

**RESUMOS DOS ANAIS
DA I JORNADA NORTE-
RIOGRANDENSE DE
MEDICINA INTENSIVA**



APRESENTAÇÃO

A I Jornada Norte-Riograndense de Medicina Intensiva foi realizada pelos alunos da turma 2019.1 do curso de Medicina da Universidade Potiguar (UnP), nos dias 4, 5 e 6 de março de 2016.

A Jornada teve como objetivo primordial ampliar o campo de conhecimento sobre a área de medicina intensiva, especialidade médica voltada para o suporte avançado de vida, nos seus diversos âmbitos, incluindo cardiologia, nefrologia, neurologia, dentre outros. Ademais, o evento se estendeu para uma abordagem multidisciplinar e foi destinado a um público integrado por diversos cursos: medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e outros, uma vez que esta temática requer uma ação conjunta de diversos profissionais aptos para prestarem assistência aos pacientes em situações críticas.

Ao longo dos três dias de atividades, além de discussões, palestras e mesas redondas de extrema relevância sobre Medicina Intensiva, também foi bastante enriquecedor para o evento a participação dos autores dos 15 trabalhos selecionados para apresentação oral com avaliação de 2 professores do curso de Medicina da Universidade Potiguar (Dr. Matheus Stauphack e Dr. Antônio Fernando Coelho Jr.) e cerca de 431 ouvintes inscritos. Assim é importante a divulgação dos resumos, para que o leitor possa ter acesso aos assuntos apresentados, além da prestação de contas do nosso trabalho e da contribuição à realização de novas pesquisas. É importante salientar, também, que os resumos que compõem a presente publicação foram selecionados em um processo seletivo em que participaram alunos e profissionais da área da saúde. Sua avaliação foi feita e coordenada pelo Dr. Antônio Fernando Coelho Júnior. Tratam-se de resumos de pesquisas relacionadas à terapia intensiva e refletem o caráter científico da I Jornada Norte-Riograndense de Medicina Intensiva. Agradecemos a todos os participantes que publicaram seus trabalhos e que contribuíram com a produção científica desta Jornada. Desta forma, acreditamos que nosso papel tenha sido cumprido de maneira integral, pois, além da expansão dos conhecimentos dos temas abordados, o incentivo à ciência e à pesquisa, sem dúvidas, estava entre nossos maiores objetivos.

Acreditamos no potencial de todos os autores em fazer Anais da I Jornada Norte-Riograndense de Medicina Intensiva da área da saúde uma área de conhecimento cada vez mais baseado em evidências, o que é desenvolvido a partir de muito estudo e dedicação à pesquisa. Agradecemos aos professores avaliadores dos trabalhos, que aceitaram prontamente ao nosso pedido de colaboração e nos inspiram a cada dia nesta grande jornada na medicina e na vida. Por meio de nossos docentes, pudemos alçar voos mais longínquos, inspirados na competência e humanidade que representam para nós. O incentivo à pesquisa científica nos engrandece enquanto profissionais, visto que a curiosidade e, ainda mais, a descoberta, possibilitam benefícios inimagináveis para a sociedade. Foram 24 trabalhos aceitos e avaliados (variam desde caso clínicos, revisão de literatura e estudo epidemiológicos) para a publicação desse conjunto de produção científica da I Jornada Norte Rio-grandense de Medicina Intensiva.

Ficamos felizes e honrados com a contribuição de vocês! O nosso muito obrigado ao professor Antônio Fernando Coelho Júnior por seu exemplar trabalho na orientação científica do nosso projeto. Por fim, cientes que a ponte para inovação e mudanças sociais é constituída pelas pessoas apropriadas de capacidades e habilidades fornecidas pelo conhecimento, apresentamos os anais da I Jornada Norte-Riograndense de Medicina Intensiva.

Direção Científica da I Jornada Norte-Riograndense de Medicina Intensiva.

Stevens - Johnson em paciente internada em serviço de terapia intensiva: relato de caso

Autores: PEIXOTO, Kaliny Oliveira¹; AQUINO, Bárbara Cristina Vieira de¹; SOARES, Mariana Barbalho¹; CASTRO, Matheus Augusto Araújo¹, SILVA Eliane Pereira² • ¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ²Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL).

Palavras - chave: Stevens - Johnson; Unidade de terapia intensiva.

Introdução: A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) tem ocorrência rara e consiste em uma reação adversa cutânea grave, a qual pode estar relacionada ao uso de vários medicamentos. Apresenta um impacto significativo para saúde pública em virtude da alta morbidade e mortalidade. O período de risco aumentado ocorre nas primeiras oito semanas de tratamento. O uso de sulfonamidas, anticonvulsivantes, antiinflamatórios, alopurinol e corticosteróides está associado ao maior risco de desenvolver a síndrome. Dentre as drogas anticonvulsivantes, evidencia-se uma associação com a terapia em curto prazo com fenitoína, fenobarbital, carbamazepina e lamotrigina. **Exposição do caso:** Paciente de 58 anos, sexo feminino, foi internada em 04/12/2015, com quadro de cefaleia, vômitos e discreto déficit de força em hemicorpo esquerdo há 3 meses. A tomografia computadorizada (TC) de crânio evidenciou lesão expansiva à direita. Fez uso de dexametasona e fenitoína. Evoluiu hemodinamicamente estável, com cefaleia persistente, sendo transferida para o HUOL em 04/01/2016 para realização de microresseção da lesão. Durante o pós-operatório, apresentou rebaixamento do nível de consciência, associado à hemiparesia esquerda e desorientação, sendo encaminhada à UTI. Ao exame físico admissional apresentava-se com hemianopsia temporal à direita. Durante o internamento em UTI, apresentou rash maculopapular eritematoso e vesiculoso em face, região cervical, tronco e abdome, com descamação lamelar em região cervical e acometimento da mucosa oral e labial com crostas hemáticas, além de prurido e ardor no surgimento das lesões. Foi sugerido, então, síndrome de Stevens-Johnson pela fenitoína, a qual foi suspensa. Foi mantida a dexametasona e prescrito dexclorfeniramina e hidroxizina, além de medidas de suporte. Nos dias posteriores, apresentou melhora clínica, recebendo alta da UTI em 21/01/16 aos cuidados da dermatologia e neurocirurgia. **Discussão:** O paciente neurocirúrgico é frequentemente exposto a drogas que podem causar SSJ, principalmente os anticonvulsivantes. A fenitoína é umas das drogas mais implicadas na gênese dessa afecção. Os profissionais envolvidos nos cuidados desses pacientes devem sempre estar atentos para a SSJ, levando em consideração a real necessidade da utilização das principais drogas envolvidas nesse processo. Uma vez detectada, a síndrome deve ser prontamente tratada, devido aos riscos de seqüela grave e morte. **Conclusão:** A SSJ manifesta-se tipicamente por lesões mucocutâneas confluentes, em tronco e face. Alguns dos fatores de risco implicados são infecções virais, fatores genéticos e certas drogas. O tratamento consiste no manejo correto das feridas, hidratação, suporte oftalmológico e nutricional. Idade avançada, comorbidades e extensão da pele envolvida estão relacionadas ao pior prognóstico. Dessa forma, os profissionais de saúde precisam efetivar a prevenção e o tratamento imediato dessa síndrome.

Via Aérea Difícil em Terapia Intensiva

Autores: ARAÚJO, Bernardo Monte Nunes Araújo¹; OLIVEIRA, Catharinne Keyth Mendes¹; OLIVEIRA Caroline Manoela de¹; GIBSON, Deborah Carla Santos¹; FILHO, Francisco Mendes de Oliveira². •¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ²Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL - CRM 932).

Palavras-chave: Via Aérea Difícil, Terapia Intensiva.

Introdução: Via Aérea Difícil (VAD) é a situação na qual o médico treinado apresenta dificuldade na ventilação com máscara, na intubação orotraqueal ou em ambas. A presença de um VAD não antecipada é sempre um grande desafio, sendo imprescindível a avaliação prévia, que consiste basicamente na obtenção de dados da história clínica e na realização do exame físico detalhado da via aérea (VA). Esta propedêutica de fácil e rápida aplicação permite a identificação da VAD em cerca de 98% dos casos. Diante de uma situação de provável VAD na UTI é necessário ainda conhecer os materiais disponíveis para sua abordagem e o algoritmo de VAD, pois sequelas irreparáveis e o óbito são eventos grandemente associados ao seu manejo inadequado. **Objetivos:** Reunir informações fundamentais sobre avaliação da VA, buscando-se, essencialmente, a antecipação de VAD, e seu manejo adequado, incluindo esclarecimentos sobre os materiais disponíveis para sua abordagem. Apesar de tratar-se de um assunto difundido, os profissionais ainda revelam insegurança quando se encontram nesta situação clínica; assim, a pesquisa visa despertar o interesse sobre o tema e ser uma fonte de consulta para estudantes e profissionais da área. **Metodologia:** Trata-se um artigo de uma revisão de literatura. A busca dos artigos científicos foi realizada nas bases de dados Scielo e PubMed utilizando as palavras-chaves: Difficult Airways, Intubation, Intensive Care. Dos artigos encontrados apenas 9 preencheram os critérios de inclusão, dos quais 8 apresentam-se em inglês e 1 em português, e todos eles foram publicados nos anos de 2003 a 2013. Informação também foram obtidas através de consultas realizadas em compêndios de anesthesiologia e manuais clínicos sobre terapia intensiva. **Resultados:** É responsabilidade do médico reconhecer uma potencial VAD e dispor dos conhecimentos necessários para lidar com tal situação, visando a segurança do paciente. **Conclusão:** A VAD consiste em um problema pouco frequente na UTI, entretanto, quando sob a responsabilidade de profissionais pouco experientes, mostra-se como um problema bastante relevante. O manuseio inadequado da via aérea é a causa mais frequente de complicações relacionadas à anestesia e somente a educação continuada e o treinamento apropriado são capazes de tornar o profissional apto e confiante.



Uso da Dexmedetomidina em pacientes em ventilação mecânica no Brasil

Autores: ARAÚJO, Bernardo Monte Nunes Araújo¹; OLIVEIRA, Catharinne Keyth Mendes¹; OLIVEIRA Caroline Manoela de¹; GIBSON, Deborah Carla Santos¹; FILHO, Francisco Mendes de Oliveira² • ¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ²Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL - CRM 932).

Palavras-chave: Dexmedetomidina, Precedex, Terapia intensiva.

