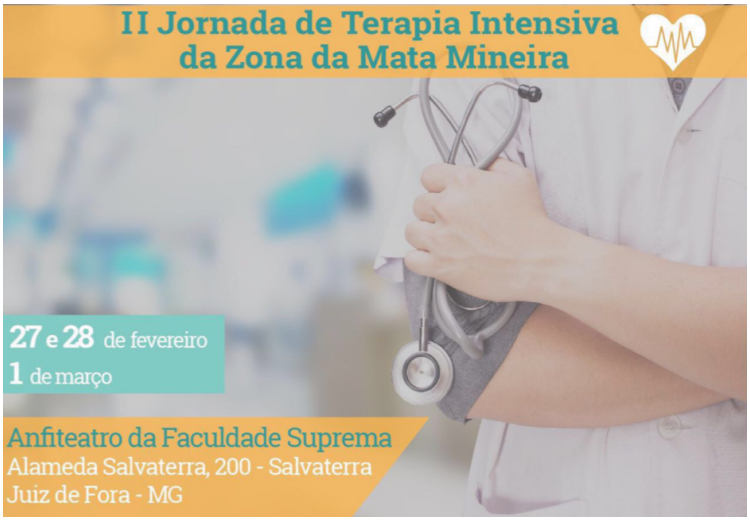
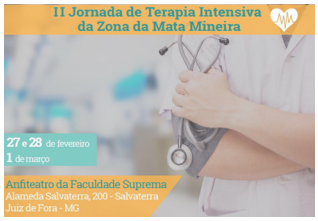


Comissão Organizadora:

Julia de Melo Vidal
Barbara Coelho Bruno
Marcela Pires Andrade
Yasmin Zaka Tostes
Taynara Oliveira de Paula
Anna Clara Lopes Ferreira
Carolina Picininni Silva

Comissão Científica

Danielle Bandeira de Oliveira Junqueira
Darlan Bergamaschi Souza Costa



DOI: 10.5935/2674-7960.Supl.0008

A Influência do Polimorfismo Genético em Condição Séptica: Uma Revisão Sistemática

Elisa Almeida Rezende[1]; Ana Carolina Perota Tavares[1]; Débora de Paula Silva[1]; Maria Inês Boechat Gomes[2].

[1] Acadêmica na Faculdade de Ciências Médicas a da Saúde de Juiz de Fora. SUPREMA

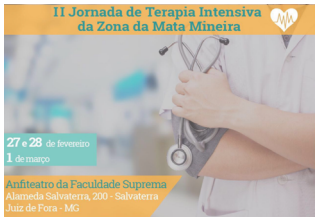
[2] Docente na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA

Introdução: Sepse é uma disfunção ameaçadora à vida devido à resposta desregulada à infecção. Estudos apontam um aumento na incidência desse quadro em pacientes com expressão exacerbada de polimorfismos de nucleotídeo. A determinação precoce e tratamento adequado são primordiais para um bom prognóstico. Assim, os potenciais biomarcadores de interleucina 6 são de grande importância para o diagnóstico preciso e rápido. **Objetivos:** Avaliar a influência de polimorfismos em casos de incidência e desenvolvimento de sepse. **Métodos:** Revisão de literatura na base de dados MedLine com a frase de pesquisa "Biomarkers Genetic polymorphisms" AND Sepsis AND "Critically ill patients" e suas variações segundo o MeSH. Após a leitura na íntegra de 20 artigos, 4 foram selecionados por estarem diretamente relacionados ao objetivo da revisão. **Resultados:** Estudos clínicos demonstram que a taxa de mortalidade em pacientes sépticos é aproximadamente 50%, o que torna a sepse prioridade na gestão terapêutica intensiva. Vale saber que cada paciente responde de forma diferente a esse quadro clínico, já que apresentam perfis genéticos com variados elementos responsáveis pela imunossupressão e pela diminuição da tolerância à endotoxina. Acredita-se que o desenvolvimento dessa infecção generalizada envolve múltiplos genes, os quais exibem fortes laços entre a expressão e o funcionamento de fatores cruciais - necrose tumoral alfa (TNFa), interleucina 6 (IL-6), interleucina 1 beta (IL-1b), interleucina 1 (IL-1), pró-inflamatórios e pró-oxidativos -, determinantes do prognóstico do paciente. O desequilíbrio entre a expressão genética desses componentes é uma das principais causas de sepse acompanhada de síndrome de disfunção de múltiplos órgãos. Desse modo, os potenciais biomarcadores sanguíneos, incluindo a avaliação de polimorfismos genéticos específicos, melhora significativamente as opções de terapia intensiva nesses pacientes. **Conclusão:** Os polimorfismos específicos têm influência significativa na manifestação e desenvolvimento da sepse, sendo de suma importância na avaliação de biomarcadores para um diagnóstico precoce e preciso.

