



SUPLEMENTO I
2008

RBTI



ISSN 0103-507X

Revista Brasileira de Terapia Intensiva

CP. 12068



OK

XIII

ADULTO - PEDIÁTRICO - NEONATAL

Resumos dos trabalhos científicos apresentados no
XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA INTENSIVA
ADULTO - PEDIÁTRICO - NEONATAL

EDITORIAL

Volume 20
Número 2
Abril/Junho
2008

Fundada em 1980

Diretoria para o Biênio
2008-2009

Presidente

Álvaro Réa-Neto (PR)

Vice-Presidente

Élío Santos de Queiroz Filho (BA)

1º Secretário

Irlon A. de Carvalho Rezende (SP)

2º Secretário

José Eduardo Couto de Castro (RJ)

1º Tesoureiro

Raimundo A. de Azevedo (MA)

2º Tesoureiro

Aderício Bruzzi de Carvalho (MG)

**Associação de Medicina
Intensiva Brasileira**
Rua Joaquim Távora, 724
Vila Mariana
CEP 04015-011
São Paulo - SP
Tel.: (11) 5089-2642
sedenac@amib.org.br

Indexada nas bases de
dados Lilacs e SciElo

Os artigos enviados à **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** são publicados à critério do editor e do Corpo Editorial e tornam-se propriedade da **Associação de Medicina Intensiva Brasileira**.

As citações da Revista Brasileira de Terapia Intensiva devem ser abreviadas para **Rev Bras Ter Intensiva**.

A **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** não assume qualquer responsabilidade pelas opiniões emitidas nos artigos publicados.

Prezados congressistas,

Atingimos o momento tão esperado. Iniciamos agora o **XIII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva – Adulto – Pediátrico – Neonatal** e o **1º International Symposium of the World Federation of Intensive and Critical Care Medicine**. O resultado é um evento que apresenta números grandiosos: 59 convidados estrangeiros e 471 convidados nacionais. As áreas Ética/Humanização; Gestão/Educação/Qualidade; Miscelânea (Outros); Nefrointensivismo; Neurointensivismo; Procedimentos; Sepses/Inflamação/Choque; Transplantes; Trauma/Cirurgia/Gastroenterologia; Ventilação Mecânica / Pneumologia; Pediatria/Neonatologia; Cardiologia Intensiva / Ressuscitação; Enfermagem; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição/Metabolismo; Psicologia foram contempladas, envolvendo também a pesquisa, a formação médica, o ensino, a ética e a defesa profissional. Foram selecionados 911 trabalhos científicos para serem apresentados, distribuídos sob a forma de 167 temas livres e 744 pôsteres.

Salvador orgulha-se de tê-los conosco! Sua presença é a razão de ser do sucesso deste prestigioso evento da Associação Brasileira de Medicina Intensiva, maior entidade representativa da classe no Brasil e da SOTIBA – Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia.

Desejamos a todos um proveitoso Congresso!