Introdução: A sedação em cuidados intensivos aumenta o conforto e a segurança do paciente, melhorando a ventilação mecânica e diminuindo a demanda de oxigênio. A dexmedetomidina é um agonista alfa-2 adrenérgico utilizado na sedação de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. Tem ação sedativa, hipnótica, ansiolítica e analgésica, promovendo redução da atividade simpática. Por causar menor depressão respiratória, a dexmedetomidina torna-se um potencial agente para auxiliar o desmame de pacientes em ventilação mecânica e aumentar a sobrevida. Além disso, parece proporcionar um despertar rápido, permitindo ao paciente obedecer a comandos com maior facilidade. O seu uso em pacientes em ventilação mecânica tem sido estudado e comparado aos demais agentes sedativos.

Objetivos: Buscar evidências sobre o uso da dexmedetomidina e a diminuição do tempo de ventilação mecânica em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. Visando, assim, tornar-se uma fonte útil de pesquisa acerca do tema. **Metodologia:** Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica. Foi realizada uma revisão na literatura consistindo em uma busca nos bancos de dados Scielo e PubMed utilizando as palavras-chave: Dexmedetomidina, Precedex, Terapia Intensiva. Foram selecionados sete artigos, sendo dois em inglês e cinco em português, que abordavam o tema uso da dexmedetomidina em pacientes em ventilação mecânica no Brasil, publicados entre 2000 e 2010. Também foram feitas consultas em manuais clínicos sobre Terapia Intensiva e Anestesiologia acerca do tema. **Resultados:** Os estudos não demonstraram diminuição do tempo de permanência em ventilação mecânica com o uso de dexmedetomidina. **Conclusão:** Sabe-se que a escolha da droga a ser usada para sedação depende do perfil do paciente e deve estar relacionada à melhora da sobrevida. No entanto, no que diz respeito à redução do tempo de permanência na ventilação mecânica, os estudos analisados referem não haver diferença entre a dexmedetomidina e outros agentes. Sendo necessários ainda novos estudos para avaliar o impacto dessa droga no tempo ou facilidade de ventilação mecânica.

Infecção Hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva: Agravo do Paciente com Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

Autores: NETA, Lusia Nunes de Oliveira¹; FELISBERTO, Laíse Carla da Costa¹; RODRIGUES, Linaiara Bezerra Rodrigues¹; COSTA, Letícia Batista da¹; SILVA, Thiago Gonçalves da¹; RODRIGUES, Lindaiane Bezerra². • ¹Discentes do Curso de Medicina, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Mossoró/RN. ²Docente do Curso de Biomedicina, Faculdade Leão Sampaio, FALS, Juazeiro do Norte/CE.

Palavras-Chave: Infecção Hospitalar, pneumonia, ventilação mecânica invasiva.

Introdução: A infecção hospitalar (IH) é apontada em diversos estudos como a mais frequente complicação do tratamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Pacientes internados em UTI têm de 5 a 10 vezes mais probabilidade de contrair infecção, devido principalmente aos procedimentos invasivos associados ao tratamento clínico. O paciente intubado em uso de ventilação mecânica tem um maior risco de desenvolver infecção, como a pneumonia, que é a doença mais comumente associada a infecção hospitalar.

Objetivos: Investigar a relação entre IH por pneumonia na UTI, associada à ventilação mecânica e fatores de risco. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão da literatura, realizado nas bases de dados PUBMED e MEDLINE. Utilizou-se os seguintes descritores: Pneumonia Nasocomial, Ventilação Mecânica Invasiva e Unidade de Terapia Intensiva. Foram incluídos oito artigos científicos completos publicados entre 2013 e 2015, revisados no período de dois meses. **Resultados:** A pneumonia associada à ventilação mecânica é geralmente aspirativa, sendo a segunda causa de infecção hospitalar em UTI. Desenvolve-se após 48 horas da intubação orotraqueal e instalação da ventilação mecânica e está relacionada a diversos fatores de riscos como: idade avançada, intubação e reintubação traqueal, condições imunitárias, uso de drogas imunodepressoras, tempo de ventilação maior que sete dias, aspirado do condensado contaminado dos circuitos do ventilador, aspiração de secreções contaminadas, colonização gástrica e aspiração desta, uso de sondas ou cânulas nasogástricas, transporte dentro do hospital e aspiração endotraqueal, dentre outros. As condições que aumentam o risco do paciente em ventilação mecânica invasiva com pneumonia, estão relacionadas a alguns fatores de riscos, como também, o próprio uso do aparelho de ventilação mecânica. **Conclusão:** Os dados obtidos são relevantes e podem servir como guia para trabalho de prevenção, evitando a incidência de infecção hospitalar.

Pseudoaneurisma de artéria hepática direita após colecistectomia: relato de caso.

Autores: SOARES, M. B.¹; CASTRO, M. A. A.¹; AQUINO, B. C. V.¹; PEIXOTO, K. O.¹; SILVA, E. P.^{1,2} • ¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN. ²Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal/RN.

Palavras- Chave: pseudoaneurisma, artéria hepática, colecistectomia.

Introdução: Injúrias vasculares são complicações decorrentes de colecistectomia por videolaparoscopia. Dentre essas, tem-se o pseudoaneurisma de artéria hepática.¹. Apresentamos o caso de um pseudoaneurisma de artéria hepática em pós-operatório de 11 dias. **Exposição do caso:** Paciente do sexo feminino, 31 anos, apresentou quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, associada a icterícia, colúria, acolia fecal e calafrios. Foi diagnosticada com coledocolitíase e pancreatite biliar, sendo submetida a colecistectomia videolaparoscópica sem intercorrências, três meses após início do quadro. Onze dias depois, a paciente relatou dor de forte intensidade em hipocôndrio e flanco direitos e dorso, acompanhada de hematêmese e melena maciços. Foi admitida em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Onofre Lopes por evolução do quadro para choque hipovolêmico, situação em que se apresentava hipocorada e ictérica, além de revelar um hematócrito alterado. Durante a internação, realizou endoscopia digestiva alta, na qual não foram evidenciados sinais de sangramento ativo ou recente. No segundo dia na UTI, foi submetida a embolização de pseudoaneurisma de artéria hepática direita, sem intercorrências. Não apresentou outros episódios de sangramento; contudo, seguindo icterícia. No quarto dia na UTI, apresentou normalização do hematócrito e teve alta para a enfermaria no dia seguinte. **Discussão:** A apresentação típica de pseudoaneurisma de artéria hepática revela dor abdominal, anemia, icterícia e sangramento gastrointestinal (podendo ser representado por hematêmese)². Um dos exames solicitados para avaliar o referente sangramento é a endoscopia digestiva alta² e o tratamento padrão envolve a realização de angiografia com embolização do pseudoaneurisma de artéria hepática, procedimento com uma taxa de sucesso de 83%³ e que foi realizado no presente caso. **Conclusão:** Colecistectomia por videolaparoscopia é considerado um procedimento de melhores prognósticos, com recuperação mais rápida e menor dor no pós-operatório. Contudo, as complicações não devem ser negligenciadas, uma vez que suas repercussões podem ser fatais, tais como o pseudoaneurisma de artéria hepática. É necessário atentar para os sinais que possam nos guiar a fim de evitar desfechos desfavoráveis e fornecer orientações para o correto manejo da situação em unidades de medicina intensiva.

Hérnia diafragmática congênita - revisão de literatura em cuidados intensivos

Autores: MELO, Ana Beatriz Hahn Ferreira de¹; MENEZES, Camilla Alcantara Alliz¹; GARCIA, César de Carvalho¹; NASCIMENTO, Hilton Lúcio Souza do¹; FERNANDES, Thiago José de Moraes¹; MELO, Sérgio Pacheco Ferreira de Melo². • ¹Universidade Potiguar. ²Médico da

Universidade Potiguar.

Palavras-chave: Hérnia diafragmática congênita; Sistematização do atendimento; Cuidados intensivos; Revisão de literatura.

Introdução: A hérnia diafragmática congênita (HDC) é um defeito de desenvolvimento do diafragma que ocorre em torno da nona semana de gestação, com herniação de vísceras abdominais para o interior do tórax. Trata-se de uma das causas mais comuns de morbimortalidade neonatais. **Objetivos:** Por se tratar de um diagnóstico que guarda consigo muitas controvérsias a respeito da conduta de estabilização dos pacientes, este trabalho visa comparar estratégias na tentativa de sistematizar o atendimento aos neonatos portadores desta patologia. **Metodologia:** Artigos publicados entre 1980 e 2015 foram compilados após pesquisas no Medline, Cochrane, Embase, Pubmed, Uptodate, Web Of Science, Science Direct e Scielo. **Resultados:** A entubação endotraqueal imediata e a ventilação protetora com hipercapnia permissiva fornecem os melhores resultados. A eficácia global da ventilação de alta frequência inicial não está comprovada. A criança deve ter um cateter de artéria umbilical para monitorização e, se possível, um cateter de veia umbilical para administração de fluidos e agentes inotrópicos na busca de manter a pressão arterial média maior ou igual a 50 mmHg. É importante a introdução de uma sonda nasogástrica ligada à aspiração contínua para descompressão do estômago e do intestino. No tratamento da hipertensão pulmonar aguda grave, o uso de óxido nítrico inalado ou outros adjuvantes médicos não demonstram nenhum benefício. Não existe evidência para administração rotineira de glicocorticóides pré ou pós-natal. A administração de surfactante deve ser reservada para prematuros que também têm achados sugestivos da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo. O modo de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) tem pouca influência nos resultados, porém, o reparo precoce na ECMO apresenta benefícios. O reparo aberto leva significativamente a menos recorrências. Politetrafluoretileno é o material de reparação mais durável. **Conclusão:** A sistematização do cuidado de pacientes com HDC pode garantir, em nosso meio, uma sobrevida comparável aos principais centros mundiais que lidam com essa doença.



Perspectivas e entraves no uso de cuidados paliativos na UTI: uma revisão integrativa

Autores: NOVAES, Ana Eloísa Melo²; FERNANDES, Ugor Tomaz Fernandes²; CALDAS, Marina Maria Vieira de Figueiredo²; MEDEIROS, Beatriz Lopes de²; OLIVEIRA, Alexandre Henrique Jácome²; MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz¹. • ¹Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ²Graduandos do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras chave: Cuidados paliativos; UTI; Terminalidade

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são habitualmente estigmatizadas como lugares de sofrimento, onde a morte é encarada como inimiga e prova de fracasso médico. Com o avanço tecnológico, tem-se tornado possível manter as funções vitais dos enfermos, aumentando seu tempo de vida, embora isso não signifique melhoria na qualidade. Nesse contexto, os cuidados paliativos (CP) surgem para se opor ao tratamento fútil.

