

EPIDEMIA DA DENGUE NO BRASIL: DIAGNÓSTICO, MANEJO E PERSPECTIVAS DAS FORMAS GRAVES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

PAULA CASTILHO DE SOUZA - apresentadora, 111.734.156-96, paulacastsoouza@hotmail.com
Isabela Solis Gonçalves Furtado, 123.708.556-06, isabelasgf@gmail.com
Bruna Silva Pimenta Macedo, 074.066.926-50, bspmacedo@sqa.pucminas.br
Mariana de Castro Ferreira, 071.381.666-05, m.ferreira00@gmail.com

Objetivo: Auxiliar no diagnóstico precoce das formas graves de dengue e no seu manejo adequado na UTI. Metodologia: Pesquisa bibliográfica no Pubmed, Lilacs, Biblioteca Virtual de Saúde e nos websites da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, utilizando os termos dengue e choque associado à dengue. Resultados: Dengue é a infecção viral transmitida por vetores mais comum em seres humanos¹. A incidência no Brasil aumentou em 264% em 2019, sendo Minas Gerais uma das principais regiões acometidas². As formas mais graves (febre hemorrágica e choque) podem levar a um comprometimento multissistêmico e ao óbito^{3,4}. O diagnóstico precoce com a identificação de sinais de alarme e um acompanhamento contínuo da gravidade e da resposta ao tratamento são essenciais^{4,5}. A OMS recomenda uma abordagem escalonada para o manejo, adequada para as formas mais leves e para o choque precoce^{6,7,8}. Nas formas severas, é necessária uma abordagem agressiva de fluidoterapia e de suporte à falência de órgãos, porém pode levar à diversas complicações, como o edema pulmonar⁹. Em novas perspectivas de tratamento^{10,11}, a exemplo de um estudo na Malásia¹¹, o dano hepático induzido pela infecção foi eliminado por meio da terapia com células-tronco. Conclusão: Percebe-se um aumento da incidência de casos graves refratários ao tratamento de suporte convencional¹². Recentes estudos analisaram a terapia com células tronco para o manejo de dengue grave, com resultados promissores. Para a realidade brasileira, as iniciativas de controle do vetor e de prevenção contra picadas do mosquito podem trazer os maiores benefícios.

CIRURGIA CITORREDUTORA ASSOCIADA À QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O MANEJO PERI E PÓS OPERATÓRIO

Bruna Lopes Salomão (apresentador), 113.365.946-24, bru.lopes_@hotmail.com
Amanda Ellen Ferreira Silva, 129.970.636-39, amandaellen3@gmail.com
Luciano Costa Ferreira, 004.773.246-65, luc3101@gmail.com
Tiago Carvalho Garcia, 059.206.786-66, tiago.gg@gmail.com

Introdução: a cirurgia citorredutora (CRS) consiste na remoção cirúrgica das lesões macroscópicas, seguida da quimioterapia hipertérmica por infusão intraperitoneal (HIPEC) de substância quimioterápica aquecida a 42°C por uma hora. A técnica é invasiva, podendo ocorrer alterações importantes no equilíbrio respiratório, metabólico, térmico e hemodinâmico, muitas vezes associada com notória perda de fluidos. Discussão: a combinação de CRS com HIPEC melhora a sobrevida dos pacientes, antes tratados apenas com cuidados paliativos. Alterações na homeostase dos fluidos corporais, hemodinâmica, temperatura e coagulação podem causar graves complicações. Observação constante e uso de ferramentas para diagnóstico e conduta são essenciais. Há risco de coagulopatia por transfusão intraoperatória de hemoderivados, hipo/hipertermia, perda de proteínas ou toxicidade quimioterápica. Conhecer sobre deslocamento dos líquidos em seus compartimentos garante manutenção da perfusão sistêmica e regional. A hipotermia aumenta risco de sangramentos, infecções e altera a farmacocinética dos anestésicos comuns. Já a hipertermia, aumenta demanda metabólica global e expõe o paciente ao risco de coagulopatias, disfunção renal e hepática, neuropatias e convulsões. Não há como estabelecer um padrão habitual de recuperação desses pacientes. Observa-se no pós-operatório taquicardia leve, diurese e temperatura elevadas, trânsito intestinal restabelecido com diarreia, coagulopatia dilucional, hiperalbuminemia, hiperlactemia, hiponatremia, hipocalcemia e hipomagnesemia. Recomenda-se nutrição enteral, fisioterapia respiratória e motora precoces, controle acirrado da dor, balanço hídrico tendendo à neutralidade e profilaxia contra lesão da mucosa gástrica. Conclusão: apesar do grande benefício que esse procedimento pode trazer ao paciente, é necessária intensa monitorização hemodinâmica para evitar possíveis complicações deletérias e potencialmente fatais.

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM DE PROTOCOLOS PARA ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

PRISCILA HOFFMANN SOARES, 115.969.256-47, priscilahoffmann01@gmail.com
Renato Policarpo da Silva, 017.875.376-92, renatopolicarpo1@gmail.com
Letícia Pereira da Silva Barbosa, 130.132.306-30, leticia_silva001@hotmail.com
Daniel dos Santos Fernandes, 083.367.026-36, dsantosfernandes@outlook.com
Grazielle Barbosa, 070.280.646-38, grazibsa@yahoo.com
Karina Pereira da Silva, 107.399.706-58, karina_cmd2@hotmail.com

As simulações realísticas são estratégias utilizadas como ferramenta metodológica para potencializar o aprendizado dos discentes, proporcionando experiências próximas à realidade, fornecendo habilidades e competências clínicas para atuarem em diversos cenários, como no atendimento a paciente criticamente enfermo. Esse trabalho tem como objetivo descrever a vivência dos acadêmicos de enfermagem no atendimento simulado de emergências. A disciplina de urgência e emergência, ministrada ao 7º período de enfermagem da Faculdade de Minas (FAMINAS-BH), apresenta em seu conteúdo programático o tema Emergências Cardiovasculares. O docente organizou a disciplina nos pilares da metodologia ativa por meio do ciclo andragógico. Assim, os alunos foram apresentados a conceitos teóricos, inseridos no contexto da emergência por meio de prática deliberada em ciclos de repetição, vivenciaram possibilidades da experiência real por meio de Gameificação e Historytelling e, por fim foram inseridos na dinâmica de simulação realística para atendimentos de situações clínicas, como as Síndromes Coronárias Agudas (SCA). Neste cenário, o atendimento exercido pelos acadêmicos era de acordo com o protocolo da SCA, executando ações autônomas e privativas da enfermagem, tais como as descritas pelos mnemônicos MOVE (Monitorização, Oxigênio, punção Venosa e realização de Eletrocardiograma em até 10 minutos de porta) e MONABCH (Morfina, Oxigênio, Nitrato, Ácido Acetilsalicílico, Beta bloqueador, Clopidogrel e Heparina). Deste modo, os alunos conseguiram otimizar o tempo de atendimento e minimizar possíveis agravos, atingindo o objetivo da simulação. As metodologias serviram como preparação para os desafios que podem surgir na prática clínica, promovendo um atendimento rápido e eficaz, favorecendo o prognóstico dos pacientes com SCA.

SÍNDROME SEROTONINÉRGICA ASSOCIADA AO USO DE INIBIDORES DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA: RELATO DE CASO

ANA LUIZA VELOSO LIMA, 118.545.046-73, analuizaveloso09@gmail.com
Stella Maris da Silva Octavio, 097.896.726-75, stellectavio@gmail.com
Júlia Spala Aguiar, 142.289.447-95, julia.spala@hotmail.com
Isabella de Oliveira Dias, 096.861.566-07, bebelladias@yahoo.com.br
Laíssa Gava Altoé, 147.646.807-93, laissagava@bol.com.br

A administração de fármacos pró-serotoninérgicos, podem provocar reações potencialmente graves ocasionando uma síndrome serotoninérgica. Trata-se de uma alteração clínica de baixa incidência, mas com danos potencialmente fatais. Sua relevância é enfatizada devido ao alto percentual de profissionais da saúde que não apresentam conhecimento clínico sobre as características desta entidade. Paciente do sexo masculino, 16 anos, deu entrada no pronto atendimento de Manhuaçu-MG, devido a quadro de hipertermia, convulsões tonicoclônicas, reentrantes, sem resposta a medicação. Evoluiu com insuficiência respiratória, sendo necessário intubação orotraqueal. Diante deste quadro, paciente foi admitido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido a hipótese diagnóstica de meningite, a qual foi descartada pela realização da punção líquórica. As hipóteses diagnósticas foram a lesão muscular pela convulsão, pneumonia associada a ventilação mecânica, vasculite, Goodpasture e intoxicação medicamentosa. Paciente recebeu alta de UTI e foi admitido na enfermaria, no qual apresentou no mesmo dia quadro de fraqueza muscular e sudorese. Mãe relata crises de ansiedade iniciadas aos 10 anos e há 1 ano em tratamento com Paroxetina. Sem histórico prévio de crises convulsivas. Paciente evoluiu com quadro de edema agudo de pulmão, sendo necessário intubação orotraqueal devido a rebaixamento do nível de consciência, sendo novamente admitido em UTI. Após 60 dias de internação, paciente confessou a ingestão de duas cartelas de Escitalopram. Portanto, este estudo trata-se de um relato de caso de um paciente diagnosticado com Síndrome Serotoninérgica demonstrando a importância do conhecimento sobre esta para que o diagnóstico não seja postergado e o quadro consequentemente agravado.

BIOPLASTIA EM PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS E SUAS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: RELATO DE CASO

CARINA GABRIELA ANDRADE OLIVEIRA, 089.459.396-01, carina.andradde@gmail.com
Francisco Rodrigues de Sales, 160.493.733-53, hmcpolichico@gmail.com

Introdução: A embolia gordurosa- EG- consiste na oclusão de pequenos vasos por gotículas de gordura, geralmente, originadas nas fraturas do fêmur e nas artroplastias do joelho. Recentemente a EG foi descrita em traumatismos graves do tecido subcutâneo e após procedimentos estéticos, tal como injeção de polimetilmetacrilato –PMMA- na bioplastia. Em alguns casos a EG pode evoluir para a síndrome da embolia gordurosa- SEG- a qual afeta principalmente os pulmões e o cérebro, embora qualquer órgão ou estrutura do organismo possa ser atingido. Descrição do caso: ALM, 32 anos, dispnéica e com mal-estar procura serviço hospitalar após 04 dias se submeter a um procedimento de implante de PMMA nos glúteos. Ao exame físico: PA:110/70, FC:113 BPM; FR: 21 IRPM, com suporte suplementar de oxigênio por máscara e nebulizador; Temp: 38,4o C. A tomografia pélvica revelou material abundante, difuso e não encapsulado entre a pele e o glúteo máximo. Sua gestão foi na Unidade de Terapia Intensiva, com suporte geral, suporte ventilatório mecânico no controle de volume em modo assistido, além de antibióticos de amplo espectro e anticoagulação com heparina de baixo peso molecular. Evolução clínica prolongada, porém satisfatória. Comentários: Indicado para correção de rugas e de pequenas cicatrizes; atualmente, utiliza-se PMMA para preenchimento contorno corporal, tal como região glútea. O CFM, em nota oficial, ressalta que inexistem estudos científicos que comprovem o efeito dessa substância no organismo em longo prazo e repudiou o uso indiscriminado de PMMA utilizado na bioplastia.

CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO EM OCTAGENÁRIO: RELATO DE CASO

LIVIA MOL FRAGA MELO, 108.809.286-11, liivia_1@hotmail.com
Alane Torres de Araujo Lima, 074.005.014-10, alane_torres@hotmail.com
Luciana Caetano Nogueira Dias, 130.463.387-08, lucianacndias@gmail.com
Vinícius Pedro Almeida Valentim, 066.052.436-84, valentimvpa@gmail.com

Também denominada síndrome de balonamento apical ou do coração partido, a cardiomiopatia de Takotsubo é uma condição clínica que se assemelha sintomatologicamente à síndrome coronariana aguda. Manifesta-se clinicamente com precordialgia, dispneia, alterações em exames laboratoriais sem o achado angiográfico de obstrução coronariana importante. Atinge principalmente mulheres com idade superior a 60 anos, pós-menopausa e, acredita-se que sua gênese seja devido a uma exacerbação da resposta simpática em consequência a um estresse emocional. O relato trata-se de um paciente do sexo masculino, branco, 89 anos, não tabagista e não etilista, com diagnóstico prévio de hipotireoidismo, doença de Parkinson, hipertensão arterial sistêmica, e recentemente incontinência urinária após prostatectomia. Iniciou na manhã do dia 20/09/2017 quadro de dor precordial em caráter de queimação e aperto. Procurou o Pronto Atendimento de Manhuaçu e apresentava dispneia (/ 4), dor torácica típica, frequência cardíaca de 81 batimentos por minuto e pressão arterial 160/100 mmHg. Eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal regular, sem alterações isquêmicas, CPK 489 U/l, CKMB 102,0 U/l e Troponina reagente (qualitativa). A hipótese diagnóstica foi infarto agudo do miocárdio sem supra-ST. Na manhã do dia seguinte foi submetido à cateterismo cardíaco que evidenciou ausência de obstruções coronarianas significativas e balonamento apical do ventrículo esquerdo. Mediante os achados angiográficos, paciente foi questionado se havia sofrido algum estresse, a princípio negou, mas relatou grande estresse emocional com quadro recente de incontinência urinária. Após procedimento, paciente permaneceu em observação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por dois dias estável. Recebeu alta hospitalar após 05 dias internado.

SÍNDROME DE BRUGADA EVOLUINDO PARA TAQUICARDIA VENTRICULAR: RELATO DE CASO

LIVIA MOL FRAGA MELO, 108.809.286-11, liivia_1@hotmail.com
Alane Torres de Araujo Lima, 074.005.014-10, alane_torres@hotmail.com
Vinícius Pedro Almeida Valentim, 066.052.436-84, valentimvpa@gmail.com
Luciana Caetano Nogueira Dias, 130.463.387-08, lucianacndias@gmail.com
Larissa Gabrielle Rodrigues, 703.879.441-84, larissarodrigues_21@outlook.com
Tony Carlos Rodrigues Junior, 701.319.691-61, tonyjunior_25@live.com

A Síndrome Brugada é uma patologia genética, autossômica dominante, que possui como característica déficit na função dos canais iônicos das células miocárdicas e por consequência uma maior chance de arritmia ventricular. Essa doença tem maior incidência entre homens e é marcada por elevação do segmento ST em algumas derivações eletrocardiográficas (V1-V3). O presente caso trata-se de um paciente do sexo masculino, casado, natural e residente no município de Manhuaçu-MG, policial militar, nega etilismo e tabagismo, desconhece patologias prévias e nega uso de medicações. Relata que no dia 13/02/2019 ao chegar em sua residência após realizar 2h de atividade física (jogar futebol), iniciou quadro de mal-estar, ânsia de vômito e “sentiu o coração batendo rápido”. Procurou o pronto atendimento local e ao exame inicial apresentava eletrocardiograma com taquicardia ventricular. Como tratamento optou-se pela realização da cardioversão elétrica com choque sincronizado. Após reversão da taquicardia ventricular realizou-se novo eletrocardiograma e identificou-se Síndrome de Brugada. Paciente foi mantido em UTI e permaneceu estável hemodinamicamente e sem queixas. Vale ressaltar que após ser interrogado sobre seu histórico familiar, paciente disse que um primo de primeiro grau sofreu morte súbita com idade semelhante a qual o paciente apresentava no momento. No dia 18/02/2019 o mesmo foi encaminhado para o hospital Madre Tereza- Belo Horizonte para implantação de cardioversor-desfibrilador implantável como tratamento definitivo.

MANIFESTAÇÕES DA FARMACODERMIA EM CAVIDADE ORAL - CARACTERÍSTICAS E TRATAMENTO

ANA PAULA VILAÇA LEMOS*, 123.738.976-36, anapaula_lms@hotmail.com
MARIANA LAÍS SILVA CELESTINO, 082.648.936-27, mlscelentino@hotmail.com
JÉSSICA FÉLIX DE SALES, 099.389.096-20, jessica.felixs@hotmail.com
MARIA EDILEUSA SANTOS, 110.461.616-52, m.edileusasantos@gmail.com
DENISE VIEIRA TRAVASSOS, 970.998.996-00, detravassos@gmail.com

Muitos medicamentos são capazes de desencadear a Farmacodermia – reação de hipersensibilidade tardia a fármacos – dentre eles, alguns antibióticos, antiinflamatórios não-esteroidais, diuréticos, anestésicos e anticonvulsivantes. Podem ser observadas reações cutâneas graves e dolorosas, que habitualmente acometem as mucosas e posteriormente a epiderme, necessitando de cuidados de medicina intensiva. Este trabalho tem como objetivo descrever as manifestações em mucosas orais da paciente O.M.J, 69 anos, sexo feminino, admitida no Pronto Socorro do HCUFGM em janeiro de 2019, apresentando reações de Farmacodermia desencadeada por fenitoína (em uso após ressecção de meningioma recente). Dentre as alterações observadas, notou-se em cavidade oral, além das lesões em pele, presença de placas brancas destacáveis em dorso de língua, palato e mucosas jugais, bilateralmente; eritema e úlceras generalizadas recobertas por fibrina; lesões ulceradas cruentas em lábios, com aspecto sanguinolento; relato de dor intensa e restrição de dieta por via oral. A Equipe Odontológica realizou higienização com gaze embebida em solução de clorexidina a 0,12% e Laserterapia de baixa intensidade em áreas de lesões, objetivando analgesia, cicatrização e redução do processo inflamatório. Observou-se, ainda, presença de candidíase pseudomembranosa associada, fazendo-se necessário o uso de Fluconazol. O uso da fenitoína foi suspenso pela equipe médica, que posteriormente realizou prescrição de Hidrocortisona – observada regressão gradativa das lesões. Destaca-se a importância da atuação de equipe multiprofissional para a rápida identificação de possíveis farmacodermias e correto manejo destas condições clínicas, a fim de restaurar a qualidade de vida dos pacientes acometidos e prevenir possíveis desenvolvimentos de choques sépticos.

SUORTE BÁSICO DE VIDA: ESTRATÉGIA PARA DISPONIBILIZAÇÃO PÚBLICA DA CADEIA DE SOBREVIDA – TREINAMENTO DE ADOLESCENTES EM ESCOLA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE BH/MG - RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Letícia Pereira da Silva Barbosa, 130.132.306-30, leticia_silva001@hotmail.com
Renato Policarpo da Silva, 017.875.376-92, renatopolicarpo1@gmail.com
PRISCILA HOFFMANN SOARES, 115.969.256-47, priscilahoffmann01@gmail.com
Daniel dos Santos Fernandes, 083.367.026-36, dsantosfernandes@outlook.com
Grazielle Barbosa, 070.280.646-38, grazibsa@yahoo.com
Karina Pereira da Silva, 107.399.706-58, karina_cmd2@hotmail.com

A morte súbita é uma das principais causas de morte em ambiente pré-hospitalar. O Suporte Básico de Vida (SBV) representado por uma série de manobras simples podem garantir mudanças nesse cenário. Entretanto, o maior desafio é ampliar essa premissa e o acesso às manobras de salvamento. Atualmente, menos de um terço das vítimas de Parada Cardiorrespiratória (PCR) no pré-hospitalar recebem ajuda adequada de um espectador, o que pode ser modificado pela disseminação de informações durante a formação escolar. O objetivo desse trabalho é descrever a vivência de acadêmicos de enfermagem no ensino do SBV para estudantes do ensino médio. A ação foi realizada em uma escola pública de Belo Horizonte-MG. Foram utilizados questionários e manequins. Participaram da ação 64 estudantes, com idades entre 15 e 18 anos. Quando perguntados “você sabe reconhecer uma PCR?” 24,2% responderam “sim”, na pergunta “qual número deve-se ligar no caso de um PCR” apenas 10,6% acertaram o número do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Nenhum aluno apresentou conhecimento sobre o Desfibrilador Externo Automático, frequência ou profundidade de uma compressão torácica. Após aplicação do questionário os alunos acompanharam uma simulação de PCR, posteriormente foram convidados a realizar um atendimento com as mesmas características da anterior. No final da ação, através de um segundo questionário, 86,3% dos discentes avaliaram as informações recebidas como “muito importante”. Portanto, nota-se a relevância do ensinamento do SBV para estudantes do ensino médio visto que se o atendimento básico de vida não for bem executado o avançado de pouco adiantará.

ABORDAGEM DO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ASSOCIADO AO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: UM RELATO DE CASO

THALITA MARTINS LAGE, 060.096.216-40, thalitalage@hotmail.com
Valéria Lopes Cupertino (Apresentador do trabalho), 058.817.086-01, valerialc2@gmail.com
Janssen Ferreira de Oliveira, 114.223.026-01, janssenferreira@hotmail.com
Gustavo Henrique de Oliveira Barbosa, 122.779.416-97, gustavohobarbosa@hotmail.com
Norberto de Sá Neto, 975.955.606-59, betocardiol@uol.com.br
Ana Carolina Vale Campos Lisboa, 044.540.706-95, ana.lisboa@univaco.edu.br

Um homem de 74 anos apresentou-se no pronto atendimento com dispneia intensa diagnosticado com Edema Agudo de Pulmão (EAP) hipertensivo. À admissão, encontrava-se estável hemodinamicamente, sem alterações ao exame cardiorrespiratório. Prosseguiu-se para tratamento para EAP e complementação diagnóstica com exames laboratoriais e de imagem. Foi submetido no dia seguinte a uma Angiotomografia de tórax, que evidenciou Aneurisma de Aorta Tóraco-abdominal do tipo A, com diâmetro de 6 cm. Além disso, foram revelados sinais de Tromboembolismo Pulmonar (TEP), sendo avaliado pela cirurgia cardiovascular e indicado imediatamente suporte intensivo e início de anticoagulação, enquanto seria estudada a melhor conduta para o caso. O paciente mantinha-se com estabilidade hemodinâmica, sem demais alterações ao exame físico. No terceiro dia foi solicitada nova Angiotomografia de tórax com complementação para pelve para avaliar realização de procedimento cirúrgico endovascular. O tratamento para EAP foi suspenso por resolução do quadro. A última Angiotomografia solicitada não identificou estenose significativa nos vasos supra-aórticos e os vasos ilíacos estavam com calibres preservados. O paciente mantinha-se estável, com bom padrão respiratório, sem drogas vasoativas ou vasoplégicas. Em virtude de alto grau de ansiedade e elevado risco de Delirium hiperativo foi autorizado alta da UTI, mantendo-se internação hospitalar. Após nova avaliação da cirurgia cardiovascular, foram comunicados ao paciente e aos familiares o diagnóstico e a respectiva indicação cirúrgica para tratamento da patologia. O paciente aguarda liberação do procedimento cirúrgico.

ABORDAGEM DO DISTÚRBO HIPONATRÊMICO: UM RELATO DE CASO

GABRIELA DE ANDRADE LOPES, 112.486.476-88, gabriela.andrade1996@hotmail.com
Taísa Leite de Moura e Souza, 092.749.916-90, taisaleitte@gmail.com
Rogério Saint-Clair Pimentel Mafra, 045.879.926-23, rogerioscm@yahoo.com.br

A hiponatremia é um distúrbio hidroeletrólítico definido como uma concentração de sódio sérico (Na⁺) abaixo de 135 meq/L. Os sintomas mais comumente observados são: letargia, apatia, desorientação, parestesia, anorexia, náuseas, vômitos, agitação e convulsões. Paciente MDA, caucasiana, 77 anos. Deu entrada em serviço de urgência devido a síncope seguida de queda de própria altura (TCE leve). Em uso domiciliar de indapamida 25 mg, metoprolol 25 mg, losartan 50 mg, Zolpidem 10 mg, Cymbi 30 mg e domperidona. Evoluiu há 5 dias com prostração, letargia, quedas frequentes, sonolência, falhas na memória e, dois dias antes da admissão, com incontinência urinária. Foi atendida com Glasgow 15/15, sem déficits e avaliada pela equipe de cirurgia geral e pela neurocirurgia. Exames laboratoriais: hiponatremia, sódio (Na⁺) 99, com repetição do exame (Na⁺ 102). Foi iniciada a administração intravenosa de solução fisiológica de Sódio (0,9%) e o uso de 2 sachês de sal durante a alimentação. Após 5 dias recebe alta (Na⁺ 130) e tem suspensão a indapamida. É avaliada pelo nefrologista após 15 dias (apresentou condição renal normal e Na⁺ 136). Não existe ainda um consenso sobre o tratamento, contudo sabe-se que a melhor escolha terapêutica ainda consiste na reposição volêmica com reposição de sódio e outros eletrólitos. A associação medicamentosa é um fator determinante para a hiponatremia, principalmente em idosos. Em vista disso, o diagnóstico precoce e a troca de medicações potencialmente causadoras da hiponatremia é essencial para evitar complicações.

O PERFIL DAS VÍTIMAS ACOMETIDAS PELO DESASTRE DO ROMPIMENTO DA BARRAGEM B1 DO MUNICÍPIO DE BRUMADINHO NAS PORTAS DE URGÊNCIA

THAÍ MORAIS CANTARINO ALVES, 134.771.796-09, thaismcaa@gmail.com
Letícia Fernanda Cota Freitas, 066.952.366-66, leticia.freitas@saude.mg.gov.br
Camila Cátia Vilela Viana, 073.531.376-81, camilavilela@saude.mg.gov.br
Fabiola Moreira Lima, 133.943.846-12, fabiolamoreira2007@hotmail.com
Karina Pereira da Silva, 107.399.706-58, karina_cmd2@hotmail.com
Érika Oliveira Santos, 037.744.666-10, erikotta3@gmail.com

Em 25 de Janeiro de 2019, o município de Brumadinho foi acometido pelo rompimento da Barragem B1 (Mina do Feijão), constituída por rejeitos de processamento de minério. Conseqüentemente, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) reativou o Comitê de Operações de Emergência na Saúde, responsável por coordenar ações para o atendimento imediato e tardio dos agravos à saúde da população. As vítimas acometidas pelo desastre foram direcionadas aos serviços de urgência da Região Ampliada de Saúde Centro, onde, 34,21% receberam atendimento em hospitais e 65,78% em UPA 24 horas. As mesmas foram classificadas em diretas (apresentaram agravos imediatos à tragédia) e indiretas (sem agravos imediatos). Objetivo: Analisar o perfil das vítimas acometidas pelo desastre. Métodos: Análise qualitativa dos prontuários de 94% dos casos. Resultados: Verificaram-se 38 vítimas, sendo, 23,68% mulheres e 76,31% homens, apresentando uma média de 39 anos. Em relação ao município de residência, 47,36% eram moradores de Brumadinho e 52,64% residiam em municípios vizinhos. Foram classificadas em vítimas diretas 76,31%; 18,42% indiretas e 5,26% não foram informadas. A permanência média foi de 3 dias – exceto uma vítima que permanece internada –, 13 pacientes foram acompanhados pela Atenção Primária após receberem alta do serviço de urgência. Conclusões: Apesar das dificuldades encontradas na análise dos prontuários, como a ilegitimidade e a falta de informações, evidencia-se a possibilidade de caracterizar o perfil das vítimas acometidas pelo desastre, subsidiando a SES-MG no acompanhamento e monitoramento das mesmas, além do planejamento de Políticas Públicas para a continuidade do atendimento dessa população.

A RARA ASSOCIAÇÃO: CARDIOPATIA COMPLEXA E SITUS INVERSUS TOTALIS

GABRIELA XAVIER REZENDE, 074.192.076-07, xrgabriela@hotmail.com
Pedro Cardoso Batista de Oliveira, 066.192.126-38, pedro.cbo94@gmail.com
Jéssica Karinne Vieira, 125.653.676-86, jessica_karine28@hotmail.com

Introdução: O Situs Inversus Totalis (SIT) é uma alteração congênita rara, com incidência de 1/10.000 casos, com desenvolvimento das vísceras no lado oposto de sua topografia, associado à dextrocardia. A dextrocardia é uma anomalia na qual o ápice do coração aponta à direita. Em 5% dos casos o SIT está associado a cardiopatias congênitas complexas (CC) que acontecem devido a problemas na transposição dos grandes vasos (TGVB). Descrição do caso: Recém-nascido, masculino, a termo, parto cesáreo. Evoluiu com cianose central, dispneia com esforço, e sopro sistólico grau 3. Administrado oxigenioterapia, sem resposta. Encaminhado para UTI neonatal, saturando 30%, onde foi monitorizado e submetido a pressão positiva contínua nas vias aéreas, com melhora no padrão respiratório. Radiografia do tórax evidenciou cardiomegalia, bulha gástrica à direita e redução da trama vascular pulmonar. Realizado Ecocardiograma com doppler: CC com fluxo pulmonar diminuído. Situs ambíguos. Comunicação interventricular perimembranosa e TGVB. Realizada cirurgia de colocação de implante em canal arterial patente. Paciente obteve melhora clínica, recebendo alta estável hemodinamicamente. Comentários: O SIT é uma doença autossômica recessiva que ocorre devido a um defeito de rotação das vísceras na fase embrionária. O diagnóstico precoce é fundamental, pois a apresentação clínica de diversas doenças é atípica e a abordagem é peculiar. Sua associação com CC é raramente relatada na literatura, porém deve ser estudada devido as dificuldades técnicas que impõe aos reparos intracardíacos. A correção das CC associadas geralmente é feita por cirurgias paliativas, no intuito de melhorar os sintomas e a qualidade de vida desses pacientes.

ABDOME AGUDO DEVIDO A ADENOCARCINOMA EM CÓLON SIGMOIDE COM INVAGINAÇÃO PARA CECO: RELATO DE UM CASO RARO

BÁRBARA APARECIDA DE ARRUDA FARIA (apresentadora), 093.970.216-99, ba.arruda.faria@gmail.com
Maria Paula Roman Amaral, 017.612.906-57, mpaularamaral@gmail.com
Maurício Carvalho Nascif, 050.029.416-05, mauricionascif@gmail.com
Rodrigo Faria Cardoso, 053.532.296-81, digaum_fc@hotmail.com
Dândara Larisse Fagundes Araújo, 107.886.266-47, dandaralarissa2011@hotmail.com

O abdome agudo traduz, em geral, uma situação grave, muitas vezes com risco de vida, que exige tratamento imediato, que será tanto mais efetivo quanto mais cedo for instituído. A condição clínica é caracterizada por dor abdominal aguda, habitualmente, associada a outras manifestações locais e gerais. Diversas causas podem determinar tal quadro. Relata-se caso de paciente masculino, 54 anos sem cirurgias abdominais prévias ou outras comorbidades além de paralisia cerebral, admitido no pronto socorro em ruim estado geral, prostração, dispneia, taquicardia e hipotensão. Devido episódios anteriores semelhantes, consequentes à pneumonia aspirativa, essa foi a suspeita clínica inicial. Porém após exames laboratoriais e radiografia de tórax, tal hipótese foi descartada. Ao exame físico observou-se distensão abdominal e, após breve anamnese com cuidadora a suspeita era de abdome agudo obstrutivo. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome, confirmando massa em cólon esquerdo. Indicada cirurgia de urgência, houve os seguintes achados per-operatórios: massa de crescimento intraluminal no cólon sigmoide invaginando para o ceco e provocando dois pontos de obstrução. Foi realizada uma colectomia total com ileostomia à Brooke e biópsia da lesão, que revelou adenocarcinoma. No pós-operatório imediato, o paciente foi encaminhado ao centro de terapia intensiva, onde evoluiu com melhora clínica sendo direcionado à enfermaria para seguimento dos cuidados. No caso relatado o abdome agudo teve como causa uma dupla obstrução intestinal por adenocarcinoma em apresentação rara. Diante do diagnóstico de abdome agudo deve-se investigar a causa de tal quadro para que a terapêutica ideal seja instituída e haja sucesso clínico.