Nossos sinceros agradecimentos pela sua participação

Dr. André Guanaes

Presidente do XIII CBMI

SUMÁRIO

CLASSIFICAÇÃO	RESUMOS	TIPO DE APRESENTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	RESUMOS	TIPO DE APRESENTAÇÃO
A0-001 a A0-012	Nefrointensivismo	ORAL	P-252 a P-265	Gestão/Educação/Qualidade	PÔSTER
A0-013 a A0-021	Miscelânea (Outros)	ORAL	P-266 a P-295	Miscelânea (Outros)	PÔSTER
A0-022 a A0-027	Ética / Humanização	ORAL	P-296 a P-300	Nefrointensivismo	PÔSTER
A0-028 a A0-033	Gestão/Educação/Qualidade	ORAL	P-301 a P-308	Neurointensivismo	PÔSTER
A0-034 a A0-039	Sepses/Inflamação/Choque	ORAL	P-309 a P-312	Procedimentos	PÔSTER
A0-040 a A0-045	Miscelânea (Outros)	ORAL	P-313 a P-334	Sepses/Inflamação/Choque	PÔSTER
A0-046 a A0-057	Sepses/Inflamação/Choque	ORAL	P-335 a P-338	Transplantes	PÔSTER
A0-058 a A0-063	Neurointensivismo	ORAL	P-339 a P-348	Trauma/Cirurgia/Gastroenterologia	PÔSTER
A0-064 a A0-075	Ventilação Mecânica / Pneumologia	ORAL	P-349 a P-369	Ventilação Mecânica / Pneumologia	PÔSTER
A0-076 a A0-081	Cardiologia Intensiva / Ressuscitação	ORAL	P-370 a P-379	Pediatria/Neonatologia	PÔSTER
A0-082 a A0-105	Enfermagem	ORAL	P-380 a P-391	Cardiologia Intensiva / Ressuscitação	PÔSTER
A0-106 a A0-113	Fonoaudiologia	ORAL	P-392 a P-455	Enfermagem	PÔSTER
A0-114 a A0-130	Fisioterapia Pediátrica	ORAL	P-456 a P-476	Fisioterapia	PÔSTER
A0-131 a A0-142	Nutrição / Metabolismo	ORAL	P-477 a P-484	Fonoaudiologia	PÔSTER
A0-143 a A0-161	Pediatria / Neonatologia	ORAL	P-485 a P-490	Nutrição/Metabolismo	PÔSTER
A0-162 a A0-167	Psicologia	ORAL	P-491 a P-496	Psicologia	PÔSTER
P-001 a P-006	Ética/Humanização	PÔSTER	P-497 a P-503	Ética/Humanização	PÔSTER
P-007 a P-019	Gestão/Educação/Qualidade	PÔSTER	P-504 a P-516	Gestão/Educação/Qualidade	PÔSTER
P-020 a P-049	Miscelânea (Outros)	PÔSTER	P-517 a P-546	Miscelânea (Outros)	PÔSTER
P-050 a P-054	Nefrointensivismo	PÔSTER	P-547 a P-550	Nefrointensivismo	PÔSTER
P-055 a P-062	Neurointensivismo	PÔSTER	P-551 a P-559	Neurointensivismo	PÔSTER
P-063 a P-065	Procedimentos	PÔSTER	P-560 a P-562	Procedimentos	PÔSTER
P-066 a P-087	Sepses/Inflamação/Choque	PÔSTER	P-563 a P-582	Sepses/Inflamação/Choque	PÔSTER
P-088 a P-091	Transplantes	PÔSTER	P-583 a P-586	Transplantes	PÔSTER
P-092 a P-102	Trauma/Cirurgia/Gastroenterologia	PÔSTER	P-587 a P-596	Trauma/Cirurgia/Gastroenterologia	PÔSTER
P-103 a P-123	Ventilação Mecânica / Pneumologia	PÔSTER	P-597 a P-616	Ventilação Mecânica / Pneumologia	PÔSTER
P-124 a P-133	Pediatria/Neonatologia	PÔSTER	P-617 a P-626	Pediatria/Neonatologia	PÔSTER
P-134 a P-146	Cardiologia Intensiva / Ressuscitação	PÔSTER	P-627 a P-638	Cardiologia Intensiva / Ressuscitação	PÔSTER
P-147 a P-209	Enfermagem	PÔSTER	P-639 a P-705	Enfermagem	PÔSTER
P-210 a P-230	Fisioterapia	PÔSTER	P-706 a P-725	Fisioterapia	PÔSTER
P-231 a P-238	Fonoaudiologia	PÔSTER	P-726 a P-732	Fonoaudiologia	PÔSTER
P-239 a P-244	Nutrição/Metabolismo	PÔSTER	P-733 a P-738	Nutrição/Metabolismo	PÔSTER
P-245 a P-251	Ética/Humanização	PÔSTER	P-739 a P-744	Psicologia	PÔSTER

Faz-se importante, desta forma, o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas desses fenômenos depressivos, a aplicação do Inventário de Depressão de Beck no planejamento da assistência de enfermagem a estes pacientes e a associação de seus resultados à avaliação multiprofissional, contribuindo, portanto, para a otimização da qualidade da assistência ao paciente portador de patologias cardiovasculares.

