

ODONTOLOGIA HOSPITALAR: A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE BELÉM

Thiago Buarque de Lima¹; Michely Lima Brito Buarque de Lima¹; Liliane Silva do Nascimento³

^{1,2}Especialização, ³Doutorado

¹Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinoti (HPSM MP),

²SESMA,

³Universidade Federal do Pará (UFPA)

doutorbuarque@gmail.com

Introdução: A patologia que mais acomete os pacientes internados no CTI (centro de terapia intensiva) é a pneumonia (PNM), que se trata de uma infecção aguda dos pulmões caracterizada por tosse produtiva, respiração curta e rápida, dores no peito, febre, dores musculares fadiga e falta de apetite. A etiologia pode ser viral, fúngica e bacteriana, sendo esta última a mais comum nos pacientes do CTI. A Pneumonia constitui a sexta maior causa de óbitos nos estados unidos e em países em desenvolvimento, como o Brasil, sendo dividida em dois tipos: a PNM adquirida na comunidade e a PNM nosocomial. A primeira se manifesta em qualquer indivíduo vivendo em comunidade e se desenvolve fora de ambientes institucionais (casa própria, casa de repouso, etc), e a PNM nosocomial que se manifesta de 48-72 horas após a internação em ambiente hospitalar mesmo que o paciente não esteja transportando microorganismos anteriormente a sua internação que causem esta patologia, de tal forma que, as diversas medicações e a doença de base alterem esses microorganismos. A pneumonia nosocomial de acordo com as diretrizes da sociedade brasileira de pneumonia e tisiologia são subdivididas em dois tipos, a Pneumonia adquirida no hospital (PAH) que se manifesta após 48 horas de internação nas Unidades de Internação (enfermaria/apartamento), o paciente encontra-se em estado de consciência e eupneico. já a segunda é a Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) que ocorre após 48-72 horas da intubação orotraqueal (IOT), isto é, a respiração invasiva na qual o paciente fica conectado a um respirador artificial com auxílio do tubo orotraqueal (TOT) promovendo sua respiração. O profissional em questão promoverá cuidados na cavidade oral visando dirimir infecções bucais, diminuir infecções respiratórias, reduzir custos e tempo com a internação e melhorar a qualidade de vida, via a padronização de procedimentos operacionais padrão (POP), com materiais e soluções empregados na higiene bucal de pacientes graves ou críticos. O presente trabalho tem por objetivo apresentar o pioneirismo da região norte do país, na inclusão do cirurgião-dentista integrado a equipe multidisciplinar na unidade de terapia intensiva, promovendo melhoria na saúde bucal, diminuição nos casos de pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva, nos leitos de unidade de terapia intensiva no hospital de pronto socorro municipal Mario Pinotti do município de Belém – PA. **Objetivos:** O presente trabalho tem por objetivo apresentar o pioneirismo da região norte do país, na inclusão do cirurgião-dentista integrado a equipe multidisciplinar na unidade de terapia intensiva, promovendo melhoria na saúde bucal, diminuição nos casos de pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva,, prevenir infecções bucais, diagnosticar e tratar lesões na cavidade oral, diminuir a quantidade e a disseminação de microorganismos nocivos presentes em cavidade oral e na orofaringe. Com a inclusão do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar o paciente tem o tempo de permanência no leito reduzido, diminuição na taxa incidência em adquirir infecções das vias aéreas inferiores, e manifestações orais oportunistas que podem interferir no quadro de saúde geral do paciente e maior tempo de internação. **Descrição da Experiência:** No mês de novembro de 2015 a secretária municipal de saúde de Belém da início ao serviço de odontologia nos

