

como vertigem, hipo ou hiperacusia, zumbido, disgeusia e lacrimejamento podem estar presentes. O diagnóstico é eminentemente clínico, determinado pela localização e pelas características da erupção cutânea associadas aos sinais de comprometimento dos pares cranianos acima descritos. O tratamento com aciclovir e glicocorticoide parece determinar melhores desfechos, especialmente em relação ao tempo e intensidade dos sintomas e controle da dor. A paralisia facial relacionada a SRH costuma ser mais grave e com menor probabilidade de melhora que a paralisia de Bell. A vacina contra o VZV é a melhor e a única forma de prevenção da SRH atualmente disponível.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101481>

EP-404

PLANO DE CONTINGÊNCIA REALIZADO EM INSTITUIÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA PÓS REVASCULARIZAÇÃO DE MIOCARDIO

Jaqueline Forestieri Bolonhez, Ana Cristina Medeiros Gurgel, Maria Gabriela Lopes, Beatriz Medeiros Gurgel, Luiz Felipe Blanco

Hospital Santa Rita de Maringá, Maringá, PR, Brasil

Introdução: A doença isquêmica cardíaca é causa de grande número de óbitos no mundo anualmente. Estima-se que no Brasil, em 2017, mais de 300 mil pessoas vieram a óbito pela doença. Bastante empregada na atualidade, a cirurgia de revascularização de miocárdio (RM) está associada a doenças coronarianas e fatores como obesidade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e idade avançada. Uma das complicações mais frequentes após a RM é a infecção da ferida operatória, podendo levar ao aumento da mortalidade, morbidade e custos hospitalares.

Objetivo: Relatar diminuição das ocorrências de infecção de feridas operatórias em pacientes que foram submetidos a RM em instituição, após emprego de plano de contingência.

Metodologia: Após constatação de aumento de infecção de feridas operatórias e má evolução clínica de pacientes com infecção de feridas operatórias pela equipe de Controle de Infecção Hospitalar e Infectologia (CCIH) do Hospital Santa Rita de Maringá/PR, mesmo com uso de antibióticos, um plano de contingência de infecção de ferida operatória pós RM foi elaborado e aplicado, inicialmente com reuniões frequentes com equipe de cirurgia cardíaca, associado a formação de grupo em aplicativo multiplataforma de mensagens com equipe de enfermagem e infectologia para monitorização de ferida diária, emprego de limpeza de feridas e realização de curativos pertinentes por equipe treinada, abordagem e desbridamento de feridas quando necessário sob orientação da equipe, coleta de hemocultura e cultura de secreção de ferida operatória em ambiente estéril para melhor emprego de antibioticoterapia guiada por antibiograma.

Resultados: Com os métodos empregados e colaboração de toda a equipe (cirurgia cardíaca, CCIH, infectologia, enfermagem), constatou-se diminuição do número de feridas operatórias que evoluíram para infecção—em 2019 (Janeiro

a Setembro), houveram 138 procedimentos realizados com 16 casos (11,59%) que evoluíram com infecção de ferida operatória; em 2020 (Janeiro e Setembro), 94 procedimentos realizados, 6 casos (9,57%) que evoluíram com infecção de ferida operatória—diminuição de 2,2% de infecções e melhor evolução das feridas operatórias pós RM infectadas.

Discussão/Conclusão: Tendo em vista o exposto acima, após abordagem da equipe de cirurgia cardíaca, com elaboração de plano de contingência de infecção de feridas operatórias, foi constatado diminuição desta apresentação clínica na instituição e melhora clínica dos pacientes analisados.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101482>

EP-405

AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SEPSE SEGUNDO O NOVO CONSENSO: VALE A PENA USAR O SEPSIS-3?

