



I CONGRESSO DE URGÊNCIAS CLÍNICAS

DA ZONA DA MATA MINEIRA

18 e 19 de Fevereiro de 2019

Comissão Organizadora

Presidente:

Laíssa Maria Negreiros Rotella

Organizadores:

Paula Corrêa de Araújo

Rafael Ribeiro Hernandez Martin

Rafaela Germano Toledo

Carolina Ciscotto Alhadas de Sales

Bárbara Isadora Amâncio de Souza

Amanda Leite Sousa

Lívia Carla Moura Corrêa

Isabela Araujo Schmidt

Naiara Gesualdo Lopes

Mariana de castro machado

Lago Alvares Cordeiro

Luiza Cunha Martins

Vinícius Penna Torres

Isadora Martins e Campos

Carolina Sabino Vidigal

Marina Tambasco Freire Vicente

Bruna Pereira Silva

Amanda Ribeiro da Silva

Igor Piazzini Rocha

Bruno Pithon Costa Souza

Comissão Científica

Bruno Rabite Dornelas

Andréa Cristine Saggiaro Oliveira

Emilio Augusto Campos Pereira de Assis

Maria Cristina Belletti Rodrigues

Leandro Vespoli Campos

Gustavo Bittencourt Camilo

Raquel Rocha Pinheiro Machado

Felipe Almeida de Souza



A Eletroconvulsoterapia No Tratamento da Depressão em Idosos: Uma Revisão Sistemática

Paula Corrêa de Araújo¹; Bárbara Isadora Amâncio de Souza¹; Glauco Corrêa de Araújo².

¹Discentes da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora/ SUPREMA

²Docentes da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora/ SUPREMA

Introdução: A depressão é uma doença altamente prevalente e potencialmente comprometedora na qualidade de vida do paciente, especialmente em idosos, nos quais é comum haver tolerância à medicação, resistência a tratamento anterior e maior risco de desenvolvimento de complicações da doença, o que demanda necessidade de rápida recuperação. A eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento que consiste na indução de crises convulsivas por meio da passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro para fins terapêuticos e é um importante tratamento para a depressão grave, particularmente em adultos idosos. **Objetivo:** Analisar, por meio de uma revisão sistemática, a eficácia da ECT no tratamento da depressão em idosos. **Métodos:** Foram analisados ensaios clínicos controlados e randomizados, publicados originalmente em inglês nos últimos cinco anos, em humanos idosos, tendo como referência a base de dados National Library of Medicine (MedLine). Os descritores utilizados mediante consulta ao MeSH foram: “Depression”; “Electroconvulsive Therapy”. A recomendação PRISMA foi utilizada no intuito de aperfeiçoar o relato da revisão. **Resultados:** Após a leitura do abstract, três artigos foram selecionados para o escopo da revisão, contemplando um total de 258 pacientes. A análise dos estudos investigados sugere que a ECT configura-se como uma terapêutica segura e eficaz em idosos, bem como apresenta resultados significativos no que tange à resposta ao tratamento e índice de remissão à doença. Ressalta-se que a maioria dos participantes não havia respondido a pelo menos um teste adequado com antidepressivo antes da admissão no ensaio. Não houve deterioração da função cognitiva global medida pelo Mini Exame do Estado Mental em nenhum dos estudos. Entretanto, em um deles, eventos adversos imediatos foram observados em 83,6% dos 73 pacientes, sendo os principais: dor de cabeça, mialgia, tonturas e náusea. **Conclusão:** Conclui-se, portanto, que a ECT é um método que apresenta boa resposta e segurança no tratamento da depressão em idosos, com efeitos adversos limitados. No entanto, novas evidências científicas ainda são necessárias sobre o assunto.

Palavras-chave: Depressão; Eletroconvulsoterapia; Idosos

REFERÊNCIAS:

1. Bjølseth TM, Engedal K, Benth JS, et al. Clinical efficacy of formula-based bifrontal versus right unilateral electroconvulsive therapy(ECT) in the treatment of major depression among elderly patients: a pragmatic, randomized, assessor-blinded, controlled trial. *J Affective Disorders* 2015;(175):8-17.
2. Dybedal GS, Bjølseth TM, Benth JS, et al. Cognitive effects of bifrontal versus right unilateral electroconvulsive therapy in the treatment of major depression in elderly patients: a randomized controlled trial. *The Journal of ECT* 2016; (3):151-8.
3. Kellner CH, Husain MM, Knapp RG, et al. A novel strategy for continuation ECT in geriatric depression: phase 2 of the pride study. *Am J Psychiatry* 2016;(11):1110-8.
4. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;(6):1-6.



A Importância da Reposição Adequada de Potássio no Tratamento da Cetoacidose Diabética

Nascimento MEM¹; Alves MPM¹; Moura LN²; Bonfante HLM³.

¹Acadêmicas do curso de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA

²Acadêmica do curso de Medicina no Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA

³Docente das disciplinas de Endocrinologia e Clínica Médica na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA

Introdução: A cetoacidose diabética (CAD) é uma das principais urgências endócrinas, caracterizada pela insuficiência de insulina que desencadeia distúrbios como cetose, desidratação, e hiperglicemia. Está relacionada à uma disfunção da Diabetes Mellitus tipo 1, embora também ocorra nos diabéticos tipo 2. De acordo com as recomendações da American Diabetes Association (ADA), tal distúrbio deve ser tratado em unidade de terapia intensiva, com supervisão contínua, que é exigida pelo risco de complicações, entre elas a hipocalemia, que ocorre porque o potássio é deslocado para o meio extracelular pela ausência da insulina, o que promove a acentuada excreção renal desse íon. A hipocalemia severa gera risco de complicações, como arritmias cardíacas, parada cárdio-respiratória e fraqueza da musculatura respiratória, com potencial evolução para insuficiência respiratória aguda. Devido aos resultados fatais da depleção de potássio, torna-se importante a correção de seus níveis séricos durante o tratamento. **Objetivo:** Avaliar a conduta na CAD, com ênfase na reposição de potássio, analisando seu impacto no prognóstico dessa enfermidade. **Métodos:** Foram realizadas pesquisas na base de dados MedLine, utilizando-se os descritores “cetoacidose diabética”, “tratamento” e “potássio” e suas respectivas variações no MESH. Além disso, foram selecionados estudos realizados no último ano. **Resultados:** Observou-se que as principais causas da CAD são o uso inadequado de insulina e infecções pulmonares. Os sintomas mais prevalentes incluem poliúria, vômitos, dor abdominal e perda de peso. Os exames laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico e incluem: presença de cetonas na urina ou no soro, glicose plasmática acima de 250mg/DL, pH<7,30 e bicarbonato menor que 18 mEq/L. A terapia inclui a reposição de fluidos e eletrólitos e insulino terapia para recuperação da homeostasia do paciente. O principal distúrbio eletrolítico observado foi a depleção de potássio e sua reposição correta foi fundamental para o bom resultado do tratamento. **Conclusão:** O tratamento da CAD deve incluir a insulino terapia, juntamente com a reposição hidroeletrólítica, que é essencial para um prognóstico favorável na CAD. Entretanto, a equipe médica deve ser instruída sobre os benefícios da reposição e da precisa administração de potássio nesses pacientes, a fim de evitar as graves consequências da hipocalemia, uma vez que é considerada o distúrbio eletrolítico com maior risco de vida durante o tratamento. **Palavras-chave:** Cetoacidose Diabética, Tratamento, Potássio.

REFERÊNCIAS:

1. Barone B, Rodacki M, Cenci MCP, Zajdenverg L, Milech A, Oliverira JEP. Cetoacidose diabética em adultos. atualização de uma complicação antiga. Arq Bras Endocrinol Metab 2007; 51:1434.1447.
2. Davis SM, Maddux AB, Alonso GT, Okada CR, Mourani PM, Maahs DM. Profound hypokalemia associated with severe diabetic ketoacidosis. Pediatr Diabetes 2016; 17:61.65.
3. Dhataria KK, Vellanki P. Treatment of diabetic ketoacidosis (DKA)/hyperglycemic hyperosmolar state (HHS): novel advances in the management of hyperglycemic crises (UK versus USA). Curr Diab Rep 2017; 17:33.
4. Farsani SF, Brodovicz K, Soleymanlou N, Marquard J, Wissinger E, Maiese BA. Incidence and prevalence of diabetic ketoacidosis (DKA) among adults with type 1 diabetes mellitus (T1D): systematic literature review. BMJ Open 2017; 7:16587.

5. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32:1335-1343.
6. Mendez Y, Surani S, Varon J. Diabetic ketoacidosis: treatment in the intensive care unit or general medical/surgical ward? *World J Diabetes* 2017; 8:40-44.
7. Saito O, Saito T, Sugase T, Kusano E, Nagata D. Hypothermia and hypokalemia in patient with diabetic ketoacidosis. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2015; 26: 580-583.
8. Tran TTT, Pease A, Wood AJ, Zajac JD, Martensson J, Bellomo R et al. Review of Evidence for adult Diabetic ketoacidosis management protocols. *Front Endocrinol* 2017; 8:106.



Uso da Toxina Botulínica Como Terapia Alternativa para a Cirurgia de Epífora: Revisão de Literatura

Cristina Carvalho¹; Maria Laura de Sousa Cardoso²; Pedro Carvalho²; Víctor de Oliveira Costa².

¹ Médico Docente Ophthalmology Section (Hospital do Sevidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira) – São Paulo.

² Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

Introdução: O filme lacrimal estável é essencial para manter a qualidade ótica. O lacrimejamento excessivo é muito frequente, causando desconforto e alterações óticas. Escoriações e dor são observados devido a necessidade de secar o rosto constantemente. O diagnóstico das causas prováveis é importante, dividido em dois grupos: superprodução e drenagem inadequada das lágrimas. A drenagem inadequada é a epífora, causada por uma alteração das estruturas de drenagem lacrimal. A estenose lacrimal é a causa mais comum, devendo ser investigada, pois pode ser secundária ou idiopática. A estenose canicular possui números altos também.

Objetivo: Verificar, através de uma revisão sistemática, o atual estado da arte referente ao uso da toxina botulínica na terapia alternativa para epífora funcional e secundária com obstrução lacrimal. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, utilizando os seguintes termos: “Epiphora”, “Botulinum Toxin Type A” e “Treatment”, e suas respectivas variações, de acordo com o MeSH. Foram encontrados 4 artigos que contemplaram o estudo. **Resultados:** Foram aplicados nos estudos questionários de comprometimento visual e incomodo no lacrimejamento antes e depois da aplicação da Btx-A, mostrando uma redução em ambos os questionários. Como complicações de curto prazo da aplicação da toxina observa-se diplopia, ptose palpebral, hemorragia da glândula lacrimal. Contudo, os estudos mostram que os benefícios são maiores. **Conclusão:** Os estudos mostraram resultados promissores do uso de Btx-A para o tratamento alternativo de pacientes com epífora funcional ou com obstrução do ducto lacrimal. Entretanto, faz-se necessário mais estudos para avaliar a diferença entre as toxinas botulínicas e sua eficácia ou segurança a longo prazo.

Palavras-chave: Epiphora, Botulinum Toxin Type A, treatment.

REFERÊNCIAS:

1. Singh S, Ali MJ, Paulsen F. A review on use of botulinum toxin for intractable lacrimal drainage disorders. *Int Ophthalmol*. 2018;38(5):2233-8.
2. Alsuhaibani AH, Eid SA. Botulinum toxin injection and tear production. *Curr Opin Ophthalmol*. 2018 ;29(5):428-33.
3. Girard B, Piaton JM, Keller P, Abadie C, Nguyen TH. Botulinum neurotoxin injection for the treatment of epiphora in nasolacrimal duct obstruction. *J Fr Ophtalmol*. 2017 ;40(8):661-5.
4. Girard B, Piaton JM, Keller P, Nguyen TH. Botulinum neurotoxin A injection for the treatment of epiphora with patent lacrymal ducts. *J Fr Ophtalmol*. 2018 ;41(4):343-9.



Abordagem da Cetoacidose Diabética na Emergência: Riscos e Terapêutica Adequada

Thayane Ferreira Cruz; Cruz TF¹; Joyce de Souza Guimarães; Guimarães JS²; Leandro Vespoli Campos; Campos LV³.

¹Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema

²Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema

³Docente da disciplina Farmacologia do curso Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema

Introdução: A Cetoacidose Diabética (CAD) é uma complicação frequente em pacientes nos serviços de emergência que necessita de intervenções rápidas e efetivas para reversão do quadro. A CAD pode acontecer em decorrência de um nível insulínico insuficiente em diabéticos tipo 1 enquanto a doença ainda não foi diagnosticada ou durante o tratamento diário. O aumento dos hormônios contrarreguladores, como cortisol e catecolaminas, além da redução da ação da insulina, comum em casos de doenças agudas, traumáticas e estresse intenso também podem desencadear a CAD. Apesar da taxa de mortalidade associada à CAD ser inferior a 1%, esse desequilíbrio é responsável pela maioria das mortes relacionadas à diabetes em crianças. **Objetivo:** Caracterizar a CAD e destacar seus riscos e sua terapêutica. **Métodos:** Durante os meses de janeiro e fevereiro de 2019 foi realizada busca de artigos encontrados na base de dados MedLine. Foram selecionados trabalhos publicados no período de 2006 a 2018 que utilizavam as palavras-chaves: “cetoacidose diabética”, “tratamento”, “prognóstico” e suas respectivas variações de acordo com o MeSH. **Resultados:** Esta busca resultou em 6 artigos encontrados, sendo que 3 deles foram utilizados para confecção deste trabalho. A CAD é a principal causa de morbimortalidade em crianças com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) devido a diversas alterações clínicas e bioquímicas, como edema cerebral e pancreatite aguda. A acidose metabólica com cetonúria é acompanhada de perda de sódio, potássio e bicarbonato, agravando o desequilíbrio hidroeletrolítico. Entre os sinais e sintomas tem-se náuseas, vômitos e respiração de Kussmaul. O suporte terapêutico deve ser feito com reidratação intravenosa, insulina e reposição de potássio. Na emergência, deve ser verificado via aérea, ventilação e circulação, realizado o acesso intravenoso e o monitoramento cardíaco, para avaliar arritmias secundárias a hipocalcemia. A reanimação fluida é fundamental para melhorar a perfusão tecidual e glomerular, a correção da hiperglicemia e da cetogênese via insulina reverte a cetoacidose e o equilíbrio de eletrólitos evita maiores alterações metabólicas. **Conclusão:** A CAD é um evento emergencial grave comum e diabéticos tipo 1 que requer intervenção imediata para minimizar consequências crônica e a taxa de óbito.

