

# 13<sup>o</sup> CONGRESSO PARANAENSE DE MEDICINA INTENSIVA

20 A 22 AGOSTO 2014

**ANAIS ELETRÔNICOS**

Patrocínio



Realização



Apoio



## SUMÁRIO

P 01: Prevenção de lesões na córnea na Unidade de Terapia Intensiva	6
P 02: Atuação interprofissional de humanização com paciente de longa permanência em unidade intensiva.	7
P 03: Visita infantil em unidade de terapia intensiva	8
P 04: Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva	9
P 05: Características de pacientes usuários de droga de abuso hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva	10
P 06: Endocardite causada por <i>Burkholderia cepacia</i> em paciente crítico agudo - Relato de caso	11
P 07: Morrer na UTI: Celebração da Vida. O Papel dos Cuidados Paliativos na P Terapia Intensiva	12
P 08: O impacto da visita diária do infectologista em uma UTI adulto geral em Maringá no uso de carbapenêmicos	13
P 09: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o paciente com insuficiência cardíaca congestiva: uma revisão bibliográfica	14
P 10: Ética na Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica	15
P 11: Implantação de checklist clínico pela enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva oncológica	16
P 12: A utilização de protocolo de manipulação hemodinâmica escrito em paciente de alto risco cirúrgico. Relato de caso clínico	17
P 13: Necrólise epidérmica tóxica: um relato de caso	18
P 14: Deambulação com paciente em ventilação mecânica: Um relato de caso	19
P 15: Dificuldades durante o período de amamentação em unidades de terapia intensiva neonatal	20
P 17: Utilização da prancha de ortostatismo em paciente crítico crônico internado na UTI - Relato de Caso	22
P 18: Relato de caso: Dengue hemorrágica em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. A importância dos sinais de gravidade.	23
P 19: Comparação entre os escores de mortalidade e risco nutricional: SAPS 3 e APACHE II VERSUS NRS 2002	24
P 20: Sinais de ruptura pré-operatória de aorta abdominal – relato de caso.	25
P 21: <i>Klebsiella pneumoniae carbapenemase</i> (KPC) em unidade coronariana.	26
P 22: Ateroembolismo renal e prostaglandina: uma nova opção de tratamento?	27
P 23: Trombose venosa cerebral: um diagnóstico às vezes esquecido em	28
P 24: Síndrome DRESS com manifestação renal grave	29
P 25: O perfil dos internamentos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Santa Rita de Maringá, Paraná.	30
P 26: Título: Perfil de ocupação de leitos da maternidade do Hospital Santa Rita de Maringá, Paraná.	31
P 27: Necrólise epidérmica tóxica: um relato de caso.	32

P 28: Detecção precoce de delirium e uso de benzodiazepínicos _____	33
P 29: Profilaxia da pneumonia associada à ventilação mecânica com uso de probióticos por via enteral e aplicação em mucosa bucal. _____	34
P 30: Relato de um caso crítico: Quando valorizar um sopro? _____	35
P 31: Uso da vasopressina na redução dos níveis de noradrenalina no choque séptico refratário – relato de caso. _____	36
P 32: Rotação de opióide no desmame da ventilação mecânica do paciente grave – relato de caso. _____	37
P 33: SÍNDROME DA EMBOLIA GORDUROSA – RELATO DE CASO _____	38
P 34: Idosos: prevalência em uma unidade de terapia intensiva _____	39
P 35: Relato de caso: Priapismo neonatal em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica _____	40
P 36: O morrer de crianças oncológicas na Unidade de Terapia Intensiva _____	41
P 37: Balanço nitrogenado para avaliação de pacientes críticos: resultados e conclusões de um estudo piloto em UTI oncológica _____	42
P 38: Percepção do preparo médico no tratamento de pacientes incuráveis e terminais na Unidade de Terapia Intensiva _____	43
P 39: Estudo de custos do tratamento de pacientes graves em situação de demanda reprimida por leitos de terapia intensiva _____	44
P 40: Estudo epidemiológico de pacientes grande queimados na unidade de terapia intensiva _____	45
P 41: Estudo epidemiológico de Síndrome do Desconforto Respiratório em paciente grande queimado _____	46
P 42: Ajustes terapêuticos de vancomicina em pacientes grande queimados _____	47
P 43: Implantação de um protocolo gerenciado para o atendimento de sepse grave no departamento de emergência de hospital universitário _____	48
P 44: Terapia fonoaudiológica com bandagem elástica para disfagia neonatal _____	49
P 45: Causas de insuficiência respiratória aguda em paciente grande queimado _____	50
P 46: Avaliação do conhecimento sobre a padronização do atendimento ao _____	51
P 47: Importância da mobilização precoce na unidade de Terapia Intensiva _____	52
Revisão Bibliográfica _____	52
P 48: Posição prona no auxílio do tratamento da Síndrome da Angústia Respiratória Aguda _____	53
P 49: Intervalo entre intubação orotraqueal e traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva nos pacientes internados por causas clínicas _____	54
P 50: Máscaras para ventilação mecânica não invasiva na unidade de Terapia Intensiva - Revisão bibliográfica _____	55
P 51: Pacientes submetidos a traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva adulto não cardiológica _____	56
P 52: Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a ventilação Mecânica internados na Unidade de Terapia Intensiva com diagnóstico de asma _____	57
P 53: Interferência de medidas preventivas na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica _____	58
P 54: Epidemiologia de UTI do norte do Paraná _____	59

P 55: A incidência de Infecção Hospitalar em unidades de terapia intensiva de Hospitais Universitários do Brasil. _____	60
P 56: Úlcera por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva Adulto _____	61
P 57: O CUIDAR EM UTI PEDIÁTRICA SOB A ÓTICA DA MÃE _____	62
P 58: Utilização do confusion assesment method for the intensive care unit scale em UTI: quem faz o diagnóstico? _____	63
P 59: Pneumonia associada à ventilação mecânica: uma revisão de literatura _____	64
P 60: Primeiro relato de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> produtora de KPC no Paraná _	65
P 61: Adequação calórico-protéica em relação a dieta enteral prescrita versus administrada em uma UTI oncológica _____	66
P 62: Pacientes com Traumatismo cranioencefálico submetidos a traqueostomia - Revisão bibliográfica _____	67
P 63: Síndrome de Ramsay-Hunt _____	68
P 64: Visita Multidisciplinar: Ferramenta fundamental na assistência do doente crítico. _____	69
P 65: Relato de um caso clínico: Pneumomediastino espontâneo após esforço físico intenso e história de asma. _____	70
P 66: Perfil epidemiológico de um Centro de Tratamento de Queimados de um Hospital Universitário do Paraná/Brasil. _____	71
Autores: ZAMPAR, E.F; ANAMI, E. H. T; GRION, C. M. C; MORÃES, S.R.P; LIMA,F.Y; ALBUQUERQUE, M.N.S; NASCIMENTO, N.B _____	
P 67: Epidemiologia das infecções dos pacientes queimados em um hospital de ensino. _____	72
P 68: Insuficiência Respiratória Aguda em Lactente por Síndrome de Loeffler: Relato de Caso _____	73
P 69: Benefícios das manobras de reexpansão no tratamento de atelectasias no paciente pediátrico. (Estudo de Caso) _____	74
P 70: Encefalocele occipital. Relato de caso _____	75
P 71: Um estudo de caso: o trabalho do psicólogo hospitalar nas unidades de tratamento intensivo com pacientes de cirurgia cardíaca _____	76
P 72: Circuito de atividade física em unidade de terapia intensiva _____	77
P 73: Pneumotórax bilateral durante ventilação mecânica: Relato de caso _____	78
P 74: Relato de Caso – O retardo na eliminação do mecônio é motivo para alarme? _____	79
P 75: Avaliação da prematuridade e fatores associados no município de Tubarão-SC no ano de 2012 _____	80
P 76: Estudo comparativo entre rotinas de conferência do carrinho de emergência em hospitais da cidade de Londrina, Paraná, Brasil _____	81
P 77: Aneurisma de aorta infectado por <i>Salmonella</i> – Relato de Caso _____	82
P 78: Intubação difícil: diagnóstico diferencial no lactente. _____	83
P 79: Amiodarona e tireotoxicose: relato de caso e breve revisão da literatura _____	84
P 80: Ambulatório multidisciplinar de pacientes egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola: Experiência e impressões _____	85
P 81: Sedação e memórias de pacientes após internação em UTI _____	86

P 82: Stress e Síndrome de <i>Burnout</i> em profissionais de Unidade de Terapia Intensiva_____	87
P 83: Evolução do peso dos pacientes durante internação na UTI e após a alta____	88
P 84: Fatores estressores para familiares de pacientes admitidos na UTI_____	89
P 85: SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO _____	90

## **P 01: Prevenção de lesões na córnea na Unidade de Terapia Intensiva**

Autor: Soppa, F.B.F.

**Instituição:** Hospital Universitário do Oeste do Paraná

**Introdução:** A assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é complexa e envolve o cuidado de forma holística, atentando para possíveis fatores que desencadeiam o agravamento de patologias decorrentes da hospitalização (ALVARENGA, 2010). O cuidado ocular deve estar presente na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois a ausência deste tipo de cuidado impacta negativamente a vida dos pacientes, com lesões e cegueira e, caso as córneas sejam doadas, poderão ser perdidas (ALVARENGA; CHIANCA, 2012). Qual a incidência e os fatores de risco para lesão na córnea na UTI? Qual o melhor método para utilizar no cuidado para prevenção destas lesões? A enfermagem deveria realizar a SAE para prevenir a lesão ocular? **Objetivos:** Analisar a incidência e os fatores de risco de lesão de córnea na UTI, identificar métodos para utilizar na SAE para prevenção de tais lesões e contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e a segurança do paciente. **Métodos e resultados:** Mercieca et al., (1999) apud Alvarenga (2010) estimaram uma incidência de lesão na córnea entre 20% e 40% e o tempo médio de aparecimento de lesão de 2 a 7 dias. No Brasil, a incidência foi de 59,4% e o tempo médio foi de 8,9 dias. Os pacientes internados na UTI estão sujeitos a sofrer lesões na córnea devido a vários fatores, com destaque a exposição ocular. Os mecanismos responsáveis pela proteção ocular podem estar comprometidos, pois encontram-se sedados, com fechamento palpebral e a produção da lágrima ineficaz. Segundo Alvarenga et al., (2011) os principais fatores de risco para lesão na córnea são: ventilação mecânica, edema e hemorragia conjuntival, sedação, exposição do globo ocular, infecção ocular e fixação do tubo orotraqueal. Para prevenir estas lesões, a SAE pode ser agrupada em três categorias: higiene ocular com uso de gazes com solução salina, prevenção da secura ocular com colírios oftálmicos e filme de polietileno e fechamento ocular com uso de filme de polietileno. O filme de polietileno cria uma câmara úmida, barreira contra a evaporação do filme lacrimal, exposição ocular, infecções e sua transparência facilita o monitoramento da córnea, além de ser mais econômico (ALVARENGA, CHIANCA, 2012). **Conclusão:** O papel do enfermeiro é primordial na identificação dos fatores de risco, prevenção de lesão na córnea e implementação da SAE, com a garantia dos melhores métodos para os cuidados oculares, visando à melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente.

**P 02: Atuação interprofissional de humanização com paciente de longa permanência em unidade intensiva.**

Autores: Santos, J. C., Andreatta, D., Castro, L. A., Coelho, M., Dallalana, T. M., Maiorki, S., Mello, N., Oliveira, J. J. J, Segui, M. L., Vieira, A. A.

**Instituição:** Hospital de Clínicas do Paraná (HC/UFPR)

**Introdução:** O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) oferece uma diretriz que incentiva ações de humanização em todo o hospital, incluindo as unidades intensivas; através da atuação de equipes multiprofissionais, estimulando a criação e a sustentação de espaços de diálogo entre família, paciente e equipe. Promovendo assim a livre expressão da subjetividade do paciente crítico, neste caso, diagnosticada com Cirrose Hepática (CH). Esta é uma doença crônica que afeta o fígado, provocada pelo vírus C. Caracteriza-se por destruição difusa, regeneração fibrótica das células hepáticas, ocasionando icterícia, desnutrição, desregulação do metabolismo. As intervenções interprofissionais foram caracterizadas pelo planejamento e execução de ações integradas em saúde, acompanhamento dos seus resultados, trocas mútuas entre os profissionais que compõem a equipe. **Objetivo:** Descrever a atuação interprofissional nos cuidados de um paciente com Cirrose Hepática no HC/UFPR, durante 95 dias de internamento. **Métodos:** Estudo de caso retrospectivo sobre N. G. C, sexo feminino, 78 anos, procedente de Curitiba, Paraná. Internada no CTSI do HC/UFPR, de 26 de março a 30 de junho de 2014. Com diagnóstico prévio de Cirrose Hepática. Apresentou insuficiência respiratória, posterior sepse. Submetida a drenagem linfática, fisioterapia motora e respiratória, evoluindo para ventilação mecânica invasiva, com altos parâmetros ventilatórios até o óbito da paciente. Esta possuía úlceras por pressão, sonda vesical de demora, sonda gástrica e posterior traqueostomia. Foram realizados 95 atendimentos pela enfermagem e fisioterapia, e 40 da psicologia. Houve 20 intervenções interprofissionais com família e paciente, que narraram vivências significativas nos cuidados realizados durante a hospitalização. **Resultado:** Houve a atuação conjunta em atendimentos visando a adesão ao tratamento como: a necessidade de sedestação na poltrona para melhora das úlceras por pressão e proteção respiratória. Estimulação da participação da paciente nas sessões de fisioterapia através das músicas que a paciente gostava, promoção do resgate de sua história de vida. Ações temáticas ligadas à páscoa, dia das mães, aniversário da paciente, aniversário de um filho falecido, dia dos namorados – cinema no quarto da paciente para ela e o marido, início da copa e jogos do Brasil, estimulando a manutenção da sua subjetividade atuando como um fator protetor da sua saúde psíquica. **Considerações Finais:** Os atendimentos interprofissionais, que inicialmente focavam na cura e reabilitação da paciente, foram redirecionados conforme as suas necessidades e demandas, não somente na sua doença e prognóstico. Dessa forma, foi proporcionado um atendimento humanizado tornando o processo do morrer mais natural e menos doloroso para a família.

### **P 03: Visita infantil em unidade de terapia intensiva**

Autores: Santos, J.C, Dallalana, T. M, Maiorki, S, Vieira, A.A.

**Instituição:** Hospital de Clínicas do Paraná (HC/UFPR)

**Introdução:** Os hospitais estabelecem idade mínima de 12 anos para a entrada de crianças nas unidades de terapia intensiva adulto referenciados pelas normativas do Estatuto da Criança e Adolescente. Entretanto, crianças menores também expressam o desejo de visitar seus entes hospitalizados. Visitando o paciente crítico, vivenciam a realidade da família durante a internação, e conseguem compartilhar as mudanças na rotina e de comportamento de seus familiares. Promovendo a reconstrução dos vínculos afetivos, atuando no processo de recuperação e minimização dos efeitos negativos do processo da hospitalização. Entretanto, a visita infantil pode causar divergência de opiniões entre os membros da equipe da saúde, devido preocupações com possíveis danos psicológicos e risco a exposição aos agentes microbianos. Dessa forma, reflete a importância da Psicologia na avaliação e acompanhamento, garantindo o bem estar biopsicossocial destas crianças.

**Objetivo:** Descrever a atuação do psicólogo durante a visita de crianças nas unidades de terapia intensiva. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo entre os meses de março a Junho de 2014, descrito através da residência em Psicologia de orientação clínica sistêmica. Os atendimentos foram realizados juntamente com as crianças de idade inferior a 12 anos acompanhados por seus familiares.

**Resultados:** Foram acompanhadas 20 visitas infantis. Os atendimentos aconteceram anterior a uma avaliação da Psicologia junto com equipe, familiares e paciente. Nesta avaliação é verificado o estado clínico e gravidade do paciente; grau de parentesco; intensidade da relação afetiva; suporte familiar, compreensão acerca do processo de doença e internação; volição da criança. Com esta, o psicólogo avalia o seu entendimento sobre o processo de hospitalização, utilizando o desenho lúdico, brinquedos e metáforas como expressão as informações necessárias para sua entrada na unidade. Após, acompanha a criança no leito e explica os procedimentos técnicos. Finda a visita, há novamente um atendimento com a criança, fora da UTI, com o intuito de saber sobre as impressões desta. Pede-se que ela faça um desenho ou escreva uma carta para ser entregue ao paciente ou afixada em seu box.

**Conclusão:** O inter-relacionamento paciente-família-equipe tem grande valor dentro do processo de humanização que envolve as unidades intensivas, demonstrando a partir do acompanhamento de visitas infantis, a importância da criança participar deste processo, pois como membro do núcleo familiar precisa vivenciar e compartilhar o processo do adoecimento. A visita infantil neste contexto potencializa o fortalecimento dos vínculos afetivos e na minimização dos estressantes provocados pela hospitalização no núcleo familiar.

#### **P 04: Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva**

Autores: Santana, CJ; Rosa, NM; Guedes, MRJ; Meschial, WC; Martins, BF; Sales, CCF; Silva, LFF; Antunes, F; Oliveira, MLF.

**Instituição:** Hospital Universitário Regional de Maringá

**Introdução:** A internação hospitalar em unidades de terapia intensiva - UTI por complicações agudas ou crônicas do abuso do álcool representa uma experiência crítica para os usuários e seus familiares, pois o abuso do álcool tomou dimensões maiores em suas vidas, com possibilidade de sequelas e a morte como desfecho.

**Objetivo:** Compreender a vivência de cuidadores familiares de pacientes usuários de álcool que estiveram internados em terapia intensiva. **Metodologia:** Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, com abordagem de 10 cuidadores familiares de pacientes com diagnósticos médicos associados ao uso agudo ou crônico de álcool, internados em uma UTI adulto de um hospital ensino da região Noroeste do Paraná no período de janeiro a dezembro de 2011. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática para compreensão dos dados. **Resultados:** A maioria dos usuários de álcool era do sexo masculino, com média etária de 45,1 anos, divorciados, baixa escolaridade e desempregados. Internados por efeitos de intoxicação alcoólica crônica, a média da internação hospitalar foi de 40,3 dias e ocorreram três óbitos. Cinco famílias apresentavam renda inferior a três salários mínimos e o comportamento aditivo intra familiar estava presente em sete delas. Entre os cuidadores familiares, a média etária era 46,7 anos, maioria mulheres e irmãs dos pacientes. O cotidiano do cuidado domiciliar foi reunido em duas unidades de análise - Atividades do cuidar após a internação em terapia intensiva; e O apoio familiar como facilitador no processo de cuidar. Quanto aos sentimentos expressados pelos cuidadores familiares, demarcou-se uma unidade de análise - A internação dos usuários de álcool em UTI: a dor e o sofrimento de seus cuidadores familiares. Após a alta hospitalar, os cuidados domiciliares incluíram cuidados que visaram à reparação ou ao tratamento da doença e atividades de vigilância para evitar recaídas, e de segurança do paciente. A colaboração dos demais familiares no processo de cuidar era fator facilitador ao cuidado, e o afeto pelo familiar se sobrepunha à sobrecarga gerada pelo processo de cuidar. Os principais sentimentos relatados pelos cuidadores familiares em relação à internação em UTI foram tristeza e culpa. A religiosidade apareceu como forma de enfrentamento ao sofrimento. **Conclusão:** É importante a aproximação dos enfermeiros com as famílias dos usuários de álcool que internam em terapia intensiva, a fim de mantê-los acolhidos e orientados, uma vez que a atenção aos seus anseios, torna-se uma necessidade de cuidado especial.

## **P 05: Características de pacientes usuários de droga de abuso hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva**

Autores: Santana, CJ; Hungaro, AA; Silvino, MCS; Reis, LM; Almeida, EG; Antunes, F; Radovanovic, CAT; Oliveira, MLF

**Instituição:** Hospital Universitário Regional de Maringá

**Introdução:** O consumo de drogas é conhecido como um dos principais fatores de risco para violências, *overdoses*, problemas crônicos decorrentes dos desgastes à saúde física e mental, e sequelas temporárias e/ou permanentes. Nas unidades de terapia intensiva - UTI, observa-se que pacientes usuários de drogas de abuso são internados, principalmente, por complicações clínicas agudas ou crônicas agudizadas, e pelo trauma, geralmente associados à gravidade da dependência química. **Objetivo:** Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes hospitalizados por intoxicação de drogas de abuso em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo exploratório, com dados de um centro de informação e assistência toxicológica - CIAT da região Noroeste do Paraná, originários de pacientes internados na unidade de intensiva de um hospital ensino no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013. Para coleta de dados foram utilizadas as fichas epidemiológicas de intoxicação alcoólica e/ou outras drogas e analisadas variáveis sócio-demográficas e dados da intoxicação. **Resultados:** Foram notificados ao CIAT 1377 casos de intoxicação por álcool e/ou outras drogas no período estudado, destes 95 (6,89%) foram encaminhados para internação em UTI. O sexo masculino foi predominante com 84 (88,4%) casos, e a idade variou de 15 a 77 anos, com média de idade de 62,5 anos. A droga mais relacionada à internação foi o álcool, presente em 94,7%; sem associação com outra droga, o álcool foi responsável pela internação de 78 pacientes (82,1%). Doze pacientes haviam feito uso de álcool e outras drogas de abuso - crack, cocaína e maconha (12,6%) e cinco de outras drogas, como cocaína o *crack* (5,2%). O tratamento clínico predominou em 66 casos (69,4%), seguido pelos cirúrgicos/cirurgia do trauma em 28 casos (29,4%), e um caso obstétrico, com diagnóstico de óbito fetal devido o uso de crack. O tempo de internação de 51 pacientes (43,6%) foi menor que 10 dias, mas 11 (11,5%), estiveram internados por período acima de 30 dias. A maioria obteve alta hospitalar melhorada como desfecho do evento - 55 (57,8%), seguido de um número relevante de óbitos - 35 (36,8%). **Conclusão:** Os resultados mostram uma maioria de pacientes do sexo masculino, em idade produtiva, com diagnósticos médicos decorrentes da exposição crônica do álcool, e alto índice de trauma, e desfecho fatal acima da média para outros eventos internados na UTI.

## **P 06: Endocardite causada por *Burkholderia cepacia* em paciente crítico agudo - Relato de caso**

Autores: Menezes, TZ; Gurgel, ACM; Gurgel, SJT

**Instituição:** Hospital Santa Rita / Associação Bom Samaritano

**Introdução:** *Burkholderia cepacia* é uma bactéria gram-negativa relacionada à infecções graves em pacientes com algum tipo de imunossupressão. **Objetivo:** relatar um caso fatal de infecção pela *Burkholderia cepacia* em paciente internado em terapia intensiva. **Método e Resultado:** paciente masculino, 46 anos, pós operatório tardio de troca de válvula aórtica, admitido com queixa de febre e hipotensão durante sessão de hemodiálise. Esteve em internação hospitalar por endocardite há 13 dias, em uso de vancomicina. Ecocardiograma transesofágico revelou imagem de endocardite em prótese valvar aórtica. Foi colhido hemoculturas e associado empiricamente ceftriaxone e doxiciclina à vancomicina. As hemoculturas até o momento apresentaram-se negativas. Evoluiu com vasculite em membros inferiores. No 16º dia de antibioticoterapia combinada, apresentou novo episódio de febre, hipotensão, rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória com necessidade de transferência para UTI, intubação orotraqueal e dependência de drogas vasoativas. Trocado esquema antibiótico de maneira empírica para teicoplanina e cefepime, mantendo doxiciclina. Porém evoluiu com 53% de bastonetes, acidose metabólica e instabilidade hemodinâmica apesar de noradrenalina associado a dobutamina. Persistiu com deterioração hemodinâmica refratária evoluindo para óbito após 19º dia do início do tratamento para endocardite. Novas hemoculturas solicitadas na véspera do óbito identificaram a presença de *Burkholderia cepacia* sensível somente à associação sulfametoxazol com trimetoprima. **Discussão:** *B. cepacia* é um agente oportunista, aeróbico, não fermentador de glicose, relacionado mais comumente à invasão de vias aéreas em paciente com fibrose cística ou outros fatores de imunodepressão (entre eles insuficiência renal crônica, neoplasia, etc) em pacientes hospitalizados. Esta bactéria se multiplica em ambientes aquosos, hospitalares e podem persistir por longos períodos. Equipamentos da Unidade de Terapia Intensiva podem atuar como um reservatório oculto e ambiental da *B. cepacia*, que por sua vez atua como fonte de infecção em pacientes suscetíveis. O diagnóstico baseia-se em hemoculturas seriadas, coletados antes do início da antibioticoterapia, associada ao ecocardiograma transesofágico, mais sensível que o ecocardiograma transtorácico. Ela é intrinsecamente resistente a aminoglicosídeos e polimixinas. Principais opções terapêuticas constituem sulfametoxazol + trimetoprim e cloranfenicol, tendo os carbapenêmicos como terapia alternativa. **Conclusão:** este caso reforça a necessidade de se investigar com insistência o agente etiológico, pois resultados negativos e/ou tardios podem resultar em tratamentos ineficazes, lembrando que a frequente prática do uso empírico de antibióticos antes mesmo da coleta adequada de hemocultura prejudica consideravelmente o diagnóstico.

## **P 07: Morrer na UTI: Celebração da Vida. O Papel dos Cuidados Paliativos na P Terapia Intensiva**

Autores: Gurgel, ACM; Biatto JFP; Gurgel SJT

**Instituição:** Hospital Santa Rita / Associação Bom Samaritano

**Introdução:** iniciativas para melhorar os cuidados de fim de vida em UTI devem ser intensificadas e as barreiras à sua implementação devem ser identificadas e corrigidas. O objetivo deste relato é apresentar um caso em que a abordagem paliativa foi realizada. **Método e Resultado:** paciente masculino, 46 anos admitido na UTI em tratamento de linfoma não Hodgkin. Há uma semana primeira sessão de quimioterapia. Desencadeou choque séptico e necessidade de assistência ventilatória. Solicitado anti-HIV o qual veio positivo. Evoluiu com disfunção de múltiplos órgãos, sendo iniciado concomitantemente uma abordagem paliativa multiprofissional com foco principal na família. O paciente evoluiu com resolução das disfunções orgânicas e alta hospitalar após 20 dias de internação com recuperação importante da capacidade física. Após 15 dias retorna ao hospital com hipotensão arterial. Apresentou novamente disfunções orgânicas refratárias à abordagem terapêutica instituída, vindo à óbito após quatro dias de internação. Durante a permanência em seu domicílio, o paciente foi assistido paliativamente sob o ponto de vista de controle de sofrimento físico, emocional e religioso, com resolução de conflitos familiares importantes. Após seis meses do óbito, a família foi contactada e demonstrou grande satisfação em relação à abordagem multiprofissional ofertada na ocasião. **Discussão:** a maioria das mortes hospitalares ocorrem na Unidade de Terapia Intensiva. Cuidados paliativos objetivam prevenir e aliviar sofrimento através de controle de sintomas e do fornecimento de suporte para pacientes com objetivo de manter e melhorar sua qualidade de vida. Embora originalmente concebido e praticado sob a forma de cuidados de fim de vida, os cuidados paliativos devem ser aplicados em todos os estágios de doença, se terminal ou não. A literatura Médica vem demonstrando altos escores para qualidade de vida em pacientes e familiares que recebem intervenções paliativas em adição aos cuidados padrões, sendo a comunicação, o centro dos objetivos de cuidados estabelecidos. Embora desejável, ainda existem muitas barreiras para a adoção em grande escala dos cuidados paliativos em Terapia Intensiva, como por exemplo: a falta do conhecimento por parte dos intensivistas que estes cuidados estão disponíveis, o conceito errado de que os cuidados paliativos é somente para pacientes que estão ativamente morrendo e a limitada disponibilidade de especialistas em cuidados paliativos. **Conclusão:** o suporte psicossocial, espiritual e de luto são elementos chaves da abordagem paliativa e devem fazer parte dos cuidados a pacientes graves em Terapia Intensiva.

