

14



**CONGRESSO PARANAENSE
MEDICINA INTENSIVA**

09 A 12 AGOSTO

CURITIBA | PR 2016



ANAIS ELETRÔNICOS

LOCAL

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ

Rua Cândido Xavier, 575

Água Verde, Curitiba - PR

REALIZAÇÃO



APOIO



SUMÁRIO

P 01: Cuidados de enfermagem na hipotermia terapêutica pós-parada cardiorrespiratória _____	5
P 02: Estado nutricional e indicadores de qualidade em terapia nutricional de idosos sépticos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado _____	6
P 03: Estado nutricional e indicadores de qualidade em terapia nutricional de idosos sépticos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado de Curitiba, PR. _____	7
P 04: Neurodengue em Maringá: Relato de Caso _____	8
P 05: Desempenho das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes no processo de doação na morte encefálica _____	9
P 06: Isolamento, controle e contenção de surto de bactérias produtoras de carbapenemases (KPC) em UTI _____	10
P 07: Avaliação epidemiológica dos traumatismos crânio-encefálicos em um hospital universitário no primeiro semestre de 2016 _____	11
P 08: O teste de respiração espontânea é um preditor de sucesso na extubação de crianças? _____	12
P 09: Perfil de infecções hospitalares em uma Unidade de Terapia Intensiva em um hospital oncológico _____	13
P 10: Incidência de síndrome da angústia respiratória aguda em uma unidade de terapia Intensiva oncológica do Paraná _____	14
P 11: Abordagem familiar de pacientes em cuidados paliativos e/ou terminalidade em unidade de terapia intensiva _____	15
P 12: Indicadores de qualidade da terapia intensiva geral de adulto: comparação entre índices de um hospital terciário de Maringá/PR e do Brasil _____	16
P 13: Aplicação do nutric score em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público de Joinville/SC: um relato de experiência _____	17
P 14: Tempo para reintrodução da alimentação por via oral em pacientes idosos pós extubação orotraqueal _____	18
P 15: O controle da extubação acidental de pacientes pediátricos _____	19
P 16: Relação entre causas de traumatismo cranioencefálico e óbito em um hospital universitário no primeiro semestre de 2016 _____	20
P 17: Pneumonia associada a ventilação mecânica: classificação e recidiva em uma UTI Geral _____	21
P 18: Avaliação da frequência e fatores de risco para lesões por pressão em pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva _____	22
P 19: Análise das infecções de trato urinário em pacientes vítimas de queimaduras admitidos em Unidade de Terapia Intensiva especializada _____	23
P 20: Incidência de constipação intestinal em unidades de terapia intensiva de um hospital público de Joinville-SC _____	24
P 21: Avaliação do desempenho de um Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário _____	25

P 22: Encefalite autoimune anti-receptor N-metil D-aspartato (rNMDA)	26
P 23: A atuação de um Time de Resposta Rápida na diminuição das paradas cardíacas em pacientes hospitalizados	27
P 24: Fatores de risco para readmissões em unidade de terapia intensiva de hospital universitário	28
P 25: Análise de desfechos clínicos de pacientes graves que têm admissão imediata na unidade de terapia intensiva negada	29
P 26: Avaliação microbiológica das bacteremias em pacientes vítimas de queimaduras admitidos em unidade de terapia intensiva especializada	30
P 27: Contribuições das atividades extensionistas na implantação do protocolo gerenciado de sepse em um hospital escola	31
P 28: O atraso na admissão na unidade de terapia intensiva e o prognóstico do paciente	32
P 29: Pacote de medidas como instrumento de identificação precoce dos casos de cuidados paliativos e/ou terminalidade em uma unidade de terapia intensiva	33
P30: Um olhar de cuidado sobre a prática dos cuidados paliativos	34
P 31: Acidente vascular encefálico hemorrágico: Relato de Caso de uma complicação incomum de leptospirose	35
P 32: Falha na extubação e mortalidade após reintubação em pacientes críticos: um estudo de Coorte	36
P 33: A percepção do paciente e familiar sobre o atendimento psicológico em um Centro de Terapia Intensiva: um indicador de qualidade	37
P 34: Relato de caso: trombocitopenia induzida por ranitidina: uma condição rara	38
P 35: Avaliação funcional em pacientes com SARA após 3 meses de alta da UTI	39
P 36: Uso da ventilação assistida proporcional plus como teste de respiração espontânea	40
P 37: Título: Avaliação dos critérios de desmame de ventilação mecânica invasiva em uma UTI Adulto	41
P 38: Identificação de fluxo de admissão em leitos de Unidade de Terapia Intensiva	42
P 39: Úlceras por Pressão em Pacientes Oncológicos em UTI's Adultos do Estado do Paraná	43
P 40: Comorbidades X Desfecho de Pacientes em UTIS de Adultos do Estado do Paraná	44
P 41: Índice de Tobin e pressão inspiratória máxima como preditores para extubação	45
P 42: Associação entre prognóstico e manutenção das metas perfusionais macro e micro-hemodinâmicas em paciente com choque séptico: Relato de Caso	46
P 43: Extubação e balanço hídrico em pacientes críticos	47
P 44: Avaliação da capacidade funcional em sobreviventes da doença crítica que necessitaram de ventilação mecânica prolongada	48
P 45: Encefalopatia posterior reversível como complicação de cetoacidose diabética	49

P 46: Título do trabalho: Efeitos da fisioterapia aquática na dor e saturação de oxigênio em pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal _____	50
P 47: Síndrome de Wolff- Parkinson-White e Relato do Uso do Protocolo de Hipotermia _____	51
P 48: Comparação Entre os Dados do CTI do Hospital Santa Rita Com os Dados do Qualiss da ANS _____	53
P 49: Canabidióide e epilepsia – Relato de caso _____	54
P 50: Dexmedetomidina em pacientes não entubados na UTI – Buscando evidências _____	55
P 51: Dexmedetomidina em pacientes não entubados na UTI – Buscando evidências _____	56
P 52: Tromboembolismo Venoso: Uma das Principais Causas de Internação em UTI, como evitar? _____	57
P 53: Incidência de distúrbios psicológicos em uma UTI Oncológica _____	58
P 54: Inserção da residência multiprofissional em uma unidade de terapia intensiva: reflexão dos enfermeiros residentes junto a uma equipe multiprofissional diante de paciente em cuidados paliativos _____	59
P 55: Síndrome de Guillain-Barré associada ao Zika Virus: Relato de Caso _____	60
P 56: Título: Atuação fisioterapêutica no paciente portador de Lúpus Eritematoso Sistêmico exacerbado _____	61
P 57: Relato de caso: cuidado paliativo em uma UTI Oncológica – visão bioética _____	62
P 58: Intervenção fisioterapêutica em um individuo Síndrome de Down com Tromboembolismo Pulmonar (TEP) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) _____	63
P 59: Atuação fisioterapêutica em caso de Influenza A - H1N1 na Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI adulto) _____	64
P 60: A inserção do residente de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva: relato de experiência _____	65
P 61: Granulomatose de Wegener: Relato de Caso _____	66
P 62: Acolhimento e processo educativo em saúde a familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto _____	67
P 63: Intervenção fisioterapêutica na Paralisia Diafragmática Idiopática: Relato de Caso _____	68
P 64: Implantação de um protocolo de higiene bucal por equipe multiprofissional especializada para prevenção de pneumonia em Unidade de Terapia Intensiva _____	69
P 65: Atuação de uma equipe multiprofissional na higiene bucal de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva: um relato de experiência _____	70

P 01: Cuidados de enfermagem na hipotermia terapêutica pós-parada cardiorrespiratória

Autores: KERNITSKEI, Juliano; DALMEDICO, Michel Marcos.

RESUMO - A Parada Cardiorrespiratória é um evento de alta mortalidade e mesmo que por curto período de tempo, pode trazer dano cerebral grave ao paciente, decorrente da encefalopatia hipóxica. Nesse sentido, um dos tratamentos utilizados capaz de melhorar prognóstico do paciente nesta situação de emergência, é a Hipotermia Terapêutica, definida como redução controlada da temperatura central, cujo objetivo é obter efeitos neuroprotetores. Este estudo teve como objetivo identificar na literatura científica, os cuidados realizados pela enfermagem relacionados à hipotermia terapêutica pós-parada cardiorrespiratória. Tratou-se de uma revisão integrativa de manuscritos recuperados nas bases de dados indexadas LILACS, SCIELO, BDEF e PubMed no mês de Janeiro de 2016. A partir da análise foi possível identificar aspectos importantes relacionados aos cuidados de enfermagem na hipotermia terapêutica como: Capacitação das equipes; Manter sedação e bloqueio neuromuscular conforme necessidade; Vigilância e monitoramento dos parâmetros hemodinâmicos com controle da temperatura central; Monitorar distúrbios eletrolíticos e ácido básico; Reaquecimento planejado; Prevenção de lesões cutâneas, pneumonia associada à ventilação, trombose venosa profunda e hemorragias. Conclui-se que a hipotermia terapêutica é um tratamento comprovadamente eficaz em termos de melhora do prognóstico neurológico dos pacientes, porém, sua utilização na prática clínica é restrita, devido a fatores como: falta de investimento em estrutura dos hospitais e déficit de conhecimento sobre a técnica por parte dos profissionais. A elaboração de um conjunto de práticas baseadas em evidências direcionadas aos pacientes submetidos à hipotermia terapêutica pode ser útil para os profissionais executarem suas ações de forma mais abrangente e, por conseguinte, melhorar os desfechos clínicos.

Palavras-chave: Hipotermia Terapêutica; Cuidados de Enfermagem; Parada Cardiorrespiratória

P 02: Estado nutricional e indicadores de qualidade em terapia nutricional de idosos sépticos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado de Curitiba, PR.

Autores: Souza, M. A.; Mezzomo, T. R.

Instituição: Universidade Positivo, Curitiba, PR.

Introdução: A dificuldade de nutrir o idoso em estado crítico é relacionada com complicações clínicas ou relativas à TN, sendo que estas últimas, pelo menos em parte, ocorrem devido à escassez de dados referentes à qualidade em TN. Todos os pacientes em TN devem ser monitorizados, e esta avaliação deve garantir ao paciente o acesso ao melhor que a terapia pode lhe oferecer para a sua recuperação clínica. Para isso, foram criados os indicadores de qualidade, visando o melhor atendimento ao paciente. **Objetivo:** descrever o estado nutricional de idosos sépticos em TN internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI) e aplicar indicadores de qualidade em TN. **Métodos:** Estudo retrospectivo observacional em um hospital privado de Curitiba, PR. Foram incluídos no estudo prontuários de pacientes idosos diagnosticados com sepse, que receberam nutrição enteral e/ou parenteral em até 48 horas após o internamento na UTI no primeiro semestre de 2015. Foram coletados do prontuário do paciente o sexo, a idade, tempo de permanência na UTI, diagnóstico médico, Índice de Massa Corporal (IMC), gasto energético, albumina e glicemia sérica. O estado nutricional foi avaliado pelo IMC. Os indicadores de qualidade aplicados foram: (1) frequência da mensuração ou estimativa de gasto energético; (2) frequência de alterações de glicemia nos pacientes em uso de TN; (3) frequência de episódios de diarreia em pacientes em uso de TN; (4) frequência de intercorrências relacionadas ao trato gastrointestinal nos pacientes em TN. **Resultados:** Foram avaliados trinta prontuários que atenderam os critérios de inclusão, sendo 60% (n=18) do sexo feminino e 40% (n=12) do sexo masculino, com média de idade de 75,1±17,02 anos. O diagnóstico mais prevalente foi sepse de foco pulmonar em 46,6% (n=14) da amostra, com tempo de permanência média na UTI de 13,46 ± 13,9 dias. A maioria dos avaliados evoluiu à óbito (70%, n=21). Observou-se estado nutricional de eutrofia em 30,76% (n=16) dos avaliados, seguido de sobrepeso (23,06%, n=6). Os valores laboratoriais encontrados foram 2,29 ± 0,76 g/dL de albumina e 150,2 ± 70,23 mg/dL de glicemia. Com relação aos indicadores, observou-se conformidade dos indicadores (1) e (3). Entretanto, os indicadores (2) e (4) foram não conformes, apresentando 100% de alteração glicêmica no indicador (2) e 53,5% de intercorrências no indicador (4). **Conclusão:** A monitoração diária da oferta nutricional é essencial, pois permite que estratégias sejam estabelecidas para aumentar a eficiência da TN e a qualidade na assistência nutricional.

P 03: Estado nutricional e indicadores de qualidade em terapia nutricional de idosos sépticos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado de Curitiba, PR.

Autores: Souza, M. A.; Mezzomo, T. R.

Instituição: Universidade Positivo, Curitiba, PR.

Introdução: A dificuldade de nutrir o idoso em estado crítico é relacionada com complicações clínicas ou relativas à TN, sendo que estas últimas, pelo menos em parte, ocorrem devido à escassez de dados referentes à qualidade em TN. Todos os pacientes em TN devem ser monitorizados, e esta avaliação deve garantir ao paciente o acesso ao melhor que a terapia pode lhe oferecer para a sua recuperação clínica. Para isso, foram criados os indicadores de qualidade, visando o melhor atendimento ao paciente. **Objetivo:** descrever o estado nutricional de idosos sépticos em TN internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI) e aplicar indicadores de qualidade em TN. **Métodos:** Estudo retrospectivo observacional em um hospital privado de Curitiba, PR. Foram incluídos no estudo prontuários de pacientes idosos diagnosticados com sepse, que receberam nutrição enteral e/ou parenteral em até 48 horas após o internamento na UTI no primeiro semestre de 2015. Foram coletados do prontuário do paciente o sexo, a idade, tempo de permanência na UTI, diagnóstico médico, Índice de Massa Corporal (IMC), gasto energético, albumina e glicemia sérica. O estado nutricional foi avaliado pelo IMC. Os indicadores de qualidade aplicados foram: (1) frequência da mensuração ou estimativa de gasto energético; (2) frequência de alterações de glicemia nos pacientes em uso de TN; (3) frequência de episódios de diarreia em pacientes em uso de TN; (4) frequência de intercorrências relacionadas ao trato gastrointestinal nos pacientes em TN. **Resultados:** Foram avaliados trinta prontuários que atenderam os critérios de inclusão, sendo 60% (n=18) do sexo feminino e 40% (n=12) do sexo masculino, com média de idade de 75,1±17,02 anos. O diagnóstico mais prevalente foi sepse de foco pulmonar em 46,6% (n=14) da amostra, com tempo de permanência média na UTI de 13,46 ± 13,9 dias. A maioria dos avaliados evoluiu à óbito (70%, n=21). Observou-se estado nutricional de eutrofia em 30,76% (n=16) dos avaliados, seguido de sobrepeso (23,06%, n=6). Os valores laboratoriais encontrados foram 2,29 ± 0,76 g/dL de albumina e 150,2 ± 70,23 mg/dL de glicemia. Com relação aos indicadores, observou-se conformidade dos indicadores (1) e (3). Entretanto, os indicadores (2) e (4) foram não conformes, apresentando 100% de alteração glicêmica no indicador (2) e 53,5% de intercorrências no indicador (4). **Conclusão:** A monitoração diária da oferta nutricional é essencial, pois permite que estratégias sejam estabelecidas para aumentar a eficiência da TN e a qualidade na assistência nutricional.

P 04: Neurodengue em Maringá: Relato de Caso

Autores: Miranda, A.L.C.; Silva, D.P.C.; Silva, L.N.; Biatto, J.F.P

Instituição: Hospital Santa Rita / Associação Bom Samaritano

Introdução: A dengue apresenta-se geralmente com febre, dor de cabeça, rash cutâneo e manifestações hemorrágicas. O vírus da dengue não é classicamente um vírus neurotrópico, porém alguns sorotipos como o DEN2 e DEN3 podem causar manifestações neurológicas. Os sinais neurológicos mais frequentes são letargia, coma e convulsões. O quadro clínico da encefalopatia na dengue causa diminuição do nível de consciência, o que pode ser confundido com outros diagnósticos como infecções extraneurais, desordens metabólicas ou intoxicações por álcool ou outras drogas. **Relato de caso:** W.L.R, masculino, 19 anos, deu entrada no P.S. do Hospital Santa Rita, apresentando um quadro de agitação motora, confusão mental e fala incompreensível com palavras desconexas. A mãe do paciente relatou que há uma semana este apresentou quadro de diarreia e dor no corpo, associado à febre aferida (39°C/40°C). Fez uso de sintomáticos com melhora momentânea e há um dia iniciou quadro de indisposição com aparecimento de petéquias em região de coxas, tronco e abdome. Na manhã do internamento apresentou diarreia sanguinolenta, e após o almoço cursou com agitação, dor de forte intensidade na região dorsal, perda de visão, e confusão. Negou uso de drogas ilícitas ou medicamentos, apenas narguile todos os dias e ingestão de bebidas alcoólicas socialmente. Ao exame físico: REG, hipertenso, taquicárdico, sudoreico, pupilas midriáticas, afebril, agitação psicomotora, palavras incompreensíveis. Paciente transferido para o CTI, mantendo-se com o mesmo quadro de agitação psicomotora e confusão mental, mas com melhora dos sinais vitais. Foi submetido a vários exames complementares, com alteração apenas na sorologia para Dengue (IgM e IgG positivas). No quarto dia de internação no CTI o paciente apresentou-se consciente, orientado, calmo e comunicativo. Sem alterações ao exame físico. **Discussão e conclusão:** Os sintomas principais da encefalite da dengue são dor de cabeça, convulsões e consciência alterada, os sintomas clássicos da dengue como febre, mialgia e sangramentos estão presentes em menos de 50 % dos casos de encefalite por dengue. Nosso paciente teve características clássicas de dengue, como febre e mialgia, porém cursou com alterações psicomotoras e de nível de consciência. Além disso, outro critério importante para estabelecimento da neurodengue é a presença IgM positivo ou material genômico para dengue em soro ou LCR, o nosso paciente apresentou positividade do exame no soro. Assim nosso paciente satisfaz os critérios para neurodengue. Mostrando a importância deste diagnóstico diferencial em áreas endêmicas como Maringá.