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA DEVIDO COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DE TRONCO DE CORONÁRIA POR DILATAÇÃO DA ARTÉRIA PULMONAR SECUNDÁRIA À HIPERTENSÃO PULMONAR.

Micaela Carvalho Cruz, 121.127.256-70, micaelacarvalhocruz@hotmail.com
Alcéa Carvalho Fúrforo (apresentador), 112.455.076-30, alceacarvalho.ac@gmail.com
Bruna Chagas Rodrigues Bruno, 098.747.376-03, brunabruno2005@yahoo.com.br
Carina Rabelo Dias, 061.019.276-01, carinarabelo1@gmail.com
Isadora Orneles Luiz, 103.872.626-36, isadora_ornelas@hotmail.com

A compressão extrínseca de tronco de coronária pela dilatação de artéria pulmonar é uma entidade rara, que deve ser considerada em pacientes com diagnóstico prévio de hipertensão pulmonar com sintomas típicos de síndrome coronariana aguda. Caracterizada como uma causa tratável, entre as opções terapêuticas estão intervenção coronariana percutânea (ICP), cirurgia de revascularização e transplante cardiopulmonar. Sendo que, o implante de stent por via percutânea apresentou melhores resultados angiográficos e clínicos. O seguinte caso provém do Hospital Felício Rocho em Belo Horizonte no ano de 2015. EAB, 66 anos, com diagnóstico prévio de hipertensão pulmonar há 28 anos, secundária a esquistossomose mansônica. Permaneceu assintomático até 53 anos, quando apresentou dispnéia intensa, aos mínimos esforços, associada à fibrilação atrial. Realizado tratamento e acompanhamento regular. Aos 62 anos houve piora da dispnéia associada à dor torácica atípica. Tratado com sildenafila com importante melhora do quadro. Três anos depois apresentou episódio agudo de dor torácica em repouso. Eletrocardiograma mostrou bloqueio de ramo direito, infradesnvelamento ST e T negativa V1-V5 (alterações presentes previamente), com elevação de troponina I (34,7 pg/ml, 44,8 pg/ml e 46,2 pg/ml - VR < 34,2 pg/ml). Diagnosticado com síndrome coronariana aguda. Realizada cineangiocoronariografia que mostrou tronco da coronária esquerda com obstrução grave, suboclusiva e angiogramografia coronariana que evidenciou dilatação da artéria pulmonar (80.4mm – VR < 26mm), levando a compressão extrínseca sobre o tronco da coronária esquerda. Após avaliação da pneumologia e da cirurgia vascular foi optado por revascularização percutânea guiada por ultrassom intracoronário. Paciente evoluiu sem recorrência da dor e dispnéia.

SÍNDROME REAÇÃO A DROGA COM EOSINOFILIA E SINTOMAS SISTÊMICOS (DRESS) EM PACIENTE COM STATUS CONVULSIVO REFRAATÓRIO: UM RELATO DE CASO

Priscila Cypreste - APRESENTADORA, 089.534.776-89, pricyp@gmail.com
Renata Mendonça Lemos, 117.941.366-06, remendonca95@gmail.com
Ana Luiza Silva Pimenta Macedo, 074.068.846-48, lulumacedo1@hotmail.com
Victor Campos Boson, 100.718.836-73, victorvcampos@gmail.com
Henrique Cruz Baldanza, 077.732.466-02, henriquebaldanza@hotmail.com
Rafael Henrique Gatasse Kalume, 128.411.936-08, rafaelkalume@gmail.com

Introdução: A síndrome Reação a Drogas com Eosinofilia e Sintomas Sistêmicos (DRESS), se apresenta como uma erupção cutâneo-mucosa exantemática, associada a eosinofilia e manifestações clínicas em múltiplos órgãos de forma heterogênea. Sua etiopatogenia está relacionada a drogas específicas, principalmente anticonvulsivantes, alterações imunes, reativação sequencial de herpes vírus. Resumo do caso: A.B.G.C, 54 anos, feminino, sem comorbidades, totalmente independente para atividades diárias. Compareceu Pronto-Atendimento em 02/02/2019 com quadro confusional agudo flutuante. À admissão, apresentou episódios de crise focal disceptiva com automatismos oromandibulares, sendo feito fenitoína em dose de ataque. Manteve confusão, com parada comportamental, versão ocular, automatismos orofaciais, quadro compatível com status convulsivo refratário a medicações de primeira linha (Diazepam e Fenitoína). Encaminhada ao CTI para protocolo de status refratário. Interrogado possibilidade de vasculite após tratamento empírico para meningite infecciosa, sendo iniciado pulsoterapia com metilprednisolona em dois ciclos (20-24/02/2019 e 13-17/03/2019), associado a imunoglobulina. Apresentou elevação de transaminases e eosinofilia com suspeita de Síndrome DRESS, sendo suspensa a fenitoína e iniciado prednisona em 08/03/19. Alta do CTI e admitida na enfermaria em 18/03/19. Evoluiu com melhora significativa do quadro e recuperação neurológica, recebendo alta hospitalar em 04/04/19. Discussão: O reconhecimento da síndrome DRESS e a retirada da droga desencadeante são essenciais no tratamento. O uso de corticosteroides são as medicações de escolha, podendo ser associados imunoglobulina intravenosa.

TRANSFORMAÇÃO HEMORRÁGICA PÓS TROMBÓLISE ENDOVENOSA EM PACIENTES EM USO DE ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO

BÁRBARA APARECIDA DE ARRUDA FARIA, 093.970.216-99, ba.arruda.faria@gmail.com
Rodrigo Faria Cardoso, 053.532.296-81, digaum_fc@hotmail.com
Dândara Larisse Fagundes Araújo, 107.886.266-47, dandaralarissa2011@hotmail.com

Objetivo: O presente trabalho visa relacionar o uso de trombólise endovenosa nos paciente em uso de antiagregante plaquetário com o risco de transformação hemorrágica. Métodos: Foram feitas pesquisas nas bases de dados Pubmed e TRIP, com a metodologia PICO (patient with ischemic stroke on aspirina use) (thrombolytic) (stroke bleeding) from 2015. Foram encontrados 87 artigos, nos quais nove foram selecionados segundo concordância de termos e assunto. Resultados: Os antiagregantes plaquetários são agentes diversos, que têm em comum a propriedade de inibir a formação do trombo, sem interferir de forma significativa nos demais segmentos da coagulação. O balanço entre o risco e o benefício da prevenção de oclusão vascular e o sangramento causado pelo uso de antiagregante plaquetário está diretamente relacionado com o risco individual de trombose/hemorragia do paciente. As alterações causadas na homeostasia primária não podem ser separadas dos efeitos antitrombóticos e não têm relação direta com a dose para os diversos tipos de sangramento, exceto os gastrointestinais. Conclusão: conhecendo o mecanismo de ação dos antiagregantes plaquetários, conclui-se que o risco de transformação hemorrágica nos pacientes vítimas de AVEi que fazem uso de tal medicamento está mais relacionado a fatores individuais, no entanto não é possível excluir a possibilidade de aumento do risco. Fatores de risco e estratégias de prevenção já são descritos, contudo, situações como o uso de trombólise endovenosa nos pacientes em uso de antiagregante plaquetário precisam ser melhor elucidadas.

NECESSIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM QUADRO AGUDO DE LÚPUS EM UMA PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

LAÍS GONTIJO COSTA, 129.154.546-80, lais_gontijo@yahoo.com.br
Isabela Abreu Torres, 124.017.796-80, isabelaabreu100@gmail.com
Kenia Ferreira Rosa, 110.223.056-11, keniariosaz@gmail.com
Lucas de Barros Anastácio, 080.169.946-01, 95lucasbarros@gmail.com

Introdução : O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória, com manifestações dependentes dos autoanticorpos expressos pelo doente .Atinge principalmente mulheres entre 15 e 45 anos. A maioria dos pacientes apresenta um início gradual da doença com posterior envolvimento de outros órgãos. As manifestações do LES podem ser ameaçadoras à vida, principalmente quando acometem o sistema respiratório e renal. Descrição do caso: Paciente JRRB, 15 anos, feminino, previamente hígida, procurou atendimento em UPa com quadro de epigastralgia e artrite iniciado há 3 meses, associado a edema facial, fotossensibilidade, hiporexia e alopecia. Foi constatado FAN > 1:640 com padrão pontilhado grosso, fator reumatóide positivo e aumento de escorias nitrogenadas. Foi iniciado prednisona, e após uma semana, foi admitida no Hospital Santa Casa, com hematúria, sendo iniciada pulsoterapia. Evoluiu com dispneia e hipoxemia, realizada TC que evidenciou hemorragias alveolares. Foi encaminhada ao CTI, devido a sepse e nefrite lúpica. Paciente evoluiu com piora, mantendo prednisona e iniciado imunoglobulinas, antibioticoterapia e anti-hipertensivos (AH). Realizado ECO, que evidenciou hipertensão pulmonar e derrame pericárdico. Paciente submetida a intubação orotraqueal, obteve melhora clínica, porém mantendo HAS resistente. Avaliação de alta, com manutenção de pulsoterapia, AH e hidroxicloquina por 6 meses. Comentários: A Maioria dos pacientes com LES apresentam evolução gradual da doença, iniciando com quadro cutâneo mucoso. No caso relatado, a paciente inicia o quadro lupico com lesões renais, pulmonares e cardiovasculares que estão relacionadas a alta morbimortalidade, sendo a terapia intensiva de fundamental importância para controle e remissão da doença.

FEOCROMOCITOMA EM PACIENTE REFRACTÁRIO A TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ESSENCIAL: UM RELATO DE CASO

Victor Campos Boson - APRESENTADOR , 100.718.836-73, victorvcampos@gmail.com
Renata Mendonça Lemos , 117.941.366-06, remendonca95@gmail.com
Ana Luiza Silva Pimenta Macedo , 074.068.846-48, lulumacedo1@hotmail.com
Priscila Cypreste , 089.534.776-89, pricyp@gmail.com
Rafael Henrique Gatasse Kalume , 128.411.936-08, rafaelkalume@gmail.com
Henrique Cruz Baldanza , 077.732.466-02, henriquebaldanza@hotmail.com

Introdução: Feocromocitoma (FEO), tumor neuroendócrino, subdiagnosticado, acomete 0,8/100000 pessoas ao ano. É originado na medula renal, tem como base fisiopatológica a secreção de catecolaminas. São sintomas clássicos: palpitações, sudorese e cefaleia. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um sinal destaque e se apresenta em picos hipertensivos (30% dos casos). Obtém-se o diagnóstico pela história clínica, dosagem plasmática e/ou urinária de metanefrinas e também pela localização do tumor por RM ou TC de abdome. Resumo do caso: R. M. P., masculino, 57 anos. Hipertenso há 01 ano. Estabelecido tratamento com Losartana, observou-se hipotensão, seguida de suspensão da medicação. Encaminhado ao neurologista para elucidação diagnóstica, já que não foram observadas alterações, e ao término do atendimento, o paciente abriu quadro de pré-síncope, confusão mental, sudorese, taquicardia e PA de 150x110mmHg. Direcionado à emergência, o paciente queixou-se de cefaleia e apresentou-se prostrado, com náusea, vômito e PA de 120x80mmHg. Apresentou novo pico hipertensivo durante a observação. O paciente relatou existência progressiva de “nódulo na adrenal”. Estabelecida a suspeita e em seguida confirmado FEO, após propedêutica laboratorial e de imagem. Discussão: Apesar de ser uma causa de HAS estabelecida mundialmente, o diagnóstico de Feocromocitoma é, diversas vezes, um desafio, pois exige uma grande suspeição clínica em meio aos sinais e sintomas pouco específicos da doença. Após a suspeita, a confirmação se dá com a história clínica somada aos exames laboratoriais e de imagem. Permitindo, então, o tratamento adequado.

EFICÁCIA DA HEMODIÁLISE NO TRATAMENTO PRECOCE DA INTOXICAÇÃO POR LÍTIU

LARISSA FLEURY TEIXEIRA, 042.922.751-57, larifteixeira@hotmail.com
Isabella Galvão Andrade, 082.585.336-22, isa_bellagalvao@hotmail.com
Hudson Henrique Gomes Pires, 048.514.096-99, hhgpires@gmail.com
Jose Paulo Carboni Mendes, 089.305.906-40, josepaulocarboni@hotmail.com
Juliana Leite Salviano, 053.449.971-67, ju.leite2002@gmail.com

O transtorno de humor bipolar (THB) é uma doença mental crônica, definida pela alternância entre estados de mania e depressão e o tratamento de primeira linha é o carbonato de lítio. As complicações pelo seu uso incluem, principalmente, neurotoxicidade que se manifesta, geralmente, com um quadro de disartria, ataxia, tremores, confusão mental e sonolência. Em casos de intoxicação grave, na qual as concentrações séricas de lítio são maiores que 4mmol/L ou maiores que 2,5mmol/L mais quadro clínico sugestivo, a diálise torna-se o meio mais eficaz de remover o íon do corpo, mesmo em pacientes com função renal normal. Paciente R.B.N, 60 anos, feminina, portadora de THB há 10 anos, em uso de carbonato de lítio 600mg/dia e acompanhamento médico irregular. Foi admitida na UTI com história de que há 1 semana vinha apresentando dislalia, sonolência, ataxia, tremores, confusão mental, bradipsiquia, fadiga e hiporexia. À entrada apresentava-se em regular estado geral, torporosa e Glasgow 12. Durante internação houve piora clínica, com rebaixamento do nível de consciência e necessidade de intubação orotraqueal. A partir da anamnese foi aventado a hipótese de intoxicação por lítio, sendo iniciado imediatamente hemodialise e solicitado litemia, que posteriormente mostrou nível serico de 4,8mmol/L (VR: 0,6 a 1,2 mmol/L). Paciente foi submetida a 5 sessões de hemodialise com melhora progressiva do quadro neurológico e queda substancial da litemia. Após 26 dias de internação hospitalar, recebeu alta sem sequelas. Esse caso mostra a eficácia da hemodiálise no tratamento da intoxicação por lítio, independente da litemia, evidenciando a soberania clínica.

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE CATASTRÓFICA

JÚLIA SPALA AGUIAR, 142.289.447-95, julia.spala@hotmail.com
Ana Luíza Veloso Lima, 118.545.046-73, analuizaveloso09@gmail.com
Laíssa Gava Altoé, 147.646.807-93, laissagava@bol.com.br
Stella Maris da Silva Octavio, 097.896.726-75, stellectavio@gmail.com
Isabella de Oliveira Dias, 096.861.566-07, bebelladiaz@yahoo.com.br

Objetivo: O estudo aborda as principais características da Síndrome Antifosfolípide Catastrófica (Síndrome de Asherson) dando ênfase nas características clínicas, eventos desencadeantes e respostas terapêuticas. Métodos: Trata-se de uma revisão bibliográfica embasada em artigos científicos e demais conteúdos relacionados ao respectivo tema de caráter exploratório e descritivo de natureza qualitativa. Resultados: A Síndrome de Asherson manifesta-se de maneira aguda e disseminada, em associação com a existência de anticorpos antifosfolípide ocasionando oclusões vasculares múltiplas, sendo esta uma variante da síndrome antifosfolípide. Os quadros clínicos mais recorrentes são observados pela manifestação de hipertensão arterial, infarto do miocárdio, disfunção renal e doença cerebrovascular. Para que haja desenvolvimento da mesma, é necessário um gatilho como fator desencadeante como infecções, traumas, neoplasias, período pós-parto, atividade lúpica, entre outros. Embora de baixa incidência, a mesma pode acarretar insuficiência ou falência de múltiplos órgãos sendo necessário a internação em Unidade de Terapia Intensiva. Conclusão: Trata-se de uma alteração clínica com danos potencialmente fatais. Sua relevância clínica é enfatizada devido ao alto percentual de profissionais da saúde que não apresentam conhecimento clínico sobre as características desta entidade acarretando fracasso terapêutico e óbito do paciente. Diante disso, fica evidente a importância do estudo sistemático desta síndrome e de sua abordagem mais ampla.

MANEJO CLÍNICO DA INTOXICAÇÃO POR PARAQUAT - UM RELATO DE CASO

RAFAELA DE ASSIS AMARAL, 099.575.876-09, assisrafaela@hotmail.com
Kátia Daniela da Silveira Milagres, 044.407.586-06, kadasil@gmail.com
Fernanda Roquette de Araújo, 114.534.856-43, fraraujo10@gmail.com
Thamirys Aimée Rodrigues Mendes, 121.830.847-82, rodrigues.thamirys@gmail.com
Gabriel Godoi Torres, 130.627.256-48, gabriel.godoitorres@gmail.com

O Paraquat é uma substância de amplo uso como pesticida na agricultura, devido a sua ação rápida, sua propriedade herbicida não-seletiva e seu baixo custo. Geralmente não há absorção significativa ao contato direto com a pele. Contudo, apresenta alta absorção intestinal quando ingerido, distribuindo-se rapidamente pelos tecidos. Seu mecanismo de toxicidade induz um aumento do estresse oxidativo por meio da produção de radicais livres, os quais interagem rapidamente com ácidos graxos, provocando lesão nas membranas, proteínas e DNA. Esse trabalho tem como objetivo apresentar um caso real de intoxicação grave por Paraquat, bem como descrever as condutas terapêuticas direcionadas para o tratamento. Relato de caso: Homem, 49 anos, com relato de tentativa de auto-extermínio por ingestão de pesticidas (Paraquat Roundup). Apresentou 3 crises convulsivas durante o deslocamento até o serviço de emergência. Logo após sua admissão, foi realizada lavagem gástrica, administrado carvão ativado e terra de Fuller. Simultaneamente, iniciou-se hemodiálise, para depuração do Paraquat. Foi submetido a ciclos de terapia imunossupressora com ciclofosfamida e metilprednisolona. Evoluiu com taquidispnéia, sendo necessária intubação oro-traqueal. Nos dias subsequentes, o paciente evoluiu com fibrose pulmonar, além de falência hematológica, renal e cardiogênica. Devido à piora do quadro, iniciaram-se os cuidados paliativos. O óbito ocorreu após 10 dias da internação, por parada cardiorrespiratória. Conclusão: Apesar da intervenção precoce e dos cuidados intensivos empregados, a intoxicação grave por Paraquat, representa um grande desafio terapêutico com prognóstico sombrio na maioria dos casos, como no descrito neste trabalho.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA E O USO DE BETABLOQUEADORES E DOBUTAMINA: RELATO DE CASO

JOYCE APARECIDA REZENDE PARREIRAS, 121.041.226-86, joyceparreiras@gmail.com
Lucas Camarano Leal, 090.053.366-84, lucascamaranol@gmail.com
Valkiria Lopes Rachid, 755.599.861-00, valrachid15@gmail.com
Ana Cláudia dos Santos, 098.892.176-60, anaclaudiasantos.ufop@gmail.com
Jacques Gabriel Alvares Horta, 071.389.226-98, gabriel2alvares@yahoo.com.br
Camila Eugênia Fonseca Passos, 109.696.536-46, camilaefonsecapassos@gmail.com

O uso de betabloqueadores está relacionado à melhora na história natural da insuficiência cardíaca crônica, reduzindo sintomas, taxas de re-hospitalização e mortalidade, mas questiona-se sua eficácia durante a descompensação, especialmente quando associado à dobutamina. Essa associação foi descrita no seguinte caso: Paciente do sexo masculino, 72 anos, portador de insuficiência cardíaca crônica, com fração de ejeção de 29% e hipertensão arterial sistêmica, com história de infarto agudo do miocárdio, fibrilação atrial troca de válvula mitral por válvula biológica, cateterismo e angioplastia. Admitido na unidade de terapia intensiva apresentava-se hipotenso, taquipneico, acianótico, saturação 96%, congesto, com edema de membros inferiores. Foi realizada a otimização da ICC com furosemida 20mg de 6/6h e dobutamina (10ml/h). No dia seguinte, foi iniciado carvedilol 3,125mg duas vezes ao dia. Posteriormente, a dobutamina foi retirada de forma gradual até a suspensão no 3º dia de internação, e a dose de carvedilol foi aumentada, de acordo com a tolerabilidade do paciente, de modo que, na alta, o paciente recebia 25mg duas vezes ao dia. Após 11 dias da admissão, o paciente teve alta da unidade de terapia intensiva com melhora do quadro. No presente relato, a resolução positiva do quadro corrobora os estudos que confirmam a eficácia do tratamento combinado com betabloqueadores e inotrópico. Contudo, ressalta-se o risco da imprevisibilidade da resposta hemodinâmica, visto que ambos fármacos atuam em receptores adrenérgicos.

DOR NEONATAL: MANEJO E PERSPECTIVAS NO AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA

Lucas De Barros Anastácio, 080.169.946-01, 95lucasbarros@gmail.com
Isabele Santos Piuzana Barbosa, 124.646.886-73, isabelepiuzana@hotmail.com
Isabela Abreu Torres, 124.017.796-80, isabelaabreu100@gmail.com
Kenia Ferreira Rosa, 110.223.056-11, keniaferreirarosa@yahoo.com.br
Weslei Silveira De Moura, 123.237.016-90, wesleimourafisio@gmail.com

Objetivo: Recém-nascidos (RN) respondem a estímulos dolorosos e estes, quando excessivos, geram efeitos adversos fisiológicos que podem ser fatais e danosos. Entretanto, as intervenções de alívio da dor neonatal são muitas vezes inadequadas. Portanto, o objetivo desta revisão é abordar as perspectivas e evidências atuais acerca do manejo da dor em neonatos em ambiente de terapia intensiva. Métodos: Revisão sistemática pautada no Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis. Utilizou-se da base PubMed, empregando-se dos descritores “pain management”, “neonate” e “intensive care unit” (consultados no Medical Subject Headings). Foram encontrados 369 artigos, sendo 18 usados na revisão, tendo como critérios de inclusão e exclusão, respectivamente, análise do abstract e o ano de publicação (últimos 3 anos). Resultados: Avaliação dolorosa em RN é difícil. Assim, métodos de quantificação algíca são importantes, mensurando a dor aguda baseada em pistas fisiológicas e comportamentais (como expressões faciais e padrão respiratório), auxiliando no tratamento algíco. Em relação à abordagem farmacológica, muitos estudos apontam para o uso de analgésicos não-opioides (benzodiazepínicos, acetaminofeno ou antiinflamatórios não-hormonais), anestésicos locais e opioides, tendo este último grupo necessidade de administração monitorada devido a correlação com eventos adversos. Por fim, medidas não farmacológicas são, também, eficazes, destacando-se os banhos quentes, contato pele a pele e amamentação. Conclusão: A exposição prolongada a dor prejudica o RN, influenciando na programação de seu sistema neuroimune. Assim, uma abordagem baseada em evidências, gerando protocolos adequados para manejo algíco é necessária, garantindo o desenvolvimento adequado do RN, especialmente aqueles em ambiente de terapia intensiva.

NEFRITE LÚPICA NO LÚPUS: RELATO DE CASO

Sarah Pereira Souto Maia, 063.473.645-06, sarah.pismaia@gmail.com
Livia De Castro Sant'anna, 130.949.456-86, liviacsantanna@gmail.com
Sofia Reis Botelho, 139.279.896-57, sofiabotelho1001@gmail.com
Felipe Oliveira Martins, 135.369.776-26, fepaomartins@gmail.com
Cristiane Junqueira De Carvalho, 053.080.576-64, cristmed@bol.com.br
Marina Bonani Montingeli, 016.140.996-26, marinabonani@live.com

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, de causa desconhecida, que pode afetar praticamente todos os órgãos. Em algum momento de sua evolução, 50% dos pacientes apresentam sinais de comprometimento renal, sendo a nefrite lúpica uma causa importante de morbidade e mortalidade dentro dessa porcentagem. Este relato de caso aborda esta condição, manifestada em uma paciente portadora da doença. Paciente do sexo feminino, 24 anos, deu entrada no pronto-atendimento com queixa de mialgia, febre, alopecia não cicatricial, úlceras orais, perda ponderal (19kg) e confusão mental iniciados há 5 meses, com piora progressiva até a admissão. Ao exame físico apresentava-se febril, prostrada, hipocorada, desidratada, taquipneica, taquicárdica, com edema bípupilar e fenômeno de Raynaud, sem demais alterações. Após propedêutica, foi diagnosticado LES, nefrite lúpica em atividade (EAS: proteínas, hemoglobina, leucócitos 7/campo, hemácias 12/campo, cilindros: céreo 2/campo, granuloso fino 5/campo, grosso 1/campo) e anemia microcítica/hipocrômica, quando optou-se pelo início de Prednisona 60 mg/dia VO e transfusão de 2 CH. Três dias depois, paciente evoluiu com piora importante da função renal (Ur 170/Cr 2,4), acidose metabólica grave (pH 7,38/Bic 7), taquipneia e oligúria, sendo encaminhada ao CTI para realização de hemodiálise. Levando em consideração que até 10% dos pacientes com nefrite lúpica desenvolvem doença renal terminal, e que a mortalidade é maior nestes doentes comparados àqueles com LES sem essa complicação, torna-se importante a triagem periódica através da uronálise, quantificação de proteinúria e estimativa da TFG no acompanhamento de pacientes com LES.

PREDIÇÃO DE RISCO E INCIDÊNCIA DE OLHO SECO EM PACIENTES CRÍTICOS

Diego Dias de Araújo, 016.181.556-10, diego.dias1508@gmail.com
Daniel Vinícius Alves Silva, 115.205.486-48, danielva.s@hotmail.com
Patrícia Oliveira Silva, 076.470.966-64, patymoc2010@gmail.com
Tamara Gonçalves Rezende Macieira, 065.952.166-04, tata-macieira@hotmail.com
Andreza Werli-Alvarenga, 054.642.156-38, andrezawerli@gmail.com
Tânia Couto Machado Chianca, 477.904.746-34, taniachianca@gmail.com

Objetivos: Estimar a incidência de olho seco, identificar os fatores de risco para o seu desenvolvimento e estabelecer modelo de predição de risco para o seu desenvolvimento, em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva de um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais. Método: Coorte concorrente, realizada no período de março a junho de 2014, com 230 pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. Os dados foram analisados por estatística descritiva, bivariada com análise de sobrevida e multivariada com regressão de Cox. Resultados: Dos 230 pacientes, 53% desenvolveu o olho seco, com tempo médio para aparecimento de 3,5 dias. As variáveis independentes que impactaram, de forma significativa e conjunta, no tempo até ocorrência de olho seco foram: O₂ em ar ambiente e piscar de olhos mais de 5 vezes por minuto (fatores de menor risco) e presença de doença vascular (fator de maior risco). Conclusão: O olho seco é um achado comum em pacientes internados em unidades de terapia intensiva de adultos e cuidados para sua prevenção devem ser estabelecidos.

EFEITO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE OLHO SECO EM PACIENTES CRÍTICOS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Diego Dias de Araújo, 016.181.556-10, diego.dias1508@gmail.com
Daniel Vinícius Alves Silva, 115.205.486-48, danielva.s@hotmail.com
Patrícia Oliveira Silva, 076.470.966-64, patymoc2010@gmail.com
Carolina Amaral Oliveira Rodrigues, 121.190.986-70, carol_oliveira13@hotmail.com
Tamara Gonçalves Rezende Macieira, 065.952.166-04, tata-macieira@hotmail.com
Tânia Couto Machado Chianca, 477.904.746-34, taniachianca@gmail.com

Objetivo: avaliar o efeito de intervenções de enfermagem (lágrima artificial gel e lágrima artificial líquida) na prevenção de olho seco em pacientes internados em unidade de terapia intensiva geral de adultos. Método: ensaio clínico controlado e randomizado, com amostra de 140 pacientes randomizados em dois grupos: lágrima artificial líquida (n = 70) e lágrima artificial gel (n = 70). Foram incluídos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva, que atendessem aos seguintes critérios: ter mais de 18 anos, não apresentar olho seco no momento da admissão, estar em terapia de ventilação mecânica, piscar de olhos menor que 5 por minuto e avaliação na escala de coma de Glasgow menor ou igual a 7. O desfecho final foi olho seco em pacientes criticamente enfermos, sendo avaliado cegamente os olhos dos pacientes utilizando o teste de Schirmer I e teste de fluoresceína. Resultados: Entre os pacientes que receberam a lágrima artificial líquida 21,4% desenvolveram o desfecho e, entre aqueles que foi implementada a lágrima artificial gel, 8,6% apresentaram o olho seco. A intervenção lágrima artificial gel mostrou-se mais efetiva (RR = 0,40; IC 95%: 0,166; 0,964; p = 0,043) na prevenção de olho seco, quando comparada à lágrima artificial líquida. Conclusão: A intervenção lágrima artificial gel impactou diretamente no resultado em relação à lágrima artificial líquida, reduzindo o risco para o desenvolvimento de olho seco em pacientes criticamente enfermos.

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA AMBULATORIAL EM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE.

Gabriela Kelly Da Silva, 103.798.286-00, gabi_kelly32@hotmail.com
Renata Gonçalves Resende, 055.191.156-56, renatagresende@yahoo.com.br
Giovanna Ribeiro Souto, 058.755.656-08, grsouto@hotmail.com
Geane Moreira, 042.532.986-05, gabi_kelly32@hotmail.com
Luisa Simões Silva, 102.579.306-47, gabi_kelly32@hotmail.com

A Odontologia Hospitalar é definida como o conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar e inseridas no contexto de atuação da equipe multidisciplinar. Tem-se percebido uma ampliação do campo de atuação dos cirurgiões-dentistas nesta área, mas ainda é considerada pouco conhecida pela população. Objetivo: Analisar o perfil dos pacientes e os atendimentos odontológicos realizados no ambulatório do Hospital Público Regional de Betim Osvaldo Rezende Franco (HPRB) no período de 2012 a 2018. Métodos: Foi realizado um estudo quantitativo descritivo com abordagem retrospectiva, com utilização de dados secundários referentes aos registros de produtividade dos atendimentos realizados pela equipe de odontologia hospitalar, no período de 2012 a 2018. Resultados: Foram analisados 605 prontuários, sendo observados 51% de mulheres, adultas. A maioria foi encaminhada do serviço de hemodiálise (25%) e a avaliação de lesões da mucosa bucal o principal motivo de consulta (31%). Após o atendimento, 23% dos pacientes foram encaminhados para a Unidade Básica de Saúde (UBS), 19% para tratamento endodôntico no centro de especialidades e 17% para consulta com o médico assistente. Conclusão: Os maiores beneficiários dos tratamentos foram os pacientes com doenças crônicas e transplantados. O que demonstra a importância de atendimento odontológico em equipes multiprofissionais no ambiente hospitalar no intuito de prevenir complicações sistêmicas causadas por doenças bucais.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Lucas De Oliveira Ferrer, 129.209.146-00, lucferrer10@hotmail.com
Rodolfo Ferreira Faria, 388.903.918-98, rodolfodrigo@hotmail.com
Neman Modesto Murad, 113.788.746-09, nemanmurad@yahoo.com.br
Rodrigo Ferreira Faria, 388.904.308-93, rodolfodrigo@hotmail.com
Lyvi Maira Silveira, 079.682.226-30, lyvi_18@hotmail.com
Mario Luis Bordignon Mariottoni, 102.317.678-54, mmariottoni@bol.com.br

Objetivo: avaliar as características epidemiológicas dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). Métodos: foi realizado um estudo coorte de todos os pacientes internados na UTI Pediátrica do HCSL entre 01 de janeiro de 2016 e 31 de março de 2019. Resultados: A UTI Pediátrica recebeu um total de 628 pacientes no período analisado, com média de 16 internações/mês e faixa etária mais atendida representada pelos menores de 1 ano de idade (51,3%). Uma parcela de 21,7% da amostra foram pós-operatórios diversos encaminhados do centro cirúrgico, podendo evidenciar como principais os que sucederam procedimentos cirúrgicos neurológicos (58%), seguidos de abordagens do trato gastrointestinal (31,6%). Demais pacientes provieram do pronto socorro (32,2%), enfermarias (21,5%) e berçário (7,2%) do hospital e ainda 14,2% de outros serviços, sendo as patologias pulmonares as mais frequentes causas de internação (19,3%) superando prematuridade (14,8%), complicações neurológicas (9,6%) e trauma (7,2%). O tempo de internação foi menor de 10 dias em 70,7% dos casos ocorrendo a necessidade de intubação orotraqueal em 42,6% do total de pacientes. Conclusão: O perfil epidemiológico do serviço é composto majoritariamente por acompanhamento pós-operatório além de afecções respiratórias e caracterizado por parcela importante de recém-nascidos internados, decorrente da conjugação com UTI neonatal portadora de número insuficiente de leitos para a demanda. O estudo sugere uma avaliação para possível reorganização do espaço da UTI pediátrica e neonatal.

DESCRIÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME PÓS-TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Larissa Cristelli de Sena (apresentadora), 128.879.696-09, larissacristelli@outlook.com
Marcos Flávio Habib Valério, 135.147.916-43, marcosfhabib@hotmail.com
Luane Pinheiro Rocha, 118.859.616-00, luanepr@yahoo.com.br
Poliana Xavier Cardoso Andrade, 131.883.236-54, polianaxca@gmail.com
Maurício Vitor Machado Oliveira, 062.782.526-51, mvmomachado@gmail.com
Carolina Coimbra Marinho, 588.828.556-00, carolinacmarinho@gmail.com

Objetivo A síndrome pós-terapia intensiva (PICS) se caracteriza pelo surgimento de disfunções cognitivas, psiquiátricas e/ou físicas após tratamento em centro de terapia intensiva (CTI). O objetivo inicial do trabalho é caracterizar a frequência dos principais fatores de risco para PICS em nosso meio. A partir dos resultados encontrados e do seguimento dos pacientes na enfermaria e no ambulatório, pretende-se, em um segundo momento, correlacionar os fatores de risco com desfechos específicos e propor medidas baseadas na atuação multiprofissional para minimizar seus impactos. Métodos No período de setembro de 2018 a março de 2019, acompanhamos 142 pacientes internados por mais de três dias no CTI. Após consultar a literatura, selecionamos 12 fatores de risco para PICS para registrar a ocorrência. Ademais, foi criada uma classificação baseada no número de fatores de risco e na vigência de sepse. Pacientes com diagnóstico de sepse ou três ou mais fatores de risco foram considerados de alto risco. Dois fatores de risco configuram o médio risco e um fator isolado ou nenhum, o baixo risco. Resultados Os fatores de risco que apresentaram maior frequência foram antibioticoterapia (76,8%), necessidade de drogas vasoativas (68,3%), uso de benzodiazepínicos/opioides (61,3%) e ventilação mecânica por mais de três dias (57%). Dentre os 142 pacientes, 99 (69,7%) foram classificados com alto risco para PICS. Conclusão Os resultados iniciais corroboram a importância do seguimento dos pacientes após a terapia intensiva. Porém, para melhor previsão do risco de PICS, é necessário correlacioná-los com os desfechos observados após a alta do serviço.

AVALIAÇÃO DA REDUÇÃO DE NÍVEIS PRESSÓRICOS DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS POR UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA RESIDENTES EM TERRITÓRIO ADSTRITO POR EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TEÓFILO OTONI, MINAS GERAIS

LARYSSA REIS COELHO, 119.435.576-59, laryssareiscoelho@hotmail.com
Isabela de Melo Silva, 117.424.036-97, isabelademelo@hotmail.com
Paulo Tarso Farias Teixeira, 125.895.966-69, paulotarsoteixeira@gmail.com
Thainara Liberato do Carmo, 121.881.416-01, thainara.liberato.carmo@hotmail.com
Daniel Martins Bastos, 110.117.576-13, daniel_mbastos@hotmail.com

Objetivo: Analisar os níveis pressóricos de pacientes hipertensos residentes em território de uma equipe de Estratégia de Saúde antes e após o início do acompanhamento ao Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE). Métodos: Inicialmente, foram recolhidos dados dos Prontuários Médicos de 21 pacientes hipertensos encaminhados ao CEAE, relativos ao sexo, idade, altura, massa, medicamentos em uso, comorbidades e a última medida da pressão arterial (PA) aferida antes do encaminhamento. Posteriormente, foram coletados no sistema de registro do CEAE valores da PA aferida nas consultas, medicamentos em uso e comorbidades. Os níveis pressóricos sistólico e diastólico foram comparados entre os períodos por meio do teste de Wilcoxon ($p = 0,05$). Resultados: A amostra contou com 10 homens e 11 mulheres, com média de idade de 63,76 anos, variando de 58 até 84 anos. A média geral da PA da população antes do encaminhamento ao CEAE foi 154x89 mmHg, já a média geral depois do encaminhamento foi 137x85mmHg, contudo nem para a pressão sistólica ($p = 0,1175$) nem para a diastólica ($p = 0,1175$) foi observada redução estatisticamente significativa após o encaminhamento ($p > 0,05$). Por conseguinte, o grupo migrou de estágios hipertensivos elevados para o de pré-hipertensos, segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Com isso, espera-se que haja redução da ocorrência de eventos cardiovasculares. Conclusão: Os dados indicam que houve redução, embora não significativa, dos valores de PA sistólica e diastólica antes e depois do encaminhamento à equipe multiprofissional do CEAE, enquadrando em um grupo de menor risco para eventos cardiovasculares.

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL DOS PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL METROPOLITANO DE BELO HORIZONTE

Isadora Pereira Gomes, 082.752.296-77, isadorapgomes@gmail.com
Júbia Aparecida Costa Reis, 097.673.606-38, jubilareis@hotmail.com
Tatiane Bretas da Silva Telles, 050.509.026-06, tatybretas@yahoo.com.br
Fernando Sartori Rocha Campos, 605.204.186-20, odonto.hob@pvh.gov.br
Cristina Oliveira Rodrigues, 047.614.576-78, crisolirodrigues@hotmail.com
Renata Gonçalves de Resende, 055.191.156-56, renatagresende@yahoo.com.br

Objetivo: Analisar a condição bucal dos pacientes que se encontram em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB), em Belo Horizonte, Minas Gerais (BH-MG). Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, fundamentado na análise retrospectiva e descritiva de prontuários de pacientes. Foram analisados 262 prontuários, referentes aos meses de janeiro de 2015 a dezembro de 2015. Destes, 112 prontuários foram incluídos nesta pesquisa. Resultados: O sexo masculino teve maior prevalência (53,57%), na 5ª e 6ª décadas de vida (25,89%). Os pacientes mais velhos, entre a 5ª e a 9ª década de vida, apresentaram uma maior permanência na UTI. A pneumonia foi observada em 40 pacientes (35,71%), e apresentou correlação com o aparecimento de alterações de mucosa labial, tais como o ressecamento. A pneumonia nosocomial foi encontrada em 16 pacientes (14,28%). Dentre os pacientes acometidos com a pneumonia nosocomial, foi constatado que 9 eram desdentados parciais (56,25%). Quando se analisou a incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM), notou-se uma redução de 54,9% comparando o ano de 2005 ao ano de 2015. Conclusão: Esse estudo sugere que as alterações da cavidade bucal podem estar diretamente relacionadas às infecções hospitalares, como as pneumonias. E ainda que a presença do cirurgião-dentista (CD) impacta positivamente o estado geral de saúde do paciente.

A UTILIZAÇÃO DOS LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA PELOS PACIENTES ACOMETIDOS PELA FEBRE AMARELA EM MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE E REFLEXÃO

Karina Pereira da Silva, 107.399.706-58, karina_cmd2@hotmail.com
Camila Cátia Vilela Viana, 073.531.376-81, camilavilela@saude.mg.gov.br
Érika Oliveira Santos, 037.744.666-10, erika.santos@saude.mg.gov.br
Fabiola Moreira Lima, 133.943.846-12, fabiolamoreira2007@hotmail.com
Letícia Fernanda Cota Freitas, 066.952.366-66, cotaleticia@gmail.com
Thais Morais Cantarino Alves, 134.771.796-09, thais.morais@saude.mg.gov.br

A Febre Amarela (FA) é uma doença viral infecciosa febril aguda transmitida por mosquitos do gênero *Aedes* e de notável impacto para o Estado de Minas Gerais, que enfrentou epidemia da FA em 2017 e 2018, cuja predominância fez-se nas seguintes Regiões Ampliadas de Saúde (RAS): Nordeste/Jequitinhonha e Leste, em 2017; Sudeste e Centro Sul, em 2018 e Centro em ambos anos citados. Objetivo: Este estudo tem como proposta comparar o número de internações e óbitos em leitos de UTI, causadas por FA, em Minas Gerais, nos anos de 2017 e 2018. Método: A fim de elucidar o comparativo, procedeu-se a análise dos dados do Sistema de Informação Hospitalar referente às diárias em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Resultados: No ano de 2017, o Estado de Minas Gerais apresentou 462 diárias de UTI ocasionadas pela doença de FA, das quais 186 evoluíram para óbitos. Na RAS Leste, foram registradas 161 diárias de UTI, seguidas por 136 na Região Nordeste/Jequitinhonha e 125 na RAS Centro. Em 2018, houve um aumento significativo das diárias de UTI (927), sendo estas concentradas nas RAS Centro (623) e Sudeste (168), perfazendo 334 óbitos. Conclusão: Observa-se a necessidade de refletir sobre possíveis motivos da elevação do número de óbitos em pacientes atendidos em UTI. Cabe ressaltar a importância da capacitação profissional a fim de favorecer o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz dos indivíduos acometidos pela FA, uma vez que o agravamento dos casos demanda cuidados intensivos.

O PACIENTE ONCOLÓGICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Livia Sarquis Botrel (apresentadora), 090.423.666-80, liviasarquis@yahoo.com.br
Daniel Fontes, 009.405.556-46, danielfontesbh@gmail.com
Rogerio de Castro Pereira, 623.385.446-68, castrorogério1@hotmail.com

Objetivo: demonstrar o perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Terciário Filantrópico no ano de 2017. Métodos: levantamento dos dados de prontuário de janeiro a dezembro de 2017, por meio de uma planilha com variáveis pré-estabelecidas pelos autores. Resultados: foram selecionados 449 pacientes oncológicos, sendo obtidos os seguintes dados: 59% desses pacientes possuem tumor de órgão sólido locorregional, seguidos de tumor de órgão sólido metastático, tumor hematológico e, por fim, tumor de órgão sólido e hematológico. Desses pacientes com tumor locorregional, 68% são provenientes de bloco cirúrgico em caráter de pós-operatório de grandes ressecções. De todos os pacientes oncológicos, 82% tiveram alta da UTI, sendo que 73% desses também tiveram alta hospitalar. Cuidados paliativos foram instituídos em 8% do total de pacientes. Conclusão: pacientes com câncer podem necessitar de internação na UTI por razões diversas, incluindo complicações agudas relacionadas ou não à neoplasia de base, cuidados pós-operatórios, monitoramento de tratamentos com potencial elevado ou desconhecido de complicações e por outras intercorrências agudas graves. Por muito tempo, o prognóstico dos pacientes com câncer que necessitavam de cuidados intensivos foi considerado excessivamente ruim a priori, e muitos deles não eram internados na UTI por causa da sua doença de base. Os avanços na medicina de forma geral foram fundamentais para a melhora do prognóstico. Diante disso, apesar da crença de que pacientes oncológicos possuem um prognóstico negativo, a maioria dos pacientes em estudo recebeu alta da UTI e do hospital.

TRATAMENTO DE OSTEONECROSE DE MAXILA ASSOCIADA A BISFOSFONATO COM USO DE CORPO ADIPOSE DA BOCHECHA PEDICULADO

MATHEUS BASTOS GUIMARÃES DE FARIA (apresentador), 072.623.636-54, matheusbastosfaria@gmail.com
Rael Victor Dutra Ferreira, 106.882.226-09, raelufmg@gmail.com
Henrique Côrtes Meira, 031.141.965-86, meirahc@hotmail.com
Eduardo Morato de Oliveira, 013.436.446-58, edmoratoiveira@hotmail.com
Ricardo Alves Mesquita, 607.268.571-49, ramesquita@ufmg.br
Leandro Napier de Souza, 763.826.306-59, leandronapierdesouza@gmail.com

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo relatar uma série de casos de osteonecrose dos maxilares associada aos bisfosfonatos tratados com enxerto de corpo adiposo pediculado. Métodos: Foram selecionados 9 pacientes, sendo cinco em uso de bisfosfonato para tratamento de osteoporose e quatro para tratamento de neoplasia maligna que apresentavam osteonecrose em região posterior de maxila. Este estudo foi previamente aprovado pelo COEP (CAAE-60380116.3.0000.5149) O tratamento de tais alterações foi realizado através de sequestrectomia e uso de enxertos de corpo adiposo pediculados. Resultados: Devido à manutenção do suprimento sanguíneo, os enxertos de corpo adiposo se mostraram promissores no tratamento de ambos os grupos, demonstrando uma grande manutenção de volume e resolução da alteração, mantendo o fechamento primário realizando no transoperatório. Conclusão: Apesar de não ser possível realizá-lo em todos os sítios bucais, o aparente sucesso pós-operatório no uso do corpo adiposo na forma pediculada no tratamento da osteonecrose de maxila parece ser promissor como meio coadjuvante de tratamento. No entanto, estudos futuros com maior número de casos são necessários para comprovação destes resultados.

USO DE ENXERTO LIVRE DE CORPO ADIPOSE DA BOCHECHA NO TRATAMENTO DE OSTEONECROSE DE MANDÍBULA RELACIONADA A BISFOSFONATO

Matheus Bastos Guimarães De Faria (apresentador), 072.623.636-54, matheusbastosfaria@gmail.com
Henrique Côrtes Meira, 031.141.965-86, meirahc@hotmail.com
Eduardo Morato de Oliveira, 013.436.446-58, edmoratoiveira@hotmail.com
Marcus Vinícius Lucas Ferreira, 032.471.876-42, mv.mac@icloud.com
Ricardo Alves Mesquita, 607.268.571-49, ramesquita@ufmg.br
Leandro Napier de Souza, 763.826.306-59, leandronapierdesouza@gmail.com

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo relatar quatro casos de osteonecrose de mandíbula relacionadas aos bisfosfonatos tratadas por sequestrectomia e uso de enxerto livre de corpo adiposo da bochecha. Métodos: Foram selecionados 4 pacientes em uso de bisfosfonatos, sendo três para tratamento de osteoporose e um paciente sob tratamento de neoplasia maligna que apresentavam osteonecrose de mandíbula. Este estudo foi previamente aprovado pelo COEP (CAAE-60380116.3.0000.5149) O tratamento de tais alterações foi realizado utilizando enxertos de corpo adiposo livres. Resultados: Os enxertos de corpo adiposo se mostraram promissores no tratamento de ambos os grupos, mantendo o fechamento primário realizando no transoperatório e apresentando resolução da alteração. Entretanto, apresentam uma grande perda de volume devido à sua não nutrição sanguínea. Conclusão: Apesar de não manter a maior parte de seu volume original, a possibilidade de utilizar tal recurso em qualquer sítio bucal e o aparente sucesso pós-operatório faz com que tal técnica seja promissora como meio coadjuvante no tratamento da osteonecrose em mandíbula ou região anterior de maxila. No entanto, estudos futuros com maior número de casos são necessários para comprovação destes resultados.

A PERCEÇÃO DE ESTRESSE ENTRE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Renato Policarpo da Silva, 017.875.376-92, renatopolicarpo1@gmail.com
Letícia Pereira da Silva Barbosa, 130.132.306-30, leticia_silva001@hotmail.com
Priscila Hoffmann Soares, 115.969.256-47, priscilahoffmann01@gmail.com
Daniel dos Santos Fernandes, 083.367.026-36, dsantosfernandes@outlook.com
Grazielle Barbosa, 070.280.646-38, grazibsa@yahoo.com
Karina Pereira da Silva, 115.969.256-47, karina_cmd2@hotmail.com

Objetivo: Analisar na literatura a percepção de estresse entre os profissionais que atuam nas unidades de urgência e emergência. Métodos: Revisão integrativa da literatura onde foram percorridas seis etapas distintas: Identificação da temática e da questão norteadora, elaboração dos critérios de inclusão e exclusão, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, análise/interpretação dos resultados, síntese dos dados e apresentação da revisão. Adotou-se como critérios de inclusão artigos que respondessem a pergunta de pesquisa, em periódicos nacionais e internacionais, publicados nos idiomas português e inglês no período de 2011 a 2018. Foram excluídos os trabalhos incompletos, duplicados e que não abordavam a temática do estudo e/ou não respondessem a questão norteadora. Resultados: Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obtivemos 10 artigos dos 50 resultantes da estratégia inicial de busca. Os estudos apontaram a área da saúde como a terceira ocupação que mais desencadeia agentes estressores. Os profissionais que apresentaram maior percepção de estresse foram aqueles que atuam nos serviços de urgência e emergência, sendo os médicos os mais afetados seguidos dos enfermeiros. Constatou-se que a exposição prolongada aos agentes estressores interfere negativamente tanto na saúde desses profissionais quanto no atendimento prestado por eles. Conclusão: Dado o exposto, evidencia-se que os profissionais da saúde que atuam em situações críticas apresentaram maior percepção de estresse, o que pode estar associado com demandas intensas de trabalho em cenários de grande tensão física e psicológica. Portanto, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas sobre essa temática, visto a escassez de estudos disponíveis

RELATO DE EXPERIÊNCIA NA DEFINIÇÃO DO QUANTITATIVO DE LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO TIPO II PARA A REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE TRIÂNGULO DO NORTE

FELIPE LEANDRO BATISTA, 089.472.996-93, batistafel@hotmail.com

O Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PAR) é o documento formal representativo dos pactos assistenciais que aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação desta rede temática. O PAR deve apresentar um diagnóstico do conjunto de serviços de saúde que atuam na atenção às urgências e emergências em uma determinada região de saúde, sendo operacionalizado conforme os critérios estabelecidos na Portaria MS/GM nº 1.600/2012, dar-se-á pela execução de cinco fases. Dentre os Componentes do PAR encontra-se o Componente de Atenção Hospitalar instituído pela Portaria MS/GM Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, sendo constituído também pelo quantitativo de leitos de terapia intensiva adulto tipo II para a RAS. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais aprovou por meio da Deliberação CIB-SUS/MG 2.807 de 13 de novembro de 2018 o PAR da RAS Triângulo do Norte, tendo o município de Uberlândia como polo da RAS. No PAR foi definido o quantitativo de leitos de terapia intensiva adulto tipo II para a região conforme pactuação nas oficinas com os gestores locais, levando-se em consideração: • A necessidade de leitos de terapia intensiva adulto tipo II para a RAS; • Análise da taxa de ocupação hospitalar e média de permanência apresentada pelas instituições hospitalares que pleitearam o Componente na região e • O interesse formal dos gestores locais na abertura/habilitação dos leitos.

DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE TOMADORES DE DECISÃO, EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, QUANTO À ESCASSEZ DE RECURSOS: DA REALIDADE AOS DESAFIOS PARA A GESTÃO

KARLA RONA DA SILVA, 037.666.726-57, karlarona0801@gmail.com
Sara Moura Martins, 120.496.416-56, karlarona0801@gmail.com
Chirley Madureira Rodrigues, 055.935.866-08, karlarona0801@gmail.com
Marina Lanari Fernandes, 076.901.766-58, karlarona0801@gmail.com
Rafael Mendonça Ribeiro, 371.758.858-30, karlarona0801@gmail.com
Shirlei Moreira da Costa Faria, 014.806.526-01, karlarona0801@gmail.com

Objetivo: Identificar de que forma os processos de gestão norteiam a alocação de recursos em uma Unidade de Pronto Atendimento. Método: Estudo qualitativo realizado por meio da entrevista narrativa em uma Unidade de Pronto Atendimento na cidade de Belo Horizonte - MG. Participaram 25 profissionais de saúde que responderam à seguinte pergunta: "Relate sua experiência sobre a tomada de decisão em situações de recursos escassos no âmbito da microalocação". O estudo foi aprovado pelos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa. Resultados: As narrativas demonstram que a escassez de recurso é agravado pela ineficiência de processos de gestão da qualidade norteando a prática assistencial, ou seja, os entrevistados enfatizam a necessidade de mudança na cultura organizacional no sistema público de saúde onde o desperdício e a implantação de processos de qualidade, para viabilizar o uso adequado dos recursos disponíveis, não são política institucional e cultural na unidade. A ineficiência da Rede de Atenção interfere na tomada de decisão, uma vez que, o recurso preconizado está diretamente relacionado ao tempo de permanência e agravo em saúde. Enfatizou-se ainda que a melhoria no processo de gestão perpassa os processos administrativos e devem se ocupar com a saúde do trabalhador e a educação continuada como forma de empoderar este profissional aos novos conceitos de gestão e atuação que deveriam ser implementados. Conclusão: Sem a intervenção que busque melhorias nos processos de gestão e sua profissionalização, torna-se frágil o processo que garanta acesso universal, com integralidade e equidade diante da escassez de recursos. Palavras-chave: Bioética. Tomada de decisões. Gestão em saúde. Alocação de recursos para atenção à saúde. Serviço hospitalar de emergência. Gestão de recursos. Emergências. Financiamento e agradecimentos: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ - 423610/2016-3) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG PRPq ADRC - 23853*365 01/2017), respectivamente.

GESTÃO E INCLUSÃO: ATUAÇÃO DE UM ALUNO DEFICIENTE FÍSICO EM UMA SIMULAÇÃO EM SAÚDE COMO METODOLOGIA UTILIZADA PARA A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Karla Rona Da Silva, 037.666.726-57, karlarona0801@gmail.com
Jhonatan Gomes Vieira Fróis, 097.829.716-42, karlarona0801@gmail.com
Shirlei Moreira da Costa Faria, 014.806.526-01, karlarona0801@gmail.com

Objetivo: descrever a experiência dos autores com o processo de inclusão de um aluno deficiente físico no processo de gestão de uma simulação em saúde como metodologia utilizada para a construção do conhecimento. Método: Estudo descritivo, tipo relato de experiência. A coleta de dados foi realizada em 2018, utilizando observações e registro em diário de campo. O relato da experiência consiste na descrição da história de um aluno que ficou tetraplégico durante o curso de graduação e sua inclusão em atividades acadêmicas. A atividade simulada trata-se do atendimento pré-hospitalar a vítimas de acidente em trânsito que para ser bem conduzida necessita de gestão de processos assertiva. As ferramentas de gestão utilizadas foram: análise SWOT, Ciclo PDCA, planilha 5W2H e check-lists. Resultados: O Plano de Ensino Camaleão permitiu integrar os conteúdos teóricos e a prática vivenciada. Os alunos foram divididos em equipes de trabalho e foram os protagonistas no planejamento, execução e avaliação do simulado; construíram informativo com foco em segurança no trânsito ratificando a aprendizagem significativa; e se integraram com os profissionais fortalecendo a interdisciplinaridade no espaço acadêmico. Muitos foram os desafios, como fragilidade na garantia de acessibilidade ao estudante deficiente, dificuldade para a mudança da cultura organizacional e acesso dificultado aos recursos tecnológicos assistidos. Conclusão: Nossos resultados retratam uma construção coletiva e inovadora, adaptada aos diferentes atores envolvidos, com impacto potencial para legitimação de um ambiente receptivo, inclusivo e autêntico, oportunizando a todos os alunos participação efetiva em atividades práticas. Palavras-chave: Inclusão em educação. Simulação em saúde. Deficiência física

A EFETIVIDADE DAS FERRAMENTAS DA ADMINISTRAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DE UMA PRÁTICA SIMULADA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Shirlei Moreira Da Costa Faria, 014.806.526-01, shirleidacosta16@gmail.com
Lorrana Risi Moreira, 023.088.046-02, lorrannarm2@gmail.com
Letícia Fernanda dos Santos Rocha, 132.662.286-26, letiisrocha@gmail.com
Letícia Rocha Carvalho, 138.867.356-80, leticia.carvalhorm@gmail.com
Karina Silva Fonseca, 006.474.146-00, karinaambiental@gmail.com
Karla Rona da Silva, 037.666.726-57, karlarona0801@gmail.com

Introdução: A formação para gestor em serviços de saúde pressupõe que o profissional tenha competência para a tomada de decisão. Por isso desde a formação é necessário que o discente efetive a tomada de decisão e organização dos processos. Descrição do caso: Trata-se de um Evento de Extensão universitária, que utilizou como ancoragem metodológica os preceitos da simulação em saúde, onde discentes participaram ativamente do planejamento, execução e avaliação das ações a serem desenvolvidas de forma interdisciplinar. Isso ocorreu mediante a utilização das ferramentas de gestão, a saber: Análise SWOT, 5W2R, Balanced Scorecard, check list para mapeamento das ações por comissões específicas e assim garantir o êxito do evento. O uso dessas ferramentas possibilitou elencar oportunidades, ameaças, pontos fortes e diagnosticar as fragilidades. Subsidiaram a gestão estratégica através da verificação dos progressos obtidos, estabelecendo metas diante do diagnóstico situacional da realidade interna e externa em que o evento estava inserido. Igualmente, possibilitou elencar o que fazer, o porquê desta ação, quem seria o responsável pela execução, como, quando e onde executaria, bem como o custo aplicável para a efetivação. Para que a comunicação entre equipes fosse clara, utilizou-se ainda um check list onde cada equipe, liderada por um aluno, ficou ciente de todo o roteiro do evento e principalmente a atribuição de sua equipe. Conclui-se então que o uso destas ferramentas possibilitou conhecer as particularidades do funcionamento do trabalho interdisciplinar, subsidiou a tomada de decisão assertiva, e fortaleceu o processo de formação dos futuros Gestores de Serviços de Saúde. Palavras-chave: Gestão de recursos. Administração organizacional. Ambiente interno. Ambiente externo

ESTRATÉGIAS PARA COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE OS MEMBROS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

JOÃO VICTOR DE CAIRES LIPOVETSKY, 087.212.056-20, tohfcaires@gmail.com
Flávio Henrique Medeiros Amaral, 123.729.386-30, flavio_amaral25@hotmail.com
Daniel dos Santos Fernandes, 083.367.026-36, prof.daniel.fernandes@unincor.edu.br
Milaine Domingues Borges, 015.540.806-22, milainedomingues@yahoo.com.br
Lidiane Aparecida da Silva Araújo, 015.226.066-88, araujo37@gmail.com
Franklin Weligton Viana de Oliveira, 033.298.062-65, jlipovtsky@icloud.com

Objetivos: Descrever estratégias para alcance da efetividade na comunicação dentre os membros da equipe multiprofissional de saúde durante atendimentos às situações de urgência e emergência. Métodos: Trata-se de um estudo de revisão integrativa do tipo descritivo de abordagem qualitativa. Utilizou-se a estratégia de busca por meio da associação booleana de descritores na plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde. Resultados: Esta revisão de literatura permitiu por meio de associações dos descritores utilizados a seleção de um total de oito artigos, os quais foram inclusos no estudo por responderem à pergunta norteadora. A busca ainda permitiu evidenciar a ausência de estudos que relatem a realidade brasileira, fato que merece atenção tendo em vista a importância da comunicação efetiva entre os membros da equipe multiprofissional. Conclusão: O presente estudo permitiu a descrição de estratégias para efetivação da comunicação entre os membros da equipe multiprofissional de saúde, entretanto observa-se nesta busca a ausência de estudos brasileiros que abordem essa temática. Este resultado de revisão de literatura não condiz com o universo da prática clínica, pois a vivência indica a utilização de ferramentas e a execução de boas práticas que possibilitem a otimização dos processos de comunicação entre os diferentes atores nos serviços de saúde. Os estudos inclusos apresentam estratégias e ferramentas com diferentes níveis de evidência que podem promover melhorias no processo de comunicação entre os profissionais de saúde. Todavia entende-se que se faz importante o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contemplem a realidade brasileira em torno da problemática da comunicação entre profissionais de saúde.

O ESTADO DA ARTE SOBRE O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO GESTOR DE SERVIÇOS DE TERAPIA INTENSIVA

João Victor De Caires Lipovetsky, 087.212.056-20, tohfcaires@gmail.com
Milaine Domingues Borges, 015.540.806-22, milainedomingues@yahoo.com.br
Flávio Henrique Medeiros Amaral, 123.729.386-30, flavio_amaral25@hotmail.com
Franklin Weligton Viana de Oliveira, 033.298.062-65, jlipovtsky@icloud.com
Daniel dos Santos Fernandes, 083.367.026-36, prof.daniel.fernandes@unincor.edu.br
Lidiane Aparecida da Silva Araújo, 015.226.066-88, lidienearaujo37@gmail.com

Objetivos: Descrever o estado da arte sobre a atuação do enfermeiro como gestor nas unidades de terapia intensiva Métodos: Este estudo trata-se de uma revisão integrativa e qualitativa, onde foi utilizada uma estratégia de busca por meio da associação booleana de descritores na plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os descritores: Gestão em saúde, Cuidados críticos, Liderança e Enfermeiros e Enfermeiras. Resultados: A revisão de literatura permitiu evidenciar através das buscas pelos descritores, que apesar da gestão de enfermagem ser um assunto impactante para os serviços de terapia intensiva, ainda não há uma literatura ampla que proponha discutir e debater assuntos a respeito desta temática. Conclusão: Este estudo elencou artigos que descrevem as competências dos profissionais enfermeiros como gestores da terapia intensiva. Ainda observa-se que as discussões levantadas pela literatura envolvem muitas vezes abordagens assistenciais, deixando de lado os processos administrativos do enfermeiro. É possível observar que se faz necessário questionar e propor reflexões sobre o papel integral dos gestores nas unidades de terapia intensiva, uma vez que, existem poucas referências a serem buscadas, nota-se então que muito deve ser pesquisado, se considerarmos as diversas particularidades que estão em torno desta temática.

TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

Thaís Morais Cantarino Alves, 134.771.796-09, thaimcaa@gmail.com
Camila Cátia Vilela Viana, 073.531.376-81, camilavilela@saude.mg.gov.br
Karina Pereira da Silva, 107.399.706-58, karina_cmd2@hotmail.com
Letícia Fernanda Cota Freitas, 066.952.366-66, leticia.freitas@saude.mg.gov.br
Fabiola Moreira Lima, 133.943.846-12, fabiolamoreira2007@hotmail.com
Érika Oliveira Santos, 037.744.666-10, erikotta3@gmail.com

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são estruturas essenciais para assistência ao paciente grave, uma vez que intervenções precoces objetivam a melhora nos desfechos clínicos. Assim, a dificuldade de acesso aos leitos de UTI pode afetar negativamente a sobrevivência dos pacientes e fomentar a ascensão da mortalidade populacional. Este estudo tem como proposta comparar a Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) dos leitos de Terapia Intensiva Adulto tipo II do Sistema Único de Saúde (SUS) entre as Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) do Estado de Minas Gerais, em 2018. Métodos: Análise de dados do Departamento de Informática do SUS referentes à TOH dos Leitos de Terapia Intensiva Adulto tipo II, em Minas Gerais, no ano de 2018. Resultados: O Estado referenciado possui 1.916 leitos de Terapia Intensiva Adulto tipo II, distribuídos entre 134 hospitais. Em relação às RAS, as Regiões Nordeste (1%) e Jequitinhonha (1%) possuem menor predomínio da alocação dos leitos e a Região Centro é predominante (38%), cuja média de TOH é 76%. Observa-se que, 47% dos hospitais apresentam TOH inferiores ao preconizado pelo Ministério da Saúde (90%), perfazendo uma média de ocupação de 79% no Estado. Conclusão: Diante dos resultados, e considerando o cenário atual, no qual o governo adotou a política de austeridade fiscal, faz-se necessário ampliar a discussão sobre as causas e implicações da baixa ocupação dos leitos de UTI em determinadas regiões, a fim de garantir a utilização imediata pelo sistema, sem necessidade de investimentos, mas por meio do remanejamento dos leitos não disponibilizados.