**P 08: O impacto da visita diária do infectologista em uma UTI adulto geral em Maringá no uso de carbapenêmicos**

Autores: Gurgel, ACM; Biatto, JFP; Lopes MG; Hortêncio CHF; de Sá RBS; Gurgel SJT

**Instituição:** Hospital Santa Rita / Associação Bom Samaritano

**Introdução:** O uso indiscriminado de antibióticos está associado à emergência de bactérias multirresistentes. A atuação do infectologista como parte de uma equipe multidisciplinar é fundamental para utilização racional de antibioticoterapia na UTI.

**Objetivo:** O objeto deste trabalho foi mostrar o impacto da visita diária com infectologista no uso de carbapenêmicos em uma UTI adulto geral de Maringá.

**Método:** Foi realizado um levantamento de dados utilizando o sistema MV 2000 do Hospital Santa Rita de Maringá (HSR) e os dados obtidos através da lista de dispensação de antibióticos da farmácia do hospital. Os dados foram coletados, separados por ano, entre os anos de 2010 e 2013. A visita diária com infectologista e SCIH teve início no ano de 2011. O carbapenêmico utilizado no hospital neste período foi o meropenem. **Resultados:**

	2010	2011	2012	2013
Número de pacientes internados	1258	1708	2252	2350
Média de permanência em dias	3,97	3,49	3,23	2,94
Número de óbitos	247	265	326	369
Uso de meropenem/paciente	48	57	31	30

**Discussão:** Os carbapenêmicos são antimicrobianos de maior espectro de ação conhecidos e de alto custo. São ativos contra a maioria das bactérias gram-negativas, gram-positivas, incluindo as espécies ESBL e AmpC positivas, e anaeróbios. Entretanto são fortes indutores de resistência, alteram profundamente a microbiota local e estão associados ao surgimento de bactéria multirresistentes, principalmente de *Pseudomonas* sp. Seu uso, portanto, deve ser restrito a situações onde não há outra possibilidade terapêutica. Como resultado de um protocolo diário, houve uma redução no número de pacientes que fizeram uso de carbapenêmicos na UTI geral adulto do HSR no período de 2010 e 2013, sem que houvesse aumento de mortalidade, à despeito do aumento progressivo do número de internamentos.

**Conclusão:** A visita diária do infectologista na UTI pode racionalizar a utilização de carbapenêmico e diminuir o surgimento de bactérias multirresistentes.

**P 09: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o paciente com insuficiência cardíaca congestiva: uma revisão bibliográfica**

Autores: Grecco, G.; Oliveira, J. P. G.; Santos, J. M. K.; Grecco, T.; Lordani, T. V. A.

**Instituição:** FAG – Faculdade Assis Gurgacz

**Introdução:** A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) consiste na incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às necessidades de oxigênio e nutrientes dos tecidos. A SAE, Sistematização de Assistência de Enfermagem, é um maneira sistemática para a realização dos cuidados que enfoca na obtenção de resultados para a melhoria dos métodos de cuidar e arquivamento dos dados que foram coletados, resultado no diagnóstico, que é um processo de interpretação e agrupamento desses culminando com a tomada de decisão e resultando no planejamento de uma assistência de enfermagem para alcançar resultados positivos, com mínimos agravos. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo planejar a assistência de enfermagem para pacientes com diagnóstico de ICC. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, descritiva e exploratória. Para elaboração dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado a classificação da NANDA (North American Nurse Diagnoses Association) baseado nas manifestações características da doença, após, foi elaborado o Planejamento de Enfermagem, utilizando como referencial o manual de classificação das intervenções de enfermagem (NIC). **Resultados:** Dentre os diagnósticos de enfermagem podemos destacar: débito cardíaco diminuído, padrão respiratório ineficaz a inspiração ou expiração, ansiedade, mobilidade física prejudicada, nutrição desequilibrada, risco de constipação, déficit no autocuidado para banho e/ou higiene e perfusão tissular periférica prejudicada. Para resolução dos problemas elencados, descrevemos alguns itens do planejamento de enfermagem, como: Monitor a função respiratória; Orientar uma respiração calma e profunda; Realizar cuidados preventivos para aspiração; Atentar-se quando a necessidade de suporte ventilatório; Proporcionar um ambiente tranquilo e confortável; Estimular a participação do paciente quanto ao autocuidado; Realizar atividade física de acordo com suas capacidades; Realizar controle nutricional; Verificar os sinais vitais e Manter a cabeceira elevada em 45°. **Conclusão:** O Processo de Enfermagem deve estar baseado num referencial teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem fornece o suporte para a equipe de enfermagem desempenhar suas atividades de forma satisfatória, proporcionando uma assistência de qualidade para o paciente e seus familiares que encontram-se em estado crítico

**Palavras-chaves:** Sistematização da Assistência de Enfermagem, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem.

**P 10: Ética na Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica**

Autores: Negrello, B.; Oliveira, J. P. G.; Santos, J. M. K.; Oliveira.R.B.R.

**Instituição:** FAG – Faculdade Assis Gurgacz

**Introdução:** Conforme Medeiros (2012), a ética seria uma reflexão acerca da influência que o código moral estabelecido exerce sobre a nossa subjetividade, e acerca de como lidamos com essas prescrições de conduta, se aceitamos de forma integral ou não esses valores normativos e, dessa forma, até que ponto nós damos a efetiva importância a tais valores. A capacitação e a qualificação da equipe multidisciplinar são indispensáveis para o bom desempenho das atividades necessárias à assistência prestada ao paciente na Unidade de Terapia Intensiva. Os profissionais devem estar preparados para conviver diariamente com pacientes críticos, tratar de seus familiares, adaptarem-se à alta rotatividade dos pacientes e fundamentalmente para lidar com a morte. Neste cenário, a Unidade de Terapia Intensiva passa a ser alvo de constantes conflitos éticos no que se refere principalmente ao contato paciente, familiares e profissionais de saúde. **Objetivo:** Sendo assim, buscou-se aqui demonstrar a importância da equipe multidisciplinar trabalhar de forma ética e resgatar os valores da mesma para que ocorra um atendimento digno e de qualidade. **Metodologia:** O presente trabalho utilizou como metodologia a revisão de literatura extraída da base de dados Scielo no período de julho de 2014, na busca de artigos de 2006 a 2012, com as seguintes palavras chaves: ética, UTI e equipe, encontrando-se oito artigos, sendo utilizados seis para este trabalho, pois atingiram o tema proposto. **Resultados:** Observou-se nos artigos pesquisados que as questões bioéticas nas UTIs está diretamente relacionada à manutenção da vida e aos cuidados prestados aos pacientes terminais, pacientes estes que necessitam de tratamento íntegro, com cuidados contínuos e direito a uma morte digna, sempre buscando respeitar a sua autonomia. Para que isso ocorra, são necessários profissionais que respeitem os princípios da ética, da beneficência, da não maleficência e da autonomia na prestação da assistência. A ocorrência de dilemas éticos entre profissionais no decorrer do atendimento tem provocado inúmeras reflexões na área de Bioética e a equipe multidisciplinar deve refletir e debater os pontos polêmicos, atuando em busca da solução desses problemas que ocorrem no cotidiano da UTI. **Conclusão:** O tema estudado mostrou que a ética dentro da UTI é fundamental para manter a integridade, a humanização e a qualidade da assistência, independente do quadro clínico do mesmo e também para com seus familiares e também a necessidade de aprofundar o tema com relação à equipe multidisciplinar dentro da UTI.

**Palavras-chaves:** Ética, Equipe Multidisciplinar e Unidade de Terapia Intensiva

**P 11: Implantação de checklist clínico pela enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva oncológica**

Autores: BECKER, D.; PEREIRA, A.; LINDNER, G.; DANIEL, L.A.; HOROCHOSHI, A.R.; MELO, M.I.A.A.; ECKERT, R.G.; MARCON, R.; PREIFZ, M. C.; SANTOS, R. S.; DUARTE, P.A.D.

**Instituição:** Hospital do Câncer de Cascavel – UOPECCAN.

**Introdução:** As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são centros especializados e capacitados com recursos materiais, físicos, tecnológicos e humano para o atendimento a pacientes instáveis hemodinamicamente. Este ambiente requer do profissional enfermeiro uma série de recursos para o planejamento, concretização e monitoramento de um atendimento seguro e de qualidade que possibilite a uniformização dos cuidados de enfermagem ininterruptos durante todo o internamento. **Objetivo:** Relatar a elaboração e aplicação de um checklist clínico como instrumento de apoio na sistematização do cuidado ao paciente crítico, bem como sua validação junto a equipe de enfermagem de uma UTI oncológica. **Método:** Inicialmente para a elaboração do check list os enfermeiros da UTI levantaram os itens de maior importância na assistência ao paciente crítico. Para a validação deste instrumento junto a equipe, o mesmo foi aplicado diariamente e durante trinta dias, em horários aleatórios e por profissionais diferentes, sendo que após este período foram realizados os ajustes na ferramenta, que passou então a ser rotina na unidade. **Resultado:** O checklist contempla a avaliação quanto a cabeceira da cama elevada, realização de higiene oral, mudança de decúbito de horário, uso de meia antitrombo, presença ou ausência de úlcera de pressão, aplicação de solução oftalmológica e controle glicêmico. **Conclusão:** Após a implantação desta ferramenta na unidade observou-se um melhor monitoramento das rotinas assistenciais, detecção precoce de não-conformidades, bem como a conscientização da equipe quanto a importância de pequenas medidas para a recuperação do paciente crítico.

**P 12: A utilização de protocolo de manipulação hemodinâmica escrito em paciente de alto risco cirúrgico. Relato de caso clínico**

Autores: Colchon, PH; Alonso, O; Martins, FR; Galhardo, R; Rizzo, R; Gurgel SJT

**Instituição:** Hospital Santa Rita / Associação Bom Samaritano

**Introdução:** o uso de protocolo de manejo hemodinâmico escrito pode melhorar os resultados pós-operatórios. **Objetivo:** descrever um protocolo escrito baseado na infusão de dobutamina associada à reposição de fluidos através da monitorização não invasiva do índice de variabilidade pletismográfica (IVP). **Métodos e Resultados:** paciente masculino 62 anos, portador de DPOC, desnutrição importante com IMC de 18.8, portador de neoplasia maligna de estômago com quadro de disfagia completa e em uso de nutrição parenteral total (NPT) há 15 dias. Na sala de cirurgia, puncionado acesso venoso periférico com cateter G16 e artéria radial esquerda com cateter G20. Foi utilizado para mensuração do IVP o monitor Radical-7 (Masimo). Passado cateter peridural apenas para analgesia pós-operatória. Indução anestésica feita com propofol, fentanil e atracúrio, manutenção feita com isoflurano e atracúrio. Foi utilizado um protocolo de manejo hemodinâmico previamente determinado com uso de dobutamina 3 mcg/kg/min e reposição de fluidos baseados no IVP (bolus de 250 ml de colóide na vigência de IVP>13%). Realizado gastrectomia total e colectomia parcial com anastomose primária e jejunostomia. Tempo cirúrgico de 300 minutos, foi extubado na sala e encaminhado para UTI condicionalmente estável sob uso de dobutamina (a qual foi mantida na dose fixa de 3 mcg/kg/min por 24hs de pós-operatório). Permaneceu cinco dias internado na UTI. No 14º dia pós UTI obteve alta hospitalar com nutrição através da jejunostomia. Não apresentou disfunções orgânicas no pós-operatório. **Discussão:** pacientes de alto risco cirúrgico possuem uma alta taxa de morbimortalidade. Embora diversas metanálises publicadas recentemente demonstrem um benefício da utilização perioperatória de protocolos de manipulação hemodinâmica em cirurgias de alto risco, a adoção dessas medidas na prática clínica ainda é baixa. Recentemente tem sido disponibilizados monitores minimamente invasivos e mesmo não invasivos de variáveis hemodinâmicas. A monitorização da volemia é fundamental para manutenção da perfusão tecidual perioperatória. Tanto a hipovolemia quanto a hipervolemia estão associadas à complicações importantes no paciente cirúrgico. O IVP utiliza o princípio da interrelação entre o pulmão e o coração e vem sendo validado para avaliação da responsividade à volume com boa acurácia, no paciente com ritmo sinusal, ausência de esforço respiratório e presença de pressão positiva intratorácica. **Conclusão:** A utilização de um protocolo escrito de otimização do débito cardíaco é factível e foi associado a um melhor resultado pós-operatório.

**P 13: Necrólise epidérmica tóxica: um relato de caso**

Autores: Siviero, D.; Ferreira, M. G.; Garcia, A, M.; Silva, A.; Czapvieski, F.N; Albert, J.; Krebs, J. A.; Ogasawara, S. M.; Jorge A.C.; Costa, C. R. L. M.; Osaku, E. F.

**Instituição:** Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP)/ UNIOESTE

**Introdução:** Pacientes gestantes HIV positivo, a terapia antiretroviral é prescrita para reduzir a carga viral materna e minimizar o risco de transmissão materno-fetal do HIV. A Nevirapina faz parte dessa terapia, porém pode causar complicações, como o rash cutâneo que pode resultar no desenvolvimento da Necrólise Epidérmica Tóxica (NET). A qual causanecrose epidérmica com envolvimento mucoso, acometendo 30% ou mais da superfície corporal. **Relato do Caso:** N.J, 30 anos, gestante, raça negra, Haitiana, residindo no Brasil há 7 meses. HIV positivo diagnosticada durante a gestação. Iniciou tratamento com nevirapina+ lamivudina + zidovudina, 15 dias após o início, apresentou lesões bolhosas e ulceradas que progrediram atingindo inclusive mucosas. Procurou atendimento hospitalar, referindo alergia intensa, sendo encaminhada para o Hospital Universitário do Oeste do Paraná com histórico de farmacodermia. Admitida com Glasgow de 15, em ventilação espontânea, apresentando lesões bolhosas, necróticas, sangrantes com epiderme exposta por todo corpo. Foi transferida para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pela necessidade de cuidados intensos, recebendo tratamento como grande queimado. Posteriormente foi sedada e intubada para facilitar os cuidados. Em relação ao manejo ventilatório, inicialmente utilizou-se o modo assisto-controlado (AC), com uma FiO<sub>2</sub> 50%, PEEP 5, FR 18, VC 480mL. Posteriormente alterou-se o modo para ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV) devido a assincronia com o respirador, mantendo-se uma pressão de suporte de 12. Após aumento da sedação, retorno para modo AC, a PEEP foi alterada de 6 para 7 de acordo com imagem radiológica, o volume corrente programado variou entre 500-480mL, e a FiO<sub>2</sub> entre 50 e 40%, conforme avaliação gasométrica. O manejo ventilatório foi realizado no decorrer dos dias, baseando-se no exame gasométrico e nas necessidades hemodinâmicas. A gestação foi interrompida, paciente evoluiu instável hemodinamicamente, com alta vazão de drogas vasoativas, sem melhoras. Apresentou parada cardiorrespiratória, evoluindo a óbito. Apresentava 90% do corpo com comprometido. **Discussão e Conclusão:** O tratamento de suporte é a retirada do fármaco que desencadeia a reação, o indivíduo deve receber cuidados em UTI, se possível em unidade de queimados, e principalmente prevenir infecções traqueobrônquicas, utilizando-se de intubação e ventilação mecânica. O presente relato de caso mostrou a gravidade de um quadro de farmacodermia induzido pela Nevirapina, que mesmo sendo tratado em uma UTI, com um suporte hemodinâmico e ventilatório adequado, resultou em óbito.

**P 14: Deambulação com paciente em ventilação mecânica: Um relato de caso**

Autores: Czapvieski, F.N.; Ferreira, M. G.; Siviero, D.; Garcia, A. M.; Silva, A.; Albert, J.; Krebs, J. A.; Ogasawara, S. M.; Costa, C. R. L. M.; Osaku, E. F.

**Instituição:** Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP)

**Introdução:** Sabe-se que a imobilidade no leito tem efeitos deletérios sob o sistema músculo-esquelético, respiratório e cardiovascular. Por este motivo diversos estudos sobre mobilização precoce vêm sendo desenvolvidos com o intuito de atenuar estas perdas. Uma das mais influentes atividades funcionais é a deambulação, pois proporciona uma gama de estímulos sensorio-motores. Contudo a deambulação é um desafio dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), principalmente em pacientes sob com via aérea artificial e ventilação mecânica (VM), pois sua segurança e viabilidade são contestadas. **Objetivo:** Diante disso, tem-se como objetivo descrever o caso de deambulação em uma paciente sob VM por TOT. **Descrição do caso:** Paciente de 8 anos de idade, gênero feminino, com histórico de internamento recorrente na UTI pediátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, com diversas falências de extubação por insuficiência respiratória aguda, diagnóstico de mal asmático e pneumonia. No internamento atual já havia apresentado uma falência de extubação, e permanecia entubada, ativa, comunicativa com raciocínio e força íntegros. Nodia da deambulação apresentava imagem radiológica sugestiva de atelectasia em base pulmonar direita, parâmetros ventilatórios baixos (FiO<sub>2</sub> 35%, PEEP 5) em modo PSV/CPAP, e encontrava-se hemodinamicamente estável sem a necessidade de uso de drogas vasoativas. A intervenção foi iniciada com a saída da paciente do leito com apoio, FC 135 bpm e SPO<sub>2</sub> 98%, mantida em sedestação em uma cadeira, evoluindo para ortostatismo mantido por alguns minutos para adaptação a postura, neste momento foi necessária a aspiração do TOT por grande mobilização de secreção. Iniciou-se então, a caminhada, a paciente foi amparada por dois fisioterapeutas e monitorizada através de oxímetro de pulso portátil, mantendo FC em torno de 135-150bpm e SPO<sub>2</sub> 98%. Foi estimulada a apoiar-se no próprio ventilador mecânico guiando-o. Caminhou em torno de 5 metros, todo processo de sentar, deambular e volta ao leito durou aproximadamente 35 minutos. Após foi retornada ao leito, verificado novamente a FC 128bpm e SPO<sub>2</sub> 99%, houve nova necessidade de aspiração do TOT, evidenciando um dos benefícios da deambulação, a mobilização e expectoração de secreção. A paciente apresentou melhora da imagem radiológica e em menos de 48h após a deambulação e foi extubada com sucesso e recebeu alta cerca de 72h depois da intervenção. **Conclusão:** Não houve nenhuma intercorrência durante a deambulação, mostrando que é possível, viável e seguro deambular com pacientes intubados e em ventilação mecânica.

**P 15: Dificuldades durante o período de amamentação em unidades de terapia intensiva neonatal**

Autores: BAULE, M. R.; REIS, E. T. S.; SILVA, C. C. R.; AMADO, C. A. B.

O aleitamento materno é a principal fonte nutritiva e imunológica para o recém-nascido. Para os prematuros é de suma importância que o aleitamento materno seja garantido de forma eficiente para suprir suas necessidades, pois por conter imunoglobulinas favorece a diminuição de infecções, além de auxiliar na maturação do sistema gastrointestinal e promover formação do vínculo mãe-filho. Porém, o fato de estar o filho internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal dificulta o processo de amamentação. Diante da problemática envolvente, cabem reflexões acerca das dificuldades na amamentação em UTIN, que visem amenizar o sofrimento e o fracasso materno, sendo esse o principal objetivo desse trabalho. Para tanto, foi utilizado como instrumento de investigação a pesquisa bibliográfica acerca do tema, realizada em bases de dados atualizadas, como Scielo e Lilacs, para levantamento das dificuldades apresentadas pelas mães para a amamentação do recém-nascido. Foram elencadas, pelas mães, como dificuldades, o uso da sonda gástrica, alteração na dinâmica familiar, falta de local adequado e privado para a amamentação, de equipe capacitada para esse tipo de atendimento e o fato de que muitas mães não têm acesso à rede de apoio. Para que possa ser possível o sucesso da amamentação durante o período de internamento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é importante ter uma equipe multiprofissional em um ambiente adequado para a realização do aleitamento materno, apoio do serviço social e facilidade no acesso das mães e dos familiares ao hospital. Além disso, são sugeridas terapias alternativas e a criação de um programa educacional de incentivo ao aleitamento materno, visando a motivação para quebrar as barreiras iniciais da amamentação e proporcionar segurança para a mãe em relação à saúde de seu filho.

**P 16: Implementação de protocolo de prevenção de úlcera de pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva oncológica**

Autores: BECKER, D.; PEREIRA, A.; LINDNER, G.; DANIEL L.A.; HOROCHOSHI, A.R.; MELO, M.I.A.A.; ECKERT, R.G.; MARCON, R.; PREIFZ M. C.; SANTOS R. S.; DUARTE P.A.D.

**Instituição:** Hospital do Câncer de Cascavel – UOPECCAN.

**Introdução:** A condição do paciente gravemente enfermo internado na Unidade de Terapia Intensiva oncológica (UTI) aumenta consideravelmente o risco de formação de úlcera de pressão (UP). Sua incidência tem sido alvo da qualidade do atendimento multiprofissional. O ulcerômetro como ferramenta para atrair a atenção da equipe, reduzir e controlar as UP tem se mostrado eficiente. Nota-se que o ulcerômetro permite a equipe visualizar o período sem novas UP. Sendo uma ferramenta eficaz, para instigar e motivar a equipe para ações preventivas que traduzem a qualidade da assistência. Num segundo momento dando continuidade acrescentou-se um protocolo de prevenção de UP utilizando a escala de Braden como ferramenta que direciona as condutas do enfermeiro desde a admissão do paciente na UTI e diariamente até a alta. **Objetivo:** Relatar a implementação do protocolo de prevenção de UP, utilizando a escala de Braden como ferramenta de classificação de risco, direcionando as intervenções da equipe de enfermagem. **Método:** Na admissão do paciente e diariamente, o enfermeiro deve fazer o exame físico e avaliar os riscos de desenvolver úlcera de pressão, utilizando a escala de Braden. Com a classificação de risco da escala direciona-se o cuidado. Para risco leve, moderado e elevado: uso de colção de ar, mudança de decúbito de 2/2h, mobilização precoce, sentar em poltrona, hidratação da pele e proeminências ósseas com ácidos graxos essenciais 3 vezes ao dia e segue estes cuidados até a alta. Caso na admissão ou na avaliação diária a escala mostrar risco muito elevado o protocolo orienta seguir o fluxo de risco muito elevado. Este mantém cuidados anteriores porém substitui o colchão de ar por colchão pneumático, uso de filme transparente em proeminências osseas de forma preventiva e avaliação e acompanhamento diário da nutricionista até a alta da UTI. **Resultado:** A aplicação da escala de Braden na admissão do paciente na UTI e diariamente, orienta o enfermeiro e garante ao paciente um atendimento de enfermagem uniforme porém individualizado, por ter o seu cuidado definido, a partir da avaliação de fatores de risco inerentes ao paciente, como: percepção sensorial, umidade, atividade física, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Estes riscos individualizados que orientam o fluxograma do protocolo. **Conclusão:** A utilização do protocolo de prevenção de úlcera por pressão, utilizando a escala de Braden para conduzir o fluxograma de atendimento é de fácil compreensão, aplicabilidade e baixo custo. Garantindo segurança no cuidado de forma sistematizada.

## **P 17: Utilização da prancha de ortostatismo em paciente crítico crônico internado na UTI - Relato de Caso**

Autores: Romano, P, Ono, VBM; Nakamura NN; da Silva, JCM; Vieira, LFA; Gurgel, ACM; Correa, R; Gurgel, SJTG

**Instituição:** Hospital Memorial de Maringá / Faculdade Ingá

**Introdução:** A falta de mobilização dos pacientes críticos em terapia intensiva podem provocar vários efeitos adversos. A utilização da prancha ortostática associada ao suporte fisioterápico ativo e passivo pode resultar em melhores resultados. **Objetivo:** Relatar caso clínico da utilização da prancha ortostática em paciente na UTI. **Método e resultado:** Paciente feminina, 59 anos, portadora de ICC por insuficiência mitral e fibrilação atrial é admitida na UTI com quadro de Choque séptico de foco pulmonar, sendo intubada e iniciado drogas vasoativas. Evolui com resolução das disfunções orgânicas no oitavo dia de internação. Foi iniciado processo de desmame sendo extubada e colocada sob ventilação não invasiva associado à utilização da prancha ortostática seguindo o protocolo de mudança de angulação de 0°, 45° e 90° com intervalo de 15 minutos entre cada mudança, procedimento este realizado no período da manhã, tarde e noite. Durante a realização do procedimento não houve intercorrências hemodinâmicas. Obteve alta para enfermaria no 12º dia de internação sem dependência de suporte pressórico. **Discussão:** Dentre as opções de fisioterapia no paciente crítico, a utilização da prancha ortostática com objetivo de promover ortostatismo assistido tem sido sistematicamente recomendada. Os principais benefícios consistem na melhora do controle autonômico do sistema cardiovascular, no estado de alerta, na estimulação vestibular, no aumento da ventilação, melhora da relação ventilação-perfusão e melhora da função cardiorrespiratória. A prevenção de contratura articular e úlceras por pressão também fazem parte dos benefícios do uso do ortostatismo. A frequência do uso dessa técnica no Brasil não é conhecida. O III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica recomenda a utilização da prancha ortostática apenas em pacientes crônicos e estáveis clinicamente, sendo que a monitorização hemodinâmica durante todo o processo é obrigatória. **Conclusão:** A utilização da prancha de ortostatismo pode acelerar a recuperação funcional de doentes críticos crônicos em terapia intensiva. A monitorização dos parâmetros hemodinâmicos devem fazer parte deste protocolo de utilização para garantir a segurança do processo.

**P 18: Relato de caso: Dengue hemorrágica em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. A importância dos sinais de gravidade.**

Autores: AMADO, C. B.; OLIVEIRA, F. L.; MATOS, R.; FELDMANN, M.B.L.; GUADAGNIN, V.

**Introdução:** Dengue é uma doença oportuna, com sintomas que variam da forma clássica e inespecífica, até manifestações graves de dengue hemorrágica (DH), podendo causar danos a diversos órgãos, resultantes do aumento da permeabilidade capilar, levando rapidamente ao choque. **Objetivos:** Relatar um caso de DH em UTI pediátrica e revisar a literatura sobre o tema. **Relato de caso:** M.T.C, 4 anos e 10 meses, com história febre e vômitos há 2 dias. Realizado consulta em UBS, foi prescrito Paracetamol; retornando ao PAI com queixas de dor abdominal e adinamia. Exames coletados evidenciaram plaquetopenia (85.000 mm<sup>3</sup>), e anemia (hb 10 g/dl, ht 27,8%). Paciente foi internado para observação clínica, hidratação e coleta de Sorologia para Dengue. Após 24 horas apresentava-se afebril, evoluindo com distensão abdominal, melena e dispnéia. Repetidos os exames que evidenciaram 102.000 plaquetas, hb 8,4 g/dl, ht 23,9%, bem como alteração de transaminases e coagulopatia. Sorologia para Dengue IGM positiva e IGG negativa. Paciente foi encaminhado para UTI Pediátrica em franca insuficiência respiratória, hemorragias digestiva e pulmonar. Apesar das medidas para ressuscitação fluidica com colóides e cristalóides, vitamina K, suportes ventilatório, inotrópico e antibióticoterapia, evoluiu para óbito em 24 horas. **Discussão:** A apresentação clínica DH pode ser a mesma da dengue clássica. Entre o terceiro e o sétimo dias da doença podem surgir sinais e sintomas como vômitos importantes, dor abdominal intensa, hepatomegalia dolorosa, desconforto respiratório, letargia, derrames cavitários, alarmando a provável evolução para formas graves. Geralmente, estes sinais precedem as manifestações hemorrágicas provocadas (prova do laço) ou espontâneas, e os sinais de insuficiência circulatória. A OMS caracteriza a DH como: febre alta, fenômenos hemorrágicos, hepatomegalia e falência circulatória. Trombocitopenia moderada a grave e hemoconcentração também são achados definidores. Não existe, até agora, droga de uso clínico com ação efetiva contra o vírus da dengue. Nos casos clássicos, faz-se apenas o tratamento sintomático e hidratação. Nos casos com complicações e febre hemorrágica, são necessárias medidas terapêuticas rápidas cruciais: hidratação venosa vigorosa (20 ml/kg em 20 minutos em caso de choque) e suporte hemodinâmico, com provável necessidade de leitos de terapia intensiva. **Conclusão** A literatura aponta dificuldade do diagnóstico precoce de dengue em pediatria, pois os sintomas iniciais costumam ser inespecíficos, e o tratamento, apenas sintomático. Normalmente não cursa com complicações, porém, pode evoluir para Síndrome do Choque associada à Dengue, com rápida descompensação hemodinâmica e grandes chances de óbito.