P 05: Desempenho das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes no processo de doação na morte encefálica

Autores: TONDINELLI, M; HADDAD, MCFL; GALDINO, MJQ; BIROLIM, MM; BACCHI, OB.

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Introdução: As Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) têm por função organizar o processo de doação de órgãos e tecidos, o que inclui: identificação precoce dos potenciais doadores, notificação, avaliação e manutenção do potencial doador, confirmação do diagnóstico de morte encefálica e acolhimento familiar mais adequado. **Objetivo:** Descrever o desempenho das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante no processo de doação na morte encefálica. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo realizado na Macrorregional de Saúde Norte do Paraná, composta por 16 CIHDOTT. Foram analisadas todas as notificações dos potenciais doadores com óbito por morte encefálica no ano de 2015, por meio de um banco de dados secundário fornecido pela Central Estadual de Transplantes do Paraná e Organização de Procura de Órgãos da Macrorregional Norte do Paraná. **Resultados:** No período estudado, foram notificados 196 óbitos por morte encefálica, o que corresponde a 100% dos casos de morte encefálica ocorridos na macrorregional norte do Paraná. Verificou-se que 34,18% (67) destas notificações efetivaram-se em doações. Ainda foram entrevistadas 100% (196) das famílias, sendo que 58,16% (114) delas consentiram na doação. **Conclusão:** Considera-se que as CIHDOTT da macrorregional estudada estão próximas de atingir as metas de desempenho propostas pelo Ministério da Saúde, visto que se preconiza a notificação e entrevistas com os familiares de 100% dos casos de morte encefálica; 30% de efetivação da doação sobre o total de casos notificados; e, no mínimo, 60% de consentimento familiar à doação. Esses achados sugerem que as CIHDOTT têm se empenhado no processo de doação de órgãos e tecidos, contudo, ainda, se faz necessária uma maior articulação para maximizar a efetivação das doações e número de consentimentos familiares.

P 06: Isolamento, controle e contenção de surto de bactérias produtoras de carbapenemases (KPC) em UTI

Autores: GIFFHORN H; CHROMIEC AC; CAPRILHONE FW

Instituição: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL PILAR

Introdução: As bactérias produtoras de carbapenemases (KPC) representam uma grande ameaça às UTIs porque colonizam pacientes em estado grave, com uso prévio de antibióticos (fluoroquinolonas, cefalosporinas, carbapenêmicos). A mortalidade pode alcançar 30 a 50% dos casos. Intervenções mais agressivas de barreiras físicas (isolamento), educação da equipe e tratamento antimicrobiano agressivo podem resultar em bloqueio da disseminação de KPC. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi o de analisar retrospectivamente os casos de KPC na UTI do Hospital Pilar (HP) e as estratégias de contenção para evitar a disseminação de surtos adotadas. Estas, utilizaram-se orientações a partir de estudos israelenses. **Métodos:** No período de junho/2015 a fevereiro/2016, 13 pacientes apresentaram colonização/infecção por KPC na UTI do HP. 05 do sexo masculino e 08 femininos. 06 admitidos por sepse (46,15%) e 04 por AVC (30,76%). 09 (69,23%) foram colonizações e 04 infecções por KPC. Em 03 (23,07%), ocorreram KPC não por *Klebsiella* (todas por colonização). Em 78,92% (10 casos) houve uso prévio de carbapenêmicos. 09 evoluíram o óbito (65,23%), sendo 06 por sepse. Todos que apresentaram infecção faleceram (100%). **Resultados:** Em janeiro/2016, 04 casos (30,76 %) foram simultâneos para KPC. Utilizaram-se condutas de ampliação de cuidados e barreiras adotadas nas UTIs de Israel, e após fevereiro não se apresentaram mais casos de KPC na unidade. As medidas adotadas foram: 1. restrições às visitas de familiares, 2. ampliação do tempo de desinfecção do leito e do box utilizados, 3. maior observância aos cuidados de isolamento. **Conclusões:** Fatores de risco, tempo de internação na UTI e antimicrobianos utilizados não impediram a colonização/infecção por KPC. Os fatores de co-morbidades e a idade da população foram elevados (09 eram idosos - 65,23%). Medidas de ampliação de proteção ao paciente, equipe assistencial e desinfecção do leito, possibilitaram manter sob controle o bloqueio de KPC.

P 07: Avaliação epidemiológica dos traumatismos crânio-encefálicos em um hospital universitário no primeiro semestre de 2016

Autores: Carvalho, CF; David João, PG; Chaiben, VBO; Tannous, LA; Diniz, FAF; Réa-Neto, A

Instituição: Hospital Universitário Cajuru.

Introdução: O traumatismo crânio-encefálico é responsável por grande parte dos óbitos em pacientes traumatizados no Brasil, representando 15 a 20% das mortes em pacientes com idades entre 5 e 35 anos. Cerca de 60% dos pacientes que sobrevivem a traumas cranianos têm sequelas significativas gerando grande impacto sócio-econômico e emocional. **Objetivo:** avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico em um hospital universitário de Curitiba. **Métodos:** avaliação retrospectiva de prontuários de pacientes com traumatismo crânio encefálico admitidos nas unidades de terapia intensivas do Hospital Universitário Cajuru no período de janeiro a junho de 2016. **Resultados:** foram incluídos 96 pacientes com trauma craniano, sendo 89 do sexo masculino; a idade média foi de 47,39 anos. O principal mecanismo de trauma encontrado foi acidente automobilístico sendo responsável por 50% dos traumas, seguido por quedas com 28,1%, agressão física com 14,6% e ferimento por arma de fogo com 7,3%. Dentre os acidentes automobilísticos o mais frequente foi o atropelamento com 43,8%. Traumatismo craniano grave foi encontrado em mais da metade dos pacientes. A principal lesão encontrada na tomografia de crânio inicial foi hematoma (74%). A relação PaO₂/FiO₂ média foi de 338,72 com desvio padrão de 104,26. A temperatura máxima nas primeiras 24 horas variou entre 32,4° e 40,3. Entre os pacientes com aferição de pressão intracraniana a pressão máxima foi de 93mmHg e a mínima 2mmHg, sendo que 16,7% apresentaram hipertensão intracraniana. Entre os outros traumas associados o trauma de tórax foi o mais frequente. 55,2% dos pacientes necessitaram de droga vasoativa nas primeiras 24 horas e 80,2% dos pacientes necessitaram de ventilação mecânica. Uma minoria dos pacientes necessitou de hemotransfusões e o volume médio de cristalóides infundidos nas primeiras 24h foi de 3.222ml. O score de morbidade (SOFA) nas primeiras 24 horas variou entre 0 e 14, sendo que excluindo disfunção neurológica que estava presente em 94,8%, a disfunção respiratória foi a mais observada (66,7%), seguida pela hemodinâmica (60,4%), hepática (29,2%), plaquetária (28,1%)e renal (16,7%). O APACHE variou entre 4 e 46 com uma média de 20,5. A mortalidade foi de 22,9%. **Conclusão:** conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos neste hospital com traumatismo crânio encefálico é importante para definir estratégias que ajudarão a melhorar a assistência, diminuindo assim a morbidade e mortalidade do trauma craniano no serviço.

P 08: O teste de respiração espontânea é um preditor de sucesso na extubação de crianças?

Autores: MARQUES, M. A.; NASCIMENTO, T. C.; NOVAKOSKI, K. R. M.; NEVES, V. C.*; VALDERRAMAS, S.

Instituição: Complexo Hospital de Clinicas da UFPR – Curitiba/PR

Introdução: Para retirada dos pacientes da ventilação mecânica, é necessário que este esteja apto para ser extubado, de acordo com o consenso o teste de respiração espontânea (TRE) é a técnica mais simples, estando entre as mais eficazes para o desmame. **Objetivo:** Identificar a utilização do teste de respiração espontânea no processo de desmame da ventilação mecânica invasiva (VMI) em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Métodos:** Tratou-se de um estudo observacional analítico prospectivo, realizado no período de 15 de janeiro a 15 de junho de 2016. Foram incluídos no estudo crianças a partir de 28 dias de vida até 14 anos incompletos, que permaneceram por mais de 24 horas em VMI, sendo excluídos pacientes com traqueostomia. Os dados foram coletados por meio de uma ficha de avaliação contendo os parâmetros ventilatórios estudados. **Resultados:** Participaram da amostra 31 crianças, 55,23±51,81 meses de idade. O tempo de permanência em VMI e na UTI após a extubação foi de 7,68 ± 3,61 dias e 7,27 ± 7,51 dias, respectivamente. O sucesso de extubação ocorreu em 87%, possibilitando a criação de 2 grupos, sucesso (n=27) e falha (n=4). Dos 27 pacientes que evoluíram para o sucesso na extubação, 74,07% realizaram o TRE, e dos 4 pacientes que evoluíram para falha, 3 (75%) realizaram o TRE [RR = 0,98, IC (0,537 a 1,814), p=0,96]. **Conclusão:** O TRE não parece ser um preditor seguro na indicação da extubação.

P 09: Perfil de infecções hospitalares em uma Unidade de Terapia Intensiva em um hospital oncológico

Autores: Santana, D. M; Oliveira, C. S; Oliveira, J. V. C; Becker, D; Duarte, P. A. D; Araújo, L. S; Carvalho, M. P; Pereira, L. M

Instituição: União Oeste Paranaense de Estudos de Combate ao Câncer (UOPECCAN), Cascavel – PR.

Introdução: As infecções hospitalares estão entre as principais complicações do tratamento em Unidades de Terapia Intensiva, sendo um fator relacionado ao desfecho desfavorável dos pacientes. **Objetivo:** Conhecer o perfil microbiológico das infecções hospitalares em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em um hospital oncológico. **Método:** Foram analisadas as fichas de notificação de infecção hospitalar diagnosticadas como da UTI, emitidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, referente aos anos de 2012 a 2015. **Resultados:** Durante o período do estudo, foram notificadas 476 infecções hospitalares. As infecções relacionadas a cateter (IRCVC)/Infecções primárias de corrente sanguínea (IPCS), foram as mais frequentes (39,3%), seguidas das pneumonias (34%), infecções de sítio cirúrgico (17,2%), infecções do trato urinário (3,7%) e outras (5,7%). Em 83,42% das IRCVCs e IPCSs, houve identificação dos microorganismos, sendo que entre os presentes, estão os *Staphylococcus não aureus* (30,76%), *Candidaspp* (16,7%), *Staphylococcus aureus* (9,6%), *Klebsiellapneumoniae* (9,61%), *Acinetobacterbaumannii* (6,4%), entre outros (26,9%). Para as pneumonias, a identificação dos agentes causadores ocorreu em 30,9% das infecções, o microorganismo mais isolado foram o *Acinetobacterbaumannii* (26%), seguido de *Pseudomonasaeruginosa* (24%), *Klebsiellapneumoniae* (10%), *Staphylococcus aureus* (7%) e outros (26%). As infecções de sítio cirúrgico obtiveram a menor taxa de identificação dos patógenos causadores (18,2%), sendo que, desses, os mais encontrados foram: *Pseudomonasaeruginosa* (26,6%) e *Escherichia coli* (20%). Nas Infecções do trato urinário houve identificação das espécies na maioria dos casos (72,2%), sendo que fungos do gênero *Candidaspp* foram mais frequentemente encontrados (26,6%). As espécies de enterobactérias *Escherichia coli* (20%) e *Klebsiellapneumonie* (13,3%) também foram isoladas nas uroculturas. **Conclusão:** As IRCVCs/IPCSs causadas por cocos Gram positivos e leveduras foram as mais presentes, sendo que esses fazem parte da microbiota da pele. Desta forma, destaca-se a importância da adesão as recomendações de higienização das mãos como medida de prevenção das infecções hospitalares em UTIs.

P 10: Incidência de síndrome da angústia respiratória aguda em uma unidade de terapia Intensiva oncológica do Paraná

Autores: Tomadon, A, Luvison, K, Perreira, A, Rodrigues, L E, Duarte, P, Luchesa, C

Instituição: Hospital União Oeste Paranaense de Estudo e Combate ao Câncer – (UOPECCAN) – Cascavel/ PR

Objetivo: Traçar o perfil de pacientes com Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) oncológica do Paraná. **Métodos:** O presente estudo foi realizado na UTI de um hospital oncológico do oeste do Paraná (UOPECCAN) no período de 1º de maio a 31 de maio de 2016. Para tal, foram selecionados pacientes em ventilação mecânica que tiveram o diagnóstico médico de SARA. Foram coletados dados como: Tipo de tumor (classificado em hematogênico ou sólido); APACHE; dias de ventilação mecânica; se houve necessidade de realização de traqueostomia para desmame; dados ventilatórios (Modo, valores de Pressão Positiva Expiratória Final (PEEP), Fração Inspirada de Oxigênio (FiO₂), Frequência Respiratória (FR), Pressão de pico e Pressão de platô) e qual o desfecho desse paciente (alta ou óbito). **Resultados:** No período citado acima, 30 pacientes fizeram uso de ventilação mecânica, dos quais, 04 (13,33%) receberam o diagnóstico de SARA. Desses, 02 (50%) tinham Tumores hematogênicos e 02 (50%) Tumores sólidos. A média do APACHE foi de $18 \pm 1,5$; os pacientes permaneceram em média $14 \pm 5,90$ dias no ventilador mecânico e em apenas 01 (25%) dos casos houve a necessidade de traqueostomia para desmame. Em relação aos parâmetros, o modo utilizado foi em 100% dos casos Assistido-controlado; com uma média de PEEP de $9,30\text{cmH}_2\text{O} \pm 2,19$; FiO₂ de $49,83\% \pm 4,53$ e FR de $24,66\text{rpm} \pm 2,14$. Quanto a mecânica ventilatória, os pacientes apresentaram uma Pressão de Pico em média de $27,72\text{cmH}_2\text{O} \pm 3,69$ e uma Pressão de Platô de $27\text{cmH}_2\text{O} \pm 2,95$. Dois pacientes (50%) receberam alta da UTI; 01 (25%) evoluiu a óbito e 01 (25%) segue ainda internado. **Conclusão:** Podemos concluir que a incidência de SARA na UTI do nosso serviço é compatível com a descrita na literatura.

P 11: Abordagem familiar de pacientes em cuidados paliativos e/ou terminalidade em unidade de terapia intensiva

Autores: BORBA, GC; PINTO, HS; XAVIER, LR.

Instituição: Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná.

Entendem-se como Cuidados Paliativos (CP) os cuidados prestados aos pacientes em que a cura é inatingível, deixando de ser o foco da assistência e dando ênfase ao conforto. Terminalidade refere-se à assistência prestada aos familiares e pacientes em fase aguda e de intenso sofrimento, na evolução final de uma doença terminal. Quando se prioriza uma destas formas de conduta, isto deve ser estabelecido consensualmente entre a equipe multiprofissional, paciente (se capaz), seus familiares ou seu representante legal. Após definidas, as ações paliativas, devem ser registradas de forma clara no prontuário do paciente. Comumente estas condutas são realizadas no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI) do Hospital de Clínicas/UFPR. Desta forma, o objetivo do presente trabalho é apresentar a comparação entre o número de pacientes classificados como CP e/ou terminalidade e a quantidade destes que tiveram suas famílias abordadas sobre o assunto, no total dos pacientes internados na UTI. Dentre os indicadores da UTI apresentados mensalmente, inclui-se o levantamento mensal do índice de mortalidade e a coleta do número de famílias abordadas em reuniões familiares com a equipe multiprofissional para discussão de CP e/ou terminalidade. Assim comparou-se, dentre o total de pacientes internados nos meses de abril, maio e junho de 2016, a quantidade de pacientes que foram a óbito sem resposta à terapêutica proposta e que preenchiam critérios de medidas de cuidados no final de vida, em relação à quantidade de famílias abordadas para esta discussão. Percebeu-se que, nos meses citados, o número de pacientes que foram a óbito foi maior do que o número de famílias abordadas para reunião. Isso indica que nem todos os pacientes identificados nestas condições clínicas tiveram esta definição realizada ao longo de sua internação, para que as suas famílias também fossem abordadas pela equipe multiprofissional sobre esta estratégia de cuidado. O tratamento em CP engloba a atenção com a família e a assistência, inclusive na terminalidade. Desta forma, entende-se que esta UTI necessita de um pacote de medidas para que as situações de CP e/ou terminalidade sejam observadas precocemente e se garanta o suporte a todas as famílias.

P 12: Indicadores de qualidade da terapia intensiva geral de adulto: comparação entre índices de um hospital terciário de Maringá/PR e do Brasil

Autores: Demozzi, K. M.; Soto, P. H. T.; Silva, S. G.; Biatto, J. F. P.

Instituição: Hospital Santa Rita, Maringá/Paraná.

Introdução: Sendo a unidade de terapia intensiva (UTI) um ambiente de alta complexidade com múltiplas variáveis possíveis de agravamento do quadro do doente crítico, é fundamental que sejam elaborados parâmetros de avaliação da qualidade do serviço prestado nesse setor. Os indicadores de qualidade apresentam fatores importantes de perpetuação do quadro ou mesmo de sua piora. Além disso, tais coeficientes se prestam também à administração hospitalar, a fim de otimizar os cuidados dos doentes ali internados. **Objetivo:** analisar os dados coletados na UTI geral adulto do Hospital Santa Rita, Maringá-Paraná, no período de junho de 2015 a maio de 2016. **Método:** estudo descritivo, comparativo e retrospectivo, desenvolvido a partir da coleta de dados da UTI geral, constituída por 15 leitos, a respeito da taxa de utilização de cateteres (cateter venoso central (CVC), cateter venoso de diálise, sonda nasoenteral (SNE), pressão arterial média invasiva, sonda vesical de demora, taxa de perdas de cateteres (CVC e SNE), taxa de utilização de ventilação mecânica, incidências de extubação acidental não planejada de cânula endotraqueal e de úlcera por pressão, percentual de reinternação em 24 horas, média de permanência, percentual de ocupação e taxa de mortalidade. O estudo teve como perfil epidemiológico pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nesses 12 meses. Os dados obtidos foram avaliados conforme médias e medianas, sendo comparados aos dados disponibilizados (taxa de utilização de CVC; média de permanência e percentual de ocupação) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Ministério da Saúde brasileiro. **Resultados:** O estudo revelou um número médio de 457,8 pacientes/mês admitidos na UTI. A média de permanência esteve em 3,30 dias, estando em conformidade com a apresentada pela ANS (2007). A taxa média de ocupação do serviço estudado foi de 105,03%, o que supera com a meta preconizada de 80-85% (média nacional divulgada 87%). No que diz respeito a taxa de utilização de CVC, foi encontrado dado na literatura de 56,50%, que vai ao encontro dos dados avaliados, 56,09%. **Conclusões:** Estudos com dados completos a respeito da qualidade dos indicadores nos hospitais pelo Brasil são escassos, deste modo há dificuldade de avaliação do serviço prestado no país, bem como dificuldade em expor metas para esses coeficientes. Deve-se, portanto, haver incentivo à aplicação de instrumentos de coleta de dados que permitam que eles sejam reconhecidos. Sendo assim, colabora-se para a melhora da qualidade do atendimento e otimização dos recursos para os doentes críticos.