PERCEÇÃO DOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM FRENTE AOS DESAFIOS ENCONTRADOS NOS CENÁRIOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA/ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariana Aarão Cruz Severiano, 102.275.586-26, maaraocruz@gmail.com
Jéssica De Jesus Ferreira, 121.862.756-51, jessicadejferreira@gmail.com

Introdução: A unidade de terapia intensiva é caracterizada pelo atendimento a pacientes críticos. Tendo em vista a complexidade e especificidade deste campo de atuação e profundo aprendizado nele disponível, a Residência Multiprofissional (RM) em terapia intensiva/ urgência e emergência emerge com a finalidade de promover a especialização de profissionais de saúde para o desenvolvimento com excelência de práticas voltadas ao cuidado integral. Objetivos: expor os desafios enfrentados pelos residentes de enfermagem durante a realização do programa nos cenários de intensivismo/ urgência e emergência. Métodos: estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da RM em terapia intensiva/ urgência e emergência, na subárea da Enfermagem, realizado em um hospital público da Zona da Mata Mineira, no período de fevereiro a abril de 2019. Partindo do cotidiano, o relato de experiência emerge de observações sistemáticas da realidade vivenciada, descrevendo o conhecimento profissional adquirido pelos residentes em seu contexto de atuação. Resultados: Após a observação e análise crítica das residentes de enfermagem sobre as experiências nestes cenários, elencou-se duas perspectivas: carga horária extensiva; identificação do papel do residente. Conclusão: A RM em enfermagem agrega maiores possibilidades de desenvolvimento técnico-científico, através de sua inserção direta no serviço. Contudo é necessário maiores estudos acerca da vivência dos residentes de enfermagem nestes campos de atuação, com o intuito de intensificar o cuidado com os mesmos e diminuir a ansiedade e estresse gerado durante esse processo de pós-graduação, tornando-o mais agradável e prazeroso, contribuindo assim para melhor qualidade de vida dos mesmos.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA ANÁLISE GLOBAL SOB A PERSPECTIVA DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES E AVC EM MINAS GERAIS

Karina Pereira Da Silva, 107.399.706-58, karina_cmd2@hotmail.com
Camila Cátia Vilela Viana, 073.531.376-81, camilavilela@saude.mg.gov.br
Érika Oliveira Santos, 037.744.666-10, erika.santos@saude.mg.gov.br
Fabiola Moreira Lima, 133.943.846-12, fabiolamoreira2007@hotmail.com
Letícia Fernanda Cota Freitas, 066.952.366-66, cotaleticia@gmail.com
Thaís Morais Cantarino Alves, 134.771.796-09, thais.morais@saude.mg.gov.br

No Brasil, observa-se aumento da prevalência e incidência das doenças do aparelho circulatório, com altos índices de morbimortalidade e grande impacto financeiro. Objetivo: Analisar os óbitos por Doenças Cardiovasculares e Acidente Vascular Cerebral (AVC) em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do SUS em Minas Gerais, bem como a utilização das diárias e o valor da tabela SUS para assistência aos pacientes acometidos por esses agravos. Métodos: Análise do Sistema de Informação Hospitalar do Departamento de Informática do SUS referindo aos óbitos, diárias de UTI e valor da tabela SUS, relacionados aos procedimentos clínicos para tratamento de doenças cardiovasculares e AVC, em Minas Gerais, no ano de 2018. Resultados: Em UTI, a mortalidade por AVC equivale a 5,5%, sendo a quarta causa de óbitos. A Região Ampliada de Saúde (RAS) Centro apresentou 9,5% de óbitos relacionados às Doenças Cardiovasculares em relação ao total, já a RAS Jequitinhonha registrou aproximadamente 19,7%. As diárias de UTI por doenças cardiovasculares e AVC correspondeu a 14,4%, sendo que somente o AVC foi o sétimo mais registrado. De todos os procedimentos realizados em UTI; 8,8 % do valor total repassado, de acordo com a tabela SUS, correspondem às Doenças Cardiovasculares e AVC. Conclusões: As Doenças Cardiovasculares e AVC apresentam magnitude no contexto assistencial, ressaltando a necessidade de aperfeiçoar as diretrizes gerenciais em UTI, aliadas ao fomento das ações de prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, novos estudos são imprescindíveis para fortalecer a reflexão sobre a gestão do cuidado aos pacientes acometidos por esses agravos.

CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM REQUERIDA POR PACIENTES CRÍTICOS EM DIFERENTES CONDIÇÕES CLÍNICAS

Carla De Fátima Januário, 119.939.736-99, fatima.carla@hotmail.com
Luana Vieira Toledo, 083.455.226-45, luanatoledoufv@gmail.com
Lidia Miranda Brianti, 095.939.676-48, lmbrianti@hotmail.com
Taciane Sérgio de Araújo, 087.022.866-88, tacinhaaraujo@hotmail.com
Gabriela Tavares Boscarol, 091.611.146-69, gabiboscarol@gmail.com
Patricia de Oliveira Salgado, 049.043.006-61, patriciaoliveirasalgado@gmail.com

Objetivo: Identificar a carga de trabalho da enfermagem requerida pelos pacientes críticos em diferentes condições clínicas. Metodologia: Estudo transversal realizado com 53 pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de julho e setembro de 2018. Utilizou-se um instrumento contendo os dados de identificação dos pacientes e os itens do Nursing Activities Score (NAS) para avaliação da carga de trabalho da enfermagem. Realizou-se a estatística descritiva. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 2.014.344). Resultado: Houve predomínio de pacientes do sexo feminino (28 – 52,83%), idosos (75,47%), provenientes do serviço de urgência/emergência (34 – 65,38%). As principais causas de internação na UTI foram, respectivamente, doenças do aparelho circulatório (18 – 33,96%); doenças do aparelho respiratório (12 – 22,64%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7 – 13,21%). Na carga de trabalho da enfermagem, mensurada a partir da aplicação do NAS, a média foi de 13,78 horas de assistência de enfermagem, em 24 horas. Os pacientes que necessitaram de maior tempo de assistência foram internados por causas externas (18,12 horas), seguidos daqueles com doenças do aparelho respiratório (17,32 horas) e doenças do aparelho circulatório (15,11 horas). A menor demanda pela assistência de enfermagem foi dos pacientes com doenças do sistema nervoso necessitaram (12,48 horas). Conclusão: As constatações desse estudo auxiliam no dimensionamento de pessoal de enfermagem, segurança do paciente e qualidade da assistência. O enfermeiro deve estar atento à carga de trabalho requerida pelos diferentes pacientes, pois ela pode repercutir na qualidade e custo da assistência.

ANÁLISE DE EFETIVIDADE: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Roberta Maria De Jesus, 054.104.296-30, robertaenfer@gmail.com
José Ferreira Pires Júnior, 070.814.326-11, piresjuniorr@hotmail.com
Tânia Couto Machado Chianca, 477.904.746-34, taniacchianca@gmail.com
Tauana Wazir Mattar e Silva, 068.117.846-95, twmattar@gmail.com
Luciana Valverde Vieira Delfim, 065.304.256-67, lucianavv@gmail.com
Pâmela Malheiro Oliveira, 033.720.705-42, pamela_malheiro@hotmail.com

Objetivo: Analisar a efetividade de um protocolo de lesão por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva. Método: Estudo observacional, prospectivo, quantitativo, realizado entre junho e dezembro de 2018, na UTI Geral Adulto de Hospital Oncológico, em Belo Horizonte, Minas Gerais. O protocolo normatiza que, na admissão na UTI e diariamente, todo paciente é submetido à inspeção da pele e a avaliação do risco de lesão por pressão conforme a escala de Braden. Após avaliação, são planejadas as condutas segundo as recomendações baseadas em evidências para a prevenção de lesões. O cálculo da efetividade do protocolo de lesão por pressão utiliza a seguinte fórmula: n° pacientes expostos ao risco de LP – n° pacientes que evoluíram com LP / n° pacientes expostos ao risco de LP x 100. Resultados: Após a implementação do referido protocolo, observou-se maior frequência de adoção das ações como: minimizar o comprometimento da percepção sensorial; mobilidade e atividade; minimizar a fricção e o cisalhamento; controlar a umidade; otimizar o estado nutricional e hidratação; educar, orientar e supervisionar as ações de prevenção de lesão por pressão e documentar as ações implementadas. A efetividade do protocolo é analisada considerando o total de pacientes expostos ao risco de integridade da pele prejudicada, que não desenvolveram a lesão por pressão. Assim os números mensais mostram: julho (98,02%), agosto (99,53%), setembro (99,50%), outubro (98,49%), novembro (99,41%) e dezembro (99,38%). Conclusão: A maior frequência de ações preventivas após uso do protocolo demonstra a importância dessa ferramenta na adoção das recomendações baseadas em evidências científicas pelos profissionais.

SEGURANÇA DO PACIENTE: O CONHECIMENTO TEÓRICO DE ENFERMEIROS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE

Bárbara Cristina Dias Giaquinto, 049.182.306-10, Barbaragiaquinto@Gmail.Com
Daniela Aparecida Morais, 029.294.316-44, dam.morais@gmail.com
Maria Clara Soares Pacheco, 123.667.456-13, mclpacheco@hotmail.com
Graziela Fagioli Moreira, 078.505.526-60, grafagioli@hotmail.com
Luísa de Souza Costa, 130.665.726-17, samaraoliveira@gmail.com
Samara Oliveira da Silva, 078.611.536-06, samaraoliveira@gmail.com

Objetivo: identificar o conhecimento teórico de profissionais de enfermagem inseridos em centro de terapia intensiva de um hospital público de Belo Horizonte sobre Segurança do Paciente, bem como caracterizar os participantes. Método: estudo transversal descritivo com 39 enfermeiros alocados num hospital público de Belo Horizonte. Utilizou-se um instrumento com questões sobre o perfil dos enfermeiros e tópicos inerentes à Segurança do Paciente. Resultados: Participaram 39 enfermeiros, dos quais a maioria era do sexo feminino (79,5%) e a idade variou de 21 a 58 anos (mediana 33 anos). As questões com maior número de acertos foram “conceito de Segurança do Paciente” (87,1%), “intervenções para prevenção de infecção de corrente sanguínea” (84,6%), “fatores inerentes à ocorrência de evento adverso” (82,0%). As questões “evento adverso mais frequente na terapia intensiva” (15,3%), “momentos de aplicação do checklist de cirurgia segura” (7,6%) tiveram menos acertos. A nota total por questionário variou de 4 a 6 pontos (mediana 5) e todas as outras questões tiveram percentual de acerto acima de 60%. Conclusão: os enfermeiros apresentaram um bom conhecimento sobre a temática. A atuação da educação permanente frente a estes profissionais favorecerá a ampliação do conhecimento teóricos destes, o que contribuirá para a disseminação da temática e, por conseguinte, numa assistência de enfermagem segura.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CHECKLISTS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO EM UNIDADE NEONATAIS

ANNA CAROLINE LEITE COSTA, 124.208.726-57, anna.leitebh@gmail.com
Bruna Figueiredo Manzo, 035.612.616-12, brunaamancio@yahoo.com.br
Daniela Cristina Zica Silva, 075.300.626-03, dani_zica@yahoo.com.br
Fernanda Lopes Araújo, 095.269.956-78, fernanda.lopesaraujo@gmail.com
Vitório Guedes Gomes, 078.242.926-22, vitorioguedesgomes@yahoo.com.br
Luciana Regina Ferreira da Mata, 062.324.816-66, lucianarfмата@gmail.com

Objetivo: Construir e validar o conteúdo de checklists de cuidados de enfermagem baseados nos preceitos relacionados à segurança do paciente internado em UTIN. Método: Estudo metodológico realizado entre 2017 e 2018. A primeira etapa foi a revisão integrativa guiada pela pergunta: Quais elementos devem compor checklists de cuidados de enfermagem na admissão, internação e preparação para alta, com vistas à segurança do paciente internado em UTIN? A segunda foi a construção e validação de conteúdo dos checklists por enfermeiros. Os itens de acordo com recomendações para a segurança do paciente foram avaliados conforme os critérios metodológicos de Pasquali, considerando para a validação o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) 0,90. Na primeira rodada participaram 43 especialistas, 33 na segunda e 32 na terceira, os quais consideraram pertinência, objetividade, clareza e relevância dos itens. Este projeto possui como número de CAAE: 69001317.0.0000.5149. Resultados: Dentre os 109 itens avaliados nos três checklists, 108 foram validados com IVC a 0,90 após as modificações sugeridas, e um único item foi excluído do checklist de admissão. Conclusão: O conteúdo dos checklists de segurança do paciente no cuidado de enfermagem nos momentos da admissão, internação e preparação para alta da UTIN foi considerado válido pelo comitê de especialistas. Os resultados da pesquisa limitam-se à validade de conteúdo, recomendando, posteriormente, a validação clínica dos instrumentos.

A UTILIZAÇÃO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DA MATÉRIA TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE E REFLEXÃO

KARINA PEREIRA DA SILVA, 107.399.706-58, karina_cmd2@hotmail.com
Renato Policarpo da Silva, 017.875.376-92, renatopolicarpo1@gmail.com
Marcelina Márcia Carneiro de Mendonça, 090.662.156-90, marcelina8002@gmail.com
Elane Cristina Costa do Nascimento, 027.045.962-63, cristinaelane76@gmail.com
Cristina Fernandes Machado, 839.397.256-68, Cristinafmmachado@gmail.com
Camila Cátia Vilela Viana, 073.531.376-81, camilavilela@saude.mg.gov.br

Introdução: Sabe-se que as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, buscam a formação de profissionais críticos e reflexivos, capazes de atuar em diversos cenários. Para tanto, destaca-se como metodologia ativa a prática de simulação realística no contexto educacional. Desta forma, tendo em vista que a disciplina de terapia intensiva ofertada na graduação tem como base uma carga horária prática, a utilização desta metodologia agrega conhecimento ao processo de ensino aprendizagem. Descrição do caso: Este trabalho tem como proposta descrever os benefícios da metodologia de simulação realística no contexto da disciplina de Terapia intensiva. Ressalta-se que tem sido de grande valia para fixação do conhecimento teórico e científico, uma vez que ao realizar esta prática os discentes vivenciam rotinas do Centro de Terapia Intensiva (CTI), possibilitando o desenvolvimento de habilidades técnicas e competências pessoais, além de ser uma ferramenta facilitadora na superação de dificuldades e medos. Nesse sentido, a simulação realística permite ao aluno a compreensão da responsabilidade que assumirá quanto enfermeiro no CTI, assim, este se vê como líder no atendimento e se prepara para rotina profissional, visto que é imprescindível o domínio técnico científico sobre o conteúdo teórico, para que o gerenciamento do cuidado seja executado com destreza. Comentários: Portanto, evidencia-se que com a metodologia de simulação realística o discente finaliza a graduação com diferenciais em sua desenvoltura, tais como: agilidade, visão crítica e empatia, além de tomar decisões seguras e assertivas mesmo diante dos imprevistos.

RELAÇÃO ENTRE A CARGA DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM PACIENTES CRÍTICOS

NAYARA CRISTINE PROTTE DE PAULA, 119.044.876-96, nayara.protte@hotmail.com
Rhillary Lorryne de Souza, 090.472.286-42, rhillarysouza97@gmail.com
Tarcísio Laerte Gontijo, 041.803.256-40, enftarcisio@ufsj.edu.br

Objetivo: Discutir a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem e a ocorrência de eventos adversos (EA) em pacientes de Unidades de Terapia Intensiva. Método: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF; utilizando os seguintes descritores: enfermagem and segurança do paciente and cuidados críticos and trabalho. Foram incluídos estudos publicados entre os anos 2014-2019 nos idiomas inglês, português e espanhol. Identificou-se 37 artigos, sendo 7 incluídos por responderem a questão norteadora: A carga de trabalho da equipe de enfermagem relaciona-se à ocorrência de (EA) em pacientes críticos? Resultados: Todos os estudos mencionaram o uso do Nursing Activities Score (NAS) para análise da carga de trabalho. Observou-se que a gravidade do paciente e o NAS acima do score estimado influenciam na ocorrência de EA, e, aqueles pacientes submetidos a EA, têm seu tempo de internação aumentado. Os EA relacionam-se a processos clínicos, procedimentos, infecções, acidentes e administração clínica, sendo lesão por pressão, perda de sondas oro e nasoenteral, erro associado ao uso de medicação e infecção relacionada à assistência à saúde os mais mencionados. Apesar de vários estudos mencionarem relação entre maior carga de trabalho e ocorrência de EA, muitos não conseguem comprovação estatisticamente significativa. Apenas em um estudo a não ocorrência de EA prevaleceu sob a ocorrência. Conclusão: Destaca-se a importância do correto dimensionamento de pessoal a fim de garantir a adequação entre o número de profissionais de enfermagem e pacientes; e, realização de estudos que obtenham comprovações estatisticamente significativas.

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DO PACIENTE COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA E O USO DO BALÃO SENGSTAKEN-BLAKEMORE: UM RELATO DE CASO

Anna Sophia Fuzaro Gonçalves, 138.907.376-92, annasophiafg@gmail.com
Aline Martins Cardoso, 096.663.456-09, alinecardoso@outlook.com.br
Bruna Ramos de Carvalho, 102.555.646-19, brunaramos20@gmail.com
Lívia Sarquis Botrel, 090.423.666-80, liviasarquis@yahoo.com.br
Thais de Paula Guimarães, 015.182.666-81, thais.pguimaraes@gmail.com
Douglas de Sá Dias, 095.206.996-27, douglasdias.fisio@hotmail.com

Introdução: A hemorragia digestiva alta (HDA) por hipertensão portal em pacientes cirróticos pode ocorrer devido ao sangramento de varizes esofágicas ou gástricas. Essa complicação tem alta morbimortalidade e gera necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI). Quando há falha das terapias de primeira escolha o balão de Sengstaken-Blakemore (BSB) é indicado como medida temporária em casos onde haja instabilidade hemodinâmica. Descrição do caso: Trata-se de paciente masculino, 47 anos, portador de cirrose hepática secundária a hepatite B, admitido na UTI em contexto de HDA, instável hemodinamicamente. Realizado intubação endotraqueal e ressuscitação volêmica e metabólica. Submetido à EDA de urgência, porém não identificado sítio de sangramento devido hemorragia persistente, sendo optado por passagem do BSB. Realizada EDA no dia seguinte, porém ainda sem identificação do sítio do sangramento, sendo optado a repassagem do BSB. Mesmo após os esforços terapêuticos de toda a equipe multidisciplinar o paciente apresentou choque refratário, injúria renal e lesão pulmonar, evoluindo para óbito. Comentários: Apesar do desfecho negativo, o BSB foi uma ferramenta importante para a tentativa de hemostasia. O tratamento das hemorragias digestivas maciças por varizes em pacientes com cirrose hepática descompensada é um desafio para o time multiprofissional, pois este deve estar capacitado a trabalhar em equipe buscando a estabilização do paciente.

OCORRÊNCIA DE INJÚRIA PULMONAR AGUDA RELACIONADA À TRANSFUÇÃO (TRALI): ASPECTOS HEMOTERÁPICOS, DIAGNÓSTICO E CONDUTA

JÉSSICA MARIA GOMES DE FARIA, 081.235.386-26, jessica.mgfaria@gmail.com
Leonardo Souza Ribeiro, 154.513.657-25, leosouzaribeiro@yahoo.com.br
Rafaela Pena Magalhães, 017.465.996-26, rafaelamagalhaesp@gmail.com
Laís Simião Garcia, 368.388.198-48, lg.simiao@gmail.com
Ariane Simião Garcia, 368.388.188-76, ariane_sg@hotmail.com

A injúria pulmonar aguda relacionada a transfusão (TRALI), está presente em 1 a cada 5.000 transfusões. Deve-se suspeitar de TRALI, em pacientes que estejam recebendo transfusão ou foram recentemente transfundidos (em geral, até 6 h após o término) e apresentem insuficiência respiratória. Paciente masculino, jovem, deu entrada na UTI em estado grave, apresentava fraqueza muscular, vômitos, diarreia catarral, febre intermitente e relato de diminuição de 8 kg nos últimos 15 dias. Sendo diagnosticado com gastroenterite de origem infecciosa presumível. Paciente com múltiplas comorbidades, insuficiência renal aguda em evolução, sorologias para HIV e kalasar positivas. Ao exame laboratorial com bicitopenia sendo necessária hemotransfusão. Transfundido 5 bolsas de sangue total em seguida instalado concentrado de plaquetas com o qual paciente apresentou reação transfusional nos primeiros minutos de infusão. Quadro clínico de calafrios, sudorese intensa, hipotensão severa, taquidispneia, e broncoespasmo evoluindo com insuficiência respiratória aguda, com grave diminuição da saturação do oxigênio, sendo necessário suporte ventilatório com ventilação mecânica e fármacos vasoativos. Não existe tratamento específico para a TRALI, em caso de suspeita a transfusão deve ser interrompida imediatamente. A conduta é baseada em medidas de suporte ventilatório e hemodinâmico, corticoides não são recomendados. Não há consenso sobre a melhor forma de prevenção. Sugerem-se utilizar componentes plasmáticos provenientes de indivíduos do sexo masculino devido a maior exposição das mulheres à diferentes antígenos HLA durante a gestação, consequentemente maior chance de formação de anticorpos antileucócitos.

PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO DE PACIENTES EM TERAPIA INTENSIVA

Lais Gontijo Costa, 129.154.546-80, lais_gontijo@yahoo.com.br
Isabela Abreu Torres, 124.017.796-80, isabelaabreu100@gmail.com
Kenia Ferreira Rosa, 110.223.056-11, keniarosaz@gmail.com
Lucas de Barros Anastácio, 080.169.946-01, 95lucasbarros@gmail.com

Objetivos: Apresentar as principais medidas profiláticas a serem utilizadas em Unidades de Tratamento Intensivo com o objetivo de prevenção do tromboembolismo, que contempla a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP). A TVP e TEP são condições que aumentam consideravelmente a morbimortalidade dos pacientes críticos, sendo a profilaxia a medida mais importante a ser empregada visando a redução desses valores. Métodos: Realizou-se uma revisão sistemática utilizando artigos das bases de dados Scielo, PubMed e Google Acadêmico, com os descritores: tromboembolismo, profilaxia e terapia intensiva. Resultados: O tromboembolismo é caracterizado pela formação de um complexo plaquetário-coágulo pela ativação do sistema de coagulação e tem como tríade clássica estase venosa, lesão endotelial e hipercoagulabilidade. Foi constatado que os principais fatores de risco de tromboembolismo adquiridos na UTI são: cateter venoso central, sepse, sedação e paralisia farmacológica e ventilação mecânica. Associa-se a esses fatores a baixa acurácia do exame físico, o que deixa claro a necessidade de profilaxia. O fármaco de escolha é a HBPM, por possuir biodisponibilidade mais alta e previsível, meia vida longa, redução do risco de plaquetopenias e sensibilidade reduzida aos inibidores plasmáticos da heparina. Há também métodos mecânicos, como meias de compressão, movimentação do membro e compressão pneumática intermitente (PCI), embora seu uso não encontre respaldo na literatura, tratando-se de pacientes críticos. Conclusão: É extremamente importante a tromboprofilaxia para todos pacientes em UTI, sendo a HBPM o fármaco de escolha, a fim de se reduzir a morbimortalidade dos pacientes.

MODULAÇÃO AUTÔNOMICA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA, DURANTE A MOBILIZAÇÃO PRECOZE, DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À ANGIOPLASTIA

MARILITA FALANGOLA ACCIOLY, 629.131.829-68, marilitafisio@gmail.com
GRAZIELLA PAULA DE OLIVEIRA NERI, 045.013.476-86, graziellaneri@yahoo.com.br
BÁRBARA DE OLIVEIRA SILVEIRA, 021.293.676-07, 07 babioli97@gmail.com
JADE LARA DE MELO, 099.468.686-28, jade-lara@hotmail.com
LUCAS GABRIEL COELHO GOMES, 117.872.116-73, lucascoelho@outlook.com

Objetivos: Verificar o comportamento da modulação autonômica da frequência cardíaca durante o protocolo de mobilização precoce (MP) em indivíduos submetidos à angioplastia internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Métodos: Foram selecionados 16 indivíduos que realizaram angioplastia eletiva ou por Infarto Agudo do Miocárdio. Esses participantes foram submetidos ao protocolo de MP, após 12 a 18 horas do procedimento de angioplastia, durante o período de internação na UTI. Para aquisição da variabilidade da frequência cardíaca (VFC) foi realizada a captação dos intervalos RR instantâneos (iR-R) por meio de um cardiofrequencímetro. No último atendimento antes da alta, os iR-R foram captados antes, durante e após a realização do protocolo de MP. A VFC foi analisada por métodos lineares e não lineares (domínio do caos). Para a análise dos momentos (antes x durante x após MP), foram aplicadas as medidas repetidas de análise de variância unidirecional (ANOVA1), seguida pelo teste de TuKey. Resultados: Os pacientes apresentaram idade média de $61,29 \pm 8,34$ anos. Na avaliação, durante o último atendimento, nos momentos antes, durante e após o protocolo de MP, os índices Mean RR, Lmean, REC (%), DET, ShanEn apresentaram diminuição significativa durante o exercício e aumento significativo após o mesmo, enquanto que o VLF apresentou aumento significativo apenas no momento de realização do exercício. Já os índices ApEn e SampEn apresentaram resultados significativos inversos aos citados anteriormente. Conclusão: A mobilização precoce influencia na modulação autonômica de indivíduos durante o período de internação na UTI, após procedimento de angioplastia.

CRANIOTOMIA EM PACIENTE COM EMPIEMA SUBDURAL SECUNDÁRIO A RINOSSINUSITE: RELATO DE CASO

CARINA GABRIELA ANDRADE OLIVEIRA, 089.459.396-01, carina.andradde@gmail.com
Francisco Rodrigues de Sales, 160.493.733-53, hmcpolichico@gmail.com

Introdução: O empiema subdural é uma infecção intracraniana rara com alta mortalidade caracterizada pela coleção purulenta localizada entre superfície interna da dura-máter e superfície externa da aracnóide cerebral. Descrição do caso clínico: AMLS, 14 anos é internado no Hospital com queixas de vertigem, vômitos, odinofagia, cefaléia frontal progressiva há 07 dias. Ao exame o paciente apresentava-se hipocorado, pupilas isocóricas e fotorreativas, rinorreia posterior e febril. Evoluiu com quadro de convulsões tônico-clônica generalizada, rebaixamento do sensório e com rigidez de nuca. Iniciou-se tratamento com antibioticoterapia de amplo espectro, corticoterapia e anticonvulsivantes. A tomografia computadorizada de crânio, da cavidade nasal e de seios paranasais evidenciou empiema subdural direito e velamento dos seios maxilar direito, etmoidal e esfenoidal bilateralmente. Administrado antibioticoterapia com esquema tríplice- vancomicina ceftriaxona metronidazol. Paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico com etmoidectomia e esfenoidectomia bilateral associada à drenagem do empiema. Cultura negativa para crescimento de microorganismos. Evolução sem intercorrências no pós-operatório. Comentários: Empiema subdural afeta, geralmente, indivíduos do gênero masculino e adultos jovens. Patogênese pode ocorrer por via hematogênica, por tromboflebite retrógrada de veias que interligam os seios da face e do crânio. Diagnóstico baseia-se na clínica, nos exames laboratoriais e imagiológicos- tomografia computadorizada e ressonância magnética de crânio com contrastes. Prognóstico favorável requer evacuação neurocirúrgica do empiema subdural juntamente com antibioticoterapia endovenosa. Abordagem neurocirúrgica- craniotomia-envolve exposição e exploração adequadas do cérebro para promover descompressão e eliminação do material purulento.

INFECÇÃO OU SÍNDROME DE DRESS? UM RELATO DE CASO

BRUNA AMARAL BRASIL, 082.427.586-11, bubu_luke@yahoo.com.br
JULIANA DE ANDRADE AMARAL, 818.060.786-00, julianaamaral@yahoo.com.br
HENRIQUE AMARAL BRASIL, 082.427.606-08, amaralbrasil@gmail.com
FERNANDA LUSTOSA CABRAL GOMEZ, 020.284.566-47, fernandalustosacg@gmail.com
LUCAS SAEZ BRAGANÇA BARROS DE CAUX, 096.316.926-20, lucas.saezb@gmail.com
GUILHERME BRASIL LANZA DE MELLO, 020.344.306-38, guiblmello@hotmail.com

Nem sempre febre no pós-operatório indica infecção. É importante estar atento aos diagnósticos diferenciais, como veremos no relato de caso descrito a seguir. Paciente C.J.R., sexo masculino, 44 anos, submetido a troca valvar mitral biológica por dupla lesão no dia 21/09/18. No pós-operatório apresentou febre e suspeita inicial de endocardite infecciosa devido a Ecocardiograma Transesofágico sugerindo vegetação protética, apesar de hemoculturas negativas. Iniciado tratamento com Vancomicina e Gentamicina. Após 15 dias de antibioticoterapia, evoluiu com febre persistente e surgimento de rash cutâneo. Detectada eosinofilia e nefrite com piora progressiva da função renal, sendo alterado esquema terapêutico em 24/10/18 para Meropenem, Polimixina B, Daptomicina e Fluconazol. Pesquisa de novos focos infecciosos com Tomografia de Tórax e Abdome, Ultrassom de Vias Urinárias e culturas foram negativas. Realizado novo Ecocardiograma e revisão de exame prévio, que descartou o diagnóstico de endocardite. No dia 27/10/18 o paciente apresentou piora clínica e foi transferido para Unidade de Terapia Intensiva com insuficiência hepática, renal e respiratória sendo intubado e iniciada hemodiálise. Levantada a hipótese diagnóstica de Síndrome de DRESS (“Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms”) frente à persistência de febre e rash cutâneo. Optado por suspensão dos antibióticos e início de corticoterapia, com excelente resposta e melhora gradativa até a alta hospitalar. Diante disto, reforça-se a relevância de se conhecer as manifestações típicas da síndrome de DRESS, pois só assim é possível pensar neste diagnóstico diante de um quadro de febre arrastada com rash cutâneo e eosinofilia.

BUNDLE DE CATETER VENOSO CENTRAL: CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO DE PROFISSIONAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

ANNA CAROLINE LEITE COSTA, 124.208.726-57, anna.leitebh@gmail.com
Bruna Figueiredo Manzo, 035.612.616-12, brunaamancio@yahoo.com.br
Fernanda Lopes Araújo, 095.269.956-78, fernanda.lopesaraujo@gmail.com
Allana dos Reis Corrêa, 000.068.186-50, allanareiscorrea@gmail.com
Vitório Guedes Gomes, 078.242.926-22, vitorioguedesgomes@yahoo.com.br
Camila Adriana Barbosa Costa, 071.250.086-31, camilaabc4@gmail.com

Objetivo: avaliar conhecimento e comportamento dos profissionais de Unidades de Terapia Intensiva quanto às ações recomendadas no bundle de prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. Método: estudo transversal realizado em três Unidades de Terapia Intensiva. Os dados foram coletados por meio de questionário aplicado face-a-face com 292 profissionais de saúde. Utilizou-se o software R 3.3.1 para análise dos dados. Resultados: quanto ao conhecimento, o item higienização das mãos apresentou maior nível tanto no momento da inserção (92,46%), como na manutenção (97,27%). O uso do degermante clorexidina, seguido por álcool (47,94%) e datar hub ou conectores (19,87%) foram os itens de menor conhecimento. Quanto ao comportamento, os profissionais relataram: sempre usar a paramentação correta para inserção do cateter (84,25%), nunca esperar a secagem do antisséptico antes de inserir o cateter (25,34%) e nunca realizar limpeza do hub ou conectores com álcool 70% (23,86%). Conclusão: os resultados demonstram que o conhecimento e comportamento dos profissionais sobre o bundle de CVC apresentam fragilidades, revelando a importância do incentivo de programas de capacitação nesta área do conhecimento.

