



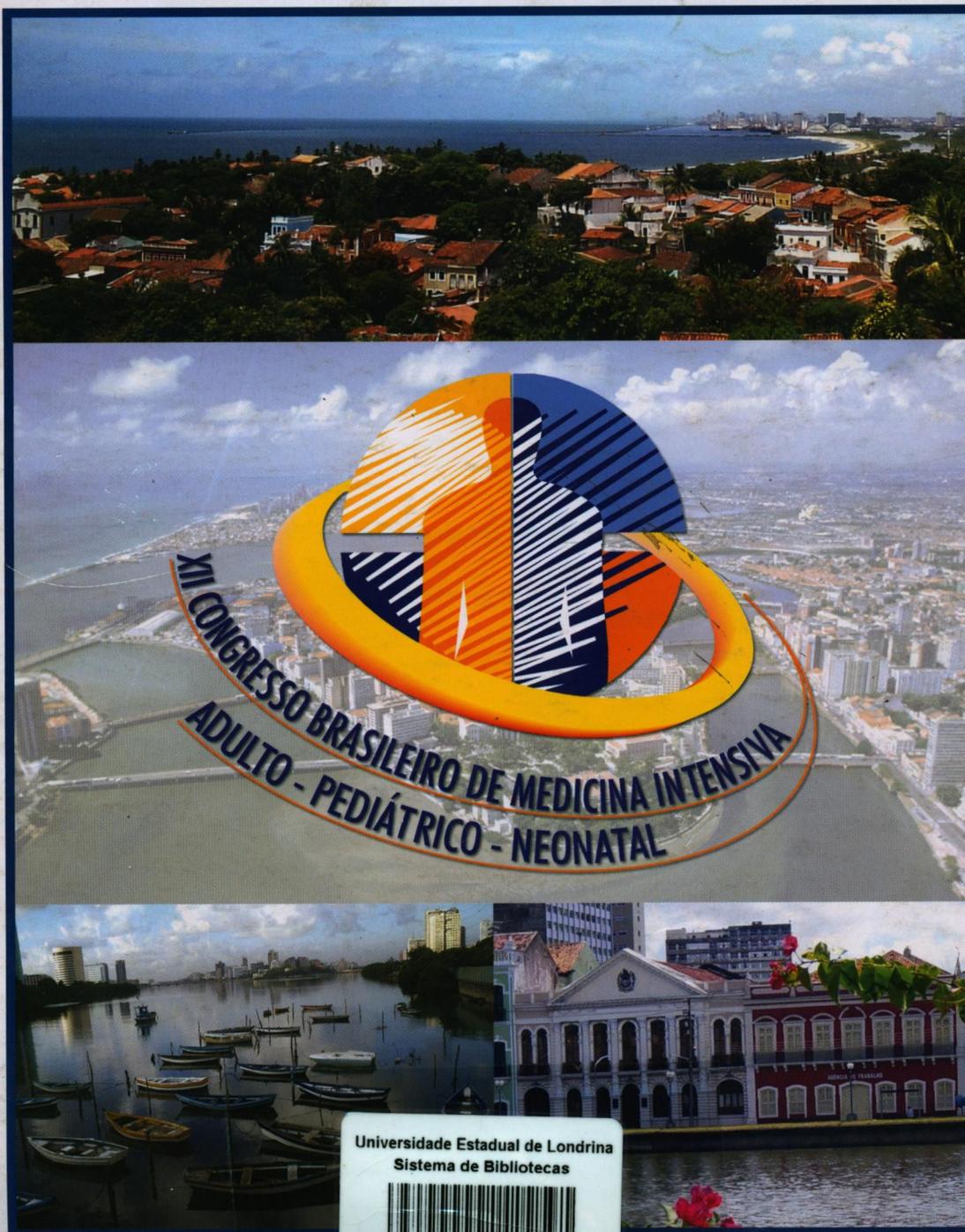
SUPLEMENTO I  
2006

# RBTI



ISSN 0103-507X

Revista Brasileira de Terapia Intensiva



Universidade Estadual de Londrina  
Sistema de Bibliotecas



SE0000023204

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

importantes de insuficiência cardíaca e deterioração progressiva da função renal. No 11o dia na UTI apresentou dor precordial, alterações de ST em D1-AVF e aumento de troponina. Evoluiu com hipotensão e parada cardio-respiratória. A necropsia mostrou depósitos de amilóide no coração, pulmão, baço, fígado, aorta e pâncreas. Nos rins necrose tubular aguda sem material amilóide.