P 13: Aplicação do nutric score em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público de Joinville/SC: um relato de experiência

Autores: SANTOS, A.R.T., SCHREINER, B.B., TURECK, C., BERTOLIN, I.A., MEDEIROS, N.I., MELLO, A. P.

Instituição: Hospital Municipal São José, Joinville-SC.

Introdução: O NUTRIC score é o primeiro sistema de triagem validado para paciente crítico que utiliza fatores de risco que podem ser alterados pela terapia nutricional na UTI. **Objetivo:** Avaliar a aplicabilidade do método de triagem nutricional NUTRIC score em uma Unidade de Terapia Intensiva em Joinville – SC. **Metodologia:** A triagem nutricional NUTRIC score foi realizada, no mês de maio de 2016 como um estudo piloto, nos pacientes internados na unidade de Terapia Intensiva Geral e Neurocirúrgica em um hospital público de Joinville. As informações para preencher o NUTRIC score foram retiradas do prontuário eletrônico MV 2000[®], sendo dados referente ao SOFA e APACHE scoreMELL foram coletados diretamente dos monitores de ventilação mecânica pela equipe multidisciplinar. Os cálculos finais desses scores foram obtidos por meio de calculadoras eletrônicas disponíveis na *internet*, da *Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias para o Sofa* (SAMIUC, 2016), e do site de Medicina Intensiva para o Apache (MEDICINA INTENSIVA, 2016) respectivamente. Nesse estudo não foi utilizado a interleucina 6, pois não é um exame de rotina nas UTI's estudadas. Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel 2010*[®], e os resultados apresentado através de estatística descritiva. **Resultados:** A amostra foi composta por 14 pacientes, sendo que 57% (n=8) deles era do sexo masculino e 50% dos pacientes possuíam idade superior a 60 anos. Com relação o APACHE verificou-se que 42% (n=6) apresentaram o valor acima de 20 e quanto ao SOFA, 35% (n=6) apresentaram valores acima de 9. Verificou-se que 40% (n=6) apresentaram duas comorbidades associadas e 10% (n=1) dos pacientes apresentavam de 1 comorbidade. Todos os pacientes ficaram na Unidade de terapia intensiva por um período superior a uma semana. A pontuação final do NUTRIC score verificou-se que 57% (n=8) dos pacientes foram classificados com alto risco, podendo se beneficiar de uma terapia nutricional mais agressiva. **Conclusão:** Este estudo inicial demonstrou que é possível aplicar o NUTRIC score nas UTIs estudadas, porém há a necessidade de envolver a equipe multiprofissional. Com a aplicação desse método foi possível avaliar a gravidade do quadro clínico e o risco de disfunção de órgãos dos pacientes da UTI, assim como outros fatores, esclarecendo quais os pacientes que necessitam de uma terapia nutricional mais agressiva.

P 14: Tempo para reintrodução da alimentação por via oral em pacientes idosos pós extubação orotraqueal

Autores: ROSA, ALE; ZANATA, IL; SARTORI, APA; MANEIRA, A

Instituição: Hospital do Idoso Zilda Arns, Curitiba – PR

Introdução: Pacientes em quadros graves, agudos ou crônicos, podem apresentar alterações de deglutição em decorrência da condição clínica ou por procedimentos a que foram submetidos, como intubação orotraqueal, uso de drogas vaso ativas, necessidade de traqueostomia, entre outros. Isso pode implicar no desencadeamento ou exacerbação da disfagia gerando desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa¹. A fim de minimizar o impacto dessas complicações e possibilitar um retorno mais rápido e seguro da alimentação por via oral (VO), é necessária a avaliação e o gerenciamento da disfagia e para tanto o profissional habilitado é o fonoaudiólogo. **Objetivo:** Identificar o tempo de reintrodução da alimentação por VO em pacientes idosos internados em unidades de terapia intensiva (UTI). **Metodologia:** O estudo teve caráter retrospectivo e descritivo com análise quantitativa. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos internados na UTI de um hospital público, extubados e com solicitação médica para avaliação fonoaudiológica. A coleta de dados foi realizada através da análise dos prontuários dos pacientes atendidos pelo serviço de fonoaudiologia num período de três meses. Foram coletados dados epidemiológicos para caracterização da amostra e dados da avaliação fonoaudiológica para a identificação do tempo de reintrodução da alimentação por VO, utilizando indicadores de qualidade no gerenciamento da disfagia. **Resultados:** A amostra do estudo consistiu em 22 idosos com média de idade de 74 anos, sendo 77% mulheres e 23% homens, As principais causas de internamento na UTI foram Insuficiência Respiratória Aguda (22%), seguida de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) exacerbada (18%) e rebaixamento do nível de consciência (18%), entre outras com menor frequência. Em relação ao tempo de reintrodução da alimentação por VO, 68,5% dos pacientes retornaram no período de 0 á 5 dias após avaliação fonoaudiológica, 4,5% no período de 6 a 10 dias, 9% no período de 11 a 15 dias, 9% permaneceram com disfagia grave sem possibilidade de retorno da alimentação por VO e 9% evoluíram a óbito. **Considerações finais:** Pôde-se inferir que a presença do fonoaudiólogo inserido na equipe de saúde na UTI favorece o processo de reintrodução da alimentação por VO, o que pode impactar no tempo de internamento e conseqüentemente nos custos hospitalares, além de proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes.

P 15: O controle da extubação acidental de pacientes pediátricos

Autores: NASCIMENTO, T. C.; MARQUES, M. A.; NOVAKOSKI, K. R. M.; NEVES, V. C.; RIBAS, C.G.

Instituição: Complexo Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba/PR

Introdução: A intubação endotraqueal é uma rotina do cuidado intensivo e a extubação deve ocorrer quando a necessidade da ventilação mecânica for resolvida. Denomina-se extubação acidental a remoção ou deslocamento do tubo endotraqueal em momento não planejado, o que resulta em um grave evento adverso. **Objetivo:** Verificar índice e causas de extubações acidentais em crianças. **Métodos:** Foi estudo observacional analítico, realizado na UTI- Pediátrica, no período janeiro a junho de 2016. Os dados foram coletados por meio de ficha semi-estruturada de controle de extubação acidental da unidade, com registros diários do número de pacientes internados por dia e extubações acidentais e suas respectivas causas comuns. A fórmula utilizada para o cálculo de índice de extubação acidental foi número de pacientes extubados acidentalmente x 100/número de pacientes por dia intubados. **Resultados:** No período de janeiro a junho de 2016, obteve-se uma média de $72,5 \pm 50,35$ paciente intubados/dia, com relação as extubações acidentais observou-se uma média de $3,66 \pm 2,58$ extubações por mês. O índice de extubação acidental médio foi de $6,25 \pm 3,76$ %. As causas das extubações foram: durante a agitação psicomotora dos pacientes, a sedação inadequada, o manuseio da equipe multidisciplinar, a fixação inadequada da cânula endotraqueal e a falta de contenção protetora adequada. Dos pacientes extubados acidentalmente, 22 (68,19%) necessitaram de reintubação imediata. **Conclusão:** O presente estudo mostrou denominador comum deste evento adverso, pode consistir na baixa adesão a protocolos e a falta de estratégias adaptativas e inovadoras para a qualidade na assistência.

P 16: Relação entre causas de traumatismo cranioencefálico e óbito em um hospital universitário no primeiro semestre de 2016

Autores: Diniz, FAF; David João, PG; Chaiben, VBO; Tannous, LA; Carvalho, CF; Réa-Neto, A

Instituição: Hospital Universitário Cajuru

Introdução: O trauma cranioencefálico se constitui em um problema grave socioeconômico e de saúde pública pelo mundo. No Brasil cerca de 15 a 20% dos óbitos entre pacientes de 5 a 35 anos são causados por trauma craniano e é também causa de 1% de todas as mortes em adultos. **Objetivo:** Relacionar desfecho em pacientes com traumatismo cranioencefálico e as suas principais causas em um hospital universitário de Curitiba. **Métodos:** avaliação retrospectiva de prontuários de pacientes com traumatismo crânio encefálico admitidos nas unidades de terapia intensivas do Hospital Universitário Cajuru no período de janeiro a junho de 2016. **Resultados:** Foram incluídos 96 pacientes com trauma cranioencefálico (TCE), com 22 mortes (22,9%). Entre os pacientes com TCE por acidente automobilístico (48 pacientes, 50%), o APACHE II médio foi de 21,7, com 16,6% de mortalidade. Entre os pacientes com TCE por queda (27 pacientes, 28,1%), o APACHE II médio foi de 18,8, com 29,6% de mortalidade. Entre os pacientes com TCE por ferimento por arma de fogo (7 pacientes, 7,3%) o APACHE II médio foi de 24,7 com mortalidade de 57%. E entre os pacientes com TCE por agressão física (14 pacientes, 14,6%) o APACHE II médio foi de 17,9, com mortalidade de 14,2%. Entre os pacientes com TCE por acidente automobilístico, o tipo de acidente mais frequente foi o atropelamento (21 pacientes, 43,7%), o APACHE médio foi de 20,14 com mortalidade de 19%. **Conclusão:** conforme demonstramos em nossa amostra de pacientes com TCE o acidente automobilístico foi a principal causa de TCE, porém o ferimento por arma de fogo está relacionado com maior mortalidade, seguida de queda, acidente automobilístico e agressão física.

P 17: Pneumonia associada a ventilação mecânica: classificação e recidiva em uma UTI Geral

Autores: Schulze, AL; Mendes, FM; Dadam, MM; Perito, Aguiar FP; Laurett, RS

Instituição: Hospital Municipal São José – Joinville/SC.

Introdução: A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a infecção nosocomial mais comum nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Ocorre após 48 a 72 horas da instituição da ventilação mecânica invasiva (VMI), classificada como precoce até o 4º dia de VMI e tardia após o 5º dia de VMI. Estudo de coorte, observou 75% de PAV foi de início tardio, podendo ser atribuído à maior prevalência de microrganismos resistentes. Outro estudo de coorte, comparou métodos de diagnóstico *National Healthcare Safety Network/ National Healthcare Safety Network/Center for Disease Control and Prevention (NHSN/CDC)* e *Clinical Pulmonary Infection Score*, identificando que o NHSN pode não ser satisfatório como método de vigilância. **Objetivos:** Analisar o tempo de início e recidiva de PAV em pacientes internados em uma UTI de um hospital público de grande de Santa Catarina (SC). **Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo, coletado no período de 01º de janeiro a 31 de dezembro de 2015, incluindo pacientes maiores de 18 anos que utilizaram VMI por mais de 48 horas consecutivas. Foram excluídos os pacientes admitidos na UTI com mais de 72 horas de VMI. Para coleta de dados dos casos de PAV, adotou-se o método NHSN/CDC, os dados para construção do perfil dos pacientes foram coletados do sistema de gerenciamento de internação hospitalar (MV2000). Para tabulação dos dados e determinação dos valores mínimos e máximos das variáveis, médias e percentuais foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2010®. **Resultados:** Foram avaliados 227 prontuários de pacientes, 22 atendiam os critérios de inclusão, o principal motivo de internação foi relacionado às doenças traumáticas, neurológicas, tumores e sepse, apresentando 24 episódios de PAV, dos quais, 20 pacientes (89%) apresentaram PAV de início tardio, com média de $8 \pm 7,15$ dias, e 02 pacientes PAV de início precoce com média $4 \pm 0,5$ dias. Houve 02 (0,48%) recidivas de PAV em 01 (0,22%) paciente, com intervalo da primeira de 9 ± 8 dias e da segunda para a terceira de 14 ± 13 dias. **Conclusão:** Observou-se um predomínio de PAV de início tardio corroborando com outros estudos. Referente a recidiva, não encontramos dados na literatura para comparar a recidiva e concluímos que a amostra foi pequena para quantificar, talvez pela fragilidade de diagnóstico de PAV pelo método utilizado.

P 18: Avaliação da frequência e fatores de risco para lesões por pressão em pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva

Autores: Fraile AC, Silva MLA, Camargo WHB, Pereira RC, Oliveira F, Grion CMC

Instituição: Hospital Evangélico de Londrina

Introdução: As lesões por pressão (LPP) são um importante problema de saúde pública com grande repercussão em diferentes âmbitos, presentes em todos os níveis assistenciais e que atinge principalmente os pacientes graves internados em unidades de terapia intensiva (UTI). As UTIs são pontuadas como local propício para desenvolver LPP por diminuir a mobilidade dos pacientes associado ao agravamento da terapêutica dos mesmos. O confinamento no leito e o número excessivo de dispositivos e tecnologias duras dificultam a mobilidade e manobras de prevenção para LPP, como por exemplo, a mudança de decúbito. **Objetivo:** Avaliar a frequência e o tempo de surgimento das LPP em pacientes graves admitidos na UTI. **Métodos:** Estudo longitudinal prospectivo realizado no período de janeiro de a dezembro de 2015. Foram coletados dados clínicos e demográficos de todos os pacientes admitidos no período de estudo. Foi registrada a frequência e data de surgimento de LPP a partir da admissão no leito de UTI e foram coletados dados para o cálculo dos escores SAPS 3 e SOFA de admissão. **Resultados:** Foram analisados 489 pacientes adultos admitidos na unidade de terapia intensiva do Hospital do estudo. A média da idade foi de 64,2 anos (DP 1,7) e 54,0% eram do sexo masculino. A média de pontuação do escore SAPS 3 foi 46,6 (DP 17,3). A média de pontuação do escore de disfunção orgânica (SOFA) foi 4,7 (DP 3,9). Quarenta e três (8,8%) pacientes apresentaram LPP durante a internação na UTI, sendo que 20 foram admitidos com lesões que ocorreram previamente a admissão e nos 23 pacientes restantes o tempo mediano para o surgimento da LPP foi de 10 dias (intervalo interquartilico: 3 – 19). A análise univariada identificou os seguintes fatores de risco para LPP: idade, SAPS 3, SOFA na admissão e necessidade de ventilação mecânica na internação. O grupo com LPP apresentou maior tempo de permanência na UTI e no hospital e maior taxa de mortalidade comparados aos que não tinham LPP. **Conclusões:** As LPP foram frequentes na amostra do estudo, sendo que aproximadamente metade dos pacientes já apresentavam essa lesão na admissão da UTI. A idade e a gravidade da doença foram associadas a maior risco de LPP. A ocorrência de LPP foi associada a maior morbidade e mortalidade.

P 19: Análise das infecções de trato urinário em pacientes vítimas de queimaduras admitidos em Unidade de Terapia Intensiva especializada

Autores: Correa AC, Bortholazzi H, Garcia ML, Brusagim A, Cardoso LTQ, Grion CMC

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

Introdução: No Brasil, dados da Sociedade Brasileira de Queimadura demonstram que ocorrem cerca de um milhão de queimaduras por ano. Destas, 200 mil são atendidas em serviços de urgência e emergência e 40 mil necessitam de internações hospitalares. **Objetivo:** Descrever as infecções de trato urinário (ITU) pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva de um centro de referência no tratamento de queimaduras. **Métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo de pacientes admitidos nos leitos de terapia intensiva de queimados, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Na admissão foram coletados dados demográficos, profundidade e dimensão da queimadura, agente causal e dados relativos à queimadura. Foram registrados todos os resultados das uroculturas analisadas e dos antibiogramas dos microrganismos isolados. **Resultados:** Durante o período do estudo foram analisadas 404 vítimas de queimaduras admitidas na unidade de terapia intensiva para queimados no Hospital do estudo. Foi observado que 74,5% pacientes eram do sexo masculino. A média da idade foi de 37 anos (DP 14,89) e a superfície corporal queimada (SCQ) média foi de 16% (DP 20,82%). O tipo mais comum de lesão foi devido a fogo (71,1%), seguido de queimaduras elétricas (16,2%), queimaduras por escaldamento (11,3%) e queimaduras químicas (1,4%). Observou-se 137 casos de ITU (26,2%), sendo que 115 episódios eram relacionados a presença de cateter vesical de demora. Entre os pacientes que desenvolveram esse tipo de infecção, 75 (54,7%) evoluíram com choque séptico. Foram realizadas 137 uroculturas que resultaram em isolamento de 159 microrganismos, a partir deles foram realizados 81 antibiogramas. Em alguns casos até dois microrganismos foram isolados na mesma urocultura. Os patógenos isolados mais frequentes foram: *Candida albicans* 27 (17%), *Candida tropicalis* 16 (10%), *Candida* (não-*albicans*) 12 (8%), *Acinetobacter baumannii* 19 (12%) e *Pseudomonas aeruginosa* 17 (10%), sendo 30 (39%) considerados carbapenem resistentes (CR), 20 (26%) multirresistentes (MR), e 25 (33%) patógenos não apresentavam resistência a antimicrobianos. Entre os antimicrobianos mais utilizados, 62 (45%) foram antifúngicos, 30 (22%) foram carbapenêmicos e 19 (14%) polimixinas. **Conclusões:** A infecção do trato urinário foi comum entre os pacientes queimados admitidos na terapia intensiva, sendo que a maior parte estava associada a presença de cateter vesical. Os patógenos isolados apresentaram alto grau de resistência a antimicrobianos, levando ao uso frequentes de drogas de amplo espectro.