FUNGEMIA POR CRYPTOCOCCUS LAURENTI EM PACIENTE ADULTO NÃO IMUNOSSUPRIMIDO INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Juliana Garanito de Aquino, 019.936.066-96, juliana.garanito@hotmail.com
Patrícia Ferraz Martins, 047.864.606-21, patriciaferrazmartins@yahoo.com.br
Horrana Alves Magalhães, 127.489.966-40, horranamagalhaes@gmail.com
Camila Luz Assis, 110.403.406-95, camilaluzufjf@gmail.com
Luisa Fernandes Bicalho, 102.006.216-96, luhbicalho@hotmail.com
Junia Garcia de Oliveira Ferrari, 026.581.046-93, patriciaferrazmartins@yahoo.com.br

Cryptococcus laurenti é um criptococcus não neoformans, raramente associado a infecção humana. Contudo, tem-se observado sua emergência associada a infecções oportunistas e em UTI's neonatais. Trata-se de paciente de 73 anos, morador da zona rural, obeso, hipertenso e diabético, internado com quadro de déficits neurológicos focais e relato de queda de cavalo recente. Tomografia computadorizada de crânio evidenciou hematoma subdural, sendo submetido a craniotomia. No pós-operatório apresentou crises convulsivas e instabilidade hemodinâmica, requerendo uso de drogas vasoativas, intubação e uso de ventilação mecânica. Evoluiu com febre, leucocitose e infiltrado intersticial difuso bilateralmente, sendo tratado empiricamente com piperacilina/tazobactam. *Cryptococcus laurenti* foi isolado em hemocultura, mas não em aspirado traqueal. Suspendeu-se antibiótico e iniciou-se Anfotericina B e Fluconazol. Testes sorológicos de anticorpos anti-HIV negativos. Paciente apresentou piora, e óbito ocorreu 2 dias após início do tratamento antifúngico. Pela gravidade do quadro, não foi possível identificar se paciente foi infectado por via inalatória, causando infecção pulmonar complicada, pois a alteração radiográfica apresentada é pouco específica. Ainda, outras vias de contaminação são possíveis, visto que o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico, dispositivos invasivos e nutrição parenteral total, que são formas de infecção associadas ao fungo isolado. Além disso, sinais observados no caso, como febre, hipotensão e rebaixamento do sensório são descritos na literatura na forma disseminada da infecção pelo *Cryptococcus laurenti*. Devido a raridade e criticidade dos casos, não há tratamento validado para a fungemia. Há recomendação de Anfotericina B e Flucitossina, sendo a última pouco disponível no país.

FUNGEMIA POR *CRYPTOCOCCUS LAURENTI* EM PACIENTE ADULTO NÃO IMUNOSSUPRIMIDO INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Juliana Garanito de Aquino, 019.936.066-96, juliana.garanito@hotmail.com
Patrícia Ferraz Martins, 047.864.606-21, patriciaferrazmartins@yahoo.com.br
Horrana Alves Magalhães, 127.489.966-40, horranamagalhaes@gmail.com
Camila Luz Assis, 110.403.406-95, camilaluzufjf@gmail.com
Luisa Fernandes Bicalho, 102.006.216-96, luhbicalho@hotmail.com
Junia Garcia de Oliveira Ferrari, 026.581.046-93, patriciaferrazmartins@yahoo.com.br

Cryptococcus laurenti é um criptococcus não neoformans, raramente associado a infecção humana. Contudo, tem-se observado sua emergência associada a infecções oportunistas e em UTI's neonatais. Trata-se de paciente de 73 anos, morador da zona rural, obeso, hipertenso e diabético, internado com quadro de déficits neurológicos focais e relato de queda de cavalo recente. Tomografia computadorizada de crânio evidenciou hematoma subdural, sendo submetido a craniotomia. No pós-operatório apresentou crises convulsivas e instabilidade hemodinâmica, requerendo uso de drogas vasoativas, intubação e uso de ventilação mecânica. Evoluiu com febre, leucocitose e infiltrado intersticial difuso bilateralmente, sendo tratado empiricamente com piperacilina/tazobactam. *Cryptococcus laurenti* foi isolado em hemocultura, mas não em aspirado traqueal. Suspendeu-se antibiótico e iniciou-se Anfotericina B e Fluconazol. Testes sorológicos de anticorpos anti-HIV negativos. Paciente apresentou piora, e óbito ocorreu 2 dias após início do tratamento antifúngico. Pela gravidade do quadro, não foi possível identificar se paciente foi infectado por via inalatória, causando infecção pulmonar complicada, pois a alteração radiográfica apresentada é pouco específica. Ainda, outras vias de contaminação são possíveis, visto que o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico, dispositivos invasivos e nutrição parenteral total, que são formas de infecção associadas ao fungo isolado. Além disso, sinais observados no caso, como febre, hipotensão e rebaixamento do sensório são descritos na literatura na forma disseminada da infecção pelo *Cryptococcus laurenti*. Devido a raridade e criticidade dos casos, não há tratamento validado para a fungemia. Há recomendação de Anfotericina B e Flucitosina, sendo a última pouco disponível no país.

INFECÇÃO DO PACIENTE GRAVE

MARCELO SHIZUO NISHISAKA, 099.791.636-23, nishisaka_med@icloud.com
Renata Aparecida Pereira, 112.008.246-36, renatapereira@outlook.com.br

Tema: Infecção do paciente grave Autores: Marcelo Shizuo Nishisaka; Renata Aparecida Pereira; Rhayssa Fernanda Andrade Rocha, Andressa Do Nascimento Silveira, Carlos Ernesto Ferreira Starling, Bráulio Roberto Gonçalves Marinho Couto Objetivo: avaliar o perfil de resistência de bactérias Gram negativas isoladas em infecções relacionadas à assistência (IRAS) de pacientes internados em UTIs de hospitais gerais de Belo Horizonte, propondo benchmarks. Métodos: bactérias resistentes podem ser estratificadas em multirresistentes-MDR, extensivamente resistentes a drogas-XDR e pan resistentes-PDR (CDC/ECDC). Período: Jan/2013 a Dez/2017. Local: 12 UTIs de adultos em hospitais que utilizam os protocolos do NHSN/CDC para vigilância de IRAS. Seis Gram-negativos causadores de IRAS foram avaliados. Taxas de resistência das três categorias (MDR XDR PDR) foram usadas para definir valores de referência para a taxa de resistência de cada Gram-negativo avaliado. Os benchmarks foram definidos como os limites superiores do intervalo de confiança de 95% para a taxa de resistência. Resultados: foram testadas 6.242 cepas em IRAS. Nenhum dos seis gram-negativos analisados foi classificado como PDR. *Acinetobacter* é o Gram-negativo mais resistentes: 206 cepas de 1.858 foram XDR (11%) e 1.432 foi MDR (77%). *Pseudomonas*: 41 / 1,159 = 4% XDR; 180 / 1,159 = 16% de MDR. *Klebsiella*: 2 / 1,566 = 0,1% XDR; 813/1,566 = 52% MDR. *Proteus*: 0/507 = 0% XDR; 163/507 = 32% de MDR. *Enterobacter*: 0/471 = 0% XDR; 148/471 = 31% de MDR. *Escherichia coli*: 0/681 = 0% XDR; 157/681 = 23% MDR. As referências para a taxa de resistência global de cada Gram-negativo (MDR XDR PDR): *Acinetobacter* = 92; *Klebsiella*=62%; *Proteus*=40%; *Enterobacter*=48%; *Escherichia coli*=33%; *Pseudomonas* = 30%. Conclusão: Os resultados de taxas de resistência podem ser usados para comparação, especialmente em países em desenvolvimento.

INFECÇÕES BACTERIANAS MULTIRRESISTENTES EM PACIENTE SUBMETIDA A PULSOTERAPIA: RELATO DE CASO

JEAN LUCAS ANDRADE AMORIM, 133.666.247-60, jean_amorim@live.com
Daniel Demétrio Magalhães, 146.738.657-07, dademagalhaes@hotmail.com
Ana Paula Farago de Alvarenga, 022.536.001-21, anapaulafarago@hotmail.com
Sarah Pereira Souto Maia, 063.473.645-06, sarah.pismaia@gmail.com
Fernando Augusto Januário de Menezes, 122.730.326-25, fernando.ajm@hotmail.com
Fernando Fonseca dos Reis, 043.683.296-86, fernando.reis@ufv.br

Paciente de 24 anos admitida no Centro de Terapia Intensiva (CTI) em Viçosa - Minas Gerais, devido a complicações agudas derivadas de Lupus Eritematoso Sistêmico de diagnóstico recente. Evoluiu com nefrite, anemia, convulsões, psicose, colite, anúria, insuficiência respiratória, dificuldade nutricional, dentre outras intercorrências. Paciente realizava tratamento hospitalar da doença com prednisona em dose imunossupressora, quando piorou quadro de nefrite lúpica e anemia, sendo necessário tratamento dialítico e transfusões em CTI. Apresentou episódios de convulsão tônico-clônica generalizada reentrante, rebaixamento de nível de consciência e insuficiência respiratória necessitando de ventilação mecânica invasiva. Devido a gravidade do quadro, foi optado por iniciar pulsoterapia com metilprednisolona. Paciente apresentou resposta terapêutica positiva, melhora clínica progressiva das complicações lúpicas, extubada, diálise suspensa, iniciada dieta oral complementada com nasoenterica, no entanto, manteve febre persistente. Coletadas culturas, que evidenciaram infecção por germes multirresistentes isolados em urocultura, secreção traqueal e refluxo de cateter central, respectivamente por *Enterobacter sensível a imipenem*, *Pseudomonas aeruginosa sensível a polimixina B* e *Estafilococos coagulase negativo sensível a vancomicina e linezolida*. Prescrita antibioticoterapia segundo sensibilidade para infecção nosocomial multirresistente e de múltiplos focos, medida que freiou a pulsoterapia. Ao final dos 52 dias de internação no CTI, a paciente apresentou melhora da febre e estabilidade do quadro, sendo então reiniciada terapia com metilprednisolona. Recebeu alta do serviço em bom estado geral, com função renal restaurada, desnutrição e sem sequelas maiores. As infecções nosocomiais, frequentemente de caráter resistente, ganham destaque no contexto da imunossupressão, alterando o prognóstico e limitando a terapêutica.

VENTILAÇÃO MECÂNICA PROTETORA NA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA

Letícia Brito Mendes Pimenta - Apresentador, 059.775.436-54, leticiabmcosta@hotmail.com

Nicole Zanzarini Sanson , 354.322.828-52, nicolezsanson@hotmail.com

Márcia Souza Volpe, 266.363.498-08, marciasvolpe@gmail.com

Marcelo Brito Passos Amato, 065.490.258-50, marcelo.amato@limpneumo.fm.usp.br

Adilha Misson Rua Micheletti, 042.324.287-39, adilharua@yahoo.com.br

Luciana de Almeida Silva Teixeira, 010.332.526-38, lalmeidast@gmail.com

Objetivos: Caracterizar retrospectivamente as estratégias de ventilação mecânica (VM) e seus efeitos nos pacientes notificados com infecção respiratória grave por Influenza no hospital de clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM). Prospectivamente, implementar um protocolo de VM viável, independente de equipamentos sofisticados, reprodutível e seguro, baseado na minimização do colapso e hiperdistensão alveolar. Métodos: A fase retrospectiva envolveu o levantamento das estratégias de VM adotadas entre 2015 e 2017 e os dados das necropsias de pacientes com evolução para o óbito. A fase prospectiva consistiu na implantação de um protocolo de VM protetora. Resultados: Dos 60 prontuários levantados inicialmente, restaram para análise 20, nos quais constava a informação de utilização de altos volumes correntes em 80% dos casos e manobra de recrutamento alveolar e cálculo de PEEP ideal em apenas 35% dos casos. Dos 8 pacientes com necropsia, 3 mostraram infiltração neutrofílica, achado compatível com hiperdistensão e colapamento causados por grandes volumes e altas pressões inspiratórias. Prospectivamente, foram submetidos ao protocolo 4 pacientes, com média de idade de 62 ± 6 anos, APACHE II de $19,0 \pm 6$ e média de duração da VM de 13 ± 9 dias. Três pacientes apresentaram aumento expressivo da relação PaO₂/FiO₂, mantida ao longo dos dias, no entanto, dois destes evoluíram para o óbito. Conclusão: Foi constatado pouco uso de estratégia protetora no estudo retrospectivo e, nos casos submetidos ao protocolo proposto, observou-se melhora inicial na oxigenação, porém sem impacto na sobrevida. Palavras-chave: Acute respiratory distress syndrome; Influenza virus; Mechanical ventilation; Recruitment maneuvers.

BUNDLE PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA: DESEMPENHO DA EQUIPE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

RAQUEL APARECIDA MONTEIRO E VIEIRA, 090.252.146-22, raquelmonteirodtna@yahoo.com.br

Ariele Ferreira Pinto Coelho, 109.858.146-67, arielefp@gmail.com

Thabata Coaglio Lucas, 042.987.276-37, thabataclucas@gmail.com

Objetivo: Verificar o desempenho da equipe de uma Unidade de Terapia Intensiva na prática diária do bundle para prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica. Método: Estudo quase experimental, em que foram incluídos 56 profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva que prestavam assistência ao paciente em ventilação mecânica. A coleta de dados ocorreu em três fases: pré-intervenção: consistiu na observação direta e entrevista com a equipe multiprofissional. Intervenção: foi realizado treinamento por meio de simulações clínicas. Pós-intervenção: avaliou-se o impacto das estratégias implementadas na por meio de observação direta. Utilizou-se teste de qui quadrado de Pearson quando o valor esperado foi >5 e teste exato de Fisher para o valor esperado.

BUNDLE DE CATETER VENOSO CENTRAL: CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO DE PROFISSIONAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

ANNA CAROLINE LEITE COSTA, 124.208.726-57, anna.leitebh@gmail.com
Bruna Figueiredo Manzo, 035.612.616-12, brunaamancio@yahoo.com.br
Fernanda Lopes Araújo, 095.269.956-78, fernanda.lopesaraujo@gmail.com
Allana dos Reis Corrêa, 000.068.186-50, allanareiscorreia@gmail.com
Vitório Guedes Gomes, 078.242.926-22, vitorioguedesgomes@yahoo.com.br
Camila Adriana Barbosa Costa, 071.250.086-31, camilaabc4@gmail.com

Objetivo: avaliar conhecimento e comportamento dos profissionais de Unidades de Terapia Intensiva quanto às ações recomendadas no bundle de prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. Método: estudo transversal realizado em três Unidades de Terapia Intensiva. Os dados foram coletados por meio de questionário aplicado face-a-face com 292 profissionais de saúde. Utilizou-se o software R 3.3.1 para análise dos dados. Resultados: quanto ao conhecimento, o item higienização das mãos apresentou maior nível tanto no momento da inserção (92,46%), como na manutenção (97,27%). O uso do degermante clorexidina, seguido por alcoólico (47,94%) e datar hub ou conectores (19,87%) foram os itens de menor conhecimento. Quanto ao comportamento, os profissionais relataram: sempre usar a paramentação correta para inserção do cateter (84,25%), nunca esperar a secagem do antisséptico antes de inserir o cateter (25,34%) e nunca realizar limpeza do hub ou conectores com álcool 70% (23,86%). Conclusão: os resultados demonstram que o conhecimento e comportamento dos profissionais sobre o bundle de CVC apresentam fragilidades, revelando a importância do incentivo de programas de capacitação nesta área do conhecimento.

VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA NAS COMPLICAÇÕES PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

MARIANA THEREZINHA VITORINO BRANDAGLIA, 405.750.078-26, marianavitorinobran@gmail.com
Letícia Brito Mendes Pimenta, 059.775.436-54, leticiabmcosta@hotmail.com
Juliana Almeida de Souza Borges Salge, 063.171.786-23, jusalge@gmail.com
Thalita Candido Oliveira, 117.939.926-90, thalioliveira21@hotmail.com
Thuany Cristina Morais da Silva, 425.677.308-85, moraisany@live.com

Infarto Agudo do Miocárdio é definido como uma lesão celular irreversível, causada geralmente por alterações em placas de aterosclerose, que promovem a formação de trombos e consequente oclusão dos ramos coronarianos. A insuficiência respiratória aguda pode surgir como complicação, e o papel desempenhado pela ventilação mecânica não invasiva em seu tratamento foi, certamente, um dos maiores avanços nas últimas duas décadas. Paciente UMB, sexo masculino, 73 anos, foi admitido na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com hipótese diagnóstica de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, sendo submetido à angioplastia transluminal coronariana percutânea com colocação de 3 stents não farmacológicos, após visualização de obstrução triarterial grave. Evoluiu após procedimento com parada cardiorrespiratória, sendo revertida em quinze ciclos, necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Foi extubado após 24 horas, porém apresentou quadro de insuficiência respiratória aguda, acompanhada por confusão mental, piora no leucograma e na radiografia de tórax, sendo diagnosticado com pneumonia e choque séptico. Foi realizado tratamento fisioterapêutico com a utilização da ventilação com pressão positiva não invasiva modo binível três vezes ao dia, em períodos que variavam entre 60-180 minutos, que desempenhou papel fundamental na melhora do quadro respiratório. Concomitante a isso, foi iniciado protocolo de mobilização precoce que incluía cicloergômetro, sedestação e deambulação, contribuindo de forma significativa para melhora do quadro geral e alta hospitalar, após 20 dias de internação.

MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTE COM FRAQUEZA MUSCULAR ADQUIRIDA EM UTI

Nayara Stephany Carolino, 013.925.996-10, nnayararocha@hotmail.com
Flavia Schaper Magalhães, 044.467.356-32, fashaper@yahoo.com.br
Clarissa Maria de Pinho Matos, 009.569.646-64, clarissamatos@yahoo.com.br
Débora Cristina Ribeiro, 082.605.396-32, deboraribeiro5521@gmail.com

Introdução: A fraqueza muscular adquirida na unidade de terapia intensiva (FAUTI) é definida como fraqueza muscular generalizada, que envolve a musculatura dos membros e os músculos respiratórios, desenvolvida durante o período de internação hospitalar, sendo sua etiologia a própria doença aguda ou seu tratamento. A FAUTI contribui para relevantes déficits físicos, cognitivos e funcionais, que podem ser observados nos pacientes por anos após a alta da unidade de terapia intensiva (UTI) e impactar diretamente na qualidade de vida relacionada à saúde do paciente. Descrição do caso: Paciente sexo feminino, 36 anos, previamente hígida, 38 semanas de gestação gemelar, submetida à cesárea eletiva evoluindo com necessidade de histerectomia de urgência em decorrência de atonia uterina e lesão de artéria femoral comum direita sendo encaminhada para a UTI. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e ventilatória graves, internação prolongada, necessidade de aminas vasoativas, sedação contínua e bloqueador neuromuscular em infusões contínuas. A paciente necessitou de diversas abordagens cirúrgicas, sendo 2 laparotomias exploradoras e 4 cirurgias vasculares em membro inferior direito. Necessitou de sessões de hemodiálise e apresentou 2 episódios de parada cardiorrespiratória (PCR), permanecendo 40 dias em ventilação mecânica e 68 dias de internação hospitalar. O acompanhamento fisioterapêutico foi constante e intensificado durante todo o período de internação hospitalar, sendo realizado cinesioterapia passiva, ativa e ativa resistida, cicloergômetro passivo e ativo, sessões de eletroestimulação funcional (FES). Comentários: A mobilização precoce da paciente contribuiu para redução das consequências da imobilidade e da fraqueza muscular generalizada, com melhores condições funcionais no momento da alta hospitalar.

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA TIPO I CAUSADA POR EXACERBAÇÃO DE ASMA SECUNDÁRIA À ASPIRAÇÃO: UM RELATO DE CASO

Mariana Nogueira Freitas Silveira, 100.080.666-98, mariananfs@yahoo.com.br
Humberto Faria Leite, 091.477.656-82, humbertoleitef@gmail.com
Paloma Jéssica de Faria (Apresentadora), 105.609.526-19, palomajfaria@gmail.com
Rômulo Ranyere Silva Rodrigues, 061.709.066-18, romulorsr@hotmail.com
Ana Paula Batista Tommasini, 104.965.097-21, anapaula.tommasini@gmail.com

A insuficiência respiratória aguda tipo I (hipoxêmica), caracterizada por PaO₂ baixa e PaCO₂ normal, pode ser causada por obstrução das vias aéreas inferiores, como por exemplo a crise asmática. Paciente feminino, 82 anos, admitida com dispneia, tosse e insuficiência respiratória aguda hipoxêmica, com baixa adesão às orientações alimentares. História pregressa de distúrbio neurológico, com dificuldade na marcha, que pode estar relacionado a hidrocefalia de pressão normal e mielorradiculopatia espondilítica em coluna torácica e lombar. Foi realizado micronebulização de ataque com Atrovent e Berotec a cada 20 minutos, hidrocortisona 300mg EV, oxigênio por cateter a 3 L/min e antibioticoterapia (clavulin). Evolução desfavorável, sendo necessário máscara de oxigênio a 8 L/min, ciclos de ventilação mecânica não invasiva (VMNI) e manutenção do corticoide e da micronebulização. Houve melhora sem necessidade de ventilação mecânica invasiva. Após sete dias de internação, apresentava bom padrão respiratório, tendo alta com orientações. A hiperreatividade brônquica pode ter vários desencadeantes, mas neste caso a aspiração foi o principal fator. Esse caso evidencia como o uso adequado e oportuno da VMNI é uma boa estratégia para evitar a ventilação mecânica invasiva em pacientes com esforço respiratório.

DESCRIÇÃO DE CASO: TRAUQUEOMALÁCIA EM IDOSO

HEITOR OLIVEIRA MATOS, 149.181.597-37, mheitor9@gmail.com
Enzo Favero Monteiro, 167.464.597-05, enzofavero1@hotmail.com
Frankfort Bicalho Junior, 594.611.526-04, drfrankfort58@hotmail.com
Eduardo Martins Siqueira, 023.843.076-65, eduardo.siqueira@univale.br
Lucas Carvalho Baltar Fernandes, 108.236.477-06, lucascbfernandes@gmail.com

Introdução: A Traqueomalácia é uma anormalidade estrutural congênita rara na qual há fragilidade no suporte da cartilagem traqueal tendo maior incidência em seu terço distal. É dividida em: congênita e adquirida. Nesse sentido, o caso clínico a ser estudado enquadra-se como desenvolvimento de Traqueomalácia do tipo adquirida pós-traumática. Descrição do Caso: O estudo abordará o caso clínico do paciente de nome A.P, 80 anos, internada no Centro de Tratamento Intensivo do Hospital Samaritano, na cidade de Governador Valadares, após Acidente Vascular Cerebral Isquêmico do hemisfério esquerdo, evoluindo para intubação traqueal. Após 10 dias, fez traqueostomia e obteve alta do serviço, retornando, tempos depois, com insuficiência respiratória. Ventilação mecânica realizada e exame de imagem confirmaram Traqueomalácia adquirida pós-traumática ou pós-traqueostomia. Comentários: Estudo realizado em 2015 por Boogaard mostrou que, de 512 broncoscopias, 160 crianças apresentaram diagnóstico de Traqueomalácia com uma média de idade de 4.0 anos (variando de 0 a 17 anos), sendo que 136 delas apresentavam a forma congênita e 24 a adquirida. O diagnóstico pode ser feito por broncoscopia, cinefluoroscopia com contraste, tomografia de pescoço, endoscopia e teste de função pulmonar. Laringomalácia, Estenose Subglótica, Cisto Congênito, Paralisia das Cordas Vocais e Tetania Hipocalcemia, exemplificam diagnósticos diferenciados. Quanto ao tratamento cirúrgico, a ressecção ainda é controversa devido ao risco operatório e de recorrência, dando, assim, vez para processos alternativos como broncoplastia com balão bronquial, utilização de Stent e ressecção a laser. Referências: Adnan, MAJID; MD; FCCP

O USO DO ULTRASSOM À BEIRA LEITO NA SALA DE EMERGÊNCIA COMO FERRAMENTA DE ABORDAGEM DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA - RELATO DE CASO

LETICIA SANTOS DIAS NORBERTO FERREIRA, 110.357.936-36, leticiadnferreira@hotmail.com
Nayara Nobre Basso, 112.146.846-29, nayaranbasso@hotmail.com
Leandro Burato Cipriano, 087.784.566-22, lburato91@gmail.com
Vanessa Costa Gomes, 100.968.516-35, vanessa.cgomes@outlook.com
Nubia Luana Silva, 111.967.496-47, nubialuanas@gmail.com
Vitória Faustino, 104.620.776-83, vitoria-faustino@hotmail.com

LCP, 25 anos, admitido na Sala de emergência (SE) em franca insuficiência respiratória aguda (IRpA), taquidispneico, taquicárdico, sudorético e com hipotensão. Submetido à monitorização e avaliado com Ultrassom (USG) à beira leito durante preparação do material para intubação orotraqueal (IOT). Ao USG, evidenciado tamponamento cardíaco, com colabamento diastólico de átrio e ventrículo direito, ectasia de veia cava e derrame pleural bilateral pequeno. Realizada então pericardiocentese guiada, com drenagem de 250ml e melhora instantânea do padrão respiratório e hemodinâmico do paciente, sem mais necessidade de IOT ou vasopressores. A IRpA é uma intercorrência grave, que cada vez mais tem levado à transferência para SE. A mortalidade dessa condição pode aumentar significativamente com atraso ou erro diagnóstico, e por isso a necessidade de buscar aprimoramento na sua abordagem. Nos últimos anos, disponibilizamos de tecnologias como o USG à beira leito, uma ferramenta sensível e específica, não invasiva, de baixo custo, que não depende de deslocamento do paciente ou disponibilidade de radiologista, e que pode otimizar em muito o tempo entre diagnóstico e terapêutica na SE. Outra vantagem importante do método é poder auxiliar em procedimentos invasivos eventualmente necessários, como no caso apresentado, em que a detecção do tamponamento permitiu abordagem rápida com melhora instantânea do quadro clínico. Devemos concluir que o uso do USG facilita o diagnóstico de condições emergenciais em que o tempo até o tratamento influencia no desfecho, e por isso o investimento nessa ferramenta e no treinamento de médicos atuantes na emergência é essencial.

PULSOTERAPIA COM CORTICOIDE NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO: UM RELATO DE CASO

Renata Mendonça Lemos - APRESENTADORA, 117.941.366-06, remendonca95@gmail.com
Ana Luiza Silva Pimenta Macedo, 074.068.846-48, lulumacedo1@hotmail.com
Priscila Cypreste, 089.534.776-89, pricip@gmail.com
Rafael Henrique Gatasse Kalume, 128.411.936-08, rafaelkalume@gmail.com
Victor Campos Boson, 100.718.836-73, victorvcampos@gmail.com
Henrique Cruz Baldanza, 077.732.466-02, henriquebaldanza@hotmail.com

Introdução: A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é uma forma aguda, difusa e inflamatória de lesão pulmonar relacionada à altas taxas de morbimortalidade. Seu diagnóstico precoce e manejo adequado são, portanto, de extrema importância. Resumo do caso: B.S.M., 75 anos, feminino, hipertensa. Em 07/12/2018, realizou colonoscopia eletiva em serviço externo, intercorrendo com perfuração colônica seguido de pneumoperitônio e pneumotórax bilateral. Foi necessário intubação orotraqueal e drenagem torácica bilateral. Apresentou evento isquêmico cerebral, além de sepsis tratada com boa resposta. Na sequência, não tolerou desconexão da prótese ventilatória, sendo traqueostomizada e mantida na ventilação mecânica. Em 17/12/2018, demandou aumento dos parâmetros ventilatórios, preenchendo critérios para SDRA grave (PaO₂/FIO₂

VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

THALITA CÂNDIDO OLIVEIRA, 117.939.926-90, thalioliveira21@hotmail.com
Juliana Almeida de Souza Borges Salge, 063.171.786-23, jusalge@gmail.com
Letícia Brito Mendes Pimenta, 059.775.436-54, leticiabmcosta@hotmail.com
Mariana Therezinha Vitorino Brandaglia, 405.750.078-26, marianavitorinobran@gmail.com
Thuany Cristina Morais da Silva, 425.677.308-85, moraisany@live.com

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) define-se por uma limitação do fluxo aéreo, sendo essa limitação provocada pela combinação do recolhimento elástico pulmonar e do aumento da resistência das vias aéreas. O aumento da resistência causada por inflamação, hipersecreção pulmonar e broncoespasmo equivale-se no principal fenômeno da exacerbação da DPOC. Paciente LMSF, sexo feminino, 69 anos, admitida na Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) em pós-operatório imediato de Retossigmoidectomia a Hartmann devido a abdome agudo obstrutivo por volvo de sigmoide e megacolon chagásico. Como comorbidades apresentava diagnóstico de DPOC e hipertensão arterial sistólica. No 7º dia de pós-operatório evoluiu com evisceração e foi submetida à relaparotomia exploradora, que intercorreu com instabilidade hemodinâmica e exacerbação do quadro de DPOC, impossibilitando a extubação pós-procedimento. Apresentou melhora do quadro geral, com estabilidade hemodinâmica e sem necessidade de uso de drogas vasoativas. Porém, apresentava broncoespasmos frequentes, hipersecreção pulmonar e fraqueza muscular adquirida na UTI, que dificultava o desmame ventilatório. Permaneceu em ventilação mecânica invasiva pelo tubo orotraqueal por 8 dias após a relaparotomia exploradora e evoluiu com necessidade de traqueostomia no 14º dia de internação na UTI. Recebia atendimento fisioterapêutico três vezes ao dia, com ênfase na reabilitação precoce, com uso de cicloergômetro, cinesioterapia global, período intermitente e progressivo de respiração espontânea. Após 41 dias de internação, evoluiu com sucesso no desmame da ventilação mecânica invasiva e alta da UTI.

ESTRATÉGIA DE VENTILAÇÃO PROTETORA E POSIÇÃO PRONA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO

THALITA CÂNDIDO OLIVEIRA, 117.939.926-90, thalioliveira21@hotmail.com
Juliana Almeida de Souza Borges Salge, 063.171.786-23, jusalge@gmail.com
Letícia Brito Mendes Pimenta, 059.775.436-54, leticiabmcosta@hotmail.com
Mariana Therezinha Vitorino Brandaglia, 405.750.078-26, marianavitorinobran@gmail.com
Thuany Cristina Morais da Silva, 425.677.308-85, moraisany@live.com

A Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) é uma lesão pulmonar inflamatória difusa aguda com diferentes graus de intensidade, que ocorre em resposta a um insulto pulmonar ou sistêmico que, invariavelmente, leva a anormalidades na troca gasosa e na mecânica pulmonar. Paciente MPTD, sexo masculino, 16 anos, foi admitido na Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UTIG/HC-UFTM), em grave estado geral, com diagnóstico de pneumonia comunitária grave e pneumotórax hipertensivo, sendo submetido à intubação orotraqueal, ventilação mecânica invasiva (VMI) e ao 20º dia de VMI foi necessária a realização da traqueostomia. Evoluiu com SDRA grave, sendo iniciada a estratégia protetora de VMI associada à posição prona. Apresentou ao longo da internação melhora progressiva, sendo possível iniciar o desmame ventilatório 14 dias após a admissão. Concomitantemente ao tratamento medicamentoso realizou-se fisioterapia respiratória e motora três vezes ao dia, com ênfase na reinserção do indivíduo em seu contexto social e capacidade para realização de suas atividades de vida diária, e para isto, mesmo sob uso de VMI eram realizadas condutas como deambulação, passeio no âmbito hospitalar, banho de Sol e uso de bola de futebol. A estratégia protetora de ventilação mecânica associada à posição prona foram imprescindíveis para reverter a hipoxemia grave advinda da SDRA e controlar as complicações inerentes a esta. O tempo de internação hospitalar do paciente foi de 67 dias, sendo 49 destes na UTIG/HC-UFTM.