Palavras-chave: Polimorfismo, Sepse, Prognóstico, Biomarcadores Sanguíneos.

REFERÊNCIAS:

1. David VL, Ercisli MF, Rogobete AF, Boia ES, Horhat R, Nitu R, Diaconu MM, Pirtea L, Ciuca I, Horhat D, Horhat FG, Licker M, Popovici SE, Tanasescu S, Tataru C. Early Prediction of Sepsis Incidence in Critically Ill Patients Using Specific Genetic Polymorphisms. Biochem Genet 2017; 55:193-203.
2. Singer M, Deutschman CS, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315:801-10.
3. Ma L, Zhang H, Yin YL, Guo WZ, Ma YQ, Wang YB, Shu C, Dong LQ. Role of interleukin-6 to differentiate sepsis from non-infectious systemic inflammatory response syndrome. Cytokine 2016; 88:126-35.
4. Douglas JJ, Roussel JA. The role of genomics to identify biomarkers and signaling molecules during severe sepsis. Minerva Anestesiol 2016; 82:343-58.



A Prevalência de Empatia dentre os Estudantes do Curso de Medicina em uma Instituição de Ensino Superior

Miguel Eduardo Guimaraes Macedo[1], Flávio Vieira Marques Filho[2], Ana Luisa Ervilha Sabioni[2], Víctor de Oliveira Costa, Nathalia Chebli de Abreu[2]

[1] Médico Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora- Suprema.

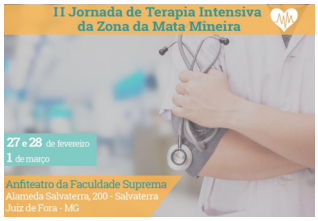
[2] Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

Introdução: Empatia advém do grego empatheia, ou seja, afeição, termo interpretado, atualmente, como interesse genuíno pelo paciente, bem como um aspecto da própria personalidade do ser humano. Diversos estudos apontam que a construção de diálogo empático ajuda na adesão a tratamentos propostos, bem como agiliza a melhora dos pacientes. **Objetivo:** investigar a prevalência da empatia em alunos do 1º ao 8º período durante a graduação do curso de medicina em uma instituição de ensino superior médico da cidade de Juiz de Fora - MG. **Métodos:** Estudo descritivo transversal em que foram incluídos estudantes do 1º ao 8º período durante a graduação e excluídos aqueles com matrícula trancada ou de períodos superiores. A coleta de dados se deu por aplicação da Escala de Jefferson, composta por 20 perguntas, cada uma respondida em uma escala Likert de 7 pontos. Os escores possíveis variam de 20 a 140, sendo 140 o maior nível de empatia. O estudo foi realizado após a submissão e aprovação do CEP conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado com o parecer 3.024.936. **Resultados:** Foram aplicados 370 formulários, sendo destes, 266 do sexo feminino e 104 do sexo masculino. A pesquisa em questão demonstrou que a média de pontuação varia de 124-118 entre os períodos com desvio padrão máximo de 12,6. Além disso, não foi evidenciado correlação entre os gêneros (p=0,03) e não houve diferença significativa entre as idades, evidenciando que a mesma não foi critério influenciador na empatia. **Conclusão:** Nota-se que a empatia do curso de medicina da faculdade analisada permanece a mesma do primeiro ao oitavo período, não sendo observado o decréscimo como acreditava-se. Esse fato pode ser creditado, pois o questionário é baseado em autoavaliação, sendo assim, o estudante pode ter um impressão pouco verídica de seu comportamento.