P 20: Incidência de constipação intestinal em unidades de terapia intensiva de um hospital público de Joinville-SC

Autores: SCATONE, NK; MEDEIROS, NI; WESTPHAL, GA; SCHREINER, BB; BERTOLIN, IA.

Instituição: Hospital Municipal São José (HMSJ)

Introdução: Em uma unidade de terapia intensiva (UTI), diversos itens relacionados ao paciente são monitorados, muitas vezes sendo subnotificada a frequência de evacuações. A constipação intestinal é um problema frequente em pacientes críticos. A limitação ao leito, drogas vasoativas, choque circulatório, distúrbios hidroeletrólíticos e uso de drogas opióides favorecem esta condição. Estudos demonstraram que pacientes constipados podem ter maior tempo de ventilação mecânica, maior permanência em UTI e maior mortalidade. Sendo assim, é importante identificar a incidência de constipação em UTIs e investigar se este é um dos fatores prognósticos. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo investigar a incidência de constipação intestinal em pacientes internados em unidades de terapia intensiva de um hospital público de Joinville-SC, bem como caracterizar e comparar pacientes com e sem constipação internados nestas unidades. **Métodos:** Estudo observacional prospectivo transversal do tipo caso-controle realizado em duas unidades de terapia intensiva (UTI) de um hospital público. Foram incluídos pacientes que estiveram internados a mais de três dias nestas unidades entre abril a julho de 2015, em ventilação mecânica (VM), recebendo dieta enteral. A coleta de foi realizada através de dados secundários, sendo registrados dados demográficos, mortalidade, dias de permanência na UTI, dias de ventilação mecânica, uso de medicamentos opióides, presença de distensão abdominal e êmese, risco de mortalidade, e evolução da disfunção orgânica. **Resultados:** Foram cinquenta pacientes incluídos na pesquisa, sendo o grupo 1 com n=14 e grupo 2, com n=36. A amostra total apresentou uma média de idade de 47 ±19 anos, 68% do sexo masculino. Prevaleram pacientes previamente hígidos (44%). Houve diferença estatisticamente significativa para o motivo de internação na unidade de terapia intensiva, o qual foi de pacientes com comprometimento neurológico (p=0,04), seguido de pacientes com sepse (p=0,009), para a presença de êmese (p=0,02), e para o SOFA médio (p=0,009). A evolução do SOFA médio mostrou que os pacientes do grupo 2 eram mais graves, apresentando melhora durante a permanência na UTI. **Conclusão:** Os pacientes mais graves tenderam a ter constipação intestinal, podendo a constipação intestinal ser um marcador de gravidade para esta população.

P 21: Avaliação do desempenho de um Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário

Autores: Bauer CM, Correa AC, Bruscatim A, Maroco JC, Capeletti, MM, Carrilho CMDM, Grion CMC

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

Introdução: O reconhecimento precoce de situações de risco é importante para garantir a segurança e tratamento dos pacientes hospitalizados. Sinais de alerta são comuns e precedem a maioria das paradas cardiorrespiratórias em ambiente intra-hospitalar. Acredita-se que intervenções precoces sobre instabilidades clínicas possam reduzir morbidade e mortalidade nesses pacientes. Os Times de Resposta Rápida (TRR) surgiram com o objetivo de facilitar a detecção precoce e o tratamento de instabilidades clínicas em pacientes hospitalizados. **Objetivo:** Descrever a atuação de um TRR liderado por médico intensivista em hospital universitário no atendimento de códigos amarelos. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva realizado pela análise de fichas de atendimentos preenchidas durante os atendimentos realizados pelo TRR do Hospital Universitário de Londrina, entre março de 2009 e fevereiro de 2014. Foram coletados dados demográficos dos pacientes atendidos e dados dos motivos de códigos e dos tempos de atendimento do TRR. **Resultados:** Foram coletados dados de 1628 atendimentos realizados em 1024 pacientes pelo TRR, sendo 1423 (87,4%) códigos amarelos. A média de idade dos pacientes foi de $62,04 \pm 18,13$ anos, sendo 886 (54,4%) do sexo masculino. De modo geral houve maior frequência de atendimento em especialidades cirúrgicas (56,2%). Os diagnósticos de internação mais frequentes foram insuficiência arterial periférica crônica e oclusão arterial aguda (11,3%), fraturas (10,1%) e acidente vascular cerebral ou hemorragia subaracnóidea (10%), entre outros. A mediana de tempo entre a detecção da mudança do estado clínico dos pacientes e o acionamento do TRR foi de 1 (ITQ: 0 – 5) minuto para os códigos amarelos. O braço eferente do TRR teve uma mediana de 2 (ITQ: 1 – 3) minutos para chegar ao local do código amarelo e os atendimentos tiveram duração mediana de 33 (ITQ: 19 – 57) minutos. Foram avaliados os motivos que levaram ao chamado do TRR, sendo os mais frequentes: equipe seriamente preocupada com o paciente (37,7%), saturação periférica de oxigênio menor de 90% (32,3%), alteração da frequência respiratória (28%), pressão arterial sistólica menor que 90mmHg (26,9%) e rebaixamento do nível de consciência (25,2%), considerando-se que em cada ficha poderia haver mais de um motivo para o chamado. Outras causas menos comuns para chamados de códigos amarelos foram alterações da frequência cardíaca (16,2%), convulsões (6,9%) e pressão arterial sistólica maior que 180mmHg (3,5%). **Conclusões:** O TRR do hospital do estudo apresentou número elevado de chamados em códigos amarelos e bom desempenho no tempo de chegada ao local. Instabilidades clínicas foram mais frequentemente associadas à disfunção respiratória e hemodinâmica.

P 22: Encefalite autoimune anti-receptor N-metil D-aspartato (rNMDA)

Autores: Neves, AEB; Neves, C; Desan, LF; Balbi, GGM; Koliski, A; Rodrigues, M; Schramm, C; Kondo, G

Instituição: Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná

Introdução: a encefalite autoimune é uma síndrome neuropsiquiátrica causada por processos imunomediados, que apresenta-se inicialmente com transtornos de humor e evolui para sintomas neurológicos, como crise convulsiva, afasia e distonia. **Objetivo:** relatar um caso de encefalite autoimune associada à alteração do comportamento e discinesia. **Relato:** KBAJ, 2 anos e 4 meses, feminino. Apresentou quadro de dor em membro inferior direito, dificuldade de deambulação e vômitos alimentares. Após 3 dias, iniciou com irritabilidade e movimentos discinéticos. Evoluiu com afasia, piora da discinesia e movimentos mastigatórios. Na admissão alternava irritabilidade com hipoatividade, apresentava discinesia de membros superiores, movimentos mastigatórios e desvio ocular, reflexos profundos: II/4 MMSS, patelar ausente, Aquileu I/4. Líquor: 23 leucócitos com 100% mononucleares. EEG: disfunção cerebral difusa de natureza inespecífica. Ressonância Magnética (RNM) de Crânio sem alterações. Após excluída causas infecciosas de encefalite, levantou-se a hipótese de encefalite autoimune e iniciado pulsoterapia com metilprednisolona. Sem resposta a pulsoterapia realizado então imunoglobulina, seguido de rituximabe e por fim ciclofosfamida. Após 2 meses da admissão, apresentou melhora dos movimentos discinéticos e voltou a apresentar contato visual. Após 1 mês de melhora clínica recuperou a fala. Anticorpos anti-NMDAR presentes no LCR e soro. Ecografia abdominal sem alterações. **Conclusão:** a encefalite autoimune rNMDA manifesta-se inicialmente como um distúrbio neuropsiquiátrico, que se apresenta com alteração do humor, do comportamento e afasia. O quadro evolui em dias ou semanas para encefalopatia e transtornos de movimento, manifestando-se com convulsão, alteração da consciência, distonia, discinesia orofacial e instabilidade autônoma. Em adultos jovens é descrito a associação frequente com teratoma ovariano, manifestando-se como uma síndrome paraneoplásica. Testes complementares iniciais de líquido e imagem são geralmente normais. Quando alterado, RNM pode apresentar leve hiperintensidade de sinal em T2 ou FLAIR nas regiões hipocámpal, cortical, frontobasal e insular, nos gânglios basais e no tronco encefálico. O exame padrão ouro é a medição de títulos de anticorpos anti-rNMDA no soro ou líquido. As opções de tratamento de primeira linha são corticoides em altas doses, imunoglobulina ou plasmaférese. Em caso de não resposta, têm-se como opção de segunda linha a ciclofosfamida e o rituximabe.

P 23: A atuação de um Time de Resposta Rápida na diminuição das paradas cardíacas em pacientes hospitalizados

Autores: Balsanelli JD, Narciso AS, Vieira JPA, Ferreira VP, Grion DS, Festti J, Grion CMC

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

Introdução: O reconhecimento precoce de situações de risco é importante para garantir a segurança e tratamento dos pacientes hospitalizados, uma vez que vários estudos mostraram que sinais de alerta, ou de instabilidade, são muito comuns e geralmente precedem em 6 a 8 horas em torno de 60 a 84% das paradas cardiorrespiratórias. Estudos prévios mostraram que Times de resposta Rápida (TRR) são benéficos na redução das taxas de mortalidade de pacientes internados.

Objetivo: Descrever a atuação de um TRR no atendimento de códigos azuis a pacientes hospitalizados em Hospital Universitário. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva realizado pela análise de fichas de atendimento preenchidas durante os atendimentos realizados pelo TRR do Hospital Universitário de Londrina, entre março de 2009 e fevereiro de 2014. Foram coletados dados demográficos dos pacientes atendidos e dados de atendimento dos azuis. **Resultados:** Foram coletados dados de 1628 atendimentos realizados em 1024 pacientes pelo TRR, sendo 205 (12,6%) códigos azuis. A média de idade dos pacientes atendidos foi de $63,02 \pm 17,66$ anos, sendo 105 (51,2%) do sexo masculino. A mediana de tempo entre a detecção da mudança do estado clínico dos pacientes e o acionamento do código azul para o TRR foi de 0 (ITQ: 0 – 1) minuto. O braço eferente do TRR teve uma mediana de 1 (ITQ: 0 – 2) minuto para chegar ao local do código azul e os atendimentos tiveram duração mediana de 29 (ITQ: 15 – 45) minutos. Houve 70 atendimentos a paradas cardíacas em assistolia (34,1%), 52 atendimentos de paradas cardíacas em atividade elétrica sem pulso (25,4%) e 15 atendimentos (7,3%) de paradas cardíacas em fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, sendo que 68 delas não possuíam registro do ritmo de parada cardíaca. Foi observada redução de códigos azuis de 12,91/1.000 internações em 2009 para 4,54/1.000 internações em 2010 ($p < 0,001$). **Conclusões:** O TRR apresentou boa atuação nos atendimentos de códigos azuis no período de estudo e após a sua implementação foi observada redução do número de paradas cardíacas nos pacientes hospitalizados.

P 24: Fatores de risco para readmissões em unidade de terapia intensiva de hospital universitário

Autores: Ferreira VP, Lara CB, Petinelli RP, Capeletti, MM, Carrilho CMDM, Grion CMC

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

Introdução: O Comitê de indicadores de qualidade em terapia intensiva da *Society of Critical Care Medicine*, classificou a taxa de readmissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como o principal indicador de qualidade em UTI. O valor potencial deste indicador está relacionado a observações de que pacientes readmitidos apresentam maior mortalidade e maior tempo de internação hospitalar. Desta forma, o interesse em estudar readmissões em UTI tem aumentado consideravelmente com o objetivo de melhorar a eficácia clínica do tratamento intensivo. **Objetivo:** Avaliação da taxa de readmissão em unidade de terapia intensiva e dos fatores de risco associados em hospital universitário. **Métodos:** Estudo de coorte longitudinal retrospectivo realizado no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010, no Hospital Universitário de Londrina, Paraná, Brasil. Foram analisados todos os pacientes sobreviventes que receberam alta da UTI no período de estudo. Os dados analisados incluem variáveis demográficas, diagnósticos de admissão e readmissão e escores de prognóstico APACHE II, SOFA e TISS 28. **Resultados:** Durante os períodos estudados foram admitidos na UTI um total de 1.571 pacientes, sendo que 1.057 eram sobreviventes no momento da alta deste setor. A taxa de readmissão na UTI durante a mesma internação hospitalar foi 8,6%. A análise univariada revelou associação entre a readmissão até 72 horas e o valor do TISS 28 no primeiro dia após a alta (D3) (OR = 1,27; IC 95% 1,14 – 1,41; P < 0,001). No modelo de regressão logística, o valor do TISS 28 D3 foi fator independentemente associado à readmissão (OR = 1,23; IC 95% 1,13 – 1,34; P < 0,001). Com relação aos diagnósticos das readmissões, 17 (56,6%) foram considerados como recorrência da doença inicial. Vinte pacientes (67%) foram readmitidos devido a um quadro séptico. Edema agudo de pulmão (EAP), hemorragia digestiva alta (HDA), parada cardiorrespiratória (PCR), hemorragia subaracnóidea (HSA), acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e hidrocefalia foram os outros motivos que levaram à readmissão. **Conclusões:** As taxas de readmissão na UTI da instituição da pesquisa são semelhantes às descritas na literatura. O escore TISS 28 foi preditor de readmissão na UTI e pode ser uma ferramenta útil para identificar os pacientes sob risco.

P 25: Análise de desfechos clínicos de pacientes graves que têm admissão imediata na unidade de terapia intensiva negada

Autores: Vieira JPA, Rezende GV, Moreira TA, Balsanelli JD, Cardoso LTQ, Grion CMC

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

Introdução: Nas últimas décadas foi constatado um aumento da demanda por leitos de UTI e da complexidade das patologias dos pacientes admitidos. A falta de disponibilidade imediata de leitos para atender toda a necessidade de admissões em UTI é uma realidade em diversos países. **Objetivo:** Descrever a evolução clínica de pacientes graves com indicação de admissão em UTI e que são tratados nos setores de internação por falta de disponibilidade imediata de leitos de terapia intensiva. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo de pacientes graves tratados nos setores de internação por falta de disponibilidade imediata de leitos de terapia intensiva no período de fevereiro de 2012 a fevereiro de 2013. Os pacientes nesta situação clínica foram caracterizados como em demanda reprimida por leitos de UTI. A coleta de dados foi composta de dados clínicos, demográficos e de escores prognósticos. **Resultados:** Foram analisados 454 pacientes no período de estudo. Houve predominância do sexo masculino (54,6%). A mediana de idade foi de 62 (47 - 73) anos. A mediana do escore *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* foi de 22,5 (16 - 29), a mediana do escore *Sequential Organ Failure Assessment* foi 8 (4 - 13) e a mediana do índice *Therapeutic Intervention Scoring System* foi 27 (22 - 30). Dos desfechos observados 02 pacientes (0,4%) foram transferidos para outra instituição, 25 (5,5%) pacientes tiveram decisão de limitação de suporte terapêutico após concordância do médico titular e dos familiares. No período que aguardavam disponibilidade de leito para admissão na UTI evoluíram a óbito 101 (22,3%) pacientes, 122 (26,9%) tiveram suas solicitações de admissão de UTI canceladas devido melhora clínica e 204 (44,9%) pacientes foram admitidos na UTI após um período de espera de 3 (2 - 6) dias. A mortalidade hospitalar dos pacientes que não foram admitidos em leitos de UTI foi maior do que aqueles que foram admitidos na UTI (70,2% versus 60,2% - $p < 0,001$). **Conclusões:** Grande proporção dos pacientes evoluíram com melhora clínica e tiveram suspensão da indicação de terapia intensiva, por outro lado houve também grande proporção de pacientes que morreram no período de espera da disponibilidade do leito. A mortalidade dos pacientes admitidos em leitos de UTI após o período de demanda reprimida foi superior quando comparada aos pacientes não admitidos em leitos de UTI.

P 26: Avaliação microbiológica das bacteremias em pacientes vítimas de queimaduras admitidos em unidade de terapia intensiva especializada

Autores: Bortholazzi H, Outuki MC, Bauer CM, Festti J, Grion CMC

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

Introdução: Nos Centros de Tratamentos de Queimado (CTQ), a infecção é responsável por 75% a 80% dos óbitos. Há uma maior incidência de sepse no paciente com queimaduras quando comparada a outros tipos de trauma. Dentre os motivos para adquirir infecções pelos pacientes queimados destacam-se: a perda da primeira linha de defesa contra a invasão microbiológica causada pelo rompimento da barreira da pele, a presença de tecido desvitalizado, as alterações do sistema imune e humoral, a translocação bacteriana gastrointestinal, a prolongada hospitalização, os procedimentos terapêuticos e de diagnósticos invasivos.

Objetivo: Descrever dados clínicos de bacteremias em pacientes vítimas de queimaduras admitidos em unidade de terapia intensiva especializada. **Métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo realizado no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Foram coletados dados demográficos, profundidade e dimensão da queimadura e agente causal. Foram registrados resultados das hemoculturas e dos antibiogramas. Foram coletados dados para o cálculo dos escores ABSI e SOFA. **Resultados:** Foram analisados 404 pacientes vítimas de queimaduras admitidos na unidade de terapia intensiva do centro de tratamento de queimados no Hospital do estudo. A mediana da idade foi de 37 anos (DP 14,89), 74,5% pacientes eram do sexo masculino e a média da superfície corporal queimada foi de 16% (DP 20,82%). A média de pontuação do escore ABSI foi 7 (DP 2,04). A média de pontuação do escore de disfunção orgânica (SOFA) foi 4,0 (DP 5,29). Bacteremias ocorreram em 17 casos, sendo que três foram considerados infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter e dez desenvolveram choque séptico. Os microorganismos isolados foram *Acinetobacter baumannii* (4), *Pseudomonas aeruginosa* (3), *Klebsiella pneumoniae* (3), *Serratia marcescens* (3), *Escherichia coli* (2), *Staphylococcus aureus* (2). Em todos os isolados foi detectado algum grau de resistência a antimicrobianos. **Conclusões:** Bacteremias são comuns entre os pacientes queimados e estão associadas a microorganismos com alto grau de resistência a antimicrobianos.

