

Resumos dos trabalhos científicos apresentados no

PAN E IBÉRICO 2016

de Medicina Intensiva

9 a 12 de novembro

Centro de Eventos FIERGS
Porto Alegre, Brasil



XI Congresso Panamericano e
Ibérico de Medicina Crítica y
Terapia Intensiva

VIII Congresso Panamericano e
Ibérico de Enfermería Intensiva



Conclusão: Pacientes com complicações respiratórias sentaram à beira do leito mais tardiamente do que aqueles sem complicações. Os indicadores de mobilidade não estiveram relacionados com deiscência da ferida operatória nos pacientes do presente estudo. *Browning L, Denehy L, Scholes RL. The quantity of early upright mobilisation performed following upper abdominal surgery is low: an observational study. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2007;53:47-52.

EP-004

Caracterização da ventilação mecânica inicial em um serviço de emergência de hospital universitário

Dilon Antonio Schmitt, Fernanda Machado Balzan, Fernando Nataniel Vieira, Joares Luiz Moretti Junior, Suane Correa Viana, Augusto Savi
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre (RS), Brasil

Objetivo: A ventilação mecânica (VM) nos serviços de emergência (SE) não é rigorosamente estudada, apesar da frequência de intubações endotraqueais em pacientes criticamente enfermos. A ventilação pulmonar protetora utilizando baixos volumes correntes (VC) entre 6-8 ml/kg peso predito (PP) ainda não é recomendada nos guidelines de VM em pacientes sem Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), resultando em uma notável e indesejada variação prática. Tendo em vista estes fatos, há uma lacuna de dados descritivos que caracterizam como a ventilação mecânica protetora é usada nos SE. Portanto, o objetivo do estudo foi caracterizar o uso inicial da VM em pacientes críticos no SE de um hospital universitário de alta complexidade.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional e prospectivo. Foram incluídos no estudo pacientes maiores de 18 anos que internaram no SE e necessitaram VM por mais de 1 hora durante o período de novembro de 2015 a abril de 2016. Foram excluídos pacientes com mau prognóstico e óbito na emergência. Foram coletados dados no prontuário dos pacientes e nos ventiladores mecânicos. Os parâmetros ventilatórios iniciais eram definidos por médicos ou fisioterapeutas. A caracterização desses parâmetros ventilatórios iniciais foi o principal desfecho a ser analisado.

Resultados: Foram analisados 52 pacientes, sendo 47% homens. As causas mais comuns de internação foram insuficiência respiratória aguda e sepse. Os modos ventilatórios mais utilizados foram volume controlado (63%) e pressão controlada (30%), com pressão expiratória positiva final (PEEP) média de 7 cmH₂O, VC médio de 438 mL, fração inspirada de oxigênio (FiO₂) média de 61% e pressão platô de 18,1 ± 6,8 cmH₂O. Os pacientes foram ventilados em média 18,8 ± 21,8 horas no SE. Médicos ventilaram 75% dos pacientes com VC=6-8 mL/kg PP, enquanto que fisioterapeutas utilizaram a mesma estratégia em 88% dos casos. A média geral do VC foi de 7,26 ± 0,75 mL/kg PP. Quatro pacientes evoluíram para SARA no SE, sendo que

todos receberam VM protetora. Quanto ao seguimento, 45 pacientes foram transferidos para o Centro de Tratamento Intensivo (CTI) com tempo médio de permanência de 10,6 ± 15,4 dias; 7 pacientes foram traqueostomizados; 46% foram a óbito no CTI e 9,6% na enfermaria. 44,2% receberam alta hospitalar.

Conclusão: O uso de ventilação pulmonar protetora no SE ainda não é comum. A heterogeneidade das práticas encontradas mostra-se como uma oportunidade para padronizar o uso dessa estratégia ventilatória inicial em pacientes críticos sem SARA.

EP-005

Envolvimento do núcleo retrotrapezoide/região parafacial na respiração basal, inspiração e expiração ativa

Fabiola Mika Tanabe, Thiago Moreira E. Santos, Ana Carolina Takakura
Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil

Objetivo: A síndrome da hipoventilação congênita central (SHCC) é caracterizada pela insensibilidade em detectar hipercapnia durante a fase do sono REM. Durante o sono, ocorrem apneias responsáveis por aumentar os níveis de CO₂, ativando o mecanismo de quimiorrecepção central (deflagra um novo movimento inspiratório). Na SHCC, esse mecanismo está prejudicado. O núcleo retrotrapezoide/parafacial (RTN/pFRG) localizado no bulbo é composto por neurônios envolvidos na quimiorrecepção central e na inspiração. Entretanto, o envolvimento desse núcleo na expiração ainda tem sido alvo de estudo. Sabe-se, também, que os neurônios do complexo pré-Botzinger (preBotC) estão envolvidos na geração inspiratória e podem ser responsáveis por inibir a expiração. Assim, o objetivo é verificar se a inibição dos neurônios do preBotC gera atividade expiratória em ratos Wistar adultos.

Métodos: Foi realizado o registro de pressão arterial (PA) e atividade eletromiográfica dos músculos diafragma e abdominal em ratos ventilados artificialmente e anestesiados com uretano.

Resultados: A injeção bilateral de muscimol (agonista GABAérgico) no preBotC eliminou a atividade basal do diafragma e não alterou significativamente a PA. Durante a ativação do quimiorreflexo central por hipercapnia (10% CO₂), observou-se nos ratos controles que a atividade diafragmática e abdominal aumentaram 250 ± 4,5% e 400 ± 0,4%, respectivamente, e o muscimol eliminou esses efeitos sobre a inspiração e expiração.

Conclusão: A região do RTN/pFRG projeta-se para diversos alvos para controlar a respiração e é crucial para o controle da respiração durante repouso e durante a ativação do quimiorreflexo central; porém, a inibição dos neurônios do preBotC não gera expiração ativa.