ASSOCIAÇÃO ENTRE PERIODONTITE E PNEUMONIA NOSOCOMIAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE ESTUDOS OBSERVACIONAIS

Laura Silva Jerônimo (apresentadora), 080.190.906-65, laurasjer@yahoo.com.br
Rafael Paschoal Esteves Lima, 035.863.076-24, rafaelpaschoalesteves@yahoo.com.br
Lucas Guimarães Abreu, 035.725.496-12, lucasgabreu01@gmail.com

Objetivo: O objetivo desta revisão sistemática e meta-análise foi avaliar a relação entre periodontite e pneumonia nosocomial em pacientes da Unidade de Terapia Intensiva. O presente estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA) e registrada (CRD42018105124) com PROSPERO (Registro Internacional Prospectivo de Revisões Sistemáticas, Universidade de York, York, Reino Unido). Métodos: Uma busca foi realizada em cinco bases de dados sem restrições quanto à linguagem ou data de publicação. Dos 560 estudos selecionados, 10 foram submetidos à análise de texto completo. Cinco estudos foram elegíveis (dois estudos de corte transversal e três casos-controle), e todos foram inseridos na meta-análise. A meta-análise foi realizada com testes de sensibilidade e heterogeneidade estatística. As medidas de efeito sumário foram calculadas por odds ratio (OR) e 95% de intervalo de confiança (IC). Resultados: Houve associação significativa entre periodontite e pneumonia nosocomial nesta meta-análise (OR 2,55, 95% IC 1,68 a 3,86). Nesta meta-análise I² = 0%. Conclusão: A evidência científica demonstra a associação positiva entre periodontite e pneumonia nosocomial. Indivíduos com periodontite, admitidos na Unidade de Terapia Intensiva, apresentaram maior probabilidade de apresentarem pneumonia nosocomial do que indivíduos sem pneumonia.

EXPERIÊNCIA DO USO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM RECÉM-NASCIDOS COM ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA

SÍLVA A BORGES SILVA, 696.523.846-15, sabsilva.09@gmail.com
Karina Santos Wandeck, 032.281.746-38, kswandeck@hotmail.com
Hygor Kennedy Ramos, 088.282.546-10, hygorkenedy@gmail.com
Sílvia Santiago Cordeiro, 044.952.026-93, silviasantiago14@hotmail.com

OBJETIVO: Apresentar a experiência do serviço com o uso da Hipotermia Terapêutica (HT) nos recém-nascidos (RN) com Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica (EHI) moderada a grave. METODOS: Revisão dos prontuários de RN submetidos à HT no período de 01/01/2015 a 01/04/2019. A HT é realizada em RN > 35 semanas, com EHI moderada a grave pelos Critérios de Sarnat. O resfriamento de todo o corpo é realizado com bolsas de gelo. É iniciado até 6 horas de vida e mantido por 72 horas, na temperatura esofágica 33,5°C. RESULTADOS: 26 RN foram submetidos à HT. Dois evoluíram para óbito no segundo dia de vida, com EHI grave. Dos 24 sobreviventes, nove apresentavam EHI grave e 15, moderada. Dois com EHI grave apresentaram morte tardia. Vinte bebês apresentaram eventos sugestivos de convulsão clínica e foram tratados. Crises eletrográficas não foram identificadas, por falta desse tipo de monitoração na unidade, e por isso não tratadas. Exames de neuroimagem foram realizados em todos os RN e mostraram-se normais em sete. Nenhum precisou ser interrompido. Bradicardia sinusal assintomática, presente em todos, foi o evento adverso mais comum. Choque responsivo a aminas (20 pacientes), distúrbios eletrolíticos (12 pacientes) e distúrbios da coagulação (14 pacientes) foram corrigidos. A temperatura alvo foi mantida com sucesso em todos os pacientes, com bolsas de gelo ou apenas o berço de calor desligado. CONCLUSÃO: A HT é uma terapia simples, com poucos eventos adversos. Deve ser feita em toda unidade de Terapia Intensiva Neonatal, por reduzir a mortalidade e sequelas neurológicas em longo prazo.

DUPLA TERAPIA ANTIPLAQUETÁRIA COM ASPIRINA E CLOPIDOGREL PARA ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT) DE ALTO RISCO AGUDO E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO (AVEI) MENOR

MARIANA DE CASTRO FERREIRA - apresentadora, 071.381.666-05, m.ferreira00@gmail.com
Isabela Solis Gonçalves Furtado, 123.708.556-06, isabelasgf@gmail.com
Bruna Silva Pimenta Macedo, 074.066.926-50, bspmacedo@sga.pucminas.br
Paula Castilho de Souza, 111.734.156-96, paulacastsouza@hotmail.com

Objetivo: Comparar a dupla terapia antiplaquetária de Aspirina e Clopidogrel com a monoterapia de Aspirina para AITs de alto risco agudo e AVEI menor. Metodologia: Pesquisa bibliográfica de artigos publicados entre 2013 e 2019 nas bases de dados PubMed, Medline e Lilacs. Resultados: Tanto o AVEI menor quanto o AIT aumentam o risco de eventos cardiovasculares subsequentes, incluindo AVE hemorrágico (AVEh)^{2,3,5}. Diretrizes atuais de manejo do AVEi agudo e AIT recomendam terapia antiplaquetária monoterápica, geralmente com Aspirina. Contudo, importantes estudos clínicos randomizados^{2,5} constataram que a adição de Clopidogrel à Aspirina iniciando 24 horas após AVEi ou AIT e continuação durante 21 a 90 dias reduziu o risco de AVEi sem aumentar o risco de hemorragia moderada ou grave em 3 a 12 meses. Embora o risco para AVEh, o AVEi recorrente é mais comum, resultando no claro benefício dessa terapia. A dupla terapia antiplaquetária foi descrita com duração de 10 a 21 dias ou 22 a 90 dias sem diferenças significativas na recorrência de um AVEi em 90 dias, porém foi descrito maior chance de hemorragias graves e moderadas na terapia prolongada.^{1,4,6} Conclusão: A terapia antiplaquetária dupla com Clopidogrel e Aspirina administrada 24 horas após AIT de alto risco ou AVEi menor reduz o risco de AVEi subsequente, com mínimas adversidades. A descontinuação da terapia entre 10 a 21 dias após início provavelmente maximiza seu benefício líquido^{1,4}.

COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA NEUROCIRÚRGICA DE CISTO COLÓIDE DO TERCEIRO VENTRÍCULO: RELATO DE CASO

JORGE SILVEIRA JUNIOR, 036.464.005-79, jorge2006gbi@hotmail.com
Camilla Vidal Mendes, 156.473.987-23, camillavmendes@hotmail.com
Matheus Augusto Moreira Mendonça, 109.219.466-51, mendoncamatheus25@gmail.com
Isadora Perocini Silva, 051.074.395-19, isadoraperocini@hotmail.com
Mateus Alba de Oliveira, 087.028.736-21, mateusalba2010@hotmail.com
Mary Lourdes Pinto de Oliveira, 432.215.566-91, marypola@gmail.com

Introdução: Cistos colóides são tumores benignos raros do sistema nervoso, que surgem mais comumente no teto do terceiro ventrículo, a partir de restos embrionários. O diagnóstico é feito entre a 3ª e 4ª décadas, mais comumente em homens. Podem ser assintomáticos ou causar síndrome da hipertensão intracraniana. Descrição do caso: Feminino, 62 anos, relato de cefaléia frontal pulsátil há três semanas, insidiosa, intensidade progressiva, acompanhada de vertigem, lipotímia, confusão mental e paresia de membro superior direito e membros inferiores. Aliviada ao repouso e em ambientes escuros, e piora aos esforços. Passado de hipertensão arterial sistêmica em uso regular de medicação e cefaléia crônica tensional, ambos de longa data. Bom estado geral, consciente, orientada e ativa, sem sinais de irritação meníngea, discreta anisocoria à direita, parestesia em membro superior esquerdo e paraparesia nos quatro membros, hiporreflexia patelar e bicipital bilateral. Tratada com manitol e cetoprofeno obtendo melhora. À tomografia computadorizada de crânio evidenciado cisto colóide no teto do terceiro ventrículo. Realizada a neuroscopia com rotura acidental do cisto e hemorragia subaracnóidea, optado por derivação ventrículo-externa. Evoluiu com coma sustentado e óbito após dois dias por choque séptico. Comentários: O cisto colóide do terceiro ventrículo pode bloquear o forame de Monro com hidrocefalia obstrutiva e síndrome da hipertensão intracraniana. O tratamento cirúrgico por neuroscopia é o mais indicado, por ser local de fácil acesso, com derivação ventrículo-peritoneal. A alternativa derivação ventrículo-externa, optada neste caso, tem elevado índice de contaminação, complicada com a encefalite, choque séptico e desfecho desfavorável.

DESAFIO DIAGNÓSTICO NAS DOENÇAS NEUROMUSCULARES NO AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA

Gerusa Brandão de Carvalho, 073.700.346-40, gerusacarvalho10@hotmail.com
Nataly Machado Rodrigues, 106.192.146-86, natalymrodrigues@hotmail.com
Ana Luísa Santos Bretz Pereira (APRESENTADOR), 105.994.986-50, analubretz@outlook.com

As doenças neuromusculares podem iniciar de maneira insidiosa e cursar com comprometimento grave do paciente, sendo diagnosticadas em unidade de terapia intensiva (UTI) após complicações instaladas. O presente caso demonstra um desafio diagnóstico em paciente inicialmente oligossintomático evoluindo para descompensação e necessidade de internação em UTI. Paciente masculino, 81 anos, previamente hipertenso e portador de fibrilação atrial, em pós-operatório tardio de artroplastia de quadril, foi admitido no hospital dia 21/09/2018 para investigação de disfagia progressiva há 10 dias; proposto propeidética cerebrovascular, porém em 48 horas evoluiu com insuficiência respiratória associado a pneumonia aspirativa sendo intubado e transferido à UTI. Fez uso de antibiótico com melhora infecciosa, não tolerou desmame da ventilação mecânica por tosse ineficaz, sendo submetido a traqueostomia em 03/10. Avaliado pela neurologia, tomografia de crânio e punção liquórica sem alterações, identificado hipomímia bilateral, paresia esforço dependente do musculo elevador da palpebral e paraparesia de membros inferiores. Sob a suspeita de miastenia gravis foi proposto teste terapêutico com piridostigmina e dosagem de anticorpos anti-receptor de acetilcolina, que reforçou o diagnóstico no dia 16/10, associado imunoterapia com evolução clínica favorável, tolerou desmame da ventilação mecânica, porem mantendo disfagia grave de difícil reabilitação. A miastenia gravis é um distúrbio autoimune crônico, que afeta os receptores pós-sinápticos de acetilcolina da junção neuromuscular dos músculos esqueléticos. Pode manifestar por fraqueza generalizada, ou localizada, e sintomas oculares. O caso acima demonstra a importância de anamnese e exame físico completos, muitas vezes difícil de ser realizado em UTI, bem como experiência clínica, para determinação diagnóstica.

A IMPORTÂNCIA DA NEUROMONITORIZAÇÃO NO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE) E MÉTODOS DISPONÍVEIS NO CENÁRIO ATUAL

IANNY DUMONT ÁVILA (apresentadora), 117.937.726-57, avilaianny1@gmail.com
Lucas Alexandre Santos Marzano, 113.710.826-69, lasmarzano@gmail.com
André Veloso Souto Rocha, 095.251.516-46, andreveloso98@gmail.com
Luiz Zorzanelli Alvarenga Nunes, 079.571.836-54, zorzzanelli@gmail.com
Vitor Vieira de Souza Moraes, 113.766.756-76, vieirafcmmg@gmail.com

Objetivo: O objetivo deste projeto é expor os principais aspectos fisiopatológicos da dinâmica de fluxo sanguíneo e homeostase do metabolismo cerebral, as possibilidades diagnósticas e terapêuticas vigentes no cenário atual, no que concerne à neuromonitorização invasiva e não invasiva, e suas implicações práticas nas vítimas de TCE grave. Métodos: A análise do tema foi feita mediante a consulta de referências bibliográficas dentro das áreas de conhecimento de Medicina Intensiva, Neurologia e Neurocirurgia, utilizando como base os seguintes indexadores: PubMed, Scielo e Capes. Resultados: Conforme evidenciado em múltiplos estudos e protocolos de abordagem às vítimas de TCE grave, a utilização de métodos avançados de neuromonitorização (especialmente a monitorização de pressão intracraniana) foi responsável por estratificar pacientes quanto à possibilidade de desfechos ruins e necessidade de terapia agressiva contra deterioração cerebral secundária, de acordo com parâmetros hemodinâmicos e de homeostase cerebral, com implicações prognósticas a curto e longo prazo. Conclusão: A aplicação de métodos avançados de monitorização neurológica tem se mostrado essencial, não somente para estimar, de maneira quantitativa e qualitativa, o funcionamento de parâmetros sistêmicos e hemodinâmicos cerebrais, mas também para definir aspectos terapêuticos e prognósticos, com contribuição importante sobre a diminuição da taxa de mortalidade e demais desfechos deletérios, especialmente em pacientes selecionados, vítimas de TCE grave. Embora exista grande variedade de métodos disponíveis no cenário atual, ainda não foi possível validar um método diagnóstico considerado padrão ouro para o diagnóstico precoce de lesões cerebrais secundárias.

A SÍNDROME DE ONDINE E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: RELATO DE CASO

Thamiris Lucchesi Abranches de Carvalho, 124.399.906-39, thamirislucchesi@gmail.com
Pedro Sérgio Pinto Camponêz, 098.274.696-22, pedrocamponez@yahoo.com.br
Camilla Lorraine Moreira Dias, 079.564.516-39, camillalms@hotmail.com
Ana Cláudia da Cunha, 091.614.136-58, cunha.anaclaudia@outlook.com
Felipe Leonardo Rigo, 084.945.996-66, felipeleonardorigo@hotmail.com
Rebeca Pinto Costa Gomes, 410.156.358-65, rebecapcgomes@hotmail.com

A Síndrome de Ondine, também conhecida como Síndrome da Hipoventilação Central Congênita (CCHS) é caracterizada por crises de apneia central devido à disfunção do sistema nervoso autônomo. A hipoventilação acentua-se durante o sono, e a maioria dos casos está atribuída a mutação do gene PHOX2B. Lactentes com diagnóstico confirmado para essa patologia precisam de tratamentos longos e complexos. Trata-se de um estudo de caso, realizado numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em uma maternidade de Belo Horizonte. A coleta de dados foi efetuada por meio de consulta ao prontuário hospitalar no período de março a agosto de 2018, e os cuidados de enfermagem foram baseados em estudos que abordaram a mesma temática. O recém-nascido, do sexo feminino, nascido a termo, de parto cesáreo, pesando 2.980g, apresentou nas primeiras horas de vida cianose e crise convulsiva, logo sendo encaminhado a UTIN. Na UTIN foi submetido a intubação orotraqueal. Posteriormente, foi traqueostomizado e não obteve sucesso no desmame da ventilação mecânica. Em seguida foi gastrostomizado. Durante alerta apresentava drive respiratório irregular e, durante o sono, sucessivas apneias. RN não tolerava breves desconexões. Foi colhido o exame denominado sequenciamento do gene PHOX2B para a confirmação diagnóstica. Quanto aos principais cuidados de enfermagem aplicados neste contexto cita-se: monitorização contínua, posicionamento adequado do RN, cuidados gerais com ventilador mecânica, com a traqueostomia e com a gastrostomia entre outros. Devido a raridade da doença, uma assistência de qualidade se torna bastante desafiadora e necessita de uma ação conjunta e planejada de uma equipe multidisciplinar.

PANENCEFALITE ESCLEROSANTE SUBAGUDA: UM RISCO AINDA POR VIR

ANA LUISA DE ALBERGARIA LIMA OLIVEIRA, 087.583.986-00, luisaalbergaria@yahoo.com.br
Deby Yuri da Silva Coelho, 100.607.916-59, debyyuricoelho@gmail.com
Marina de Paula Lima Oliveira, 053.699.696-20, marynamed@yahoo.com.br
Joelmar Ivo da Silva Coelho, 859.868.526-72, joelmarcoelho@gmail.com

Objetivo: O sarampo continua sendo uma enfermidade endêmica em diversos países. Segundo dados da organização Mundial de Saúde houve um aumento de 300% dos casos nos últimos anos. No Brasil, entre os anos de 2018 e 2019, foram apontados 10.274 casos de sarampo. O sarampo pode ocasionar diversas sequelas, sendo a Panencefalite Esclerosante Subaguda uma das mais tardias, acometendo desde crianças a adultos jovens. O presente trabalho possui como objetivo revisar sobre a Panencefalite Esclerosante cuja evolução é progressiva, degenerativa do sistema nervoso central e variavelmente fatal em meses ou anos, sendo avaliada como uma urgência neurológica. Metodologia: Foram utilizados cerca de 08 artigos entre os anos de 1998 à 2018 da base de dados Scielo, Sociedade Brasileira de Pediatria. Resultado: A Panencefalite Esclerosante Subaguda caracteriza-se por acometer o córtex cerebral e afetar também, a substância branca, apresentando sintomas psíquicos e comportamentais, regressão intelectual, sinais de déficits focais, mioclonias, postura anormais, espasmos musculares. A patogenia para essa doença ainda é desconhecida, acredita-se que seja devida a uma resposta imune alterada do hospedeiro, a presença de um vírus mutante ou a ambos. Para um diagnóstico preciso se faz necessário análise clínica, laboratorial e de imagem. Conclusão: A Panencefalite Esclerosante Subaguda corresponde a uma doença neurodegenerativa de evolução rápida e que representa um desafio clínico, devendo ser realizado o manejo de forma adequada, eficiente, com estratégias terapêuticas adequadas visando uma melhor condição de vida para o paciente, tendo em vista que não há uma cura eficaz para esse mal.

ANEURISMA MICÓTICO CEREBRAL SECUNDÁRIO A ENDOCARDITE FÚNGICA DE VALVA AÓRTICA PROTÉTICA: RELATO DE CASO

MATHEUS FERREIRA DE CARVALHO, 111.565.266-47, matheusfcarvalho1@gmail.com
Georgia Santos Arcanjo, 090.607.756-78, georgiasarcanjo@gmail.com
Julia Lages Motta, 063.071.096-10, julialagesmotta@gmail.com

A endocardite infecciosa relacionada a válvulas protéticas é doença potencialmente fatal. Seus achados são sopros novos, insuficiência cardíaca e distúrbios de condução. Complicações no sistema nervoso central ocorrem em 20 a 40% dos casos. O aneurisma micótico decorre de oclusão de um vaso, causando infecção da parede vascular e formação de aneurismas: sacular, excêntrico ou multilobulado. Tendem a ocorrer em porções distais da artéria cerebral média (ACM), envolvendo ramos secundários e terciários. O tratamento consiste em antibioticoterapia e cirurgia na maioria dos casos. Admitido paciente MPV, masculino, 76 anos, apresentando mal súbito no dia anterior, queda da própria altura e afasia motora. Vinha com cefaleia associada a picos febris na última semana. História de troca valvar aórtica por prótese biológica há 5 meses devido a estenose grave, coronariopatia, hipertensão e diabetes tipo 2. Na investigação inicial, angiotomografia de crânio demonstrou hemorragia subaracnóideia e afilamento da ACM esquerda nos segmentos M1, M2 e M3. Arteriografia mostrou dilatação aneurismática sacular também em segmento M3/M4. Em propedêutica posterior, ecocardiograma transesofágico mostrou estrutura móvel adjacente à face aórtica da prótese de 7 mm além de espessamento da fibrosa intervalvar mitro-aórtica associada a pequena imagem hipocogênica e PET-CT foi positivo para infecção periprotética. Paciente recebeu vancomicina e cefepime, além de clipagem de aneurisma cerebral; vista artéria com dilatação e trombose recente abscedada. Em troca valvar aórtica, visualizado abscesso na fibrosa mitro-aórtica, cuja histologia mostrou numerosos fungos filamentosos septados, podendo corresponder a *Aspergillus sp.* Paciente evoluiu para óbito por insuficiência cardíaca aguda e choque cardiogênico.

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UM CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO SOBRE SEPSE E CHOQUE SÉPTICO

BRUNA RAMOS DE CARVALHO, 102.555.646-19, BRUNARAMOS20@GMAIL.COM

A sepsé é um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo, devido ao aumento da sua incidência e a alta taxa de mortalidade no âmbito hospitalar. A sepsé é considerada uma emergência clínica e não restringe somente as Unidades de Terapia Intensiva. Objetivo: avaliar o conhecimento dos Enfermeiros de um curso de pós-graduação sobre sepsé e choque séptico. Método: realizou-se uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa. A população foi composta de 41 enfermeiros matriculados em um curso de pós-graduação. A coleta de dados foi realizada em março de 2018, através de um questionário dividido em duas partes: a primeira contém dados sociodemográficos; e a segunda cinco questões objetivas sobre sepsé e choque séptico. A análise dos dados foi realizada por percentil simples. Resultados: o perfil dos enfermeiros na pós-graduação é eminentemente feminino (90%), sendo a faixa etária predominante de 30 a 40 anos (58%). O tempo de formação é um fator importante e contribui diretamente na assistência prestada, sendo que, 46% dos Enfermeiros possuem acima de um ano de formação. Os resultados dos questionários permitiram identificar o conhecimento dos enfermeiros da pós-graduação relacionadas a sepsé e choque séptico na identificação de manifestações clínicas, condutas no manejo clínico e as práticas de enfermagem necessárias para prestar uma assistência adequada. Conclusão: a avaliação do conhecimento dos Enfermeiros da pós-graduação sobre a identificação da sepsé e choque séptico, é importante para traçarmos estratégias e ferramentas que viabilizem a diminuição do impacto da sepsé saúde dos pacientes.

IMPACTO DE UM PROTOCOLO BASEADO NA CLÍNICA DO NEONATO SOBRE A INCIDÊNCIA DA SEPSE NEONATAL PRECOCE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

SÍURA A BORGES SILVA, 696.523.846-15, sabsilva.09@gmail.com

Higor Kenedy Ramos, 088.282.546-10, hygorkenedy@gmail.com

Thales Rezende C09811787662orra, 098.117.876-62, thalesrezendec@gmail.com

Barbara P de Barros Carvalho Pinto, 087.675.826-05, bita_fisio@hotmail.com

Objetivo: demonstrar o impacto de um protocolo baseado na sintomatologia do recém-nascido (RN) - e não apenas na análise de fatores de risco maternos - na incidência de sepsé neonatal precoce (SNP) e no uso de antibióticos em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Métodos: foram avaliados os prontuários dos RN admitidos em 2016 e 2017 na UTIN, excluindo-se os RN externos e os óbitos. Considerou-se SNP confirmada se o uso de antimicrobianos foi superior a 5 dias. Calculou-se a incidência de sepsé em menores de 28 semanas, entre 28 e 32 semanas e acima de 32 semanas, antes e após a implantação do protocolo. RN com fatores de risco e/ou alterações laboratoriais isolados, mas sem sintomas, são submetidos a hemocultura e observação clínica. Se há dúvida clínica e inicia-se antibióticos, mas a evolução do RN é satisfatória e a hemocultura está negativa, SNP é descartada e os antibióticos suspensos. Resultados: em 2016 foram avaliados 315 RN e em 2017, 313. A incidência de sepsé caiu de 42,5% para 36,5% entre RN com IG < 28 semanas, de 35% para 14,8% entre RN com IG = 28 semanas a < 32 semanas e de 25,7% para 12,6% nos maiores de 32 semanas, nos dois respectivos anos. Em todos os intervalos observou-se redução estatística significativa ($p < 0,05$). Conclusão: a frequência de SNP e o uso de antimicrobianos diminuíram, impactando em menores custos hospitalares, menor risco de resistência bacteriana, sem aumento nas taxas de mortalidade geral e por sepsé na UTIN.

PROTOCOLO DE SEPSE: EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO TEÓRICO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UTI ADULTO

Barbara Cristina Dias Giaquinto, 049.182.306-10, barbaragiaquinto@gmail.com

Allana dos Reis Correa, 000.068.186-50, allanareiscorrea@gmail.com

Barbara Maximino Rezende, 097.569.236-44, barbaramaximinorez@gmail.com

Nathalia Silva Miranda, 118.139.446-52, nath1807@gmail.com

Objetivo: Avaliar a efetividade de uma intervenção educativa no conhecimento teórico da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto sobre o protocolo de Sepsé. Método: Estudo de intervenção, com grupo único não equivalente, do tipo antes e depois, realizado com 70 profissionais da equipe de enfermagem de uma UTI adulto. O conhecimento foi avaliado por meio de um questionário autoaplicável antes e após a intervenção educativa. Os dados foram submetidos à análise descritiva sendo determinadas medidas de tendência central e dispersão. Para verificar as diferenças estatísticas das variáveis contínuas utilizou-se o Teste T student e para as categóricas, o Teste de McNeman. Resultados: A média de acertos no pré-teste foi de 5,0 questões ($\pm 1,73$) e no pós-teste foi de 8,0 ($\pm 1,59$) ($p < 0,001$). Quanto ao conhecimento sobre sepsé houve melhora significativa quanto aos itens avaliados pelo SOFA (pré-teste: 20,0%; pós-teste: 42,9%; $p = 0,003$), pontuação do SOFA (pré-teste: 52,9%; pós-teste: 84,3%; $p < 0,001$) e sinais de disfunção orgânica (pré-teste: 51,4%; pós-teste: 77,1%; $p = 0,001$). Quanto ao conhecimento sobre o protocolo, observou-se melhora significativa no conhecimento sobre o tempo máximo de administração de antimicrobianos (pré-teste: 38,6%; pós-teste: 90,0%; $p < 0,001$) e o procedimento a ser realizado no pacote de seis horas (pré-teste: 10,0%; pós-teste: 61,4%; $p < 0,001$). Conclusão: A intervenção educativa contribuiu na melhora do conhecimento teórico da equipe de enfermagem frente aos conceitos e recomendações do protocolo de sepsé. O investimento em educação permanente favorece a ampliação do conhecimento da equipe, contribuindo para uma assistência qualificada, segura e efetiva frente ao paciente com sepsé, possibilitando melhores desfechos.

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS CRITÉRIOS NOVOS E ANTIGOS DE SEPSE COM RELAÇÃO AO IMPACTO CLÍNICO DO ATENDIMENTO INICIAL EM HOSPITAL TERCIÁRIO

BRUNA PEREIRA BICALHO, 075.385.986-69, brunapbicalho@gmail.com
Aline Martins Cardoso, 096.663.456-09, alinemcardoso@outlook.com.br
Flávia Tereza Coelho, 077.011.686-80, ftqc@hotmail.com

Objetivo: A sepse é uma doença com alta prevalência, elevado custo e alta morbimortalidade não só no Brasil. Ao longo dos anos, consensos foram produzidos a fim de aperfeiçoar o reconhecimento e tratamento precoces. Em 2016, foi proposto o SOFA e o quick-SOFA em detrimento do SIRS, como ferramentas para diagnóstico e avaliação de prognóstico da sepse. Assim, o estudo visa identificar o perfil epidemiológico sociodemográfico e clínico dos pacientes acometidos por sepse admitidos na unidade de terapia intensiva, bem como estimar a prevalência de sepse e avaliar o desfecho do tratamento instituído, ao comparar critérios do SOFA e o SIRS. Metodologia: Trata-se de estudo epidemiológico, observacional, descritivo, analítico e retrospectivo desenvolvido em hospital terciário, realizado por meio da coleta de dados em prontuário através de questionário elaborado pelos autores do projeto. Os resultados foram analisados através do software Epi Info 7.0. Resultados: Foram analisados 119 prontuários, sendo 29 excluídos. A idade média foi de 60 anos, com maioria feminina. Doenças crônicas graves acompanhavam 86% dos pacientes. Entre os principais focos de infecção, 38% pulmonar, 17% urinário e 10% abdominal. A suspeita de sepse á admissão era de 55% e 78%, aplicando-se o SOFA e o SIRS, respectivamente. Ao fim do tratamento, 60% permaneceram vivos após 14 dias e 30% evoluíram para óbito na internação. Conclusão: A sepse apresenta alta mortalidade sendo que comparando-se os critérios, não houve diferença significativa em relação ao diagnóstico e desfecho. Assim, o mais importante é reconhecimento e tratamento precoce.

SEPSE NO PACIENTE QUEIMADO: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PRECOCE

LUANA ALBUQUERQUE PESSOA, 123.942.506-66, albuquerque.luana@gmail.com
KAROLYNE MICHELE MOURA RAFTOPOULOS, 115.812.056-78, karol.raftopoulos@hotmail.com
MARIANA PERTENCE DE SOUSA E SILVA, 095.561.066-42, marianappertence@yahoo.com.br
ANA CAROLINA MADUREIRA NUNES, 113.175.976-13, anacarolinamnunes@outlook.com
LUIZA LINS KHOURY, 069.940.926-82, luiza.khoury@yahoo.com.br
ARMANDO PINTO MONTEIRO NETO, 003.735.176-10, monteiro.armando@gmail.com

Objetivo: Investigar a sepse em pacientes queimados e seus fatores preditivos, propondo estratégias de prevenção precoce. Métodos: Foi realizada uma revisão da literatura nas plataformas PubMed, Lilacs e SciELO, a partir dos descritores “Sepsis”, “Burn”, “Burned”. Resultados: As queimaduras são lesões cutâneas susceptíveis a infecções, sendo a sepse responsável por até 60% dos óbitos em pacientes queimados. Dessa forma, é necessário o conhecimento dos fatores de risco para infecção e o diagnóstico precoce. Os fatores de risco incluem imunossupressão, internação prolongada, presença de sonda ou cateteres e a superfície corporal queimada. A prevenção da sepse em pacientes queimados pode ser feita através da observação de sinais clínicos como taquicardia, taquipneia, febre ou hipotermia, hipotensão, oligúria, desorientação mental, trombocitopenia, hiperglicemia e incapacidade de continuar a alimentação enteral por mais de 24 horas, além de análise dos níveis de hemoglobina, leucócitos, albumina, creatinina e culturas microbiológica. Atualmente é estudada a associação de biomarcadores para o diagnóstico precoce da sepse nos pacientes queimados, como Proteína C Reativa, procalcitonina, contagem de plaquetas, Fator de Necrose Tumoral Alfa, Interleucina 6, dentre outros. Conclusão: A sepse em queimados é uma doença de alta morbimortalidade e as intervenções de tratamento são desafiadoras. Fatores como vigilância microbiológica, diagnóstico precoce e uso de antibióticos apropriados podem reduzir a taxa de mortalidade. Para tanto, os treinamentos em serviço devem ser frequentes, com foco no conhecimento dos fatores preditivos de infecção, visando à prevenção de complicações e melhoria da assistência.