P 27: Contribuições das atividades extensionistas na implantação do protocolo gerenciado de sepse em um hospital escola

Autores: Kerbauy G, Seleri GT, Odo AAF, Mogari TF, Tolentino CS, Grion CMC

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

Introdução: Os dados atuais mostram que a mortalidade por sepse no Brasil em hospitais públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) é muito elevada, estando acima da mortalidade descrito em outros países. Esse fato, por si só, justifica o planejamento de ações voltadas à sua redução. **Objetivo:** Apresentar o impacto da implantação de um protocolo assistencial gerenciado no setor de urgência e emergência do Hospital Universitário vinculado a um projeto extensionista da Universidade Estadual de Londrina (UEL). **Métodos:** O protocolo gerenciado para diagnóstico e tratamento da sepse implantado pelo HU/UEL segue as recomendações da “*Surviving Sepsis Campaign*” e Instituto Latino Americano de Sepse. No início de sua implantação, em 2013, o Grupo de Sepse, vinculado ao Hospital e a Universidade, cadastrou na categoria da extensão um projeto para dar suporte às atividades do protocolo. A equipe de docentes envolvidos capacitou os alunos da graduação e residência para contribuírem na coleta dos dados, distribuição de materiais educativos, divulgação dos resultados no setor e realização de treinamento dos profissionais envolvidos. **Resultados:** A primeira etapa de implantação do protocolo de Sepse ocorreu no período de outubro de 2013 a novembro de 2014, dividido entre período de pré-intervenção (7 meses/ 65 pacientes), caracterizado pela coleta de dados basais, e intervenção (7 meses/ 50 pacientes), correspondendo a fase de implantação do protocolo. Dentro das atividades extensionistas da fase de intervenção, foram capacitados 128 profissionais distribuídos nas categorias médicas, de enfermagem, de técnicos laboratoriais entre outros. A análise comparativa dos períodos em relação ao atendimento na primeira hora do diagnóstico da sepse grave/choque mostrou aumento de 16% na adesão a coleta dos exames laboratoriais de lactato e hemocultura. Houve aumento de 21% no número de pacientes que receberam antibiótico na primeira hora após o diagnóstico. Queda de 15% no número de pacientes que evoluíram para choque séptico que refletiu na redução da mortalidade que atingia 60% dos pacientes na etapa pré-intervencionária e passou para 50% após implantação do protocolo gerenciado de sepse. **Conclusão:** Os resultados de melhorias nos indicadores de qualidade mostraram que a parceria dos profissionais “de campo” com a equipe de docentes e alunos de um projeto de extensão contribuíram na capacitação profissional, crescimento dos alunos de graduação e residentes envolvidos, e finalmente, na melhora da qualidade no atendimento ao paciente séptico.

P 28: O atraso na admissão na unidade de terapia intensiva e o prognóstico do paciente

Autores: Grion, DC; Kubrusly, MC; Ribeiro, C

Instituição: Universidade Federal Fluminense.

Introdução: A demanda por cuidado intensivo aumentou nas últimas décadas e o atraso na admissão de pacientes críticos por falta de leitos de terapia intensiva tornou-se um problema comum. Esse fenômeno tem sido associado a pior prognóstico. **Objetivos:** Revisão de literatura sobre o atraso na admissão de pacientes críticos na unidade de terapia intensiva. **Método:** A ferramenta primária foi o serviço PubMed de pesquisa em publicações médicas. Inseriu-se os descritores da seguinte forma: “delay”; “intensive care unit”; “admission”. **Resultados e Discussão:** Atrasos na admissão de pacientes críticos ocorrem com frequência variada na literatura entre 2% a 38% e estão associados com aumento em adversidades e altos custos. Cada hora de atraso na admissão pode ser associada a um aumento de 1,5% na mortalidade. Em estudo multicêntrico norte americano, com análise de 50.322 pacientes, os autores relatam maior mortalidade hospitalar (17,4% no grupo com atraso vs. 12,9% no grupo sem atraso; $p < 0,001$). Em estudo australiano os autores relatam que pacientes com atraso na admissão normalmente eram triados como pacientes menos graves, porém apresentaram maior mortalidade, indicando que a triagem pode não identificar corretamente pacientes críticos. Em estudo britânico não houve diferença de mortalidade em pacientes com atraso na admissão e um estudo chinês também descreve que o atraso na admissão não foi relacionado com aumento de mortalidade na unidade de terapia intensiva. No entanto, esses dois estudos negativos avaliam pacientes graves cirúrgicos que receberam cuidados em unidade de recuperação anestésica enquanto aguardavam leito de terapia intensiva. Existem limitações nos estudos avaliados, pois não há consenso quanto ao critério de atraso e a maior parte dos estudos foi realizada em centro único. Ademais, existem poucos estudos sobre este assunto na literatura. **Conclusões:** A literatura atual mostra que o atraso para admissão na terapia intensiva é comum e que existe associação entre atraso na admissão de pacientes graves e pior prognóstico. Identificar fatores associados ao atraso na admissão pode prover informações para melhora na prática clínica e contribuir para melhorar a organização dos serviços de saúde.

P 29: Pacote de medidas como instrumento de identificação precoce dos casos de cuidados paliativos e/ou terminalidade em uma unidade de terapia intensiva

Autores: XAVIER, LR; BORBA, GC; PINTO, HS.

Instituição: Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná.

Segundo as recomendações da OMS em 2002, os Cuidados Paliativos (CP) devem se iniciar o mais precocemente possível, de preferência a partir do diagnóstico de uma doença potencialmente letal. Compreender quem é a pessoa doente, o que facilita identificar preferências e dificuldades, qual a cronologia da evolução de sua doença e os tratamentos já realizados, quais as necessidades atuais e os sintomas, o exame físico, os medicamentos propostos, as demais decisões clínicas e a impressão a respeito da evolução, do prognóstico e das expectativas em relação ao tratamento proposto, são pontos a serem avaliados – levantados pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Porém, na prática, questões de gestão, formação e conhecimento profissional e até mesmo de cunho pessoal, podem ser obstáculos para a realização de uma boa avaliação do doente. Na UTI Geral do Hospital de Clínicas do Paraná (HC/UFPR) a equipe comparou – dentre o total de pacientes internados na unidade – a quantidade de pacientes que foram a óbito sem resposta a estratégia de tratamento e que teriam critérios para entrar na classificação de CP e/ou terminalidade, em relação à quantidade dos pacientes que foram incluídos nestes critérios pela equipe e tiveram suas famílias abordadas em reuniões para esta discussão (esta comparação receberá, no presente trabalho, a denominação de *indicadores da psicologia*). Estes indicadores demonstraram que a unidade necessita de um pacote de medidas como instrumento para identificação precoce dos casos de CP e/ou terminalidade e conseqüente assistência a todas as famílias destes doentes. A equipe da unidade vem trabalhando neste instrumento fundamentando-se no que é preconizado pela ANCP, e tem como objetivo apresentar o andamento da estruturação desta estratégia de ação. O instrumento contém perguntas a serem respondidas objetiva (com “sim” ou “não”) e diariamente pela equipe multiprofissional, que permitam classificar individualmente os paciente em critérios de CP e/ou terminalidade. Com esta prática espera-se que a equipe, além de poder fazer esta identificação com mais objetividade e fidelidade, possa também passar a reconhecer estes critérios em suas atividades diárias com mais praticidade; buscando-se não só a melhoria dos *indicadores da psicologia*, mas também uma maior qualidade na assistência às famílias.

P30: Um olhar de cuidado sobre a prática dos cuidados paliativos

Autores: LARA, LR; BORBA, GC; PINTO, HS.

Instituição: Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná.

O período que um sujeito passa em internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) traz mudanças em sua rotina, desperta ansiedades, emoções, preocupações e dúvidas quanto prognóstico, perpassando estas questões pacientes e familiares. Tendo difundido culturalmente que hospital é o lugar que recorremos para restaurar a saúde quando necessário, chegar a um ponto limite e incurável de terapêutica, propõe dar-se início aos Cuidados Paliativos, sendo esta proposta entendida como: as ações ativas e integrais prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível, e a seus familiares. Com base nisto, este trabalho tem por objetivo trazer reflexões sobre a importância da prática/aplicabilidade dos Cuidados Paliativos, através de um relato de experiência clínica. O caso se deu na UTI geral do Hospital de Clínicas/UFPR, com dados colhidos através de atendimentos psicológicos clínicos por rotina e informações de prontuário para acompanhar como o paciente e seus familiares estavam vivenciando este período de internação. O caso a seguir trata-se do paciente M., sexo masculino, com idade de 79 anos, casado, uma filha, aposentado, doença pulmonar obstrutiva crônica (relato de trabalho em mina de carvão), internando por um quadro de insuficiência respiratória. M. não havia ficado internado em UTI previamente, durante 24 dias de internação apresentou complicações como síndrome consumptiva, derrame pleural, insuficiência renal aguda, necessitando de medidas como intubação orotraqueal, hemodiálise, entre outros procedimentos invasivos. Em atendimento psicológico inicial, M. informa seu histórico de vida, sendo o responsável pelos cuidados de seus familiares. Refere saber da gravidade de seu caso somado a sua idade e querer ficar em sua casa, próximo aos seus familiares neste estágio da vida. Familiares eram presentes e apresentavam-se cientes da gravidade do quadro clínico, mas incertos quanto ao prognóstico. Estas incertezas também perpassaram a equipe responsável por M., em que foi discutida a possibilidade de Cuidados Paliativos, porém, por hora, preferiu-se optar por continuar realizando medidas invasivas. Paciente foi a óbito ainda nesta UTI, sendo indicadas medidas de conforto na fase de terminalidade do paciente. Considerando que no início da internação M. apresentou-se lúcido, expressando seu desejo de estar em casa com sua família e as razões para isto e que, estas demandas não foram atendidas em decorrência da avaliação, conduta e manejo clínico necessário na UTI; colocam-se em questão estas medidas de caráter invasivo e não curativo realizadas, mesmo tendo em vista a irreversibilidade do quadro, sem atender ao objetivo da qualidade de vida enquanto ainda há vida.

P 31: Acidente vascular encefálico hemorrágico: Relato de Caso de uma complicação incomum de leptospirose

Autores: Silva, N.; Meneses, A. P.; Lazzarin, T. A. A.; Oliveira, B. C. R.; Giancursi, T.; Hunsche, C. M. E.

Instituição: Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Brasil.

Introdução: A leptospirose é uma doença causada por bactéria espiroqueta do gênero Leptospira, cuja porta de entrada usual são abrasões ou cortes no tecido cutâneo e, também, por contato prolongado em água contaminada.¹ A principal fonte do patógeno são animais contaminados, tais como roedores, caninos, suínos, entre outros. A doença tem um curso clínico variável; o início geralmente é abrupto com febre, rigidez, mialgia e dor de cabeça. Em 10% a 15% dos pacientes ocorre a evolução para manifestações clínicas graves. A síndrome clássica é caracterizada pela doença de Weil e sua tríade é composta por icterícia rubínica, insuficiência renal e hemorragias, mais comumente pulmonar.⁵ A doença pode causar fenômenos hemorrágicos também na pele, conjuntiva e outras mucosas, órgãos internos e sistema nervoso central. Quando há acometimento do sistema nervoso central (até 15% dos casos), o mesmo ocorre com mais frequência por meio de meningite asséptica e meningoencefalite⁴. Hemorragias intra-cerebrais têm sido reportadas apenas esporadicamente^{2,3}. **Objetivos:** descrever um caso de leptospirose e sua associação com acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEh). **Método:** As informações foram obtidas da análise de prontuário do paciente por meio do sistema Tasy (software de gestão hospitalar desenvolvido pela Web Sistemas) e revisão bibliográfica na base de dados Pubmed. **Relato de caso:** Paciente Masculino, 52 anos, agricultor, iniciou o quadro de sintomas com febre, mialgia, tremor de forte intensidade. No dia seguinte, além dos sintomas iniciais evoluiu com distensão abdominal, dor forte e aguda em região epigástrica associada com intensa sudorese. Horas antes da internação o paciente apresentou hipotensão, dispneia, sonolência e oligúria. Finalmente ao 6º dia de sintomas deu entrada no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) em choque séptico, apresentando-se com instabilidade hemodinâmica, hipotenso, taquicárdico, anúrico, icterico, com plaquetopenia, fibrilação atrial, hemorragia subconjuntival e cianose em membros inferiores. Foi encaminhado a UTI para estabilização hemodinâmica e investigação da síndrome icterofebril; ao 2º dia de internamento nesta unidade foi diagnosticado com leptospirose; apresentou 38 dias de UTI e cursou com IRA dialítica, isquemia de mãos e pés, hipercalemia e acidente vascular encefálico hemorrágico. **Resultado:** O paciente teve boa recuperação após o AVE hemorrágico e não apresentou sequelas devido a complicação. **Conclusões:** A importância do relato advém da alta prevalência da doença no Brasil e da possibilidade de ocorrência de hemorragia intra-cerebral como forma de envolvimento do sistema nervoso central durante o curso das formas graves de leptospirose^{4,5}.

P 32: Falha na extubação e mortalidade após reintubação em pacientes críticos: um estudo de Coorte

Autores: BIAZIM, S. K, MELLO, N. M, OLIVEIRA, J. J. J, VALDERRAMAS, S. R, ANDREATTA, D. K, DIESEL, J, COELHO, M. A.

Instituição: Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba/PR, Brasil.

Introdução: A falha na extubação é definida como a necessidade de reintubação, que varia de 48-72 horas para pacientes em desmame simples. A taxa de falha de extubação varia de 10% a 20%, mesmo nos pacientes que preencherem todos os critérios de desmame, e está associada a altas taxas de mortalidade de 25% a 50% independentemente da gravidade da doença de base. Obter a incidência de falha na extubação e identificar os fatores associados é de grande importância para caracterização de pacientes de risco e melhora do prognóstico após extubação.

Objetivo: Verificar a incidência de falha de extubação e mortalidade após reintubação, além de identificar os fatores de risco para esta falha. **Métodos:** Estudo observacional, com delineamento de coorte, realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - UFPR, no período de novembro de 2014 a junho de 2015, os critérios de inclusão: pacientes submetidos à via aérea artificial e ventilação mecânica por ≥ 12 horas, idade ≥ 18 anos, consentimento do participante ou responsável. Fase pré-extubação (uma hora antes da extubação): para cada paciente as informações foram obtidas por prontuários e Instrumento de Avaliação. Os pacientes que passaram pelo teste de respiração espontânea (TRE) em um intervalo de tempo de 30 minutos a 120 minutos foram extubados. Fase pós extubação (extubação até alta da UTI): pacientes extubados foram monitorados para a necessidade de reintubação, traqueostomia ou morte. A falha na extubação foi definida como pacientes que necessitaram de reintubação em até 72 horas, registrado o motivo e período da reintubação. **Resultados:** A incidência de falha na extubação foi de 12,8%, sendo que destes, 43% evoluíram para óbito ($p < 0,0001$). O tempo de permanência na UTI foi fator de risco ($OR = 0,91$) para falha na extubação. **Conclusão:** A incidência de falha na extubação corrobora com os relatos na literatura atual, no entanto, verificou-se elevada mortalidade neste grupo. Além disso, o tempo de permanência na UTI foi fator de risco para falha na extubação.

P 33: A percepção do paciente e familiar sobre o atendimento psicológico em um Centro de Terapia Intensiva: um indicador de qualidade

Autores: Araujo, M.S., Kurogi, L.T., Nunes, T.N. e Siqueira, G.V.

Instituição: Hospital do Idoso Zilda Arns, Curitiba/PR

Introdução: A importância de estabelecer indicadores de qualidade em saúde reside no fato que estes possibilitam aos gestores analisarem processos e sistemas, bem como identificarem as situações que devem ser alteradas a fim de atingir ou superar os resultados propostos. Esta avaliação permite ainda medir a qualidade do serviço de Psicologia prestado, o que proporciona aos profissionais dentro de um hospital geral a análise e reflexão sobre sua prática. Compreendemos indicadores como ferramentas que objetivam realizar a medição, estabelecimento de parâmetros e avaliação de um determinado processo. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo analisar os dados obtidos por meio da aplicação de um protocolo de avaliação do atendimento prestado ao paciente e seu familiar durante o período de internação no CTI. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, de método quantitativo. Para tanto, utilizamos o *Protocolo de Avaliação ao Atendimento Prestado ao Paciente*, que tem como finalidade avaliar a percepção do paciente e familiares sobre a qualidade do atendimento recebido pela equipe de saúde no período de internação hospitalar. No presente estudo, analisamos os dados coletados do atendimento de Psicologia no intervalo de janeiro a junho de 2016. Neste período, 416 novos pacientes foram internados no Centro de Terapia Intensiva, de forma que 158 evoluíram à óbito e 258 receberam alta. Destes últimos, 93 pacientes ou familiares responderam ao protocolo, sendo que 32 foram excluídos desta análise por ausência de avaliação do serviço de Psicologia. **Resultados:** 1,6% (n=1) atribuiu ao atendimento da equipe de Psicologia a nota entre 1 à 3; 1,6% (n=1) notas entre 4 a 6; 8,8% (n=5) de 7 a 9; e 88,33% (n=53) ranquearam nota 10 ao atendimento recebido. **Conclusão:** A partir desta investigação, constatamos que a avaliação da percepção do usuário acerca do atendimento recebido pode ser considerada como um indicador de qualidade do serviço em questão, uma vez que, permite observar e emitir um juízo sobre um evento, viabilizando a manutenção da prática assistencial para satisfazer as necessidades do serviço.

P 34: Relato de caso: trombocitopenia induzida por ranitidina: uma condição rara

Autores: Oliveira, B.C.R.; Meneses, A.P.; Silva, T.A.A.L; Silva, N; Giancursi, T.

Instituição: Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Cascavel/ PR, Brasil.