**Comentários:** A amiloidose é uma doença sistêmica causada por depósito de amilóide nos tecidos. O envolvimento cardíaco causa uma cardiomiopatia restritiva de mau prognóstico.

**P-026****FATORES PREDITORES DE COLECISTITE AGUDA ALITIÁSICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.**

*KNOBEL, M; CAL, R.G.R.; SOUSA, J.M.; PEREZ, A.R.; ERLICHMAN, M.R.; MACEDO, A.L.V.; NUSSBACHER, A.; AKAMINE, N.; SANTOS, O.F.P.; KNOBEL, E.*

**Instituição:** Centro de Terapia Intensiva - HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN- São Paulo - SP

**Objetivo:** A colecistite aguda alitiásica(CAA) é uma entidade rara no pós-operatório de cirurgia cardíaca(CC) com incidência de 0,3%. O objetivo deste trabalho é relatar a sua incidência em nossa instituição assim como fatores epidemiológicos relacionados à sua ocorrência e evolução clínica hospitalar.

**Material e Métodos:** No período de 01/2001 a 06/2004, 658 pacientes(PT) foram submetidos a CC. Comparamos os PT que desenvolveram CAA com um grupo controle (CTL), selecionado pela mesma faixa etária e operados no mesmo período, através de pareamento dos dados pré, intra e pós-operatórios visando obter fatores preditores da CAA.

**Resultados:** 8 pt(0,012%) desenvolveram CAA. Em 4 pt a manifestação foi dor abdominal e nos outros foi sepse. Dos antecedentes mórbitos, a presença de diabetes melito(DM) apresentou significativa relação com o desenvolvimento de CAA em relação ao grupo controle(50% x 15% - p

Tabela 1

CEC(minutos) ANOX(minutos) EXT(horas) P

CAA 101 72 35 <0,01

CTL 67 49 7 <0,01

**Conclusões:** A CAA apresentou baixa incidência em nosso serviço, com manifestação clínica variada. A presença de DM e os elevados tempos de CEC, anóxia e extubação, apresentaram significativa relação com o desenvolvimento de CAA, assim como descrito na literatura mundial.

**P-027****FIBRILAÇÃO ATRIAL É UM FATOR DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL APÓS CIRURGIA CARDÍACA EM MULHERES**

*PEREZ, A.R.; SOUSA, J.M.; KNOBEL, M.; NIGRI, M.; BARUZZI, A.C.A.; NUSSBACHER, A.; KNOBEL, E.*

**Instituição:** Unidade coronariana - Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - SP

**Introdução:** O acidente vascular cerebral(AVC) é uma complicação de pior prognóstico em pacientes(pts) com fibrilação atrial(FA) após cirurgia cardíaca. Poucos estudos na literatura relatam a ocorrência de AVC no pós operatório de cirurgia cardíaca que apresentou FA.

**Objetivos:** Avaliar a incidência de AVC no pós operatório de cirurgia cardíaca, concomitantemente com o dia de pós operatório e prognóstico. **Métodos:** Avaliamos 724 pacientes(pts) submetidos a cirurgia cardíaca, internados na unidade de terapia intensiva, no período de janeiro

de 1998 a setembro de 2002. Todos pacientes foram submetidos a exame de tomografia computadorizada de crânio para comprovar e avaliar a extensão do AVC.