Palavras-chave: Cetoacidose Diabética, Tratamento, Prognóstico.

REFERÊNCIAS:

1. Grossi SAA. O manejo da cetoacidose em pacientes com Diabetes Mellitus: subsídios para a prática clínica de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(4):582-6.
2. Pozo PD, Aránguiz D, Córdova G, Scheua C, Valle P, Cerda J, García H, Hodgson MI, Castillo A. Clinical profile of children with diabetic ketoacidosis in fifteen years of management in a Critical Care Unit. Rev Chil Pediatr. 2018;89(4):491-8.
3. Olivieri L, Chasm R. Diabetic Ketoacidosis in the Pediatric Emergency Department. Emerg Med Clin N Am 2013; 31:755–73.



Acidente Vascular Cerebral Isquêmico na Emergência com Delta T para Trombolíticos: Revisão de Literatura

Ana Clara Raposo Fernandes¹; Allana Lopes Pereira¹; Luiza Corrêa Oliveira Netto¹; Nathane Barbosa Xavier¹; Diego Dias Rosa².

¹ Acadêmicas do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

² Médico Cardiologista CRM BA 26920.

Introdução: As terapias para AVC isquêmico (AVCi) agudo visam melhorar o resultado funcional a longo prazo dos pacientes. Atualmente, a única terapia comprovada é a recanalização precoce, mediante administração de ativador de plasminogênio tissular (tPA) endovenoso (EV), intra-arterial (IA), ou via intervenções endovasculares. A efetividade desse tratamento está diretamente relacionada à rápida avaliação e seleção da terapêutica adequada. **Objetivo:** Analisar os benefícios e as implicações do tratamento trombolítico no acidente vascular isquêmico (AVCi) com delta T. **Métodos:** Revisão de literatura na base de dados SciELO, utilizando o formulário básico, com os descritores: tratamento e AVC e isquêmico. Além disso, uma pesquisa na base de dados MedLine foi realizada com os seguintes termos na frase de pesquisa: “acute ischemic stroke” AND rt-PA AND thrombolysis, e suas variações de acordo com o MeSH. **Resultados:** O uso de tPA EV é um padrão bem estabelecido para pacientes com AVCi nas primeiras 4,5 horas após o início dos sintomas. O estudo NINDS t-PA Stroke Study evidenciou que a taxa de hemorragia intracraniana sintomática decorrente do uso EV de tal antitrombótico foi maior no grupo de t-PA, porém, a taxa de mortalidade foi menor em comparação ao placebo. A terapia EV é indicada, na possibilidade de se iniciar a infusão de t-PA dentro de 4,5 horas do início dos sintomas, aos pacientes com AVCi sem evidência de hemorragia à tomografia computadorizada do crânio ou ressonância magnética e, ainda, de idade superior a 18 anos. Uma alternativa à trombólise EV é a abordagem IA, cuja principal droga utilizada é o rtPA. Tem como vantagens uma maior taxa de recanalização, possibilidade de realização em pacientes com contra-indicação para trombólise química EV e maior concentração da droga no trombo oclusivo. A trombólise IA pode ser realizada em pacientes selecionados com AVCi com menos de 6 horas de duração, decorrente de oclusão da artéria cerebral média, carótida ou basilar. Outra possibilidade terapêutica é a manipulação mecânica do trombo, que apresenta vantagens em relação à trombólise química por ser mais rápida e apresentar menor chance de sangramento secundário ao procedimento. **Conclusão:** Mediante os resultados de estudos já realizados, conclui-se que é importante identificar em quais pacientes o tratamento trombolítico será vantajoso ou não, considerando o tempo decorrido do início dos sintomas.

Palavras-chave: Trombólise; AVC isquêmico agudo; t-PA.

REFERÊNCIAS:

1. Jacquin GJ, van Adel BA. Treatment of acute ischemic stroke: From fibrinolysis to neurointervention. *Journal Thromb Haemost*: 2015 Jun; 13 Suppl 1:S290-6. Doi: 10.1111/jth. Review PMID: 26149028.
2. Martins SCO, Freitas GR, Pontes – Neto OM, et al. Guidelines of acute ischemic stroke treatment – Part II: Stroke treatment. *Arq Neuropsiquiatr*, 2012; 70(11):885-93.
3. Teixeira RA, Silva LD, Ferreira V. Tratamento Trombolítico no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. *Revista de Neurociências*, 2014; 12(1):01-12.



Acidentes Com Animais Peçonhentos e Análise Da Sazonalidade Dos Casos Ocorridos No Hospital Pronto Socorro De Juiz De Fora – MG

Weiss MB¹; Maiolli CEC²; Lacerda RAM³; Paiva JWS⁴; Souza MJ⁵.

¹ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA

² Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA

³ Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

⁴ Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

⁵ Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora

Introdução: Os acidentes por animais peçonhentos foram incluídos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na lista das doenças tropicais negligenciadas que acometem, na maioria das vezes, populações pobres que vivem em áreas rurais. De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, em 2017, foram notificados 221.004 acidentes por animais peçonhentos, um aumento de 219.592 casos em relação ao ano de 2016 (1.412 casos), ocupando o segundo lugar nos casos registrados de intoxicação humana, perdendo apenas para os casos de intoxicação por medicamentos. **Objetivo:** Analisar os 7 últimos anos do atendimento a casos de acidentes com animais peçonhentos no Hospital Pronto Socorro de Juiz de Fora (HPS - JF) demonstrando suas principais sazonalidades no Serviço de Soroterapia. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos dados de atendimento de um Serviço de Soroterapia do ano de 2011 a 2017 e análise bibliográfica do Medline, Scielo, Ministério da Saúde e OMS. **Resultados:** No período estudado foram realizados 1488 atendimentos por animais peçonhentos no serviço do HPS-JF, dentre os quais 1192 atendimentos (80,1%) não necessitaram de administração de soro, enquanto os outros 256 atendimentos (19,9%) necessitaram de soro específico. Nota-se uma sazonalidade dos acidentes, principalmente entre os meses de março a abril, devido às condições climáticas mais favoráveis ao aparecimento desses animais em áreas urbanizadas. Esses fatores levam ao aumento no número de atendimentos na soroterapia do HPS, por outro lado, há uma tendência à diminuição da incidência desses casos nos períodos mais frios do ano. Em relação a incidência anual nos anos pesquisados, constatou-se um aumento de 156% no ano de 2017, o que pode ser resultado de uma melhor notificação quando comparado a anos anteriores. **Conclusão:** A partir desta avaliação podemos constatar que houve um aumento na notificação dos casos, facilitando assim, o rastreamento dos mesmos. Este fato, indica que é possível proporcionar uma preparação melhor às equipes de trabalho da soroterapia no atendimento, baseando-se na sazonalidade dos acidentes, o que resultará em uma diminuição dos gastos efetivos nestes atendimentos.

Palavras-chave: Acidente, Animais Peçonhentos, Sazonalidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, Brasil, 2019.
2. Ministério da Saúde do Brasil - Fundação Nacional de Saúde, Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos, Distrito Federal, Brasil, 2001.
3. Cardoso JLC, França FOS, Wen FH, Málaque CMS, Haddad Jr V. Animais Peçonhentos no Brasil. Biologia, clínica e terapêutica dos acidentes. 2ª ed.. São Paulo: Sarvier; 2009.
4. De Sousa Alves R, de Nascimento NR, Barbosa PS, Kerntopf MR, Lessa LM, de Sousa CM, Martins RD, Sousa DF, de Queiruz MG, Toyama MH, Fonteles MC, Martins AM, Monteiro HS. Renal effects and vascular reactivity induced by Tityus serrulatus venom. Toxicon 2005; 46: 271–6.

5. Boyer LV, Theodorou AA, Berg RA, Mallie J, Chávez-Méndez A, García-Ubbelohde W, Hardiman S, Alagón A. Antivenom for critically ill children with neurotoxicity from scorpion stings. *N Engl J Med* 2009; 360:2090–8.
6. Boyer LV, Theodorou AA, Berg RA, et al; Arizona Envenomation Investigators. Antivenom for critically ill children with neurotoxicity from scorpion stings. *N Engl J Med*. 2009;360(20):2090–8.
7. Guo X, Ma C, Du Q, Wei R, Wang L, Zhou M, Chen T, Shaw C. Two peptides, TsAP-1 and TsAP-2, from the venom of the Brazilian yellow scorpion, *Tityus serrulatus*: evaluation of their antimicrobial and anticancer activities. *Biochimie*. 2013 Sep;95(9):1784-94.
8. Amaro I, Riaño-Umbarila L, Becerril B, Possani LD. Isolation and characterization of a human antibody fragment specific for Ts1 toxin from *Tityus serrulatus* scorpion. *Immunol Lett*. 2011 Sep 30;139(1-2):73-9.
9. Brazón J, Hughes CE, Mori J, Sevcik C, D'suze G, Watson SP. *Tityus discrepans* scorpion venom activates platelets through GPVI and a novel Src-dependent signaling pathway. *Platelets*. 2011;22(3):165-72.
10. Cologna CT, Marcussi S, Giglio JR, Soares AM, Arantes EC. *Tityus serrulatus* scorpion venom and toxins: an overview. *Protein Pept Lett*. 2009;16(8):920-32.
11. Brazón J, Guerrero B, Arocha-Piñango CL, Sevcik C, D'Suze G. Effect of *Tityus discrepans* scorpion venom on global coagulation test. Preliminary studies. *Invest Clin*. 2008 Mar;49(1):49-58.
12. Teixeira AL, Teixeira MM. Mechanisms involved in myocardial necrosis and pulmonary oedema after *Tityus serrulatus* scorpion envenomation. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2003 Jan-Feb;97(1):122; author reply 123.
13. Cupo P, Hering SE. Cardiac troponin I release after severe scorpion envenoming by *Tityus serrulatus*. *Toxicon*. 2002 Jun;40(6):823-30.
14. Benvenuti LA, Douetts KV, Cardoso JL. Myocardial necrosis after envenomation by the scorpion *Tityus serrulatus*. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2002 May-Jun;96(3):275-6.
15. Magalhães MM, Pereira ME, Amaral CF, Rezende NA, Campolina D, Bucarechi F, Gazzinelli RT, Cunha-Melo JR. Serum levels of cytokines in patients envenomed by *Tityus serrulatus* scorpion sting. *Toxicon*. 1999 Aug;37(8):1155-64.
16. Bucarechi F, Baracat EC, Nogueira RJ, Chaves A, Zambrone FA, Fonseca MR, Tourinho FS. A comparative study of severe scorpion envenomation in children caused by *Tityus bahiensis* and *Tityus serrulatus*. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 1995 Jul-Aug;37(4):331-6.
17. Murthy KR. Treatment of scorpion envenoming syndrome -- need for scientific magnanimity. *J Indian Med Assoc*. 2013 Apr;111(4):254-9.
18. Angsanakul J, Sitprija V. Scorpion venoms, kidney and potassium. *Toxicon*. 2013 Oct;73:81-7.
19. Pedraza Escalona M, Possani LD. Scorpion beta-toxins and voltage-gated sodium channels: interactions and effects. *Front Biosci (Landmark Ed)*. 2013 Jan 1;18:572-87.
20. Chippaux JP. Emerging options for the management of scorpion stings. *Drug Des Devel Ther*. 2012;6:165-73.
21. Bahloul M, Chaari A, Dammak H, Samet M, Chtara K, Chelly H, Ben Hamida C, Kallel H, Bouaziz M. Pulmonary edema following scorpion envenomation: mechanisms, clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Int J Cardiol*. 2013 Jan 10;162(2):86-91.
22. Chippaux JP, Diouf A, Stock RP, Parra HJ, Massougbodji A. Report of the 4th International Conference on Envenomations by Snakebites and Scorpion Stings in Africa, Dakar, April 25-29, 2011. *Toxicon*. 2011 Oct;58(5):426-9.
23. Abroug F, Ouanes-Besbes L, Ouanes I, Dachraoui F, Hassen MF, Haguiga H, Elatrous S, Brun-Buisson C. Meta-analysis of controlled studies on immunotherapy in severe scorpion envenomation. *Emerg Med J*. 2011 Nov;28(11):963-9.
24. Khattabi A, Soulaymani-Bencheikh R, Achour S, Salmi LR; Scorpion Consensus Expert Group. Classification of clinical consequences of scorpion stings: consensus development. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2011 Jul;105(7):364-9.



Evolução Das Internações Por Apendicite Aguda No Brasil Entre Os Anos de 2007 a 2015: Um Estudo Analítico

Lygia Monnerat Cruz Chaves¹; Artur Laizo²; Bruno Ribeiro de Lima¹; Gabriel Rodrigues Carvalho¹; Leonardo Lima Dornela¹.

¹Acadêmicos de Medicina na Faculdade de Medicina de Juiz de Fora

²Professor Doutor de Práticas Médicas e Internato de Cirurgia Geral na Faculdade de Medicina de Juiz de Fora e Orientador Do Grupo De Estudos Sobre Hérnia e Parede Abdominal (GEHPA).