AO-87

HIPOGLICEMIA NO USO DE INFUSÃO CONTÍNUA DE INSULINA

AUTOR(ES): LAZZARI, C. M.; SANTOS, M. D. S.;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS E HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

A hiperglicemia é vista como um fator de risco para o aumento da mortalidade e morbidez, assim como aumento da permanência de internação. Diante disso, a atitude diante da hiperglicemia nos pacientes em estado crítico modificou-se nos últimos anos. Tornou-se fundamental a existência de um controle rígido da glicemia através da utilização de protocolos. Estes devem permitir a infusão contínua de insulina de maneira que a normoglicemia seja alcançada no menor tempo possível e de modo seguro. Este estudo foi desenvolvido junto ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com o objetivo de avaliar o número de eventos adversos hipoglicemia no uso do protocolo adotado na instituição, média glicêmica atingida e tempo necessário para alcançar a faixa alvo. O protocolo utilizado foi baseado no protocolo Yale, apresentado por Goldberg e colaboradores em 2004, porém com modificações. O protocolo adotado prevê faixas alvo diferentes para pacientes cardiovasculares (CV) e não-cardiovasculares (NCV). O método adotado foi um estudo de coorte prospectivo. Os sujeitos do estudo foram os pacientes internados no CTI-HCPA, que fizeram uso do protocolo, durante o período de 1º de agosto a 30 de setembro de 2007. Fizeram uso do protocolo 49,1% (139/283) dos pacientes que internaram (75 clínicos e 64 cirúrgicos). Estes geraram 176 protocolos, sendo que em 12 deles (6,8%) ocorreu hipoglicemia leve (≤ 70 mg/dl), 7 (4%) hipoglicemia moderada (≤ 60 mg/dl) e em 1 (0,6%), hipoglicemia grave (≤ 40 mg/dl). A média glicêmica atingida foi de $156 \pm 23,3$ mg/dl. Em pacientes CV a mediana de tempo para atingir a faixa alvo foi de 39 horas e, em pacientes NCV foi de 19,5 horas. Foram realizadas 14.314 glicemias capilares. Concluiu-se que o protocolo é seguro, pois as taxas de hipoglicemia são baixas e semelhantes a outros estudos. Com relação ao tempo necessário para atingir a faixa alvo, observa-se um tempo maior para faixa alvo menor (pacientes CV) e, para faixa alvo maior (NCV) o tempo é elevado, mas próximo de outros estudos. Deve ser feita uma revisão do protocolo, quanto a sua dinâmica propriamente dita, pois a faixa alvo a ser atingida deve ocorrer em um menor espaço de tempo.

AO-88

INCIDÊNCIA DE COLONIZAÇÃO MICROBIANA DE CATETER VENOSO CENTRAL COMPARATIVAMENTE AO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)

AUTOR(ES): MACHADO, M. C. U.; CARICATI, C. R.;

CO-AUTOR(ES): CARVALHO, M. R.; BERTRAND, R. R.;

INSTITUIÇÃO: PRONTO SOCORRO HOSPITAL INFANTIL SABARA

INTRODUÇÃO: A utilização de uma via central em unidade de terapia intensiva para infusão de fluidos é fundamental para a recuperação do paciente, porém um aspecto importante nesta ação é o controle de infecção hospitalar da corrente sanguínea pois estudos recentes observam que os cateteres centrais de inserção periférica (PICC) apresentam um risco menor de infecções da corrente sanguínea relacionada ao cateter. O CDC recomenda a troca a cada 6 semanas.

Neste estudo identificaremos a incidência de colonização de cateter venoso central (CVC) comparativamente ao PICC, no período de janeiro de 2006 a abril de 2007.

METODOLOGIA: Estudo retrospectivo, quantitativo, onde os dados foram obtidos através do levantamento de prontuários e protocolos da passagem de PICC, bem como dos resultados de hemoculturas e culturas das extremidades distais de cateteres. No estudo, incluíram-se todos os protocolos de inserção, manutenção e remoção de am-

bos os cateteres. As hemoculturas foram realizadas por sistema automatizado de alta sensibilidade e monitorizadas a cada 10 minutos por até 5 dias, em meios especiais com ação inibidora de antimicrobianos. As extremidades distais dos cateteres foram semeadas pela técnica descrita por Maki e col., sendo consideradas significativas contagens ≥ 15 UFC. Análise estatística (Graphpad Software): teste exato de Fischer, para análise de proporções, fixando-se em 5% o nível de significância estatística.