**Resultados:** Dos 724 pts, 633 foram do sexo masculino, com idade média de 66,8±11,5 anos, sendo que 52 pts(2%) apresentaram AVC e destes, 19 pts (36,5%) apresentaram FA precedendo o episódio de AVC, com média de 2,5 episódios de FA. A ocorrência do episódio vascular isquêmico foi em média 3,7 dias após cirurgia. Houve 36 pts que manifestaram déficit motor e 17 com algum grau disfasia. Dos 19 pts que apresentaram FA antes do AVC, 8(42%) evoluíram para óbito sendo 5 do sexo feminino(62,5%).

**Conclusão:** Os dados deste estudo mostram que a FA é um importante fator de risco para AVC e quando ocorre, é determinante para o pior prognóstico no pós operatório de cirurgia cardíaca, principalmente, no sexo feminino.

**P-028****HÁ CORRELAÇÃO DO PEPTÍDEO NATRIURÉTICO TIPO B COM O GRAU DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA?**

*ROUGE A.; GOMES R.V.; FERNANDES M.A.O.; NOGUEIRA P.M.M.; SABINO J.; KARAM C.S.; CAMPOS L.A.A.; DOHMANN H.F.R.*

**Instituição:** Hospital Pró-Cardíaco / Riode Janeiro / Brasil

**Introdução:** O BNP tem sido estudado como um promissor marcador de acompanhamento e previsão de risco em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca (CC), havendo ainda várias dúvidas sobre seu comportamento no período de pós-operatório (PO) de CC.

**Objetivo:** Correlacionar o BNP colhido nos períodos de pré e PO de pacientes (pcs) submetidos à CC eletiva com o MODS (Multiple Organic Dysfunction Score) registrado no PO.

**Material e Métodos:** Trabalho prospectivo com uma Coorte de 83 pcs selecionados entre agosto/2003 e setembro/2005 submetidos à CC. Idade média de 67,0±8,55 anos, 23 mulheres (27,3%) e Euroscore médio de 4,0±2,60. Foi dosado o BNP tipo B no Pré Operatório (BNPPré), na 1ª (BNP1) e 6ª (BNP6) hora de PO. Utilizamos o MODS do 1º (MODS D1) e 3º (MODSD3) dias de PÓ considerando o ponto de corte ≥ 3 pontos. Análise estatística utilizando-se os testes: SPEARMAN, Kruskal Wallis e construção de curva ROC.

**Resultados:** As médias de BNP encontradas na amostra foram: BNPPré=181,0 pg/ml ±368,95 (MED=58,7), BNP1=156,0±276,9 (MED=67,2) e BNP6=280,3±567,4 (MED=146,0). O MODSD1 médio foi de 2,7±1,8 (MED=2) e o MODSD3 médio de 1,7±2,0 (MED=1). Não houve, no Kruskal Wallis test, significância entre o BNPPRE, BNP1 e BNP6 com o MODSD1 ≥ 3 (0,99; 0,73 e 0,19) e MODSD3 ≥ 3 (0,30; 0,21 e 0,55) nessa população. Houve correlação no teste de SPEARMAN do BNPPré com MODSD3 (rho 0,256; p=0,02) e a área sob a curva ROC do BNPPré para MODSD3 ≥ 3 foi de 0,57.

**Conclusão:** O BNP nessa população não foi bom preditor de disfunção orgânica no PO de CC, apresentando apenas uma pequena correlação com o MODSD3, a continuidade do estudo em outra amostra de maior gravidade pode modificar os achados.

**P-029****HORÁRIO DA PARADA CARDÍACA COMO MARCADOR PROGNÓSTICO EM PACIENTES PÓS-PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA INTRA-HOSPITALAR**

*RECH, TH.; VIEIRA, SRR.; NAGEL, F.; BRAUNER, JS.; SCALCO, R.*

**Instituição:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Uma parada cardíaca é um estado de grave hipoperfusão cerebral. Pa-

cientes ressuscitados de paradas cardiorrespiratórias (PCR) estão sob grande risco de morrer. Uma definição precoce do prognóstico desses pacientes tem implicações éticas e econômicas. Alguns fatores relacionados ao evento da parada cardíaca têm relação com a mortalidade.