Introdução: A trombocitopenia induzida (TI) por drogas consiste em uma das complicações mais comuns de administração de heparina, porém é raro como consequência do uso de outros medicamentos. Decorre de uma reação adversa imunológica, mediada por anticorpos que ativam as plaquetas na presença da droga. O diagnóstico desta condição é frequentemente empírico, devido recuperação após a sua suspensão do fármaco. **Objetivos:** relatar o caso de um paciente com trombocitopenia induzida por ranitidina, após utilização profilática deste na unidade de terapia intensiva (UTI). **Métodos:** as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário e dos exames aos quais o paciente foi submetido e pesquisa bibliográfica na base de dados do PUBMED. **Resultados:** C.L.M, 18 anos, masculino, vítima de acidente moto ciclístico, na admissão em Escala de Coma de Glasgow 03, realizado intubação orotraqueal sob ventilação mecânica, com fratura de processo transversal de C6, contusão pulmonar em hemitórax esquerdo, com pneumonia aspirativa. Apresentou queda progressiva dos níveis plaquetários, e no 5º dia de internação em UTI apresentou trombocitopenia de $29800/\text{mm}^3$, sendo então suspensa empiricamente a utilização de heparina. No entanto, não se constatou nenhum aumento das plaquetas, sendo suspenso então o uso de Ranitidina, no 17º dia de internação. Após o quinto dia de suspensão da droga, houve aumento progressivo no número de plaquetas ($208.900/\text{mm}^3$), o que confirmou a trombocitopenia induzida por essa droga. **Conclusões:** trombocitopenia induzida por drogas é um acometimento clínico relativamente comum. No entanto, a trombocitopenia induzida por antagonistas de receptor de H_2 é um fenômeno raro, porém descrito. A literatura mostra que essa reação é mais comum em pacientes críticos (principalmente nos pacientes admitidos UTI) e o tratamento preconizado é suspensão desse medicamento.

P 35: Avaliação funcional em pacientes com SARA após 3 meses de alta da UTI

Autores: Jaskowiak, J.L.; Manzoni, M.; Murbach, L. D.; Pelenz, M.; Leite, M.A.; Costa, C.R.L.M.; Osaku, E. F.; Duarte, P.A.D.

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/HUOP, Cascavel-Paraná, Brasil

Introdução: A síndrome da angustia respiratória aguda (SARA) muitas vezes acarreta em prejuízo funcional aos sobreviventes da doença crítica, tanto na UTI quanto após a alta hospitalar. **Objetivo:** Avaliar a funcionalidade de pacientes sobreviventes da SARA 3 meses após a alta da UTI. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, realizado no ambulatório de um Hospital Universitário do Paraná, no período de julho a dezembro de 2015. Foram incluídos pacientes que compareceram ao ambulatório e que tinham como diagnóstico a SARA, que realizaram teste de caminhada de 6 minutos (TC6) e que possuíam avaliação de independência funcional através da Medida de Independência Funcional (MIF) na UTI e no ambulatório. As análises de dados foram descritas através de média e desvio padrão e foram utilizados teste T pareado, Wilcoxon e teste de correlação de Spearson e Spearman, o nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** No período, foram admitidos na UTI 205 pacientes, desses 47 evoluíram com SARA. Compareceram ao ambulatório 15 pacientes e 10 realizaram o TC6. Sendo 68% do sexo masculino, com idade 50 ± 13 , tempo de internação na UTI $17 \pm 8,88$ dias e hospitalar de $30 \pm 13,61$ dias, o tempo de ventilação mecânica (VM) em horas foi $314 \pm 218,24$. 70% tiveram SARA do tipo extrapulmonar sendo todos classificados com SARA moderada, a menor relação PaO_2/FiO_2 foi de $130 \pm 28,37$ e a maior $362 \pm 95,22$. Na alta da UTI a Escala de Coma de Glasgow (ECG) foi $13 \pm 2,07$, RASS $-0,2 \pm 0,42$ e MIF $44 \pm 26,24$. E no ambulatório ECG $14 \pm 0,31$, RASS 0 ± 0 e MIF $125 \pm 10,20$, apresentando significância estatística ECG (p-valor 0,03) e MIF (p-valor 0,009). Durante o TC6 a distância percorrida foi de $365 \pm 230,83$ metros, tempo de pausa $0,25 \pm 0,61$, porém não houve correlação significativa entre a gravidade da SARA e a distância percorrida no TC6. Também apresentaram significância estatística a FC inicial ($85 \pm 13,79$) x final ($103 \pm 14,67$) (p-valor 0,0001) e FR inicial ($19 \pm 3,46$) x final ($23 \pm 2,65$) (p-valor 0,003). Quando comparado o tempo de VM na UTI e a distância percorrida no TC6, não houve diferença significativa. **Conclusão:** Foi possível identificar nesta amostra que após 3 meses de alta da UTI os pacientes apresentaram melhora do nível de consciência e de independência funcional.

P 36: Uso da ventilação assistida proporcional plus como teste de respiração espontânea

Autores: Jaskowiak, J.L.; Abentroth, L.R.L.; Murbach, L.D.; Neitzke, N.M.; Duarte, P.A.D.; Ogasawara, S.M.; Costa, C.R.L.M.; Osaku, E.F.

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/HUOP, Cascavel/ PR, Brasil

Introdução: O modo de ventilação assistida proporcional plus (PAV+) determina a porcentagem de suporte em relação ao esforço do paciente, refletindo a real necessidade do mesmo. A assistência gerada pelo esforço do paciente neste modo evita a fadiga muscular e o risco de atrofia. **Objetivo:** Verificar a resposta da PAV+ como teste de respiração espontânea (TRE) e sucesso na extubação. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, realizado no período de janeiro de 2014 à dezembro de 2015, em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um Hospital Universitário. Os pacientes foram randomizados para TRE em PAV+, permaneceram por 30 minutos e foram extubados. A análise de dados se deu por estatística descritiva e inferencial. Os dados foram descritos através de média e desvio padrão. As variáveis foram comparadas através do teste de Wilcoxon e Mann-Whitney, e o nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** No período foram admitidos na UTI 847 pacientes, 187 foram à óbito. 30 pacientes realizaram o TRE em PAV+, 29 pacientes mantiveram-se estáveis e foram extubados. 24 pacientes permaneceram em respiração espontânea, 5 pacientes tiveram que ser reintubados e 1 paciente falhou no TRE devido hipertensão e taquipneia. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a extubação: grupo sucesso (GS) 24 (83%) e grupo falha (GF) 5 (17%). A causa de admissão no GS foi politraumatismo com trauma crânioencefálico (29%), e no GF foi clínico não neurológico (80%). Nos grupos, sucesso x falha, a Escala de coma de Glasgow ($11 \pm 0,86$ x $11 \pm 0,5$) e o Apache II ($24 \pm 8,1$ x $24 \pm 5,9$), não diferiram entre os grupos, respectivamente. 60% dos pacientes falharam na extubação devido à insuficiência respiratória, 83% fizeram traqueostomia e 17% foram a óbito na UTI. Os pacientes do GF tiveram maior porcentagem de assistência ($41 \pm 9,6$ x $38 \pm 9,2$), maior idade ($53 \pm 8,0$ x $49 \pm 18,4$), menor Pimáx ($-25 \pm 7,0$ x $-29 \pm 15,4$), maior índice de respiração rápida superficial ($111 \pm 102,6$ x $66 \pm 31,5$), maior tempo de VM (223 ± 104 x $183 \pm 135,2$ horas), e ficaram mais tempo sedados ($96 \pm 36,4$ x 74 ± 53 horas), porém sem diferença significativa. **Conclusão:** PAV+ pode ser utilizado como TRE, pois resultou em alto índice de sucesso na extubação, confirmando a sua aplicabilidade, eficácia e segurança.

P 37: Título: Avaliação dos critérios de desmame de ventilação mecânica invasiva em uma UTI Adulto

Autores: GRIGÓRIO, J.M., M.A.C., J.M., J. J.J.O., S.V.

Instituição: Complexo Hospital de Clínicas da UFPR

Introdução: O desmame da ventilação mecânica tende a ser um processo muito complexo. O insucesso no desmame pode protelar o tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o tempo de internação hospitalar e ainda aumentar o índice de reintubação, bem como da taxa de mortalidade.

Objetivo: Verificar se os critérios de desmame pré-selecionados são relevantes para determinar o sucesso ou fracasso de uma extubação. **Métodos:** estudo observacional retrospectivo, realizado na UTI Adulto de um Hospital de Clínicas, no período de maio a junho de 2016. Foram incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos, de ambos os gêneros, que permaneceram por mais de 24 em ventilação mecânica invasiva (VMI), sendo excluídos pacientes com traqueostomia. Através de uma ficha de Escala de Coma de Glasgow, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, respiração espontânea e teste de Tobin. A partir disso, foi possível formar dois grupos: o primeiro que preencheu todos os critérios de desmame e o segundo que não preencheu os critérios de desmame. **Resultados:** Durante o período da coleta foram internados 40 pacientes, entretanto, seguindo os critérios de inclusão 22 pacientes foram acompanhados, sendo 10 do gênero feminino e 12 do gênero masculino, com idade média de $52,22 \pm 19,03$ anos e com a média do tempo de VMI de $6,59 \pm 5,01$ dias. Dos participantes, 14 preencheram todos os critérios de desmame, com idade média de $54,1 \pm 19,73$ anos, com a média do tempo de VMI de $6,78 \pm 5,20$ dias, sendo 9 (64%) homens e 5 (36%) mulheres. Dos 8 que não preencheram todos os critérios de desmame, 4 (50%) eram do gênero feminino e 4 (50%) eram do gênero masculino, com tempo médio de VMI de $6,25 \pm 4,97$ dias e com idade média de $48,25 \pm 18,29$ anos. Os critérios de desmame não apresentaram diminuir o risco de fracasso na extubação ($p=0,29$) e o tempo de VMI não apresentou diferença estatisticamente significativa. **Conclusão:** Observou-se que os critérios de desmame pré-selecionados não diminuíram o risco de fracasso na extubação, contudo, haverá continuidade na pesquisa devido o número de participantes ser insuficiente.

P 38: Identificação de fluxo de admissão em leitos de Unidade de Terapia Intensiva

Autores: Woidello, A.L., Santos, A.F., Borsari, F.J., Said, M.E.S., Tannous, L.A.

Instituições: Unidade de Pronto Atendimento Boqueirão
Hospital Universitário Cajuru

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são unidades que requerem espaço físico diferenciado, equipamento de alta tecnologia e equipe inter e multidisciplinar, sendo crescente o número de pacientes críticos admitidos nessas unidades. Os índices prognósticos podem ser utilizados visando à otimização dos recursos relacionados à UTI e a avaliação da gravidade desses pacientes, um exemplo deles é o Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II). Quando o número de pacientes que precisam de cuidados intensivos é maior do que o número de leitos disponíveis, o fluxo de entrada na UTI é comprometido. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é identificar o fluxo de admissão em leitos de UTI de pacientes atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e no Hospital Universitário Cajuru (HUC) e identificar o desfecho dos pacientes após trinta dias. **Métodos:** A amostra consistiu em 69 pacientes, 14 oriundos da UPA e 55 internados na UTI do HUC. Foram coletados os dados dos prontuários dos pacientes e, após 30 dias, realizado contato com a família para saber o desfecho clínico. Os dados foram organizados em planilha do Microsoft Excel. A análise de dados foi realizada com o auxílio do programa computacional SPSS v.20.0. **Resultados:** Entre os pacientes internados na UTI do HUC a mortalidade foi de 30,9% e foi observado que a média dos APACHEs II dos pacientes que foram a óbito foi de 28,35, os que receberam alta foi de 18,55 e o que permanecem internados foi de 22,40. O valor de p encontrado foi significativo ($p=0,01$). Nos pacientes atendidos na UPA foi observado que a média dos APACHEs II dos pacientes que foram a óbito foi de 29,14, sendo mais alta do que aqueles que receberam alta (22,43). O valor de p encontrado não foi significativo ($p=0,121$). Dos pacientes avaliados na UPA, 4 (28,58%) não conseguiram vagas em UTI e 10 (71,42%) foram admitidos, apresentando uma mortalidade de 50%. A taxa de não admissão foi de 28,58%, semelhante aos valores encontrados na literatura (30%). **Conclusão:** O estudo demonstrou que o escore APACHE II é um bom índice para avaliar o prognóstico, já que aqueles que obtiveram alta apresentaram um escore mais baixo quando comparados com os pacientes que foram a óbito.

P 39: Úlceras por Pressão em Pacientes Oncológicos em UTI's Adultos do Estado do Paraná

Autores: Becker, D; Daniel, L.; Oliveira, J. A. O.; Santos, A.L.A.L.; Nieuwenhoff, T. A.; Heidemann, T.B. S.; Melo, M.I.A.A.; Duarte, P.D.

Instituição: UOPECCAN - Hospital do Câncer de Cascavel/PR

Introdução: Úlceras por pressão (UPP) são lesões cutâneas ulcerativas superficiais ou profundas decorrentes de isquemia tecidual local. Pacientes oncológicos e internados em unidades de terapia intensiva (UTI) são expostos de forma contínua a fatores de risco para o desenvolvimento UPP. **Objetivo:** Avaliar a incidência de UPP de pacientes oncológicos em UTI's Gerais de adulto do estado o Paraná. **Método:** Estudo epidemiológico, de coorte, prospectivo, realizado em 10 UTI's gerais de adultos em um período de 31 dias. Os dados epidemiológicos e clínicos foram coletados diariamente até a saída da UTI, bem como a presença de UPP novas ou presentes na admissão. **Resultados e Discussão:** Neste estudo foram incluídos 53 pacientes oncológicos, com a faixa etária 60 anos ou mais, 34 (64,15%) e a maioria destes pacientes 30 (56,60%) eram do sexo feminino. Sendo que 18 (33,96%) destes pacientes era tratamento clínico, 4 (7,54%) cirúrgico de urgência e 31 (58,49%) cirúrgico eletivo. A escala de Braden aplicada na admissão da UTI apresentou escores para riscos elevados em 16 (30,18%) e muito elevados em 12 (22,64%) para serem susceptíveis as UPP. Os APACHE II médio foi de 19,35. A média de permanência na UTI foi de 5,41 dias. Quanto ao desfecho 18 (34%) foram a óbito na UTI. **Conclusão:** Neste estudo observou-se que o número de UPP em pacientes oncológicos ainda é um problema que agrega sofrimento a estes pacientes. Por outro lado os pacientes admitidos eram graves e apresentavam riscos elevados e muitos elevados para desenvolvimento de UPP.

P 40: Comorbidades X Desfecho de Pacientes em UTIS de Adultos do Estado do Paraná

Autores: Becker, D; Luchesa, C.; Oliveira, J. A.O.; Junges, J. R.; Nieuwenhoff, T. A.; Siqueira, O.S.; Santana, D. M.; Duarte, P.D.

Instituição: UOPECCAN - Hospital do Câncer de Cascavel/PR

Introdução: Comorbidades é a ocorrência simultânea de dois ou mais problemas de saúde encontrados em um mesmo paciente. Essas informações são coletadas na entrevista de admissão do paciente, com o próprio paciente ou familiares. **Objetivo:** Realizar um levantamento das comorbidades encontradas em pacientes admitidos X desfecho em UTI's adulto. **Método:** Estudo epidemiológico, de coorte, prospectivo, realizado em 10 UTI's gerais de adultos em um período de 31 dias. Os dados epidemiológicos e clínicos foram coletados diariamente até o desfecho (alta ou óbito) da UTI e posteriormente analisados. **Resultados e discussões:** Os dados foram obtidos com paciente internados em UTI's, um total de 332, a maioria do sexo masculino 175 (52,1%). A faixa etária que prevalece é de 66 anos ou mais, 178 (53,6%), de 41 a 65 anos, 110 (33,1%), de 18 a 40 anos, 44 (13,2%). Avaliando-se a respeito das comorbidades, destacam-se as seguintes, obesidade (IMC \geq 30) foram registrados 57 (17,1%), DPOC 18 (5,4%), DM 81 (24,3%), ICC classe funcional III ou IV 14 (4,2%), IRC com diálise 8 (2,4%), neoplasia atual 53 (15,9%), sequela neurológica grave prévia 9 (2,7%), IRC 9 (2,7%), tabagista atual ou recente 74 (22,2%), etilista atual ou recente 31 (9,3%). Dos pacientes que apresentam algum tipo de comorbidade em destaque que passaram pela UTI, 161 (48,4%) recebeu alta hospitalar, 60 (18%) foram a óbito na UTI, 11 (3,3%) receberam alta da UTI, porém foram a óbito na ala hospitalar e 4 (1,2%) foram transferidos de hospital. Dos 332 pacientes internados, 98 (29,5%) que não apresentam comorbidades, 72 (21,6%) receberam alta hospitalar, 26 (7,8%) foram a óbito, 1 (0,3%) recebeu alta da UTI, indo a óbito na ala hospitalar. **Conclusão:** Podemos observar com os dados obtidos que pacientes que apresentam comorbidades, apresentam um percentual maior de óbito na UTI, relacionados aos pacientes que não apresentam comorbidade alguma.

P 41: Índice de Tobin e pressão inspiratória máxima como preditores para extubação

Autores: Tomadon, A, Luvison, K, Perreira, A, Schnauffer, T C, Duarte, P, Luchesa, C A

Instituição: Hospital União Oeste Paranaense de Estudo e Combate ao Câncer (UOPECCAN) – Cascavel/ PR

Objetivo: Avaliar se os valores do Índice de Tobin e da Pressão Inspiratória Máxima (PI_{máx}) são compatíveis com o sucesso ou falha no processo de extubação. **Métodos:** O estudo foi realizado na UTI de um hospital oncológico do oeste do Paraná no período de 1º a 30 de abril de 2016. Para tal, foram selecionados pacientes que permaneceram mais de 24 horas em ventilação mecânica invasiva. Foram coletados dados: Diagnóstico médico; dias de ventilação mecânica; valores de Tobin e P_{máx}; qual o método de Teste de Respiração Espontânea (TRE) utilizado; se houve sucesso ou falha na extubação e em caso de falha qual o motivo; e o desfecho desse paciente (alta ou óbito). **Resultados:** No período do estudo foram realizados os testes em 07 pacientes, dos quais 03 (42,85%) tinham o diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda, 01 (14,28%) Câncer de Reto, 01 (14,28%) Câncer de Útero, 01 (14,28%) Câncer de esôfago e 01(14,28%) Melanoma Maligno. O tempo de ventilação mecânica foi em média de 7,14 ± 3,02 dias e em todos os casos foi utilizado Tubo T como método de TRE. Houve falha em 02 (28,57%) dos casos estudados, entretanto, os mesmos apresentaram valores de Tobin e PI_{máx} considerados positivos para sucesso de extubação: 50 e 51 e -30cmH₂O e -44cmH₂O respectivamente. Nos dois casos a reintubação foi por Insuficiência Respiratória. Em relação ao desfecho, 01 (14,28%) evoluiu a óbito e 06 (85,71%) receberam alta da UTI. **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos, podemos concluir que os testes de Tobin e PI_{máx} devem sim ser realizados no processo do desmame ventilatório, pois nos permitem uma melhor avaliação da condição pulmonar; porém não devem ser utilizados como indicativos únicos e exclusivos para a tomada de decisão quanto a extubação.