Palavras-chave: Empatia; Escala Jefferson; Graduação em medicina.

REFERÊNCIAS:

1. Hayward R. Historical Keywords: Empathy. The Lancet. 2005;366(9491):1071
2. Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician: (III) care. Med Health Care Philos. 2013;16(2):125-39
3. Paro HBMS, Daud-Gallotti RM, Tibério IC, Pinto RMC, Martins MA. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. BMC Med Educ. 2012;12:73
4. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. Med Educ. 2004;38(9): 934-41
5. Hojat M, Mangione S. Jefferson Scale of Physician Empathy. Health Policy Newsl. 2001;14(4)



Análise Da Aplicação De Protocolos Da Campanha De Sobrevivência A Sepse (Survive Sepsis Campaign) Na UTI De Hospitais Públicos E Privados De Juiz De Fora

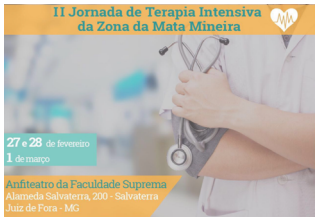
Vanessa de Lucas Oliveira[1], Bárbara Coelho Bruno[1], Ivanox Junior Rezende de Almeida Cerqueira[1], Rosângela Maria de Castro Cunha[1].

[1]Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema

Introdução: A Campanha de Sobrevivência à Sepse (CSS) incluiu a criação de diretrizes baseadas em evidências endossadas por 11 organizações internacionais. Foram criados pacotes (bundles) para ressuscitação inicial e gerenciamento da sepse como ferramenta de melhoria do desempenho. A precocidade na identificação e no diagnóstico da disfunção orgânica e, consequentemente, seu tratamento estão diretamente relacionados com o prognóstico do paciente. **Objetivo:** Investigar a aplicação do protocolo de CSS nas unidades de terapia intensiva (UTI) de hospitais públicos e privados de Juiz de Fora. **Métodos:** A amostra constituiu-se de 10 enfermeiros e 10 médicos atuantes nas UTIs, sendo 05 enfermeiros e 05 médicos de cada hospital - Hospital A e Hospital B. Foram incluídos enfermeiros e médicos com mais de um ano de experiência em UTI. Os participantes, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram submetidos a um questionário com 12 perguntas sobre o protocolo de CSS em suas unidades. **Resultados:** No Hospital A, 100% dos médicos e enfermeiros afirmaram ter o Protocolo de Ressuscitação da CSS, enquanto no Hospital B 100% dos médicos e 80% dos enfermeiros afirmaram possuir o mesmo protocolo. Quanto ao Protocolo Clínico da CSS, 100% dos médicos e 80% dos enfermeiros indicaram a aplicação deste em ambas as unidades. Contudo, 30% dos profissionais do Hospital A e 10% dos profissionais do Hospital B afirmam ter o próprio protocolo de ressuscitação; 50% e 40% dos profissionais dos respectivos Hospitais, A e B, indicam ter o próprio protocolo clínico. **Conclusão:** A aplicação do protocolo de CSS é uma realidade na prática médica, contudo, ainda há lacunas que podem ser trabalhadas, como um conhecimento integral das práticas estabelecidas pelo CSS pelos profissionais de saúde para obter o uso racional dos recursos disponíveis nos serviços de saúde e uma maior resolutividade no manejo da sepse.

Palavras-chave: Sepse, Bundles, Sobrevivência.

Apoio financeiro: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.



Efeitos da Mobilização Precoce em Pacientes Críticos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Uma Revisão Sistemática

Marianna Fernandes de Oliveira, Oliveira MF[1]; Júlia Teixeira Martins Botelho, Botelho JTM[1]; Lorraine Medeiros Rodrigues, Rodrigues LM[1]; Maria Cecília Marcondes Ghigliermino, Ghigliermino MCM[1]; Ana Paula Ferreira, Ferreira AP[2].

[1] Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora/SUPREMA.