## **P 19: Comparação entre os escores de mortalidade e risco nutricional: SAPS 3 e APACHE II VERSUS NRS 2002**

Autores: Sainz-Rueda, NA; Rosa, LLB

**Introdução:** A desnutrição classicamente é associada a piores desfechos clínicos como mortalidade, tempo de hospitalização e custos, porém os preditores clássicos de mortalidade não consideram o estatus nutricional em seus sistemas de análise.

**Objetivo:** Comparar o desempenho quanto a predição de mortalidade entre um escore de risco nutricional e um escore de prognóstico clássico de mortalidade (*The Nutritional Risk Screening 2002 – NRS 2002 versus Simplified Acute Physiology Score – SAPS 3 e Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II - APACHE II*) em pacientes sob ventilação mecânica invasiva em UTI de um hospital universitário da região noroeste do Paraná.

**Materiais e Métodos:** Foram aplicados os escores SAPS 3, APACHE II e NRS 2002 simultânea e sequencialmente em 130 pacientes adultos, de ambos os sexos, entubados, com indicação de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entre agosto de 2013 a fevereiro de 2014. Os escores foram calculados no momento da solicitação de vaga para a UTI. Os pacientes foram acompanhados até sua liberação para enfermaria ou óbito. Foi realizada a avaliação comparativa entre os escores quanto às Curvas de Características de Operação do Receptor (Curvas ROC-Receiver Operating Characteristic) em uma população de pacientes adultos em UTI, obtendo as respectivas áreas sobre as curvas (AUC) e melhores pontos de corte e, secundariamente, avaliação das mortalidades por categoria do NRS 2002.

**Resultados:** A mortalidade do grupo foi de 41,53%. Com a avaliação das curvas ROC obtivemos AUC-SAPS3= 0,845 com IC 95% 0,771-0,902, AUC-APACHEII=0,735 com IC 95% 0,650-0,808 e AUC-NRS 2002=0,844 com IC 95% 0,770-0,902. A comparação entre as curvas de NRS 2002, SAPS 3 e APACHEII mostrou não haver diferença significativa entre as duas primeiras ( $p=0,9852$ ) e diferença significativa entre NRS 2002 e APACHE II ( $p=0,0169$ ). Melhor critério para SAPS 3 > 57 (sensibilidade 91,9% e especificidade 69,8%) para NRS 2002 >4 (sensibilidade 75,7% e especificidade 74,6%) e para APACHE II >19 (sensibilidade 59,3% e especificidade 77,6%). As mortalidades conforme os NRS 2002 de 3,4,5,6 e 7 foram respectivamente 9,1%, 19,4%, 54,5%,70% e 100,0%. **Conclusão:** O NRS 2002 poderia ser usado com o mesmo desempenho que o SAPS 3 e superior ao APACHE II como prognosticador de mortalidade em UTI, sendo a maior vantagem a simplicidade e maior rapidez de cálculo. Esse dado mostra a importância da avaliação do estado nutricional a ser mais explorado nos próximos escores de prognóstico em desenvolvimento.

**P 20: Sinais de ruptura pré-operatória de aorta abdominal – relato de caso.**

Autores: Hélcio Giffhorn, Fabiana W. Caprilhone, Andréia C. Chromiec

**Instituição:** Hospital Pilar - Unidade de Terapia Intensiva

**Introdução:** O aneurisma de aorta abdominal (AAA) pode evoluir clinicamente com dissecação de sua parede ou apresentar sinais de ruptura. Estes sinais de ruptura encontram-se em aproximadamente 50% dos casos (dor abdominal, massa pulsátil e choque). Este risco de ruptura aumenta em 20%/ano quando o diâmetro é maior que 70 mm. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi de rever os sinais/sintomas dos AAA que se apresentam com iminência de ruptura. **Métodos:** Paciente com 89 anos, sexo feminino, admitida no Hospital Pilar com quadro de dor abdominal. Estava em acompanhamento há 03 anos, quando realizou angiotomografia da aorta abdominal (ATAb) e apresentou diâmetro transversal de 63 mm. Havia presença de trombo intra-luminal e ausência de roturas ou dissecações. Co-morbidades: HAS e diabetes. **Resultados:** Admitida na UTI com dor abdominal (27/03/2014), evolução de dor mais intensa há aproximadamente 24 horas. TAC de abdome (26/03/2014): volumoso aneurisma da aorta abdominal com placas de ateromas, presença de trombos murais, coexistência de área de dissecação, diâmetro de 96 x 90 mm. Comprometimento do aneurisma na região do hilo renal e estendendo-se até as artérias ilíacas. Paciente foi submetida a operação de correção (enxerto aorto bi-ilíaco). **Conclusões:** Habitualmente AAA grandes são admitidos no hospital com sinais de ruptura ou rotura apresentando grande mortalidade. O aparecimento de dor em abdome em paciente assintomático indica que há risco de ruptura do AAA e indicação de intervenção invasiva (cirurgia ou endoprótese). Neste caso, apesar da idade avançada, o AAA estendia-se até as artérias renais e a cirurgia foi o procedimento realizado.

**P 21: *Klebsiella pneumoniae carbapenemase (KPC)* em unidade coronariana.**

Autores: HÉLCIO GIFFHORN; ANA CLÁUDIA ARAÚJO DOS SANTOS GIFFHORN

**Instituição:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA – UNIDADE CORONARIANA

**Introdução:** A presença de germes multiresistentes em unidades de terapia intensiva (UTI) causam uma grande preocupação. A *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC) confere resistência a um grande número de antimicrobianos (AMC) e está associada a pacientes com presença de múltiplas enfermidades.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi o de avaliar retrospectivamente os fatores de risco de um surto de KPC em uma unidade coronariana (UCO) e os métodos de prevenção apropriados. **Métodos:** No período de abril a agosto de 2011, 04 pacientes internados na UCO apresentaram KPC positiva. 03 eram do sexo masculino e a idade média foi de 49 anos. O tempo de internamento médio foi de 53 dias. A KPC não representou prolongamento de internação. Em todos os casos foram utilizados antibióticos previamente ao diagnóstico. **Resultados:** Ocorreram 03 óbitos hospitalares. Os AMC utilizados foram a polimixina B e a tigeciclina. Foram intensificadas as medidas de isolamento após a positivação das culturas. Fatores de risco ambientes identificados foram a utilização comum dos aparelhos (ECG, hemodiálise e RX portátil) . O internamento de outros pacientes foi bloqueado e não houveram mais casos. A origem do KPC não foi possível de determinar.

**Conclusões:** A presença de KPC em UCO esteve associada a pacientes graves e de longa permanência. A origem da KPC foi externa à unidade, por transmissão de provável contacto. Nesta casuística, a KPC não foi a determinante no insucesso do tratamento dos pacientes.

**P 22: Ateroembolismo renal e prostaglandina: uma nova opção de tratamento?**

Autores: Bortolon, P.H.B.M.; Sella, J.A.; Amado, L.E.

**Instituição:** Hospital Santa Rita de Maringá

Paciente masculino, 66 anos, branco, ex-tabagista e com diagnóstico prévio de doença renal crônica classe IV, hipertensão e dislipidemia, passou por angioplastia primária devido IAM inferior no dia 15 de junho de 2013, na época com creatinina de 1,38 (depuração de creatinina estimada de 53 ml/min/1,73m<sup>2</sup>). Retorna ao ambulatório da Nefrologia, 50 dias após a alta, com piora progressiva da função renal, apresentando creatinina de 3,79, eosinófilos de 11,6%, potássio de 5,3 mEq/L e uréia de 129mg/dL (tabela de exames em anexo). Ao exame físico, apresentava-se hidratado, mas com *livedo reticularis* em dedos dos pés e PA: 170x80. Neste intervalo não usou anti-inflamatório, contraste ou qualquer outra medicação nefrotóxica que justificasse a agudização de sua insuficiência renal crônica. Feito o diagnóstico presuntivo de ateroembolismo renal pelo quadro clínico-laboratorial e tempo de evolução após intervenção hemodinâmica. Foi reinternado pela dor que referia em membros inferiores e iniciado tratamento com Prostvasin (alprostadil), 40mcg/dia, prescrito pelo cirurgião vascular que o acompanhava, além de Rosuvastatina 10mg/dia, Bisoprolol 20mg/dia, AAS 100mg/dia e Anlodipino 10mg/dia. Após 3 dias da admissão hospitalar, apresentou melhora significativa do *livedo reticularis* e da função renal, com retorno da creatinina a 1,8. Não foi prescrito nenhum tipo de reposição volêmica ou outra terapêutica que influenciasse esta melhora da função renal. Permanecendo nestes níveis de creatinina sérica, recebeu alta para acompanhamento ambulatorial com manutenção da função renal estável no retorno após 30 dias. **Discussão:** O ateroembolismo é uma doença multissistêmica que afeta diversos órgãos como pele, rins, trato gastrointestinal e sistema nervoso central. Na maioria das vezes é uma consequência da complicação de procedimentos endovasculares. A doença renal ateroembólica (DRA) pode ser definida como uma insuficiência renal secundária à oclusão das artérias e arteríolas renais por êmbolos de colesterol que se depositam na forma de cristais. Seu método diagnóstico mais acurado é a biópsia renal e até o momento não se tem um tratamento específico eficaz. Existem poucos relatos de casos que apresentaram melhora com o uso de prostaglandina. **Conclusão:** Apresentamos o relato de caso de paciente com diagnóstico prévio de Insuficiência Renal Crônica estágio IV com piora de função renal após procedimento hemodinâmico por DRA que obteve melhora significativa da creatinina sérica após introdução de prostaglandina para tratamento de microembolizações distais em extremidades. Fica claro a necessidade de trabalhos experimentais e, posteriormente, clínicos para embasar a utilização deste medicamento com a finalidade de tratar a DRA que, até os dias de hoje, não apresenta tratamento específico.

**P 23: Trombose venosa cerebral: um diagnóstico às vezes esquecido em cefaleia**

Autores: Oliveira, TFT; Oliveira, JMR; Iachinski, RE; Bandeira, JL; Emori, FT

**Instituições:** Hospital São Lucas e Faculdade Assis Gurgacz (FAG) – Cascavel, PR.

**Introdução:** Cefaleia é um problema de saúde com prevalência significativa em serviços de urgência e emergência (1-4%). A abordagem inicial do atendimento é o diagnóstico entre cefaleia primária ou secundária (devida a causas externas), pois define o tratamento e o prognóstico. Entre as cefaleias secundárias, a trombose venosa cerebral (TVC) se apresenta como uma condição grave, com mortalidade de até 50%. Além de doença incomum, menos de 1% dos acidentes vasculares cerebrais, é de difícil diagnóstico devido ao grande espectro de manifestações clínicas, que podem mimetizar outras doenças. **Relato do caso:** Paciente feminina, 33 anos, apresentou quadro súbito de cefaleia de forte intensidade, do tipo explosiva, associada a rigidez de nuca e não aliviada pelo uso de analgésicos. Realizada ressonância magnética de crânio, que demonstrou área de trombose em veia jugular direita e em seios sigmóide e transverso direito, com infarto venoso associado. Encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após piora clínica, realizou-se tomografia computadorizada de crânio, que demonstrou área de transformação hemorrágica em local de infarto venoso. Permaneceu em UTI durante 3 dias, com monitoração, analgesia e avaliação neurológica de 2/2h. Após 3 dias da alta da UTI, a paciente recebeu alta hospitalar sem déficit motor e Glasgow 15. **Conclusão:** O diagnóstico de cefaleia por muitas vezes é subestimado pelo médico. É fundamental pensar em causas incomuns como a TVC, inclusive com complicações. O tratamento tardio ou negligenciado causa danos irreparáveis ao paciente. O uso de heparina na fase aguda seguido de anticoagulante oral se mostra seguro e eficaz na prevenção e progressão da doença. No caso apresentado, optou-se por evitar essa terapêutica pela presença de transformação hemorrágica. A percepção rápida e precisa de uma piora neurológica, aliada a estudos de imagem apropriados, pode definir o tratamento e a evolução clínica. Por este motivo, a UTI se mostra muito relevante para o prognóstico destes casos.

**P 24: Síndrome DRESS com manifestação renal grave**

Autores: Oliveira, TFT; Clarindo, MV; Moraes, CF; Peres, LAB

**Instituições:** Hospital São Lucas e Faculdade Assis Gurgacz (FAG) – Cascavel, PR.

**Introdução:** A síndrome DRESS (SD), é uma reação adversa grave a drogas, idiossincrática e com envolvimento de múltiplos órgãos, cursando com eosinofilia e sintomas sistêmicos. Os critérios diagnósticos incluem: dermatose induzida por fármaco, anormalidades hematológicas e comprometimento sistêmico. A SD pode levar a altas taxas de mortalidade se não tratada precocemente. Ressalta-se a importância de sua rápida identificação para o pronto e efetivo manuseio dos pacientes, especialmente quando apresentar manifestações mais graves. **Relato do caso:** Paciente masculino, negro, 70 anos, apresentou SD após o uso de ampicilina-sulbactam para quadro de úlcera venosa infectada em membro inferior direito. O caso compreendia eritrodermia com lesões erosadas e acometimento mucoso, caracterizando eritema multiforme *major*, eosinofilia maior que 1500 cels/dL e injúria renal aguda (IRA). Transferido para a Unidade de Terapia Intensiva por apresentar uremia importante e sinais de sepse. Foi tratado com prednisona oral (1 mg/kg/dia), com remissão das lesões cutâneas, melhora da função renal e redução da leucocitose e eosinofilia. **Conclusão:** Relatamos um caso clássico de SD cursando com IRA, responsivo à corticoterapia oral. O reconhecimento imediato da síndrome e a retirada do fármaco causador são essenciais no manejo dos pacientes, juntamente com o tratamento de suporte. O diagnóstico e abordagem terapêutica precoce permitiram boa evolução do quadro apresentado, mesmo em paciente grave e que necessitou suporte em ambiente de terapia intensiva. O tratamento com corticoide permanece controverso, devendo-se avaliar o risco-benefício em cada caso.

## **P 25: O perfil dos internamentos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Santa Rita de Maringá, Paraná.**

Autores: Amado, C.B.; Bicheri, R.D.; Kurashima, N.I.; Silva, M.M.

**Instituição:** Hospital Santa Rita de Maringá, Paraná.

**Introdução:** O presente estudo aborda o perfil epidemiológico da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Santa Rita de Maringá, Paraná. UTI Pediátrica (UTIP) é definida como uma unidade que oferece cuidados especiais a pacientes criticamente doentes, necessitando de profissionais altamente qualificados, equipamentos adequados e instalações projetadas para tal finalidade. A informação em saúde (levantamento das patologias, tempo de internação e aproveitamento da UTIP) é um instrumento que nos leva a conhecer a realidade sócio - econômica, cultural, demográfica e epidemiológica de uma determinada região. Apesar da grande diminuição da mortalidade infantil, os índices neonatais, principalmente a mortalidade precoce, ainda é de difícil controle, sendo responsável por 2/3 das mortes na região sul do país. Informações a respeito das taxas e causas de hospitalização são importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida, possibilitando o incremento de ações capazes de reduzir a internação hospitalar.

**Objetivos:** Conhecer as características da população através do levantamento do número de internações, taxa de permanência na unidade, diagnóstico por CID e mortalidade na UTI neonatal da maternidade Santa Rita, em Maringá/PR. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo, observacional e descritivo envolvendo todos os recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva neonatal do Hospital Santa Rita de Maringá, no período de janeiro de 2013 a junho de 2014. **Resultados:** No total foram internados 280 pacientes, a maioria diagnosticada com insuficiência respiratória do recém-nascido (CID P285) e recém - nascidos pré-termo (PO73). Ambos presentes em 33 pacientes. A média de permanência foi de 14 dias em 2013 e 12 dias em 2014. A taxa ocupacional de leitos foi em torno de 79% em ambos os anos. A mortalidade foi de 9,6% e 11% nos anos de 2013 e 2014 respectivamente. **Conclusões:** Em comparação com os países desenvolvidos, temos um longo caminho a percorrer. Porém a nossa mortalidade está compatível aos países latino-americanos. Devemos ter a clareza de que o que importa é o fator evolutivo. Há 10 anos, a mortalidade neonatal era extremamente alta, época que não havia normas e a assistência era muito precária. Com base nestes dados, enfatizamos a necessidade de uma melhor cobertura pré-natal, rever as taxas de cesarianas, realizar programas mais efetivos de conscientização do uso de esteróides pré-natal de maneira controlada e não abusiva, novas políticas e mais rígidas, de controle de infecção hospitalar e necessitamos de uma monitorização permanente dos indicadores de saúde perinatal.

**P 26: Título: Perfil de ocupação de leitos da maternidade do Hospital Santa Rita de Maringá, Paraná.**

Autores: Amado, C.B.; Bicheri, R.D.; Kurashima, N.I.; Silva, M.M.

**Instituição:** Hospital Santa Rita de Maringá, Paraná.

**Introdução:** O seguinte estudo aborda o perfil de ocupação de leitos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) da maternidade do Hospital Santa Rita de Maringá, Paraná. Levou – se em consideração o número de internamentos pelo SUS, particulares e demais planos de Saúde. Segundo Barbosa (2002), seriam necessários em média um leito intensivo e três semi – intensivos para cada 1000 nascidos vivos por ano. O mesmo constata que a terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil experimentou um grande desenvolvimento nos últimos 20 anos, de certa forma acompanhando a tendência mundial, no entanto, o que se observa hoje é que esse crescimento se fez e ainda continua ocorrendo sem um planejamento estratégico adequado. O resultado, há muito percebido pelos usuários do sistema, somente agora começa a ser claramente evidenciado: não há equidade na distribuição dos leitos, o acesso é limitado, penalizando quase sempre a parcela mais carente da população e a qualidade dos serviços prestados é extremamente contrastante, variando de unidades altamente sofisticadas a outras sem a estrutura mínima necessária. **Objetivos:** O objetivo do presente estudo foi conhecer o número de internações e determinar a taxa de ocupação de leitos no SUS, particulares e demais convênios. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo, observacional e descritivo envolvendo todos os recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva neonatal, no período de janeiro de 2013 a junho de 2014. **Resultados:** No ano de 2013 foram internados 180 pacientes, dos quais 151 por convênios, 24 pelo SUS e 5 leitos particulares. Já no período de 01 de janeiro de 2014 a 30 de junho de 2014, 100 pacientes foram internados, sendo 82 por convênios, 13 pelo SUS e 5 particulares. Não foram encontrados dados na literatura para comparação com a média do país. **Conclusões:** Com base nos dados analisados, concluímos que o maior número de atendimentos na UTIP do Hospital Santa Rita de Maringá ocorre através dos convênios, ao contrário do que ocorre com o SUS e leitos particulares. O número de leitos necessários aumentou nos últimos anos devido ao avanço da assistência ao recém – nascido de alto risco, porém a disponibilidade de leitos não é compatível com a demanda, até mesmo em grandes cidades como Rio de Janeiro e São Paulo. Políticas públicas são necessárias para mudar esse quadro, garantindo equidade no atendimento em um sistema que tem como princípio a universalidade.

**P 27: Necrólise epidérmica tóxica: um relato de caso.**

Autores: GIANCURSI, T.S; DUARTE, P.A\*; OLIVEIRA, C.S; GERHARDT,J; OLIVEIRA, J.V.C; DELAI, A; NARVAES, C.M

**Instituição:** Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP.

**Introdução:** A síndrome de Stevens Johnson (SSJ) e a necrólise epidérmica tóxica (NET) são espectros da mesma doença: erupções graves reativas a drogas. Ocorrem em aproximadamente 2-3 pessoas/milhão/ano. Acometem todas as idades, raça e sexo, e estão relacionadas principalmente ao uso de fármacos. A SSJ é fatal em 5% dos casos, e a NET em 30%. Na NET, há extensa perda da epiderme, devido a necrose acometendo mais de 30% da superfície corpórea. A patogênese básica é uma reação de hipersensibilidade tardia a fármacos. **Objetivos:** Relatar um caso de NET por nevirapina. **Métodos:** Estudo tipo relato de caso, em paciente internada no HUOP no período de março/2014. **Resultados:** Paciente NJ, feminina, 32 anos, haitana, negra, previamente hígida, primigesta. Admitida no Pronto Socorro do HUOP em 29/03/2014, com 29 semanas e 4 dias de idade gestacional, com diagnóstico de HIV no primeiro trimestre gestacional. Após quinze dias do início do tratamento com nevirapina + lamivudina + zidovudina, apresentou surgimento de lesões bolhosas sero-hemorrágicas disseminadas em pele e mucosas, dolorosas. Apirética. Procurou atendimento na cidade de origem no dia 24/03, feito tratamento com antibióticos, antifúngicos e corticoide – sem melhora; sendo, então, referendada ao HUOP. À admissão, estável hemodinamicamente, ventilação espontânea, presença de inúmeras lesões bolhosas de conteúdo sero-hemático e lesões ulceradas, sem sinais de infecção secundária, lábios e cavidade oral com bolhas e úlceras rasas. Os exames laboratoriais revelaram leucopenia (3431 leucócitos) e linfopenia (789 linfócitos), com desvio à esquerda (1235 segmentados e 1098 bastões), imune a toxoplasmose e rubéola, VDRL não reagente, hepatites B e C não reagentes. Mantida antibioticoterapia de largo espectro, hidratação vigorosa, corticoterapia e curativo com sulfadiazina de prata. Admitida na UTI no dia seguinte. Em 31/03, submetida a IOT+VM, devido a dor. Evoluiu com choque séptico em 01/04. Realizado cesárea em 01/04. Óbito em 07/04/2014 por disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. **Conclusões:** Os principais agentes etiológicos envolvidos são medicações, como: sulfadiazina, fenobarbital, fenitoína, lamotrigina; vírus, como HIV. O reconhecimento precoce da reação e a retirada do fármaco é o mais importante, visto que o atraso pode ser altamente deletério. Os pacientes devem ser tratados em UTI, e, se possível, em unidade de queimados. O tratamento é suportivo (analgesia, cuidados locais como curativos e anestésicos tópicos, nutrição enteral precoce, controle de temperatura, mudança de cateteres e profilaxia de tromboembolismo) e de supressão (imunoglobulinas, ciclosporina, ciclofosfamida). Mesmo assim, a mortalidade, em especial na NET, é elevada.

**P 28: Detecção precoce de delirium e uso de benzodiazepínicos**

Autores: Boeira, RS; Valero, MC; Turati, T; Bortolon, C; Donato, P; Farneda, LP; Favero, MT; Mouzinho, IT; Faria, MQG; Sulzbacher, G

**Instituição:** Faculdade Assis Gurgacz

**Introdução:** Delirium é uma alteração cognitiva de início agudo e curso flutuante, com distúrbio de consciência e atenção, apresentando-se na forma hipo/hiperativa ou mista. Dentre os pacientes acometidos, há maior prevalência daqueles hospitalizados, principalmente idosos e debilitados. Por ser uma alteração multifatorial, muitas vezes não é diagnosticada e, dessa forma, não é tratada adequadamente. **Objetivo:** Descrever um caso clínico de Delirium em paciente idoso com piora do quadro após uso de benzodiazepínico. **Método:** Paciente feminino, 83 anos, com histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica, Insuficiência Cardíaca Diastólica e Fibrilação Atrial que começou a apresentar episódios de hipo/hiperatividade, agressividade e alucinações auditivas e visuais em seu domicílio. Após consulta médica foi iniciado uso de Clonazepam, porém apresentou piora da agitação, necessitando de internação hospitalar. Enquanto investigava a causa desta, foi acrescentado Diazepam para o manejo. No segundo dia de internação iniciou-se tratamento com antibioticoterapia para Broncopneumonia. O quadro clínico piorou e evoluiu com rebaixamento do sensório e esforço respiratório importante, necessitando de suporte em UTI, porém mantendo-se os benzodiazepínicos. Os exames laboratoriais se encontravam dentro da normalidade, mas a paciente não respondia ao tratamento. **Resultados:** Após avaliação geriátrica, chegou-se à conclusão de que a paciente vinha apresentando quadro de Delirium em seu domicílio por possível foco pulmonar que se agravou pela associação com benzodiazepínicos. Realizou-se a retirada desses e foi iniciado o uso de antipsicótico (Quetiapina) por alguns dias. Houve evolução para resolução da Broncopneumonia e do Delirium. **Conclusão:** O conhecimento das manifestações clínicas e possíveis etiologias do Delirium são essenciais, visto que os medicamentos usados para o tratamento de certos sintomas podem levar à piora do quadro clínico e, nesses casos, fazendo-se necessárias reavaliações contínuas do paciente e da medicação utilizada.

**P 29: Profilaxia da pneumonia associada à ventilação mecânica com uso de probióticos por via enteral e aplicação em mucosa bucal.**

Autores: Sainz-Rueda, NA; Rosa, LLB; Mikcha, JMG.

**Instituição:** Hospital Universitário Regional de Maringá

**Introdução:** Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é responsável por aumento de morbi-mortalidade e custos hospitalares, portanto o seu controle reflete a qualidade da assistência hospitalar. Novas estratégias de prevenção da PAV, incluindo alimentos com microorganismos vivos estão em investigação. Os PROBIÓTICOS como são chamados favorecem a saúde do hospedeiro por reduzir colonizações e infecções por mecanismos de inibição físico-químico e imunológico.

**Objetivos:** investigar o possível efeito protetor de uma mistura de probióticos e frutooligossacarídeos na prevenção da PAV em adultos. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, randomizado, duplo-cego, placebo controlado realizado em hospital de ensino com pacientes com expectativa de ventilação mecânica por mais de 48 horas. Foram excluídos aqueles sem consentimento informado, valvulopatas, gestantes, menores de 18 anos, pancreatopatas e imunossuprimidos. Os pacientes receberam duas vezes ao dia probióticos (*Lactobacillus paracasei* Lpc-37, *Lactobacillus rhamnosus* HN001, *Lactobacillus acidophilus* NCFM, *Bifidobacterium lactis* HN019 no total de  $1,6 \times 10^9$  UFC /dia) com frutooligossacarídeos ou apenas frutooligossacarídeos (total de 24g/dia) até a extubação. Metade da administração foi feita por sonda de alimentação (02 sachets) e metade em orofaringe após higiene oral com solução alcoólica de cetilperidíneo. PAV foi definida por critérios clínicos como novo infiltrado radiológico após 48 horas da entubação associada a pelo menos dois dos achados: febre maior que 38 °C, leucocitose ou leucopenia ou ainda secreção purulenta em aspirado orotraqueal. **Resultados:** Os grupos (n=132) eram comparáveis e receberam cuidados semelhantes na prevenção da PAV (avaliados e comparados quanto inclinação de cabeceira, volume de infusão de dieta, profilaxia de trombose venosa profunda, profilaxia de lesões gástricas e despertar diário), exceto pelo uso de probióticos. O grupo que recebeu PROBIÓTICO (n=66) apresentou duas vezes menos chance de desenvolver PAV comparado com o grupo que recebeu apenas PREBIÓTICO (40,9 vs. 22,2 %, p = 0.025). Não houveram diferenças significativas (p>0,05) entre mortalidades, dias de hospitalização e dias de ventilação mecânica. Não ocorreram registros de endocardites ou isquemias intestinais em ambos o grupos. Foram necessários 05 pacientes com uso de PROBIÓTICOS para prevenção um caso de PAV (NNT= 5). **Conclusão:** O uso de PROBIÓTICO associados com frutooligossacarídeos foi capaz de reduzir a incidência de PAV comparado ao uso isolado de frutooligossacarídeos de forma simples, econômica e segura, o que porém, mas não levou a redução significativa de mortalidade, dias de ventilação mecânica e hospitalização.