P 42: Associação entre prognóstico e manutenção das metas perfusionais macro e micro-hemodinâmicas em paciente com choque séptico: Relato de Caso

Autores: Dalmedico, MM; Ploencio MA; Mendonça LG; Mota ILG.

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira – Filial do Paraná.

Introdução: o choque séptico é uma condição clínica grave, resultante da resposta ineficaz ou exacerbada do organismo frente à um agente patogênico, que resulta em falência múltipla orgânica, secundária à inflamação sistêmica e diminuição global da perfusão tissular. O tratamento do choque séptico exige conduta agressiva para assegurar a oxigenação tecidual e evitar as disfunções orgânicas por disoxia. O prognóstico do paciente está diretamente relacionado à abordagem inicial que inclui além da antibioticoterapia, medidas que assegurem a manutenção da micro e macro circulação. **Objetivo:** relatar a associação entre prognóstico e manutenção das metas perfusionais macro e micro hemodinâmicas durante a condução de um caso de um paciente com choque séptico e falência de múltiplos órgãos. **Método:** relato de caso. Por tratar-se de relato de caso, este estudo dispensa o termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** paciente admitido com cetoacidose diabética grave (DM Tipo 1 não diagnosticada - poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal de aproximadamente 10 kg em 2 semanas) e múltiplas disfunções orgânicas, Glasgow 8, insuficiência renal aguda (KDIGO III), choque séptico de foco pulmonar (hipotensão refratária, instabilidade hemodinâmica, hipoperfusão e hiperlactatemia), SDRA grave com relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$. Submetido à entubação de vias aéreas e início de suporte ventilatório com estratégia protetora, punção de acesso venoso central, reanimação volêmica agressiva com cristaloides e suporte pressórico com noradrenalina para manutenção da pressão arterial, hemodiálise emergencial para correção da acidose metabólica. Após estabilização e correção das disfunções orgânicas e distúrbios hidroeletrolíticos paciente evolui com melhora progressiva do quadro clínico e hemodinâmico. Recebeu alta da unidade de terapia intensiva, pós-crítico, apresentando poli neuropatia do doente crítico, lesão por pressão sacral (estágio II - imobilização pela SDRA), Glasgow 14, IRA em reversão com plano terapêutico de hemodiálise e insulinização ambulatorial. **Conclusões:** a manutenção rigorosa das metas perfusionais foi crucial para a prevenção de um desfecho sombrio. Apesar da gravidade do quadro e da falência múltipla orgânica previamente instalada, os objetivos terapêuticos macro e micro circulatórios como $\text{PAM} > 65 \text{ mm/Hg}$, débito urinário $> 0,5 \text{ ml/Kg/Hora}$, clearance de Lactato e correção do excesso de base são imprescindíveis no cuidado intensivo do paciente com choque séptico. **Descritores:** Cuidados Críticos; Choque Séptico; Hemodinâmica; Insuficiência de Múltiplos Órgãos; Prognóstico.

P 43: Extubação e balanço hídrico em pacientes críticos

Autores: Zaponi, R. S.; Manzoni, M.; Pelenz, M.; Moraes, M.M.; Leite, M.A.; Costa, C.R.L.M.; Osaku, E. F.; Jorge, A.C.

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/HUOP, Cascavel/ PR, Brasil

Introdução: O balanço hídrico positivo tem sido descrito como um dos possíveis fatores na falência de extubação e consequente taxa de reintubação. **Objetivo:** Verificar o balanço hídrico e a correlação com o sucesso ou falha na extubação. **Metodologia:** Estudo retrospectivo realizado na UTI de um Hospital Universitário do Paraná, no período de julho a dezembro de 2015. Os critérios de inclusão foram: pacientes internados na UTI com idade maior que 18 anos e extubados neste período. Os critérios de exclusão foram pacientes que não foram extubados, menores de 18 anos e internamento maior que 2 meses na UTI. Na análise estatística foram utilizadas média e desvio padrão, testes Wilcoxon, teste-T, Mann Whitney e de correlação de Pearson, e o nível de significância estatística adotado foram de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Foram admitidos no período 205 pacientes, sendo 109 excluídos. 96 pacientes foram extubados sendo que 84 tiveram sucesso na extubação e 12 falharam. No grupo sucesso (GS) 57% eram do sexo masculino, com idade 49 ± 17 , ECG na alta 14 ± 1 , RASS $-0,1 \pm 0$, MIF 58 ± 28 , tempo de internamento na UTI (dias) de 8 ± 6 e hospitalar de 22 ± 19 , tempo de VM total (horas) de 95 ± 105 e tempo de sedação (horas) de 35 ± 55 . O balanço hídrico neste grupo foi de 293 ± 1517 e lactato de $1,54 \pm 1$. Já no grupo falha (GF) 75% eram do sexo masculino, com idade média de 51 ± 19 , ECG na alta de 11 ± 2 , RASS $-0,2 \pm 0$, MIF 43 ± 28 , tempo de internamento na UTI de 27 ± 15 e hospitalar de 42 ± 22 , tempo de VM total 400 ± 250 e tempo de sedação 215 ± 240 . O balanço hídrico neste grupo foi de -64 ± 1034 e lactato $1,36 \pm 1$. Evoluíram para TQT 4% no GS e 75% no GF. As variáveis que apresentaram valores significativos foram: tempo de internação hospitalar e UTI, tempo de ventilação total e sedação ($p < 0,001$). O tempo de ventilação mecânica e lactato do grupo sucesso apresentaram fraca correlação entre si e nenhuma correlação no GF. **Conclusão:** Neste estudo o balanço hídrico e lactato não apresentaram correlação com a extubação no grupo sucesso e falha.

P 44: Avaliação da capacidade funcional em sobreviventes da doença crítica que necessitaram de ventilação mecânica prolongada

Autores: Zaponi, R. S.; Abentroth, L.R.L.; Neitzke, N. M.; Moraes, M. M., Jorge, A.C.; Ogasawara, S.M.; Costa, C.R.L.M.; Osaku, E. F.

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/HUOP, Cascavel/ PR, Brasil

Introdução: Pacientes internados em UTI que necessitam de ventilação mecânica (VM) prolongada normalmente apresentam diminuição da funcionalidade após alta. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional após 3 meses da alta UTI em pacientes que tiveram desmame prolongado. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo realizado no ambulatório de um Hospital Universitário do Paraná, no período de julho a dezembro de 2015. Pacientes foram divididos em 2 grupos, ambos submetidos ao teste de caminhada de seis minutos (TC6min): G1 (desmame prolongado) > 72hrs e G2 < 72hrs. Antes e após o TC6min foram avaliados os sinais vitais (FC, FC, SpO₂, Borg D). A medida de independência funcional (MIF) também foi avaliada na UTI e no ambulatório. Na análise estatística foram utilizados os testes de Mann Whitney, teste t pareado e correlação de Pearson, e o nível de significância estatística adotada foi de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Foram admitidos 205 pacientes, destes 13 foram incluídos no grupo desmame prolongado (G1), e 14 no G2. Em ambos os grupos houve prevalência do sexo masculino. A idade foi de 40 ± 13 no G2 e 42 ± 19 no G1. O tempo de sedação e de VM (horas) no grupo G2 foi de 5 ± 8 e 21 ± 19 , e no G1 foi de 77 ± 68 e 215 ± 132 , respectivamente. No G2 o ECG foi 15, RASS 0 e MIF UTI $64 \pm 20,91$. No G1 o ECG foi $13 \pm 1,93$, RASS $-0,3 \pm 0,96$ e MIF 41 ± 25 . No ambulatório o ECG e RASS em ambos os grupos foi de 15 e 0 respectivamente. O valor do MIF ambulatório do G2 foi de 121 ± 14 e a distância percorrida no TC6min foi de 311 ± 179 . Já no G1 o MIF ambulatório foi de 125 ± 8 e a distância percorrida no TC6min de 331 ± 191 . As variáveis que apresentaram significância estatística foram tempo de internamento hospitalar ($p < 0,03$) e UTI ($p < 0,004$), de ventilação ($p < 0,001$) de sedação ($p < 0,001$) e MIF UTI ($p < 0,093$) em ambos os grupos. Quando comparados os valores do G2 na UTI e após a alta, houve diferença estatística nas variáveis do TC6min, Borg D ($p 0,04$), FC ($p 0,0001$), FR ($p 0,005$), SpO₂ ($p 0,06$) e o MIF ($p 0,0005$). Já no G1 também no TC6min houve diferença estatística na FC ($p 0,001$), FR ($p 0,02$), SpO₂ ($p 0,02$) e MIF ($p 0,0025$). **Conclusão:** Mesmo não havendo diferenças na distância percorrida do TC6 dos grupos, os pacientes apresentam melhora na capacidade funcional após 3 meses da alta da UTI.

P 45: Encefalopatia posterior reversível como complicação de cetoacidose diabética

Autores: Neves, C; Neves, AEB; Desan, LF; Balbi, GGM; Koliski, A; Rodrigues, M; Carreiro, JE

Instituição: Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná

Introdução: A encefalopatia posterior reversível (PRES) é uma desordem neurológica decorrente de edema vasogênico subcortical potencialmente reversível mediante tratamento da doença de base. Manifesta-se por cefaléia, confusão mental, convulsões e alterações visuais. Descrevemos um caso de PRES após episódio de cetoacidose diabética (CAD). **Relato De Caso:** Menina, 7 anos, diagnóstico prévio de Leucemia Linfóide Aguda (LLA) com término do tratamento há 4 anos, admitida na UTI pediátrica (UTIP) por CAD. Apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada durante transporte ao hospital, na admissão Glasgow 13, PA 122x64mmHg; pH 6,86, pCO₂ 12mmHg, pO₂ 195mmHg, bic⁻ 3mmol/L, BE não aferido, glicemia 385mg/dL, sódio 142mEq/L, potássio 6mEq/L, magnésio 1,7mg/dl, uréia 36mg/dl, creatinina 1,1mg/dl. Hemograma infeccioso e PCR positiva. Submetida a intubação orotraqueal e tratamento da CAD conforme rotina da UTIP. Evoluiu com choque séptico, insuficiência renal e dificuldade de correção da CAD sendo necessário 3 dias de infusão contínua de insulina regular. Eletroencefalograma (EEG) demonstrou ausência de crises gráficas ou clínicas, presença de atividade irritativa tipo ponta em região frontal esquerda. Virologia positiva para Parainfluenza tipo 1 e secreção traqueal para *Staphylococcus aureus*. Recebeu alta para enfermaria. Após 12 dias de internamento evoluiu com picos hipertensivos, vômitos e crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Magnésio 1,1mg/dl. Tomografia de crânio (TC) com áreas hipodensas posteriores bilaterais em substância branca compatíveis com PRES. EEG estado de mal não convulsivo. Reinterna na UTIP, iniciado fenitoína endovenoso e tratamento suportivo com boa evolução. Recebeu alta em bom estado geral, sem crises convulsivas, orientada, sem alterações visuais, com discreta ataxia. **Conclusão:** A PRES é uma complicação rara da CAD. É causada por uma autorregulação insuficiente da pressão cerebral associada a alteração da permeabilidade da barreira hematoencefálica secundária a hiperperfusão cerebral. A perda de função dos mecanismos de autorregulação é associado a lesão endotelial ocasionada pela hipertensão arterial, causando circulação excessiva de citocinas pró-inflamatórias. Distúrbios eletrolíticos podem precipitar o surgimento dessa encefalopatia. O magnésio é importante na fisiopatogenia da doença pois pode alterar o tônus dos vasos, desregular a pressão arterial e reduzir a permeabilidade da barreira hematoencefálica. A região parieto-occipital é mais frequentemente acometida por apresentar menor inervação simpática, sendo a autoregulação menos efetiva nessa região, tornando-a mais sensível à hiperperfusão.

P 46: Título do trabalho: Efeitos da fisioterapia aquática na dor e saturação de oxigênio em pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal

Autores: NOVAKOSKI, K.R.M.; MARQUES, M.A.; NASCIMENTO, T.C.; ANDREAZZA, M.G.; VALDERRAMAS, S. R.; ISRAEL, V.L.

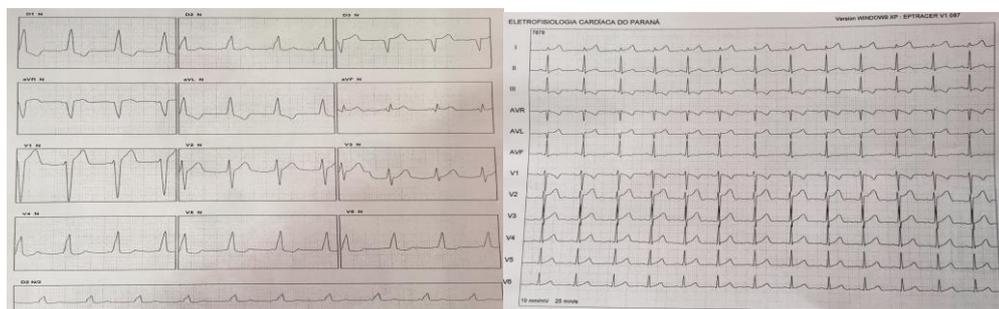
Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR)

Introdução: A Fisioterapia aquática, em recém-nascidos pré-termo (RNPT), simula o ambiente intrauterino. Os benefícios da imersão precoce como meio de estimulação motora no recém-nascido podem ser positivos na redução da dor, contribuindo diretamente na estabilização clínica do RNPT. **Objetivos:** Avaliar os efeitos agudos da intervenção fisioterapêutica aquática sobre a saturação de oxigênio (SatO₂) e dor em prematuros com idade gestacional corrigida entre 30 e 37 semanas. **Métodos:** Esta pesquisa tem delineamento de ensaio clínico quase experimental, onde o paciente era o próprio controle. Foi realizada no período de abril a junho de 2016, em hospital público universitário. Aprovada no comitê de ética em pesquisa, com parecer de nº 50113315.2.0000.0096. Os critérios de inclusão foram: pacientes RNPT, com idade gestacional corrigida de 30 a 37 semanas, clinicamente estáveis, sem má formações, que tiveram a participação consentida por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão: pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva (VMI), ventilação mecânica não invasiva (VNI), clinicamente instáveis, com cirurgias recentes, que possuíam acessos venosos centrais e/ ou periféricos em locais que impedissem a imersão na água e os pais ou responsáveis não assinarem o TCLE. A amostra constituiu-se de 22 RNPT, que foram envolvidos em tecido macio (cueiro) e colocados gentilmente na água cuja temperatura variava entre 36 a 37,5°. A imersão se deu a nível dos ombros do RNPT e o cueiro foi cuidadosamente retirado durante a imersão. Foram realizados movimentos latero-laterais, ântero-posteriores e rotacionais respeitando os limites do RNPT. A intervenção durou 10 minutos. Foi verificada a SatO₂ através da oximetria de pulso e, para avaliar a dor foi utilizada a escala *Neonatal Facial Coding System* (NFCS). Estas avaliações foram realizadas antes (T1) e imediatamente após (T2) a intervenção. **Resultados:** Os pacientes apresentaram média de IG de 35,5 semanas (34 – 37). E média de peso de 1858,6 gramas ($\pm 165,4$). A SatO₂ no momento T1 teve média de 94,5 ($\pm 2,85$) e no momento T2 a média foi de 97,3 ($\pm 1,72$) p=0,0004. Antes do procedimento pontuaram dor 19 (86,4%) pacientes e após 22 (100%) não pontuaram dor. **Conclusões:** A fisioterapia aquática realizada em RNPT internado em UTI Neonatal e que possuem idade gestacional corrigida entre 30 e 37 semanas é benéfica quanto a redução da dor e melhora da SatO₂.

P 47: Síndrome de Wolff- Parkinson-White e Relato do Uso do Protocolo de Hipotermia

Autores: Zitta, ALL.; Biatto, JFP.; Santos, BCM.; Ramoniga, LT.; Bressiani, H.

Introdução: Em 1930, os médicos Wolff, Parkinson e White descreveram um intervalo P-R curto, alargamento do QRS devido à onda delta, com propensão à taquicardia supraventricular em pacientes jovens. A síndrome de Wolff- Parkinson-White (WPW) é a forma mais comum de pré-excitação ventricular, que ocorre por uma ativação precoce do ventrículo por via anômala. A incidência de morte súbita cardíaca em doentes com síndrome WPW varia de 0.15% a 0.39% ao longo de 3 e 10 anos³. A morte súbita revertida tem como consequência inúmeras lesões neurológicas anóxicas e alta mortalidade. **Objetivo:** O objetivo desse relato é apresentar o caso de um jovem que teve morte súbita revertida e passou pelo protocolo de hipotermia. **Metodologia – Caso clínico:** Paciente, masculino, 20 anos, procedente de Maringá. Durante jogo de futebol sentiu dor torácica em fisgada, com melhora após interrupção do esforço. Logo depois, sentiu mal estar e evoluiu para perda súbita da consciência. Familiar leigo, realizou massagem cardíaca por 6 minutos, sem sucesso. Levado ao pronto socorro com parada cardiorrespiratória (PCR), por fibrilação ventricular. Após 15 minutos, sendo realizados dois ciclos de ressuscitação e desfibrilação elétrica, foi reanimado e transferido para o Hospital Santa Rita, referência cardiológica, onde chegou com sinais de descerebração. Após internação na Unidade de Terapia Intensiva foi instituído o protocolo de hipotermia por 24 horas. Recebeu alta depois de 11 dias, sem sequelas neurológicas e em uso de amiodarona 200mg por dia e encaminhado para estudo eletrofisiológico. O estudo demonstrou duas vias anômalas de condução anterógrada e retrograda, em região pósteroseptal e lateral do anel tricúspide. Após realização da ablação por radiofrequência, paciente foi considerado curado, assintomático, sem alterações cardiológicas e neurológicas e sem uso de medicamentos.