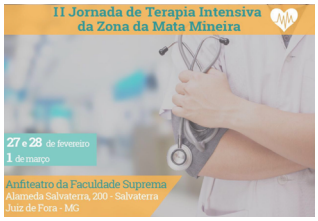
[2] Docente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora/SUPREMA.

Introdução: Os efeitos adversos causados pelo repouso prolongado no leito vêm sendo bem delimitados, caracterizados por úlceras de pressão, perda de força muscular e consequentes disfunções do aparelho locomotor e da funcionalidade do paciente. A mobilização precoce é uma terapia realizada nas unidades de terapia intensiva (UTI) onde os pacientes críticos geralmente estão em ventilação mecânica (VM), com desconforto físico e fraqueza, necessitando de cuidados especiais. **Objetivo:** Verificar os efeitos da mobilização precoce em pacientes críticos nas unidades de terapia intensiva (UTI). **Métodos:** Analisaram-se estudos publicados entre 2014 e 2019, na base de dados MedLine e Scielo, utilizando como estratégia de busca os descritores: "Accelerated Ambulation", "Early Mobilization", "Effects of Mobilization", "Intensive Care Units", com todas as suas variações segundo o MeSH. Utilizou-se como critério de inclusão ensaios clínicos controlados e randomizados realizados em humanos. **Resultados:** Foi demonstrado que mobilização é uma atividade que produz efeitos fisiológicos no paciente, como melhora da ventilação e perfusão, metabolismo muscular, e estado de alerta. A cinesioterapia passiva previne complicações como a fraqueza muscular e hipotrofia. O posicionamento funcional precisa ser uma técnica de primeira escolha, devendo se fazer presente durante todo o período de tratamento do paciente. A Estimulação elétrica neuromuscular (EENM) tem sido bastante recomendada na prevenção de atrofia muscular por desuso em pacientes que não fazem contração da musculatura esquelética voluntariamente possibilitando a contração muscular de forma passiva. **Conclusão:** A cinesioterapia, de início precoce, é favorável para reversão da fraqueza muscular do paciente com retorno mais rápido à funcionalidade, diminuição do tempo de ventilação mecânica e internação. O Posicionamento funcional facilita boa resposta à postura antigravitacional, minimizando os efeitos adversos da imobilização prolongada no leito. A EENM é um método de treinamento físico suave, de execução rápida e segura e que apresenta bons resultados prevenindo atrofia muscular.

Palavras-chave: Mobilização Precoce, Fisioterapia, Unidade de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS:

1. Patel BK, Pohlman AS, Hall JB, et al. Impact of early mobilization on glycemic control and ICU-acquired weakness in critically ill patients who are mechanically ventilated. Chest. 2014 Sep;146(3):583-589.
2. Eggmann S, Verra ML, Luder G, et al. Effects of early, combined endurance and resistance training in mechanically ventilated, critically ill patients: a study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2016 Aug 15;17:403.
3. Eggmann S, Verra ML, Luder G, et al. Effects of early, combined endurance and resistance training in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomised controlled trial. PLoS One. 2018 Nov 14;13(11).
4. Fontes Cerqueira TC, Cerqueira Neto ML, Cacau LAP, et al. Ambulation capacity and functional outcome in patients undergoing neuromuscular electrical stimulation after cardiac valve surgery: A randomised clinical trial. Medicine (Baltimore). 2018 Nov;97(46):e13012.
5. Gosselink, R. et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: Recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on physiotherapy for critically ill patients.Intensive Care Med, v. 34, p. 1188–1199, 2014.



Profilaxia Farmacológica das Úlceras de Estresse em Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva

Carolina Piccinini Silva[1], Rodrigo Fonseca Daccache de Almeida Britto[2], Carlos Diego Ribeiro Centellas[3].