leitos do centro de terapia intensiva (CTI), no hospital de pronto socorro municipal Mário Pinotti, atendendo ao art.18 da resolução da diretoria colegiada da ANVISA, nº07, de 24 de fevereiro de 2010, tendo a assistência odontológica como um dos requisitos mínimos para o funcionamento das unidades de terapia intensiva, e como cirurgião-dentista intensivista, tenho a honra de instalar esse serviço pioneiro na região norte, promovendo um conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal e serem executadas junto com a missão do hospital. Os cuidados das alterações bucais por meio de procedimentos na alta complexidade e da instalação de procedimentos operacionais padrão (POP) de higiene oral sobre o paciente internado no leito na unidade de terapia intensiva. Potencialmente portador de doenças infecciosas, as quais podem interferir no quadro sistêmico ou manifestar alterações na cavidade oral em detrimento da doença de base e comorbidades. Por isso a importância do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar com o profissional integrado na equipe instalando e aplicando um protocolo de atendimento diário. **Resultados:** Os pacientes quando submetidos à internação na unidade de terapia intensiva, apresentam alterações na cavidade oral como, fluxo salivar que pode aumentar (sialorréia) devido à presença do tubo orotraqueal, medicamentos, e a diminuição (xerostomia) devido à cavidade oral ficar exposta ao meio externo e também o uso de medicamentos, sendo essa alteração a causa do aumento do biofilme bacteriano no dorso da língua ocasionando odor desagradável (devido compostos voláteis de sulfidretos e mercaptanas), acúmulo de saburra lingual, nos dentes formam uma camada espessa, além disso, há um desequilíbrio na microflora oral devido aumento dos microorganismos gram negativos (*Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter* spp, *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter* spp, *Proteus mirabilis*, *Tannerella forsythensis*, *Porphyromonas gingivalis*) que se instalam no biofilme ficando protegidos contra os antibióticos, tornando-os resistentes. A essência da multidisciplinaridade em cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas, psicológicas dos pacientes e novas terapias. A presença de um cirurgião-dentista é sugerida como uma tentativa de solucionar/minimizar as dificuldades apresentadas na manutenção da saúde oral e no tratamento de manifestações orais que afetam a saúde geral dos indivíduos hospitalizados em UTI. A infecção mais frequente adquirida após internação é a pneumonia, seguida por infecções do trato urinário e infecções da corrente sanguínea associadas a cateter venoso central (INTRACATH) o que resultou em um aumento significativo no tempo de internação e gastos hospitalares. A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma das infecções hospitalares mais prevalentes na UTI, variando de 9% a 40% das infecções adquiridas, e a relação de esse quadro infeccioso aos índices de mortalidade repercute de maneira significativa nos custos e tempo de internação. Dentre os fatores de risco, as microaspirações do líquido que fica “represado” na traquéia, até o início do balonete (cuff) contido no final do tubo orotraqueal, líquido esse que escorre entre o espaço compreendido entre o cuff e a parede da traquéia, contendo saliva, microorganismos de alta patogenicidade como já descrito anteriormente. A desinfecção deste local com produtos a base de digluconato de clorexidina 0,12%, assim como a remoção dessa saliva formam um padrão ouro para diminuir a probabilidade de se desenvolver pneumonia associada a ventilação mecânica. É óbvio afirmar que a odontologia na UTI abrange ações que vão além das proporções imaginadas e atribuídas pela população, uma vez que os procedimentos realizados não dizem respeito somente às intervenções cirúrgicas, mas também a prevenção. Quando se fala em odontologia integrada em uma equipe multidisciplinar, deve-se ter em mente a abordagem do paciente como um todo e não somente nos aspectos relacionados aos cuidados com a cavidade bucal já que tanto

as patologias de base, comorbidades afetam a cavidade oral, tal qual a boca alteram o quadro de saúde geral. **Conclusão/Considerações Finais:** No ano de 2015 foram atendidos cerca de 344 pacientes no CTI sendo que 25 pacientes manifestaram pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM), onde 72% desses pacientes evoluíram a óbito, tendo como taxa média encontrada na literatura de 50-80%. Já em 2016, com a implantação do protocolo de atendimento diário no leito de UTI, Janeiro a Maio, os números são positivos em relação ao número de casos de pneumonia associada à ventilação mecânica, sendo um total de 134 pacientes atendidos, somente 04 (quatro) pacientes desenvolveram PAVM, e apenas 02 (dois) pacientes evoluíram a óbito, ou seja, 1,49% desses pacientes evoluíram a óbito

Referências:

1. Cindy L. et all, Chlorhexidine, Toothbrushing, and Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Critically Ill Adults Am J Crit Care 2009;18:428-437