RESULTADOS: Levantamos 105 cateteres implantados neste período, sendo 42 (40%) PICC e 63 (60%) cateteres venosos centrais. A colonização do PICC foi de 11% enquanto do CVC foi de 23% ($p = 0,37$), em relação às culturas de extremidades distais. Quanto às HMC centrais, a prevalência foi de 4% no PICC e 46% ($p = 0,06$) no CVC.

CONCLUSÃO: Concluímos que a colonização microbiana do PICC é comparativamente menor do que a do CVC, tanto em cultura de extremidade distal quanto em hemoculturas centrais.

AO-89

CONTENÇÃO DE PACIENTES CRÍTICOS, SEGUNDO ENFERMEIROS INTENSIVISTAS

AUTOR(ES): LINO, M. M.; SANTANA, E. A.; WESTPHAL, E. V.; COSTA, M. J. S.; ROMANO, R.;

CO-AUTOR(ES): BERNARDINA, L. D.; SANTOS, A. M. L.; MACHADO, V. B.;

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO/FACULDADE DE ENFERMAGEM – FMU – SÃO PAULO/SP

A contenção no leito, amplamente utilizada em UTIs, é considerada método de proteção e segurança, já que remete a situações de controle de comportamentos indesejáveis, inapropriados ou inseguros. Mesmo sendo regulamentada como um ato médico, tem sido atribuída ao enfermeiro, cabendo a ele a avaliação e decisão sobre um procedimento que fere a liberdade individual, em nome da assistência competente e eficiente.

OBJETIVO: Descrever as práticas e percepções de enfermeiros intensivistas quanto à contenção no leito.

MÉTODOS: Estudo realizado com 78 intensivistas, pós-graduandos em Terapia Intensiva, de uma instituição privada de ensino de São Paulo/SP. Seguidos os princípios éticos para pesquisas com seres humanos. Dados obtidos através de questionário auto-aplicável e tratados com estatística descritiva.

RESULTADOS/CONCLUSÕES: O tempo médio de atuação em UTIs foi 5 anos, com predominância de práticas de contenção no leito (90%) e ausência de protocolos institucionais para tal (85%). Tipos de contenções utilizadas: mecânica (91%), química (76%), verbal (54%). Indicações: agitação (75%), risco de quedas (73%), confusão/delírio (69%), intubação traqueal (IT) sem sedação e/ou paralisia (67%), risco de remoção inadvertida/deliberada de dispositivos (56%), IT c/ sedação intermitente (27%), IT c/ sedação contínua e/ou paralisia (18%), rebaixamento do nível de consciência (17%). Formas de contenção mecânica: elevação das grades do leito (83%), atadura crepe/algodão ortopédico (83%), lençóis (55%). Teor e frequência do registro em prontuário: indicações (68%), segmentos corpóreos contidos (52%), evolução do paciente (47%), materiais utilizados (41%), horários de início e término (34%). 51% presenciaram intercorrências com pacientes contidos mecanicamente: lesões de segmentos contidos, hematomas, equimoses e edemas (24% cada), queda do leito (6%), aumento da agitação psicomotora (4%), isquemia de extremidades e retirada inadvertida de dispositivos (3% cada), luxação de extremidade, vômitos seguidos de broncoaspiração e insuficiência respiratória em contenção torácica (1% cada). Complicações relacionadas: úlceras por pressão (67%), alterações comportamentais (64%), taquicardia (58%), redução da atividade motora (57%), redução da força muscular (47%), contraturas (32%), flebotromboses (31%), atrofia da pele (28%), desequilíbrios ventilação-perfusão (24%), obstrução intestinal (22%), alterações dos mecanismos da tosse (19%). Intervenções implementadas para prevenção e/ou minimização das complicações: avaliação da perfusão do segmento contido (33%), contenções folgadas (19%), rodízio de regiões contidas (14%), avaliação das condições da pele e mudança de decúbito (13% cada). Conclui-se que a utilização de contenção de pacientes críticos no leito, em nome da proteção da integridade física e psíquica, é falha quanto às indicações, é intervenção de censura e necessita de abordagem interdisciplinar, incluindo a implantação de protocolos institucionais.