Introdução:A apendicite é uma das causas mais frequentes de abdome agudo, resulta de uma inflamação do apêndice que causa dor intensa no lado inferior direito do abdômen, junto com vômitos, febre, enjoos e falta de apetite. O apêndice é um órgão localizado no lado direito da barriga, que tem ligação direta com o intestino e, geralmente, inflama quando existe entrada de fezes no seu interior, devido ao desenvolvimento excessivo de bactérias. **Objetivo:**Relatar o número de casos da doença comparando a sua incidência entre região e sexo afim de estabelecer as características mais comuns entre os afetados bem como ressaltar a importância das internações diante de diagnósticos precoces. **Metodologia:**Estudo epidemiológico analítico realizado por meio de pesquisa no DATASUS, a partir dos quais foram realizadas análises estatísticas acerca do número de óbitos registrados no Brasil entre janeiro de 2006 à dezembro de 2016, tendo associado esse a incidência de acordo com região, sexo e faixa etária em tal país. **Resultados:**Quando observado o número total de internações no Brasil por Apendicite Aguda entre 2007 à 2014, constata-se 443.552 casos, sendo 169.030 (38,1%) no Sudeste, 123.490 (27,8%) no Nordeste, 45.780 (10,3%) no Sul, 47.863 (10,79%) no Centro-oeste e 57.389 (12,9%) no Norte do país. No que se diz respeito ao sexo, 62,66% das internações foram do sexo masculino e 37,34% do sexo feminino. Observando a curva de proporção entre 2007 a 2014, apesar de oscilante, nota-se aumento significativo de aproximadamente 2.151% nas internações, sendo essas relacionados em sua maioria ao sexo masculino. **Conclusão:**Nota-se que o número de internações por apendicite aguda entre os anos de 2007 e 2015 se manteve crescente, o que mostra tratamento dos doentes por cirurgia. Além disso, torna-se imperativo ao Ministério da Saúde a promoção de campanhas e informativos sobre tal doença, como tentativa de redução da progressão citada, da melhoria da capacitação médica para um diagnóstico precoce e do incentivo da procura ao serviço de saúde pelo paciente sintomático. **Palavras-chave:** DATASUS, Apêndice, Brasil, Apendicite.



Associação Entre GH/IGF-1 e o Surgimento de Neoplasias

Carolina Zancheta Silva Marçal¹; Igor Monzo Ribeiro¹; Julia Ferreira Trogo¹.

¹ Faculdade de Medicina de Valença – CESVA/ FAA

Introdução: O hormônio de crescimento (GH) é produzido pela hipófise e fundamental para o crescimento, desenvolvimento e a maturação sexual¹. O GH atua em diferentes áreas do corpo e, no fígado, estimula a produção de IGF-1, que é responsável pelos principais efeitos biológicos². Estudos demonstraram que o efeito metabólico, o mitogênico do GH e o efeito anti-apoptótico do IGF-1 induzem a proliferação de células normais e malignas, podendo ser responsáveis pela indução de tumores em animais que são expostos a doses acima da fisiológica de GH. Além disso, diversos estudos epidemiológicos relatam a elevação sérica do IGF-1 associado ao aumento do risco de câncer de próstata, mama e colorretal^{2,3}. **Objetivo:** Verificar se a elevação da taxa sérica de hormônios de crescimento (eixo GH-IGF1) estimula o aparecimento de neoplasias. **Metodologia:** Foi realizada busca sistemática em duas bases de dados eletrônicas (BIREME e SCIELO). Como critério de inclusão, foram aceitos artigos publicados entre 2000 e 2018, sendo excluídos todos os artigos com data de publicação anterior a 2000. Para a pesquisa dos artigos nas bases de dados, foram utilizados os descritores: “Hormônio de crescimento”, “Efeito adverso”, “Câncer”, “GH” e “Neoplasia”. Foram encontrados 14 artigos, e após leitura dos mesmos, foram selecionados 4. **Resultado:** Estudos apontam que o aumento da concentração de IGF-1 e baixa de IGFBP-3 pode ser oportuno para o aparecimento de neoplasias, entre elas, o câncer de mama, próstata, cólon e pulmão podem ser¹. Além disso, relatos apontam que o tratamento com rhGH proporciona reincidência de um tumor já tratado previamente, ou até novas neoplasias³. Outros estudos, não detectaram associação com as neoplasias, uma vez que o risco carcinogênico destes é menor quando comparado com os fatores ambientais que podem levar ao surgimento de neoplasias^{2, 4}. **Conclusão:** Pesquisas mostram que doses suprafisiológicas do hormônio de crescimento podem ter como resultado o surgimento de neoplasias, pois estimula a produção de IGF-1, que em altas concentrações, implica na inibição do mecanismo de apoptose, e por consequência, favorece a progressão de células normais e cancerígenas. Dessa forma, é necessário o acompanhamento regular para evitar ou diminuir problemas futuros. Entretanto, não se deve excluir fatores externos e genéticos visto que esses são mais carcinogênicos.

Palavras-chave: Câncer, Neoplasia, Hormônio GH, IGF-1, Efeitos adversos.

REFERÊNCIAS:

1. Boguszewski César Luiz. Genética molecular do eixo GH-IGF1. Arq Bras Endocrinol Metab. 2001;45(1):5-14.
2. Guedes Alexis D., Bianco Bianca, Callou Emmanuela Q., Gomes Ana Luíza, Lipay Mônica V. N., Verreschi Ieda T. N. O hormônio de crescimento na síndrome de Turner: dados e reflexões. Arq Bras Endocrinol Metab. 2008; 52(5):757-764.
3. Souza Flávio Moutinho, Collett-Solberg Paulo Ferrez. Efeitos adversos da terapia de reposição hormonal do crescimento em crianças. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2011 Nov.
4. Castro Angela M. Spinola e, Guerra-Júnior Gil. GH/IGF e neoplasia: o que há de novo nesta associação. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005; 49(5): 833-842.



Atendimento em Emergências Psiquiátricas como Ferramenta de Prevenção do Suicídio

Júlia Machado Vieira¹; Tamyres dos Santos Vieira¹; Bruno de Souza Cruz².

¹ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema

² Médico Psiquiatra e Docente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema

Introdução: Mais de 4% dos atendimentos em serviços de emergência são atribuídos a condições psiquiátricas. Essas urgências e emergências psiquiátricas (EP) são alterações agudas do estado mental, com risco de morte ou injúria grave, requerendo intervenção imediata. Os quadros envolvem depressão, psicoses, síndromes orgânicas, uso de drogas psicoativas e, principalmente, tentativas de suicídio. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada 3 segundos, uma pessoa tenta suicídio e, para cada ato concretizado, há pelo menos 10 tentativas. Ademais, para cada tentativa registrada, estima-se 4 desconhecidas. Assim, o comportamento suicida (CS) é problema significativo de saúde pública. **Objetivo:** Avaliar a possível influência do atendimento de EP na prevenção do suicídio. **Métodos:** Pesquisa na base de dados PubMed, em janeiro/2019, com os termos “psychiatric emergency services” e “suicide” e variações de acordo com o MeSH. Foram excluídos artigos que não estavam diretamente relacionados ao suicídio e, dos 17 artigos encontrados, 5 contemplaram a temática. Na base de dados SciELO, foram utilizadas os descritores emergência, psiquiatria e suicídio, sendo selecionados 4 dos 6 artigos encontrados. **Resultados:** De acordo com a OMS, suicídio é a segunda causa de morte de 15 a 29 anos. O atendimento de EP é feito nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), emergências de hospitais, atenção básica e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Em um terço das consultas de EP, o paciente apresenta CS, e a maioria dos que cometem suicídio é atendida previamente na EP. Uma das medidas de prevenção mais efetivas é o acompanhamento telefônico pós alta de pacientes com CS. Entretanto, muitos profissionais são desafiados na EP por falta de experiência, medo de agressões ou descrença de que o paciente esteja em real sofrimento mental. Todavia, transtornos mentais, tentativas anteriores, intensidade da ideação suicida, hospitalização psiquiátrica prévia e história de automutilação não suicida são alguns preditores de futuras tentativas de suicídio. **Conclusão:** Cerca de 95% dos suicídios são devidos a transtornos mentais – como depressão, transtorno bipolar, uso de drogas psicoativas, transtornos de personalidade e esquizofrenia – e na maioria dos casos há tentativas prévias. Reconhecer o paciente com CS na EP pode representar ferramenta de prevenção, seja reduzindo o risco imediato, seja facilitando o correto seguimento para tratar o transtorno mental de base.

Palavras-chave: Emergência, Psiquiatria, Suicídio.

REFERÊNCIAS:

1. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega JN. Detecting suicide risk in psychiatric emergency services. *Rev Bras Psiquiatria* 2010; 32(2):587-95.
2. Conselho Federal de Medicina (BR), Associação Brasileira de Psiquiatria (BR). Suicídio: Informando Para Prevenir. Brasília (DF); 2014.
3. Costa MC, Cunha JDS, REB Silva. Main psychiatric disorders found / attended in the emergency and emergency health services: an integrative literature review. *ReonFacema* 2018; 4(1):867-73.
4. Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X et al. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. *BMC Psychiatry* 2017; 17(1):96.
5. Horwitz AG, Cxyz EK, King CA. Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 44(5):751-61.

6. Miller IW, Camargo Júnior CA, Arias AS et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(6):563-70.
7. Oliveira MIV, Bezerra Filho JG, Gonçalves-Feitosa RF. Tentativas de suicídio atendidas em unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil. *Rev Salud Publica* 2014; 16(5): 683-96.
8. Veloso C, Monteiro LSS, Veloso LUP, Moreira ICC, Monteiro CFS. Atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(2):e0170016.
9. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(1):175-87.
10. Winter RF, Groot MH, Dassen M, Deen ML, Beurs DP. Suicidal behaviour and attempted suicide occurring during assessment by the outreach psychiatric emergency service. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59(3):140-9.



Cetoacidose Diabética Durante a Infância: Uma Revisão Sistemática das Consequências e Tratamento

Andreza Resende Neiva¹; Annelise Piassi Franco²; Aylla Corrêa Gonçalves³; Ana Paula Ferreira⁴.

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA

² Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA

³ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA

⁴ Orientadora e docente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA

Introdução: A cetoacidose diabética (CAD) é causada por uma deficiência metabólica potencialmente fatal caracterizada por uma redução da insulina e dos hormônios contrarreguladores e que, se não diagnosticada precocemente, pode levar a morte. Entre os seus diversos sintomas encontram-se a poliúria, desidratação, odor de acetona na urina, taquicardia e, na pediatria há considerável perda de peso e enurese constante e, se não tratada, a doença pode abaixar os índices de O₂ no cérebro e causar, por exemplo, edema cerebral (EC) (Yau M et al.,2017). A CAD é mais comum em crianças e afeta 10 a cada 100 mil, além de que naquelas diagnosticadas com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), a CAD ocorre em 1 a cada 10% dos casos (Lopes CLS et al.,2017). **Objetivos:** Revisar e analisar as consequências e tratamentos da CAD no domínio pediátrico. **Métodos:** Esta é uma revisão dos artigos encontrados no PubMed e na SciELO que versam sobre o tema CAD durante a fase infantil. **Resultados:** A mais grave consequência relacionada à CAD é o EC, uma vez que pode provocar modificações na morfologia e na função cerebral, resultando deficiências neurocognitivas que pode ocorrer, inclusive, no período infantojuvenil (Cameron et al.,2014). Trata-se de uma lesão rara, tendo em vista que a partir do diagnóstico de CAD, o EC se apresenta numa incidência menor do que 1% (Wolfsdorf et al.,2009). Ademais, para Cameron et al. (2014), algumas mudanças de maior incidência e menor gravidade podem apresentar características transitórias, sendo seu efeito cessado com a estabilização do quadro metabólico. Acerca do tratamento, segundo Piva et al. (2007), no século XX a mortalidade de pessoas portadoras do CAD era de 100% e pelo emprego da insulina em sua terapêutica foi possível reduzir a letalidade em 97,5%. Assim, conforme Yau et al. (2017), a insulina consegue interromper a cetogênese retomando os processos anabólicos e o equilíbrio ácido-base. Para tanto, no tratamento da acidose moderada ou grave é recomendado aplicação de insulina intravenosa de 0,1U/kg/hora e essa infusão não pode cessar até que a acidose seja solucionada e o pH seja de 7,3 ou mais (Yau M et al.,2017). **Conclusão:** Diante dos dados apresentados, conclui-se que foram analisadas consequências, como o EC e seus impactos em crianças, além de ter sido verificado possíveis tratamentos para reduzir os sintomas da CAD, ressaltando que o diagnóstico precoce, principalmente na pediatria, é fundamental para reduzir os danos gerados pela doença.

Palavras-chave: Cetoacidose Diabética, Infância, Pediatria, Tratamento, Consequências.

REFERÊNCIAS:

1. Cameron FJ, Scratch SE, Nadebaum C, Northam EA, Koves I, Jennings J et al. Consequências neurológicas da cetoacidose diabética na apresentação inicial do diabetes tipo 1 em um estudo de coorte prospectivo de crianças. *Diabetes Care* 2014; p.1554-62.
2. Lopes CLS, Pinheiro PP, Barbarena LS, Eckert GU. Cetoacidose diabética em uma unidade intensiva pediátrica. *J Pediatr* 2012; p.181
3. Piva JP, Czepielewski M, Garcia PCR, Machado D. Perspectivas atuais do tratamento da cetoacidose diabética em pediatria. *J Pediatr* 2007; 83(5):119-27.
4. Wolfsdorf J, Craig ME, Dunger D, Edge J, Lee W, Rosenbloom A et al. Cetoacidose diabética em crianças e adolescentes com diabetes. *Diabetes pediátrico* 2009; p.118-33.
5. Yau M, Sperling M. Tratamento do diabetes mellitus em crianças e adolescentes. *Endotext* 2017; p.2-11.



Desafios Frente o Transplante de Ilhotas: Esperança de Cura do Diabetes Mellitus Tipo 1

Tássia Mariana Moreira Paz¹; Jéssica Diniz Rezende¹; Danielle Zimmermann Franco².

¹ Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora (UNIPAC-JF)

² Farmacêutica doutora em imunologia pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas da UFJF.