Objetivos: Determinar o modo como são usados os CP nas UTIs, a fim de destacar, com base em evidências, a necessidade do estabelecimento de condutas padronizadas, contribuindo para melhor qualidade de vida em situações de terminalidade.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa literária com 13 artigos - nos idiomas inglês e português - dos doze últimos anos (2004 a 2016), pesquisados nos portais Scielo e PubMed, utilizando os seguintes descritores: “cuidados paliativos”, “UTI” e “terminalidade”, e suas traduções. A discussão foi guiada a partir das semelhanças e diferenças encontradas nas publicações, bem como da seleção de informações relevantes.

Resultados: Foi constatado que, primordialmente, é preciso aceitar a morte como um processo natural. Além disso, os CP devem se basear na dignidade humana e no repúdio à futilidades. Assim, o planejamento e diálogo sobre qualquer ação (medicamentos, tratamentos, etc.) com o paciente (quando possível), sua família e a equipe multiprofissional responsável é fundamental para a harmonia e bem-estar das partes citadas. Ademais, observou-se a falta de discussão sobre o tema durante a formação dos profissionais e que isso interfere na maneira como esses encaram e lidam com a terminalidade.

Conclusão: Os CP representam uma opção para a eutanásia (abreviação da vida) e para a distanásia (prolongamento da morte). Um grande desafio enfrentado em sua adoção reside na falta de formação dos profissionais quanto aos temas mais humanísticos. Outro ponto importante é a ausência de protocolos de intervenção.

Cuidados intensivos neonatais em cardiopatia congênita grave mudando o curso prognóstico da mesma

Autores: SOUSA, Kelson Kemuel Confessor de Sousa¹; SOUSA, Luisa Silva¹; EBERLIN, Maria Beatriz Nóbrega¹; ALMEIDA, Yngra Bastos Mesquita Minora de¹; FILHO, Rui Alberto de Faria²; LEITE, Gisele Correia Pacheco³

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ²Sociedade Brasileira de Cardiologia – Rio Grande do Norte (SBC/RN). ³Docente da pediatria básica/cardiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Terapia Intensiva Neonatal, Cardiopatia Congênita, Truncus Arteriosus, Interrupção do Arco Aórtico.

Introdução: Truncus arteriosus é definido como um grande vaso único de onde saem a artéria pulmonar, a artéria aorta e a artéria coronária. É uma condição rara com uma incidência de 0.03 a 0.05 por 1000 nascidos vivos. Antes da década de 70, pouco conhecia-se sobre essa alteração e sobre como manejá-la. A melhora da morbimortalidade associada a essa cardiopatia associa-se ao desenvolvimento do cuidado cardiopediátrico como uma especialidade, somado aos avanços na cirurgia cardíaca pediátrica que têm permitido o reparo de anomalias cardíacas incompatíveis à vida. Há associação do truncus arteriosus com outras alterações cardíacas, entre elas, a interrupção do arco aórtico está presente em 15% desses pacientes. Apesar da maior mortalidade nos pacientes com essa associação, comparado aos com as alterações isoladas, com o avanço das técnicas da cirurgia cardíaca, vêm ocorrendo o reparo com sucesso e subsequente sobrevivência dessa população. A gravidade associada a essa cardiopatia congênita requer um cuidado intensivo, em especial para que seja possível a correção cirúrgica. Nas últimas décadas, os cuidados intensivos da cardiopediátrica vem se tornando cada vez mais necessário no manejo de pacientes com cardiopatia congênita. Um grupo francês reuniu estratégias que favorecem um melhor suporte ao paciente neonato internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por uma alteração cardíaca. Assim, essa assistência deve viabilizar uma interconexão eficaz entre cuidados intensivos cardíaca pediátrica deve ter seus pacientes (de pré-operatório e pós-operatório) agrupados geograficamente, de modo a fornecer proximidade com o centro cirúrgico, sala de cateterização, de radiologia, e com o corpo clínico multidisciplinar envolvido com o tema em questão. Outra estratégia importante é estratificar o risco para a quantificação do risco perioperatório, de modo a fornecer um atendimento personalizado o que favorece cuidados antecipatórios. **Exposição do caso:** Identificação do paciente: neonato do sexo feminino, raça branca, natural de Natal/RN. História clínica resumida: História de diabetes materno na gestação e baixo ganho de peso fetal ao fim da mesma, nasceu a termo, pequeno para idade gestacional, pesando 2,165 kg, Apgar 3/7, necessitando de reanimação neonatal. Observado estigmas sindrômicos ao exame físico inicial: baixa implantação das orelhas, palato em ogiva, micronatismo, pés e mãos dismórficos, prega epicanática, hipertelorismo mamário, genitália ambígua. Exames laboratoriais: sem evidência de infecção neonatal- hemocultura negativa, icterícia à custa de bilirrubina indireta. Exames de imagem: ultrassons transfontanelar e de abdome total sem anormalidades; eletrocar-

diograma: bloqueio atrioventricular; ecocardiograma diagnosticou Truncus arteriosus e Coarctação da Aorta, confirmada por angiotomografia cardíaca o Truncus e Interrupção do Arco Aórtico. **Evolução do caso:** Evoluiu com desconforto respiratório no primeiro dia de vida, sendo submetido a OxiHood. No segundo dia de vida houve piora do padrão respiratório, progredindo para CPAP, hipoatividade, sendo auscultado sopro cardíaco e ritmo cardíaco irregular e observado cardiomegalia ao raio-X de tórax. Realizado cateterismo venoso umbilical, sendo iniciado antibioticoterapia devido procedimento invasivo. Evoluiu com icterícia sendo submetido à fototerapia. Avaliação cardiológica no quarto dia de vida diagnosticou cardiopatia congênita grave e arritmia cardíaca, sendo adotada a ventilação mecânica e suporte inotrópico para estabilização hemodinâmica e preparo pré-operatório. Desfecho: finalizou a antibioticoterapia, sendo encaminhado à cirurgia cardíaca estável hemodinamicamente e em boas condições clínicas quanto ao preparo pré-operatório, diante de cardiopatia tão grave. **Discussão:** Nas últimas décadas, houve uma evolução quanto aos cuidados intensivos necessários aos recém-nascidos em situações graves, como acontece com algumas cardiopatias congênitas a exemplo do Truncus arteriosus apresentado no caso. Percebe-se que a medicina intensiva neonatal se insere na cardiopediatria apresentando diferentes funções, dentre elas, manter a vida do recém-nascido cardiopata e em condições favoráveis para a realização de uma possível cirurgia cardíaca indicada. No caso relatado, o paciente está tendo um manejo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, o qual está sendo essencial para sua sobrevivência enquanto aguarda a cirurgia. Foram realizados procedimentos como acesso por cateter na veia umbilical (uma forma de acesso venoso central no recém-nascido), início de drogas vasoativas para regular a pressão arterial, monitorização necessária a fim de conferir os sinais vitais e dessa forma, procura-se estabilizar o paciente para enfrentar o procedimento cirúrgico. Assim, as anomalias cardíacas que antes eram consideradas incompatíveis à vida, nos dias atuais com os avanços na medicina intensiva, estão passando por mudanças. **Conclusão:** Diante da baixa incidência do Truncus arteriosus e sua associação com outra malformação cardíaca- a interrupção do arco aórtico, a investigação desse caso clínico representa o embasamento clínico amparado pelos avanços da Medicina. A Medicina baseada em evidências permitiu a análise crítica dos sinais e sintomas apresentados pelo recém-nascido e, a partir desses dados, a determinação do tratamento e modificação do prognóstico. Nesse contexto, a morbimortalidade de neonatos cardiopatas graves apresenta-se em regressão, não apenas por melhora das técnicas cirúrgicas, mas também relacionando-se ao desenvolvimento do cuidado intensivo cardiopediátrico. Com isso, mais neonatos com cardiopatias graves, quando diagnosticados dentro do período limite, conseguem sobreviver até a realização da cirurgia.



Cuidados intensivos pós-PCR em paciente portador de DPOC.

Autores: COSTA, Alexandre de Souza Costa¹; FARIAS, Weberth Lima de Farias¹; REIS, Mariane Albuquerque¹; SOARES, Rodolfo Daniel de Almeida^{1,2} • ¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Parada, broncoespasmo, DPOC, SPPCR.

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento de alta complexidade e relativamente baixa sobrevida, podendo atingir índices de até 60% de mortalidade. Além disso, vítimas de PCR reanimadas apresentam, com grande frequência, sequelas (principalmente neurológicas) que levam a óbito até 90% dos pacientes reanimados, no período de um ano (Pereira, 2008). Outro agravante de morbimortalidade, é a fragilidade clínica em que se encontram os pacientes reanimados, após um tempo de isquemia muito grande, que se define como síndrome pós-PCR (SPPCR), situação clínica na qual o paciente demanda cuidados específicos direcionados aos seus processos fisiopatológicos: lesão cerebral, disfunção miocárdica, resposta sistêmica à isquemia-reperusão e a patologia que determinou a PCR. (Azevedo, Taniguchi e Ladeira, 2013). Portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), quando em exacerbação de sua doença de base, podem cursar com hipóxia devido broncoespasmo severo, o que pode causar uma PCR, caso não tratada. Além disso, alguns autores consideram o uso frequente e de longa data de b2-agonistas, fator de risco para desenvolvimento de agravos cardiovasculares, incluindo PCR. (Salpeter, Ormiston e Salpeter, 2006), o que torna sua estratégia de ventilação mecânica restrita, dificultando a seu desmame e acentuando danos neurológicos provocados por hipoperfusão. Dentro da estratégia ventilatória da SPPCR, bem como no enfrentamento intensivo da DPOC, preconiza-se titulação da fração inspirada de oxigênio para os menores valores possíveis que satisfaçam uma saturação de oxigênio arterial maior do que 94%, na tentativa de evitar os efeitos tóxicos do oxigênio sobre o drive ventilatório. Todo o cuidado deve ser tomado visando à minimização da hiperinsuflação pulmonar e suas complicações (hipotensão, redução do débito cardíaco, barotrauma e aumento do trabalho respiratório). A hipercapnia permissiva é a principal estratégia ventilatória a ser utilizada com redução do volume minuto, ou seja, baixos volumes correntes e frequência. (Azevedo, Taniguchi e Ladeira, 2013; Holanda, 2013). **Exposição do caso:** SRBF, 68 anos. Admitido do pronto-socorro vítima de parada cardiorrespiratória, com duração de 8 minutos. Entubado, chega estável, sem sedação, porém com desconforto ventilatório, sem DVA, em ECG 6, com acesso periférico. Durante entubação apresentou broncoaspiração de grande quantidade de conteúdo gástrico. Provável fratura esternocondral, com derrame pleural bilateral. Evoluiu com desconforto respiratório, realizado extubação e nova entubação com administração de midazolam e instalado sedação em bomba de infusão (fentanil e dormonid®). Portador de DPOC, deficiência de α 1-antitripsina, ex-tabagista, vinha em uso frequente de aerolin® spray (1 tudo a cada 3 dias), além de flur® e spiriva®. Ao exame: estado geral grave, ECG 6, normocorado, anictérico, acianótico, pupilas isocóricas, fotorreativas, afebril. Ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Tórax simétrico com sinais de fratura de costelas, murmúrio vesicular presente com creptos bilaterais