**P 30: Relato de um caso crítico: Quando valorizar um sopro?**

Autores: RECCO, MLC; MORAES, CRT; LEONEL, RC; MASSARO SCK; NEMER, CA; WEINAND, RM.

**Instituição:** Hospital Metropolitano de Sarandi

**Introdução:** As alterações da ausculta cardíaca mais comuns na infância são os sopros. Um sopro cardíaco detectado poucas horas após o nascimento ou mais tardiamente, pode indicar uma lesão estenótica valvular aórtica ou pulmonar, lesões que causam *shunts* esquerda-direita como as comunicações interventriculares e canal arterial patente, ou *shunts* direita-esquerda. As cardiopatias congênitas acometem de 8 a 12/1.000 nascidos vivos. Sendo classificadas como acianogênicas (85%) e cianogênicas (15%). A tetralogia de Fallot é uma das cardiopatias congênitas cianóticas mais frequentes na criança, correspondendo a 10% de todas as cardiopatias congênitas. Quando não tratada cirurgicamente, a maioria dos pacientes vai a óbito ainda na infância, sendo indicada a correção cirúrgica eletiva em pacientes assintomáticos preferencialmente entre 3 e 12 meses de idade. Crianças que não recebem tratamento cirúrgico, seja definitivo ou paliativo, apresentam mortalidade de 30% até o sexto mês de vida ou 50% até os dois anos, apenas 20% alcançam os 10 anos de idade e 5 a 10% alcançam os 21 anos de idade. **Objetivos:** Descrever um caso clínico sobre um sopro cardíaco detectado no berçário, com diagnóstico de Tetralogia de Fallot com evolução para cirurgia de urgência aos 5 meses. **Métodos:** Relato de caso a partir de um prontuário médico no qual foram retirados dados de exame clínico e imagem realizados no Hospital Metropolitano de Sarandi em Dezembro/2013. Foi realizada uma revisão literária na SCIELO, dos últimos 10 anos sobre o tema. **Resultados:** RN de CDGS, nascido de parto cesárea, IG: 37sem5dias, 2º gemelar, RNT precoce, AIG, peso de nascimento: 2.415g, estatura: 45cm, PC: 33cm, APGAR: 8/10, boa vitalidade ao nascer. Primeiro exame físico sem alterações, AC: BCRNF 2T sem sopros. Com 36 horas de vida apresentou sopro sistólico +++/6+ e teste do coraçãozinho alterado (MSD: 92% e MID: 92%) sendo repetido o teste confirmando a alteração. Solicitado avaliação do cardiopediatra, que realizou ecocardiograma no berçário fazendo diagnóstico de Tetralogia de Fallot. Criança manteve-se estável, em acompanhamento ambulatorial com cardiopediatra e aguardando correção cirúrgica. Porém evoluiu com crise de hipóxia grave aos 5 meses de vida, após quadro infeccioso pulmonar, sendo encaminhado para UTI pediátrica e realizado cirurgia cardíaca de urgência. **Conclusão:** Relatamos o caso para alertar a importância do exame físico detalhado e periódico, assim como da realização correta do teste do coraçãozinho, para a se diagnosticar cardiopatias potencialmente graves durante o período de internamento no berçário e não tardiamente.

**P 31: Uso da vasopressina na redução dos níveis de noradrenalina no choque séptico refratário – relato de caso.**

Autores: Peron, MF; Campelo, LR; Gomes, RS; Arnoni, LD; Correa, RA; Gurgel, SJT

O uso de altas doses de noradrenalina está relacionado a uma maior dificuldade de gerar estabilidade hemodinâmica no paciente com choque séptico refratário. A administração de vasopressina aumenta a pressão sanguínea e reduz a necessidade de infusão de catecolaminas em pacientes em choque séptico. O objetivo do presente estudo é demonstrar que o uso concomitante da noradrenalina e vasopressina permitem um maior controle de pressão sanguínea e estabilidade hemodinâmica nesses pacientes. Paciente, sexo masculino, 49 anos, portador de cirrose hepática, foi admitido na UTI com quadro de sepse grave de foco pulmonar. Apresentou quadro de instabilidade hemodinâmica com necessidade de uso de noradrenalina, sendo intubado e colocado sob ventilação mecânica. Evoluiu com piora do choque, a despeito do aumento gradativo da dose de noradrenalina. Optou-se pela introdução da vasopressina com objetivo de controle do choque séptico refratário e estabilização da infusão da noradrenalina. Após 16 dias de internação na terapia intensiva e controle do quadro séptico, sem o uso de drogas vasoativas foi de alta para enfermagem. Obteve alta hospitalar 15 dias após sua alta da UTI. Pacientes com choque séptico ou choque séptico refratário apresentam altas taxas de mortalidade. Embora seja tratamento padrão para o controle do choque séptico e manutenção da perfusão orgânica concomitante às estratégias de reposição de fluidos, a noradrenalina possui importantes efeitos adversos que podem inclusive aumentar a taxa de mortalidade. A vasopressina é um hormônio liberado endogenamente que vem sendo utilizado como adjuvante ao uso das catecolaminas em pacientes com choque séptico refratário. A vasopressina aumenta a pressão sanguínea, diminui a necessidade de noradrenalina e melhora a função renal, porém, não existe consenso na literatura sobre a sua função em diminuir mortalidade. O uso da vasopressina permite um melhor controle hemodinâmico e diminuição na dose de noradrenalina no paciente com choque séptico refratário.

**P 32: Rotação de opióide no desmame da ventilação mecânica do paciente grave – relato de caso.**

Autores: Campelo, LR; Peron, MF; Gomes, RS; Arnoni, LD; Correa, RA; Gurgel, SJT

A presença de *delirium* em pacientes intubados e sedados por períodos longos é comum e dificulta o processo de despertar. O objetivo deste relato é demonstrar a utilização de metadona no controle da dor e agitação, favorecendo o desmame da ventilação mecânica e a alta da unidade de terapia intensiva. Paciente, sexo feminino, 72 anos, admitida na UTI do Hospital Memorial de Maringá com quadro de DPOC exacerbada e ICC descompensada. Evoluiu com choque séptico de foco pulmonar, sendo intubada, sedada e colocada sob ventilação mecânica. A sedação foi realizada com fentanil. Após a resolução do quadro séptico e a retirada do suporte de drogas vasoativas, iniciou-se o processo de despertar e desmame de ventilação mecânica. Durante o protocolo de despertar, através da redução da dose de fentanil, a paciente apresentou agitação e hipertensão arterial com taquicardia, dificultando a continuidade do processo. Indicou-se a traqueostomia e infusão de midazolam concomitante ao fentanil até a realização da mesma. Após a traqueostomia, continuava a apresentar quadro de agitação e instabilidade hemodinâmica, impossibilitando o desmame da sedação e ventilação. Foi introduzido a quetiapina, porém sem sucesso no controle da agitação. Optou-se pela introdução da metadona e aumento da dose de quetiapina, com diminuição progressiva do fentanil. A paciente evoluiu com controle da agitação, e após 26 dias de internação na UTI foi de alta para enfermaria. O choque séptico é considerado grave e de alta mortalidade, sendo a principal causa de morte em terapia intensiva. Grande parte dos pacientes graves internados nas UTIs apresenta episódios de *delirium* e agitação e, conseqüentemente, aumento nas taxas de morbimortalidade e no período de internação, o que resulta em maiores custos do tratamento. A utilização da metadona em pacientes críticos parece controlar os sintomas de abstinência ao uso de sedativos em infusão contínua, diminuindo tempo de desmame ventilatório, principalmente em crianças. A experiência do uso de metadona enteral em adultos ainda é pequena, neste contexto, a substituição do fentanil em infusão contínua pela metadona pode otimizar o processo de desmame ventilatório. A utilização da metadona pode facilitar o controle da dor e agitação no pós despertar.

### **P 33: SÍNDROME DA EMBOLIA GORDUROSA – RELATO DE CASO**

Autores: Campelo, LR.; Borges, KB.; Menezes T.; Molina, ET.; Fischer, J.

#### **Introdução:**

A síndrome da embolia gordurosa continua a ser um desafio diagnóstico para os médicos. Comumente associado à fratura de ossos longos e pelve, sendo mais freqüente em fraturas fechadas. Tem sido observado a SEG em até 33% dos pacientes com fratura de fêmur bilaterais. A tríade clássica caracterizada por insuficiência respiratória aguda com infiltrado pulmonar difuso, disfunção neurológica e rash com petéquias.

**Caso Clínico:** Paciente, sexo masculino, 27 anos, admitido no pronto socorro do hospital metropolitano Sarandi-PR, após ser vítima acidente automobilístico, sofrendo fraturas bilaterais de tibia e fíbula. Foi indicado tratamento cirúrgico pela ortopedia, as fraturas após estabilizadas por fixadores externos sofreu várias intervenções cirúrgicas incluindo hastes bilaterais intramedular em tibia, paciente se manteve estável. No 13<sup>o</sup> dia apresentando dor em tórax posterior esquerdo, foi realizado acompanhamento da clínica médica e infectologia. Radiografia de tórax e ultrassonografia de abdômen, sem alterações. Paciente evoluiu com melhora clínica. 14<sup>o</sup> dia as 6.30 da manhã paciente acorda com mal estar geral apresentando dispnéia evoluindo com parada cardio respiratória (PCR), foi iniciado imediatamente manobras de reanimação cardiopulmonar e encaminhado paciente para Unidade de Terapia Intensiva. Após ter feito todo protocolo de PCR apresentou mais cinco episódios e evoluiu a óbito as 08.30 da manhã do mesmo dia. **Discussão:** A síndrome da embolia gordurosa possui alta taxa de mortalidade<sup>1</sup>. Pulmões e o cérebro são as vísceras mais atingidas, as principais manifestações clínicas são a insuficiência respiratória aguda e o acometimento cerebral, que pode variar desde uma simples ansiedade até um coma irreversível e morte. Classicamente, os sintomas se iniciam entre 12 e 24h após o trauma. Exames laboratoriais apresentam uma sensibilidade e especificidade baixa. Radiografias seriadas podem mostrar infiltrados pulmonares. Na Tomografia de tórax é comum encontrar infiltrados subsegmentares múltiplos. Muitos tratamentos foram propostos, porém nenhum deles tiveram resultados efetivos quanto o esperado. Alguns estudos sugerem o uso de corticosteróides com objetivo de impedir a síndrome, porém não foi encontrado diferenças significativas na mortalidade com o uso de desta medicação. No presente relato de caso concluiu-se que a SEG não raramente pode surgir em pacientes politraumatizados ou submetidos à procedimentos ortopédicos, corriqueiramente apresentam sinais e sintomas inespecíficos com extrema dificuldade diagnóstica, apesar de existir várias terapias sugeridas, ainda assim foi demonstrado que nenhuma efetividade para sua profilaxia a ponto de reduzir mortalidade.

**P 34: Idosos: prevalência em uma unidade de terapia intensiva**

Autores: Boeira, RS; Wandeur, V; Peterz, LC; Bettin, TE; Goncho, ACH; Sulzbacher, G; Faria, MQG.

**Instituição:** Faculdade Assis Gurgacz

**Introdução:** Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no Brasil, os idosos representam 42% a 52% de todas as admissões. A idade avançada está associada ao aumento da mortalidade destes pacientes. Com relação as diárias em UTI, cerca de 60% são consumidas por pacientes com mais de 65 anos. Este cenário justifica a preocupação em conhecermos mais sobre esta realidade, buscando melhorar o atendimento no idoso crítico. **Objetivo:** Comparar características clínicas de pacientes não idosos e idosos e avaliar a prevalência e a mortalidade de pacientes idosos internados em uma UTI. **Método:** Realizou-se um estudo de coorte retrospectivo em uma UTI no município de Cascavel – PR, Brasil. Foram resgatados dados como idade, sexo, diagnóstico (clínico ou cirúrgico), dias na UTI e óbitos de 151 prontuários de pacientes internados no período entre agosto de 2012 a junho de 2013. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, é considerado idoso em países subdesenvolvidos indivíduos com idade igual ou maior a 60 anos. Os dados foram analisados estatisticamente em banco de dados Microsoft Excel. **Resultados:** Dos 151 pacientes analisados, 71 (47%) eram menores de 60 anos. Dentre os não idosos, a idade média foi de 39,8 anos e 46 (64,7%) eram do sexo masculino. O tempo médio de permanência na UTI foi de  $11,2 \pm 11,5$  dias e o principal motivo de internamento foi por causas clínicas em 47 pacientes (66,1%), não havendo predominância em algum diagnóstico específico. A mortalidade desse grupo na UTI foi de 28,1% dos pacientes. Dentre os pacientes idosos, a prevalência foi de 80 pacientes (53%) com idade média de  $72,7 \pm 8,8$  anos, predominando o sexo masculino com 47 (58,8%) pacientes. O tempo médio de permanência na UTI foi de  $13 \pm 12,3$  dias e 63 (78,7%) pacientes tiveram diagnósticos clínicos. Dos idosos, 15 (18,75%) tiveram Acidente Vascular Encefálico (AVE) como patologia prevalente. A mortalidade entre os idosos foi de 43,75%. **Conclusão:** A maioria dos pacientes internados eram idosos e permaneceram mais tempo na UTI. Houve predomínio do AVE como causa de admissão e constatou-se que o número de óbitos foi maior entre os idosos.

**P 35: Relato de caso: Priapismo neonatal em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica**

Autores: AMADO, C. B.; MANTOVAN, F. B.; OLIVEIRA, E.S.; SOUSA, A.R.; OLYNTHO-TOKUNAGA, H.H.V.

**Introdução:** Ereção peniana é frequente no período neonatal, geralmente secundária a estímulo tátil, durando minutos e desaparecendo espontaneamente. O priapismo é uma ereção peniana persistente e rara neste período, podendo acarretar prejuízos na vida adulta. Formas identificadas: isquêmica, secundária a vasoconstricção, mais comum no neonato; e não- isquêmica, mais encontrada em adultos. **Objetivos:** Relatar um caso de priapismo em UTI neonatal e revisar a literatura sobre o tema. Relato de caso Recém nascido a termo, gestação e parto cesárea sem intercorrências. Apgar 8/9. Com 6 horas de vida apresentou irritabilidade, gemência e desconforto respiratório, sendo solicitado vaga em UTI neonatal. Na admissão, ereção peniana foi visualizada ao exame físico, assumindo-se conduta expectante. Exames complementares: hemograma, gasometria, eletrólitos, proteína C reativa e radiografia de tórax foram normais. Evoluiu com melhora do estado geral, mantendo ereção com 18 horas de vida. Realizada analgesia e compressas frias em região peniana, sem melhora. Mantinha ereção há 36 horas quando foi realizada punção de corpo cavernoso pela cirurgia pediátrica, retirando 2 ml de sangue, e administrado adrenalina (1ml), com reversão do priapismo. Ainda apresentou episódios menores de ereção peniana, com resolução espontânea. Encaminhado para acompanhamento ambulatorial em serviço de Urologia Pediátrica. **Resultados:** O diagnóstico do priapismo geralmente é clínico. História materna pregressa, anamnese do nascimento e exames complementares ajudarão na etiologia e na conduta. No período neonatal, com causa desencadeante identificável, a etiologia mais encontrada é a policitemia. Uso de drogas, infecções congênitas e locais, além de hipóxia perinatal são outras causas possíveis. Um protocolo de tratamento não está bem estabelecido. A maioria dos casos é conduzida de modo conservador (analgesia, compressas e observação clínica) alcançando resolução espontânea em torno de cinco dias. Em casos refratários, intervenção cirúrgica ainda permanece postergada. **Conclusão:** O priapismo é uma condição infrequente no período neonatal, com etiologias diferentes na criança e no adulto. Pela relevância clínica, um acompanhamento e tratamento adequados devem ser prontamente realizados para diminuir sequelas e preservar a função erétil na vida adulta.

**P 36: O morrer de crianças oncológicas na Unidade de Terapia Intensiva**

Autores: MELO, M.I.A.A.; DUARTE, P.; LORENCINI, L.D.; BECKER, D., ECKERT, R.G.; LUCHESA, C.

**Instituição:** Hospital do Câncer de Cascavel – UOPECCAN.

**Introdução:** A doença oncológica na criança apresenta-se carregada de significados simbólicos e a busca constante de explicações e compreensão permeiam todo o tratamento. Para Sanches (2002), a mãe representa o suporte emocional, pois é ela que vai inserir esta criança na sua história e na vida. O diagnóstico positivo para câncer rompe com ideal da história e entra em confronto com o real da doença, a mãe necessita de estrutura psíquica para suportar o diagnóstico e apresentar a criança segurança e amparo. **Objetivo:** Avaliar no relato das mães os aspectos emocionais frente a morte da criança. **Método:** Foram avaliados qualitativamente os relatos das mães durante os atendimentos psicológicos na UTI, presentes diante do processo de internação e morte de seus filhos, no período que de dezembro de 2013 á maio de 2014. Foram analisados o relato das mães de cinco crianças que morreram na UTI, com foco nos aspectos emocionados diante da perda de seus filhos. **Resultado:** O maior número de crianças mortas evidenciado nesta pesquisa é do sexo feminino com diagnóstico de leucemia mielóide aguda, com idades próximas, sendo em sua maior pré-adolescentes. O tempo médio entre o diagnóstico e óbito foi de um ano, em média, e o tempo de internação na UTI dez dias até a morte. Este estudo evidenciou a presença das mães como principal cuidadora, perfazendo o percentual de 100% dos casos citados a acima, justificada pelo motivo da criança apresentar mais tranquilidade diante da presença da mãe. A aceitação e a adaptação à doença ocorreu após um período de seis meses. **Conclusão:** O diagnóstico de câncer na criança, mais comum nesta unidade foi a leucemia. A idade das mães como fator de importância na vida psíquica da criança. A importância da fé e a confiança na equipe.

### **P 37: Balanço nitrogenado para avaliação de pacientes críticos: resultados e conclusões de um estudo piloto em UTI oncológica**

Autores: ECKERT, R.G.; BECKERT, D.; BEAL, R.; DUARTE, P.A.D.; LORDANI, C.R.F.; LORDANI, T.V.A.

**Introdução:** Pacientes gravemente enfermos sofrem grandes perdas de proteína corporal, sendo oriunda especialmente do músculo esquelético em virtude do estresse agudo. Este catabolismo protéico, quando não controlado, reduz a imunidade favorecendo a piora clínica e, conseqüentemente, a mortalidade. O balanço nitrogenado é uma técnica não invasiva e acessível utilizado para avaliar o estresse metabólico e, também, serve como parâmetro para monitorização da terapia nutricional. **Objetivo:** Apresentar os resultados do balanço nitrogenado de pacientes críticos oncológicos e discutir a viabilidade desta ferramenta na unidade de terapia intensiva. **Método:** Estudo de coorte abrangendo os pacientes cirúrgicos admitidos em um período de 45 dias em UTI de adultos de um hospital oncológico do Paraná. O balanço nitrogenado foi calculado pela diferença entre o nitrogênio excretado (perdas urinárias, fecais, tegumentares e líquidos corporais) e o nitrogênio ingerido. O nitrogênio urinário foi obtido por meio da dosagem de ureia urinária de 24 horas (coleta de diurese de 24 horas) acrescido de 4 gramas representando as perdas não mensuráveis de nitrogênio. Os valores do balanço nitrogenado foram classificados em normal (0 a -5), hipercatabolismo leve (-5 a -10), hipercatabolismo moderado (-10 a -15) e hipercatabolismo grave (> -15). O balanço nitrogenado foi medido na admissão dos pacientes e a cada cinco dias (D5, D10, D15...). **Resultado:** Foram avaliados 16 pacientes, sendo 62,5% do gênero masculino, com idade média de  $59,25 \pm 17,29$  anos. Por se tratar em sua maioria de cirurgias abdominais (75%), na primeira coleta da diurese de 24 horas estes pacientes permaneciam em jejum, tendo apresentado balanço nitrogenado negativo, variando de -3,56 a -134,1 o que indica estado de catabolismo variado, dependendo da cirurgia realizada e do estado nutricional prévio do paciente. Foi observado um decréscimo da média do balanço nitrogenado ao longo do período de avaliação, com balanço nitrogenado positivo (o que indica condição de anabolismo) identificado no quinto dia de coleta, com exceção de uma única paciente que permaneceu com balanço negativo até a coleta de diurese do décimo dia. **Conclusão:** Apesar de aparente dificuldade para execução, a equipe envolvida com este estudo piloto verificou que é possível a implantação do balanço nitrogenado na rotina diária da unidade de terapia intensiva, como ferramenta que permite um melhor monitoramento da terapia nutricional implantada a estes pacientes.

### **P 38: Percepção do preparo médico no tratamento de pacientes incuráveis e terminais na Unidade de Terapia Intensiva**

Autor: Mateus, JS

**Instituição:** Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) – Presidente Prudente (SP), Brasil.

**Introdução:** A decisão sobre a manutenção, recusa ou suspensão de um tratamento é um momento crítico na prática médica de terapia intensiva, decorrendo, pelo menos em parte, das consequências que uma conduta pode desencadear. Com o desenvolvimento tecnológico das técnicas de suporte à vida, dificuldades na identificação de limites terapêuticos podem causar obstinação terapêutica. A indicação ou contra-indicação de restrição de recursos artificiais é decisão médica, devendo ser discutida com o paciente ou familiar garantindo a dignidade da pessoa humana em estado terminal. O preparo para situações críticas como o fim da vida é essencial para o profissional da saúde para lidar com os impasses no tratamento do doente em estado incurável. O estudo acerca da obstinação terapêutica amplia as discussões na área médica, proporcionando melhor preparo aos profissionais da saúde, facilitando a tomada de decisões dos médicos intensivistas ao tratarem de pacientes incuráveis ou terminais. **Objetivos:** Discutir o preparo de profissionais de saúde nas tomadas de decisões no fim da vida de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica na qual foram pesquisados artigos científicos publicados nos últimos anos que contenham a temática recusa ou suspensão de tratamento em pacientes terminais em UTI. **Resultados:** Cinco artigos científicos considerados mais relevantes e o atual código de ética médica (2010) foram analisados, sendo constatado que a obstinação terapêutica ainda não é totalmente compreendida pelos profissionais de saúde. Os maiores impasses enfrentados na decisão médica em pacientes terminais são os pedidos incessantes da família, as complexidades das tomadas de decisão e o receio das repercussões legais. Nestas situações, o médico intensivista necessita estar preparado para tomar a decisão correta, aceitando sua limitação como curador e sabendo lidar com estes impasses. Para melhorar a qualidade do atendimento é importante aprimorar a comunicação entre profissionais envolvidos e familiares do doente, estudar mais sobre a prática médica no fim da vida e treinar o intensivista para que este adquira competência para tratar de paciente terminal. **Discussão:** Intensivistas têm maiores dúvidas em relação à tomada da decisão no tratamento de cada paciente, à grande influência dos familiares nesta decisão e à falta de objetividade ética e legal a respeito da recusa ou retirada de tratamento de pacientes terminais. Há necessidade, portanto, de treinamento e ensino na graduação e na residência médica para preparar os profissionais, leis com mais transparência e maiores discussões a respeito das práticas no fim de vida.

**P 39: Estudo de custos do tratamento de pacientes graves em situação de demanda reprimida por leitos de terapia intensiva**

Autores: Urizzi, F, Oyama, CB, Rodrigues EH, Silva, AC, Oliveira, RG, Tanita, MT, Carrilho, CMDM, Grion, CMC

**Instituição:** Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Universidade Estadual de Londrina

**Introdução:** A restrição de leitos de terapia intensiva é uma realidade em vários países em desenvolvimento. Os pacientes graves que não são imediatamente admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI) são tratados nos setores de internação hospitalar. Estudos sobre os custos de tratamento do paciente grave demonstram a sua importância no orçamento hospitalar. **Objetivo:** Descrever os custos diretos de tratamento de pacientes graves internados fora da UTI. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo envolvendo pacientes graves internados em hospital universitário e que ficaram aguardando disponibilidade de leito de UTI, situação caracterizada como demanda reprimida, no período de fevereiro a julho de 2012. Dados de custos diretos foram coletados de todos os pacientes inseridos no estudo diariamente durante o período de demanda reprimida. Os custos estão expressos em reais (RS\$) e foram avaliados em quatro categorias: exames complementares, procedimentos médicos, medicamentos e suporte clínico. Os valores utilizados para composição dos custos foram extraídos da CBHPM 5ª edição e do Brasíndice edição nº 799. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Foram analisados 151 pacientes, 55% do gênero masculino com mediana de 64 (49-72) anos de idade. Esses pacientes ficaram 3 (2-6) dias em situação de demanda reprimida e apresentavam mediana do escore APACHE II de 23 (16-29) e SOFA 8 (4-11). O custo total mediano de tratamento desses pacientes no período de demanda reprimida foi RS\$ 12.846,29 (8.279,00-21.763,61), sendo o custo diário mediano de RS\$ 3.496,80 (2.668,84-4.391,01). A fração de medicamentos foi o maior componente do custo total (73,03%). **Conclusões:** Os custos de tratamento de pacientes graves em situação de demanda reprimida são elevados e podem ser considerados equivalentes aos custos de tratamento do paciente admitido em UTI. Os medicamentos compõem a maior fração dos custos diretos nesses pacientes.

**P 40: Estudo epidemiológico de pacientes grande queimados na unidade de terapia intensiva**

Autores: Queiroz, LFT; Souza, SCS; Gasparine, AVCS; Favoreto, JPM; Moya, OS; Mireski, R; Cardoso, LTQ; Grion, CMC

**Instituição:** Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Universidade Estadual de Londrina

**Introdução:** O paciente grande queimado representa um desafio de abordagem terapêutica multidisciplinar e tem um grande impacto social, por acometer ampla faixa etária, incluindo pacientes adultos jovens em idade produtiva, e que frequentemente deixa sequelas definitivas. **Objetivo:** Descrever os aspectos epidemiológicos dos pacientes vítimas de queimaduras e hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Centro de Tratamento de Queimados de um Hospital Universitário. **Metodologia:** Estudo longitudinal, retrospectivo, envolvendo pacientes admitidos na UTI no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012. Os dados foram coletados na admissão do paciente, e diariamente até a alta da UTI. Foram analisados fatores de risco para morte e desempenho dos escores prognósticos para prever mortalidade. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Foram analisados 293 pacientes no estudo, sendo 68,3 % do gênero masculino, com mediana de idade de 38 anos (28-52), média de superfície corporal queimada de 26,60 % ± 18,05 %. Os acidentes domésticos foram mais frequentes e ocorreram em 53,9 % casos, sendo a chama direta a causa mais frequente aparecendo em 77,1% dos pacientes. O álcool líquido foi o agente mais comum em 51,5% dos casos. O ABSI apresentou mediana de 7 e área sob a curva ROC de 0,89. Na análise multivariada a idade ( $p < 0,001$ ), o gênero feminino ( $p = 0,025$ ), a área de superfície corporal queimada ( $p < 0,001$ ), ventilação mecânica ( $p < 0,001$ ) e insuficiência renal aguda ( $p < 0,001$ ) foram fatores independentes associados com pior prognóstico. A mortalidade na saída da UTI foi de 32,8% e a mortalidade hospitalar de 34,1%. **Conclusão:** A queimadura acometeu mais frequentemente homens adultos jovens em nosso estudo. A causa mais comum foi a chama direta (fogo), sendo o álcool líquido o agente acelerante mais frequente. O escore ABSI apresentou o melhor desempenho em discriminar não sobreviventes. A taxa de mortalidade hospitalar foi elevada.

