

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 VVZ 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 MIOCÁRDIO

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.