diminuídos em base. Abdome globoso, flácido, indolor, sem massas, ruídos hidroaéreos presentes. Membros inferiores livres, sem edemas. AngioTC de tórax negativo para TEP. Opacidades nos segmentos posteriores dos lobos superiores e nas regiões pendentes dos lobos inferiores, as quais podem estar relacionadas à pneumonia aspirativa. Acentuada distensão hidroaérea da câmara gástrica. TC do crânio com alterações involutivas encefálicas, habituais para a faixa etária, ateromatose carotídea bilateral. RX evidenciando fraturas de 2^a, 3^a e 4^a costelas de hmtx esquerdo. Troponina 2,09. Mioglobina 472. CPK 207. CKMB 45. Gasometria: pH 7,407; PO₂ 66,6; PCO₂ 27,7; HCO₃ 17,0; BE -5,6. Após admissão, mantido em VMI modo AC com PEEP de 7, FiO₂ de 60%, apresentando queda do pH sanguíneo para 7,24 com PCO₂ de 33,2mmHg. Mudança de modo ventilatório no dia seguinte para PCV 17 em seguida pra 10; PEEP de 7 seguido para 8; FiO₂ de 60% seguido para 30%, com pronta normalização da gasometria. Iniciado antibioticoterapia para controle de infecção (aumento discreto da leuco e da PCR) com Clinda+Ceft. Com auxílio da fisioterapia, iniciado programação do desmame da VMI. Ao 4^o dia de internação apresentou 4 episódios de broncoespasmo necessitado de grande quantidade de broncodilatador, apesar da leuco e PCR em queda. Suspenso Precedex® e iniciado sedação com midazolam e fentanil. Diminuição da PEEP para 5. Após estabilização com sedação contínua, seguimento com programação de desmame da VMI. Iniciado Avalox® e quetiapima. Seguimento com instabilidade hemodinâmica tendendo a hipertensão, repetidos quadros de broncoespasmo frustrando tentativas de extubação. Cultura de ponta de cateter: acinetobacter. Segue sob cuidados da equipe intensivista no seu 25^a dia de internação (25/01/2016), com melhora do quadro hemodinâmico. Reintubado devido broncoespasmo. Segue com antibióticos de amplo espectro, queda do leucograma. **Discussão:** Como exposto, o paciente em questão não foi submetido à um protocolo específico de cuidados pós-PCR, o que certamente contribuiu para seu mau seguimento, apesar do pouco tempo de parada. Tendo em vista a preservação das funções cognitivas, a hipotermia terapêutica pós-PCR teria sido de grande utilidade, evitando consequências da isquemia cerebral provocada pelo baixo fluxo durante a parada. **Conclusão:** Nos últimos anos houve uma grande evolução no que diz respeito à abordagem do paciente em PCR. Entretanto sua morbimortalidade permanece com índices elevados, principalmente para aqueles que já possuem doenças de base em estágio avançado. Há de se continuar incrementando protocolos de conduta, na busca de melhores resultados no manejo terapêutico destes pacientes, tendo em vista que o manejo da PCR não se limita ao retorno da circulação espontânea, mas sim abrange um estado de alta complexidade no período subsequente, que necessita de atenção especial tanto quanto a para em si.

Uso de norepinefrina, dopamina e dobutamina em casos de choque séptico: uma revisão narrativa

Autores: CÂMARA, Joana Vale de Andrade Arruda¹; EMERECIANO, Luisa Maciel¹; SILVA, Bruna Balbina de Melo e¹; TRINDADE, Sérgio Rodrigo Pereira². • ¹Universidade Potiguar. ²Docente do curso de Medicina da Universidade Potiguar.

Palavras-chave: Choque séptico, dobutamina, dopamina, norepinefrina, “tratamento”.

Introdução: A ocorrência de choque séptico é evidenciada pela presença de sepse grave atrelada à hipotensão não responsiva à administração de volume por um período de, pelo menos, 1 hora. O tratamento para esse desafio médico baseia-se, além do uso de antimicrobianos, na utilização de vasopressores e inotrópicos. **Objetivo:** O intento desta revisão de literatura é analisar de maneira crítica e comparativa o uso de dopamina, norepinefrina e dobutamina como medicamentos de escolha no choque séptico. **Metodologia:** Para este fim, foi realizado levantamento bibliográfico do período de 1998 a 2015 nas bases de dados Pubmed, SciELO, LILACS e Academic Journals Database. Foram utilizadas as palavras-chaves “choque séptico”, “dobutamina”, “dopamina”, “norepinefrina”, “tratamento”, e as correspondentes em inglês. Após leitura dos resumos, foram selecionados 11 artigos, em inglês e português, com base na relevância para a elaboração desta revisão narrativa. **Resultados:** A norepinefrina e a dopamina são vasopressores indicados para o tratamento do choque séptico. A norepinefrina já teve seus efeitos contestados por estudos que referiram a ocorrência de isquemia renal devido à intensa vasoconstrição e, conseqüentemente, diminuição do aporte sanguíneo tecidual. Entretanto, observou-se que tais resultados foram fruto de vieses na escolha de pacientes os quais não sofreram choque vasodilatado. Sabe-se que, mantendo-se a Pressão Arterial Média acima de 70mmHg, o fluxo sanguíneo renal é mantido sem que haja vasoconstrição excessiva. Sendo assim, a norepinefrina, além de ser considerada a droga de primeira escolha, apresenta benefícios significativos caso seja usada precocemente e não mais está associada a possíveis conseqüências deletérias. Outra questão que corrobora a predileção pela norepinefrina são estudos revelarem a maior mortalidade com o uso da dopamina e maior risco de arritmias cardíacas. Sendo assim, o uso da dopamina como droga de primeira escolha é controverso. A dobutamina é uma catecolamina com ação beta-1 agonista e seu efeito não depende das reservas de norepinefrina do organismo. Ela está indicada por sua ação inotrópica positiva, sendo utilizada caso haja disfunção miocárdica ou hipoperfusão após o uso de fluidos e vasopressores. **Conclusão:** A norepinefrina é o vasopressor de eleição para o cenário em questão. Apesar de a maioria dos artigos analisados apontarem a dopamina como má escolha, ainda não existe um consenso bem estabelecido acerca disso. A dobutamina está indicada em casos específicos e seu uso é bem estabelecido. Ademais, são necessários mais estudos sobre o tema a fim de se obter resultados mais conclusivos.

Linfoma de burkitt e síndrome da lise tumoral: um relato de caso

Autores: MEDEIROS, Amanda Carvalho Almeida de¹; MEDEIROS Camila Carvalho Almeida de²; SILVA, Danielle Carolline Alves¹; GOMES, Martina Carolline de Moura Ferreira¹; SILVA, Pablo Luís da²; SANTOS, Rodrigo Agra Bezerra dos¹. • ¹Universidade de Pernambuco; ² Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande.

Palavras-Chave: Linfoma, Síndrome da Lise Tumoral, insuficiência renal, neoplasias hematológicas.

Introdução: Síndrome da Lise Tumoral consiste na destruição de células neoplásicas que libera conteúdo tóxico (ácido úrico) para a circulação sanguínea, ocasionando Necrose Tubular Aguda (NTA) ao se precipitar na forma de cristais de urato dentro do sistema tubular. Essa destruição ocorre principalmente na presença de neoplasias hematológicas após quimioterapia ou radioterapia. É considerada uma das principais emergências oncológicas. Nesse caso, tem-se uma paciente que desenvolveu Síndrome da Lise Tumoral antes mesmo do início do tratamento. Ela possuía Linfoma de Burkitt, que é classificado como Linfoma Não-Hodgkin altamente agressivo, o que explicaria todo o quadro renal e suas consequências antes da instituição de quimioterápicos. **Exposição do Caso:** Identificação: SMC, feminino, 8 anos, natural e procedente de Alfenas-MG. História Clínica Resumida: Menor deu entrada em serviço de referência com mãe relatando surgimento de nodulações em região do pescoço com posterior disseminação para tórax, abdome e virilha com aumento progressivo de volume há 20 dias. Relatava também febre persistente, anorexia, sudorese noturna e perda de 5kg nesse mesmo período. Relata ter ido ao PS de sua cidade há 15 dias, onde foi dado o diagnóstico de mononucleose. Há 3 dias foi novamente ao PS, tendo sido encaminhada a outro serviço. Exame Físico: REG, hipocorada (+2\+4), hidratada, boa perfusão periférica. Sinais vitais estáveis, peso = 28kg. Massas palpáveis em cadeias linfonodais retroauricular, submandibular, supraclavicular, cervical, inguinal e por toda superfície abdominal, onde havia uma massa maior de mais ou menos 6cm, todas com consistência endurecida, fixa e não dolorosas. ACR: NDN. AD: RHA+, com inúmeras massas abdominais palpáveis difusamente, com esplenomegalia e sem hepatomegalia. Exames laboratoriais e de imagem: Hb=12g\dl; Ht=33%; Leuco=5100\mm³; Plaq=200.000\mm³; Cr=1,1mg\dl; Ur=35mg\dl; Acido úrico=9mg\dl; K+=5,6mEq\l; Ca=8,2mg\dl; LDH>500U\l. **Discussão:** A paciente possuía indicação para biopsia por excisão linfonodal, logo, o diagnóstico de Linfoma de Burkitt foi confirmado através desse procedimento, o estadiamento foi IIIB. Após a primeira consulta, foi realizada uma tomografia com contraste, mesmo com a TFG=39%, evidenciando inúmeras massas abdominais e em mediastino. O hemograma não sugeria infiltração medular, pois não se observava a presença de citopenias. No entanto, a hiperuricemia, hipercalemia e hipocalcemia aventavam a hipótese de Síndrome da Lise Tumoral, tendo sido iniciado alopurinol e hidratação vigorosa. Em 2 dias a paciente apresentou oligúria, iniciando-se furosemida, sem sucesso. Em seguida, foi internada taquipneica em UTI, com edema agudo de pulmão e persistente oligúria, refratários a diurético, tendo sido realizada dialise peritoneal, com evolução para o óbito 2 horas depois. **Conclusão:** Linfoma de Burkitt é uma neoplasia hematológica altamente agressiva, que comumente evolui com Síndrome da Lise Tumoral, por isso é primordial realizar algumas

condutas, como prevenção de NTA através da prescrição de alopurinol ou rasburicase e hidratação venosa vigorosa. Os distúrbios metabólicos ocasionados por essa injúria renal podem ocasionar até mesmo o óbito, o que foi observado na paciente do caso. O diagnóstico precoce e o tratamento imediato são extremamente importantes para reduzir o risco de complicações fatais.

