

AMIB

SUPLEMENTO I
2008

RBTI



ISSN 0103-507X

Revista Brasileira de Terapia Intensiva

XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE
MEDICINA INTENSIVA
ADULTO - PEDIÁTRICO - NEONATAL

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

P-550

VALOR PROGNÓSTICO DE ÂNIONS NÃO-MENSURADOS EM PACIENTES CRÍTICOS

AUTOR(ES): BONIATTI, M. M.; CASTILHO, R. K.; VIEIRA, S. R. R.; CARDOSO, P. R. C.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

INTRODUÇÃO: Distúrbios do equilíbrio ácido-básico são comuns em pacientes críticos. O método de Stewart tem se mostrado útil na avaliação desses distúrbios, enquanto a análise tradicional apresenta algumas deficiências. Entretanto, muitas dúvidas permanecem quanto à utilidade e importância clínica deste novo método. Os objetivos deste estudo são verificar se a identificação de ânions não-mensurados utilizando o método de Stewart está relacionada à mortalidade na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e comparar o seu valor prognóstico às variáveis ácido-básicas tradicionais, como lactato, standard base excess (SBE) e anion gap (AG).

MÉTODOS: Este é um estudo prospectivo com todos os pacientes admitidos na UTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre fevereiro e maio de 2007. Sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloro, lactato, fósforo, albumina, pH e dióxido de carbono arterial foram mensurados em todos os pacientes. Após, bicarbonato, SBE, AG, AG corrigido para albumina (AGcorr) e strong ion gap (SIG) foram calculados. Ânions não-mensurados foram identificados se $SIG > 2mEq/L$ ou $AGcorr > 17mEq/L$. Pacientes que não tinham os exames necessários para a análise proposta foram excluídos.

RESULTADOS: 176 pacientes foram incluídos. Acidose metabólica ($SBE \leq -5,0$) foi verificada em 103 (58,5%) pacientes. A presença de ânions não-mensurados definida por SIG elevado ou AGcorr elevado foi identificada em 149 (84,7%) e 109 (61,9%) pacientes, respectivamente. Não houve diferença para lactato e AG entre não-sobreviventes e sobreviventes. Os pacientes não-sobreviventes apresentaram AGcorr ($20,8 \pm 5,4$ vs $18,7 \pm 5,1$; $p = 0,013$), SIG ($7,8 \pm 4,8$ vs $5,9 \pm 4,8$; $p = 0,013$) e SBE ($-8,6 \pm 7,1$ vs $-5,7 \pm 5,4$; $p = 0,005$) significativamente maiores do que os sobreviventes. Porém para esta discriminação apenas AGcorr e SIG apresentaram acurácia aceitável, com uma área sob a curva ROC de 0,62 (IC 95% 0,54 - 0,71) para as duas variáveis. AGcorr e SIG apresentaram excelente correlação ($r^2 = 0,82$; $p < 0,001$).

CONCLUSÃO: A identificação de ânions não-mensurados discrimina pacientes críticos sobreviventes de não-sobreviventes de maneira mais acurada do que as variáveis ácido-básicas tradicionais. Pela sua simplicidade e excelente correlação com o complexo cálculo do SIG, AGcorr deve ser utilizado na prática clínica.

infecção urinária. A paciente já havia passado por outras três internações em UTI sempre sob hipótese diagnóstica de EM. O início dos sintomas ocorreu em março de 2003, com pruridos e parestesia em MSD, evoluindo para tetraparesia e urgência urinária e fecal. Foi realizada uma RM do encéfalo e da coluna cervical, em junho de 2003, na qual havia acometimento da substância branca periventricular posterior à esquerda, dos tratos ópticos e do quiasma óptico, além de alteração na medula de C2 a C5. Após este início, intercalaram-se momentos de remissões e recidivas dos surtos, desenvolvendo, em 2006, quadro de NO e bexiga neurogênica. Em 2007, realizou sorologia para NMO-IgG, a qual foi positiva, preenchendo os critérios diagnósticos. Pouco depois, desenvolveu ITU, após episódio de diarreia, evoluindo posteriormente para o quadro no qual foi admitida na UTI Geral, em outubro deste mesmo ano.

DISCUSSÃO: Pacientes com NMO recebem frequentemente o diagnóstico de EM sendo muitas vezes admitidos em UTI com essa hipótese diagnóstica. Quando em sua forma recorrente, possui pior prognóstico do que EM, necessitando de maior atenção dos serviços de terapia intensiva por sua elevada incidência de falência respiratória e sepse. Seu tratamento de base difere da EM por não responder satisfatoriamente a imunomoduladores.

CONCLUSÃO: Embora grande parte dos pacientes já seja admitida nos serviços de terapia intensiva com o diagnóstico, se faz necessário conhecer o curso clínico e os critérios diagnósticos de NMO para não somente diferenciar de EM, como também instituir tratamento e suporte assistencial adequado para este tipo de paciente.