Introdução: Prevenir a ocorrência de hipoglicemias graves em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é a principal motivação do desenvolvimento de técnica duradoura e eficaz, a fim de proporcionar maior qualidade de vida a tais pacientes. Nesse sentido o transplante de ilhotas pancreáticas, que consiste em captação, isolamento do tecido endócrino, cultura de ilhotas e infusão destas pela veia porta através de técnica de radiologia (Rheinheimer J et al, 2010), é o principal meio terapêutico em desenvolvimento no panorama científico atual. Apesar dos resultados promissores dos estudos com animais de laboratório, a aplicabilidade em humanos enfrenta limitações em diversos âmbitos, comprometendo sua eficácia. **Objetivo:** Mapear os principais desafios para realização e êxito da técnica de transplante de ilhotas no Brasil. **Métodos:** Revisão bibliográfica compilada a partir da leitura de artigos indexados nas bases de dados: Scielo, Pubmed, Medscape e Bireme. Como critério de inclusão, selecionou-se estudos brasileiros com data de publicação posterior a 2008 e de exclusão data anterior a 2008 e artigos com menos de 5 referências bibliográficas. **Resultados:** A taxa de sucesso, medida pela insulino-independência em um ano, nos três centros com maior experiência na América do Norte (Edmonton, Miami e Minneapolis) é de 82%. Após 3 anos 50% dos pacientes permanecem livres de insulina e 13% após cinco anos; no entanto, o peptídeo C continua detectável em 80% dos pacientes e essa secreção residual da insulina reduz eventos hipoglicêmicos além de manutenção da Hemoglobina glicada nas metas recomendadas (Shapiro AM et al, 2006). Entretanto, os principais desafios da terapia podem ser elencados em duas categorias: gestão dos recursos, haja vista necessidade multiprofissional e elevado custo; e interações do sistema imune que dificultam a permanência estável dos resultados. **Conclusão:** Devido ao aprimoramento das técnicas é notável o alcance do objetivo de tornar os pacientes em insulino-independentes. No entanto, os resultados são temporários, representando sua, ainda, insuficiência para a cura da DM1. Sendo assim, justifica-se a necessidade de investimentos e pesquisas que garantam o reestabelecimento da homeostase glicêmica através desta inovadora alternativa terapêutica. **Palavras-chave:** Diabetes Mellitus tipo 1, Células Beta Pancreáticas, Insulino-independência

REFERÊNCIAS:

1. Eliaschewitz FG, Franco DR, Mares-Guia TR, Noronha IL, Labriola L, Sogaya MC. Transplante de ilhotas na prática clínica: estado atual e perspectivas. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009;53(1):15-23.
2. Froud T, Ricordi C, Baidal DA, Hafiz MM, Ponte G, Cure P, et al. Islet transplantation in type 1 diabetes mellitus using cultured islets and steroid-free immunosuppression: Miami experience. *Am J Transplant.* 2005;5:2037-46.
3. Rheinheimer J, Leitão CB, Rohde CM, Rech TH, Kramer CK, Steemburgo T. Transplante de ilhotas pancreáticas humanas: revisão da literatura e implantação de um laboratório de isolamento de ilhotas pancreáticas. *Rev HCPA* 2010;30(4):407-418
4. Sá JR, Gonzalez AM, Melaragno CS, Saitovich D, Franco DR, Rangel EB, et al. Transplante de pâncreas e ilhotas em portadores de diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008; 52(2): 355-366.
5. Shapiro AM, Ricordi C, Hering BJ, Auchincloss H, Lindblad R, Robertson RP, et al. International trial of the Edmonton protocol for islet transplantation. *N Engl J Med.* 2006;355:1318-30.
6. Shapiro AM Ryan EA, Paty BW, Senior PA, Bigam D, Alfadhli E, Kneteman NM, et al. Five-year follow-up after clinical islet transplantation. *Diabetes.* 2005;54:2060-9.
7. Voltarelli JC, Couri CEB, Rodrigues MC, Moraes DA, Stracieri ABPL, Pieroni F, et al. Terapia celular no diabetes mellitus. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2009;31(1): 65-73.



Dissecção Aguda da Aorta, uma Síndrome Aórtica Aguda

Carla de Mendonça Rêgo¹; Anderson Laureth¹; Heitor dos Reis Barbosa¹; Priscila de Alvarenga Antunes¹; Maria Lídia Pereira Cabral²

¹ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA

² Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Introdução: A dissecção aguda da aorta (DAA) é um distúrbio pouco frequente, mas catastrófico. Tem incidência de 5 a 30 casos por 1 milhão de pessoas por ano; se não tratada, a mortalidade é de 50% nas primeiras 48 horas. A dissecção da aorta (DA) está compreendida na síndrome aórtica aguda, que também inclui hematoma intramural e úlcera aórtica penetrante. **Objetivo:** Analisar a DA como emergência médica, destacando sua fisiopatologia e tratamento. **Métodos:** Pesquisa nas bases indexadoras de dados MEDLINE e SciELO, limitando-nos aos artigos publicados nos anos de 2016 a 2018. **Resultados:** Na DA, a exposição constante à pressão pulsátil alta e ao estresse de cisalhamento levam a um enfraquecimento da parede aórtica resultando em uma ruptura da íntima. Em seguida, o sangue flui entre a íntima e a adventícia, criando uma falsa luz. Segundo a classificação de Stanford, a DA é classificada em tipo A - dissecções na aorta ascendente, e tipo B, envolvendo apenas a aorta descendente. A doença tem etiologia multifatorial tendo como fator mais importante a hipertensão; outros fatores são história familiar, tabagismo, dislipidemia, cocaína, distúrbios do tecido conjuntivo, etc. Os sintomas apresentados são dor intensa no peito ou nas costas de início agudo, que pode ser migratória. Os exames de imagem confirmam o diagnóstico, classificam e localizam a DA, sendo a angiografia por tomografia computadorizada com contraste o exame de escolha. O tratamento da DAA deve incluir analgesia, beta-bloqueadores IV de ação curta e terapia cirúrgica. No tipo A realiza-se excisão da ruptura da íntima, a obliteração da entrada na falsa luz e a reconstituição da aorta com interposição de um enxerto vascular sintético; no tipo B é utilizada endoprótese endovascular ou cirurgia nos casos mais complicados. O prognóstico da doença é sombrio, mesmo após a cirurgia as taxas de mortalidade são de 20 a 30%. As possíveis complicações são falha de múltiplos órgãos, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, amputação de extremidades, isquemia intestinal, etc. **Conclusão:** Devido a alta mortalidade na DAA, os médicos devem ter atenção a esse diagnóstico em casos de dor torácica aguda na emergência. A redução da mortalidade causada pela DA requer melhora das medidas preventivas, tanto do diagnóstico para identificar e monitorar os indivíduos com maior risco de DA como nos tratamentos precoces.

Palavras-chave: Dissecção Aguda de Aorta, Aorta, Doença Vascular, Síndrome Aórtica Aguda.

REFERÊNCIAS:

1. Evangelista A, Maldonado G, Grusso D, Teixeira G, Rodríguez-Palomares J, Eagle K. Insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection. *Glob Cardiol Sci Pract* 2016;31;1-14.
2. Fukui T. Management of acute aortic dissection and thoracic aortic rupture. *J Intensive Care*. 2018; 6:1-8.
3. Gawinecka J, Schönraht F, Eckardstein A. Acute aortic dissection: pathogenesis, risk factors and diagnosis. *Swiss Med Wkly* 2017;147:1-7.
4. Khayat M, Cooper KL, Khaja MS, Gandhi R, Bryce YC, Williams DM. Endovascular management of acute aortic dissection. *Cardiovasc Diagn Ther* 2018;8:97-1078.



Glaucoma Primário de Ângulo Fechado na Urgência Clínica: Sintomas e Tratamento.

Igor Candiá Arantes¹; Matheus de Souza Leidersnaider¹; Marcela Pires Andrade¹; Luciano Arantes².

¹Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema

² Médico Oftalmologista.

Introdução: O Glaucoma de Ângulo Fechado é uma urgência oftálmica. Trata-se de um caso especial de glaucoma decorrente de neuropatia óptica com repercussão característica no campo visual, cujo principal fator de risco é aumento da pressão intraocular (PIO). Atualmente é a segunda causa mundial de amaurose, afetando mais de 60 milhões de pessoas, número que deverá aumentar para quase 80 milhões até 2020. O Glaucoma Primário de Ângulo Fechado (GPAF) é o principal subtipo e afeta aproximadamente 26% da população portadora de glaucoma. **Objetivo:** Elucidar as principais características clínicas do GPAF e o seu tratamento urgencial. **Métodos:** Pesquisa realizada na base indexadora de dados Pubmed com artigos publicados nos últimos três anos, no tratado referencial em Glaucoma (Shields) e no Protocolo Clínico de Glaucoma disponibilizado pelo SUS. **Resultados:** O GPAF é prevalente em mulheres, negros, pessoas de maior idade com histórico familiar positivo. O ataque de fechamento de ângulo pode ser desencadeado pela predisposição do indivíduo em sentir os efeitos dos fatores que induzem à midríase, como iluminação escura, stress emocional e drogas. O mecanismo mais comum da doença é o bloqueio pupilar, o qual obstrui funcionalmente o fluxo de aquoso da câmara posterior para a anterior entre o cristalino e a íris, levando ao acúmulo de líquido na câmara posterior, gerando o deslocamento periférico da íris e fechamento do ângulo da câmara anterior. A apresentação clínica pode ser aguda, com dor severa, hiperemia conjuntival marcante, córnea edemaciada e perda profunda de visão, ou subaguda, com dor súbita, leve embaçamento da visão e halos coloridos em torno de luzes. Geralmente o tratamento inicial é focado em abaixar a pressão intra-ocular, com administração de inibidores da anidrase carbônica, bloqueador beta-adrenérgico ou manitol endovenoso, e aliviar o fechamento do ângulo, através de pilocarpina tópica, seguida por iridectomia periférica para impedir ataques futuros. **Conclusão:** O GPAF é uma urgência médica e pelo fato de apresentar uma rápida e severa progressão, deve ser rapidamente identificado e conseqüentemente tratado. Caso contrário, o paciente pode perder a visão em questão de 3 à 4 horas por conta da elevada pressão intra-ocular.

Palavras-chave: Glaucoma, Urgência, Ângulo Fechado.



Glomerulonefrite Membranoproliferativa Tipo 1 Crioglobulinêmica Associada à Infecção Pelo Vírus Da Hepatite C

Amanda do Carmo Gusmão¹; Amanda Fialho Negreiros²; Giovanna Andrade Rosa³; Viviane Andrade Chequer Khoury⁴; Guilherme Fialho de Freitas⁵.

^{1,2,3,4} Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

⁵ Especialista em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Médico residente de Oncologia Clínica do ICESP – Faculdade de Medicina da USP.

Introdução: A hepatite C é uma doença causada por um vírus envelopado e com genoma de RNA (HCV). Esse agente é transmitido principalmente através de sangue infectado e por via sexual. Embora esse vírus seja mais conhecido por causar hepatite crônica persistente, ele está intimamente relacionado com doenças extra-hepáticas, sendo a mais comum, a glomerulonefrite membranoproliferativa tipo 1 (GNMP1), comumente associada à crioglobulinemia mista tipo II (CMII). **Objetivo:** Avaliar as repercussões clínicas da infecção pelo HCV em pacientes acometidos por GNMP1. **Métodos:** Foram analisadas revisões sistemáticas publicadas originalmente em inglês, sendo incluídos estudos dos últimos 5 anos, em humanos, tendo como referência a base de dados National Library of Medicine (MedLine). A busca foi efetuada mediante consulta ao MeSH. Os descritores utilizados foram: Hepatite C, Glomerulonefrite Membranoproliferativa Tipo 1. A recomendação PRISMA foi utilizada no intuito de melhorar o relato da revisão sistemática. **Resultados:** O estado da arte das revisões sistemáticas pesquisadas demonstra que a infecção pelo HCV associa-se à crioglobulinemia em 80% dos casos, sendo as manifestações mais habituais os sintomas cutâneos como púrpuras palpáveis, crostas hemorrágicas, úlceras, além de fraqueza e artralgia. Outros achados menos comuns são o fenômeno de Raynaud, parestesias e dor abdominal. Ademais, no caso de envolvimento renal é mais prevalente a presença da crioglobulinemia mista, que ocorre devido à precipitação de crioglobulinas no mesângio e à ativação do sistema complemento no endotélio glomerular, com consequente deposição das imunoglobulinas insolúveis nos capilares renais. Na GNMP1 ocorrem depósitos subendoteliais ou intramembranosos de crioglobulinas, imunoglobulinas e proteínas do complemento, resultando em manifestações clínicas e laboratoriais diversas, como hematúria e presença de cilindros hemáticos, proteinúria nefrótica, nefrite aguda, insuficiência renal, além de fibrose intersticial e atrofia dos túbulos renais. Ainda, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é comum, sendo grave e de difícil controle, afetando cerca de 50% a 80% dos pacientes no momento do diagnóstico. **Conclusão:** Portanto, a análise das evidências científicas demonstra que a infecção pelo HCV em pacientes acometidos por GNMP1 estão associadas com a tríade clássica da doença, a qual envolve artralgia, púrpura e fraqueza.

Palavras-chave: Hepatite C, Crioglobulinemia, Glomerulonefrite Membranoproliferativa Tipo 1

REFERÊNCIAS:

1. Barsoum RS, William EA, Khalil SS. Hepatitis C and kidney disease: A narrative review. J Adv Res.2017;8(2):113-130.
2. Cacoub P, Comarmond C, Domont F, et al. Extrahepatic manifestations of chronic hepatitis C virus infection. Ther Adv Infect Dis 2016;3(1):3-14.
3. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; 6 (6).
4. Ozkok A, Yildiz A. Hepatitis C virus associated glomerulopathies. World J Gastroenterol 2014;20(24):7544-7554.