Síndrome de weil associada à pancreatite aguda: um relato de caso

Autores: SILVA, Danielle Caroline Alves¹; MEDEIROS, Amanda Carvalho Almeida¹; FRANCA, Carlos Magalhães¹; GOMES, Marttina Caroline de Moura Ferreira¹, PRUTCHANSKY, Gustavo Dias¹. • 1
Universidade de Pernambuco – Campus Garanhuns

Palavras-Chave: Leptospirose, icterícia rubínica, insuficiência renal, pancreatite aguda.

Introdução: A leptospirose é uma doença febril aguda causada pela espiroqueta *Leptospira interrogans*. Na maioria das vezes, manifesta-se apenas como uma síndrome febril, configurando a forma anictérica da doença. Porém, num percentual variável de casos, pode se apresentar com uma forma grave – a síndrome de Weil – como neste relato de caso, caracterizada pela tríade: icterícia, hemorragia e insuficiência renal aguda. Além disso, o paciente em questão evoluiu com aumento significativo da amilase e lipase séricas, fazendo-se pensar em pancreatite aguda como segundo diagnóstico associado. **Exposição do Caso:** Identificação: J.D.N, branco, 29 anos, solteiro, natural de São Paulo-SP, procedente de Lajedo-PE, catador de lixo. História Clínica Resumida: Paciente deu entrada no hospital referindo dor súbita em MMII (panturrilha) há nove dias. Refere que no dia seguinte, apresentou dor durante em hipocôndrio direito sem irradiação, que melhorava com analgésico (paracetamol), associada à diarreia sanguinolenta e febre contínua ao longo do dia (39-40°C), com calafrios frequentes, atenuada com antitérmicos. Devido a alterações em exames laboratoriais, foi encaminhado ao nefrologista de outro centro de saúde, com suspeita de Insuficiência Renal Aguda, onde foi internado na UTI. Em carta de encaminhamento, foi informado que, durante a admissão no primeiro Pronto-Socorro, havia sido feito uma dose de cefalotina. Exame Físico: Estado geral grave sonolento, desorientado, desidratado (2+/4+), icterico (4+/4+), acianótico, eupneico, sem edemas, presença de petéquias pelo corpo. Pressão arterial 100x60 mmHg, frequência respiratória 16 ipm, frequência cardíaca 80 bpm. Abdome sem abaulamentos, indolor à palpação, hepatomegalia discreta (2cm do rebordo costal), borda lisas. Ruídos hidroaéreos presentes. Exames laboratoriais e de imagem: Creatinina: 4,9mg/dl (0,8-1,4mg/dl); Ureia: 169mg/dl (10-50mg/dl); Hemoglobina: 12,1g/dl (13-18g/dl); Hematócrito: 35,7% (42-52%); Leucograma: 15.100/mm³ (4.500-10.500/mm³); Plaquetas: 64.000/mm³ (150-400mil/mm³); AST: 65U/L (10-40 U/L); ALT: 31U/L (7-41 U/L); GGT: 245U/L (12-73 U/L); Fosfatase Alcalina: 166 U/L (30-100 U/L); GGT: 245 U/L (12-73 U/L); Na: 130mEq/L (135-145mmol/L); K: 3,6mEq/L (3,5-5,5 mmol/L); Ca: 6,6mg/dL (8,5-10 mg/dl); Tempo de protrombina: 14,9s (14,4 – 18s); INR: 1,13; DHL: 374U/L (240-480 UI/L); Bilirrubina Indireta: 12,25mmol/L (0,1-1 mmol/L); Bilirrubina Direta: 13,5mmol/L (0,1-0,4mmol/L); Amilase: 177U/L (20-160 U/L); Lipase: 198 U/L (0-160 U/L). Ultrassonografia de abdome total: hepatomegalia sem sinais de lesão expansiva. Baço e rins normais. Sorologia para leptospirose positiva. **Discussão:** Este caso mostra um paciente com síndrome febril aguda, associado à icterícia importante e mialgia em panturrilha, em um indivíduo com passado ocupacional positivo para leptospirose, fazendo-se pensar em Síndrome de Weil como primeira hipótese diagnóstica. O paciente chegou à admissão desidratado, com rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow 11- Aber-

tura ocular: 2; Resposta verbal: 3; Resposta motora: 6), hipotenso, chocado e com escoras nitrogenadas elevadas. A alteração do nível de consciência e a instabilidade hemodinâmica indicaram a internação no centro de terapia intensiva. No exame físico, ficou evidente um padrão característico dessa doença, a icterícia rubínica, observada na conjuntiva ocular do doente. A vasculite conjuntival leva a uma sufusão hemorrágica, que mistura sangue, vermelho, com o amarelo da bilirrubina, deixando uma coloração com tom alaranjado, sendo mais um achado da síndrome de Weil, a forma íctero-hemorrágica da leptospirose. No que tange o sistema hematopoiético, houve evolução com anemia importante (Hb 8,1 g/dl) somado à plaquetopenia. Foram repostos trombócitos e prescreveu-se hemotransfusão com concentrado de hemácias (três bolsas), havendo boas respostas clínica e laboratorial. Os exames laboratoriais mostraram potássio normal, ureia e creatinina elevadas com diurese normal, configurando, desse modo, uma IRA-intrínseca normocalêmica e não-oligúrica, que são características típicas da injúria renal pela leptospirose. Havia hiperbilirrubinemia tanto direta quanto a indireta. Por volta do quarto dia de evolução, houve um aumento da bilirrubina direta (BD) e uma queda da bilirrubina indireta, mostrando que a bilirrubinemia era à custa da BD. Bem como, tivemos um pico máximo da amilase, chegando a 1100 U/L e da lipase que chegou a 440 U/L. O aumento em mais de dez vezes o valor da amilase normal e de três vezes o da lipase fez associar ao quadro infeccioso uma pancreatite aguda. Em nenhum momento da evolução tivemos aumento da CPK. O paciente permaneceu internado por 10 dias, fazendo uso de droga vasoativa, sendo realizada antibioticoterapia (Doxiciclina) e três sessões dialíticas. Teve boa resposta ao tratamento e evoluiu bem. A sorologia para leptospirose deu positiva e o caso foi notificado na região. **Conclusão:** A leptospirose é uma zoonose de grande importância econômica e social, por apresentar alto custo hospitalar e perda de dias de trabalho, como também por sua letalidade. Sua ocorrência está relacionada às precárias condições de infra-estrutura sanitária e à alta infestação de roedores infectados. Sendo assim, conclui-se que a leptospirose deve ser combatida com medidas básicas de saneamento, orientação à população, participação social e atenção médica para a suspeita e diagnóstico precoce, visto que a pronta intervenção é essencial para uma melhor evolução clínica e redução dos índices de letalidade e comorbidades.



Terapia de revascularização do tipo trombectomia - Uma atualização no manejo

Autores: JÚNIOR, Senival Alves de Oliveira¹; FREIRE, Artur Dantas¹; LEMOS, Thiago Emanuel Vêras¹; CARVALHO, Aline Vasconcelos de²; FERREIRA, Ana Claudia de Souza Rodrigues Gabriel²; RÊGO, Amália Cinthia Menezes³ • ¹Graduando do curso de medicina da Universidade Potiguar. Bolsista CNPq/PIBIC. ²Graduando do curso de medicina da Universidade Potiguar. ³Professora Doutora da Universidade Potiguar

Palavras-chave: Revascularization; Thrombectomy; Acute stroke

Introdução: O manejo dos pacientes que sofreram um acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) envolve várias fases. Os pilares da etapa inicial incluem: assegurar a estabilidade do quadro clínico, invertendo rapidamente quaisquer condições que estão contribuindo para os sinais e sintomas, descobrir a base fisiopatológica das queixas neurológicas, bem como determinar se os pacientes com AVCI agudo são candidatos à terapia de revascularização. Sendo esta terapia a manobra mais eficaz para a recuperação do tecido cerebral isquêmico que ainda não está infartado. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura, de modo a definir a abordagem da trombectomia nos pacientes com AVCI, comparando resultados de 05 grandes estudos (MR CLEAN, ESCAPE, SWIFT PRIME, EXTEND-IA e REVASCAT). **Metodologia:** Constitui-se de uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed e UpToDate, utilizando os descritores “revascularization”, “thrombectomy” e “acute stroke”. Foram incluídos artigos de língua inglesa, publicados em 2015 (todos foram em 2015). **Resultados:** O fator mais importante para uma revascularização, do tipo trombólise, ser bem sucedida é a sua realização precoce. No entanto, é preciso selecionar criteriosamente os candidatos que estão aptos para tal procedimento. Naqueles pacientes sintomáticos pós-terapia trombolítica e dentro dos critérios estabelecidos para trombectomia, opta-se pelo tratamento intra-arterial precoce, com dispositivos de trombectomia mecânica, desde que a etiologia do AVCI, esteja ligada a oclusão de uma artéria da grande circulação anterior proximal, permitindo um maior tempo para sua realização e um maior público para seu uso, resultando em uma maior quantidade de pacientes com o benefício da revascularização. **Conclusão:** É imprescindível que mais estudos sejam realizados, com o intuito de estabelecer quais métodos podem prever com segurança, os pacientes que correm risco de hemorragia intracerebral após trombectomia (trombólise) para AVCI. Todavia a análise dos cinco grandes estudos traz benefício comprovado ao uso da trombectomia em um intervalo de até 06 horas, com o NIHSS ≥ 2 pontos, sem imagem de hemorragia intracraniana em pacientes com idade ≥ 18 anos.