P-552

NÍVEIS SÉRICOS DE CORTISOL E PROLACTINA NO TCE GRAVE EM HOMENS

AUTOR(ES): OLIVEIRA, C. O.; SCHNEIDER, R. F.; GODOY, D.; FERNANDES, M. L.; BARRETO, M.; CAVALCANTI, M.; RUSTOCKL, L.; FREDERES, S.; REGNER, A.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE CANOAS

INTRODUÇÃO: Alterações neuroendócrinas têm sido frequentemente relatadas em pacientes com TCE grave. Contudo, há uma grande controvérsia em relação aos níveis de cortisol e prolactina no TCE.

OBJETIVO: Determinar se os níveis de cortisol e prolactina correlacionam-se com desfecho primário a curto prazo no TCE grave em homens.

MÉTODOS: Estudo prospectivo, conduzido com 44 pacientes do sexo masculino, vítimas de TCE grave (escore na Escala de Coma de Glasgow de 3-8), isolado ($n=18$) ou associado com lesões extracranianas ($n=26$). Somente pacientes transferidos para o CTI dentro de 24 horas após o trauma foram incluídos no estudo. As variáveis de desfecho clínico de TCE grave foram: sobrevivência, tempo até a alta do CTI e avaliação do desfecho neurológico através da Escala de GOS no momento da alta do CTI. Na entrada no estudo (admissão no CTI), o quadro circulatório e o escore na ECG foram monitorados e o escore APACHE II foi determinado. Todos os pacientes foram sedados e ventilados mecanicamente. Corticosteróides não foram administrados. Para evitar interferência de possíveis diferenças relacionadas ao sexo nos níveis hormonais, só pacientes do sexo masculino foram incluídos no estudo. Amostras de sangue para o grupo controle foram obtidas de oito voluntários do sexo masculino saudáveis. Amostras de sangue periférico foram coletadas na admissão no CTI (entrada no estudo). As concentrações hormonais séricas foram medidas por ensaio de ELISA. Na análise estatística foram utilizados os métodos do Teste T para amostras não pareadas, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman.

RESULTADOS: Na admissão no CTI (tempo médio de 11,7 hs após o trauma), os níveis de cortisol estavam significativamente aumentados ($p < 0,001$) no grupo com TCE grave ($29,84 \pm 2,1$ microgramas/ml) quando comparados com o grupo controle ($11,36 \pm 1,3$ microgramas/ml), mas não se correlacionaram com desfecho fatal. Adicionalmente, não houve diferença significativa nos níveis de cortisol sérico entre o grupo com TCE isolado ($26,8 \pm 2,8$ microgramas/ml) e o grupo com TCE associado a lesões extracranianas ($34,0 \pm 3,2$ microgramas/ml). Os níveis de prolactina não foram diferentes ($p=0,121$) entre o grupo com TCE ($16,41 \pm 1,5$ microgramas/ml) e o grupo controle ($10,68 \pm 0,8$ microgramas/ml) e não se correlacionaram com desfecho fatal.

CONCLUSÃO: No TCE grave em homens, os níveis de cortisol sérico estão elevados, mas não se correlacionam com desfecho a curto prazo.

PÔSTER - NEUROINTENSIVISMO

P-551

NEUROMIELITE ÓPTICA (SÍNDROME DE DEVIC): RELATO DE CASO

AUTOR(ES): BEZERRA, M. E.; GAMELEIRA, F. T.; COSTA, Y. B.; ANJOS, W. F. V.

INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DA AGRO-INDÚSTRIA DO AÇÚCAR E DO ALCOOL DE ALAGOAS

INTRODUÇÃO: A neuromielite óptica (NMO) se caracteriza por ser uma doença desmielinizante que comumente acomete o nervo óptico e a medula espinal de forma aguda ou subaguda causando neurite óptica (NO) e um quadro de mielite. A doença pode assumir dois cursos clínicos: monofásico, caracterizado por dois eventos sentinelas, sem recidivas posteriores, e recorrente, com surtos subsequentes aos eventos sentinelas e pior prognóstico. A NMO possui maior prevalência em mulheres e a média de idade em que se iniciam os sintomas é de 40 anos (média superior a da esclerose múltipla), acometendo ainda crianças e idosos. Segundo a literatura, a forma recorrente é a mais frequente, sendo a principal causa de morte a falência respiratória. Para definir o diagnóstico é necessário preencher os seguintes critérios: presença de NO e mielite aguda somado a pelo menos dois critérios de suporte (IRM da medula espinal mostrando lesão contínua que se estende por 3 ou mais segmentos vertebrais, IRM cerebral que não se enquadre nos critérios de diagnóstico de EM e soropositividade para NMO-IgG).

OBJETIVO: Relatar um caso de NMO e ressaltar sua importância em medicina intensiva. **RELATO:** Paciente do sexo feminino, branca, 24 anos, com diagnóstico de NMO foi admitida na UTI, em outubro de 2007, em estado de coma e sepse por