Hidroxiuréia na Prevenção de Complicações Agudas em Pacientes Portadores de Anemia Falciforme: Uma Revisão Sistemática

Carolina Sabino Vidigal¹; Bárbara Neto Campos¹; Ana Clara Viana de Sousa¹; Gustavo Mendes Nepomuceno¹; Thiago dos Santos Ferreira².

¹ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (Suprema)

² Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais Brasil (HEMOMINAS)

Introdução: A anemia falciforme (AF) é um problema mundial de saúde pública. Estima-se que, todos os anos, 300.000 recém-nascidos sejam portadores dessa doença. Em situações de hipóxia, há a polimerização da Hemoglobina (Hb), causando episódios vaso-oclusivos, gerando dano isquêmico aos tecidos, resultando em dor severa. Atualmente as principais recomendações como terapias são a transfusão e a hidroxiureia (HU). **Objetivo:** Avaliar a eficácia da HU na prevenção de eventos agudos em pacientes portadores de anemia falciforme. **Métodos:** Durante o mês de Janeiro de 2019, foram analisados Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados, realizados em humanos, tendo como referência a base de dados National Library of Medicine (MEDLINE). A busca foi efetuada mediante consulta ao Medical Subject Headings (MeSH), através do portal da U.S. National Library of Medicine (NLM) e os descritores e termos utilizados foram: "Sickle cell anemia", "Prevention" e "Hydroxyurea". A recomendação PRISMA foi utilizada no intuito de sistematizar a revisão. **Resultados:** Um total de 7 artigos foram analisados. O tratamento padrão (TP) de prevenção de eventos agudos, como o Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi), em crianças portadoras de AF é geralmente baseado em terapia transfusional (transfusão simples ou de troca) e, se houver sobrecarga de ferro tecidual, quelação do ferro. Devido aos efeitos a longo prazo desse tipo de tratamento transfusional crônico, como a sobrecarga de ferro, uma terapia alternativa (TA) é proposta. A TA consiste em HU e, se necessário, flebotomia. A análise da eficácia da TA é baseada em diversos critérios, tais como: quantidade das crises álgicas, tempo entre crises, transfusões e hospitalizações, síndrome torácica aguda, leucometria, HbF, AVC, sobrecarga de ferro, função renal e ultrassonografia transcraniana com Doppler. Em relação ao AVC, foram encontradas evidências acerca da prevenção primária e secundária. Três dos ensaios foram baseados no estudo multicêntrico fase III Stroke with transfusions changing to hydroxyureia (SWITCH). Apenas um dos estudos foi realizado em adultos. **Conclusão:** Devido à expectativa de vida neste grupo de pacientes, a maioria dos estudos com maior follow-up é realizada na população pediátrica. A HU é uma alternativa promissora nas profilaxias primária e secundária do AVC, porém ainda existem dados mostrando superioridade do TP. Na prevenção das crises álgicas e outras complicações agudas, a eficácia da HU é comprovada. **Palavras-chave:** Anemia Falciforme, Prevenção, Hidroxiuréia

REFERÊNCIAS:

1. Piel BF, Steinberg MH, Rees DC. Sickle Cell Disease. N Engl J Med 2017; 376 (16): 1561-73
2. Yawn BP, Buchanan GR, Afenyi-Annan AN, et al. Management of sickle cell disease: summary of the 2014 evidence-based report by expert panel members. JAMA 2014; 312 (10): 1033-48
3. Nevitt SJ, Jones AP, Howard J. Hydroxyurea (hydroxycarbamide) for sickle cell disease (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2017; 4: 1-120.
4. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; 6 (6)



Hipotireoidismo Durante a Gravidez

Mariane Fusco Silvério; Silverio MF¹; Juan de Mello Zata Calixto; Calixto JMZ¹; Leonardo Fialho Trota; Trota LF¹; Ana Paula Ferreira; Ferreira AP¹.

¹ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema

Introdução: Os hormônios tireoidianos são essenciais para um crescimento e desenvolvimento adequados do feto. O aumento da síntese de hormônios tireoidianos e secreção da glândula tireoide, causam o hipertireoidismo. A causa de hipertireoidismo é a doença de Graves, seguida por bócio nodular tóxico. Outras causas importantes de tireotoxicose incluem tireoidite, disfunção tireoidiana induzida por iodo e induzida por drogas e ingestão factícia de excesso de hormônios tireoidianos. O hipotireoidismo subclínico (elevação do TSH sérico) é prevalente em gestantes e está associado ao aborto, diabetes gestacional, parto prematuro, descolamento de placenta e quociente de inteligência infantil diminuído. **Objetivos:** Pesquisar sobre o hipotireoidismo durante a gravidez que pode estar associado a desfechos adversos obstétricos e fetais, como o aborto espontâneo, hipertensão gestacional. **Métodos:** Revisão de literatura na base de dados MedLine, nos últimos 5 anos, em humanos, com a frase de pesquisa: (“Thyroid hormones” OR Hypothyroidism) AND “Pregnancy” com suas respectivas variações de acordo com o MeSH. **Resultados:** Foram encontrados 142 artigos de revisão, sendo 3 utilizados na confecção desse trabalho. Os critérios de inclusão foram pacientes com função tireoidiana normal antes das 20 semanas de gestação. O hipotireoidismo subclínico cursa com alterações bioquímicas e hormonais causando a Doença de Graves, que apresenta sintomas como: palpitações, tremores ou ansiedade. Com isso, há um maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, baixo peso ao nascer e insuficiência cardíaca materna. **Conclusão:** De acordo com as diretrizes da Endocrine Society é necessário avaliar as concentrações séricas dos hormônios tireoidianos para distinguir hipertireoidismo subclínico e realizar o tratamento com levotiroxina. O tratamento que começou entre 8 a 20 semanas de gestação resultou em função cognitiva aumentada em crianças até 5 anos e uma redução substancial no risco de parto prematuro e aborto espontâneo.

Palavras-chave: Hipotireoidismo na gravidez, Hipotireoidismo, Disfunção da tireoide.

REFERÊNCIAS:

1. Velasco I, Taylor P .Identifying and treating subclinical thyroid dysfunction in pregnancy: emerging controversies. European Journal of Endocrinology (2018); 178
2. Pearce EN. Thyroid disorders during pregnancy and postpartum. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 29 (2015); 700-706.
3. Korevaar TI, Medici M, Visser TJ, Peeters RP. Thyroid disease in pregnancy: new insights in diagnosis and clinical management. NATURE REVIEWS ENDOCRINOLOGY 2017; 6-7.



Impacto da Atividade Física na Melhora da Qualidade de Vida dos Portadores de Parkinson: Uma Revisão Sistemática

Júlia Cardozo Pizzamiglio¹; Laura Fernandes Artur¹; Ludymilla Ribeiro Bordoni de Oliveira¹; Rita de Cássia Ribeiro Gomes Costa Meirelles¹; Djalma Rabelo Ricardo².

¹ Acadêmico do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema

² Docente da disciplina Metodologia da Pesquisa Científica do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

Introdução: O Parkinson é uma doença neurodegenerativa progressiva, que por não ter uma cura, requer uma abordagem multidisciplinar sendo comum a associação do tratamento não farmacológico com o medicamentoso. Desse modo, intervenções de reabilitação são de primordial importância para maximizar a qualidade de vida e o status funcional do paciente, minimizando complicações secundárias e sobrecarga social [1-4]. **Objetivos:** Analisar o impacto da atividade física nos efeitos dos tratamentos não farmacológicos na qualidade de vida em pessoas com doença de Parkinson. **Métodos:** Foram analisados ensaios clínicos controlados randomizados e quase-randomizados publicados originalmente em inglês tendo como referência a base de dados National Library of Medicine (Med Line). A busca foi efetuada mediante consulta ao MeSH. Foram incluídos estudos que analisavam o exercício físico em associação ao tratamento farmacológico dos pacientes. Foram excluídos estudos com mais de 10 anos. Inicialmente foram encontrados 1343 estudos e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas quatro artigos fizeram parte do escopo e análise final. **Resultados:** Os quatro estudos demonstraram que a atividade física, tradicional ou não, principalmente a supervisionada por fisioterapeuta, associada ao tratamento medicamentoso de pacientes com Parkinson contribuiu para melhoras no quadro geral da doença considerando o equilíbrio, a qualidade de vida por meio do “Parkinson’s Disease Quality of Life Questionnaire” (PDQL), resistência e velocidade da marcha, atividades diárias bem como os sintomas sistêmicos e sociais. **Conclusão:** Houve uma diminuição nos sintomas do Parkinson e consequente melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Parkinson, Tratamento, Exercício físico.

REFERÊNCIAS:

1. Dereli EE, Yaliman A. Comparison of the effects of a physiotherapist-supervised exercise programme and a self-supervised exercise programme on quality of life in patients with Parkinson’s disease. Clin Rehabil 2010; 24: 352-62.
2. Combs SA, Diehl MD, Chrzastowski C, et al. Community-based group exercise for persons with Parkinson disease: a randomized controlled trial. Neuro-Rehabilitation 2013; 32: 117-24.
3. Lauhoff P, Murphy N, Doherty C, Horgan NF. A controlled clinical trial investigating the effects of cycle ergometry training on exercise tolerance, balance and quality of life in patients with Parkinson’s disease. Disabil Rehabil 2013; 35: 382-7.
4. Yousefi B, Tadibi V, Khoei AF, Montazeri A. Exercise therapy, quality of life, and activities of daily living in patients with Parkinson disease: a small scale quasi-randomised trial. Trials 2009; 10: 67.



Incidência de Lesões em Praticantes de Corrida de Rua

Leonardo Antônio dos Santos Galdino^{1,3}; Carlos José Nogueira²; Rafael Ribeiro Germano³; Savio Fernandes Neves¹; Artur Henrique Ferreira Teodoro¹.

¹ Faculdade de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora - UNIPAC, Juiz de Fora,

² Escola Preparatória de Cadetes do Ar – EPCAR, Barbacena,

³ VidAtiva Academia - Santos Dumont.

Introdução: a corrida rústica possui muitos adeptos à sua prática, por diversos fatores como a praticidade em realizá-la e todos os benefícios à saúde já relatados, porém, é comum se observar uma elevada incidência de lesões, ainda mais evidente nos membros inferiores. Diversos fatores podem ser os possíveis causadores das lesões. **Objetivo:** o presente estudo teve como objetivo verificar a incidência de lesões em praticantes de corrida, bem como seus motivos. **Métodos:** foi realizada uma pesquisa bibliográfica qualitativa, nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/BIREME), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Center for Biotechnology Information (NCBI/PubMed). Os descritores utilizados na busca foram “lesão em praticantes de corrida” e “incidência de lesões em corredores”. Foram levados em consideração o idioma português e inglês, e as publicações que abordassem especificamente o tema. **Resultados:** na grande maioria dos estudos buscados, os homens predominam entre os praticantes de corrida de rua pesquisados. O volume de treinamento médio que predominou foi entre 30 e 60 minutos diários, sendo repetido por mais de 3 vezes na semana em sua maioria e tendo como distância percorrida mais de 5 km diários. Houve uma incidência significativa de algum tipo de lesão atual ou prévia com uma indicativa maior de acometer joelhos e tornozelos. Ficou evidenciado que o aumento da intensidade também provoca o aumento de risco de lesões, salvo em treinamentos intervalados programados. Corredores mais experientes se lesionaram menos, bem como o treinamento complementar de atividades preventivas podem amenizar o aparecimento das lesões. **Conclusão:** a orientação profissional na prescrição dos treinos se mostrou bastante importante para uma organização dos parâmetros de volume, intensidade e duração dos treinos, pois tanto a falta quanto o excesso de volume contribuem para o surgimento de lesões. Sugerem-se mais estudos sobre o tema, principalmente no que tange a comparações dos diversos parâmetros pesquisados.

Palavras-chave: Corrida de rua, incidência, lesão.

REFERÊNCIAS:

1. Gomes MZAG, Pinfildi CE. Prevalence of musculoskeletal injuries and a proposal for neuromuscular training to prevent lower limb injuries in Brazilian Army soldiers: an observational study. *Military Medical Research* (2018) 5:23.
2. Hespanhol Jr LC, Costa LOP, Carvalho ACA, Lopes AD. Perfil das características do treinamento e associação com lesões musculoesqueléticas prévias em corredores recreacionais: um estudo transversal. *Rev. Bras. Fisioter. São Carlos*, v.16, n.1, p.46-63, jan./fev. 2012.
3. Hino AAF, Reis RS, Rodrigues-Añez CR, Fermiño RC. Prevalência de lesões em corredores de rua e fatores associados. *Rev. Bras. Med. Esporte – Vol. 15, N°1 – Jan/Fev. 2009.*
4. Pazin J, Duarte MFS, Poeta LS, Gomes MA. Corredores de rua: características demográficas, treinamento e prevalência de lesões. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.* 2008 10(3):277-82.
5. Pileggi P, Gualano B, Souza M, Caparbo VF, Pereira RMR, Pinto ALS, Lima FR. Incidência e fatores de risco de lesões osteomioarticulares em corredores: um estudo de coorte prospectivo. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo*, v.24, n.4, p.453-62, out./dez. 2010.
6. Purim KSM et al. Lesões desportivas e cutâneas em adeptos de corrida de rua. *Rev. Bras. Med. Esporte, São Paulo*, v. 20, n.4, p. 229-303, Aug. 2014.
7. Rangel GMM, Farias JM. Incidência de lesões em praticantes de corrida de rua no município de Criciúma, Brasil. *Rev. Bras. Med. Esporte – Vol. 22, N°6 – Nov/Dez. 2016.*
8. Saragiotto BT, Yamato TP, Cosialls AMH, Lopes AD. Desequilíbrio muscular dos flexores e extensores do joelho associado ao surgimento de lesão musculoesquelética relacionada à corrida: um estudo de coorte prospectivo. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte.* 2016;38(1):64-68.



Manejo do paciente portador da Síndrome X

Jéssica Diniz Rezende¹; Tássia Mariana Moreira Paz ¹; Danielle Zimmermann Franco².

