

DESFECHOS DA SEPSE: UM RELATO DE CASO

Lívia Serrato de Matos ⁽¹⁾, Camyla Lemos Budib ⁽¹⁾, Caroline Vilela Marin ⁽¹⁾, Djullian Baldi ⁽¹⁾, Joaquim Plácido de Freitas Alves ⁽¹⁾, Jose Elias Makaron Neto, Flavio Virgílio Rocha Guimarães ⁽²⁾

⁽¹⁾ Acadêmicos do curso de medicina da Universidade De Várzea Grande (UNIVAG)

⁽²⁾ Docente do curso de medicina da Universidade De Várzea Grande (UNIVAG)

INTRODUÇÃO: Sepsé é a principal causa de morte em unidade intensiva, sendo a parada cardíaca (RCP) desencadeada por sepsé um evento relativamente comum que, geralmente, se relaciona a um prognóstico desfavorável. A infecção está associada a maiores índices de falha nas manobras de reanimação, indicando um agravo na condição clínica do paciente e redução da sobrevida destes. Devido ao comprometimento da reanimação pelo quadro infeccioso, é necessário um manejo multidisciplinar para prevenir a evolução para parada cardiorrespiratória, de modo a otimizar gastos e fornecer melhores prognósticos para os pacientes sépticos. Todavia, no caso de RCP, o paciente deve ser conduzido por uma equipe treinada, uma vez que se trata de um envolvimento sistêmico, com disfunção de múltiplos órgãos, que tem em seu desfecho o choque séptico. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 56 anos, admitido na unidade de terapia intensiva do Hospital de Câncer de Mato Grosso, com choque séptico, de provável foco urinário, instável hemodinamicamente, após 15 dias internado em outro serviço de saúde de Cuiabá-MT. A saber, com pressão arterial de 103/63 mmHg, frequência cardíaca de 97 bpm, saturação de O₂: 97%, hipocorado 2+/4+, edema em membros inferiores (3+/4+) e presença de úlcera de pressão em região lombossacra. Sob ventilação mecânica, em uso de noradrenalina, fentanil e midazolam. Optou-se por manter sedação e introdução de esquema antibiótico (meropenem e vancomicina). O paciente evoluiu com roncos difusos e estertores em bases pulmonares à ausculta pulmonar, bulhas hipofonéticas à ausculta cardíaca e manutenção de edema em membros inferiores. Quanto aos resultados dos exames laboratoriais: Sódio: 146; Creatinina: 3,1; Uréia: 140; Hemoglobina: 9,3; leucócitos 16.500; bastão: 165-1%; plaquetas: 367.000. À tomografia computadorizada de crânio, acentuado aumento volumétrico das cavidades ventriculares supratentoriais, pequeno edema transependimário e leves alterações involutivas encefálicas. Realizada traqueostomia, optando-se por desmame de noradrenalina após estabilização

hemodinâmica e seguimento com a nefrologia devido ao início do quadro de insuficiência renal aguda. **CONCLUSÃO:** Portanto, apesar de apenas 15% das causas de parada cardiorrespiratórias serem de origem extra-cardíaca, tendo em vista a crescente incidência dos casos de sepse e sua progressão para RCP, principalmente em pacientes com internação de longa data e doenças multissistêmicas, é de suma importância que os membros das equipes estejam aptos à identificação do desfecho hemodinâmico no paciente com foco infeccioso, e que ocorra aprimoramento nos métodos de prevenção de infecção no paciente internado em ambiente de cuidado intensivo, de modo a garantir a autonomia do paciente após a resolução da infecção.