Bruno José Santos Lima, Matheus Todt Aragão, Felipe Meireles Dória, Mateus Lenier Rezende, Mariana Alma Rocha de Andrade, Catharina Garcia de Oliveira, Leonardo Santos Melo, Elisandra Carvalho de Nascimento, Kaio Alecsander Mendonça Santos, Thiago da Silva Mendes

Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, Brasil

Introdução: Em sua primeira recomendação, o consenso Sepsis-1 de 1991, criou a definição de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), que quando direcionada a uma infecção confirmada seria chamada de sepse. O Sepsis-2 manteve os conceitos de SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico, fazendo algumas alterações nos critérios para identificação e classificação dessas condições. Em 2016, as modificações do Sepsis-3 geraram uma redução da sensibilidade para detectar os casos de sepse, tendendo a selecionar uma população com doença mais grave, podendo levar a uma identificação tardia (MACHADO, 2016).

Objetivo: Comparar o diagnóstico de sepse, sepse grave e choque séptico segundo os consensos Sepsis-2 e Sepsis-3.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal e observacional, no qual dados foram coletados através de prontuários de três grandes hospitais de Aracaju, sendo um privado, um exclusivamente público e um que presta serviços públicos e privados (misto), por um período de 10 meses. Foi estipulado um limite de 24 horas entre o diagnóstico de sepse, sepse grave ou choque séptico e os dados clínicos e laboratoriais. Após, foram calculadas as sensibilidades e especificidades dos critérios diagnósticos estudados.

Resultados: Foram incluídos 140 pacientes com o diagnóstico de sepse, sepse grave ou choque séptico e idade superior a 18 anos. A maioria pertencia ao sexo feminino, com média etária de $68,42 \pm 16,80$ anos. Do total avaliado, 93,57% apresentaram diagnóstico de sepse, 87,85% de sepse grave e 23,57% choque séptico a partir dos critérios do Sepsis-2. Avaliados pelo quick-SOFA, 41,42% de todos os pacientes apresentaram pontuação ≥ 2 , enquanto 74,28% apresentaram pontuação ≥ 2 no escore SOFA e 16,42% choque séptico.



Discussão/Conclusão: Os dados obtidos sugerem redução da sensibilidade para o diagnóstico de sepse quando são utilizados os critérios sugeridos pelo novo consenso, além de grande dependência dos exames laboratoriais para a realização correta dos instrumentos sugeridos para diagnóstico conforme o Sepsis-3. Sendo a sepse a principal causa de mortalidade mundial, há risco de subdiagnóstico caso sejam adotados os novos critérios sugeridos pelo Sepsis-3. Além disso, a necessidade de exames laboratoriais que podem não estar disponíveis precocemente pode atrasar o início do tratamento e aumentar a mortalidade por sepse nos serviços que utilizem os novos critérios.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101483>

EP-406

PERFIL CLÍNICO-DEMOGRÁFICO DE PACIENTES SÉPTICOS ATENDIDOS EM SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Ana Carolina Souza de Lima, Jéssica Heloiza Rangel Soares, Renata Pires de Arruda Faggion, Uiara Rodrigues Oliveira Moraes, Cintia Magalhães Carvalho Grion, Gilselena Kerbauy

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil

Introdução: Diversos estudos epidemiológicos evidenciam a correlação de fatores individuais do paciente séptico com a evolução do prognóstico clínico. No que concerne ao aumento das taxas de mortalidade, destaca-se fatores individuais como gênero e comorbidades associadas.

Objetivo: Apresentar o perfil clínico-demográfico de pacientes sépticos atendidos em setor de urgência e emergência.

Metodologia: Pesquisa quantitativa, longitudinal, realizado entre dezembro de 2013 a março de 2018 no setor de urgência e emergência de um hospital universitário público, referência em alta complexidade no norte do Paraná. A amostra do estudo foi composta por pacientes hospitalizados com diagnóstico de sepse. Os dados foram coletados dos arquivos médicos e dos formulários de auditoria do atendimento ao paciente séptico realizados por protocolo institucional. A análise estatística foi realizada pelo programa EpiInfoTM versão 7.2.2.6.