**P 41: Estudo epidemiológico de Síndrome do Desconforto Respiratório em paciente grande queimado**

Autores: Silva, LMMS; Peras, PR; Talizin TB; Tavela, OD; Hilário, EG; Campos, SKCJ; Festti, J; Grion, CMC

**Instituição:** Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Universidade Estadual de Londrina

**Introdução:** A Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) é uma síndrome heterogênea de mecanismos patológicos complexos que pode se apresentar como uma complicação da queimadura e pode representar um fator de piora no prognóstico. **Objetivos:** Avaliar perfil epidemiológico da SDRA em pacientes adultos graves internados nas unidades de terapia intensiva de um centro de tratamento de queimados em hospital universitário. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva realizado no período de janeiro a dezembro de 2012. Foram coletados dados demográficos, diagnósticos, escores prognósticos, dados sobre etiologia, extensão e profundidade das queimaduras e dados sobre a ventilação mecânica inicial aplicada nos pacientes com diagnóstico de SDRA. Também foram anotados dados sobre fatores de risco para o desenvolvimento de SDRA. O nível de significância utilizado foi de 5%. **Resultados:** Um total de 85 pacientes foi inserido no estudo. Os pacientes tinham  $41,7 \pm 15,7$  anos de idade, 71,8% eram do sexo masculino e apresentavam em média  $28,3 \pm 19,1\%$  da superfície corporal queimada, sendo que 35,3% tinham lesão inalatória. Suporte ventilatório invasivo foi necessário em 51,8% dos pacientes durante a internação na UTI. SDRA foi diagnosticada em 63,6% dos pacientes em ventilação mecânica invasiva. Na análise multivariada os fatores de risco para a ocorrência de SDRA foram o sexo feminino (OR = 4,18, IC 95%: 1,20 – 14,50) e a presença de lesão inalatória (OR = 10,84, IC 95%: 3,15 – 37,31). A mortalidade no desfecho da UTI foi maior para os pacientes com diagnóstico de SDRA (71,4%), comparada aos pacientes sem SDRA (19,3%,  $p < 0,001$ ). O (ABSI) apresentou área sob a curva ROC de 0,891. **Conclusões:** SDRA é uma complicação comum em pacientes queimados admitidos em Unidade de Terapia Intensiva especializada. O sexo feminino e a presença de lesão inalatória foram fatores predisponentes para SDRA. A mortalidade encontrada nos pacientes do estudo foi elevada e provavelmente multifatorial. O escore ABSI foi o indicador prognóstico com maior poder de discriminação para não sobreviventes.

**P 42: Ajustes terapêuticos de vancomicina em pacientes grande queimados**

Autores: Gasparine, AVCS; Macedo, SAI; Cesaro T; Cavallaro MA; Thompson MT; Carrilho, CMDM; Grion, CMC

**Instituição:** Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Universidade Estadual de Londrina

**Introdução:** A vancomicina é um antimicrobiano glicopeptídico comumente utilizado para o tratamento de infecções por bactérias Gram positivas resistentes à Metilina ou Oxacilina. O paciente grande queimado apresenta alta incidência de complicações infecciosas que frequentemente são causadas por bactérias resistentes. A queimadura leva a um estado inflamatório sistêmico com aumento do volume de distribuição das drogas hidrofílicas, podendo contribuir para redução do nível sérico das medicações em uso. **Objetivos:** Avaliar os resultados da mensuração dos níveis séricos de vancomicina após as doses iniciais em paciente grande queimado. **Métodos:** Estudo de série de casos de pacientes adultos grande queimados internados em Unidade de Terapia Intensiva especializada, no período de janeiro a março de 2014. Foram coletados dados clínicos e demográficos além dos dados de resultados da primeira amostra de níveis séricos de vancomicina. A mensuração dos níveis de vancomicina foi obtida uma hora antes da administração da vancomicina após ser atingido o estado de equilíbrio, antes da quarta dose (vale). A dose de ataque utilizada foi de 25 a 30 mg/kg seguida de dose de manutenção de 15 a 20 mg/kg/dia. O nível sérico alvo de vancomicina foi considerado entre 15-20 µg/mL. **Resultados:** Foram analisados 17 pacientes com média de idade de 50 (DP=25) anos e 70,6% eram do gênero masculino. O foco de infecção foi o pulmão em 16 pacientes e sítio cirúrgico em um paciente. O *Staphylococcus aureus* foi isolado em 7 pacientes e o Enterococo em 6, sendo que 3 pacientes tiveram mais de uma bactéria identificada como agente infeccioso. A dose de ataque de vancomicina foi em média 1,42 (DP=0,56) gramas. A média do sérico de vancomicina foi 16,47 (DP=10,35) µg/mL, sendo que nove (52,9%) pacientes apresentavam nível abaixo do alvo e seis (35,3%) acima do alvo. Houve necessidade de ajuste de dose em 14 (82,35%) pacientes. A dose média de vancomicina antes e após a mensuração do nível sérico era 1,86 (DP=0,9) e 2,10 (DP=1,2) gramas, respectivamente. O tempo de uso da vancomicina foi em média 9 (DP=5) dias e houve necessidade de troca de antimicrobiano em dois pacientes, por falha em atingir alvo do nível sérico. **Conclusões:** As doses habituais recomendadas para uso de vancomicina em pacientes queimados resultaram em nível sérico fora do alvo terapêutico na maior parte dos pacientes, sendo necessário ajustes frequentes das doses guiados pelo monitoramento dos níveis séricos de vancomicina.

**P 43: Implantação de um protocolo gerenciado para o atendimento de sepse grave no departamento de emergência de hospital universitário**

Autores: Favareto, FB; Orasmo, JG; Ruzon, UG; Sanches, CT; Kerbauy G; Festti, J; Grion CMC

**Instituição:** Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Universidade Estadual de Londrina

**Introdução:** A sepse grave tem sido reconhecida como um problema de saúde pública e uma das principais causas de morte em pacientes hospitalizados pelo mundo. Os dados atuais nacionais mostram que a mortalidade por sepse no país em hospitais públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) é muito elevada, estando acima da mortalidade descrito em outros países. As atuais evidências demonstram que a efetiva implementação de protocolos assistenciais gerenciados, baseados nas diretrizes da Campanha de Sobrevivência a Sepse é capaz de ter impacto na evolução desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar a implantação de um protocolo assistencial gerenciado de tratamento de sepse grave do departamento de emergência de um hospital universitário. **Métodos:** Estudo longitudinal prospectivo com amostragem consecutiva dos pacientes atendidos no setor de Urgências e Emergências do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU/UEL) com diagnóstico de sepse grave no período de agosto de 2013 a abril de 2014. O período de agosto a dezembro de 2013 foi considerado pré implantação do protocolo e o período de janeiro a abril de 2014 pós implantação do protocolo. Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes, das fichas de notificação de sepse e dos laudos laboratoriais. **Resultados:** Foram avaliados 32 pacientes no período de estudo. No período pré-implantação do protocolo os pacientes tinham  $67,4 \pm 17,3$  anos de idade, sendo 45,8% do gênero masculino, com média de APACHE II de  $26,0 \pm 8,5$  e SOFA de  $7,2 \pm 4,1$ . O tempo para o diagnóstico de sepse grave após a primeira disfunção orgânica foi  $12,1 \pm 24,0$  horas e o tempo para início de antimicrobianos após o diagnóstico de sepse foi  $5,7 \pm 4,7$  horas nesse período. No período pós implantação do protocolo os pacientes tinham  $63,3 \pm 33,2$  anos de idade, sendo 62,5% do gênero masculino, com média de APACHE II de  $25,4 \pm 9,7$  e SOFA de  $7,8 \pm 4,2$ . O tempo para o diagnóstico de sepse grave foi  $7,9 \pm 13,8$  horas e o tempo para início de antimicrobianos foi  $4,5 \pm 4,2$  horas nesse período. **Conclusões:** Os pacientes atendidos na instituição se apresentam com APACHE II médio elevado que está associado a alta probabilidade de morte. A média do escore SOFA observada reflete a presença de disfunção de múltiplos órgãos nesses pacientes. Foi observada redução do tempo para a identificação do diagnóstico de sepse grave e para o início de antimicrobianos nesta fase inicial de implantação do protocolo.

**P 44: Terapia fonoaudiológica com bandagem elástica para disfagia neonatal**

Autor: WILLUMSEN, D K

**Instituição:** Hospital e Maternidade Santa Rita – Maringá/PR.

Pacientes em UTI neopediátrica recebem acompanhamento fonoaudiológico para diagnosticar a disfagia. Este profissional dá suporte nas condutas, agregando elementos de diagnóstico e terapêuticos. O estudo visou avaliar a efetividade da bandagem elástica acelerando o tratamento fonoaudiológico. **Introdução:** Nas UTI neonatais a prematuridade é um dos riscos mais frequentes. O uso de bandagem elástica é crescente em atendimentos clínicos e estudos científicos e embora não haja relatos literários nesta população, seu uso tem mostrado excelentes resultados com comprovação prática. Por meio do tegumento ela proporciona estímulos constantes e duradouros, sendo a resposta motora de contração ou relaxamento. **Objetivo:** Descrever a efetividade da fonoterapia associada ao uso de bandagem elástica em paciente com diagnóstico de disfagia. **Método:** Relato de caso de RNPT, 34 semanas, sexo masculino, que após aproximadamente 24 horas de vida foi transferido para UTI neonatal com quadro de sepse precoce e choque séptico refratário. Após 49 dias de internação, evoluindo com melhora do estado geral, foi solicitada avaliação fonoaudiológica, diagnosticando disfagia orofaríngea, dificuldade em eliciar reflexos orais, sucção fraca, língua posteriorizada, secreção abundante em cavidade oral, sem alterações anatômicas. Anteriormente foi aplicado estímulo de sucção não nutritiva com chupeta pela enfermagem, sem sucesso. **Resultados:** O processo terapêutico foi dividido em duas etapas: terapia indireta, associando terapia tradicional e uso de bandagem elástica terapêutica nas regiões submandibular e digástrico posterior visando fortalecimento com resultado já no 5º dia. A segunda etapa refere-se à terapia direta, sendo a aplicação da primeira e treino de VO iniciado no 7º atendimento apresentando sucesso com pequeno volume. Na 10ª sessão as bandagens foram retiradas e observado piora do quadro com maior incoordenação entre a sucção x deglutição x respiração, sendo recolocado na 11ª sessão com melhora evolutiva. Na 14ª sessão, foi possível a retirada da sonda de alimentação. Foram realizadas 15 sessões e alta hospitalar sugando ao seio materno e complemento via oral no copo. **Conclusões:** O tratamento fonoaudiológico neonatal nas disfagias orofaríngeas associado à bandagem elástica pareceu ser mais breve do que as condutas tradicionais. Neste caso proporcionou melhor controle de postura e movimento dos músculos envolvidos na deglutição e acelerou o tratamento da disfagia por tratar se de um estímulo constante.

**P 45: Causas de insuficiência respiratória aguda em paciente grande queimado**  
Autores: Grion, DC, Ribeiro, CF

**Instituição:** Universidade Federal Fluminense

**Introdução:** O paciente vítima de queimaduras pode apresentar quadros de insuficiência respiratória por diversas causas. A insuficiência respiratória aguda nesses pacientes pode levar a aumento das complicações infecciosas e não infecciosas e aumento da mortalidade. **Objetivos:** Realizar revisão de literatura sobre as causas mais frequentes de insuficiência respiratória aguda em pacientes grande queimados. **Métodos:** A fonte primária de consulta foi a base de dados MEDLINE utilizando o serviço PubMed de pesquisa bibliográfica em publicações médicas. Pela interface MeSH (*Medical SubjectHeading*), inseriu-se os descritores da seguinte forma: *burninjury AND acuterespiratoryfailure*. **Resultados:** A síndrome do desconforto respiratório agudo é um dos mecanismos mais importantes nos quadros de insuficiência respiratória do paciente queimado, atribuída particularmente aos efeitos microvasculares da resposta inflamatória sistêmica à pele queimada no endotélio pulmonar. Lesão inalatória, térmica ou química, tem sido investigada em modelos animais e tem sido demonstrado que pode levar a danos pulmonares. A incidência da lesão inalatória é relatada entre 22% a 47% dos pacientes queimados, entretanto as definições e critérios diagnósticos variam entre os diversos estudos, tornando a avaliação de sua incidência imprecisa. Pneumonia associada a ventilação mecânica pode ser considerada um mecanismo de disfunção respiratória em pacientes queimados. A prevalência da pneumonia varia de 10 a 65% e a mortalidade excede 25%. Os pulmões de pacientes queimados também estão sob risco de Lesão Induzida pela Ventilação Mecânica (LIVM). É sugerido que um aumento local da resposta inflamatória nos pulmões pode ocorrer como resultado de lesão por stress do tecido pulmonar devido a altos volumes correntes ou altas pressões na parede alveolar. A contusão pulmonar também pode ser considerada um mecanismo importante de insuficiência respiratória nos pacientes queimados, pois a queimadura pode estar associada a explosões ou outras causas de trauma fechado. A lesão pulmonar por reperfusão também foi descrita como mecanismo de disfunção respiratória, particularmente em pacientes queimados com atraso no período de ressuscitação hemodinâmica. **Conclusões:** Foram encontrados seis mecanismos principais de insuficiência respiratória aguda em pacientes queimados. O conhecimento das causas mais frequentes pode facilitar a investigação diagnóstica e levar ao reconhecimento precoce da etiologia, tendo impacto positivo no prognóstico desses pacientes.

**P 46: Avaliação do conhecimento sobre a padronização do atendimento ao paciente com trauma no setor de emergência de um hospital universitário**

Autores: Souza, APM; Silva, AA; Freitas GM; Oliveira RG; Tashiro RM; Chirichela, IA; Cardoso, LTQ; Grion, CMC

**Instituição:** Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Universidade Estadual de Londrina

**Introdução:** O trauma, pode se dar por uma exposição accidental a uma transferência rápida de energia, ou por queimaduras, seja química ou física, por armas de fogo ou branca, eletricidade, radiação ionizante. É a maior causa de morte entre a faixa etária de 1 a 44 anos. O ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), criado pelo Colégio Americano de Cirurgiões é uma publicação atualizada periodicamente que orienta a sistematização do atendimento ao paciente vítima de trauma e que preconiza a priorização do tratamento das lesões mais graves a fim de evitar a morte. Dividiu-se então em avaliação primária e secundária e para isso, criou-se o método mnemônico, ABCDE, para a sequência de atendimento. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a padronização de atendimento do paciente vítima de trauma pelo ATLS. **Métodos:** Estudo de corte transversal que incluiu amostragem de profissionais de saúde que atuam nos setores de urgência e emergência de um hospital universitário no período de junho de 2014. Foi aplicado um questionário estruturado contendo cinco questões fechadas, após ter sido obtido consentimento livre e esclarecido de cada participante. As respostas foram avaliadas como frequências e realizada análise estatística descritiva dos dados. **Resultados:** Foram aplicados 52 questionários a profissionais da saúde no período de estudo, dos quais 8 (15,4%) eram enfermeiros; 9 (17,3%) fisioterapeutas; 8 (15,4%) alunos de medicina; 13 (25%) médicos e 14 (26,4%) técnicos de enfermagem. A maioria (82,7%) sabia o que era o ATLS e 90,4% afirmaram acreditar que essa proposta seja eficiente em sistematizar o atendimento do paciente com trauma. Dez (19,2%) profissionais haviam realizado treinamento em ATLS e daqueles sem treinamento, 29 (55,8%) afirmaram que pretendiam fazer o treinamento. Os estudantes de medicina foram o grupo que manifestou maior interesse em realizar o curso de ATLS (87,5%) e o grupo de profissionais da fisioterapia manifestou o menor interesse (44,5%). Trinta (57,7%) entrevistados afirmam realizar a sequência de atendimento preconizada pelo ATLS. Os médicos e enfermeiros foram os profissionais que afirmaram com maior frequência realizar o atendimento sistematizado ao paciente com trauma. **Conclusões:** No ambiente universitário o ATLS é conhecido pela maior parte dos profissionais que atuam no setor de emergência, porém aproximadamente 80% não fez o treinamento formal. A maior parte dos profissionais manifestou interesse em participar de um curso de ATLS.

## **P 47: Importância da mobilização precoce na unidade de Terapia Intensiva**

### **Revisão Bibliográfica**

Autores: Santos, R; Silva, E; Cavalheiro, R; Hannusch, D; Rossi, F; Mattos, D; Evans, A; Pasquali, K; Toccolini, F, B

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) desempenha um papel crucial na sobrevivência de pacientes gravemente enfermos, e tem o objetivo centrado na recuperação ou manutenção de suas funções fisiológicas. A necessidade de suporte ventilatório mecânico comumente ocorre no paciente crítico devido a disfunções cardiopulmonares. Esse suporte, quando administrado por período prolongado, contribui para a imobilidade dos pacientes no leito. Há 30 anos a mobilização precoce tem mostrado redução no tempo para desmame da ventilação sendo também a base para a recuperação funcional. Recentemente tem-se dado mais atenção para a atividade física precoce como uma intervenção segura e viável em pacientes com estabilidade neurológica e cardiopulmonar. A mobilização precoce inclui atividades terapêuticas progressivas, tais como exercícios motores no leito, ortostatismo, transferência para a cadeira e deambulação. **Objetivo:** É discutir a experiência acumulada em estudos sobre a importância da fisioterapia motora em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, realizando uma revisão de literatura. **Metodologia:** Estudo de Revisão com o levantamento bibliográfico de estudos clínicos foi feito de forma sistemática, buscando publicações nos idiomas português e inglês. Serão utilizados os seguintes bancos de dados, artigos de janeiro de 1999 até Maio de 2011: LILACS e SCIELO. **Resultados:** O estudo obteve grande número de artigos que não se encaixavam dentro dos critérios do trabalho, assim foram encontrados 11 artigos desses somente 3 que se encaixaram dentro dos critérios abordando sobre os efeitos e as consequências que a mobilização seja ela precoce ou não realizada dentro da Unidade de Terapia Intensiva pela fisioterapia. **Conclusão:** Os resultados da pesquisa mostram que a mobilização independe se é passiva, ativa, ativa/assistida, através de prancha ortostática, estimulação elétrica, deambulação, ou mudança de decúbito, o importante mesmo é a realização da mobilização precoce para que o paciente não sofra os efeitos deletérios do leito retardando a permanência na unidade de terapia intensiva.

**P 48: Posição prona no auxílio do tratamento da Síndrome da Angústia Respiratória Aguda**

Autores: Santos, R; Silva, E; Cavalheiro, R; Hannusch, D; Rossi, F; Mattos, D; Evans, A; Pasquali, K; Toccolini, F, B;

**Instituição:** Hospital Municipal de Foz do Iguaçu

Paciente com 34 anos, vítima de acidente automobilístico, politraumatizado, sendo atendido pelo SIAT, com intubação orotraqueal no local do acidente e encaminhado para o Hospital de referência em trauma. Deu entrada na Unidade de Terapia Intensiva no dia 28.05.14 as 14:25, sendo submetido a ventilação mecânica, modo controlado. Oito dias de ventilação mecânica, o paciente evoluiu com a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), que segundo a definição de Berlim criada em 2012, relata que a SARA se caracteriza por infiltrados pulmonares em qualquer quadrante evidenciado na imagem radiológica, com relação  $Pao_2-f_{iO_2}$  inferior a 300, é uma condição de insuficiência respiratória aguda decorrente a lesão, de natureza inflamatória, da barreira constituída pelo epitélio alveolar e pelo endotélio, que determina, entre outras coisas, a formação de edema alveolar, rico em proteínas. Essa lesão inflamatória causa uma série de alterações clínicas, funcionais e radiológicas, uma alternativa no tratamento coadjuvante da SARA é a ventilação mecânica que deverá adotar técnicas de ventilação protetora, deve-se ajustar o volume corrente entre 3 a 6 ml por quilogramas considerando-se o peso predito. A posição prona que alguns autores já comprovaram sua eficácia de 60 a 80% nos pacientes. **Objetivo:** analisar melhoras radiológicas e alterações na gasometria arterial, após submeter o paciente com SARA a posição prona por um período de 12 horas. **Metodologia:** após identificar a instalação da SARA no paciente politraumatizado através da análise de raio x que apresentou infiltrados bilaterais e da relação  $Pao_2-Fio_2$  com resultado inferior a 200, o paciente foi submetido a posição prona com ventilação controlada protetora, sendo realizado coleta de gasometria arterial e raio x antes de adotar a posição prona. Após 12 horas de posição prona, realizado nova coleta de gasometria arterial e Raio x. Resultado: antes da pronação coletado gasometria arterial com os seguintes valores: Ph: 7,15;  $PaO_2$ : 74,  $PacO_2$ : 103; Bic: 35; Be: 4,7;  $SatO_2$ : 90%; relação  $PaO_2$  por  $FiO_2$ : 164, após 12 horas de prona realizado nova coleta de gasometria com os seguintes resultados: Ph: 7,57;  $PaO_2$ : 167;  $PacO_2$ : 25; Bic: 23; Be: 2,4;  $SatO_2$  99%, Relação  $PaO_2$  por  $FiO_2$ : 303, apresentando melhoras radiológica após a posição prona. **Conclusão:** Com a posição prona foram identificados melhoras consideráveis na gasometria e Raio X, com diminuição dos infiltrados pulmonares bilaterais.

**P 49: Intervalo entre intubação orotraqueal e traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva nos pacientes internados por causas clínicas**

Autores: Santos, R; Silva, E; Cavalheiro, R; Hannusch, D; Rossi, F; Mattos, D; Evans, A; Pasquali, K; Toccolini, F, B

**Instituição:** Hospital Municipal de Foz do Iguaçu

Segunda a literatura a traqueostomia tem como objetivo reduzir os danos causados pela intubação orotraqueal prolongada podendo facilitar o desmame ventilatório, geralmente a traqueostomia pode ser realizada de forma precoce, intermediária e tardia, porém não há na literatura dados que determinem a data ideal para ser realizado tal procedimento, ficando a decisão baseada em dados clínicos e experiência do intensivista. Segundo as Diretrizes de Ventilação mecânica os pacientes com internação na UTI devido a causas clínicas devem ser submetidos a traqueostomia após 14 dias de internação, uma vez que o procedimento precoce não reduz a mortalidade em trinta dias, não apresentando benefícios nos dias de internamento e diminuição da sedação. **Objetivo:** comparar o intervalo entre a intubação orotraqueal e a traqueostomia. **Método:** foram analisados pacientes submetidos à traqueostomia por causas clínicas no ano de 2012, trata-se de um estudo observacional não intervencionista. O estudo foi submetido ao conselho de ética e só foi realizado após a sua aprovação no conselho. **Resultados:** obtivemos 151 traqueostomias, sendo que 107 foram submetidos por causas clínicas, onde a traqueostomia foi indicada entre o sétimo e décimo segundo dia, tendo como resultado as seguintes patologias de admissão: Acidente vascular cerebral com 28 pacientes com tempo de internação entre 12 a 15 dias sendo realizada a traqueostomia no sétimo dia; nos pacientes com Doença pulmonar Obstrutiva Crônica (n=22), teve tempo de internação de 16 a 26 dias e a traqueostomia foi realizada entre o nono e décimo segundo dia; já para os pacientes com pneumonia (n=19), ficando internados entre 17 a 20 dias, sendo realizada a traqueostomia no décimo dia; a sepse apresentou total de pacientes (n=11), permanecendo de 20 a 21 de internação, com realização da traqueostomia no décimo ao décimo segundo dia; os pacientes admitidos por asma (n=8) permaneceram de 11 a 15 dias, com traqueostomia realizada no sétimo ao oitavo dia. **Conclusão:** conclui-se que as traqueostomias foram realizadas de forma precoce ao comparar com a literatura pesquisada, e apresentou sua maior incidência nos pacientes internados por causas clínicas nos acidentes vasculares e doenças pulmonares obstrutivas.

**P 50: Máscaras para ventilação mecânica não invasiva na unidade de Terapia Intensiva - Revisão bibliográfica**

Autores: Santos, R; Silva, E; Cavalheiro, R; Hannusch, D; Rossi, F; Mattos, D; Evans, A; Pasquali, K; Toccolini, F, B.

Na Unidade de Terapia Intensiva há necessidade de se utilizar meios para melhorar a ventilação e oxigenação pulmonar, em muitos casos quando não há necessidade de intubação orotraqueal a ventilação não invasiva é uma ferramenta de grande importância com intuito de restaurar a oxigenação e em muitos casos evitar intubação orotraqueal e suas possíveis intercorrências. A ventilação não invasiva quando indicada com critérios, traz benefícios para o paciente diminuindo o trabalho respiratório, melhorando situações de hipercapnia e hipoxemia, porém umas das dificuldades ao indicar essa artefato é a colaboração do paciente e o seu desconforto causado durante o processo, com isso há vários tipos de máscaras para este fim, porém devemos ter o conhecimento sobre as possíveis intercorrências ao utilizar as máscaras. Método: trata-se de um estudo de revisão bibliográfica feito nas bases de dados Scielo, Bireme, Pubmed, nos idiomas Inglês e Português com a intenção de encontrar possíveis indicações e contra-indicações voltadas para as máscaras de ventilação mecânica não invasiva. **Resultados:** foram encontrados vários artigos, e inúmeras sugestões, quanto a mascara nasal, possui as vantagens de menor risco de aspiração, facilita a expectoração, permite a fala, permite alimentação, e menor espaço morto, desvantagens: apresenta vazamento oral, despressurização oral, irritação nasal, ressecamento oral, limitações quando há obstrução nasal. Para a máscara Facial foram encontrados as seguintes vantagens: menor vazamento oral, mais indicada para situações agudas, permite maior fluxo e pressões; desvantagens aumenta a chance de úlcera nasal, maior sensação de claustrofobia, risco de aspiração, dificulta alimentação, não permite a comunicação, risco de broncoaspiração. Já para a máscara total face as vantagens foram: é confortável para o uso prolongado, fácil de ajustar, menor risco de lesão cutânea, vazamento mínimo, porém apresenta desvantagens: não pode ser usada com inaloterapia, pode ocorrer broncoaspiração, maior espaço morto. A mascara que apresenta maior desvantagens é o Capacete neste caso pode aumentar o risco de reinalação de CO<sub>2</sub>, favorece assincronia entre o paciente e ventilador, alto ruído interno e maior sensação de pressão no ouvido, necessidade de pressões mais altas. **Conclusão:** todas as máscaras para realizar ventilação mecânica não invasiva oferecem vantagens e desvantagens, devemos monitorar e eleger de forma correta para cada paciente a mascara que lhe trará mais benefícios.

**P 51: Pacientes submetidos a traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva adulto não cardiológica**

Autores: Santos, R; Silva, E; Cavalheiro, R; Hannusch, D; Rossi, F; Mattos, D; Evans, A; Pasquali, K; Toccolini, F, B.

**Instituição:** Hospital Municipal de Foz do Iguaçu

A ventilação e a oxigenação adequada são prioridades no atendimento de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Situações de qualquer natureza em qual há necessidade de dispositivos que visam a manutenção de vias aéreas são comuns na prática de cuidados intensivos e suas indicações estão bem estabelecidas. A intubação orotraqueal é recurso valioso para estabelecer via aérea permeável, porém a manutenção deste artifício por tempo prolongado causa danos a via respiratória. A traqueostomia é um procedimento cirúrgico mais utilizado em pacientes graves internados na UTI, com o intuito de minimizar os efeitos danosos sobre a via respiratória quando há ventilação prolongada. **Objetivo:** avaliar quantos pacientes foram submetidos à traqueostomia durante o ano de 2012 na Unidade de Terapia Intensiva com o perfil patológico de admissão no setor. **Método:** foi realizado um estudo retrospectivo observacional de análise de prontuários no ano de 2012, os dados foram coletados pelos pesquisadores após a aprovação do comitê de ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), foram analisados pacientes que obtiveram alta do setor. **Resultados:** no ano de 2012 tivemos 251 pacientes que foram submetidos a traqueostomia, destes 151 obtiveram alta, desses 28 pacientes apresentaram o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), 28 com traumatismo crânio encefálico, 22 com Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 19 com pneumonia, 10 devido a traumas, 11 com sepse de diferentes focos, 16 pós operatória de fonte abdominal, 8 pacientes com asma, 3 admissões por patologias renais. **Conclusão:** os pacientes que tiveram um maior número de traqueostomias foram os que sofrem danos cerebrais totalizando 56 pacientes, seguido de doenças respiratórias como DPOC e pneumonia.