Síndrome da veia cava superior em paciente com doença mieloproliferativa (linfoma) mediastinal

Autores: Farias WL¹; Costa AS²; Reis MA²; Soares RDA³. • ¹Discente do curso de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Graduado em Farmácia com Habilitação em Bioquímica e Análises Clínicas – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Docente do curso de Direito – Estácio de Sá; Pós-Graduado em Auditoria em Serviços de Saúde – FCM; Auditor Estadual do SUS. ²Discente do curso de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ³Docente do Departamento de Medicina Integrada do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). Médico Hematologista com ênfase em Transplante de Medula Óssea.

Palavras-chave: Linfoma, Veia Cava Superior.

Introdução: Linfomas são cânceres que se iniciam a partir da transformação maligna de um linfócito no sistema linfático. Têm início nos linfonodos ou em aglomerados de tecidos linfáticos. São divididos em linfomas de Hodgkin e linfomas não-Hodgkin. Na Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) ocorre estase venosa no segmento braquiocefálico devido à obstrução da veia, seja por trombose, compressão extrínseca, invasão direta da veia por processos patológicos adjacentes ou combinação destes. A neoplasia representa 85% dos casos. Destes, 50% são causados por câncer de pulmão não-pequenas células, 25% por câncer de pulmão de pequenas células e 10% por Linfomas Não-Hodgkin. Ocorre dispneia progressiva, ortopneia, tosse, edema de face, pescoço e membros superiores, coloração cianótica quando em decúbito. Com aumento da pressão venosa intracraniana ocorre cefaleia, vertigem, confusão mental, perda da consciência. Sem uma medida descompressiva ocorre óbito por anóxia cerebral e/ou insuficiência respiratória. **Exposição do Caso:** Paciente masculino, 26 anos, estudante. Em outubro de 2015 apresenta tosse seca recorrente que dificulta a alimentação e piora em decúbito dorsal. Sem turgência jugular patológica. Sem sinais de circulação colateral periférica em tórax. Taquidispneico. Febre diária noturna, sudorese profusa, com piora importante após 1 mês. Perda ponderal de 10Kg. Queda de saturação de oxigênio em ar ambiente. Dispneia aos mínimos esforços. Suspeita de pneumonia, e mesmo com radiografia não sugestiva, inicia Avalox[®]. Escarro hemoptoico, engasgo e febre. Realizou duas baciloscopias, todas negativas, mas iniciou tratamento para tuberculose. HIV rápido negativo. Admissão em UTI dia 03/01/2016. Na admissão apresentava-se acianótico. Aparelho pulmonar com murmúrio vesicular presente, reduzido em ápice direito, sem ruídos hidroaéreos. Aparelho cardiovascular normal. Perfusão tissular normal. Tomografia Computadorizada revelando formação expansiva mediastinal com sinais de infiltração do interstício pulmonar direito, suspeitando-se de doença mieloproliferativa (linfoma) e síndrome da veia cava superior. Dia 04/01/2016 iniciou pulsoterapia com metilprednisolona, por 5 dias. Iniciou BIPAP, melhorando do desconforto respiratório, mas ainda taquicárdico. Dia 08/01/2016 realizou biopsia. Em 11/01/2016 inicia taquicardia sinusal e escarros hemoptoicos. Dia 13/01/2016 inicia quimioterapia, protocolo CHOP. Em 14/01/2016 apresenta taquiarritmia com estabilidade hemodinâmica. Prescrito Ancoron[®] e Seloken[®], sem melhora da arritmia, mas melhora da frequência e sintomas clínicos. Após

30 minutos apresenta frequência cardíaca de 215 BPM, com instabilidade hemodinâmica, sendo realizada cardioversão elétrica, estabilizando em 160 BPM. Realizada intubação oro-traqueal. Apresentou mais 3 paradas cardiorrespiratórias. Após 15 minutos de ressuscitação cardiopulmonar foi constatado óbito. Durante tentativa de ressuscitação, ecografia evidenciou infarto do ventrículo direito agudo com dilatação do ventrículo direito, sugerindo obstrução extrínseca da artéria pulmonar. **Discussão:** A demora em realizar o diagnóstico de linfoma (o paciente apresentou por 2 meses os sintomas da doença, sem diagnóstico definido) foi importante para a não eficácia do tratamento. E como agravante, por dois momentos os exames complementares foram excludentes para as doenças ao qual o paciente foi tratado, atrasando mais ainda a procura pelo diagnóstico correto. **Conclusão:** O diagnóstico precoce do linfoma é essencial para iniciar o tratamento e retirar da situação de urgência o paciente com Síndrome da Veia Cava Superior.

Atualização no Manejo Intensivo do Paciente pós TCE grave – Revisão de Literatura

Autores: GARCIA, César de Carvalho Garcia¹; MELO, Ana Beatriz Hahn Ferreira de¹; MENEZES, Camilla Alcântara Alliz¹; FERNANDES, Thiago José de Moraes¹; NASCIMENTO, Hilton Lucio Souza do¹; NETO, Ângelo Raimundo da Silva Neto² • ¹Universidade Potiguar.² Neurocirurgião e Docente da Universidade Potiguar

Palavras-Chave: TCE grave; Traumatismo crânioencefálico grave; Manejo intensivo do TCE grave; TCE grave na UTI;

Introdução: O Traumatismo crânioencefálico (TCE) é responsável por ao menos 50% das mortes associadas ao trauma, sendo considerado o principal determinante isolado de mortalidade nesses pacientes. São considerados portadores de TCE grave aqueles admitidos com nível de consciência ≤ 8 pontos na Escala de Coma de Glasgow (ECG). Os cuidados intensivos nessa população visam a prevenção da lesão cerebral secundária. O objetivo desse trabalho é relatar as principais atualizações científicas em relação aos cuidados intensivos no paciente pós TCE grave. **Metodologia:** O presente trabalho inclui pesquisas no PubMed, UpToDate, Scielo e Portal de Pesquisa da BVS, utilizando os descritores “TCE Grave manejo intensivo”, “Cuidados Intensivos no TCE Grave”, “TCE Grave na UTI”. Foram coletados 12 artigos que continham dados de relatos de caso, estudos de coorte e revisões literárias, publicados entre o ano de 2008 a 2016, todos redigidos em inglês. **Resultados:** O manejo intensivo do TCE grave é voltado para o controle da pressão intracraniana e manutenção da perfusão cerebral, além da otimização de parâmetros básicos, como oxigenação, pressão arterial, glicemia, temperatura etc. O uso profilático de anticonvulsivantes está recomendado. Medidas devem ser adotadas visando a prevenção da Hipertensão Intracraniana (HIC), como elevação da cabeceira a 30°, monitorização da Pressão venosa central (PVC) e correção da natremia. Embora discutível, segundo a maioria dos trabalhos, as indicações de monitorização da pressão intracraniana (PIC), por DVE, devem ser obedecidas sistematicamente. No aumento >20 mmHg por mais de 5 minutos, a drenagem do líquido deve ser realizada. Nos casos refratários, agentes hiperosmolares (comparações entre manitol e solução salina hipertônica não demonstraram uma clara superioridade de uma opção sobre a outra) podem ser utilizados, contudo, na presença de instabilidade hemodinâmica, eles não apresentaram eficácia na redução da PIC. A sedação é preferencialmente com propofol, que apresenta efeito neuroprotetor. O coma barbitúrico, geralmente com Pentobarbital, apesar do efeito teórico protetor e de redução da PIC, não altera a mortalidade. A hiperventilação controlada pode ser utilizada no manejo da deteriorização neurológica aguda, por períodos breves. A hipotermia induzida é controversa e o uso de glicocorticóides está proscrito. A craniectomia descompressiva vem sendo indicada cada vez mais precocemente. **Conclusão:** Dada a importância dos cuidados intensivos no tratamento do TCE grave, manter-se atualizado nos principais estudos que envolvem o tema torna-se fundamental. No entanto, é evidente que mais estudos são necessários para melhor elucidação das diversas questões que abrangem essa área.

A escolha do hipnótico na sequência de intubação rápida: uma breve

Autores: FREITAS, L.V.¹; FRAIMAN, P.H.A.¹; VASCONCELOS, C.S.B.¹

• ¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-Chave: Anestesiologia, Intubação, Hipnóticos e Sedativos

Introdução: O domínio da técnica da intubação orotraqueal em sequência rápida é fundamental para o médico no ambiente das emergências clínicas. No entanto, por desconhecimento ou indisponibilidade de material, a escolha do hipnótico permanece restrita ao Midazolam ignorando o quadro clínico do paciente e a melhor droga de escolha conforme as evidências disponíveis. **Objetivos:** Sumarizar as principais diferenças entre os principais hipnóticos utilizados na sequência de intubação orotraqueal em sequência rápida. **Metodologia:** Pesquisada a expressão “RAPID SEQUENCE INTUBATION and CRITICALLY ILL PATIENT” nas bases de dados MEDLINE, GALE e Scopus, excluídos artigos prévios a 2005. Os 29 artigos resultantes foram excluídos aqueles sem revisão por pares, restando 26 artigos, os quais foram analisados por título e resumo. 15 artigos foram selecionados e revisados. **Resultados:** O Propofol deve ser evitado em pacientes em instabilidade hemodinâmica, pois reduz frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial, mas é o ideal para traumatismos crânio-encefálicos, porém atentar para fluxo sanguíneo cerebral; o Etomidato é a droga ideal de escolha no paciente em instabilidade hemodinâmica, além de não causar disfunção miocárdica, é controverso o uso em pacientes com sepse suspeita ou confirmada devido inibição da síntese de esteróides; a Cetamina não causa depressão respiratória, aumenta a frequência cardíaca, a pressão arterial e o débito cardíaco, ideal em paciente em instabilidade hemodinâmica; o Midazolam apresenta depressão miocárdica e respiratória, sendo contra-indicado em pacientes instáveis hemodinamicamente, porém é bem indicado em população pediátrica. **Conclusão:** O conhecimento das características farmacodinâmicas dos hipnóticos é fundamental para a escolha adequada de acordo com o quadro clínico do paciente submetido à intubação orotraqueal em sequência rápida.

Feocromocitoma e urgência hipertensiva: um relato de caso.