Resultados: Dos 631 pacientes sépticos, 354 (56,10%) eram do sexo masculino, com a mediana de idade de 68 anos (ITQ: 13-98). O foco infeccioso mais frequente foi a pneumonia com 443 (70,21%) casos. Em relação à categorização, 393 (62,28%) possuíam o diagnóstico de sepse, enquanto 238 (37,72) evoluíram para o quadro de choque séptico. Além disso, os que iniciaram a terapia antimicrobiana na sepse, somado àqueles que mantiveram a terapêutica antimicrobiana para tratamento do foco infeccioso, totalizaram 621 (98,41%) pacientes, sendo frequentes aqueles que ficaram hospitalizados por mais de sete dias (71,32%). Quanto ao desfecho, 253 (40,10%) receberam alta e 378 (59,90%) evoluíram a óbito.

Discussão/Conclusão: O estudo evidenciou que o perfil clínico-demográfico dos pacientes sépticos se deu por uma maioria de idosos do sexo masculino, hospitalizados por mais

de 7 dias, com uso de terapia antimicrobiana, apresentando a pneumonia como principal foco de infecção, com maior ocorrência de sepse, comparado ao choque séptico, tendo o óbito como principal desfecho.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101484>

EP-407

RELATO DE CASO: ENDOCARDITE INFECCIOSA DE VALVA TRICÚSPIDE COM EMBOLIA PULMONAR EM PACIENTE PEDIÁTRICO



Isabela Caldana Scaramel, Rosa Estela Gazeta, Isabella Versiani M. Rocha, Camila Abacherli Castro, Caroline Brito dos Santos

Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP, Brasil

Introdução: Endocardite infecciosa (EI) é resultado de infecção bacteriana ou fúngica do endocárdio. Apesar de rara na população pediátrica, tem significativa morbidade e mortalidade. Contribuem para esse desfecho disseminação local da infecção, danos imunomediados e eventos embólicos sistêmicos. Em crianças, a embolia séptica é comum, com chance de acometimento de ossos, cérebro, rins, trato gastrointestinal e pulmões.

Objetivo: Relatar caso de paciente, 16 anos, com múltiplos focos de embolia pulmonar secundária a EI, sem doença cardíaca subjacente.

Metodologia: Paciente masculino, 16 anos, com febre diária, sudorese noturna, tosse com expectoração clara, as vezes com rajadas de sangue, dispnéia aos moderados esforços e perda ponderal não quantificada, há 1 mês. Irmão realizou tratamento irregular para tuberculose, há 2 anos, sem acompanhamento dos contactantes no período. Raio-X de tórax demonstrou opacidades nodulares com cavitação central em ambos pulmões. Aventada hipótese de TB, mas resultados de pesquisa de BK no escarro, lavado gástrico e PPD descartaram tal hipótese. TC de tórax apresentou 6 opacidades nodulares, de predomínio periférico, bilateralmente, com escavações no seu interior, maiores nos lobos inferiores, levando a hipótese de embolia pulmonar séptica por EI. E cociardiograma evidenciou vegetação em valva tricúspide e houve crescimento de *S. aureus* em 1 amostra de hemocultura. Modificado tratamento para cefepime, ampicilina e amicacina, com evolução satisfatória.

Discussão/Conclusão: EI em indivíduo com coração sadio é incomum, podendo estar associada a outra condição sistêmica, histórico de infecção de pele, problema de saúde bucal, doença cardíaca não diagnosticada ou uso de droga injetável. Paciente previamente saudável e amplo espectro clínico da doença podem inicialmente afastar hipótese de EI e dificultar diagnóstico. EI que se apresenta predominantemente como múltiplas lesões pulmonares cavitárias, em paciente com febre e perda ponderal, pode ser confundida com pneumonia adquirida na comunidade de curso prolongado, tuberculose, infecção micobacteriana não tuberculosa, infecção fúngica, linfoma, sarcoidose e câncer de pulmão. O diagnóstico definitivo pode ser difícil e preocupante no contexto pediátrico, uma