[1] Acadêmico de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

[2] Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

[3] Cirurgião Geral formado pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSMG)

Introdução: Sangramento gastrointestinal por úlcera de estresse é uma complicação constatada em pacientes com condições fisiológicas graves internados nas unidades de terapia intensiva (UTI)1,2,3. Tal intercorrência pode acarretar em estadia prolongada na UTI e maior morbidade/mortalidade2,3,4,5. Nota-se uso rotineiro de medicamentos profiláticos para úlcera de estresse, considerando-se apenas o fato do paciente estar internado na UTI2,6,7,8. **Objetivo:** Identificar, na literatura científica atual, as principais indicações e medicamentos utilizados na profilaxia das úlceras de estresse em pacientes de UTI. **Métodos:** Revisão da literatura por pesquisa em base de dados: PubMed. Reunião e análise das publicações utilizando descritores no DeCs: "stress ulcer" AND "ICU". Selecionaram-se pesquisas e revisões/metanálises publicados em 2018 e 2019. Excluíram-se relatos de caso. **Resultados:** A estratificação do risco de sangramento por úlceras de estresse deve levar em consideração: gravidade da doença aguda (choque, insuficiência respiratória, traumatismo múltiplo/cranioencefálico, queimados), doenças crônicas (disfunção renal/hepática, coagulopatias), medicações utilizadas (anticoagulantes, antiagregantes, AINEs) e intervenções (ventilação mecânica, terapia substituição renal)1,3,6,8. Ventilação mecânica por tempo maior/igual 48h e coagulopatias são considerados critérios maiores, enquanto as demais situações devem receber profilaxia quando somarem ao menos dois fatores de risco3. Na maioria das diretrizes, os medicamentos utilizados são inibidores bomba de prótons (IBP) ou antagonistas receptor H2 (ARH2)8,9. Ambos fármacos não parecem afetar diretamente a mortalidade, mas reduzem a ocorrência de sangramento4,7. IBPs podem estar associados com maior taxa de pneumonia nosocomial, isquemia miocárdica e infeccção por Clostridium difficile1,2,5. ARH2 podem causar trombocitopenia, nefrite intersticial e confusão mental3,6. **Conclusão:** A profilaxia das úlceras de estresse em UTI não deve ser realizada indiscriminadamente, e sim reservada aos pacientes com alto risco de desenvolve-las, sendo necessária reavaliação diária dos fatores de risco. Ambos medicamentos, IBP e ARH2, são considerados eficazes e possuem efeitos colaterais, alguns ainda não esclarecidos, necessitando de análise individual dos pacientes na escolha do medicamento.

Palavras-chave: Úlceras de Estresse; Hemorragia Digestiva Alta; Profilaxia; Unidade de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS:

1. Krag M, et al. Pantoprazole in Patients at Risk for Gastrointestinal Bleeding in the ICU. N Engl J Med. 2018, 379(23):2199-2208.
2. Granholm A, et al. Timing of onset of gastrointestinal bleeding in the ICU: Protocol for a preplanned observational study. Acta Anaesthesiol Scand. 2018, 62(8):1165-1170.
3. Toews I, et al. Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units. Cochrane Database Syst Rev. 2018, (6).
4. Marker S, et al. Pantoprazole prophylaxis in ICU patients with high severity of disease: a post hoc analysis of the placebo-controlled SUP-ICU trial. Intensive Care Med. 2019, 45(5):609-618.
5. Reynolds PM, et al. Re-evaluating the Utility of Stress Ulcer Prophylaxis in the Critically Ill Patient: A Clinical Scenario–Based Meta-analysis. Pharmacotherapy. 2019, 39(3):408-420.
6. Huang HB, et al. Stress ulcer prophylaxis in intensive care unit patients receiving enteral nutrition: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2018, 22(1):20.
7. Barbateskovic M, et al. inhibitors or histamin-2 receptor antagonists in adult intensive care patients: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Intensive Care Med. 2019, 45(2):143-158.
8. Quenot JP, et al. Prophylaxis for stress related gastrointestinal bleeding in the ICU: Should we adjust to each patient's individual risk? Anaesth Crit Care Pain Med. 2019, 38(2):99-101.
9. Lilly CM, et al. Comparative Effectiveness of Proton Pump Inhibitors vs Histamine Type 2 Receptor Blockers for Preventing Clinically Important Gastrointestinal Bleeding During Intensive Care. Chest. 2018, 154(3):557-566.