Autores: EL-FEGHALY, William Batah¹; HILGEMBERG, Andressa Andrade ²; CAVALCANTE, Leandro Augusto³; SOUSA Kelson Kemuel Confessor⁴; SOUSA, Julio Cesar Vieira de⁵ • ^{1,2,3,4} Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ⁵ Professor do departamento de Medicina Integrada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-Chave: feocromocitoma, urgência hipertensiva, hipertensão secundária.

Introdução: O feocromocitoma é uma causa rara de hipertensão secundária, tendo uma incidência de menos 0,2% nos pacientes com hipertensão. Estima-se que a incidência anual de feocromocitoma seja de aproximadamente de 0,8 para 100.000 pessoas. Dessa maneira, deve ser um dos diagnósticos diferenciados em pacientes com hipertensão secundária em investigação, porém não o primeiro. **Exposição do caso:** Identificação do paciente: L.G.O, masculino, 30 anos, solteiro, natural e procedente de Natal, desempregado. História clínica resumida: há 2 anos, relata picos hipertensivos, sudorese excessiva e cefaléia holocraniana de forte intensidade, o levando recorrentemente à pronto-atendimentos. Durante esse período, recebeu o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, fazendo uso de Enalapril 10mg, duas vezes ao dia, sem resolução de queixas. Foi internado no Hospital Universitário Onofre Lopes em 29/12/2015, para conduta diagnóstica e terapêutica. Exame físico: PA: 192x120 mmHg. T: 36,2 C. FC: 107 bpm. FR: 18 ipm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome inocente. Exames laboratoriais: Urina: Metanefrinas totais: 2.5 mg/24h, Metanefrina: 177 µg/24h, Normetanefrina: 23093 µg/24h. Catecolaminas plasmáticas: Epinefrina: 54,00 pg/mL, Norepinefrina: 2798 pg/mL. Função renal: Ur = 24mg/dL Cr = 1.1mg/dL. Exames de imagem: TC de abdome superior e pelve (04/01/2016): Lesão expansiva junto à adrenal esquerda, a esclarecer. Sinais de nefropatia parenquimatosa à esquerda, associada a afilamento e irregularidade da artéria renal ipsilateral. RNM de abdome (12.01.2016): Presença de formação expansiva sólida, localizada na glândula adrenal esquerda, cujas características sugerem feocromocitoma como primeira hipótese diagnóstica. **Evolução do caso:** Paciente evoluiu estável hemodinamicamente durante internamento, em uso de Doxazosina, Atenolol e Nifedipino, com satisfatório controle pressórico. **Discussão:** Feocromocitoma causa sintomas em aproximadamente 50% dos pacientes e quando presentes são tipicamente de natureza paroxística, sendo sua tríade clássica: cefaleias paroxísticas, sudorese e taquicardia. Este caso ilustra bem como um paciente com feocromocitoma se comporta clinicamente, muitas vezes necessitando de suporte de UTI para sua estabilização clínica e posterior tratamento definitivo. **Conclusão:** Pacientes com hipertensão refratária devem ser investigados para causas secundárias e tratados adequadamente para evitar crises hipertensivas e lesões em órgão-alvo. Alguns, como o caso descrito, necessitam de suporte de UTI para controle pressórico adequado. Esse paciente aguarda cirurgia de adrenalectomia esquerda total para resolução definitiva do quadro.

Cuidados Paliativos e Terminalidade na UTI: uma revisão de literatura

Autores: LEMOS, Thiago Emanuel Vêras¹; CARVALHO, Aline Vasconcelos de²; FERREIRA, Ana Cláudia de Souza Rodrigues Gabriel²; FREIRE, Artur Dantas¹; JÚNIOR, Senival Alves de Oliveira¹; RÊGO, Amália Cinthia Meneses³. • ¹Universidade Potiguar; Bolsista CNPq/PIBIC. ²Universidade Potiguar ³Orientadora, Universidade Potiguar

Palavras-Chave: Cuidados paliativos, Unidade de Terapia Intensiva, Terminalidade, UTI

Introdução: Prolongar a vida, sem benefício ao paciente, causa sofrimento ao mesmo e à família, lentificando e tornando árduo o processo de morrer. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura visando discutir sobre Cuidados Paliativos (CP) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Metodologia:** Constitui-se de uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed e SCIELO, utilizando os descritores ‘Cuidados Paliativos’ e ‘Unidade de Terapia Intensiva’. Foram incluídos artigos em português e inglês, publicados entre 2006 e 2016. **Resultados:** A expectativa de vida de pacientes graves vem aumentando graças ao avanço tecnológico, contudo, houve também o prolongamento da vida de pacientes sem possibilidade terapêutica, causando dor e sofrimento para eles e suas famílias. Os CP tem como base o respeito ao paciente e ao processo de morrer, e sua prática na UTI deve sempre considerar o respeito aos sentimentos do doente e sua família, com ênfase na comunicação adequada entre todos os envolvidos, devendo, portanto, ser aplicada em todos os doentes, independente do quadro clínico. Assim, três grupos devem ser abrangidos: o paciente, respeitando sua autonomia e o princípio da não-maleficência, com a decisão da equipe sustentada pelo consentimento do paciente ou responsável legal, com registro em prontuário; a família, sendo reconhecido como tal todo aquele que demonstra vínculo afetivo ao participar do momento final da vida do paciente; e a equipe multiprofissional, que sofre desgaste emocional e necessita de capacitação continuada. **Conclusão:** Assim, como ainda não está claro o momento em que o tratamento deixa de ser curativo e passa a ser paliativo, várias discussões em âmbito médico e jurídico devem ser realizadas. Além disso, a omissão de tratamentos médicos, a pedido do doente não suicida, não constitui crime. O médico, desde que não pertença a equipe de transplante, pode participar da tomada de decisão de suspender esforço terapêutico considerado fútil.

Citomegalovirose em Pacientes Imunocompetentes com Doença Inflamatória Intestinal.

Autores: CARVALHO, Aline Vasconcelos de¹; FERREIRA, Ana Claudia de Souza Rodrigues Gabriel¹; FREIRE, Artur Dantas¹; JÚNIOR, Senival Alves de Oliveira¹; LEMOS, Thiago Emanuel Veras Lemos¹; RÊGO, Amália Cinthia Meneses². • ¹Universidade Potiguar. ²Orientadora, Universidade Potiguar

Palavras-chave: Citomegalovírus, Imunossupressão, Doença inflamatória intestinal, Colite, CMV.

Introdução: A infecção por citomegalovírus (CMV) possui resultados clínicos desfavoráveis em imunossuprimidos, sendo sua reativação relatada ocasionalmente em pacientes imunocompetentes na unidade de terapia intensiva, associada a colite e doença inflamatória intestinal (DII). Sua epidemiologia e associação com DII não está bem definido nesta população. **Objetivo:** Revisar a associação de CMV e DII, características clínicas, prope-dêutica e terapêutica. **Metodologia:** Busca na literatura do PubMed, Up To Date, Scopus, de 2007 a 2015. **Discussão:** A suspeita clínica de viremia por CMV deve ser direcionada a pacientes com DII com manifestações sistêmicas, principalmente febre, linfadenopatia, esplenomegalia, leucopenia e hepatite, sendo estas características não obrigatórias. Em 2008, Limaye et al. demonstrou em estudo cego, prospectivo, que a reativação do CMV em pacientes imunocompetentes com patologias graves é frequente, sendo independente e quantitativamente associada a desfechos clínicos relevantes de hospitalização contínua ou morte em 30 dias da admissão em UTI. Há fases de ação do CMV na DII: iniciação, reativação e consolidação. Os resultados para pacientes em reativação mostrou ser pior do que sem reativação, ainda não sendo completamente claro se o CMV é um contribuinte ou um espectador, ou se o tratamento com antivirais altera o curso da DII. O diagnóstico é baseado em sorologia com anticorpos IgM; histologia, sendo esse o padrão ouro; cultura; pesquisa de DNA; pesquisa de antígenos do vírus; bem como endoscopia digestiva alta, onde pode-se evidenciar eritema, exsudato, erosões, ulcerações, pseudotumores ou características de colite pseudomembranosa. Uma vez diagnosticada, recomenda-se ganciclovir IV, durante 14 dias, mantendo-se o tratamento inicial para a DII. O tratamento de CMV nos casos de colite grave pode reduzir a taxa de colectomia. **Conclusão:** Vários artigos relatam associação entre colite por CMV e DII, porém ainda não existe consenso sobre sua relação etiológica, embora sua existência seja evidente.

Análise do perfil transfusional em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Autores: DANTAS, Eder Leandro da Silva.¹; OLIVEIRA, Gabriela Caldas Leonardo.¹; REVOREDO, Gabriela Lia de Aquino.¹; SOARES, Rodolfo de Almeida.² • ¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: hemotransusão, intensivismo, hemovigilância, UTI neonatal

Introdução: A necessidade de um Recém Nascido (RN) de receber cuidados assistenciais em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) pode estar relacionada a múltiplos fatores, sendo o sistema de saúde responsável por fornecer o suporte adequado desse paciente. Assim, fatores como estrutura hospitalar adaptada, desempenho satisfatório dos profissionais de saúde e viabilidade de realização dos procedimentos terapêuticos são fundamentais para um desfecho favorável. A hemotransusão constitui, nesse sentido, uma terapia salvadora, devendo ser aplicada apenas em situações preconizadas. **Objetivo:** Descrever a demanda de hemocomponentes na UTI Neonatal de uma Maternidade de Referência no período de 23 meses. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo, com abordagem analítica dos dados das hemotransfusões pelo Serviço de Hemovigilância na UTI neonatal da Maternidade Escola Januário Cico (MEJC). Foram incluídos todos os pacientes internados nesse setor e que realizaram pelo menos uma transfusão sanguínea no período de fevereiro de 2014 a dezembro de 2015. **Resultados:** Durante o período de 23 meses foram transfundidos 2590 hemocomponentes na MEJC, sendo 762 (29%) na UTI Neonatal. Destes, 510 (67%) eram de concentrado de hemácias, 90 (12%) de plasma fresco, 156 (20%) de concentrado de plaquetas e somente 06 (01%) de crio-precipitados. Relativo ao desfecho das hemotransfusões acompanhadas pelo serviço de hemovigilância, somente 03 (1%) resultaram em Incidentes Transfusoriais. Em outras 03 (1%), os pacientes foram a óbito dentro de 24h após receber a transfusão, fato atribuído aos quadros clínicos que os levaram à internação na UTI, e não à terapia aplicada. **Conclusão:** A hemotransusão é uma medida terapêutica que pode ser efetuada em todas as faixas etárias. Mesmo em recém-nascidos de alto risco, a sua utilização no momento certo pode ser o diferencial entre a vida e a morte do paciente. Os poucos desfechos desfavoráveis apresentados evidenciam a eficácia dessa terapêutica.