**P 52: Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a ventilação Mecânica internados na Unidade de Terapia Intensiva com diagnóstico de asma**

Autores: Santos, R; Silva, E; Cavalheiro, R; Hannusch, D; Rossi, F; Mattos, D; Evans, A; Pasquali, K; Toccolini, F, B.

**Instituição:** Hospital Municipal de Foz do Iguaçu

A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, seus sintomas resultam da broncoconstrição causada por diversos mediadores que agem sobre uma via aérea vulnerável que responde a uma maneira exagerada a esses estímulos. É a terceira causa de hospitalização de crianças, adultos e jovens. Muitos pacientes na sua exacerbação evoluem com necessidade de encaminhamento para pronto atendimento, nestes casos é oferecido broncodilatores e oxigenoterapia, quando não revertido o quadro, há necessidade de realizar a intubação orotraqueal que deverá ser feita de forma rápida, posicionamento do paciente com elevação da cabeceira de 20 a 30 graus, o uso de ventilação mecânica auxilia o tratamento desse paciente desde que seja respeitado os normas adotadas pela Diretriz de ventilação mecânica. **Objetivo:** avaliar o tempo de ventilação mecânica dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva com asma. **Metodologia:** trata-se de um estudo observacional retrospectivo de análise de prontuários, realizado no ano de 2012, o estudo foi submetido ao conselho de ética sendo aprovado. **Resultados:** foi observado em nosso estudo, um total de oito pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva, sendo que 6 mulheres e 2 homens, com idade de 18 a 20 anos, com tempo de internação na unidade de 11 a 15 dias, permanecendo de 9 a 10 dias em ventilação mecânica, dado de grande relevância foi que as mulheres permaneceram menos tempo na unidade e menos tempo em ventilação mecânica. **Conclusão:** os pacientes admitidos na UTI são jovens na sua maioria, permanecendo por vários dias sob ventilação mecânica, observa-se que seu período de internação é superior em nossa instituição quando comparado com a literatura vigente.

**P 53: Interferência de medidas preventivas na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica**

Autores: Luchesa, Cesar Antonio; Bredt, Carla Sakuma de Oliveira; Preifz, Marisa; Duarte, Péricles Almeida Delfino; Fuhr, Laira.

**Instituição:** Hospital UOPECCAN – União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer

A pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) é a infecção adquirida em Unidade de Terapia Intensiva mais frequente em pacientes que necessitam de ventilação mecânica invasiva (VMI), fatores de risco para a PAV podem ser modificáveis ou não, podendo se relacionar ao paciente ou ao tratamento. Algumas medidas de prevenção da PAV tem se mostrado eficientes em reduzir sua ocorrência, sendo cada vez mais utilizadas nas unidades de terapia intensiva (UTI). Tendo como objetivo verificar se as medidas preventivas interferem no índice de PAV, em uma Unidade de Terapia Intensiva oncológica da alta complexidade no Oeste de Paraná. Para tanto, foi realizado uma pesquisa de coorte com pacientes submetidos a VMI, a coleta de dados foi realizada pela equipe do CCIH do referido hospital e teve início em janeiro de 2010 estendendo-se até dezembro de 2012, sendo fragmentada em dois tempos cronológicos, antes e após a implantação de um protocolo de prevenção da PAV. Ao final do estudo, foi possível observar uma diminuição da incidência de PAV, sendo esse valor de 30,04 casos de PAV/1000 dias de VMI no ano de 2010, antes da implantação do protocolo e após a implantação do protocolo, nos anos de 2011 e 2012 essa incidência foi de 17,66 casos de PAV/1000 dias de VMI e 11,66 casos de PAV/1000 dias de VMI, respectivamente. Conclui-se dessa forma, que a adoção de medidas preventivas interfere na PAV, reduzindo a sua incidência assim como os riscos atribuídos a ela.

**P 54: Epidemiologia de UTI do norte do Paraná**

Autores: BUENO, HL.; BIATTO, JFP.; LEMOS, MS.; SILVA, MR; LOPES, MG.

**Instituição:** Hospital Santa Rita – Maringá, PR

**Introdução:** A análise de dados epidemiológicos dos centros de atendimento em saúde, são de vital importância para verificação da qualidade de atendimento e entendimento do perfil da população atendida. Os dados em epidemiologia significam, em análise diferenciada, em informações que ajudam nas escolhas em investimentos e gestão em saúde. **Objetivos:** Análise epidemiológica dos pacientes atendidos em UTI, perfil dos pacientes, dados clínicos da admissão e desfecho hospitalar. **Métodos:** O presente trabalho corresponde a um estudo realizado entre Agosto de 2013 e Novembro de 2013. O estudo foi desenvolvido com base em preenchimento de banco de dados sobre os internamentos realizados na UTI no período, com coleta de informações sobre característica gerais dos pacientes, além dos dados clínicos no momento da admissão e o desfecho perante o período de permanência na UTI e o desfecho hospitalar, considerando alta hospitalar e óbito. Os critérios de inclusão foram pacientes que deram entrada na UTI e tiveram permanência mínima de 48hs dentro da unidade. **Resultados:** A duração média dos internamentos foi de 7,42 dias. A média de idade foi de 60anos. No período selecionado, ocorreram 233 internamentos na UTI. O desfecho principal foi alta para residência, ocorrendo em 163 dos casos. Os sintomas mais frequentes na admissão foram rebaixamento do nível de consciência e hipotensão grave. A análise dos dados obtidos demonstrou uma superioridade em pacientes clínicos durante o período, com o maior número de diagnóstico sendo de septicemia. Os internamentos por politrauma, em especial dos acidentes relacionados ao trânsito também foram causa importante. As intervenções feitas aos pacientes tiveram relevância significativa, com o acesso venoso central e a intubação orotraqueal sendo as duas mais frequentes. Observando o resultado estatísticos do índice prognóstico utilizado, houve equidade entre os resultados encontrados na UTI do presente estudo no escore de SAPS III e outras unidades com semelhança geográfica. O escore SAPS III médio foi de 50,63. A mortalidade geral alcançada nesta UTI foi abaixo do cálculo esperado pelo índice geral. **Conclusão:** O perfil de pacientes atendidos na UTI demonstra a predominância de pacientes clínicos, porém com importância também em internamentos de trauma. O escore prognóstico do SAPS III demonstrou população com gravidade moderada a importante, com nível de mortalidade dentro da média das UTI's de mesmo porte e na mesma região geográfica.

## **P 55: A incidência de Infecção Hospitalar em unidades de terapia intensiva de Hospitais Universitários do Brasil.**

Autores: Geronimo, A.C; Crivilim, D; Santana, C.J.; Karino, M.

**Introdução:** A infecção hospitalar é definida pelo Ministério da Saúde como aquela adquirida após admissão do paciente em unidades de saúde, que se manifesta no decorrer do tratamento ou após a alta, relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Atualmente muito se fala em infecção hospitalar, novos microorganismos são documentados e as infecções vem aparecendo cada vez mais fortes. As unidades de terapia intensiva têm uma maior incidência devido longo período de internação de pacientes graves que necessitam de procedimentos invasivos, como acesso venoso central, sonda vesical de demora, ventilação mecânica e uso de imunossupressores e uso indiscriminado de antimicrobianos que acarretam em organismos multirresistentes. **Objetivo:** Descrever a incidência de Infecção Hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva de Hospitais Universitários do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica através da análise de produções do banco de dados eletrônico SCIELO, abrangendo apenas publicações nacionais feitas no período de 2004 a 2014, utilizando os descritores: Infecção Hospitalar, Centro de Terapia Intensiva, Hospital Universitário. Os critérios de exclusão foram: ano de publicação, a fuga da temática e indisponibilidade de acesso on-line. Foram encontrados oito se enquadravam no objetivo do estudo. **Resultados e Discussão:** Os estudos selecionados foram prospectivos e a coleta de dados foi realizada em Unidades de Terapia Intensiva Adulta. A media de infecção hospitalar foi de 20 a 23% em sete hospitais, sendo que um artigo apresentou a media de infecção de 8,2%; em relação a permanencia de internação do paciente na UTI, em três estudos a média foi de 15 a 19,3 dias e cinco artigos apresentam uma media de 6,3 dias; em relação a topografia das infecções seis artigos apresentaram que as infecções do trato respiratório são as mais prevalentes, e em dois estudos apresentaram que a infecção de trato urinário como prevalentes; Em relação aos agentes causadores da Infecção os mais citados foram *Staphylococcus aureus* 20 a 22% seguido de *Pseudomonas aeruginos* 10 a 16%; Os estudos apresentaram uma taxa de óbito de 9,6 a 11% dos pacientes que apresentaram as infecções. **Conclusão:** Após analise dos resultados, evidenciou-se que as taxas de infecção nas UTIs dos hospitalares Universitários em âmbito nacional são elevados. É importante ressaltar que prevenção e controle da IH depende do ambiente, medicação correta e também da equipe multiprofissional, sendo que a técnica da lavagem de mãos se feita de forma correta se torna o melhor cuidado para reduzir as taxas de infecção hospitalar.

**P 56: Úlcera por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva Adulto**

Autores: ROSA, N. M.; SILVA, S. R. B.; SANTANA, C. J.; SILVINO, M. C. S.; MATHIAS, T. A. F.; OLIVEIRA, M.L.F.

**Introdução:** O Programa Nacional de Segurança do Paciente, recentemente implantado pelo Ministério da Saúde, visa diminuir a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados, e propõe o monitoramento e a prevenção de danos na assistência à saúde por meio de seis protocolos. O Protocolo para prevenção de úlcera por pressão - UP, complicação que acomete indivíduos clinicamente vulneráveis, em especial os pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva – UTI, compõe uma das áreas de ação. **Objetivos:** Identificar a incidência de UP em uma UTI Adulto, considerando o número, estágio e localização; caracterizar os pacientes que desenvolveram UP quanto ao sexo, idade e diagnóstico principal; e avaliar o índice preditivo de UP dessa clientela. **Método:** Trata-se de um estudo prospectivo e descritivo, por meio de uma avaliação longitudinal de 30 dias de seguimento. Foi realizado na UTI Adulto do hospital ensino do município de Maringá – Paraná. A coleta dos dados ocorreu através da consulta ao prontuário do paciente e da busca ativa durante o mês de janeiro de 2012. Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, internados por no mínimo 48 horas e que não apresentassem UP no exame físico admissional. Para determinação do índice preditivo de UP foi utilizada a Escala de Braden. **Resultados:** Dos 23 pacientes admitidos e avaliados na UTI Adulto, um tinha idade inferior a 18 anos e cinco foram a óbito abaixo de 48 horas de internação, e sete já apresentavam UP. Dos 10 pacientes elegíveis, sete tinham idade igual ou superior a 50 anos e os dois pacientes que desenvolveram UP tinham idade igual ou superior a 50 anos, e permaneceram internados por um período entre 11 a 15 dias, uma média de 13,5 dias, com diagnóstico de hipertensão arterial severa e cardiopatia. Segundo a Escala de Braden, sete apresentavam alto risco de desenvolver UP, mas apenas dois desenvolveram UP entre o 8º e o 9º dia de internação, na região sacrococcígea com estagiamento grau II. **Conclusões:** A maior parte dos pacientes do estudo, independente da idade ou diagnóstico médico de admissão na UTI, apresentou risco elevado para desenvolver UP. Portanto, é importante que enfermeiros apliquem a Escala de Braden e que motivem as suas equipes a estabelecerem medidas preventivas em suas intervenções baseadas neste instrumento.

**P 57: O CUIDAR EM UTI PEDIÁTRICA SOB A ÓTICA DA MÃE**

Autores: ROSA, N. M; SOARES, L. G; MOLINA, R. C. M; HIGARASHI, I. H; MARCON, S. S

**Introdução:** O processo de hospitalização de um filho na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP faz com que a família e principalmente a mãe, desenvolva a necessidade de criar recursos internos para prestar o cuidado ao filho, representando ao mesmo tempo, um estímulo para a construção de um perfil materno capaz de lidar com a condição de agravo da criança. **Objetivo:** Compreender o significado da participação materna no cuidado junto ao filho internado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado junto à UTIP de um hospital de ensino do noroeste paranaense. A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2013, por meio de entrevistas gravadas com mães de crianças internadas na referida unidade. Utilizou-se de um roteiro de entrevista semiestruturado, a partir da questão norteadora: “O que significa para você participar dos cuidados prestados a seu filho na UTIP?”. Os relatos foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática, conforme Bardin (2011). Participaram do estudo, mães acompanhantes com idade igual ou superior a 18 anos e, cujo tempo de internamento do filho fosse superior a 15 dias, considerando que tal recorte propiciaria uma vivência mínima para que estas pudessem discorrer sobre a temática central do estudo. A fim de, preservar a identidade das participantes, foram utilizados nomes fictícios. **Resultados:** O estudo foi realizado contou com a participação de oito mães acompanhantes, provindas de famílias do tipo nuclear, e com idade entre 17 e 39 anos. Em relação às crianças internadas, cinco eram do sexo masculino, com idade entre seis meses e seis anos. Sete delas tinham histórico de doença crônica e uma havia sido vítima de acidente doméstico. O tempo de internação variou de 30 a 365 dias, com média de 163,5 dias. Após análise de conteúdo emergiram quatro categorias temáticas: “Reconhecimento do papel de mãe”; “Cuidado como forma de enfrentamento”; “Processo de aprendizado” e “Papel da equipe de enfermagem”. **Conclusão:** É imprescindível que os profissionais se conscientizem e, se sensibilizem com as necessidades apresentadas pelas mães decorrentes do processo de hospitalização do seu filho, reforçando os aspectos positivos desencadeados pela sua permanência no contexto assistencial. Ao mesmo tempo, é essencial intervir sobre os aspectos negativos, proporcionando um cuidado integral, humanizado e qualificado à mãe e ao binômio no ambiente hospitalar.

**P 58: Utilização do confusion assesment method for the intensive care unit scale em UTI: quem faz o diagnóstico?**

Autores: EDUVIRGEM, J.; GRANDE, K. C.; XAVIER, L. P.; TOALDO, L.

**Instituição:** Instituto de Neurologia e Cardiologia de Curitiba

**Introdução:** A redução das taxas de morbimortalidade deve tornar-se conceito imprescindível aos profissionais atuantes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para que o paciente admitido neste ambiente crítico esteja seguro para realizar o tratamento adequado sem riscos indesejados. Entretanto, este contexto depara-se com paradigmas, pois o *delirium*, por exemplo, é uma entidade de alta incidência e prevalência na UTI, e sendo um dos diversos fatores de risco e desfechos clínicos negativos para o paciente ainda é subdiagnosticado devido à falta de informação, interesse e maior compreensão pelos profissionais da saúde. É um distúrbio cerebral agudo que provoca alterações flutuantes ou prolongadas no estado mental provocando desatenção e desorganização do pensamento podendo alterar o nível de consciência implicando no desenvolvimento de deficiência cognitiva mesmo após a alta da UTI. Estudos multicêntricos mostram que os pacientes com *delirium* permanecem por mais tempo em ventilação mecânica, infusão de drogas vasoativas, permanência de dispositivos invasivos, como cateteres de inserção central e arteriais elevando as taxas de infecções refletindo no aumento da morbimortalidade dos doentes. **Objetivo:** Criar uma estratégia para monitorizar os pacientes com *delirium* e tratá-los adequadamente através do diagnóstico rápido utilizando a ferramenta *Confusion Assesment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) na prática clínica dos enfermeiros atuantes em UTI adaptado em um aplicativo eletrônico usado em celulares com tecnologia *android* ou *IOS*, para contribuir na redução das taxas de morbimortalidade: APACHE II e o SOFA respectivamente. **Método:** Utilizar o aplicativo de software Hospira – CAM-ICU – Diagnóstico *Delirium*, by *Nyvra Software* Ltda © Hospira 2013 como mecanismo facilitador de diagnóstico e monitorização do *delirium* na UTI. **Resultados:** Redução das taxas de morbimortalidade da UTI através da confirmação do diagnóstico do *delirium* por enfermeiros utilizando ferramenta eletrônica móvel. **Conclusão:** Espera-se realizar o diagnóstico rápido do *delirium* dos pacientes na UTI pelos enfermeiros através da utilização do aplicativo de *software* e tratá-los adequadamente para reduzir as taxas de morbidade e mortalidade no setor.

**P 59: Pneumonia associada à ventilação mecânica: uma revisão de literatura**

Autores: Mathiel, DQ; Alves, SF; Silva, MAO; Mireski, R; Talizin, TB; Carrilho, CMDM, Belei, RA

**Instituição:** Universidade Estadual de Londrina

**Introdução:** Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a infecção hospitalar mais comum nas unidades de terapia intensiva, em pacientes submetidos a este suporte ventilatório. No Brasil, as pneumonias são responsáveis por 28,9% de todas as infecções hospitalares, e, destas, 50% estão relacionadas à ventilação mecânica. As causas de PAV são diversas e variam dependendo do hospital, UTI e da população estudada, o que atesta a necessidade de vigilância constante.

**Objetivos:** Realizar revisão de literatura sobre epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico e conduta da PAV. **Métodos:** Foi realizado levantamento bibliográfico por meio de publicações da base SciELO, abordando o tema em questão.

**Resultados:** O diagnóstico da PAV é feito por meio da avaliação clínica e radiológica do paciente. Os sinais mais utilizados são febre (superior a 38 graus), leucocitose ( $>10.000/\text{mm}^3$ ) ou leucopenia ( $<4.000/\text{mm}^3$ ) e secreção traqueal purulenta. Os critérios clínicos são comuns a outras afecções, como edema pulmonar e atelectasias. Assim, recomenda-se a associação de dois ou mais critérios ao resultado do exame radiográfico de tórax, no qual há presença de infiltrado característico de pneumonia. Diante da suspeita de pneumonia o tratamento deve ser iniciado imediatamente, preferencialmente nas primeiras 48 horas, mesmo sem os resultados das culturas realizadas. Outra medida utilizada no tratamento é a fisioterapia pulmonar, que ajuda na reexpansão de atelectasia e melhora da complacência pulmonar. **Conclusões:** A importância epidemiológica da PAV se dá por ser importante preditor de mortalidade, pelo aumento do tempo de internação hospitalar e duração da ventilação mecânica, além do acréscimo dos custos do tratamento.

**P 60: Primeiro relato de *Pseudomonas aeruginosa* produtora de KPC no Paraná**

Autores: Ecker, A.B.S.; Lopes, M.G; Viana, G.F; Zago, M.C; Zarpellon, M.N.; Farias, A.P.M.; Tognim, M.C.B.; Gurgel, A.CM.

**Instituição:** Hospital Santa Rita / Associação Bom Samaritano

*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-KPC é uma enzima com capacidade de degradação dos carbapenêmicos. Embora tenha sido encontrada em amostras de *K. pneumoniae* desde 1996, sua presença em isolados de *Pseudomonas aeruginosa* ocorreu somente em 2006 na Colômbia e em 2012 no Brasil, Recife - PB . O objetivo deste estudo foi relatar o primeiro caso de KPC em *P. aeruginosa* no estado do Paraná. E.S.S, feminina, 73 anos, diabética, hipertensa, foi admitida em 11/04/14 na unidade de terapia intensiva-UTI cardíaca com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio sendo realizado angioplastia. Paciente estável, usando moxifloxacino 400mg/dia empírico, recebeu alta para a enfermaria em 14/04/14. Após dois dias, devido a um edema agudo de pulmão, foi encaminhada a UTI sendo necessária ventilação mecânica. Em 19/04 foi suspenso moxifloxacino e iniciado cefepime 1g 8/8h (uroculturas positivas para *Enterobacter aerogenes* -16/04 e *Escherichia coli*-20/04). Em 28/04/14 foi realizada traqueostomia sendo introduzido ao esquema terapêutico piperacilina/tazobactam 4,5g 8/8h em 03/05/14. Após dois dias apresentou melhora do estado geral com alta para enfermaria sendo antes coletadas amostras de swab de vigilância (perianal e anal) com resultados negativos. Devido à manutenção do quadro de infecção urinária, em 14/05, fluconazol foi introduzido. A paciente foi liberada em 16/05/2014, entretanto, no dia seguinte, retornou ao ambulatório com quadro de insuficiência respiratória aguda sendo encaminhada a UTI cardíaca. Em 17/05 *P. aeruginosa* sensível aos antimicrobianos de uso clínico foi identificada em cultura de secreção traqueal. Novas coletas de cultura de vigilância em 26/05 foram realizadas e neste caso foram positivas apenas para MRSA em secreção traqueal. Uroculturas sequenciais (18/05 e 27/05) foram positivas para *E. coli* sendo em 30/05 iniciado o uso de meropenem 1g 8/8h. Em 02/06 as culturas de vigilância mostraram positividade em secreção traqueal para MRSA e em swab anal para *P. aeruginosa* produtora de carbapenemase em teste de Hodge modificado. Paciente evoluiu para óbito em 08/06/14. Estudos mais detalhados da amostra de *P.aeruginosa* produtora de carbapenemase foram realizados no laboratório de bacteriologia médica da Universidade Estadual de Maringá. A concentração inibitória mínima para carbapenêmicos foi confirmada maior que 64 mg/ml pelo método de ágar diluição. A reação em cadeia da polimerase (PCR) foi realizada em triplicata para detecção dos genes  $bla_{NDM}$  e  $bla_{KPC}$ . Foi visualizado uma banda de 893 pares de bases correspondendo ao gene  $bla_{KPC}$ . Este resultado alerta para a necessidade de vigilância de KPC também em *P. aeruginosa* resistente aos carbapenêmicos.

**P 61: Adequação calórico-protéica em relação a dieta enteral prescrita versus administrada em uma UTI oncológica**

Autores: ECKERT, R.G.; BECKERT, D.; BEAL, R.; DUARTE, P.A.D.; SCHRODER, M.L.; FOLLMANN, L.L.

**Instituição:** Hospital do Câncer de Cascavel – UOPECCAN.

**Introdução:** A nutrição enteral é indicada a pacientes com ingesta alimentar via oral insuficiente, sendo essa forma alternativa de nutrir um indivíduo de extrema importância, para garantir a oferta de todos os macro e micronutrientes requeridos em cada condição patológica. Entretanto, observa-se em muitos serviços que nem sempre todos os pacientes tem a prescrição de nutrição enteral adequada as suas necessidades, ou ainda, que a prescrição atende ao seu requerimento, porém, por inúmeros motivos o volume diário prescrito não é totalmente infundido. Nestes casos, o paciente tende a ser subnutrido, e desta forma contribuindo para depleção de seu estado nutricional e, conseqüentemente maior período de hospitalização.

**Objetivo:** Avaliar se a dieta enteral prescrita em uma UTI adulta oncológica atende ao requerimento nutricional dos pacientes internados. **Método:** Estudo retrospectivo com todos os pacientes admitidos em um período de 45 dias na UTI de adultos de um hospital oncológico do Paraná. Por meio da revisão de prontuários, verificou-se se a dieta enteral prescrita atendia ao requerimento energético e protéico dos pacientes internados e, quais os principais motivos para a suspensão da dieta enteral. **Resultado:** Foram avaliados 38 pacientes, sendo 73,7% do gênero masculino, com idade média de  $58,3 \pm 12,3$  anos. De forma geral observou-se que os pacientes receberam 70,3% de suas necessidades calóricas e protéicas, por meio da nutrição enteral, com valores individuais que variaram de 12,5% a 96,2%. Os principais motivos para suspensão da dieta foram progressão para dieta oral (18,4%) e distensão abdominal (10,5%). **Conclusão:** Os pacientes internados na unidade avaliada apresentaram déficit calórico e protéico, via nutrição enteral, devido ao difícil manejo do trato gastrointestinal no paciente crítico e aos sinais de intolerância que o mesmo apresenta, sendo muitas vezes necessária a redução do volume de nutrição enteral.

**P 62: Pacientes com Traumatismo cranioencefálico submetidos a traqueostomia - Revisão bibliográfica**

Autores: Santos, R; Silva, E; Cavalheiro, R; Hannusch, D; Rossi, F; Mattos, D; Evans, A; Pasquali, K; Toccolini, F, B.

A traqueostomia é um procedimento muito útil nos pacientes com traumatismo cranioencefálico com a intenção de reduzir os dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva e também reduzir o tempo de ventilação mecânica e uso do tubo orotraqueal. **Objetivo:** deste estudo foi mensurar a incidência de traqueostomia em pacientes admitidos com traumatismo cranioencefálico em unidades de terapia intensiva. **Método:** O presente estudo é uma revisão bibliográfica das bases de dados Scielo, Lilacs, Bireme do período de janeiro de 1995 a março de 2013 nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram incluídos sete artigos que apresentaram os seguintes resultados: o primeiro: estudo publicado em 2007 com 33 pacientes desses 28 eram do sexo masculino e 5 do sexo feminino; Segundo: estudo publicado no ano de 2010 com 12 pacientes, 11 foram do sexo masculino e 1 sexo feminino; terceiro: estudo publicado em 1996 com 2476 casos com 996 do sexo masculino e 1480 do sexo feminino, no quarto estudo de 2004 com 206 pacientes, 166 do sexo masculino e 40 do sexo feminino; no quinto estudo publicado em 2010 com 87 casos onde 48 eram do sexo masculino e 39 do sexo feminino, no sexto estudo publicado em 2011 com 101 casos, 87 foram do sexo masculino e 14 do sexo feminino, e sétimo com 36 pacientes foram encontrados 26 masculinos e 10 femininos. **Conclusão:** as traqueostomias são frequentemente realizadas nos pacientes acometidos de traumatismo cranioencefálico no sexo masculino

**P 63: Síndrome de Ramsay-Hunt**

Autores: Carreira, MGT; Manzano, FS; Menezes,T; Molina, E; Fischer, J.

**Instituição:** Hospital Metropolitano de Sarandi

**Introdução:** Em 1907 James Ramsay Hunt, descreveu uma síndrome, a qual associava paralisia facial periférica e otalgia ipsilateral acompanhada de lesões vesiculares em pavilhão auricular causadas pelo acometimento do gânglio geniculado pelo vírus do herpes zoster. A síndrome é responsável por 7-16% das paralisias faciais periféricas unilaterais não traumáticas, com uma incidência semelhante em adultos e crianças com mais de seis anos (1,2). A evolução é mais severa que a paralisia facial de Bell e a recuperação completa somente ocorre em 30% das pessoas acometidas. O diagnóstico é basicamente clínico. Os autores descrevem um caso desta síndrome em paciente com HIV, gestante de 12 semanas.

**Objetivo:** É a identificação desta síndrome onde o diagnóstico é clínico e as manifestações dependem do território inervado pelo par craniano afetado, a característica essencial é ser unilateral, respeitando a linha média (3). A apresentação clínica é variada, podendo apresentar otalgia, erupção de vesículas no território do nervo, dor, paralisia facial periférica ipsilateral, perda auditiva, zumbido, crise vertiginosa e afecção de outros pares cranianos. Os indivíduos imunodeprimidos são particularmente propensos a desenvolver a doença, especialmente em terapia imunossupressora, indivíduos infectados pelo vírus HIV e malignidades hematológicas (4). **Método:** Relato de uma paciente A A M S 26 anos gestante de 12 semanas atendida no hospital metropolitano de Sarandi relatando dor em região auricular direita com evolução há 6 dias, lesões em hemiface direita associada a paralisia da face ipsilateral há 4 dias. Ao exame foi verificada a existência de lesões vesiculobolhosas em conduto auditivo externo, lesões em hemiface direita acompanhadas de grande eritema e dor, observamos que as lesões seguiam a trajetória do VII par craniano e respeitavam a linha média da face. Na conduta foi solicitado exames de sorológicos e rotina laboratorial para gestante, com sorologia positiva para HIV e contagem de CD4 97/mm<sup>3</sup>. **Tratamento:** A conduta prescrita utilizada foi Aciclovir EV 750mg 3 vezes ao dia por 7 dias e após uso de 800mg VO 5 vezes ao dia por 7 dias, analgesia e acompanhamento com infectologia e ginecologia. Embora recomendado na literatura não foi utilizado corticoides devida a gestação. **Conclusão:** Em relação as complicações tendem a ser mais graves quanto maior imunodepressão do paciente. É importante pensar sobre toda paralisia facial dolorosa, acompanhada ou não por erupção cutânea e comprometimento vestibular, uma vez que o diagnóstico precoce e o tratamento reduz sequelas desta doença.