¹ Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora (UNIPAC-JF)

² Farmacêutica, Doutora em imunologia pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas da UFJF.

Introdução: A Síndrome X é uma condição de vasoconstricção que pode se mostrar desafiadora e intrigante para a Cardiologia, já que seus portadores manifestam dor torácica do tipo anginosa, porém apresentam artérias coronárias normais à cinecoronariografia. Embora os sintomas na maioria dos pacientes com síndrome X não sejam cardíacos, uma proporção considerável deles tem angina de peito devido à isquemia miocárdica transitória. **Objetivo:** Investigar na literatura recente sobre as opções farmacológicas e não farmacológicas que vêm sendo utilizadas na síndrome X, bem como a eficácia das mesmas. **Métodos:** Procedeu-se a revisão sistemática na base de dados MEDLINE/Pubmed utilizando os termos “syndrome x”, “treatment” e “management”. Foram empregados os critérios de inclusão: delineamento estudo (clinical trial, multicenter study, observational study, randomized controlled trial), disponibilidade do texto (texto na íntegra), data de publicação (últimos 10 anos), realizados com humanos, publicados em inglês. Foram excluídos os estudos que não constavam a descrição completa do tratamento aplicado na síndrome X. O principal desfecho avaliado foi a eficácia do tratamento. **Resultados:** Com a seleção inicial dos estudos, foram encontrados 29 artigos. Após a leitura, 11 estudos foram selecionados em conformidade com o escopo desta revisão, envolvendo um total de 538 pacientes. Foi observado a investigação de abordagens farmacoterapêuticas, atividade física, impacto de parâmetros laboratoriais (nível de HDL-c); da Medicina Tradicional Chinesa, apoio psicológico e e técnicas não invasivas, como a contrapulsção externa aprimorada (EECP). Dentre as opções farmacológicas mereceu destaque o uso do nebilolol. No que diz respeito às opções não-farmacológicas, o apoio psicológico, medidas que colaborem para o aumento do HDL-c e a EECP demonstraram valor para melhorar a qualidade de vida do paciente portador de Síndrome X. **Conclusão:** Alternativas diversas têm sido utilizadas com êxito, como o nebilolol e abordagens não-farmacológicas que, muitas vezes podem ser utilizadas concomitantes à terapia alopática, aumentam a chance de sucesso no tratamento da precordialgia em paciente com Síndrome X. **Palavras-chave:** Síndrome X; Tratamento.

REFERÊNCIAS:

1. AGRAWAL, S.; MEHTA, P. K.; BAIREY MERZ, C. N. Cardiac Syndrome X: update 2014. *Cardiol Clin.*, v. 32, n. 3, p. 463-78, 2014.
2. ASBURY, E. A.; WEBB, C. M.; COLLINS, P. Group support to improve psychosocial well-being and primary-care demands among women with cardiac syndrome X. *Climacteric*, v. 14, n. 1, p. 100-4, 2011.
3. BY, Y.; MAO, J.; WANG, X.; GE, Y.; WANG, H.; ZHANG, Z. Traditional Chinese medicine syndrome patterns and qi-regulating, chest-relaxing and blood-activating therapy on cardiac syndrome X. *J Tradit Chin Med.*, v. 33, n. 2, p. 194-9, 2013.
4. BOZCALI, E.; BABALIK, E.; HIMMETOGLU, S.; MIHMANLI, I.; TOPRAK, S. ω-3 fatty acid treatment in cardiac syndrome X: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical study. *Coron Artery Dis.*, v. 24, n. 4, p. 328-33, 2013.
5. CANNON, R. O.; QUYYUMI, A. A.; MINCEMOYER, R. et al. Imipramine in patients with chest pain despite normal coronary angiograms. *N Engl J Med.*, v. 330, n. 20, p. 1411-1417, 1994.
6. CEKIRDEKCI, E.; BUGAN, B. Level of Anxiety and Depression in Cardiac Syndrome X. *Med Princ Pract*, 2018.
7. EKMEKCI, A.; GUNGOR, B.; OZCAN, K. S.; ABACI, N.; ILHAN, E.; EKMEKCI, S. S. et al. Evaluation of coronary microvascular function and nitric oxide synthase intron 4a/b polymorphism in patients with coronary slow flow. *Coron Artery Dis*, v. 24, p. 461-467, 2013.
8. ERDAMAR, H.; SEM, N.; TAVIL, Y. et al. The effect of nebilolol treatment on oxidative stress and antioxidant status in patients with cardiac syndrome-X. *Coron Artery Dis.*, v. 20, n. 3, p. 238-4, 2009.

9. KAPLAN, O.; MERIÇ, M.; ACAR, Z. et al. The effect of exercise and antioxidant enzyme levels in syndrome X and coronary slow flow phenomenon: an observational study. *Anadolu Kardiyol Derg.*, v. 13, n. 7, p. 641-6, 2017.
10. KASKI, J. C. Cardiac syndrome X in women: the role of oestrogen deficiency. *Heart*, v. 92, n. 3, p. iii5-9, 2006.
11. KASKI, J. C.; ROSANO, G. M.; COLLINS, P.; NIHOYANNOPOULOS, P.; MASERI, A.; POOLE-WILSON, P. A. Cardiac syndrome X: clinical characteristics and left ventricular function. Long-term follow-up study. *J Am Coll Cardiol.*, v. 25, n. 4, p. 807–814, 1995.
12. KASKI, J. C.; ROSANO, G. M.; GAVRIELIDES, S.; CHEN, L. Effects of angiotensin-converting enzyme inhibition on exercise-induced angina and ST segment depression in patients with microvascular angina. *J Am Coll Cardiol.*, v. 23, n. 3, p. 652–657, 1994.
13. KASKI, J. C.; ALDAMA, G.; COSÍN-SALES, J. Cardiac syndrome X. Diagnosis, pathogenesis and management. *Am J Cardiovasc Drugs.*, v. 4, n. 3, p. 179-94, 2004.
14. KRONHAUS, K. D.; LAWSON, W. E. Enhanced external counterpulsation is an effective treatment for Syndrome X. *Int J Cardiol.*, v. 135, n. 2, p. 256-7, 2009.
15. LEONARDO, F.; FRAGASSO, G.; ROSSETTI, E. et al. Comparison of trimetazidine with atenolol in patients with syndrome X: effects on diastolic function and exercise tolerance. *Cardiologia*, v. 44, n. 12, p. 1065–1069, 1999.
16. LIM, T. K.; CHOY, A. J.; KHAN, F.; BELCH, J. J.; STRUTHERS, A. D.; LANG, C. C. Therapeutic development in cardiac syndrome X: a need to target the underlying pathophysiology. *Cardiovasc Ther.*, v. 27, n. 1, p. 49–58, 2009.
17. LIM, T. K.; NOMAN, A.; CHOY, A. M. J.; KHAN, F.; STRUTHERS, A. D.; LANG, C. C. The APEX trial: Effects of allopurinol on exercise capacity, coronary and peripheral endothelial function, and natriuretic peptides in patients with cardiac syndrome X. *Cardiovasc Ther.*, v. 36, n. 1, 2018.
18. MELIKIAN, N.; DE BRUYNE, B.; FEARON, W. F.; MACCARTHY, P. A. The pathophysiology and clinical course of the normal coronary angina syndrome (cardiac syndrome X). *Prog Cardiovasc Dis.*, v. 50, n. 4, p. 294-310, 2008.
19. NALBANTGIL I, ONDER R, ALTINTIG A. et al. Therapeutic benefits of cilazapril in patients with syndrome X. *Cardiology*, v. 89, n. 2, p. 130–133, 1998.
20. PARSYAN, A.; PILOTE, L. Cardiac syndrome X: mystery continues. *Can J Cardiol.*, v. 28, n. 2 p. S3–6, 2012.
21. RAMIRES, J. A. F.; VIANNA, C. B. Dor torácica em pacientes com cinecoronariografia normal (síndrome X): novos conceitos. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 44, n. 3, p. 229-238, 1998.
22. SEN, N.; TAVIL, Y.; ERDAMAR, H. et al. Nebivolol therapy improves endothelial function and increases exercise tolerance in patients with cardiac syndrome X. *Anadolu Kardiyol Derg.*, v. 9, n. 5, p. 371-9, 2009.
23. TENEKECIOGLU, E.; YILMAZ, M.; DEMIR, S. et al. HDL-cholesterol is associated with systemic inflammation in cardiac syndrome X. *Minerva Med.*, v. 106, n. 3, p. 133-41, 2015.
24. VERMELTFOORT, I. A.; RAIJMAKERS, P. G.; RIPHAGEN, I. I.; Definitions and incidence of cardiac syndrome X: review and analysis of clinical data. *Clin Res Cardiol*, v. 99, n. 8, p. 475-81, 2010.
25. ZHANG, X.; LI, Q.; ZHAO, J. et al. Effects of combination of statin and calcium channel blocker in patients with cardiac syndrome X. *Coron Artery Dis.*, v. 25, n. 1, p.40–44, 2014.
26. ZHANG, X.; LI, Q.; ZHAO, J. et al. Effects of combination of statin and calcium channel blocker in patients with cardiac syndrome X. *Coron Artery Dis.*, v. 25, n. 1, p. 40-4, 2014.



O Manejo da Diarreia Aguda Infantil: Uma Revisão Sistemática

Ana Clara Viana de Sousa¹; Carolina Sabino Vidigal¹; Maria Elisa Alves Oliveira¹; Nathália Carvalho de Souza¹; Thomás Viana de Souza².

¹ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema

² Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP

Introdução: A diarreia é definida pela ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas, sendo a consistência o parâmetro mais considerado. Por meio de melhorias das condições de vida e dos princípios do manejo da diarreia aguda e desidratação, houve expressiva redução na mortalidade infantil de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), passando de 5 milhões de mortes em 1982 para 1,5 milhões em 2011. **Objetivo:** Investigar, por meio de revisão sistemática, o atual estado da arte referente às recomendações para o manejo da diarreia aguda, haja vista ser causa recorrente de atendimento nos serviços de urgência e emergência pediátricas. **Métodos:** Foram analisados artigos publicados nos últimos 5 anos em inglês e português, sendo os estudos realizados em humanos. Foi tomado como referência as bases de dados MedLine e SciELO utilizando as palavras-chave “Infantile Diarrhea”, “Gastroenteritis” e “Treatment. Dentre os critérios de exclusão estão artigos que focaram na etiologia, fisiopatologia e propedêutica. **Resultados:** A OMS e o Ministério da Saúde orientam seguir os planos A, B e C após definição do estado de hidratação. No Plano A o paciente está hidratado, sendo realizada Terapia de Reidratação Oral (TRO) ou ingestão de líquidos caseiros após cada evacuação e suplementação de zinco, bem como manutenção da alimentação, incluindo o aleitamento materno. No Plano B o paciente está com algum grau de desidratação, também recebendo TRO, nesse caso, sob supervisão médica no serviço primário de saúde e com suspensão da alimentação. Na reavaliação do paciente, se os sinais de desidratação desaparecerem, seguir o plano A. Caso não haja melhora, fazer hidratação por gastróclise e se houver evolução para desidratação grave, introduzir o plano C. Esse Plano consiste em hidratação parenteral no serviço secundário ou terciário de saúde até que o paciente apresente melhora e esteja apto a receber tratamento por via oral. A reposição de zinco tem se mostrado importante na redução da gravidade e duração da diarreia, bem como de sua reincidência nos próximos 3 meses. A dose preconizada é de 10mg/dia em menores de 6 meses e 20mg/dia nos maiores de 6 meses, por 10 a 14 dias. **Conclusão:** Considerando a alta prevalência de gastroenterite na infância, a melhoria da assistência médica nas últimas décadas com medidas simples como o uso da TRO e a reposição de zinco tem se mostrado bastante eficaz para a redução da morbimortalidade infantil. **Palavras-chave:** Diarreia Infantil, Gastroenterite, Tratamento.

REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization (WHO). The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43209/1/9241593180.pdf>. Acesso em: 25 de janeiro de 2019.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. Guia Prático de Atualização 2017. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf. Acesso em: 25 de janeiro de 2019.
3. Lazzerini M. Oral zinc provision in acute diarrhea. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2016;19(3):239-43.



Pancreatite Aguda- Abordagem e Tratamento Clínico

Amanda Campos Querubino¹; Anna Luíza Machado Nogueira¹; Maria Paula Maia Alves¹; Mariana Machado Rocha Macedo¹; João Vicente Linhares².

¹ Acadêmicas de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA

² Orientador e professor na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA

Introdução: Pancreatite Aguda (PA) é uma necroinflamação intensa do pâncreas que pode ser classificada como edema intersticial ou necrosante. Ocupa o 1º lugar das desordens gastrointestinais e o 21º geral entre as urgências, sendo imprescindível sua pesquisa.

Objetivo: Analisar a PA em sua etiologia, métodos diagnósticos e tratamento clínico. **Métodos:** Foram selecionados estudos nas bases de dados “MedLine” e “SciELO”, utilizando os descritores “Pancreatite Aguda”, “urgência”, “terapia” e “análise clínica”. **Resultados:** Observou-se que sua etiologia está relacionada principalmente com a coledolitíase e o uso de álcool, mas também por tabagismo, hipertrigliceridemia, medicamentos, trauma, infecções ou causa autoimune. Para diagnóstico, independente da origem, examina-se sinais característicos do quadro clínico da PA, como dor epigástrica e nos flancos com possível irradiação para região dorsal, devido à dupla inervação da parede abdominal. Também são analisados sinais vitais, neurológicos, ruídos hidroáereos via ausculta do abdômen, exames de imagem e laboratorial. Este só é realizado quando a lipase ou a amilase sérica estão três vezes maiores que o limite. No exame de urina, avalia-se a ativação do tripsinogênio peptídeo e tripsinogênio-2 associados à PA aguda grave. A tomografia computadorizada é o padrão de escolha pelos detalhes anatômicos fornecidos, utilizando contraste intravenoso; é indicada para pacientes com diagnóstico duvidoso ou que não obtiveram melhora nas primeiras 48–72 horas. O tratamento é iniciado com fluidoterapia promovendo um equilíbrio eletrolítico. A nutrição é fundamental para compensar o estado hipercatabólico, seja por via oral ou enteral, dependendo do quadro do paciente; a parenteral não é indicada por favorecer a disseminação da infecção. Antibioticoterapia deve ser orientada por hemocultura, mas normalmente usa-se o antibiótico Imipenem, que reduziu incidência de necrose pancreática infectada e impede um possível quadro de sepse. Por fim, deve-se fazer controle da função renal analisando se há insuficiência renal, complicação comum da PA. **Conclusão:** Infere-se que a PA é uma das principais urgências abdominais e necessita de diagnóstico rápido, realizado através de uma boa anamnese e avaliação de exames laboratoriais e de imagem. O tratamento é essencialmente clínico, buscando sempre a recuperação da homeostasia do paciente a partir da volemia, suplementação e antibióticos que impedem a progressão da inflamação e infecção.