PROPOSTA DE ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA PARA TRATAMENTO DE SEPSE PRIMÁRIA EM CTI

Victor Araújo Fortuna Cáus (Apresentador), 137.189.236-96, araujovictor@ymail.com
Geovana Carla Rosa Brito, 130.506.576-00, geovana_brito@hotmail.com
Samuel Filipe Motta Martins Dias, 149.615.017-19, samuel_mmd@hotmail.com
Victor Augusto Pereira Romão, 133.027.476-83, victor.romao21@gmail.com
Vitor Augusto Fernandes do Nascimento, 128.894.326-10, vitor.afn@hotmail.com
Braulio Roberto Gonçalves Marinho Couto, 600.783.406-91, coutobraulio@hotmail.com

Objetivo Avaliar o perfil de sensibilidade antimicrobiana dos agentes etiológicos de sepse primária em CTI de adultos, embasando terapia empírica para tratamento de sepse primária em CTI. Materiais e métodos Este estudo analisou 111 sepse ocorridas entre jul/2016-jun/2018 no CTI adulto (médico-cirúrgico) do Hospital Público I (HPI) e 337 sepse ocorridas entre jan/2018-dez/2018 em dois CTIs adultos (médico-cirúrgico) do Hospital Público II (HPII). Para o cálculo da taxa de sensibilidade do esquema de antibióticos, seguiu-se o seguinte direcionamento: caso o microorganismo não tenha sido testado para um determinado antimicrobiano, será considerado resistente a este antibiótico; a taxa de sensibilidade foi calculada considerando o número de cepas sensíveis, dividido pelo total de infecções; para esquemas com mais de um antibiótico, caso o microorganismo seja sensível a um deles, será classificado como sensível. Resultados No HPI, observou-se que sepse diagnosticadas até uma semana após a internação são causadas por múltiplos agentes etiológicos. Em relação às sepse diagnosticadas após uma semana de internação, 47% delas é causada por quatro bactérias: Staphylococcus epidermidis, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae (esbl). No HPII, sepse diagnosticadas até uma semana após a internação e após uma semana são causadas por múltiplos agentes etiológicos. A terapia combinada de Vancomicina, Polimixina B e Gentamicina apresentou sensibilidade mais alta (81% das cepas no HPI e 89% das cepas no HPII). Conclusão Apesar da constatada variedade de agentes etiológicos potenciais causadores de sepse primária em CTIs adultos, a antibioticoterapia empírica fornece dados importantes para um tratamento mais abrangente, rápido e eficaz.

DESAFIOS NA ABORDAGEM DA SEPSE NA GESTAÇÃO

LUMA DE OLIVEIRA MORAIS, 083.922.446-05, lumamorais90@hotmail.com
Kamila Lima Abrantes de Matos, 043.343.935-19, kamila.abrantess@hotmail.com
Célia Carvalho Cavalcante, 026.107.045-26, celia1803@hotmail.com
Talitha Zileno Pereira, 073.116.016-90, talithazileno@hotmail.com

Objetivo: Realizar uma revisão de literatura sobre sepse na gestação, considerando o desafio diagnóstico e terapêutico. Métodos: Foi realizada uma revisão de literatura consultando artigos científicos indexados nas bases eletrônicas LILACS e SCIELO publicados nos últimos 13 anos. Resultados: A sepse na gestação é a terceira causa de morbimortalidade materna, após síndromes hipertensivas e hemorrágicas. Tem melhor prognóstico por acometerem pacientes jovens, sem comorbidades e com foco infeccioso presumível em sua maioria. O diagnóstico precoce é imprescindível para melhor desfecho materno-fetal. A gestante séptica tem diagnóstico dificultado devido as adaptações fisiológicas que ocorrem no estado gravídico que se confundem com os critérios de sepse: hipotensão, taquipneia, leucocitose, plaquetopenia, podendo ser subvalorizados e erroneamente interpretados. Ainda, tais adaptações não foram consideradas na elaboração dos critérios clínicos/laboratoriais dos principais scores utilizados na sepse. As etiologias podem ser obstétricas ou não, sendo a infecção do trato urinário o principal foco infeccioso. Para identificação precoce pode-se usar sinais de hipoperfusão, como confusão mental, oligúria, aumento de lactato sérico, visto que hipotensão e taquipneia já são esperados. A ausculta dos batimentos cardíacos fetais é importante, pois taquicardia fetal pode ser um sinal precoce de sepse. A prioridade do tratamento deve ser a gestante uma vez que o bem-estar fetal depende da melhora dos parâmetros maternos. Conclusão: Atraso na identificação e início do tratamento da sepse são impactantes no desfecho clínico. É necessário alertar sobre as particularidades fisiológicas e critérios que podem ser usados para que haja reconhecimento precoce e melhor condução da sepse na gestação.

OS IMPACTOS CLÍNICOS DAS NOVAS DEFINIÇÕES DE SEPSE E AS LIMITAÇÕES DO ESCORE PREDITIVO QSOFA

LUIS EDUARDO MARIANI BITTENCOURT, 018.284.306-84, dluisdudu@gmail.com
Vinicius Pereira de Souza, 902.865.026-15, viniciuspsouza.br@gmail.com
Lucio Brandi Niffenegger, 125.601.076-60, luciobrandi@hotmail.com
Isabela Solis Gonçalves Furtado, 123.708.556-06, isabelasgf@gmail.com
Isabella Fernanda de Souza Conceição, 129.206.626-19, bella.medicina@hotmail.com

Objetivo: Apresentar as conclusões do último consenso internacional de definições de sepse e choque séptico (Sepsis-3) e identificar os impactos e limitações do quickSOFA (qSOFA) para o diagnóstico de sepse. Métodos Realizou-se revisão bibliográfica em PubMed utilizando-se as palavras-chave sepsis-3, qSOFA e SOFA e selecionou-se treze artigos publicados no período entre 2015 e 2019. Resultados Recentemente, foram publicadas as novas definições de sepse, conhecidas como Sepsis-3. Dentre outras atualizações, definiu-se sepse como “disfunção de órgãos com risco de vida devido a uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção”. Para definir sepse substituiu-se os critérios da síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) pelo Sequential Organ Failure Assessment (SOFA). Ademais, sugeriu-se o qSOFA, como uma ferramenta a ser utilizada a beira do leito como um escore de gravidade, que visa prever morbidade e mortalidade. Estudos apontam uma baixa sensibilidade e elevada especificidade associados ao qSOFA, que por isso proporciona um alerta de pior prognóstico, mas não é uma ferramenta de triagem para diagnóstico precoce de sepse. Conclusão Os novos conceitos limitam os critérios de disfunção orgânica, selecionando uma população mais gravemente doente. Isso poderia ser interessante em países com maior sensibilidade na abordagem diagnóstica de sepse, sendo, contudo, uma preocupação em países sem reconhecimento precoce dos pacientes. O qSOFA pode ser utilizado para avaliar a gravidade, mas não para diagnosticar sepse e é necessário que ele seja retrospectiva e prospectivamente avaliado e validado antes de ser implantado.

SEPTICEMIA COM CHOQUE SÉPTICO DEVIDO A OTITE MÉDIA AGUDA

Yaskara Duarte Assis, 015.966.452-70, yaskaraduarteassis@hotmail.com
Lara Juliana Silva de Rezende, 071.867.286-00, lahrezende@gmail.com
Larissa Lemos Pires de Melo, 375.726.478-98, larissalemosmelo@gmail.com

Otite média aguda (OMA) é definida como uma infecção da mucosa da orelha média que pode ser precedida de infecção de via aérea superior, apresentando otalgia como principal queixa, a qual pode estar associada a otorreia e febre, sendo um quadro clínico característico, com isso, o diagnóstico baseia-se na anamnese e exame físico, não sendo necessários exames complementares para confirmação. Não obstante, a maioria dos casos de OMA são autolimitados e benignos, devido a prevalência de infecções virais, porém uma pequena parcela se inicia ou evolui com infecções bacterianas associadas a complicações. Tais complicações podem ser intra ou extra auriculares, entre elas tem-se a mastoidite aguda e a meningite como principais. O objetivo desse trabalho é relatar o caso de um paciente, jovem, previamente hígido, diagnosticado com OMA, inicialmente sem tratamento adequado, evoluindo com uma complicação atípica, até então não relatada na literatura por ser uma complicação rara principalmente nessa faixa etária. Tal paciente apresentou um quadro de sepse, evoluindo com choque séptico e internação na unidade de terapia intensiva, necessitando do uso de antibioticoterapia de amplo espectro e uso de drogas vasoativas, foi realizada investigação infecciosa, buscando outros focos através de exames complementares, todos negativos. Após instituído o tratamento adequado, o paciente apresentou boa resposta e melhora clínica satisfatória.

INFECÇÃO POR CRIPTOCOCCUS NEOFORMANS EM PACIENTE SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDO: RELATO DE CASO

MATHEUS FERREIRA DE CARVALHO, 111.565.266-47, matheusfcarvalho1@gmail.com
Georgia Santos Arcanjo, 090.607.756-78, georgiasarcujo@gmail.com
Marinella Patrícia de Almeida Ananias, 091.636.576-00, marinellaananias@gmail.com

Criptococose é uma infecção fúngica invasiva, que ocorre principalmente em pacientes imunossuprimidos, com incidência de 2,5 a 5,8% naqueles submetidos a transplante de órgão sólido. Pode ocorrer desde acometimento isolado, como pulmonar, até casos disseminados. Achados radiológicos são inespecíficos, podendo dificultar o diagnóstico, cujo padrão ouro é cultura do tecido afetado. O tratamento da forma disseminada é feito com Anfotericina B lipossomal, na fase aguda e fluconazol, na fase de manutenção. Trata-se de R.Q.M., 30 anos, admitida com dispneia, associada a febre vespertina e tosse com expectoração amarelada. Apresentava ainda máculas hipercrômicas em membros superiores, além de úlceras em regiões vaginal e anal. História prévia de transplante renal há quatro anos, em uso irregular de prednisona, micofenolato de mofetil e tacrolimus. Exames laboratoriais evidenciavam anemia importante e piora gradativa da função renal. Tomografia de tórax mostrou micronódulos centrolobulares esparsos bilateralmente, alguns com padrão de árvore em brotamento associados a opacidades nodulares e linfonodomegalias mediastinal, subcarinal e paraortica. Realizou três amostras de BAAR, em escarro, todas negativas. Submetida a lavado broncoalveolar com pesquisa direta de fungos negativa, BAAR negativo e cultura positiva para *Enterococcus* sp. Iniciado tratamento com cefepime e vancomicina. Histopatológico de biópsia transbrônquica evidenciou inflamação granulomatosa com estruturas circulares compatíveis com fungo e cultura de tecido com crescimento de *Cryptococcus neoformans*. Iniciado tratamento específico, com anfotericina B, mas paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda, sepse de foco pulmonar e óbito. Esse caso demonstra a necessidade de alto grau de suspeição para diagnóstico precoce dessa patologia potencialmente fatal, porém reversível.

RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA NA SEPSE: DISCUSSÃO ACERCA DA TERAPÊUTICA E DA MORTALIDADE

EMANUEL HENRIQUE BARROS DORNELAS, 110.895.586-00, ehenriquebd@hotmail.com
João Pedro Rodrigues Vieira, 102.145.636-50, joaopedroaluno@yahoo.com.br

Objetivos: discutir a terapêutica de reposição volêmica na sepse e discutir sobre mortalidade e possíveis complicações durante a internação. Método: realizada revisão bibliográfica pelas plataformas PubMed, Lilacs e Medline, utilizando os descritores: choque séptico, sepse e equilíbrio hidroeletrólítico, com seleção e leitura de 15 artigos. Resultados: a hipovolemia nos pacientes com sepse é resultante de fatores externos como vômito, diarreia e diminuição da ingestão oral, além de fatores internos como vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar e perda de fluidos para o espaço intersticial. Nesse sentido, a reposição volêmica tem crucial importância para restabelecer a perfusão e a oxigenação sistêmicas. O estudo Early Goal-Directed Therapy (EGDT) de 2001 foi um marco por ter evidenciado a redução da mortalidade na sepse por meio da ressuscitação volêmica e pregar terapia de reposição venosa liberal nas primeiras 6 horas de tratamento, monitorando a reposição hemodinâmica por meio de parâmetros como pressão venosa central de 8 a 12 mmHg. Entretanto, dados de estudos observacionais e ensaios randomizados subsequentes demonstraram a controvérsia de associar diretamente a reposição venosa liberal à redução da mortalidade, já que há influência positiva de outras terapêuticas como a antibioticoterapia precoce. Discute-se também o impacto do excesso de fluidos no aumento da mortalidade, pois pode causar edema nos órgãos, aumento das pressões intracardíacas e prejuízo na oxigenação sistêmica, além de poder piorar disfunções cardíacas e pulmonares preexistentes ou induzidas pela sepse. Conclusão: são necessários futuros estudos clínicos randomizados para elucidar com maior precisão as taxas de reposição hídrica no paciente séptico.

TEMPO PARA INÍCIO E PROGRESSÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

GICELE MENDES CHAGAS, 045.673.326-44, gicelechagas@gmail.com
Daiane Oliveira dos Reis, 071.181.336-12, daianeor7@gmail.com
Patrícia Amaro Andrade, 112.201.826-64, patriciaamaro.ufv@gmail.com

Objetivos: avaliar se o tempo para início e progressão da terapia nutricional atende às recomendações da literatura. Métodos: avaliou-se pacientes adultos admitidos no Centro de Terapia Intensiva e Unidade Coronariana acompanhados pela Nutrição de fevereiro a abril de 2019, que permaneceram nas unidades por no mínimo 72 horas após liberação de dieta. Monitorou-se tempo para início de dieta e para atingir 70% das necessidades nutricionais e motivo pelo qual início ou progressão foi retardado. Resultados: foram avaliados 74 pacientes, idade média de 55,5 anos, a maioria do sexo masculino. Segundo avaliação subjetiva global, 66,2% foram classificados com algum grau de desnutrição. Quarenta pacientes receberam dieta oral, 48 enteral e 3 nutrição parenteral. O tempo médio para início de dieta foi de 1,84 dias, não sendo iniciada precocemente em 18,9% dos pacientes. O tempo médio para alcançar 70% das necessidades foi de 3,3 dias. Trinta e um por cento dos pacientes não atingiram 70% em 72 horas. Os principais motivos que impediram início precoce e progressão dentro de 72 horas foram vômitos ou baixa aceitação da dieta oral, mudança de via de alimentação (enteral para oral), instabilidade hemodinâmica e jejum para exame, procedimentos ou cirurgias. Conclusão: o tempo médio de início de dieta e progressão está dentro do recomendado pelos guidelines de pacientes críticos. A equipe de suporte nutricional contribuiu para que a dieta fosse iniciada precocemente e as necessidades alcançadas o mais rápido possível, considerando individualmente cada caso, visto que a maioria dos pacientes apresentava algum grau de desnutrição.

CONTROLE GLICÊMICO EM PACIENTES CRÍTICOS EM UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO

FERNANDA LUIZA GOMES DE ABREU, 129.161.136-30, fernandaluizaabreu17@gmail.com
Lorrayne Flores Oliveira, 124.953.406-28, lorryneflores@hotmail.com

Objetivo: Compreender as mudanças no monitoramento do controle glicêmico dos pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva para avaliar os valores glicêmicos recomendados e o prognóstico a longo prazo. Métodos: Revisão literária nas bases de dados Pubmed, Scielo e UpToDate, selecionando artigos publicados nos últimos anos. Resultados: A hiperglicemia associada à doença crítica, definida como uma glicemia maior que 140 mg/dl em pacientes sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus, é uma resposta metabólica comum em pacientes gravemente enfermos. Apesar de inicialmente considerada como uma resposta fisiológica à gravidade da patologia subjacente, estudos demonstraram uma relação entre hiperglicemia e mortalidade em condições críticas. Esta relação pode ser explicada devido ao maior efeito inflamatório, maior produção de radicais livres, alteração da resposta imune, quimiotaxia e fagocitose. Associa-se também ao aumento da permeabilidade vascular, angiogênese e oclusão capilar, que leva à piora da lesão dos órgãos alvos. Estudos recentes mostram que o controle glicêmico rigoroso está associado a maior risco de hipoglicemia, que também possui efeitos deletérios para o organismo como convulsões, dano cerebral, depressão e arritmias cardíacas, além de não alterar significativamente a mortalidade quando comparado a pacientes com controle glicêmico menos rigoroso. Atualmente, recomenda-se uma meta glicêmica entre 140-180mg/dl, ao invés de um controle mais rigoroso (80 – 110 mg/dl) ou alvo mais liberal (180 – 200 mg/dl), para evitar hiperglicemia acentuada e minimizar os riscos de hipoglicemia. Conclusão: Diante disso, nota-se a necessidade de se reconhecer o conceito de hiperglicemia em pacientes críticos, além do manejo correto dos alvos glicêmicos, individualizando cada caso.

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL NO PACIENTE CRÍTICO: REVISÃO DE LITERATURA

VINÍCIUS RANGEL, 015.008.076-05, vinirangel1982@me.com
KELLY WATARI UGINO, 230.188.968-82, kellyugino@hotmail.com

Objetivo: analisar a literatura médico-científica sobre a terapia nutricional enteral e parenteral em pacientes críticos. Métodos: revisão narrativa da literatura com pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas SciELO e PubMed/Medline em literaturas dos últimos 10 anos (2009-2019). Resultados: a terapia nutricional em pacientes críticos inclui a nutrição enteral e parenteral de calorias, proteínas, eletrólitos, vitaminas, oligoelementos e fluidos. A terapia nutricional pode influenciar nos processos metabólicos relacionados ao estresse, atuar na redução do dano celular oxidativo e modular a resposta imune do paciente. Se não for possível o suporte nutricional por via enteral, deve-se administrar nutrição parenteral de micronutrientes (eletrólitos, vitaminas e oligoelementos) e macronutrientes (carboidratos, aminoácidos e lipídios). Conclusão: a nutrição enteral apresenta menos complicações em relação à nutrição parenteral, além de ser menos dispendiosa de administrar. Porém, o uso da nutrição enteral sozinha, em muitos casos, não atinge os alvos calóricos necessários para que o paciente não fique desnutrido e não apresente complicações. A combinação da nutrição enteral com a parenteral é uma estratégia para prevenção do déficit nutricional, mas pode levar a excesso de alimentação, que também tem sido associado a complicações como disfunção hepática, infecção e suporte ventilatório prolongado. A Medicina Intensiva ainda carece de estudos sobre qual das terapias nutricionais é a mais eficaz, com menor risco de complicações. Há ainda muita divergência de opinião sobre qual a melhor opção: a nutrição enteral, parenteral ou a combinação de ambas para que se obtenha cobertura total da energia necessária no paciente crítico internado em UTI. Palavras-chave: paciente crítico, nutrição enteral, nutrição parenteral.

FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DE DIARREIA NOSOCOMIAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

CAROLINA DE PAULA BATISTA DUARTE, 060.734.466-08, carolina.batista.duarte@gmail.com
Ivens Augusto Oliveira de Souza, 036.029.799-46, ivens_s@hotmail.com
Paula Hibari Sasakura, 406.818.928-54, paulahibari@gmail.com
Cintia Suemi Kinjo, 357.807.098-07, cintiask@hotmail.com

Objetivo: Avaliar os fatores associados com o desenvolvimento da diarreia nosocomial em pacientes submetidos à Terapia Nutricional Enteral (TNE). Métodos: Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo que incluiu 1105 pacientes internados no Hospital Sírio Libanês (São Paulo/SP), submetidos a TNE, entre outubro de 2015 e abril de 2018. A diarreia foi definida através da mudança no hábito intestinal normal do paciente, com pelo menos três evacuações líquidas ou semilíquidas por mais de 2 dias consecutivos. Foram incluídos pacientes adultos com internação mínima de 7 dias e nutrição enteral por no mínimo 48 horas. Resultados: 280 pacientes apresentaram diarreia (25,3%) e foram comparados com 825 sem diarreia durante a internação. Os pacientes com diarreia tiveram um maior tempo de permanência hospitalar (mediana 42 vs 21 dias; $p < 0,001$) e necessitaram de múltiplas alterações na fórmula enteral (49,6% dos pacientes com diarreia utilizam mais de 2 tipos de fórmulas). Dentre os pacientes que desenvolveram diarreia, 32,5% receberam Piperacilina/Tazobactam como a primeira linha de antibioticoterapia. Os fatores de risco independentemente associados com o desenvolvimento de diarreia nosocomial foram: antibioticoterapia nas primeiras 48 horas de internação hospitalar (OR 1.6; IC 95% 1.02-2.49), uso de drogas vasoativas (OR 1.76; IC 95% 1.32-2.35) e IMC ≥ 30 (OR 2.01; IC 95% 1.08-3.72). Conclusão: Medidas preventivas devem ser tomadas em pacientes submetidos a TNE, especialmente em pacientes obesos recebendo antibioticoterapia e drogas vasoativas.

ULTRASSOM À BEIRA LEITO PARA CONFIRMAÇÃO DE POSICIONAMENTO DE SONDA NASOENTÉRICA EM PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS

Ronan de Souza, 048.280.966-39, ronansolza@yahoo.com.br
Vandack Alencar Nobre Júnior, 784.024.416-53, vandack@gmail.com
Cecília Gomes Ravetti, 015.815.526-29, ceciliag.ravetti@gmail.com
Paula Frizzera Vassallo, 031.522.657-94, pfvassallo1@gmail.com
Angêlica Gomides dos Reis Gome, 099.493.706-71, grgangel@hotmail.com
Gicele Mendes Chagas, 045.673.326-44, gicelechagas@gmail.com

Objetivo: Comparar a eficácia do ultrassom à beira leito (USBL) com a radiografia de abdome para confirmar o posicionamento de sonda nasoentérica (SNE) em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Métodos: Estudo piloto de coorte prospectivo, realizado na UTI do hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Foi realizado ultrassom abdominal com transdutor curvilíneo (4 MHz) em janela epigástrica. O posicionamento da SNE foi confirmado através da visualização da entrada do ar e soro fisiológico (5 ml de ar e 5 ml de soro) no estômago. Após o USBL o posicionamento da SNE foi avaliado com radiografia de abdome em todos os pacientes, de acordo com protocolo da unidade. Resultados: Foram incluídos 11 pacientes. A mediana de idade foi 60 (48-66) anos. Sete (63,6%) pacientes eram do sexo feminino. Oito (72,7%) estavam em ventilação mecânica. A mediana de duração do exame de US foi de 7 (6-8) minutos. A visualização do posicionamento da SNE no estômago foi confirmada pelo ultrassom em 10 (90,9%) procedimentos e pela radiografia em 11 (100%). Todos tiveram ausculta positiva e somente 5 (45%) tiveram retorno de líquido gástrico pela SNE. Conclusão: O USBL é um método eficaz e rápido para confirmar o posicionamento da SNE, evitando assim a exposição à radiação e outras complicações relacionadas com a radiografia, além de ser uma alternativa segura em situações aonde o acesso rápido a radiografia é limitado.

INTERCORRÊNCIAS DURANTE A HEMODIÁLISE ESTENDIDA DIÁRIA (SLED) EM PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ROBERTA MARIA DE JESUS, 054.104.296-30, robertaenfer@gmail.com
Pâmela Malheiro Oliveira, 033.720.705-42, pamela_malheiro@hotmail.com
Samantha Vieira Alves Amaral, 086.746.616-29, samanthavalves@gmail.com
Lilian Kelen de Aguiar, 372.305.226-68, lilian.uea@gmail.com
José Ferreira Pires Júnior, 070.814.326-11, piresjuniorr@hotmail.com
Luciana Valverde Vieira Delfim, 065.304.256-67, lucianavv@gmail.com

A hemodiálise estendida (SLED) tem se demonstrado eficiente no controle metabólico e hídrico conseguindo manter o estado hemodinâmico do paciente. Contudo, pode desencadear complicações eventuais que podem, em algumas situações graves, levar o paciente à morte. Assim, este relato de experiência teve por objetivo identificar as principais complicações ocorridas durante as sessões de SLED em pacientes criticamente enfermos a partir da experiência vivenciada pela equipe de enfermagem. Foi realizada nos meses de fevereiro a março de 2019, nas unidades de terapia intensiva de um hospital universitário em Belo Horizonte MG. Durante esse período foram acompanhadas cerca de 300 sessões de SLED em um total de 19 pacientes. As principais intercorrências identificadas foram hipotensão arterial, hipertensão arterial, hipoglicemia, arritmias cardíacas, coagulação das linhas ou do capilar, disfunção do acesso vascular para SLED. Essas complicações não se mostraram deletérias, pois foram identificadas precocemente mostrando a importância da vigilância constante da equipe de enfermagem. A atuação do enfermeiro diante destas complicações, desde a monitorização do paciente, a detecção de anormalidades e a rápida intervenção é essencial para um procedimento seguro e eficiente para o paciente. Um potencial benefício mediante essa observação será obtido com a finalidade de identificar um padrão/perfil de diagnósticos de enfermagem para tais complicações em pacientes criticamente enfermos, assim como também para definir quais sejam as intervenções específicas de acordo com uma terminologia padronizada de enfermagem. Para melhoria contínua da assistência ao paciente com suporte dialítico são frequentes capacitações da equipe para assegurar um tratamento com segurança e livre de danos.

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO EFETIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE A REALIZAÇÃO DA HEMODIÁLISE EM PACIENTE NA TERAPIA INTENSIVA

SAMANTHA VIEIRA ALVES AMARAL, 086.746.616-29, samanthavalves@gmail.com
Pamela Malheiro Oliveira, 033.720.705-42, pamela_malheiro@hotmail.com
Luciana Mara Rosa Milagres, 070.878.666-99, lucianarosamilagres@gmail.com

A injúria renal aguda é uma situação frequente dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva pelo Brasil. Esse relato de experiência tem o objetivo de demonstrar a importância da equipe de enfermagem durante a realização de hemodiálise em pacientes críticos. Foi realizada no período de fevereiro de 2019, nas três unidades de terapia intensiva de um hospital universitário em Belo Horizonte. A terapia renal substitutiva – hemodiálise por si só já é um procedimento invasivo que merece atenção contínua durante a sua realização, já no contexto da terapia intensiva se torna um processo ainda mais complexo devido às condições clínicas do paciente. E a enfermagem tem um papel crucial nesse procedimento, pois é esse o profissional que acompanha todo o tratamento e uma atuação atenta e contínua é a chave para a não ocorrência de um evento adverso ou intercorrência grave como parada cardiorrespiratória, perda sanguínea por coagulação do sistema, hipotensão e arritmia. No nosocômio em questão tem-se cerca de 100 hemodíálises mês e cada técnico de enfermagem é responsável pelo paciente e é exclusivo para a terapia hemodialítica, com frequentes capacitações tudo para assegurar um tratamento com o máximo de segurança e livre de danos. Logo a atuação da equipe de enfermagem com uma visão holística focada na segurança é fundamental para o sucesso da terapia e melhoria contínua do paciente.

A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA NUTRICIONAL COM ARGININA E GLUTAMINA EM PACIENTES VÍTIMAS DE GRANDES QUEIMADURAS TÉRMICAS

IZABELLA DE OLIVEIRA MELIM ABURJELI, 142.615.046-69, izabellaaburjeli1@gmail.com
Marcela Cotta de Castro, 116.012.536-80, marcelacotta2@gmail.com

Objetivos: O estado hipermetabólico que ocorre em grandes queimados, é decorrente do aumento da lipólise, da proteólise, da glicogenólise, do aumento consumo de oxigênio e formação de CO₂, sendo fundamental o início do suporte nutricional e metabólico precoce logo após estabilização hemodinâmica. A presente revisão bibliográfica objetiva discutir e avaliar os benefícios da suplementação de arginina e glutamina no processo de recuperação de grandes queimados. Métodos Trata-se de uma revisão bibliográfica não sistemática embasada em artigos científicos dos últimos dez anos obtidos nos acervos de referencial bibliográfico científico PubMed, SciELO e LILACS. Resultados Pacientes grande queimados apresentam depressão no sistema imunológico, decorrentes de distúrbios metabólicos, que podem diminuir a cicatrização, prolongar o tempo de internação e aumentar o risco de infecção e morte. Nesta perspectiva, múltiplos ensaios clínicos apontaram para significativo benefício da suplementação de aminoácidos como arginina e glutamina em grandes queimados, visando otimizar o sistema imune e amenizar efeitos hipermetabólicos. Conclusão Quando introduzida precocemente, a imunomodulação apresenta-se importante na reversão ou prevenção de infecções. Nesta perspectiva, a arginina e glutamina mostraram-se úteis ao aperfeiçoamento da resposta imune, particularmente na proliferação de células de defesa. No entanto, ainda não é compreendido como esses aminoácidos minimizam complicações infecciosas, diminuem o tempo de internação e melhoram o prognóstico, sem causar efeitos colaterais em pacientes desequilibrados hemodinamicamente. Sendo assim, é necessário que novos ensaios clínicos sejam realizados a fim de esclarecer as repercussões da suplementação com imunomoduladores em pacientes vítimas de grandes queimaduras térmicas.

PERFIL DAS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE ATENDIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE GRANDE PORTE

KARINA GONÇALVES DIAS DE BARROS - APRESENTADORA, 059.345.257-78, karinagdb160416@gmail.com
Thaís Moreira Oliveira, 116.562.376-52, thaismo18@gmail.com
Allana dos Reis Côrrea, 000.068.186-50, allanareiscorrea@gmail.com
Daniele Resende de Pádua, 014.583.516-29, danielle_rpadua@yahoo.com.br
Bárbara Lara Couto, 139.174.356-32, barbaralaracouto@gmail.com

Objetivo: Traçar o perfil das vítimas de acidente de transporte terrestre (ATT) atendidas em um hospital público de grande porte. Métodos: Estudo transversal que analisou 431 pacientes adultos vítimas de ATT que foram atendidos e internados na instituição no ano de 2016. Para análise dos dados utilizou-se o pacote estatístico Statistical Software for Professional (Stata), versão 14.0. com descrição da população e as estimativas foram apresentadas em proporções. Resultados: Predominou o sexo masculino (81,90%), faixa etária entre 20 a 40 anos (66,59%), que vive sem companheiro (80,05%) e procedente da cidade de Belo Horizonte (59,63%). Mais da metade (58,01%) foi encaminhada ao hospital pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. O motivo de atendimento mais frequente foi relacionado a acidentes com motocicletas (68,68%) seguido por atropelamentos (14,62%) e o mecanismo de trauma predominante foi a colisão (53,60%). Quanto ao tipo de lesão, o ferimento corto-contuso foi o mais frequente (37,12%) seguido das escoriações (35,27%). As regiões corpóreas mais atingidas foram os membros inferiores (61,25%) e superiores (47,33%). Houve indicação de procedimento cirúrgico em 166 casos. O principal desfecho hospitalar foi 'Alta hospitalar' em 89,79% casos, seguido de 'transferências' (6,26%) e 'evasão' (3,25%). Ocorreram três (0,70%) óbitos. Conclusão: Conhecer o perfil dos pacientes vítimas de ATT é fundamental para que o enfermeiro e a equipe multiprofissional possam repensar e implementar ações direcionadas e específicas para o atendimento hospitalar oferecido a pessoas vítimas dessa condição.

EFICÁCIA DA CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Laura Loth Marton Azzi, 130.182.476-39, lauraazzi@hotmail.com
Leonardo Salviano da Fonseca Rezende, 071.195.636-70, leonardosfrezende@hotmail.com
Lidia Carneiro de Sousa, 072.873.716-77, lidiacarneiro08@gmail.com
Pedro Icaro Navarro Saporì, 129.659.086-09, pedro_saporì@hotmail.com
Daniela de Oliveira Gomes, 083.618.256-14, danydeoliveira@hotmail.com
Rachel Leite Guedes, 121.281.586-64, racheleiteguedes@hotmail.com

Objetivo: comparar a cirurgia de controle de danos à cirurgia tradicional imediata em pacientes com trauma abdominal. Métodos: Foi realizada uma revisão literária, com dez artigos selecionados na língua inglesa e portuguesa, a partir das bases de dados Cochrane e Scielo, e Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, no período de 2011 a 2019. Resultados: No trauma abdominal cirúrgico, distúrbios da coagulação, hipotermia e acidose metabólica são os principais mecanismos de morte nos pacientes. Para prevenir esses três fatores, os profissionais visam o controle do sangramento e a prevenção da perda de calor. Neste caso, a cirurgia de controle de danos (CCD) baseia-se em reparar injúrias mais graves e postergar a resolução definitiva de todas as lesões sofridas. O paciente é encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva e é reabordado cirurgicamente após a estabilização hemodinâmica. Estudos comparando técnicas tradicionais e CCD são limitados, o que dificulta o estabelecimento de benefícios desta última. Além disso, a qualidade dos estudos é precária, o que impossibilita alto nível de evidência, uma vez que os artigos se baseiam em estudos observacionais e relatos de caso. Todavia, ressalta-se que em pacientes instáveis, com riscos de complicações, a resolução das injúrias mais graves mostra-se um preditor para redução da morbimortalidade. Conclusão: Existe uma necessidade de novos estudos controlados, randomizados e prospectivos para o estabelecer a real superioridade da CCD frente as demais abordagens.

