essas duas abordagens cirúrgicas,⁷ além de exibirem taxas de mortalidade,⁴ de complicações operatórias e de tempo cirúrgico semelhantes.⁷ **Conclusão:** A LPC mostrou-se mais vantajosa na abordagem cirúrgica emergencial da UPP em comparação à LPT quando se contrastam importantes aspectos per e pós-operatórios.^{1,3,5} No entanto, mais ensaios clínicos são necessários para a expansão dessa amostragem e para a obtenção de estatísticas mais relevantes,⁶ principalmente no contexto brasileiro do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Úlcera Péptica Perfurada. Laparoscopia. Laparotomia. Complicações.

Referências bibliográficas:

1. Pereira A, Sousa HS, Gonçalves D, Costa EL, Pinho AC, Barbosa E, *et al.* Surgery for Perforated Peptic Ulcer: Is Laparoscopy a New Paradigm? *Minim Invasive Surg.* 2021 May 12;2021:8828091.
2. Pansa A, Kurihara H, Memon MA. Updates in laparoscopic surgery for perforated peptic ulcer disease: state of the art and future perspectives. *Ann Laparosc Endosc Surg* 2020;5:5.
3. Møller MH, Vester-Andersen M, Thomsen RW. Long-term mortality following peptic ulcer perforation in the PULP trial. A nationwide follow-up study. *Scand J Gastroenterol.* 2013 Feb;48(2):168-75.
4. Sanabria A, Villegas MI, Morales Uribe CH. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Feb 28;(2):CD004778.
5. Quah GS, Eslick GD, Cox MR. Laparoscopic Repair for Perforated Peptic Ulcer Disease Has Better Outcomes Than Open Repair. *J Gastrointest Surg.* 2019 Mar;23(3):618-625.
6. Tan S, Wu G, Zhuang Q, Xi Q, Meng Q, Jiang Y, *et al.* Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg.* 2016 Sep;33 Pt A:124-32.
7. Giordano A, Prosperi P, Alemanno G, Bergamini C, Brusolino A, Valeri A. Diagnostic and therapeutic role of laparoscopy in perforated peptic ulcer in the elderly patients. *G Chir.* 2020 Jan-Feb;41(1):40-45.