Palavras-chave: Urgência clínica, Pancreatite Aguda, Tratamento, diagnóstico.

REFERÊNCIAS:

1. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Yngve, Barkun AN. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology* 2018; 154:1096– 101.
2. Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM. Acute Pancreatitis. *N Engl J Med* 2016; 375:1972-81.
3. Foster BR, Jensen KK, Bakis G, Shaaban AM, Coakley FV. Revised Atlanta Classification for Acute Pancreatitis: A Pictorial Essay. *Radiographics* 2016; 36:675-87.
4. Garber A, Frakes C, Arora Z, Chahal P. Mechanisms and Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterol Res Pract* 2018; 2018: 6218798.
5. Greenberg JA, Hsu Jonathan, Bawazeer M, Marshall J, Friedrich JO, Nathens A, et al.. Clinical practice guideline: management of acute Pancreatitis. *J Can Chir* 2016; 59: 128-40.
6. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute Pancreatitis. *Lancet* 2015; 386: 85–96.
7. Shah AP, Mourad MM, Bramhall SR. Acute Pancreatitis: current perspectives on diagnosis and management. *Int J Inflam* 2018; 11:77–85.

8. Souza GD, Souza LRQ, Cuenca RM, Jerônimo BSM, Souza GM, Vilela VM. Understanding the international consensus for acute pancreatitis: Classification of Atlanta 2012. *Arq Bras Cir Dig* 2016; 29:206-10.
9. Van Dijk SM, Hallensleben ND, Santvoort HCV, Fockens P, Van Goor H, Bruno MJ. Acute pancreatitis: recent advances through randomised trials. *Gut* 2017; 66:2024–32.



Insuficiência Renal Aguda Causada por Intervenção Coronária Percutânea

Carolina Ciscotto Alhadadas de Sales; Nicole de Souza Bueno; Gabriela Bortoni Faria; Isabella Mendes Monteiro de Barros Sales.

Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa de mortalidade no Brasil, resultando em 80 mil mortes, frente aos 300 mil casos por ano. Os principais fatores de risco para o IAM são: sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, estresse, circunferência abdominal aumentada, história familiar e tabagismo. O tratamento envolve administração de fármacos como morfina, nitratos, heparina e antiplaquetários, além de procedimentos de reperfusão do miocárdio, como a intervenção coronária percutânea (ICP), sendo a insuficiência renal aguda (IRA) uma complicação possível após o mesmo. **Objetivo:** Assim, o objetivo deste trabalho é verificar se a ICP pode causar IRA. **Métodos:** Para tanto, foi realizado um estudo qualitativo, descritivo, buscando coletar dados a partir de artigos de revisão sistemática compreendidos entre 2008 e 2016, indexados nas bases científicas MedLine e Scielo. Foram utilizados seis artigos dentre os sete encontrados, adotando como critério de inclusão estudos mais recentes. **Resultados:** A disfunção renal é um fator de risco para morte em pacientes com IAM. Foram analisados 150 pacientes, com média de idade de $60 \pm 11,81$ anos. Dentre eles 15% foram acometidos por IRA após IPC, sendo 73% do sexo masculino. Além disso, cerca de 34% dos pacientes eram diabéticos e 12,6% apresentavam creatinina $\geq 1,5$ mg/dl, previamente à ICP. Ademais, a angioplastia relaciona-se a um aumento do risco de sangramentos e complicações após o acesso vascular. **Conclusão:** Conclui-se que a piora da função renal tem sido associada ao acesso vascular após a ICP, principalmente entre os homens.

Palavras-chave: Insuficiência Renal, Intervenção Coronária Percutânea, Infarto do Miocárdio.

REFERÊNCIAS:

1. Santos LN, Conejo F, Feitosa Filho FH, et al. Impacto da Insuficiência Renal Aguda na Evolução Hospitalar Após Tratamento Percutâneo do Infarto Agudo do Miocárdio. *Rev Bras Cardiol Invasiva* 2013; 21(3): 344-50.
2. Passos RL, Siqueira DAA, Silva JFA, et al. Insuficiência Renal Aguda após Intervenção Coronária Percutânea Primária no Infarto Agudo do Miocárdio: Preditores e Evolução Clínica a Longo Prazo. *Rev Bras Cardiol Invas* 2008; 16(4): 422-8.
3. Moukarbel GV, Yu ZF, Dickstein K, et al. The impact of kidney function on outcomes following high risk myocardial infarction: findings from 27 610 patients. *European Journal of Heart Failure* 2014; 16, 289-99.
4. Mertins SM, Kolankiewicz ACB, Rosanelli CLSP, et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Av Enferm* 2016; 34(1): 30-8.
5. Nikolsky E, Mehran R. Insuficiência Renal Aguda em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio Submetidos a Angioplastia Primária: uma Combinação Inquietante. *Rev Bras Cardiol Invas* 2008; 16(4): 392-3.
6. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2015; 105(2):1-105



Relação Entre Tempo de Atendimento de Pacientes com AVC e Suas Consequências

Leonardo Fialho Trota¹; Mariane Fusco Silvério¹; Juan de Mello Zata Calixto¹; Ana Paula Ferreira²

¹ Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora/SUPREMA.

² Docente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora/SUPREMA

Introdução: O tempo gasto e os métodos utilizados pelos serviços de saúde nos atendimentos emergenciais de pacientes em Acidente vascular encefálico (AVE) são de suma importância na sobrevida e na recuperação dos mesmos. **Objetivos:** Investigar e estabelecer relações entre o tempo gasto e os métodos utilizados nos primeiros socorros de pacientes vítimas emergenciais de AVE, com suas consequências na sobrevida e recuperação, através de uma revisão literária. **Métodos:** Foram analisados ensaios clínicos controlados e randomizados publicados originalmente em inglês, dos últimos cinco anos, em humanos, tendo como referência a base de dados National Library of Medicine (MEDLINE). A busca pelos descritores e termos utilizados foi efetuada mediante consulta ao Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e os descritores utilizados foram: Stroke, Brain ischemia, Emergencies, Ambulatory, Care, Therapeutic approach, time. Foram incluídos estudos que envolveram pacientes com fatores de risco para doenças cardiovasculares e pacientes com quadro agudo de AVE isquêmico, hemorrágico ou transitório sintomáticos, que necessitaram de um atendimento emergencial e/ou foram submetidos a qualquer protocolo de atendimento emergencial de AVE. Foram excluídos estudos com métodos pouco claros ou mal descritos, publicações disponíveis somente em resumo e estudos cujo os pacientes são inapropriados devido aos critérios de inclusão estabelecidos. Inicialmente foram encontrados 699 estudos e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 3 artigos fizeram parte do escopo e análise final. **Resultados:** Dois dos quatro estudos revelaram que a intervenção precoce do paciente vítima de quadro agudo de AVE é importante para ampliar a janela terapêutica do tPA, melhorar o benefício da terapia trombolítica e aumentar o número de pacientes qualificados para o tratamento com tPA. **Conclusão:** Conclui-se que atendimento precoce emergencial dos pacientes em quadro agudo de AVE reflete diretamente na eficácia e nos benefícios dos tratamentos disponíveis, consequentemente fornece maior sobrevida e reduz sequelas mais graves.

Palavras-chave: AVE, Isquemia Cerebral, Emergências, abordagem terapêutica, Tempo.

REFERÊNCIAS:

1. Salvetti M, Paini A, Bertacchini F, Aggiusti C, Stassaldi D, Verzeri L, Saccà G, Muiesan ML. Therapeutic Approach to Hypertensive Emergencies: Hemorrhagic Stroke. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2018 Jun;25(2):191-195.
2. Bowry R, Grotta JC. Bringing Emergency Neurology to Ambulances: Mobile Stroke Unit. *Semin Respir Crit Care Med.* 2017 Dec;38(6):713-717.
3. Knecht T, Borlongan C, Dela Peña I. Combination therapy for ischemic stroke: Novel approaches to lengthen therapeutic window of tissue plasminogen activator. *Brain Circ.* 2018 Jul-Sep;4(3):99-108.
4. Lau KK, Yu EL, Lee MF, Ho SH, Ng PM, Leung CS. Ambulance use affects timely emergency treatment of acute ischaemic stroke. *Hong Kong Med J.* 2018 Aug;24(4):335-339.



Síndrome de Burnout em Médicos Intensivistas: Uma Revisão Sistemática

Diego de Carvalho¹; Ludymilla Ribeiro Bordoni de Oliveira².

¹ Discente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF - SUPREMA

² Docente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF - SUPREMA

Introdução: Dentre as diferentes áreas médicas, a Síndrome de Burnout é mais presente entre os médicos intensivistas quando comparado com médicos de outras áreas. Também chamada de Síndrome da Estafa Profissional, foi nomeada em 1974 por Freudenbergler como “Burnout”. Existem três sintomas recorrentes nos casos relatados da Síndrome, sendo eles a exaustão emocional (EE), a despersonalização e a redução da realização profissional. Apesar disso, não há uma definição concreta para o termo. **Objetivo:** Identificar quais são os principais fatores que levam ao desenvolvimento da Síndrome. **Método:** Para realização do trabalho foram feitas pesquisas na base indexadora PubMed entre os dias 18 e 27 de janeiro de 2019, utilizando as palavras chaves “Professional Burnout”, “Intensive Care Units” e suas variantes segundo o MeSH. Os artigos selecionados para compor o escopo deste trabalho foram publicados nos últimos 10 anos e abordavam a Síndrome de Burnout em médicos que atuam em UTI’s, não sendo, necessariamente, ex-residentes de Medicina Intensiva, sendo excluídos artigos que abordavam a Síndrome em outras especialidades médicas e/ou diferentes profissionais da área da saúde. **Resultados:** Com relação aos sintomas, a EE foi o mais prevalente. Mesmo havendo uma discrepância de fatores que levam ao “Burnout” entre os estudos, os mais recorrentes são inexperiência médica, carga horário de trabalho excessivo, renda mensal baixa, ausência da prática de atividade física regular, pouco tempo para fins pessoais, contato com a angústia dos familiares, pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes, possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes, depressão. **Conclusão:** Existem diferentes contextos para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, uma vez que as realidades hospitalares, assim como os profissionais empregados são diferentes. Logo, não há um estado da arte sobre quais são os fatores que desencadeiam, necessariamente, a Síndrome de Burnout.

Palavras-chave: Burnout”, “Estresse”, “UTI”, “Cansaço

REFERÊNCIAS:

1. Hoppen CMS, Kissmann N, Chinelato JR, Coelho VP, Wenczenovicz C, Nunes FCL, et al. Alta prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas da cidade de Porto Alegre. Rev Bras Ter Intensiva. 2017; 29: 115-20.
2. Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Tironi MOS, Marques Filho ES. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. Revista Brasileira de Educação Médica 2010; 34: 106-115.
3. Tironi MOS, Sobrinho CLN, Barros DS, Reis EJFB, Marques Filho ES, Almeida A, et al. TRABALHO E SÍNDROME DA ESTAFA PROFISSIONAL (SÍNDROME DE BURNOUT) EM MÉDICOS INTENSIVISTAS DE SALVADOR. Rev Assoc Med Brass 2009; 55: 656-62.
4. Tironi MOS, Teles JMM, Barros DS, Vieira DFVB, Silva Filho CM, Martins Júnior DV, et al. Prevalência de síndrome de Burnout em médicos intensivistas em cinco capitais brasileiras. Rev Bras Ter Intensiva 2016; 28: 270-77.



Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica: Uma Revisão Sistemática.

Marcela Pires Andrade¹; Yasmin Zaka Tostes¹; Dayra Aparecida de Almeida Pinheiro¹; Alexandre Vicente Timoteo Tostes².