**Objetivos:** Investigar a associação entre o horário da PCR e a mortalidade em pacientes sobreviventes pós-PCR intra-hospitalar.

**Materiais e Métodos:** Foram estudados prospectivamente 43 pacientes reanimados pós-parada cardíaca intra-hospitalar, de junho de 2003 a janeiro de 2005. Dados do momento da PCR, que incluíram causa da PCR, ritmo inicial, duração e horário da PCR e presença ou não de PCR assistida foram registrados. O horário da PCR foi dividido em três turnos: 07-17h, 17-23h e 23-07h. Os desfechos foram avaliados utilizando-se da Glasgow Outcome Scale (GOS) seis meses após a PCR. Os testes de Qui Quadrado e Exato de Fisher foram usados para comparar pacientes com desfechos desfavoráveis-Grupo 1 (GOS 1, 2) com pacientes com desfechos favoráveis-Grupo 2 (GOS 3,4,5).

**Resultados:** Em seis meses, desfechos favoráveis foram atingidos por nove pacientes (19,6%), trinta (69,8%) morreram e quatro (9,3%) evoluíram para estado vegetativo persistente. Idade e sexo não apresentaram diferenças entre os grupos. Causas cardíacas foram responsáveis por 37,2% das reanimações. Assistolia foi o ritmo inicial mais comum de parada, sendo mais freqüente no Grupo 1 ( $p=0,046$ ). Todas paradas cardíacas não assistidas ocorreram no Grupo 1, sem diferença estatística entre os grupos, assim como também não houve diferenças entre os grupos em relação a duração da PCR. Onze pacientes (25,6%) apresentaram PCR no horário entre 07-17h, 16 (37,2%) entre 17-23h e 16 (37,2%) entre 23-07h. Todos os pacientes cujas paradas cardíacas ocorreram entre 23-07h pertenceram ao Grupo 1 e morreram, o que resulta numa diferença significativa ( $p=0,014$ ).

**Conclusão:** O desfecho após uma parada cardíaca é determinado por diversos fatores e o horário da PCR está relacionado com a mortalidade de pacientes sobreviventes de PCR intra-hospitalar.

### P-030

#### IMPACTO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL AGUDA NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA (FA-PO) E FATORES RELACIONADOS À INCIDÊNCIA EM HOSPITAL PRIVADO DE FLORIANÓPOLIS

ARANHA, F.G.; ALBINO, E.C.; PINTO, J.E.S.S.; ARRUDA, J.F.; ALMEIDA, S.L.; BUB, R.; GORINI, P.; MARTINS, A.F.; MAIA, M.M.; JAPIASSU, A.; SCHNEIDER, J.C.

**Instituição:** SOS-Cárdio, Florianópolis - SC

**Objetivos:** Estudar os pacientes admitidos em pós-operatório de cirurgia cardíaca (CC) identificando os que evoluíram com FA-PO e comparando-os com os que ficaram livres da arritmia para identificar, neste grupo, fatores preditores e possíveis impactos da arritmia sobre o tempo de internação na UTI (TI-UTI), tempo de internação pós-operatório total (PO-total) e mortalidade.

**Material e Métodos:** 116 pacientes adultos submetidos à CC incluídos prospectiva e consecutivamente entre março de 2005 e janeiro de 2006. Foram separados em dois grupos sendo o grupo A com pacientes que evoluíram com FA-PO durante a internação e grupo B os que ficaram livres da arritmia. Os grupos foram comparados em relação a vários fatores pré-operatórios (idade, sexo, IMC, creatinina pré-operatória, comprimento do átrio esquerdo, fração de ejeção do VE (FEVE)), fatores per-operatórios (tempo de CEC (tCEC), tempo de clampeamento aórtico, balanço hídrico da SO e uso de enxerto arterial) e de pós-operatório (creatinina e lactato arterial, BH do primeiro dia de PO, uso de drogas vasopressoras, IAM PO, uso de diálise venoso, tempo de internação na UTI, tempo de PO total e mortalidade). Utilizados o Teste t de student não pareado e o teste binominal.