**P 64: Visita Multidisciplinar: Ferramenta fundamental na assistência do doente crítico.**

Autores: Bortolon, PHM; Silva, MR; Lemos, MAS; Biatto, JFP

**Instituição:** Hospital Santa Rita – Maringá PR

**Introdução:** A complexidade do ambiente de Terapia Intensiva, associada aos pacientes graves, proporciona um risco elevado de erros humanos nos cuidados destes. A visita multidisciplinar é uma prática crescente em todo o mundo, pois facilita a comunicação, promove integração multiprofissional, ajuda na tomada de decisões, cumprimento de metas diárias e redução de falhas na assistência ao paciente, com estudos recentes mostrando melhores desfechos. A utilização de “checklist” é uma ferramenta utilizada em diversas áreas, e esta se tornando sinônimo de tentativa de simplificar o atendimento e reduzir erros. Em UTI o preenchimento diário de “checklist” demonstrou benefício de redução em taxas de infecção e tempo de ventilação mecânica. **Objetivo:** O objetivo do nosso estudo é demonstrar as principais metas diárias após a Visita Multidisciplinar associada com o preenchimento de um “Checklist”, que inclui os principais “bundles” de cuidados em terapia intensiva. **Material e Método:** O estudo foi realizado na UTI Geral, que é composta por 22 leitos, no mês de Outubro de 2013, todos pacientes neste período foram incluídos, a visita é realizada diariamente no período matutino pela equipe multidisciplinar, com o preenchimento do “checklist” e a decisão compartilhada das metas diárias. **Resultado:** Durante o período proposto de estudo foram realizadas 210 visitas multidisciplinares, resultando em 549 metas a serem realizadas, o principal “bundle” após decisão multidisciplinar foi o pacote de avaliação/nutrição com 99 metas, que é composto de: dieta enteral, meta atingida, necessidade de nutrição parenteral, controle glicêmico adequado, necessidade de realização de gastrostomia e avaliação da Fonoaudiologia. O segundo “bundle” mais acionado foi o da ventilação mecânica, responsável por 15% das metas, dentre a qual, a necessidade de ventilação não invasiva foi requisitada com maior frequência. **Conclusão:** Com o envelhecimento da população, aumento de doenças crônicas e também no número de vítimas da violência urbana, a complexidade do doente crítico da UTI aumenta progressivamente, propiciando um ambiente favorável e susceptível a falhas. Com o preenchimento do “checklist” é possível melhor resultado na assistência destes pacientes, sendo uma ferramenta importante e contribuindo significativamente para a redução do risco de erros, sua implementação é de importância substancial no cuidado de pacientes criticamente enfermos.

**P 65: Relato de um caso clínico: Pneumomediastino espontâneo após esforço físico intenso e história de asma.**

Autores: NEMER, CA; RECCO, MLC; LEONEL, RC; MASSARO SCK; MEDEIROS, CC; MIGUEL, EA.

**Instituição:** Hospital Metropolitano de Sarandi

**INTRODUÇÃO:** Pneumomediastino é definido pela presença de ar livre no mediastino. As principais etiologias são traumatismo, procedimentos invasivos, fístulas traqueobrônquicas ou esofagobrônquicas, manobras de Valsalva, ventilação com pressão positiva, acesso de tosse, vômitos, esforço físico, uso de drogas inaladas, entre outros. Apesar de raro, pode ocorrer tanto na ausência de doença pulmonar prévia, quanto de fatores precipitantes. Nestes casos denominamos pneumomediastino espontâneo (PME). O PME tem maior prevalência em jovens do sexo masculino (8/1), acometendo raramente adultos. A incidência por admissões hospitalares varia de 1/800 à 1/42.000 casos, sendo que, aproximadamente 1% tem antecedente mórbido de asma. O quadro clínico manifesta-se por tosse, dispnéia aos esforços, dor torácica, cervicalgia, distonia e disfagia. O sinal de Hamman (presença de crepitações na ausculta cardíaca), é infrequente achado no exame físico. O diagnóstico foi realizado após anamnese e exame físico, associado ao exame de imagem (radiografia de tórax e tomografia computadorizada de tórax). Por se tratar uma doença autolimitada, é indicado tratamento conservador, com observação rigorosa e medicamentos sintomáticos. **OBJETIVOS:** Descrever um caso clínico de pneumomediastino espontâneo em um diagnosticado na enfermaria do hospital após excluir possíveis diagnósticos diferenciais. **MÉTODOS:** Relato de caso a partir de dados secundários do prontuário médico na Unidade de Pronto Atendimento Zona Sul de Maringá e no Hospital Metropolitano de Sarandi em Junho/2014. Realizado uma revisão literária no SCIELO sobre o tema, dos últimos cinco anos. **RESULTADOS:** GSP, menino de 11 anos de idade, com quadro de dor torácica tipo aperto, ventilatório-dependente, com 2 dias de evolução e piora progressiva após exercício físico. Referiu tosse produtiva e coriza, com diagnóstico prévio de asma. Exame físico: REG, afebril, acianótico, orientado, dispnéico, com fácies de dor. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente com sibilos inspiratórios difusos e frequência respiratória de 16 irpm. A ausculta cardíaca regular, em 2 tempos, sem sopros, frequência de 88 bpm e presença de crepitações no hemitórax. Abdome normal. Realizou-se RX de tórax com discreta lâmina de ar envolvendo a silhueta cardíaca. Tomografia de tórax revelou significativo enfisema mediastinal estendendo-se na região cervical inferior e fossas supra claviculares. O paciente foi tratado com B-2 agonista, anti-inflamatório não hormonal e repouso. Evoluiu com melhora clínica, recebendo alta hospitalar e encaminhamento ao pneumologista. **CONCLUSÃO:** Relatamos este caso com intuito de ressaltar a importância do exame físico detalhado, assim como da observação cuidadosa do exame complementar (Radiografia de tórax), evitando possíveis complicações.

**P 66:** Perfil epidemiológico de um Centro de Tratamento de Queimados de um Hospital Universitário do Paraná/Brasil.

Autores: ZAMPAR, E.F; ANAMI, E. H. T; GRION, C. M. C; MORÃES, S.R.P; LIMA,F.Y; ALBUQUERQUE, M.N.S; NASCIMENTO, N.B

**Instituição:** Hospital Universitário de Londrina/UEL

**Objetivo:** Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (CTQ/HU/UEL). **Método:** Estudo transversal retrospectivo realizado por meio de análise dos prontuários dos pacientes internados no CTQ/HU/UEL, no período de 01 de janeiro de 2012 até 31 de dezembro de 2013. Foram coletados dados de identificação, causa e extensão da queimadura e tempo médio de internação. Para a análise dos dados foi utilizado o programa Epiinfo 5.0 e os resultados descritos por meio de médias e distribuições de frequências. **Resultados:** Foram admitidos 527 pacientes no período do estudo sendo incluídos 458 para análise e excluídos 79 pacientes por admissão eletiva para cirurgias reparadoras. Houve predominância do sexo masculino 144(68,5%), com média de idade 28,3%(4 meses a 82 anos). A média da superfície corporal queimada foi de 15,4% (2 a 94%) e a média de tempo de internação foi de 17 dias (2 – 138). Houve predomínio de queimaduras por acidentes domésticos (73,7%), sendo que o álcool/etanol foi o agente causal em 30% desses acidentes; os acidentes de trabalho vitimaram 66 pessoas (14.4%), tentativas de homicídio 27 (5.9%), auto-extermínio 17 (3.7%) e os incêndios 10 (2%). **Conclusões:** O conhecimento do perfil epidemiológico da população e das causas dos acidentes em nossa unidade, auxilia nas atividades educativas e nas campanhas preventivas que são realizadas anualmente, e na difusão através de palestras educativas, em escolas e empresas, com o objetivo de diminuir a incidência de queimaduras e difusão do conhecimento com a comunidade.

**P 67: Epidemiologia das infecções dos pacientes queimados em um hospital de ensino.**

Autores: ZAMPAR, E. F.; ANAMI, E. H. T.; GRION, C. M. C.; OUSSAKI, F. M DA S IAKMIU, E. A.; RIBEIRO, S

**Instituição:** Hospital Universitário de Londrina

As infecções hospitalares são complicações freqüentes, graves e que comprometem a recuperação dos pacientes queimados. O paciente queimado tem risco elevado de adquirir uma infecção hospitalar causada pela imunossupressão decorrente da lesão térmica, hospitalização prolongada e procedimentos invasivos. A infecção no paciente queimado é uma das principais causas de morbidade e mortalidade e continua a ser um dos maiores desafios para a equipe multidisciplinar. **Objetivos:** Conhecer as características epidemiológicas dos pacientes internados com queimaduras e os principais sítios acometidos pelas infecções hospitalares. **Métodos e Resultados:** Estudo observacional, longitudinal, retrospectivo, dos pacientes admitidos no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do Hospital Universitário de Londrina, para tratamento de queimaduras no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2013. Foram admitidos 527 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino 313/68,5% e 11/31,5 % do sexo feminino. A média de idade foi de 28,3 anos (4meses a 82 anos) e a media de dias de internação foi de 17 dias. Foram notificados um total de 330 infecções hospitalares no período, sendo as mais frequentes as infecções pulmonares (36,96%), seguidas das infecções de pele (37,96%), do trato urinários (22,12%) e as infecções de corrente sanguínea (3,6%). Os microorganismos mais frequentes foram o *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas Aeruginosa*. **Conclusão:** As informações levantadas ajudam a prevenir essas infecções hospitalares e intensificar as medidas de prevenção e precaução de contato bem como a promoção de um ambiente seguro. A adoção de protocolos de prevenção de pneumonias, sensibilização para a lavagem das mãos e a capacitação profissional podem otimizar o alcance desses objetivos.

**P 68: Insuficiência Respiratória Aguda em Lactente por Síndrome de Loeffler: Relato de Caso**

Autores: Ferreira, CB; Perego, LMA; Kido, NS; Oliveira, SRL

**Instituição:** Universidade Estadual de Maringá – Hospital Universitário de Maringá

**Resumo:**

**Introdução:** A síndrome de Loeffler representa uma pneumonite eosinofílica transitória decorrente da migração pulmonar de larvas de parasitas, como o *Ascaris lumbricoides*. Apesar de não ser uma usual causa de insuficiência respiratória aguda em crianças, demandando intubação orotraqueal e cuidados intensivos, deve ser sempre considerada, uma vez que parasitas intestinais ainda constituem grande problema de saúde pública em países em desenvolvimento como o Brasil. **Objetivo:** Descrever um caso de síndrome de Loeffler que evoluiu com insuficiência respiratória aguda e necessidade de intubação orotraqueal. **Relato de Caso:** Lactente de 1 ano e 5 meses, morador de área rural com transtornos do hábito alimentar (geofagia), com história de tosse e febre há 3 dias e eliminação de áscaris pela boca após vômitos, apresentou-se em insuficiência respiratória aguda à admissão hospitalar, com diminuição de murmúrios vesiculares e sibilância bilateral à ausculta torácica, sendo necessária intubação orotraqueal imediata e cuidados de terapia intensiva pediátrica. Hemograma de entrada revelou eosinofilia intensa e raios-x de tórax com infiltrado perihilar bilateral. Ultrassom mostrou imagem sugestiva de larvas em vesícula e colédoco e raios-x de abdome revelou imagem de “miolo de pão” em alças intestinais. Durante a evolução do quadro, foi aspirado grande quantidade de secreção de tubo orotraqueal rico em larvas rabditóides e eliminado áscaris adultos via oral e retal. Tratado com Ivermectina e Albendazol, além de óleo mineral e corticoide sistêmico, resultando em melhora clínica e laboratorial. **Comentários Finais:** Apesar do avanço tecnológico e científico vivenciados no mundo atual, o Brasil ainda se depara com doenças parasitárias não controladas, capazes de resultar em situações graves e potencialmente fatais. Ressalta-se que, enquanto persistir essa realidade, cabe ao profissional de saúde estar atento ao diagnóstico precoce e tratamento inicial da ascaridíase, a fim de se evitar desfechos desfavoráveis como a insuficiência respiratória por síndrome de Loeffler.

**P 69: Benefícios das manobras de reexpansão no tratamento de atelectasias no paciente pediátrico. (Estudo de Caso)**

Autores: Santos, R; Silva, E; Cavalheiro, R; Hannusch, D; Mattos, D; A, Evans; Pasquali, K; Toccolini, F, B

**Instituição:** Hospital Municipal

A fisioterapia respiratória contribui para melhora da qualidade de vida dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva pediátrica, favorecendo a relação ventilação/perfusão e manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória. A área de fisioterapia respiratória começou a ser estudada e colocada em prática em pacientes pediátricos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em 1977, e sua aplicação no recém-nascido (RN) surgiu após o aparecimento de novos conceitos técnicos. A maior atuação ocorre nas disfunções pulmonares, como broncopneumonia, doença da membrana hialina, infecções de vias áreas superiores, taquipnéia transitória do RN, hipertensão pulmonar, desconforto respiratório precoce, entre outros. O tratamento dessas patologias se consiste em técnicas de higiene brônquica, reexpansão pulmonar, posicionamento no leito favorecendo a ventilação pulmonar. **Objetivo:** avaliar melhora radiológica em um paciente que evoluiu com atelectasia após 13 horas de extubação. **Método:** trata-se de um estudo de caso realizado na Unidade de Terapia Intensiva pediátrica de um paciente com 6 meses de idade, do sexo feminino, com Síndrome de Down, sepse de foco pulmonar, insuficiência cardíaca e broncoespasmo que deu entrada no setor dia 03.07.2014 permanecendo intubada por Insuficiência respiratória por um período de 5 dias, e 13 horas após extubação evoluiu com atelectasia do hemitórax esquerdo. Foi realizado atendimento fisioterapêutico por duas sessões de 15 minutos com manobras de reexpansão, higiene brônquica e monitorizado Raio X. **Conclusão:** foi realizado Raios-X para avaliar a melhora onde foi percebido a expansibilidade da área atelectasiada.

**P 70: Encefalocele occipital. Relato de caso**

Autores: Buzatto, P B; Kirchner A E M; Kliemann R

**Instituição:** Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

**Introdução:** a encefalocele é uma protusão do conteúdo do crânio além dos seus limites normais, através de uma má formação óssea congênita associada ou, mais raramente, através de forames ou fissuras normais do crânio. É provável que agentes teratogênicos (medicamentos, altas doses de vitamina A, vírus, radiações entre outros) estejam envolvidos agindo sobre o fechamento do tubo neural primitivo, porém, seus mecanismos ainda são desconhecidos. O conteúdo da encefalocele é variável, podendo apresentar apenas líquido cefalorraquidiano ou contendo importantes tecidos encefálicos. A incidência estimada é 1:4000 nascimentos. A localização anatômica dessa anomalia conjuntamente a outros fatores – conteúdo do saco herniário; extensão da má formação, lesões associadas ao SNC e/ou sistêmica – é determinante para o tratamento e para o prognóstico do paciente.

**Objetivo:** relatar o caso de paciente da UTI neonatal com encefalocele contendo importante tecido encefálico com diagnóstico após o nascimento de parto via vaginal. Revisar dados na literatura sobre a etiologia, fatores de risco, o manejo clínico/tratamento e ao seguimento desses pacientes.

**Métodos:** foi realizada revisão da literatura, em artigos científicos e livro texto de autores consagrados. **Resultados:** a encefalocele é o defeito no fechamento do tubo neural menos comum. Sua incidência varia consideravelmente, sendo mais frequente em países como o México, Ásia e Espanha. Encefalocele occipital são mais comuns no sexo feminino, ao contrário parietal e sincipitais. Pode estar associado à microcefalia, hidrocefalia, malformação de Chiari tipo III entre outras. Fatores nutricionais e ambientais desempenham certamente um papel importante. Mas estudos recentes apontam também para uma predisposição genética e para o aumento do risco de recorrência em casais com uma criança afetada. O diagnóstico pode ser realizado intra-útero (ecografia - ideal) ou conforme o relato descrito, no momento do exame físico do recém-nascido. Exames como a radiografia crânio, tomografia ou ressonância completam a investigação, servindo também para o planejamento na correção cirúrgica. **Conclusão:** o tratamento cirúrgico da encefalocele deve ser precoce e de forma multidisciplinar. O diagnóstico pré-natal é importante na determinação do prognóstico e no fornecimento do aconselhamento genético apropriado. Seu conhecimento antecipado pela equipe médica permite desfecho mais adequado da gravidez e um plano obstétrico em um centro que tenha recursos para garantir o melhor atendimento e tratamento para o recém-nascido em questão. Nesse caso, a UTI neonatal, que permitiu assegurar o direito a atenção integral desse paciente.

**P 71: Um estudo de caso: o trabalho do psicólogo hospitalar nas unidades de tratamento intensivo com pacientes de cirurgia cardíaca**

Autores: CARVALHO, M. T. C.; GALVAO, D.M.; SOARES, S.; SANTOS A.C.

**Instituição:** Centro de Estudo e Pesquisa do Hospital do Coração de Londrina

**Introdução:** Trata-se de um estudo de caso do trabalho da psicologia hospitalar no Hospital do Coração de Londrina, entre o pré-operatório e o pós-operatório de cirurgia cardíaca. De acordo com a definição do órgão que rege o exercício profissional de psicologia hospitalar no Brasil - SBPH, o instrumento do trabalho desse profissional é a escuta e a palavra. A partir desse enfoque, deve-se visar à minimização do sofrimento psíquico do paciente em adoecimento. Ou seja, orientar e dar suporte ao paciente, contribuir para a sua reabilitação e demais atividades.

**Objetivo:** Demonstrar a importância da psicologia hospitalar no acompanhamento de pacientes durante o procedimento de cirurgia cardíaca em sua totalidade. Horário de visita assistido. Orientar sobre o processo cirúrgico, o pós-operatório e a permanência em UTI. Fortalecer emocionalmente o paciente e seus responsáveis. Favorecer a coparticipação no tratamento cardíaco.

**Métodos:** A pesquisa deu-se a partir da aplicação do trabalho da psicologia nos pacientes em caso de cirurgias cardíacas no ano de 2013 no Hospital do Coração de Londrina. Define-os em 63% do sexo masculino e 56% acima dos 61 anos, sendo que 4% dos pacientes assistidos foram a óbito. No ato da internação, o psicólogo inicia uma conversa a fim de conhecer a origem da doença e as expectativas do paciente com a cirurgia cardíaca. Durante o procedimento cirúrgico, o profissional irá coletar informações sobre a cirurgia para tranquilizar os responsáveis pelo paciente. No pós-operatório a psicologia orienta o paciente e seus responsáveis, acompanhado do cardiologista, sobre os hábitos a serem adotados e o cuidado com a incisão cirúrgica.

**Resultado:** Pode-se observar a importância do acompanhamento do psicólogo hospitalar em casos de cirurgia cardíaca. De acordo com Vargas (2006) a doença cardíaca e seu tratamento representa uma nova realidade abruptamente imposta, que desestrutura o paciente. Tem medo do seu estado de saúde e fica à mercê de profissionais que nem sempre lhe transmitem segurança e empatia. Assim, o psicólogo deverá buscar conhecimento sobre a prática de cirurgia cardíaca para que consiga transmitir a segurança necessária ao paciente e seus responsáveis.

**Conclusão:** Dessa forma, pode-se observar que o psicólogo hospitalar, em situações de cirurgias cardíacas, deverá prestar assistência ao paciente, bem como seus familiares e a equipe de serviço visando o auxílio da minimização do sofrimento. Para isso, o profissional deverá ter conhecimento sobre o procedimento a ser tomado a fim de suprir as dúvidas levantadas, e orientando-o para que haja uma melhor recuperação.

**P 72: Circuito de atividade física em unidade de terapia intensiva**

Autores: Knapik, J.S.; Faria, J.G; Graduanda, P.G.V.; Maturana, M.J., Aquim, E.E.

**Instituição:** Faculdade Inspirar

**Introdução:** Alterações físicas como redução de força muscular e emocional como ansiedade, depressão e principalmente o delirium, podem acometer até 80% dos doentes em ventilação mecânica afetando a funcionalidade e qualidade de vida de um a sete anos após a alta hospitalar. Diante disso fazem-se necessárias estratégias que minimizam esses efeitos deletérios de forma segura e satisfatória dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Objetivo:** Avaliar a segurança de um circuito de atividade física, assim como o estado emocional e cognitivo de pacientes internados em UTI. **Métodos:** Estudo experimental realizado em 26 pacientes de ambos os sexos com idade média de  $43,5 \pm 21,3$ , escala de coma de glasgow maior que 13, hemodinamicamente estáveis, com suporte ventilatório ou não, aptos a realizar bicicleta ativa, internados em UTI. Os pacientes inclusos no estudo realizaram um circuito de atividade física que consistia em fase de aquecimento, com realização de 3 minutos de bicicleta ativa, fase de atividade, com realização de 10 minutos de atividades de membros superiores, tronco, e marcha estacionária e fase de desaquecimento com mais 3 minutos de bicicleta ativa e 1 minuto de alongamento de bíceps, isquiotibiais e cervical, com duração total de 18 minutos. A Escala Delirium (CAM-ICU) foi aplicada no primeiro e último dia, os sinais vitais foram registrados pré, pós 06, 10 e 20 minutos do início do circuito. A Escala de Felicidade e a pressão arterial média (PAM) foram realizadas pré e pós a realização do circuito. **Resultados:** Na análise dos sinais vitais foi utilizado o teste paramétrico ANOVA duas vias, os quais não mostraram alterações significativas da frequência cardíaca ( $p=0,74$ ), frequência respiratória ( $p=0,15$ ), saturação de oxigênio ( $p=0,11$ ) e PAM de  $101,02(\pm 20,31)$  no primeiro dia e de  $101,85(\pm 17,68)$  no último dia. Para a Escala de Felicidade, correlacionados o primeiro e último dia de intervenção, foi utilizado o teste não paramétrico Qui-Quadrado ( $X^2$ ), o qual mostrou alteração significativa ( $p<0,05$ ), o mesmo aconteceu com o delirium onde apenas 3,4% avaliados apresentaram delirium. **Conclusão:** O circuito de atividade física demonstrou ser seguro para o paciente crítico. O baixo percentual de delirium nos leva a acreditar, que, o uso cada vez menor de sedação e a intervenção fisioterápica precoce mostram-se eficaz, com consequente aumento da felicidade.

**P 73: Pneumotórax bilateral durante ventilação mecânica: Relato de caso**

Autores: Miguel, ERA; Souza, GA; Souza, GA; Aires, DL; Oliveira, SRL

**Instituição:** Universidade Estadual de Maringá (UEM)

**Introdução:** A ventilação mecânica é considerada um importante recurso terapêutico para os pacientes em insuficiência respiratória. Porém, são conhecidos os efeitos colaterais decorrentes do uso deste recurso: barotrauma, volutrauma e produção de resposta inflamatória exacerbada. Todavia, o pneumotórax é uma complicação grave, podendo levar a óbito se não tratado adequadamente.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico de pneumotórax bilateral sob ventilação mecânica em paciente pediátrico. **Metodologia:** Trata-se de um relato de caso, realizado a partir de dados retirados de forma secundária de prontuário médico da UTI pediátrica do Hospital Universitário de Maringá, em maio de 2014. Ainda, foi realizada revisão da literatura dos últimos cinco anos da base de dados Scielo. **Resultados:** ALB, feminino, 22 dias de vida. Ao nascimento: RNT, IG: 38 semanas e 4 dias, PN: 2535g, E: 47cm e em AME. Apresentava quadro gripal com febre intermitente há 1 semana. Com 5 dias de evolução, utilizou inalação com beta2-agonista, apresentando melhora do quadro. Todavia, houve piora dos sintomas, porém sem febre, 24h antes da internação, quando procurou atendimento médico, sendo solicitada a vaga em UTI. Nesta, evoluiu com piora progressiva do desconforto respiratório, necessitando de intubação orotraqueal. A sedação foi feita com midasolan, fentanil e cetamina, sendo o esquema terapêutico em uso na internação: penicilina, gentamicina, azitromicina e oseltamivir. Estava sendo ventilada em SIMV, parâmetros: FiO<sub>2</sub> 25%, FR 25, Pip 26, peep 6, gasometria: 7,35/40/77/22,1/23,1/-2,7/97. Após 72h de ventilação mecânica, houve piora súbita com queda da saturação, palidez cutânea e ausência de batimentos cardíacos. Continuou-se com a ventilação manual com VPP e foi feita checagem da intubação e posição do tubo traqueal, mantido com massagem cardíaca. O RX de tórax realizado demonstrou pneumotórax bilateral. Foi feita, assim, drenagem de alívio bilateralmente, com melhora imediata da coloração do paciente e captação da frequência cardíaca pelo oxímetro de pulso (solicitou-se drenagem definitiva pelo cirurgião pediátrico). Nas 24h seguintes, permaneceu estável, sem intercorrências. Parâmetros gasométricos 6h após pneumotórax: FiO<sub>2</sub>: 25%, FR: 45, Pip: 30, peep: 7, gasometria: 7,23/46,1/81,2/19,8/22,1/-5/97%. Cinco dias após o pneumotórax, foi extubada. Aos doze dias de internação recebeu alta em ar ambiente. **Conclusão:** Existe uma conduta indicada pelo PALS para pacientes que, sob ventilação mecânica, apresentam piora súbita com queda de saturação. É importante que profissionais de UTI pediátrica dominem a técnica de alívio da pressão intratorácica por punção transtorácica, evitando outras complicações, como perfuração hepática ou cardíaca.

## P 74: Relato de Caso – O retardo na eliminação do mecônio é motivo para alarme?

Autores: Andretta, IB; Jock, CLM; Fernandes, CM; Carvalho, DF; Richter, CC.

**Instituição:** Santa Casa de Paranaíba-PR

**Introdução:** A doença de Hirschsprung (DH) deve ser diagnosticada precocemente por ser uma anormalidade grave a qual pode levar ao óbito. Ela é caracterizada pela ausência de células ganglionares nos plexos mioentéricos submucosos. A incidência estimada é 1 : 5.000, acomete mais meninos numa proporção 4:1. Um dos primeiros sinais é o atraso na eliminação do mecônio nas primeiras 24 horas de vida, distensão abdominal, vômitos, ampola retal vazia com saída de grande quantidade de fezes e gases após a estimulação retal e peritonite por perfuração intestinal. O diagnóstico é feito com RX de abdome o qual revela distensão gasosa e ausência de ar na ampola retal. O enema opaco deve ser realizado sem o preparo prévio para evitar desaparecimento da zona de transição. A biópsia é o padrão-ouro e os dois achados característicos são: ausência de células ganglionares e presença de células hipertróficas na submucosa. O tratamento é cirúrgico. **Relato de caso:** RNPT, masculino, 36 semanas, Apgar 9/9, peso 2.600 g. Apresentou dificuldade de sucção no seio materno, náusea, vômito e eliminação de mecônio ausente com aproximadamente 36 horas de vida. Realizado RX de abdome com ausência de gases em ampola retal (anexo1). Feito lavagem intestinal com n-acetilcisteína e SF 0,9%, porém a eliminação se manteve ausente. Foi transferido para UTI neonatal e permaneceu em jejum, realizada outra lavagem intestinal ocorrendo eliminação de mecônio em grande quantidade. Com 72 horas de vida realizou enema opaco (anexos 2) com hipótese diagnóstica: DH devido a distensão gasosa êntero-cólica, área focal de estenose no terço proximal do segmento descendente, associada a redução difusa do calibre próximo do cólon descendente e com sinais de dilatação dos segmentos cólicos a seguir. Desde então evoluiu com queda do estado geral e instabilidade hemodinâmica. Realizado expansão volêmica e iniciado droga vasoativa. Solicitado RX de abdome o qual apresentou pneumoperitônio (anexo 4). Feita a transferência do RN a outro serviço para realização de cirurgia. Durante o ato cirúrgico foi constatado perfuração intestinal e peritonite química. A biópsia encontrase em andamento e o RN foi a óbito após 2 dias do procedimento cirúrgico. **Conclusão:** A observação da sucção no seio materno e eliminações fisiológicas são dados importantes nos primeiros dias de vida do RN. A ausência destes pode ser sinal de alarme para o diagnóstico precoce de doenças fatais como DH.