ATENDIMENTO AO POLITRAUMATIZADO EM CENÁRIO LIMITADO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ZONA RURAL: RELATO DE CASO

BÁRBARA APARECIDA DE ARRUDA FARIA (apresentadora), 093.970.216-99, ba.arruda.faria@gmail.com
Maria Paula Roman Amaral, 017.612.906-57, mpaularamaral@gmail.com
Dândara Larisse Fagundes Araújo, 107.886.266-47, dandaralarissa2011@hotmail.com
Maurício Carvalho Nascif, 050.029.416-05, mauricionascif@gmail.com
Rodrigo Faria Cardoso, 053.532.296-81, digaum_fc@hotmail.com

O trauma constitui importante problema de saúde pública, causando impacto sócio-econômico e significativa morbimortalidade. O atendimento adequado e o tempo decorrido entre o acidente e a admissão hospitalar é fator relevante para redução da mortalidade. Portanto, é fundamental que em regiões desprovidas de serviço de média ou alta complexidade a equipe de atenção básica à saúde esteja preparada para prestar o primeiro atendimento a pacientes acidentados. Relata-se caso de paciente masculino, 52 anos levado à unidade básica de zona rural após colisão automobilística. À admissão, a equipe de saúde da família seguiu o protocolo ATLS® (Advanced Trauma Life Support®) enquanto aguardava transporte para serviço de urgência. Dessa forma realizou análise objetiva do caso e rápido diagnóstico das alterações, implementando devido suporte. Encontrava-se em Glasgow 14, apresentava epistaxe volumoso, escoriações em face e fratura exposta de tíbia esquerda, a qual, teve o sangramento controlado. Assim que o transporte municipal chegou, paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, foi imobilizado em prancha rígida, colar cervical e acessos venosos nos membros superiores. Já no Hospital Regional manteve os padrões hemodinâmicos e ventilatórios, realizou-se tomografia computadorizada de crânio, tórax e abdome, descartando fratura de osso nasal e outras lesões, encaminhado à ortopedia para seguimento do trauma tibial. Sem demais complicações foi indicada cirurgia de correção. Tal caso demonstra a importância do preparo da equipe de atenção básica para o sucesso no atendimento a pacientes politraumatizados, principalmente onde não há atendimento especializado. É imprescindível a garantia de infraestrutura, recursos e capacitação centrada em urgência e emergência aos profissionais.

MANEJO AMBULATORIAL DE LESÃO POR PRESSÃO ADQUIRIDA NA TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO

AMANDA LUÍZA SANTOS TEIXEIRA, 090.152.326-79, aluizasteixeira@gmail.com
Ana Carolina Barbosa dos Santos, 021.215.176-26, acarolina.angel@gmail.com
Igor Rangel Leandro, 077.562.616-31, igorj.k@hotmail.com
Luzimar Rangel Moreira, 653.190.017-20, luzimarangel@hotmail.com
Vitor Magalhães Silva, 127.331.656-82, vitormagalhaes17@hotmail.com

Introdução: Pacientes em Unidade de Terapia Intensiva são, geralmente, os maiores acometidos por Lesões por Pressão devido à limitação da mobilidade além dos fatores relacionados às doenças prévias. A incidência e prevalência das Lesões por Pressão, mesmo com a atualização de recursos para prevenção e tratamento, mantêm-se elevadas em unidades de terapia intensiva. Cabe ao profissional de enfermagem a execução de procedimentos importantes para a prevenção e tratamento das Lesões por Pressão. Objetivo: Descrever a abordagem para o tratamento de Lesões por Pressão em paciente pós-alta de uma unidade de terapia intensiva. Descrição do Caso: Paciente do sexo masculino, 69 anos, submeteu-se, conforme relato, à internação em uma unidade de terapia intensiva onde permaneceu hospitalizado por sete dias. Durante o período de permanência na unidade, o paciente desenvolveu uma Lesão por Pressão no calcâneo direito e outra Lesão por Pressão em região do tendão de Aquiles no membro inferior esquerdo. As coberturas utilizadas se alteravam com a evolução das lesões, tendo como objetivo principal retirar o tecido necrótico, absorver o exsudato e preservar o tecido de granulação, viabilizando assim, o leito da lesão.

AValiação DA COMUNICAÇÃO NOTÍCIAS DIFÍCEIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: ATENDEMOS ÀS EXPECTATIVAS DOS FAMILIARES?

SÍURA A BORGES SILVA, 696.523.846-15, sabsilva.09@gmail.com
Higor Kenedy Ramos, 088.282.546-10, hygorkenedy@gmail.com
Bianca Lisa de Faria, 130.178.786-86, biancalisadefaria@outlook.com
Maria Luiza Custódio Soares, 071.692.766-74, malucustodio@hotmail.com
Vitor Augusto Ferreira Herculano, 106.392.546-08, vitor_herculano@hotmail.com
Fernanda Vasconcelos Rezende, 081.168.526-80, nandoca_40@hotmail.com

Objetivo: avaliar a eficácia das estratégias de comunicação de notícias difíceis em uma unidade de terapia intensiva neonatal Métodos: análise preliminar de pesquisa observacional descritiva tipo transversal, cuja coleta de dados ocorreu durante seis meses. Foi elaborado um questionário com questões abertas e fechadas. Foram incluídos pais de recém-nascidos (RN) internados durante o período proposto para coleta de dados e cujo tempo de internação foi maior ou igual a sete dias. Resultados: foram aplicados sessenta e dois questionários. Os RN menores de 32 semanas somaram 72,5% e a prematuridade foi responsável por 71% das internações. Em relação ao índice de satisfação geral, 53,9% foi acima de 90%, 20,6% entre 81 e 90%, 14,2% entre 71 e 80%. Em 7,9% dos questionários, o índice de satisfação encontrado foi menor/igual a 70%. Nas questões abertas, a resposta sobre a notícia mais difícil esteve relacionada ao diagnóstico da criança. Sobre o que mais incomodou os pais durante as notícias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a resposta de maior frequência foi "NADA". A forma como a notícia foi dada foi o principal ponto positivo levantado. A maioria das respostas sobre o que poderia ter sido diferente foi "NADA". Sobre sugestões para a melhoria das notícias, as principais respostas foram "NADA" e "o local e o tempo disponível para notícias". Conclusão: a maioria dos entrevistados relatou "satisfação" em relação à comunicação de notícias difíceis na UTIN e as melhorias propostas a serem acatadas recaíram sobre o local e tempo disponível para as notícias

COMPONENTES PARA O EXERCÍCIO DA HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO PACIENTE CRÍTICO: UM OLHAR POR MEIO DE UM MAPA CONCEITUAL

NAYARA CRISTINE PROTTE DE PAULA, 119.044.876-96, nayara.protte@hotmail.com

Objetivo: O cuidado ao paciente inserido no contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), exige elevada densidade tecnológica e assistência especializada, por isso o conhecimento de práticas que viabilizem o caminho para prestação de cuidados mais humanizados, tanto ao paciente quanto aos seus familiares, se faz necessário. Para esse fim, o mapa conceitual (MC) foi adotado, visto que é uma estratégia didática usada para aprendizagem e que é capaz de sintetizar os principais conceitos em torno de um tema central. Neste intuito, o objetivo é apresentar, utilizando o MC como estratégia de ensino, as principais ações para a oferta de um cuidado mais humanizado ao paciente crítico. Métodos: Pesquisa de artigos nas bases de dados Lilacs, Medline e BDNF-Enfermagem, nos últimos cinco anos, sobre o tema humanização no contexto do paciente crítico. Resultados: O mapa conceitual apresenta, por meio de um esquema, dez pontos importantes para uma assistência mais humanizada ao paciente em estado crítico: 1) Acolhimento. 2) Comunicação efetiva. 3) Participação familiar. 4) Respeito ao paciente. 5) Cuidado singular e integral. 6) Sensibilidade e apoio emocional. 7) Vínculo afetivo com atenção e ética. 8) Empatia. 9) Religiosidade e espiritualidade. 10) Humanização entre a equipe profissional no ambiente de trabalho. Conclusão: O cuidado humanizado abrange atitudes que podem proporcionar maior qualidade da assistência em saúde e experiências exitosas. Para isso, este MC se propõe a sintetizar as principais ações de humanização voltadas para o contexto do paciente crítico, a fim de simplificar e orientar o profissional em suas práticas diárias.

PROCEDIMENTOS POTENCIALMENTE DOLOROSOS E ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA DOR EM UNIDADE NEONATAL: ANÁLISE CORRELACIONAL

ANNA CAROLINE LEITE COSTA, 124.208.726-57, anna.leitebh@gmail.com

Bruna Figueiredo Manzo, 035.612.616-12, brunaamancio@yahoo.com.br

Juliana de Oliveira Marcatto, 027.610.626-12, julianaoliveiramarcatto@gmail.com

Vitório Guedes Gomes, 078.242.926-22, vitorioguedesgomes@yahoo.com.br

Daniela Cristina Zica Silva, 075.300.626-03, dani_zica@yahoo.com.br

Fernanda Lopes Araújo, 095.269.956-78, fernanda.lopesaraujo@gmail.com

Objetivos: Descrever procedimentos potencialmente dolorosos realizados em neonatos e sua relação com as estratégias de alívio da dor. Método: Estudo longitudinal correlacional desenvolvido com 50 neonatos internados em unidades neonatais de uma maternidade pública de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram analisados procedimentos ocorridos nas duas primeiras semanas de vida de neonatos admitidos com até três horas de vida, nascidos na maternidade na qual o estudo foi desenvolvido. Os dados foram submetidos a análises descritivas, comparativas e correlacionais por meio do software Statistical Package for the Social Sciences, adotando-se nível de significância de 5%. Resultados: A maioria dos neonatos era do sexo masculino (n=32; 64%), prematuros (n=34; 69,4%) e hospitalizados por apresentarem acometimentos respiratórios (n=45; 91,8%). Foram registrados 894 procedimentos dolorosos e 2883 potencialmente dolorosos relacionados ao cotidiano assistencial. As estratégias não farmacológicas de alívio da dor foram empregadas em 49 (98%) dos neonatos, enquanto as farmacológicas em nove (18%) da amostra. Análises correlacionais revelaram a dificuldade de manejo do tratamento medicamentoso e a subutilização de estratégias não farmacológicas como adjuvante de procedimentos de dor intensa. Conclusão: Os neonatos foram submetidos a muitos procedimentos potencialmente dolorosos, e constatou-se a subutilização de métodos de alívio da dor e a necessidade de capacitações acerca da avaliação e tratamento da dor a fim de tornar estas práticas parte do processo assistencial.

APLICAÇÃO DA ÉTICA MÉDICA EM UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO

Lais Gontijo Costa, 129.154.546-80, lais_gontijo@yahoo.com.br

Isabela Abreu Torres, 124.017.796-80, isabelaabreu100@gmail.com

Kenia Ferreira Rosa, 110.223.056-11, keniariosaz@gmail.com

Lucas de Barros Anastácio, 080.169.946-01, 95lucasbarros@gmail.com

Objetivos: Abordar o desafio ético de médicos intensivistas, que consiste em prestar atendimento em sistema de vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, em detrimento de tentar prolongar artificialmente a vida do doente terminal, gerando mais dor e sofrimento a ele e aos familiares. Métodos: Realizou-se uma revisão sistemática utilizando artigos das bases de dados Scielo, PubMed e Google Acadêmico. Resultados: Um grande desafio do médico intensivista é o de reconhecer que em situações clínicas terminais e irreversíveis, deve-se evitar procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários e dispendiosos, utilizados para tentar protelar artificialmente a vida do doente, o que caracteriza a prática da distanásia. Nessas circunstâncias, cabe ao médico propiciar cuidados paliativos ao doente, oferecendo conforto e cuidado às suas necessidades físicas, sociais, espirituais e psíquicas. É dever do médico, além de tentar salvar vidas, reconhecer e aceitar situações em que isso não é mais possível, não utilizando tecnologia desnecessária para manter pacientes vivos sem perspectiva de melhora, o que causa mais angústia ao doente e aos familiares. Deve-se, portanto, reconhecer a finitude humana e respeitá-la, valendo-se dos princípios da ética médica. Conclusão: É de suma importância que a equipe médica saiba reconhecer os limites da vida, partindo do princípio que a morte não é uma doença que deve ser curada, mas sim uma condição humana finita, que deve ser respeitada e abordada com dignidade.

IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM ÉTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

DEBY YURI DA SILVA COELHO, 100.607.916-59, debyuricoelho@gmail.com
Ana Luísa de Albergaria Lima Oliveira, 087.583.986-00, luisaalbergaria@yahoo.com.br
Helis Rejane Pereira Góis, 081.203.056-71, helis.rejane@gmail.com
Joelmara Ivo da Silva Coelho, 859.868.526-72, joelmaracoelho@gmail.com
Marina de Paula Lima Oliveira, 053.699.696-20, marynamed@yahoo.com.br

Objetivo: O crescente desenvolvimento tecnológico, muitas vezes não acompanhado por discussões éticas e humanísticas tem colaborado para que o ato médico se torne uma prática predominantemente técnica e pouco sensível quanto ao sofrimento humano. Dessa forma, esse trabalho visa discutir aspectos relacionados com a terminalidade da vida, à prática de cuidados paliativos e o Código de Ética Médica em relação ao tema. Métodos: Trata-se de estudo de revisão integrativa de literatura, sendo selecionados artigos em português e inglês, nas bases de dados SciELO e BVS. Foram explorados os seguintes descritores: “terminalidade da vida”, “ortotanásia” e “assistência terminal”. Delimitou-se a publicações entre os anos de 2000 a 2019. Resultados: O atendimento a indivíduos em fase terminal representa uma situação de difícil atuação, especialmente para médicos intervencionistas. Nota-se uma tendência em cuidar e internar pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis com intercorrências clínicas variadas, nos quais se empregam cuidados e tecnologia avançada similares as aplicadas aos pacientes agudos. O Código de Ética Médica (Resolução n. 2217/2018 do Conselho Federal de Medicina) estabelece que nos casos de doença incurável e terminal, o médico deve ofertar os cuidados paliativos, sem realizar ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, considerando sempre a autonomia do paciente. Dessa forma, promove-se melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares. Conclusão: A prática dos cuidados paliativos representa um desafio aos serviços e equipes de saúde. Ressalta-se a importância de que a equipe conheça o paciente (suas necessidades e limitações), objetivando a adoção de uma conduta humanística e ética.

O PARADOXO DO AMBIENTE HOSPITALAR – UM RELATO DE CASO

Débora Cunha Reis (Apresentador), 076.493.596-89, deboracunhar@outlook.com
Paula Luiza Martins Sant’Ana, 112.396.126-30, paulinhamsantana93@gmail.com
Ana Vitória Alves de Souza Gripp, 166.862.057-02, anavitoriagripp@hotmail.com
Rafaela Rabelo Maciel, 059.985.916-40, pneumorafa@gmail.com
Caroline Felizardo Araujo, 112.470.446-96, carolfelizardobd@gmail.com
Isabella de Fátima Vilela, 055.736.466-30, isaffarma@gmail.com

O cuidado paliativo objetiva promover o cumprimento da ortotanásia, evitando-se a obstinação terapêutica. Este é um modelo de assistência à saúde institucionalizado ainda pouco explorado e estudado no Brasil. Atualmente, não existem protocolos bem definidos que normatizem as condutas, isto se deve ao fato de que estas não podem ser fundamentadas em normas, mas em princípios éticos que norteiam o cuidado nas diversas áreas de conhecimento da saúde. Logo, é de suma relevância a discussão do tema e das questões éticas que o permeiam para questionar quando as intervenções invasivas se tornam mais danosas do que a própria doença e quando cessá-las, sendo este o objetivo do presente estudo. Este relato descreve a evolução do paciente R.A., 87 anos, sexo masculino, previamente hígido e independente para as atividades de vida diárias, admitido em enfermaria hospitalar devido à presença de nódulos hepáticos em ultrassom abdominal. Posteriormente foi diagnosticado com adenocarcinoma invasor de cólon ascendente metastático, mantendo-se estável durante o início da internação, sem necessidade de suporte hospitalar. Contudo, optou-se por prosseguir com a internação para a extensão da propedêutica, visando estabelecer o melhor manejo terapêutico. Após alguns dias, o paciente evoluiu com hiporexia, significativa perda ponderal, episódios recorrentes de delirium hipo e hiperativo, queda importante do estado geral e dependência funcional. Apresentou acentuada elevação das provas inflamatórias, iniciando empiricamente antibioticoterapia. Após piora do quadro, juntamente com familiares, definiu-se por instituir cuidados paliativos como a melhor assistência a ser ofertada.

VISITA CANINA EM HOSPITAL GERAL

ADRIANA ALMEIDA MARIZ, 967.368.106-63, ADRIANAPSYCO@YAHOO.COM.BR

1. Introdução: As chamadas Terapias Assistidas por Animais, TAAs, surgiram em 1792 na Inglaterra. Essas terapias têm como objetivo a inserção do animal na vida de pacientes em tratamento para que ele se torne parte do processo de cura. 2. Objetivo: Fazer com que o paciente desvie o foco da doença e possa ter momentos de socialização e alegria durante sua permanência no hospital. 3. Metodologia: O animal utilizado é da espécie canina, na condição de voluntário e passa por avaliação de comportamento e controle de saúde. As atividades podem ser individualizadas ou grupais, com periodicidade semanal com duração de aproximadamente uma hora em cada setor. 4. Local: Hospital Municipal de Paracatu /MG. 5. Resultados: Na amostra de 250 pacientes após o contato com o cão os dados mais relevantes foram: 65,6% sorriu 54,4% comunicou/interagiu 19,6% melhor autonomia 51,2% demonstraram alegria /satisfação. 6. CONCLUSÃO: A visita de animais no ambiente hospitalar auxilia na melhoria da qualidade de internação. Os benefícios são inúmeros e estão relacionados a vários aspectos físicos, mentais e fisiológicos.

SÍNDROME PÓS TERAPIA INTENSIVA: INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES, DESDE A ADMISSÃO ATÉ O CUIDADO EM DOMICÍLIO

POLIANA XAVIER CARDOSO ANDRADE, 131.883.236-54, polianaxca@gmail.com
Maurício Vitor Machado Oliveira, 062.782.526-51, mvmo.machado@gmail.com
Marcos Flávio Habib Valério, 135.147.916-43, marcosfhabib@hotmail.com
Larissa Cristelli de Sena, 128.879.696-09, larissacristelli@outlook.com
Luane Pinheiro Rocha, 118.859.616-00, luanep@yaho.com.br
Carolina Coimbra Marinho, 588.828.556-00, carolinacmarinho@gmail.com

Objetivo: Estudos sobre medidas educativas na prevenção de Síndrome Pós Terapia Intensiva são escassos, e a maioria representa uma população de países desenvolvidos. A baixa escolaridade média brasileira é um fator agravante que prejudica a comunicação entre a equipe médica e a comunidade e interfere nos resultados do cuidado à saúde. A equipe deste trabalho identificou oportunidades de promoção da educação em saúde a partir da melhora na eficácia da comunicação com pacientes, e acompanhantes, admitidos em um hospital geral de referência brasileiro. Com base nisso, o objetivo do trabalho foi desenvolver estratégias simples para divulgar conhecimento à comunidade, sobre aspectos da terapia intensiva e consequências de doenças críticas. Métodos: Elaboração de materiais educativos impressos e virtuais em linguagem e apresentação apropriadas ao público leigo. Os materiais foram ajustados após checagem do entendimento do público alvo. Resultados: Foram abordados os temas: prevenção da síndrome pós terapia intensiva; orientações sobre funcionamento e normas do CTI e Enfermarias; perguntas frequentes sobre traqueostomia; cuidado pós alta do paciente séptico. Os materiais consistem de folhetos impressos, vídeos, apresentação de slides e site, oferecidos ao público por meio físico e/ou virtual, conforme a oportunidade. Conclusão: Com esse trabalho, esperamos promover um melhor entendimento por parte dos pacientes e familiares sobre a saúde e reabilitação, aproximando-os da equipe da saúde e tornando-os protagonistas do próprio cuidado. Futuramente, esperamos poder observar objetivamente os impactos dessa medida na melhora da recuperação e da qualidade de vida.

AValiação DA DOR DURANTE A PUNÇÃO ARTERIAL EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

ANNA CAROLINE LEITE COSTA, 124.208.726-57, anna.leitebh@gmail.com
Juliana Oliveira Marcatto, 027.610.626-12, julianaoliveiramarcatto@gmail.com
Flavia Marcelle Zuccolotto Alves Hortelan, 106.068.976-66, fmzah7@gmail.com
Isabela oliva Gurgel, 106.068.976-66, bela.oliva.gurgel@gmail.com
Thamiris Lucchesi Abranches de Carvalho, 124.399.906-39, thamirislucchesi@gmail.com
Bruna Figueiredo Manzo, 035.612.616-12, brunaamancio@yahoo.com.br

Objetivo: avaliar a dor de recém-nascidos (RN) internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) durante a punção arterial. Método: estudo observacional prospectivo, conduzido em uma UTIN de Belo Horizonte, entre janeiro a março de 2018. Incluídos RN até 28 dias de vida, que não utilizaram bloqueadores neuromusculares e opióides 48 horas antes da inclusão no estudo. Quatro períodos de observação foram estabelecidos: (T1) basal - 5 minutos antes da manipulação; (T2) degermação; (T3) punção propriamente dita e (T4) 5 minutos após o término do procedimento. A dor foi avaliada utilizando a escala *Premature Infant Pain Scale*, a pontuação máxima é 21, sendo menor ou igual a 6 ausência de dor, 7 a 12 dor leve a moderada e superior a 12 dor moderada a intensa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer 66157317.9.0000.5149. Resultados: Foram realizadas 62 observações de punções arteriais em 35 pacientes. 64,5% dos RN foram do sexo masculino, 43,5% era termo, a média de peso foi de 2.053 gramas (885-3575) e 61,4% demandaram manobras de reanimação ao nascimento. O choro esteve presente em 53,4% dos procedimentos, queda de saturação em 48,2% e alterações de frequência cardíaca em 54,5% das punções. A etapa mais dolorosa foi a punção propriamente dita, sendo classificada como dor leve a moderada em 35% dos procedimentos e moderada a intensa em 25% das avaliações. Conclusão: a punção arterial pode resultar em dor de leve a intensa, sendo necessária adoção de estratégias sistemáticas de avaliação e tratamento.

SUPORTE NÃO INVASIVO COM ÊNFASE EM CONFORTO EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA: UM RELATO DE CASO

Mariana Nogueira Freitas Silveira, 100.080.666-98, mariananfs@yahoo.com.br
Juliana Cristina Nunes, 105.222.496-20, jujununes_11@hotmail.com
Ana Paula Batista Tommasini, 104.965.097-21, anapaula.tommasini@gmail.com
Humberto Faria Leite (apresentador), 091.477.656-82, humbertoleitef@gmail.com
Paloma Jéssica de Faria, 105.609.526-19, palomajfaria@gmail.com
Rômulo Ranyere Silva Rodrigues, 061.709.066-18, romulorsr@hotmail.com

Cuidados paliativos consistem na assistência integral de saúde ao doente grave, com ameaça a vida, objetivando promover conforto ao paciente e seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento. Neste sentido, saber identificar os doentes que se beneficiariam desta abordagem é essencial. Paciente feminino, 74 anos, ex-tabagista, totalmente dependente para as atividades diárias. História prévia de Infarto Agudo do Miocárdio (2004), Acidente Vascular Cerebral (2014), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Doença de Alzheimer. Admitida com sonolência, febre, déficit neurológico focal, desidratação e insuficiência respiratória aguda. Ao exame sem contato com o examinador, taquipneica, anasarcada, hipotensa, murmúrio vesicular difusamente reduzido, saturação de oxigênio limítrofe em ar ambiente. Recentemente internada por quadro de ITU. Exames da admissão evidenciaram hipernatremia importante. Radiografia de tórax evidenciou pneumonia, que teve como provável etiologia a aspiração devido estase gástrica. Iniciado Ceftriaxone, sem resposta clínica, optando-se pela suspensão. Paciente grave mas estável hemodinamicamente, sendo definido com a família suporte não invasivo, com ênfase em conforto. Nos últimos momentos de vida o paciente torna-se cada vez mais ausente, geralmente com anorexia, imobilidade, alteração cognitiva, dor e falências funcionais, sendo os sintomas desconfortáveis prioridades absolutas. Neste caso, foi optado pelo suporte paliativo, visando melhora do desconforto respiratório e alívio da dor. Tão importante quanto saber o momento de introduzir a ventilação mecânica é reconhecer a hora de não utilizá-la, como demais suportes invasivos que poderiam trazer mais dor e desconforto nesse momento.

SUORTE NÃO INVASIVO COM ÊNFASE EM CONFORTO: UM RELATO DE CASO DE PACIENTE EM ESTÁGIO TERMINAL

Mariana Nogueira Freitas Silveira (apresentadora), 100.080.666-98, marianafs@yahoo.com.br
Ana Paula Batista Tommasini, 104.965.097-21, anapaula.tommasini@gmail.com
Humberto Faria Leite, 091.477.656-82, humbertoleitef@gmail.com
Paloma Jéssica de Faria, 105.609.526-19, palomajfaria@gmail.com
Rômulo Ranyere Silva Rodrigues, 061.709.066-18, romulorsr@hotmail.com

Cuidados paliativos consistem na assistência integral de saúde ao doente grave, com ameaça a vida, objetivando promover conforto ao paciente e seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento. Neste sentido, saber identificar os doentes que se beneficiariam desta abordagem é essencial. Paciente feminino, 90 anos, totalmente dependente para as atividades diárias, institucionalizada. História prévia de hipertensão arterial sistêmica, quadro demencial avançado e síndrome de imobilidade. Admitida com relato de inapetência, sudorese e hipoatividade há dois dias. Ao exame sem contato com o examinador, abertura ocular espontânea, murmúrio vesicular difusamente reduzido, com sibilos expiratórios bilaterais, taquipneia, pressão arterial inaudível, sudorética. Exames da admissão evidenciaram hipernatremia importante. Radiografia de tórax sugestiva de pneumonia. Realizado expansão volêmica com boa resposta. Iniciado Clavulin, sem resposta clínica, optando-se pela suspensão. Paciente grave, sendo definido com a família suporte não invasivo, com ênfase em conforto. Nos últimos momentos de vida o paciente torna-se cada vez mais ausente, geralmente com anorexia, imobilidade, alteração cognitiva, dor e falências funcionais, sendo os sintomas desconfortáveis prioridades absolutas. Neste caso, foi optado pelo suporte paliativo, visando melhora do desconforto respiratório e alívio da dor. Tão importante quanto saber o momento de utilizar suportes invasivos, é compreender quando não devemos usá-los, visto que irão trazer mais dor e desconforto nesse momento.

CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES: DA IMPLEMENTAÇÃO AOS IMPACTOS NA TERMINALIDADE

DANIELA DE OLIVEIRA GOMES, 083.618.256-14, danydeoliveira@hotmail.com
Nina Vasconcelos Pessanha, 119.138.377-69, ninavasconcelospessanha@hotmail.com
Laura Loth Marton Azzi, 130.182.476-39, lauraazzi@hotmail.com
Lídia Carneiro de Sousa, 072.873.716-77, Lidiacarneiro08@gmail.com
Vivian Paiva Ribeiro, 117.898.636-51, vivianvpr@hotmail.com
Karolayne Oliveira Gomes Lacerda, 033.407.365-02, karolmac@hotmail.com

Objetivo: Avaliar a implementação e os impactos dos cuidados paliativos domiciliares na terminalidade. Métodos: Foi realizada uma revisão literária, com artigos selecionados na língua inglesa a partir das bases de dados Cochrane e Pubmed, no período de 2013 a 2019. Resultados: Evidências extensas mostram que bem mais de 50% dos indivíduos que se deparam com a possibilidade de morrer com uma doença avançada preferem ser cuidados e morrer em casa, desde que as circunstâncias permitam a escolha. Porém, na maioria dos países, os pacientes provavelmente morrerão num hospital. Estudos sugeriram que dificuldade de atender às preferências por óbitos domiciliares são devido a fatores: culturais, clínicos e baseados no sistema, incluindo o acesso a cuidados paliativos domiciliares e a discussão e documentação de preferências. Estudos fornecem evidências claras e confiáveis de que quando alguém com uma doença avançada recebe cuidados paliativos domiciliares, isso aumenta em pelo menos duas vezes sua chance de morrer em casa e reduzem a carga de sintomas, sem causar impacto no sofrimento e luto do cuidador. Uma possibilidade para atender esse desejo seria o planejamento avançado de cuidados, um ensaio clínico randomizado controlado demonstrou que mais pacientes no grupo de intervenção morreram em casa. Conclusão: As evidências justificam o fornecimento de cuidados paliativos domiciliares para pacientes que desejam morrer em casa. No entanto, existe uma necessidade de novos estudos que compare diferentes modelos de cuidados paliativos domiciliares para estabelecer qual melhor modelo a ser implantado.

IMPORTÂNCIA DO CATETER DE ARTÉRIA PULMONAR PARA DIFERENCIAR CAUSAS DE COR PULMONALE AGUDO E NA INDICAÇÃO PRECISA DE TERAPIA COM VASODILADOR PULMONAR

Guilherme Henrique de Faria Alves, 117.059.376-32, ghfalves@yahoo.com.br
André Luiz de Souza Mota, 315.400.508-07, andresmota@gmail.com
Matheus Cesar Vieira Barros, 126.636.596-65, math_maths16@hotmail.com
Matheus Ladir Pereira Vieira de Moraes, 094.726.216-43, matheusladir@gmail.com
Rafaella Pereira de Oliveira Lima, 088.036.866-73, rafapolima@gmail.com
Patrícia Vieira de Faria, 078.235.966-36, patricia_veiraf@yahoo.com.br

Choque é uma condição grave caracterizada pela falência entre oferta e consumo de oxigênio acarretando hipóxia tecidual e disfunção orgânica. Sua abordagem e tratamento dependem da classificação do tipo de choque e das etiologias implicadas, podendo necessitar de monitorização hemodinâmica invasiva quando a apresentação clínica é confusa. Relatamos o caso de um homem de 48 anos, etilista, hipertenso, em uso de anticoagulante oral por episódio de trombose venosa prévio com dispnéia progressiva, edema de membros inferiores e ascite nos últimos 30 dias que dá entrada na emergência com dor torácica e piora da dispnéia. Apresentava hipotensão, hipoxemia, turgência jugular e pulsos paradoxais, sendo formulado hipótese de choque obstrutivo. O ecocardiograma evidenciou disfunção de ventrículo direito (VD), ausência de alterações de câmaras esquerdas e derrame pericárdico. Apesar da ausência de restrição diastólica ou sistólica, julgou-se necessário realizar pericardiocentese pela suspeita de tamponamento cardíaco. Pela ausência de melhora hemodinâmica, prosseguiu-se na investigação etiológica afastando-se infarto de VD e embolia pulmonar. Em seguida, indicou-se cateter de artéria pulmonar (CAP) que confirmou um cor pulmonale agudo associado à hipertensão arterial pulmonar (provável idiopática). Apesar da contra-indicação aos testes de vasoreatividade pela instabilidade hemodinâmica, nesses casos está formalmente indicado vasodilatador pulmonar. Foi administrado sildenafil pela indisponibilidade no nosso serviço de vasodilatadores seletivos (como óxido nítrico ou análogos da prostaciclina inalados), tendo o paciente evoluído com desmame rápido da terapia vasopressora e inotrópica e resolução do choque. Reforçamos que, apesar dos avanços em monitorização hemodinâmica não invasiva, casos selecionados tornam indispensáveis o uso do CAP.