**Resultados:** FA-PO ocorreu em 35 dos 116 pacientes (30,2%). O grupo A teve idade significativamente maior que o grupo B, 67,54

(8,33) anos versus 62,08 (10,98) com p

**Conclusões:** A incidência de FA-PO na amostra deste estudo foi semelhante a da literatura e tal ocorrência não esteve relacionada a aumento da mortalidade, mas correlacionou-se com aumento do TI-UTI. A idade mais avançada foi fator preditor da ocorrência da arritmia assim com FEVE mais baixa e tCEC mais longo. Estes dados vão ao encontro da maioria dos estudos existentes.

### P-031

#### IMPORTÂNCIA DA NORMATIZAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE REVASCULARIZAÇÃO PRECOCE AO ATENDIMENTO DO CHOQUE CARDIOGÊNICO. RESULTADOS.

BAPTISTA, M.L.; CANTARELLI, M.; CASTELLO, H.; GONÇALVES, R.; SUCCI, J.E.; DAUAR, R.B.; RIBEIRO, L.A.; FERRAZ, A.O.; BRUNORI, F.; CONCEIÇÃO, C.N.P.

**Instituição:** Hospital Bandeirantes, São Paulo, SP.

**Objetivo:** pacientes (p) com CC pós IAM tem alta mortalidade, sendo fundamental a normatização ao seu atendimento, visando diminuir sua mortalidade. Nos propomos discutir nosso protocolo de atendimento ao CC, mostrando a importância de um protocolo institucional.

**Material e Método:** Registramos no período de 07/01 a 10/05, 225 pacientes (p) com IAM, destes 54 (21,2%) desenvolveram choque cardiogênico sendo conduzidos por protocolo de revascularização precoce. O CC foi caracterizado por sinas de hipoperfusão periférica e/ou hipotensão arterial sistêmica com congestão pulmonar, não responsivo a volume e drogas vasoativas e com freqüência cardíaca maior que 60. Os p fizeram cine com BIA e eram submetidos a revascularização (REVASC) percutânea ou cirúrgica de acordo com a anatomia coronária, todos se submeteram a um tipo de REVASC, exceto 04 p.

**Resultados:** A idade média foi 68 anos, com 75% dos p originados de outro serviço, 52% admitidos em grupo funcional I, 75% deles utilizaram BIA, a parede anterior era a região de 28 (50%), a mortalidade dos pacientes foi de 37%. Sendo; a mortalidade em p com tratamento clínico mas sem cine 1/2 (50%), em p submetidos precocemente a revascularização do miocárdio 4/16 (25%), angioplastia primária 9/19 (47,3%), angioplastia de salvamento 2/8 (25%), angioplastia de urgência 2/7 (28,6%) e tratamento clínico sem cine 2/2 (100%), geral 20/54 (37%).

**Conclusões:** Acreditamos que protocolos institucionais que envolvam toda equipe multiprofissional que atendem o paciente com IAM, com estratégias de revascularização precoce são fundamentais para minimizar a mortalidade do choque cardiogênico, como vimos com a baixa mortalidade desta casuística

### P-032

#### INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO - RELATO DE CASO

TEIXEIRA, G C A; COLOZZA, G; VIANA, JM; SANKARANKUTTY, A K; BASILE FILHO, A

**Instituição:** CTI-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP

**Objetivo:** Relatar caso clínico de Infarto Agudo do Miocárdio no Pós-Operatório de Transplante Hepático. Relato de caso: FTB, 34 anos, sexo masculino, com diagnóstico de Cirrose Hepática auto-imune por 15 anos, (Child C) submetido a Tx hepático no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A cirurgia não apresentou intercorrências. No primeiro dia do pós-operatório no CTI, encontrava-se consciente, eupneico, em ventilação espontânea,