### Anexos:



Anexo 1 (RX simples de abdome supino)



Anexo 2 (enema opaco prono e supino)



Anexo 4 (RX simples de abdome pós enema opaco em decúbito lateral esquerdo)

**P 75: Avaliação da prematuridade e fatores associados no município de Tubarão-SC no ano de 2012**

Autora: Andretta, IB.

**Instituição:** UNISUL TUBARÃO-SC

**Objetivos:** Analisar a prematuridade no município de Tubarão-SC nos meses de agosto a outubro no ano de 2012 e fatores associados. A presença/ausência de complicações e influência dessas variáveis. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal. No qual foram elegíveis ao estudo prematuros com idade gestacional entre 22 semanas e 36 semanas. Após a coleta os dados foram digitados no Excel, reagrupados e analisados no SPSS. **Resultados:** O estudo contou com uma mostra final de 110 prematuros, com a idade gestacional mais prevalente de 36 semanas. A relação de recém-nascidos do sexo masculino/feminino foi de 1,89:1, idade média materna 27,8 anos. 19,1% das gestações possuíram mais de um feto. A média foi de 6 consultas pré-natal, 51,8% eram múltiparas, 24,3% destas tiveram uma gestação pré-termo anteriormente. A relação cesáreas/parto normal 2,5:1. Referiram vaginose durante a gestação 33,1% e destas 91,8% fizeram tratamento. 28,2% fizeram o uso de corticóide ante-parto. Dos prematuros 62,7% tiveram baixo peso. Necessitaram de Unidade de Terapia Intensiva 48,2%. De reanimação cardíaco-pulmonar 9,1% e 31,8% de ventilação. Foram a óbito 3,6%. **Conclusões:** Quanto maior o número de consultas pré-natal maior a idade gestacional. Não houve significância na relação gravidade da prematuridade X idade materna. Não influenciou na gravidade da prematuridade o fato de serem primípara/ múltipara/ múltipara com gestação pré-termo prévia ( $p=0.081$ ). Os recém-nascidos que fizeram o uso de corticoide ante-parto necessitaram mais de ventilação. O gênero não apresentou influência. Quanto menor o peso, maior a necessidade de unidade de terapia intensiva. O peso ao nascer X gravidade da prematuridade possuiu diferença estatística entre os moderadamente prematuros e prematuros ( $p=0.01$ ). O risco de prematuridade grave é 5,8 vezes maior em gestações múltiplas quando comparadas as de feto único ( $p=0.02$ ).

**P 76: Estudo comparativo entre rotinas de conferência do carrinho de emergência em hospitais da cidade de Londrina, Paraná, Brasil**

Autores: MORAES, U. R. O.; NAKANO, R. A.; SANCHES, C. T.; KARINO, M. E.

**Introdução:** O carrinho de emergência é caracterizado por ser uma mobília móvel com capacidade de armazenar materiais e medicações necessárias no atendimento à pacientes em condições de urgência e emergência em diversos setores, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na qual existem pacientes potencialmente graves com risco de instabilidade clínica e óbito. A atribuição da conferência do carrinho de emergência deve ser definida de acordo com a disponibilidade da equipe, entretanto, o profissional melhor capacitado para isto é o enfermeiro, pois possui visão ampla do atendimento de urgência e emergência, da ação dos medicamentos e organiza de forma objetiva o mesmo. Com a vivência em hospitais de nível secundário e terciário, observou-se a diferença quanto a composição, rotina e atribuição da conferência do carrinho de emergência. **Objetivo:** Comparar as rotinas de conferência do carrinho de emergência entre três hospitais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, baseado na atuação de residentes de enfermagem em Urgência e Emergência, as quais realizaram estágio nas unidades de emergência em três hospitais públicos de nível secundário e um terciário na cidade de Londrina, no ano de 2013. Foi realizada a anotação da composição do carrinho de emergência dos hospitais, quanto aos tipos de medicações e suas quantidades, materiais e equipamentos e quanto ao responsável pela conferência e sua rotina e, em seguida comparados entre si. **Resultados:** Nos hospitais secundários as medicações e materiais são definidas de acordo com a prioridade de uso no atendimento de emergência e em um dos hospitais secundários não existe padronização por parte da instituição. Já no hospital terciário existe um protocolo de padronização contendo as medicações e quantidade necessária. Nos hospitais secundários, a conferência é responsabilidade do profissional enfermeiro, já no hospital terciário, apesar de sua complexidade, não há uma rotina estabelecida para a conferência diária nos diversos setores, sendo este um dos pontos críticos, pois não é atribuída oficialmente a um profissional, seja ele técnico de enfermagem ou enfermeiro. **Conclusão:** Portanto conclui-se que a conferência do carrinho de emergência é ponto fundamental para uma adequada assistência, devendo ser de atribuição do enfermeiro que possui os conhecimentos técnicos e científicos exigidos para essa prática, oferecendo assim, a segurança do paciente e equipe de saúde em todos os setores, especialmente na UTI e Pronto-Socorro.

Palavras chave: Enfermagem em emergência; Kit Médico de Emergência; Lista de checagem.

**P 77: Aneurisma de aorta infectado por Samonela – Relato de Caso**

Autores: Malacrida ACP; Favoretto, JP; Gasparine, AVCS; Gaiotto, LAV; Chirichela, IA; Silva KR; Tsuda, M; Larangeira, AS; Grion, CMC

**Instituição:** Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Universidade Estadual de Londrina

**Introdução:** A Salmonelose é uma infecção bacteriana causada por bacilos gram-negativos esporogênicos do gênero *Salmonella*. Essas bactérias são capazes de instalar-se em humanos e outros animais causando um amplo espectro de doenças. As bactérias tifoídes (*S. typhi* e *S. paratyphi*) causam febre tifoide entérica em hospedeiros humanos e as não tifoídes (demais sorotipos) causam gastroenterite com infecção localizada ou bacteremia. **Objetivos:** Relatar um caso clínico de infecção em paciente grave internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por *Samonella* e revisão de literatura. **Métodos:** Estudo de caso clínico com revisão de literatura. Os dados para o relato de caso foram extraídos dos registros de prontuário médico e resultados de exames complementares. A revisão de literatura foi realizada nas bases de dados Scielo e MEDLINE utilizando o serviço PubMed de pesquisa bibliográfica em publicações médicas. Os descritores utilizados foram salmonelose e cirurgia vascular. **Resultados:** Paciente masculino, 52 anos, admitido na UTI em 04/05/2014 em pós operatório de endoprótese de aorta abdominal por aneurisma infra renal. Após 24 horas da admissão, evoluiu com quadro de sepse grave de foco indeterminado, tendo recebido suporte clínico e iniciado antimicrobianos de amplo espectro. Hemoculturas coletadas no início do quadro infeccioso isolaram *Salmonellaspp* com padrão de boa sensibilidade a antimicrobianos. Após o tratamento desta primeira infecção, o paciente evoluiu com internação prolongada, com infecções hospitalares recorrentes, insuficiência renal aguda dialítica, ventilação mecânica prolongada e úlcera por pressão em região sacral que necessitou desbridamento cirúrgico. Foi liberado de alta da UTI em 17/06/2014. O aneurisma de aorta infectado é a dilatação arterial irreversível em decorrência da destruição da parede vascular por infecção. É uma entidade rara que acontece em 0,9% dos aneurismas, sendo a artéria femoral a localização mais comum (38%), seguida pela aorta abdominal (31%), mesentérica superior (8%), braquial (7%), ilíaca (6%) e carótidas (5%). A etiologia do agente infeccioso tem sofrido mudanças, inicialmente o enterococo, estreptococo e pneumococo eram os agentes mais comuns, devido as endocardites serem a principal causa dos aneurismas infectados. Atualmente *Staphylococcus aureus* (28%) e *Salmonella* (15%) são os agentes mais comuns, devido ao uso disseminado de antimicrobianos de amplo espectro, imunossupressão, procedimentos e punções vasculares mais frequentes. **Conclusões:** O aneurisma vascular infectado é uma entidade rara que apresenta grande dificuldade de diagnóstico por se apresentar com sintomas inespecíficos e muitas vezes assintomático. A presença de infecção aumenta o risco de ruptura do aneurisma e indica tratamento cirúrgico precoce associado a antibioticoterapia prolongada.

**P 78: Intubação difícil: diagnóstico diferencial no lactente.**

Autores: MASSARO, SCK; MORAES, CRT; FOGOLIN, RE; RECCO, MLC; NEMER, CA; MIGUEL, EA.

**Instituição:** Hospital Metropolitano de Sarandi

**Introdução:** O cisto sacular congênito de laringe é um cisto benigno raro causado pela distensão cística do sáculo laríngeo<sup>1</sup>. Causa rara de estridor laríngeo no recém nascido, e diagnóstico diferencial de laringocele, laringomalácia, paralisia de pregas vocais e estenose subglótica congênita<sup>2</sup>. As mortes registradas ocorrem predominantemente na população infantil devido ao pequeno calibre das vias aéreas. No entanto quando reconhecidos e tratados precocemente apresentam uma baixa morbimortalidade. Cerca de 50% dos casos são assintomáticos e diagnosticados apenas em exame de necropsia<sup>3</sup>. Clinicamente podem apresentar-se com dificuldades na amamentação, estridor inspiratório, obstrução variável da via aérea e cianose em alguns casos<sup>4</sup>. **Objetivos:** Descrever caso clínico com intubação orotraqueal difícil, que evolui para traqueostomia de emergência. **Métodos:** Relato de caso a partir da análise do prontuário médico no qual foram retirados dados de exame clínico e imagem do hospital Rede de Assistência à Saúde Metropolitana, de Sarandi, no mês de junho de 2014. **Resultados:** ASS, 29 dias de vida, masculino, quadro arrastado, sete dias, de infecção respiratória baixa-bronquiolite. Iniciado tratamento de suporte na enfermaria. No quarto dia de internamento, evolui com estridor alto e franca insuficiência respiratória, com necessidade de intubação orotraqueal. Na tentativa de intubação, verifica-se a presença de tumoração em região de hipofaringe. Após algumas tentativas de intubação, sempre preservando os níveis de oximetria toleráveis, com ventilação com máscara, foi necessário acionar o cirurgião pediátrico, em seguida foi realizada traqueostomia de emergência. A Tomografia computadorizada evidenciou formação nodular cística medindo 15x 9,5 mm de diâmetros transversos localizado na região supraglótica. A nasofibroscopia evidenciou na transição de rinofaringe para orofaringe, lesão cística com conteúdo mucoso, ocupando toda orofaringe, não visualizado origem. Hipótese diagnóstica: cisto sacular/ laringocele. **Conclusões:** Quadros obstrutivos por massa são raros em lactentes. O pediatra deve estar atento para referências anatômicas. No insucesso da intubação orotraqueal deve-se manter via aérea pérvia de forma não invasiva. Chamar sempre o profissional mais experiente e na falha indicar traqueostomia.

**P 79: Amiodarona e tireotoxicose: relato de caso e breve revisão da literatura**

Autores: Fogolin, R. E.; Silva, D. F.; Leal, F. P.; Fisher, J.

**Instituição:** Faculdade Ingá

A amiodarona é um agente antiarrítmico eficaz, porém associado a numerosos efeitos adversos. Como é um composto rico em iodo, pode afetar o metabolismo dos hormônios da tireoide. Assim, tireotoxicose induzida por amiodarona (TIA) deve ser sempre considerada em pacientes que usam amiodarona e apresentam quadro sugestivo de hipertireoidismo. A TIA é mais comum em áreas carentes de iodo, podendo ser secundária a uma produção excessiva de hormônios da tireoide induzida pelo excesso de iodo presente na amiodarona (TIA tipo 1) ou a uma tireoidite destrutiva associada a esta droga, com liberação dos hormônios tireoidianos pré-formados (TIA tipo 2). A TIA tipo 1 ocorre geralmente em pacientes com distúrbio tireoidiano pré-existente e o tratamento inclui tionamidas e perclorato de potássio, sendo a tireoidectomia reservada para casos refratários. A TIA tipo 2 comumente ocorre em pacientes sem doença prévia ou conhecida da tireoide e o terapia consiste na interrupção da amiodarona, quando possível, e o uso de corticoides para acelerar o processo de recuperação, que pode ser espontâneo. O objetivo deste estudo foi de descrever um caso de TIA aparentemente mista, chamada por alguns de “tipo 3”, com aspectos tanto do tipo 1 quanto do tipo 2, assim como discutir aspectos práticos da abordagem desta desordem.

**Palavras-Chave:** Amiodarona, Amiodarona/efeitos adversos, miodarona/toxicidade, Tireotoxicose, Tireotoxicose/induzido quimicamente.

**P 80: Ambulatório multidisciplinar de pacientes egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola: Experiência e impressões**

Autores: Silvana Trilo Duarte; Jaquiline Barreto da Costa; Sheila Taba; Dalas Cristina Miglioranza; Maria Aparecida Dias; Rosli Maria Bruning; Claudia Rohde; Daniela Prochnow Gund; Ana Karoline Gomes Gurtat; Pericles Almeida Delfino Duarte.

**Instituição:** Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel/PR.

**Introdução:** O conceito de acompanhamento clínico após internação em Unidade de Terapia Intensiva geral (UTI-G), vem se transformando na atualidade, ampliando o atendimento do paciente em uma perspectiva de atenção integral, considerando não só a recuperação física, mas também, aspectos psicossociais, emocionais, de qualidade de vida, após o tratamento em UTI.

**Objetivo:** Descrever e avaliar um ambulatório interdisciplinar de seguimento em Terapia Intensiva no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP).

**Metodologia:** Três meses após a alta hospitalar é realizada uma busca ativa na qual é feito um contato telefônico com o paciente e/ou cuidador, agendando data e horário para a avaliação multidisciplinar deste paciente. No dia agendado, o paciente é avaliado por todos os profissionais da equipe composta por: médico intensivista, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, fisioterapia e enfermagem. É realizada uma avaliação do estado geral de saúde do paciente para verificar suas condições clínicas bem como os resultados da assistência prestada na UTI e após a alta. Para avaliação do paciente são utilizados instrumentos padronizados e validados para esta população específica, além de instrumentos de avaliação elaborados pela própria equipe. **Resultados:** Desde a implantação do ambulatório em 2008, foram avaliados 1228 pacientes (62,6% masculinos, com idade média  $41,5 \pm 18,0$ ). Os maiores desafios encontrados na implantação e manutenção do ambulatório foram: problemas na localização e contato com o paciente; mudança da cultura de inadequado registro de dados no prontuário; dificuldade na alocação e encaminhamento para reabilitação dos pacientes (principalmente com sequelas neurológicas graves). Do total de pacientes avaliados, 8,4% apresentavam sequelas neurológicas muito graves (cognitivas e/ou motoras). Do restante, 52,9% tinham significativas alterações psicológicas, 20,7% alterações motoras importantes, e 4,1% com via alternativa de alimentação. **Conclusões:** O acompanhamento do paciente sobrevivente pós-UTI é fundamental tanto como continuação do tratamento (já que o indivíduo frequentemente necessita de cuidados especiais nos meses subsequentes à internação) quanto como eventual ferramenta de incremento de qualidade da própria UTI (já que muitas das consequências a médio e longo prazo podem ser amenizadas e evitadas na UTI).

**P 81: Sedação e memórias de pacientes após internação em UTI**

Autores: Jaquiline Barreto da Costa; Silvana Trilo Duarte; Sheila Taba; Alessandro Kenji Yassue; Camila Artuzi de Oliveira; Claudia Santos Oliveira; Joyce Gomes Camapum; Natalia Nicola Thome; Thiago Giancursi; Amaury Cesar Jorge.

**Instituição:** Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel/PR.

**Introdução:** A sedação e a analgesia são práticas comuns em terapia intensiva, especialmente com pacientes submetidos à ventilação mecânica (VM). Esses tratamentos intensivos têm sido associados a fatores estressantes e a presença de memórias ilusórias, que podem desencadear alterações psicológicas. **Objetivo:** Investigar a relação entre sedação e as memórias relatadas por pacientes submetidos à ventilação mecânica após a alta da UTI. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo, observacional, com pacientes submetidos à VM e que permaneceram por mais de 24 horas na UTI. Os dados clínicos e sociodemográficos foram pesquisados em prontuários, e os dados referentes à memória foram obtidos através de um instrumento tipo *checklist* baseado no *Intensive Care Unit Memory (ICUM)*. Classificaram-se os tipos de memória em: amnésia total, memória de fatos reais e memórias ilusórias. A partir disso, o *checklist* constitui-se de nove itens agrupados em quatro domínios: memórias relacionadas ao tratamento, relacionadas às experiências emocionais, do ambiente, e as irreais ou ilusórias. As avaliações foram realizadas três meses após a alta. Para analisar a relação entre sedação e memórias, dividiram-se os pacientes em dois grupos: aqueles que não foram sedados (sedação apenas na intubação traqueal) e aqueles que receberam doses combinadas de midazolam e fentanil (sedação contínua). A análise e a interpretação dos resultados foram feitas pelos programas Statistica 8.0 e *Statistical Analysis System (SAS-9.1)*. **Resultados:** Dos 128 pacientes avaliados, a maioria (84,4%) descreveu algum tipo de memória da UTI, prevalecendo uma combinação de memórias de fatos reais e ilusões. Os pacientes submetidos à sedação (67,2%), quando comparados aos não sedados, apresentaram mais agitação, confusão mental e memórias ilusórias durante a internação na UTI ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** A probabilidade de os pacientes apresentarem memórias irreais foi maior naqueles com sedação contínua. Portanto, a sedação parece contribuir para o desenvolvimento de memórias ilusórias em pacientes gravemente enfermos e submetidos à VM.

**P 82: Stress e Síndrome de *Burnout* em profissionais de Unidade de Terapia Intensiva**

Autores: Jaquiline Barreto da Costa; Silvana Trilo Duarte; Sheila Taba; Alessandro Kenji Yassue; Camila Artuzi de Oliveira; Claudia Santos Oliveira; Romulo Brito; Cleide Maria Marmentini; Natalia Nicola Thome; Cleber Tchaika; Pericles Almeida Delfino Duarte.

**Instituição:** Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel/PR.

**Objetivo:** Avaliar sintomas de *stress* e *burnout* em profissionais que prestam assistência direta a pacientes críticos. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, avaliando profissionais com pelo menos um ano na UTI, durante dois meses. Utilizou-se o Inventário de Sintomas de Stress da Lipp (ISSL), e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) disponibilizados em formulários online ou papel. **Resultados:** Participaram 101 profissionais. 90,1% sexo feminino, casados (66,3%), idade 17 a 68 anos, 77,2% técnicos de enfermagem e 22,8% enfermeiros; 52,5% do período noturno. Dos avaliados 49,5% praticam atividade física e 59,4 consideram seu trabalho estressante. O ISSL revelou que 47,5% apresentaram sintomas de stress, destes 41,6% na fase de resistência e 5,9% na fase de quase exaustão. Entre aqueles que apresentaram sintomas de estresse, houve uma prevalência de sintomas físicos (47,3%), seguidos dos sintomas psicológicos (8,5%). Os valores médios obtidos nas três dimensões da síndrome de burnout foram: 21,5% exaustão emocional; 7,79% despersonalização; 34,6% realização profissional. Nos níveis individuais de cada dimensão, exaustão emocional: 33,7% pontuaram alto, 35,6% médio e 30,7% baixo; realização profissional: 32,7% pontuaram alto; 27,7% médio e 39,6% baixo; despersonalização: 24,7% pontuaram alto; 34,6% médio e 40,1% baixo. Nas dimensões isoladas detectou-se níveis de médio a alto para as três dimensões avaliadas. Um terço dos profissionais (35,7%) apresentou pelo menos uma dimensão da síndrome em níveis críticos. **Conclusões:** A presença de stress e burnout podem resultar tanto em enfermidades físicas como mentais. No presente estudo constatou-se indicativo de stress e burnout, com uma prevalência de sintomas físicos, estando tal condição relacionada com o ambiente de trabalho.

**P 83: Evolução do peso dos pacientes durante internação na UTI e após a alta**

Autores: Claudia Regina Felicetti Lordani; Silvana Trilo Duarte; Jaquiline Barreto da Costa; Sheila Taba; Alessandro Kenji Yassue; Camila Artuzi de Oliveira; Claudia Santos Oliveira; Joanito Soltoski; Pericles Almeida Delfino Duarte.

**Instituição:** Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel/PR.

**Introdução:** Os pacientes criticamente enfermos passam por diferentes fases de stress e catabolismo durante o internamento e recuperação. A desnutrição é um importante fator que interfere na evolução e complicações tanto precoces como tardias. Um dos principais fatores envolvidos é a dificuldade de deglutição relacionada à etiologia e fatores iatrogênicos. **Objetivo:** Descrever e avaliar a progressão do peso de pacientes sobreviventes a um internamento em UTI, e acompanhados em um ambulatório interdisciplinar de seguimento em Terapia Intensiva no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). **Metodologia:** Estudo de coorte. Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes internados na UTI no período de 5 anos, sobreviventes com posterior atendimento no Ambulatório pós-UTI (3 meses após a alta da UTI). Os dados foram tabulados em planilha e analisados com estatística descritiva. **Resultados:** No período de 2008 a 2013, foram avaliados 1228 pacientes (62,6% masculinos, com idade média  $41,5 \pm 18,0$ ). Destes, 8,4% apresentavam sequelas neurológicas muito graves (cognitivas e/ou motoras). Durante o internamento hospitalar, houve uma perda média de 11,5% do peso dos pacientes (comparado ao peso habitual de entrada). Entre a alta e o retorno ao ambulatório, os pacientes recuperaram em média 8,9% do peso. 95,8% dos pacientes estavam em dieta por via oral. **Conclusões:** Os pacientes sobreviventes ao internamento em UTI apresentam uma significativa perda de peso durante o internamento hospitalar, com recuperação parcial 3 meses após. Os dados mostram a necessidade de implementação de estratégias de realimentação precoce, bem como acompanhamento da nutrição e monitorização da deglutição destes pacientes.

**P 84: Fatores estressores para familiares de pacientes admitidos na UTI**

Autores: Sheila Taba; Jaquiline Barreto da Costa; Silvana Trilo Duarte; Alessandro Kenji Yassue; Camila Artuzi de Oliveira; Claudia Santos Oliveira; Karina Lichteneker; Amaury Cesar Jorge.

**Instituição:** Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel/PR.

**Introdução:** A admissão em uma UTI-G é um evento estressante tanto para o paciente como para os seus familiares. Com relação aos membros da família, a internação gera ansiedade e sintomas depressivos, além de possíveis reações de estresse pós-traumático. **Objetivos:** Avaliar os principais estressores ambientais, conforme a percepção de familiares de pacientes internados em uma UTI-G de adultos de um hospital público universitário. **Métodos:** Estudo transversal descritivo com familiares de pacientes internados em uma UTI-G. Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário sociodemográfico e clínico do paciente; ficha de identificação do entrevistado; e uma escala com 25 itens, agrupados em quatro domínios: os eventos estressores relacionados ao ambiente, ao paciente, à interação equipe/família e à visita. Determinou-se o grau de estresse de cada item através de uma escala: zero (0) não estressante, um (1) pouco estressante, dois (2) estressante e três (3) muito estressante. A análise dos dados foi feita através de um escore baseado nas respostas aos itens: não estressante (1 ponto), pouco estressante (2 pontos), estressante (3 pontos) e muito estressante (4 pontos). Para análise e interpretação dos dados, usou-se o programa Statistica 8.0. **Resultados:** Dos 53 familiares participantes 67,9% eram mulheres, com média de idade de 39,7 anos, sendo 33, 9 % cônjuges. No geral, os familiares indicaram pelo menos um evento percebido como estressante referente à internação de um familiar na UTI. Os eventos percebidos como muito estressantes foram os relacionados ao paciente: ver o paciente em coma/sedado (66,1%), entubado (58,5%), motivo de internação (56,6%) e o paciente não conseguir falar (51%). Os itens relacionados ao contato com a equipe da UTI foram os que receberam os mais baixos escores, à exceção de “Não conhecer os membros da equipe”. Os fatores ambientais também tiveram baixa pontuação. Os fatores relacionados à visita tiveram uma pontuação intermediária, à exceção do item “Não poder permanecer como acompanhante”, considerado muito estressante. Houve uma clara diferença entre os grupos “Paciente” / “Visita” versus “Ambiente” / “Equipe”, com os primeiros causando muito mais estresse aos membros das famílias do que os últimos. **Conclusão:** No presente estudo, que abrangeu uma população de baixa condição socioeconômica, os fatores estressantes de maior relevância relacionam-se com o sofrimento e o estado geral do paciente. Portanto, conhecer esses fatores pode ser útil para ampliar estratégias de atenção aos familiares, visando à redução dos níveis de estresse e à prevenção de alterações psiquiátricas.

## **P 85: SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO MODERADO/GRAVE EM PACIENTES COM OU SEM TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO**

Autores: Priscila Peliser Weirich; Tatiane Cristina Tozo; Francielle Natasha Kauva; Suelen Camille de Lima; Vanessa Wandeur; Elaine Carolino; Péricles A. D. Duarte.

**Instituição:** Hospital São Lucas-FAG, Cascavel/PR.

**Introdução:** Dentre as principais causas da Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), o Trauma (particularmente o Trauma Cranio-Encefálico) tem especial destaque devido à sua alta incidência, complexidade, e devido à presença de situações de desafio ao manejo clínico, tais como Hipertensão Intra-craniana, associação com trauma torácico e hipertensão intra-abdominal. O objetivo deste estudo foi comparar a evolução de pacientes com TCE com ou sem SARA moderada/grave, bem como verificar se, em pacientes com TCE com SARA moderada/grave, as características clínicas e o desfecho são diferentes daqueles dos pacientes com SARA por outras etiologias. **Métodos:** Estudo prospectivo coorte realizado na UTI de Adultos do Hospital São Lucas-FAG, em Cascavel/PR. Foram selecionados todos os pacientes admitidos na UTI no período de 1 ano (entre 07/2012 e 07/2013). Os dados foram agrupados em uma planilha Excel®, e analisados em estatística descritiva. **Resultados:** Durante o período estudado 567 pacientes necessitaram VM invasiva e 85 foram selecionados: 30 com TCE sem SARA, 18 TCE + SARA, 39 SARA sem TCE. Entre os pacientes com TCE, 87,2% eram masculinos, com idade de  $38,9 \pm 18,6$ . Já os pacientes com SARA tinham idade média de  $48,3 \pm 20,1$ , e 70,1% eram do sexo masculino. Entre os pacientes com SARA, aqueles com TCE tiveram tendência a maior complacência estática, uso de menores valores de PEEP e com menores valores de Pressão de Plateau, embora com resultados semelhantes de  $PaO_2/FiO_2$ . A mortalidade dos pacientes foi 36,7% (TCE sem SARA mod/grave), 52,9% (TCE + SARA) e 65,8% (SARA mod/grave sem TCE). **Conclusões:** Na população estudada, a incidência de SARA em pacientes com TCE é alta, embora com tendência a menor mortalidade e características mecânicas distintas.