Uma análise temporal de características da sepse no Rio Grande do Norte entre 2008 e 2015

Autores: CALDAS, Marina Maria Vieira de Figueiredo²; BEDAQUE, Henrique de Paula²; MEDEIROS, Beatriz Lopes de²; NOVAES, Ana Eloisa Melo²; SOUZA, Maria Aparecida Cardoso de¹ • ¹Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.²Graduando do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Sepse; Epidemiologia; Mortalidade.

Introdução: A sepse tem grande relevância em termos de saúde pública, pois se trata de uma das doenças que mais se destacam na área de medicina intensiva. Estudos vêm reforçando a importância de seu tratamento precoce e intensivo para melhora do prognóstico e diminuição dos custos, já que mundialmente as taxas de mortalidade variam entre 10 a 20% dos casos. Desse modo, estudar características regionais da sepse pode ser considerado uma forma de compreender as peculiaridades locais e, assim, modificar condutas, objetivando torná-las mais personalizadas às realidades do Rio Grande do Norte (RN). **Objetivo:** Avaliar temporalmente a incidência, os custos e a mortalidade por sepse - avaliando também as diferenças entre sexos - no RN entre os anos de 2008 e 2015. **Metodologia:** Foram utilizados dados do DATASUS e IBGE, que, posteriormente, foram transformados estatisticamente pelo programa SPSS 20 em valores de interesse científico. **Resultados:** Observou-se um aumento na incidência de sepse no RN, na medida em que, em 2008, foram constatados 37,92 casos para cada 100.000 habitantes e em 2014 esse número passou para 54,25, com prevalência masculina (58,58 casos contra 50,04 em mulheres). Além disso, os custos por internação aumentaram consideravelmente, passando de R\$ 1.616,59 para R\$ 3.078,83 em um intervalo de oito anos. Ademais, observou-se uma queda na mortalidade por sepse, que era 19,95% em 2008 e passou para 14,43% em 2013 - constatou-se ainda uma maior mortalidade feminina (15,48% contra 13,48% dos homens, em 2013). **Conclusão:** A sepse tem alta incidência, alta letalidade e custos elevados, sendo uma das principais causas de mortalidade em unidades de terapia intensiva. É válido salientar que a maior incidência de sepse deve-se ao envelhecimento da população, a procedimentos mais invasivos, ao uso de fármacos imunossupressores e a maior prevalência de infecção por síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Por meio do estudo, percebe-se que o número de casos e os custos com esses pacientes vêm aumentando e que a mortalidade segue um caminho inverso, apesar de permanecer estável entre 2011 e 2013 - mantendo-se em aproximadamente 14%. Na atualidade, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado permanecem como a melhor garantia de boa evolução dos sujeitos acometidos pela sepse.

O manejo da Hipertermia Maligna na Unidade de Terapia Intensiva.

Autores: ARAÚJO, Bernardo Monte Nunes Araújo¹ (UFRN); OLIVEIRA, Catharinne Keyth Mendes de¹; OLIVEIRA, Caroline Manoela de Oliveira¹; GIBSON, Deborah Carla Santos¹; FILHO, Francisco Mendes de Oliveira. • ¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ²Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL - CRM 932).

Palavras-chave: Hipertermia Maligna, Terapia intensiva

Introdução: A Hipertermia Maligna (HM) é uma afecção hereditária e latente, expressa por resposta hipermetabólica a anestésicos voláteis e/ou succinilcolina. Apesar de pouco frequente (uma a cada 50 mil anestésias em adultos), o médico intensivista está sujeito a deparar-se com casos de HM, que exige internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) durante, pelo menos, 24 horas. Fazem-se necessários cuidados intensivos, seja para prevenção ou controle das complicações, seja para vigilância e diagnóstico de eventuais recidivas, que podem ocorrer mesmo após episódios aparentemente controlados há várias horas. Dessa forma, visando à melhoria dos cuidados prestados com esses pacientes, deve-se haver um estudo continuado sobre esse tema, e esse trabalho objetiva contribuir nesse aspecto. **Objetivos:** A realização desse trabalho buscou reunir os principais conceitos acerca da HM e facilitar seu diagnóstico, intervenção e prevenção ou controle das complicações na UTI, de modo que seja uma ferramenta de consulta útil para estudantes e profissionais da área da saúde, mediante a relevância do tema. **Metodologia:** Trata-se de um artigo de revisão de literatura. A busca dos artigos científicos foi realizada nas bases de dados Scielo e PubMed utilizando as palavras chaves: Malignant Hyperthermia, Intensive Care. Dos artigos encontrados, 9 preencheram os critérios de inclusão, dos quais 3 apresentaram-se em inglês, 2 em espanhol e 4 em português, e todos eles foram publicados nos anos de 2002 a 2015. Informações também foram obtidas através de consultas realizadas em compêndios de anestesiologia e manuais clínicos sobre terapia intensiva. **Resultados:** Além do imediato diagnóstico e interrupção da exposição a agentes desencadeantes, seguido da administração de dantrolene sódico, faz-se necessário a prevenção ou controle das complicações em UTI: acidose metabólica, arritmias cardíacas, hiperpotassemia, hipertermia, insuficiência renal, entre outras. **Conclusão:** O correto manejo da HM é um fator contribuinte para a melhora clínica e para o prognóstico do paciente internado em UTI. Entretanto, por ser uma doença pouco frequente, ainda existem falhas no que concerne suas condutas. Diante disso, fazem-se necessárias abordagens objetivas seguindo protocolos já determinados quanto ao seu diagnóstico e intervenções.

Hemovigilância na Unidade de Terapia Intensiva

Autores: Costa MMLA¹; Barbosa LCV¹; Pires FS¹; Raulino ABM¹; Soares RDA²; Santos ELSC¹, •¹ Graduandos em medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Nort.² Hematologista do Hospital Universitário Onofre Lopes

Palavras-chave: Hemovigilância; Notificações de Incidentes Adversos e Hemocomponentes.

Introdução: A transfusão é uma forma eficaz de restabelecer as condições clínicas do paciente, porém essa terapêutica não é isenta de riscos. Para garantia da segurança transfusional, a hemovigilância mostra-se necessária, ao passo que sua rede monitora os receptores, realiza o acompanhamento epidemiológico dos doadores e dos eventuais incidentes transfusionais adversos (ITS). **Objetivo:** Analisar o perfil transfusional da unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital Universitário referência do Rio Grande do Norte. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, com abordagem analítica, utilizando-se da busca ativa ITs através dos graduandos de medicina e das informações do banco de dados do serviço de hemovigilância do Hospital Universitário Onofre Lopes, durante o período de março de 2013 a janeiro de 2016. Foram incluídos todos pacientes que transfundiram pelo menos um hemocomponente na UTI desse hospital. **Resultados:** Foram realizadas 12224 transfusões sendo que 4150 foram (33,94%) na UTI. Identificou-se 64 ITS nesse período, dos quais 5 (7,81%) foram na UTI. Dessas, as manifestações clínicas foram: rash cutâneo em 80% dos ITs e náusea associada a infusão em 20%. Assim, a reação imediata alérgica foi a mais prevalente, no período estudado, nos pacientes da UTI. O hemocomponente envolvido em 100% dos casos foi o concentrado de hemácias O+ e o quadro anêmico foi a indicação de todas as transfusões do setor. **Conclusões:** Observa-se um número reduzido de ITs na UTI que pode ser justificada pela condição do paciente que o impossibilita verbalizar o que sente em algumas situações. Todavia, a busca ativa, vem contribuindo para redução das subnotificações nos hospitais, visto que a visita diária permite o acompanhamento do processo transfusional por completo. Portanto, a hemovigilância mostra-se como um sistema de avaliação e alerta que objetiva aplicar medidas corretivas e preventivas que contribuam para a segurança transfusional

Terminalidade - Uma visão crítica sobre a dificuldade de trabalhar no enfrentamento da morte

Autores: PONTES, Letícia Almeida Pontes¹; SOUZA, Luisa Silva de¹; ASSIS, Lizandra Soares de¹; COSTA, Maria Marina Leonardo Alves¹; AROUCA, Julianna Storace de Carvalho¹; BEAUGRAND, Annick¹ • ¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Terminalidade, Cuidados Paliativos, Cuidados Intensivos, Formação Médica, Ética Médica, Cuidados Paliativos.

Introdução: A formação dos profissionais de saúde enfatiza um papel de salvar vida, sem uma análise sobre os distintos aspectos da morte, dificultando a decisão médica diante do confronto entre os aparatos tecnológicos que prolongam ou abreviam. Na terapia intensiva esse cenário faz-se presente, diante de pacientes com morbidades graves e situações de fragilidade da vida. **Objetivos:** Revisar questões éticas e sociais da terminalidade, buscando determinar mudanças em padrões e planejamento de cuidados, além da ideia de finitude. **Metodologia:** Revisão de literatura, com pesquisa de artigos nas bases de dado do “Pubmed”, “Scielo” e “Scopus”, usando descritores: terminalidade, cuidados paliativos e terapia intensiva. A amostra foi composta por artigos com informações categorizadas em tópicos: conceito de terminalidade, formação médica e morte, e cuidados paliativos dentro da terapia intensiva. **Resultados:** Os estudos documentam um sofrimento significativo entre pacientes com doenças em estágio terminal, com enfoque na qualidade do cuidado no fim-de-vida. Apesar de ser declarado um direito humano básico, o acesso ao cuidado paliativo continua sendo limitado. Temas como vida, morte e processo de morrer dentro das unidades de terapia intensiva (UTI) devem ser discutidos nos espaços de formação dos profissionais de saúde. O local de assistência, as medidas invasivas, as manobras complexas ou o suporte às necessidades naquele momento devem ser abordados com a família e o paciente, para uma aproximação entre a formação e a prática interdisciplinar neste ambiente de UTI. **Conclusão:** Compreender a terminalidade e os processos pessoais, emocionais, existenciais objetivam um cuidado para com os pacientes com graves morbidades. Esses embasamentos transformam gradativamente a formação dos médicos, permitindo-os desenvolver visões éticas e críticas diante da terminalidade.