¹ Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema

² Médico Coordenador do CTI Adulto do Hospital Albert Sabin

Introdução: A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) são raras (1,89:10 000 000 hab/ ano) e severas reações cutâneas em detrimento da hipersensibilidade à fármacos, cuja taxa de mortalidade é de 1-5% para SSJ e de 25-35% para NET. O diagnóstico precoce e o reconhecimento e retirada ágil do agente causador são fatores importantes para o bom prognóstico. **Objetivo:** Elucidar as principais manifestações clínicas da SSJ e NET bem como a terapêutica. **Métodos:** Pesquisa realizada na base indexadora de dados PubMed com as seguintes palavras-chave: Stevens-Johnson Syndrome AND Toxic Epidermal Necrolysis AND Clinical Manifestations AND Treatment. **Resultados:** As manifestações clínicas são: pródromo de febre, mal-estar, disfagia e ardência ocular seguido após 8-14 dias pelo aparecimento de erupções cutâneas pleomórficas e confluentes em região pré-esternal do tronco, face, palma das mãos e planta dos pés, havendo também a superfície ocular e mucosas orais e genitais afetadas pelas erupções. Em uma segunda fase há descolamento epidérmico, o qual é confirmado com o Sinal de Nikolsky. O diagnóstico diferencial entre elas se dá pela quantidade de desprendimento epidérmico, sendo a SSJ um envolvimento menor que 10% da superfície corporal e a NET caracterizada por um extenso envolvimento da área de superfície maior que 30%. A extensão do envolvimento cutâneo é importante fator prognóstico (pele necrótica e ou já solta). Anticonvulsivantes (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, ácido valpróico), antibióticos (Sulfonamidas, Cefalosporinas, Quinolonas), AINE's (do tipo -Oxicam) e o Alopurinol são os principais desencadeadores, sendo essencial a retirada dos fármacos assim que é feito o diagnóstico. Após diagnóstico efetuado, além da suspensão do fármaco, deve-se iniciar o tratamento suporte com fluídos intravenosos de NaCl suplementado com 20 mEq de KCl para manter a produção de urina entre 50-80 ml/h, suporte nutricional, higiene bucal e colírios lubrificantes. Não se deve desbridar as feridas visto que as bolhas agem como curativo biológico e auxiliam na reepitelização. Não há terapia específica com alto nível de evidência comprovada porém estudos mostram que imunoglobulina intravenosa (IGIV) anti-Fas em altas doses de 3g/ Kg de peso corporal por 3-4 dias é bem tolerada, possui baixa toxicidade, alta resposta e rápida eficácia no quadro clínico. Caso não haja IGIV disponível, glicocorticoides intravenosos podem ser preescritos. As possíveis sequelas são: hiper e/ou hipopigmentação cutânea, distrofias ungueais e complicações oculares. **Conclusão:** O reconhecimento clínico precoce da SSJ e NET bem como o imediato cessamento do medicamento se fazem essenciais para o bom prognóstico. O tratamento suporte e a IGIV são efetivos para a melhora dos sintomas e a reepitelização da pele do paciente.

Palavras-chave: Síndrome de Stevens-Johnson, Necrólise Epidérmica Tóxica, Manifestações Clínicas, Tratamento.

REFERÊNCIAS:

1. Blanco N., Gutiérrez B., Valls I., Puertas D., Martín C., Rivera M., Hernández A., Torreló A. Síndrome de Stevens-Johnson en la infancia. Arch Soc Esp Oftalmol 2017; 92 (5): 241-4.
2. Harr T, French LE. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. Chem Immunol Allergy 2012; 97 (1): 149-66.
3. Lerch M, Mainetti C, Terziroli Beretta-Piccoli B, Harr T. Current Perspectives on Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. Clin Rev Allergy Immunol. 2018; 54 (1): 147-76.
4. Miliszewski MA, Kirchoff MG, Sikora S, Papp A, Dutz JP. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: An Analysis of Triggers and Implications for Improving Prevention. The American Journal of Medicine 2016;129 (11): 1221-5.
5. Tangamornsuksan W, Chaiyakunapruk N, Somkrua R, Lohitnavy M, Tassaneeyakul W. Relationship between the HLA-B*1502 allele and carbamazepine-

- induced Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2013; 149 (9): 1025-32
6. Tran AK, Sidhu S. Stevens Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis – an Australian Analysis of Treatment Outcomes and Mortality. *Journal of Dermatological Treatment* 2019; 11(1): 1-19.



Suplementação de vitamina D na Tireoidite de Hashimoto: Uma Revisão Sistemática

Juan de Mello Zata Calixto¹; Leonardo Fialho Trota¹; Mariane Fusco Silvério¹; Ana Paula Ferreira²

¹ Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde De Juiz de Fora- SUPREMA.

² Docente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde De Juiz de Fora- SUPREMA.

Introdução: A vitamina D é sabidamente conhecida por sua ação no metabolismo ósseo. Atualmente, sabe-se que ela é um hormônio esteroide que exerce uma vasta atividade extraesquelética, principalmente no sistema imunológico e glandular. O Brasil, embora seja um país tropical, apresenta uma elevada prevalência de deficiência de vitamina D. Evidências científicas demonstram que em determinados grupos de pacientes com doenças autoimunes, como na Tireoidite de Hashimoto, a suplementação de vitamina D pode reduzir a titulação de anticorpos e melhorar a função tireoidiana. **Objetivo:** Avaliar os possíveis benefícios da suplementação de vitamina D em pacientes com Tireoidite de Hashimoto. **Métodos:** Revisão de literatura baseando-se pelo MedLine nos últimos 5 anos, em humanos, com a frase de pesquisa: “vitamin D supplementation” AND “hashimoto” com suas respectivas variações de acordo com o MeSH. **Resultados:** Foram encontrados 119 artigos, dos quais 107 eram de revisão, para este trabalho foram escolhido 4 artigos, dos quais 2 foram ensaios clínicos randomizados. Os critérios de inclusão foram artigos de 2015 a 2019, com pacientes humanos e com diagnóstico prévio de tireoidite autoimune. **Conclusão:** A suplementação de vitamina D foi benéfica nos pacientes analisados com Tireoidite de Hashimoto através da redução dos anticorpos anti-peroxidase, e na melhora clínica e prognóstica da doença. **Palavras-chave:** Vitamina D, Tireoidite de Hashimoto, Autoimunidade.

REFERÊNCIAS

1. Pereira-Santos M. Epidemiology of vitamin D insufficiency and deficiency in a population in a sunny country: Geospatial meta-analysis in Brazil. *Critical Review in Food Science and Nutrition* (2018); 1-8.
2. D’Aurizio F. Is vitamin D a player or not in the pathophysiology of autoimmune thyroid diseases? *Autoimmunity Reviews* (2015); 363-9.
3. Chaudhary S. Vitamin D supplementation reduces thyroid peroxidase antibody levels in patients with autoimmune thyroid disease: An open-labeled randomized controlled trial. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism* (2016); 391-8.
4. Simsek Y. Effects of Vitamin D treatment on thyroid autoimmunity. *Journal of Research in Medical Sciences* (2016); 21:85.



Tratamento Inicial ao Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio

Ana Flávia Miranda Reis¹; Ariane Chevtchouk Jurno¹; Karine Miranda Barbosa¹; Tainá Gomes Brandão¹; Diego Dias Rosa².

¹ Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

² Médico CRM- BA 26920

Introdução: As doenças cardiovasculares são as principais causas de mortes no Brasil. Dentre elas, destaca-se o infarto agudo do miocárdio (IAM), que consiste na destruição da musculatura miocárdica decorrente da isquemia do tecido, cujas células necrosam por falta de aporte nutritivo. A interrupção do fluxo coronário frequentemente se deve ao estreitamento repentino de uma artéria coronária. Entre 45 a 60% das mortes por IAM ocorrem na primeira hora do evento, e 80% da mortalidade nas primeiras 24 horas. A maioria dos óbitos ocorrem pela ausência de uma unidade coronariana, pelo diagnóstico tardio e pelo início tardio do tratamento. Portanto, é de extrema importância diagnosticar e tratar precocemente os primeiros sinais de um IAM, a fim de reduzir a mortalidade e morbidade dos pacientes acometidos. **Objetivos:** Esboçar um fluxo de atendimento do IAM considerando a melhor estratégia com o intuito de reduzir a mortalidade e o tamanho da necrose miocárdica e a consequente morbidade. BRealizou-se uma pesquisa na base de dados PubMed, no período de 21/01/19 a 04/02/19, utilizando os seguintes descritores: “Acute myocardial infarction” AND “treatment”, associados às suas respectivas variações, conforme o MeSH. Foram incluídos estudos dos últimos 10 anos, que abordavam como temática principal o tratamento inicial do IAM e excluídos aqueles não diretamente relacionados a essa síndrome e que não contemplavam o objetivo supracitado. B A abordagem inicial deve ser realizada nos primeiros 5 minutos da admissão, e serão avaliadas as características da dor torácica e os sintomas associados, pelo exame físico direcionado e realização do eletrocardiograma. O tratamento deverá ser feito instantaneamente com a administração de oxigênio em pacientes com saturação de oxigênio < 94%, congestão pulmonar ou na presença de desconforto respiratório. Além disso, uma analgesia eficiente deve ser oferecida prontamente nesses casos. Medicamentos como o ácido acetilsalicílico, clopidogrel, enoxaparina e tenecteplase estão associadas à diminuição da mortalidade e morbidade, principalmente em centros em que não há unidade coronariana disponível. O alívio da dor com medicações analgésicas não deve ser protelado e é, inclusive, sugerido, sendo o analgésico de escolha o sulfato de morfina. **Conclusão:** Tendo em vista que o dano é diretamente proporcional ao tempo, o atendimento do IAM deve ser rápido, de forma a minimizar as sequelas ou as chances de óbito do paciente.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio, Tratamento Inicial, Urgência.

REFERÊNCIAS:

1. Piegas LS, Timerman A, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Volume 105, Nº 2, Supl. 1, Agosto 2015.
2. Gualande VBM, et al. Assistência de enfermagem: o manejo do trombolítico estreptoquinase no tratamento inicial ao paciente com infarto agudo do miocárdio (iam). Revista Científica Interdisciplinar. ISSN: 2358-8411 Nº 2, volume 1, artigo nº 8, Outubro/Dezembro 2014.
3. Gouvêa VET, et al. Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester na Síndrome Coronariana Aguda. Int J Cardiovasc Sci. 2015;28(2):107-113.



Uso da Toxina Botulínica na Oftalmologia

Cristina Carvalho¹; Maria Laura de Sousa Cardoso²; Pedro Carvalho²; Víctor de Oliveira Costa².

¹ Médico Docente Ophthalmology Section (Hospital do Sevidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira) – São Paulo.

² Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

Introdução: Para a qualidade ótica é fundamento um filme lacrimal adequado. O lacrimejamento excessivo causa desconformo e alterações óticas. Escoriações e dor são observados devido a necessidade de secar o rosto constantemente. O diagnóstico das causas prováveis é importante, dividido em dois grupos: superprodução e drenagem inadequada das lágrimas. A drenagem inadequada é a epífora, pela disfunção das estruturas de drenagem lacrimal. A estenose lacrimal é a causa mais comum, devendo ser investigada, pois pode ser secundária ou idiopática. **Objetivo:** Investigar através dos artigos, o benefício ou malefício do uso da toxina botulínica tipo A (Btx-A) como tratamento alternativo para o lacrimejamento. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, utilizando os seguintes termos: “Epiphora”, “Botulinum Toxin Type A”, e “Treatment”, e suas respectivas variações, de acordo com o MeSH. Foram encontrados 4 artigos que contemplaram o estudo. **Resultados:** Os estudos contemplaram uma análise sistemática quanto ao uso da Btx-A na epífora, variando em unidades aplicadas, quantidade de aplicações. Todos os resultados foram conferidos pelos questionários de Munk e Schirmer resultando em uma melhora dos sintomas. Contudo, houve adversidades como diplopia, olhos secos, ptose e hemorragia. **Conclusão:** Os estudos mostraram resultados promissores do uso de Btx-A para o tratamento alternativo de pacientes com epífora funcional ou com obstrução do ducto lacrimal. Entretanto, faz-se necessário mais estudos para avaliar a diferença entre as toxinas botulínicas e sua eficácia ou segurança a longo prazo.

Palavras-chave: Epiphora, Botulinum Toxin Type A, treatment .



Ventilação Não Invasiva Para o Tratamento da SDRA Leve: Uma Revisão Sistemática

Fernanda Sotto Maior do Valle Pinheiro¹; Giselle Fonseca Sales Maia¹; Karine Egídio Souza¹; Rachel Batista Mattos Pinheiro¹; Djalma Rabelo Ricardo².

¹Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema

²Docente da disciplina Metodologia Científica do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

Introdução: A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) consiste em um quadro de insuficiência respiratória aguda podendo ser classificada em leve, moderada e grave. A ventilação mecânica invasiva através de um tubo endotraqueal pode causar ou exacerbar o dano pulmonar em pacientes com SDRA. Assim, a ventilação não invasiva (VNI) assumiu um papel importante no manejo da SDRA por evitar a intubação endotraqueal e seu papel tem sido cada vez mais investigado. **Objetivo:** Avaliar através de uma revisão sistemática a eficácia da VNI como tratamento da SDRA leve. **Métodos:** Foram analisados ensaios clínicos controlados e randomizados publicados originalmente em inglês, dos últimos 10 anos, em humanos, tendo como referência a base de dados National Library of Medicine (MedLine). A busca fundamentou-se em consulta ao MeSH, utilizando os descritores: Noninvasive Ventilation, Treatment, Adult Respiratory Distress Syndrome, Human ARDS. A recomendação PRISMA foi utilizada no intuito de melhorar o relato da revisão sistemática. **Resultados:** Foram incluídos 3 artigos no escopo da revisão que aplicaram intervenções de mecanismo de VNI em 184 indivíduos. Utilizaram-se técnicas como VNI enviada por capacete, VNI com pressão positiva (NIPPV) fornecida por meio de um complexo ventilador de unidade de terapia intensiva e VNI sob pressão positiva inspiratória e tiveram como resultado um impacto positivo da VNI no tratamento da SDRA. Melhoras significativas foram observadas para frequências respiratória e cardíaca, PO₂/FiO₂ e para taxa de intubação endotraqueal quando comparado aos métodos de ventilação invasiva (P < 0,05). **Conclusão:** Observou-se melhora em pacientes que utilizam a ventilação não invasiva como tratamento da SDRA leve.

Palavras-chave: Ventilação não invasiva, Tratamento, Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, SDRA.

REFERÊNCIAS

1. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; 6(6).
2. Patel BK, Wolfe KS, Pohlman AS, et al. Effect of Noninvasive Ventilation Delivered by Helmet vs Face Mask on the Rate of Endotracheal Intubation in Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2016; 315(22): 2435-41.
3. Yañez LJ, Yunge M, Emilfork M, et al. A prospective, randomized, controlled trial of noninvasive ventilation in pediatric acute respiratory failure. PediatrCrit Care Med 2008; 9(5): 484-9.
4. Zhang J, Cao J, Feng J, et al. A study of noninvasive positive-pressure mechanical ventilation in the treatment of acute lung injury with a complex critical care ventilator. J Int Med Res 2014; 42(3): 788-98.