Resultados – Discussão: A literatura médica mostra, que a terapia de hipotermia aplicada no paciente após PCR apresenta bons resultados, tanto em relação a alta hospitalar precoce, como menos dias de ventilação mecânica e menores sequelas neurológicas⁵. Tal evidência é confirmada no caso disposto acima, o paciente jovem com uma disfunção elétrica fisiológica cardíaca saiu do serviço de referência cardíaca sem nenhuma sequela, após a instituição da hipotermia em ambiente intensivo, justificando sua utilização ampla em demais pacientes com morte súbita

revertida. **Conclusão:** A SWPW está diretamente relacionada aos cuidados da terapia intensiva, principalmente quando leva o paciente a uma PCR, sendo possível em ambiente de tratamentos intensivos fornecer medidas como a hipotermia para diminuir complicações de morte súbita revertida.

P 48: Comparação Entre os Dados do CTI do Hospital Santa Rita Com os Dados do Qualiss da ANS

Autores: ZITTA, ALL; Cavagliar, CR; Biatto, JFP; Araújo, JP; Souza, M.A

O presente estudo, tem como objetivo comparar indicadores de qualidade do serviço do Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital Santa Rita (HSR) com dados nacionais e internacionais. Os dados foram colhidos no HSR de Maringá-PR, através de prontuários médicos de pacientes internados e procedimentos realizados no CTI entre o período de janeiro de 2015 a abril de 2016. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulta está intimamente associada a aquisição da afecção primária da corrente sanguínea. Segundo a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), em 2011, a taxa de utilização de CVC na UTI de 37 hospitais foi de 56,6%. Já nos EUA, entre o período de 2006 a 2008, essa taxa foi de 59%. Observa-se portanto, que no HSR essa taxa foi de 55,03%, mantendo-se abaixo das referências tanto nacionais quanto internacionais. Segundo o Qualiss da ANS a taxa de ocupação operacional da UTI deve permanecer entre 80 e 85%. De acordo com esse programa, quanto maior a taxa de ocupação em hospitais que possuem porta de entrada de emergência, mais os pacientes serão referenciados a hospitais com menor nível de complexidade, e, portanto, maior será a mortalidade. Entretanto, no HSR, foi encontrado a taxa de ocupação de 93,58%, o que segundo KAHN et al. (2009), em UTIs capazes de expandir suas operações, isso não implicaria em queda na qualidade de assistência. A média de permanência avalia o tempo que um paciente permanece internado na UTI. De acordo com o Segundo Consenso Brasileiro de UTIs da AMIB, no país o tempo médio é de 3 a 4 dias (SILVA, 2007). No HSR, esse tempo é de 3,88 dias, pois as características do paciente e a complexidade do serviço são determinantes no período de permanência na terapia intensiva. Além dos dados já abordados, a UTI do Hospital Santa Rita apresenta outros indicadores, como por exemplo uma Taxa de Mortalidade de aproximadamente 16,62%; Incidência de Úlcera por Pressão de 0,84%, Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica de 27,72%; Taxa de Perdas de Cateteres: CVC 0,26% e Sonda Nasoenteral 5,32%; Taxa de Incidência de Extubação Acidental 0,42% e percentual de Reinternação em 24h na terapia intensiva de 0,10%. Portanto, conclui-se que a UTI do Hospital Santa Rita apresenta indicadores compatíveis com índices nacionais e internacionais de avaliação da qualidade em terapia intensiva.

P 49: Canabidióide e epilepsia – Relato de caso

Autores: GIFFHORN M.C.A.S., GIFFHORN H.

Instituição: Unidade de Terapia Intensiva Hospital Pilar

Introdução: A utilização de derivados de marijuana (canabidiol) para o controle de crises convulsivas (CC) foi liberada pela ANVISA em 2015. Há reconhecido efeito antiepilético e não possui efeito psicoativo. A indicação de canabidiol (CBD) em CC aplica-se em casos de difícil controle com a terapia usual. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi o de apresentar um caso em que utilizou-se o canabidiol para CC em paciente que apresentou estado de mal convulsivo prolongado. **Material/método:** K.C.J., 16 anos, fem., admitida na UTI por apresentar quadro de CC focal há 15 dias; caracterizado como estado de mal convulsivo, procedeu-se à indução de coma barbitúrico. HMP: paralisia cerebral. Medicações em uso: clobazam, depakote, inn-lacosamide e primidona. Apresentou difícil desmame da VM e a partir do 12º dia iniciou com episódios de CC de difícil controle. Não havia sinais de infecção, déficit de eletrólitos ou interrupção da medicação para CC. Foi indicada a administração de canabidiol para controle das CC. **Resultados:** Após a administração de canabidiol, houveram ainda CC, mas elas foram em menor número, apesar da piora do quadro clínico (nova sepse pulmonar e infecção urinária). A dose utilizada foi de 5 ml/dia. Para controle de uso, dosagem sérica dos outros anticonvulsivantes, EEG, US abdome e bioquímica fizeram-se necessárias. A paciente evoluiu com nova sepse pulmonar (ARA associada) e foi a óbito. **Conclusão:** O canabidiol conseguiu diminuir as CC, mas não o seu total controle. Medicamentos anticonvulsivantes foram mantidas ao tratamento. A evolução fatal não foi relacionada ao uso do canabidiol. Controle rigoroso da medicação se faz necessário em sua utilização.

P 50: Dexmedetomidina em pacientes não entubados na UTI – Buscando evidências

Autores: GIFFHORN, H.; CHROMIEC, A. C.; CAPRILHONE, F.W.

Instituição: Unidade de Terapia Intensiva Hospital Pilar

Introdução: A dexmedetomidina (DMT) apresenta propriedades únicas de sedação de fácil despertar e analgesia sem depressão respiratória. Suas principais indicações são para procedimentos auxiliares ou rápidos de sedação/analgesia (fibrobroncoscopia, intubação) ou para uso em menos de 24h (neurocirurgias, cirurgia cardíaca). Em UTI, utiliza-se para fins de sedação. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi o de analisar o uso da DMT em UTI em pacientes não entubados para sedação em pacientes com agitação psicomotora. **Métodos:** 29 pacientes adultos (acima de 18 anos) foram admitidos na UTI e utilizaram DMT: 17 masculinos (58,62%) e 12 femininos (41,37%). Idade acima de 65 anos em 22 casos (75,86%). Problemas cardiovasculares corresponderam à maioria – 17 (8,62%). O SOFA médio de admissão foi de 7.63. **Resultados:** A principal indicação para uso da DMT foi a agitação psico-motora (27 casos – 95,1%). Em 11, o CAM avaliado foi positivo (37,93%). O nível de sedação (Richmond-Rass) desejado foi de zero a – 1 em 17 (58,62%). No período avaliado, não se observou efeitos colaterais do uso da medicação. Em 03, a DMT foi utilizada com o paciente em ventilação mecânica em processo de desmame. Em 03 casos (10,34%), houve associação com outros sedativos. **Conclusões:** A DMT, nesta avaliação, foi efetiva na sedação. Não foram observados efeitos adversos que indicassem a suspensão da medicação, mesmo em pacientes mais idosos. O CAM positivo alertou para o alto índice de paciente de risco de delírio em UTI.

P 51: Dexmedetomidina em pacientes não entubados na UTI – Buscando evidências

Autores: GIFFHORN, H.; CHROMIEC, A. C.; CAPRILHONE, F.W.

Instituição: Unidade de Terapia Intensiva Hospital Pilar

Introdução: A dexmedetomidina (DMT) apresenta propriedades únicas de sedação de fácil despertar e analgesia sem depressão respiratória. Suas principais indicações são para procedimentos auxiliares ou rápidos de sedação/analgesia (fibrobroncoscopia, intubação) ou para uso em menos de 24h (neurocirurgias, cirurgia cardíaca). Em UTI, utiliza-se para fins de sedação. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi o de analisar o uso da DMT em UTI em pacientes não entubados para sedação em pacientes com agitação psicomotora. **Métodos:** 29 pacientes adultos (acima de 18 anos) foram admitidos na UTI e utilizaram DMT: 17 masculinos (58,62%) e 12 femininos (41,37%). Idade acima de 65 anos em 22 casos (75,86%). Problemas cardiovasculares corresponderam à maioria – 17 (8,62%). O SOFA médio de admissão foi de 7.63. **Resultados:** A principal indicação para uso da DMT foi a agitação psico-motora (27 casos – 95,1%). Em 11, o CAM avaliado foi positivo (37,93%). O nível de sedação (Richmond-Rass) desejado foi de zero a – 1 em 17 (58,62%). No período avaliado, não se observou efeitos colaterais do uso da medicação. Em 03, a DMT foi utilizada com o paciente em ventilação mecânica em processo de desmame. Em 03 casos (10,34%), houve associação com outros sedativos. **Conclusões:** A DMT, nesta avaliação, foi efetiva na sedação. Não foram observados efeitos adversos que indicassem a suspensão da medicação, mesmo em pacientes mais idosos. O CAM positivo alertou para o alto índice de paciente de risco de delírio em UTI.

P 52: Tromboembolismo Venoso: Uma das Principais Causas de Internação em UTI, como evitar?

Autores: FILHO, A. S. V., BIATTO, J. F. P., TOMIYOSHI, M .M., KARPINSKI, C., CÁCERES, N. A., PRADO, B. S., LOPES, T. N.

Instituição: UniCesumar – Centro Universitário de Maringá

Introdução: O Tromboembolismo Venoso (TEV) compreende a Trombose Venosa Profunda (TVP) e o Tromboembolismo Pulmonar (TEP), correspondendo a principal causa evitável de óbito intra-hospitalar, principalmente no pós-operatório. A profilaxia é o principal método para se reduzir a morbimortalidade e custos hospitalares quando comparado ao tratamento das complicações. **Objetivos:** Avaliar a utilização de trombopprofilaxia medicamentosa em um hospital terciário/quaternário em Maringá – PR, analisando a adequação em pacientes clínicos e cirúrgicos. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal realizado no dia 30/06/2016 em 3 setores de enfermagem do SUS. Foi realizada a avaliação do risco para TEV segundo o protocolo institucional para pacientes clínicos/cirúrgicos, baseado na 8ª Diretriz para Profilaxia do TEV do *American College of Chest Physicians*. Posteriormente os resultados do protocolo foram comparados à prescrição do dia avaliado através da análise dos prontuários. Foram incluídos no estudo apenas pacientes maiores de 18 anos. **Resultados:** Foram avaliados 55 pacientes, sendo 1 excluído por ser menor de 18 anos. Dentre os 54 pacientes elegíveis, 31 correspondiam a pacientes clínicos e 23 a pacientes cirúrgicos. Em 35% dos pacientes a trombopprofilaxia estava inadequada e, destes, 63% estavam sem medicamentos prescritos. Dentre os pacientes cirúrgicos com trombopprofilaxia inadequada (35%; n=8), 37,5% dos pacientes (n=3), estavam com subdose ou com sobredose, o restante desses pacientes (62,5%; n=5) estavam sem medicamentos profiláticos. Dentre os pacientes clínicos, 35,5% (n=11) estavam com trombopprofilaxia inadequada. Em 36,3% (n=4) destes, metade estava com sobredose e metade com subdose, o restante dos pacientes (63,7%; n=7) estavam sem medicamentos profiláticos. **Conclusão:** Apesar do número pequeno de pacientes neste trabalho, a porcentagem de trombopprofilaxia inadequada para pacientes clínicos corrobora com resultados evidenciados em outros estudos. Entretanto, os dados encontrados para os pacientes cirúrgicos diferem dos encontrados na literatura, a qual apresentava índices maiores de condutas inadequadas. Com base nisso, sabe-se que se tornam necessárias ações de educação e treinamento profissional para uso correto da trombopprofilaxia e diminuição dos casos de TEV.

P 53: Incidência de distúrbios psicológicos em uma UTI Oncológica

Autores: MELO, M.I.A.A; OLIVEIRA, J.V.C.; SOUZA, W.; BERINATO, C; SCOTTINI, M.A; OLIVEIRA, J.L.C; TOMADON, A; DUARTE, P.A.D.

Instituição: União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (UOPECCAN) – Cascavel/ PR.

Introdução: Este estudo trata-se de levantamentos dos atendimentos psicológicos em prontuário referente aos meses de janeiro a maio de 2015, com o propósito de avaliar os distúrbios psicológicos apresentados pelos pacientes oncológicos em uma Unidade de terapia intensiva (UTI). É sabido que as UTIs são lugares de intensidade emocional e devido ao ambiente adverso, podem provocar distúrbios psicológicos importantes. Este levantamento de dados apresenta uma estimada estatística da população atendida com a finalidade de levantar a necessidade de aprimoramento das intervenções. **Objetivo:** Avaliar a incidência dos distúrbios psicológicos em uma UTI oncológica. **Método:** Estudo retrospectivo, de caráter quantitativo. Foram avaliados 90 prontuários de pacientes oncológicos atendidos na UTI da instituição supracitada. Levantamento de dados em prontuário correspondente aos meses de janeiro a maio de 2015. Este estudo teve por base a utilização da escala de Beck, adaptada à realidade da unidade avaliada. **Resultado:** Observou-se que 55,5% da amostra eram do sexo masculino e 45,5% do feminino, com média de idade de 56,24 anos; ainda, 83,3% tinham tumores sólidos e 17,7% neoplasias hematológicas. Com base na escala de Beck, 42,2% apresentaram ansiedade; 22,2% depressão; 33,3% alteração de afetividade e 37,7% alteração de memória. Notou-se independência e interposição dos distúrbios. Os pacientes deste estudo compreendem uma população grave, a maioria com outras comorbidades, sucedidos de longos períodos de internação, submetidos a tratamentos cirúrgicos e quimioterápicos. Dos tumores sólidos, a maioria sofreu intervenção cirúrgica. **Conclusão:** A avaliação psicológica acerca do adoecimento nesta população referente às questões emocionais evidenciou, sobretudo nos pacientes com neoplasias hematológicas, a presença de risco para a depressão, ansiedade e angústia; devido, principalmente, ao longo tempo de internação vivenciados pelos pacientes, e também a incerteza das intervenções terapêuticas diante deste tipo de câncer.

P 54: Inserção da residência multiprofissional em uma unidade de terapia intensiva: reflexão dos enfermeiros residentes junto a uma equipe multiprofissional diante de paciente em cuidados paliativos

Autores: Cardoso, C.t.; DA ROCHA, J.H.L.; DA SILVA, M.T.; RIBAS, J.N.

Instituição: Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná

As residências multiprofissionais em saúde foram instituídas através da regulamentação da lei 11.129 de 30 de junho de 2005. Este é um curso de pós-graduação lato sensu voltada para a prática em serviço. Dentre tantas, inclui-se a prática dos Cuidados paliativos (CP) como a assistência para pacientes cujas doenças não respondem mais a tratamentos curativos e tem como objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos, bem como de seus familiares, por meio do alívio da dor e de problemas biopsicossociais e espirituais. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada dos enfermeiros residentes em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto com pacientes em CP em um hospital público de Curitiba/Paraná. Este programa de residência constitui de uma equipe multiprofissional composta por: Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas e Bioquímicos, fundada em 2009. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência a partir da vivência dos enfermeiros residentes e a integração com a equipe multiprofissional do setor perante o paciente em CP. Com a experiência vivida dentro da UTI, a percepção das enfermeiras residentes foi sobre a importância da equipe multiprofissional para pacientes que se encontram nesse momento tão delicado de suas vidas. Para que se promova o CP é necessário que haja interação entre todos os profissionais envolvidos em seu tratamento – equipe multiprofissional. A experiência de imersão completa no ambiente de trabalho, proporcionada pela residência, é definida pelas enfermeiras como essencial para que se compreenda e se aprenda a atuar com as diferentes profissões, de maneira a articular e integrar as diferentes áreas de conhecimento. A partir das percepções, podemos considerar que o enfermeiro, por se tratar do líder da equipe de enfermagem, nesse contexto, tem papel fundamental, para atuar em conjunto nas discussões de cada caso, repassando, orientando e acompanhando o plano terapêutico, conduzindo o cuidado de maneira adequada. Além do já citado, a residência, por sua elevada carga horária, possibilita o desenvolvimento de habilidades em resolução de conflitos, liderança de equipe, condução do plano de cuidados e interação com toda a equipe de saúde. De acordo com a nossa experiência, observamos que, dentro dos CP, sendo uma área que gera angústia e desconforto entre os profissionais, o enfermeiro deve ser o mediador da equipe, estar bem informado do caso e ter conhecimento para esclarecer as dúvidas e reduzir os anseios da equipe, mantendo a qualidade do cuidado a ser prestado.

P 55: Síndrome de Guillain-Barré associada ao Zika Virus: Relato de Caso

Autores: Baron, K. D.; Santos, R. P.; Biatto, J. F. P.

Instituição: Hospital Santa Rita - Maringá

Introdução: A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia inflamatória aguda e auto-imune que se manifesta como uma paralisia motora arreflexica, habitualmente ascendente. Aproximadamente 60% a 70% dos pacientes com SGB possuem alguma doença infecciosa aguda em torno de 1 a 3 semanas antes², evidenciando que o quadro resulta de respostas imunológicas a antígenos alheios que agredem erroneamente o tecido nervoso do hospedeiro por meio de mimetismo molecular. O vírus Zika, recentemente disseminado no Brasil, tem sido relacionado ao aumento dos casos de SGB. Diante deste cenário, há a necessidade do estudo de suas características e potencialidades, bem como os efeitos que ainda podem causar ao país. **Objetivo:** O objetivo desse relato é apresentar o caso de um jovem que teve infecção por Zika evoluindo para SGB. **Metodologia- Caso Clínico:** G.M.G, sexo masculino, 23 anos, procedente de Maringá. Encaminhado ao HSR com queixa de dor cervical e em membros superiores, evoluindo com parestesia em membros superiores e membros inferiores, além de parestesia perioral e face. Apresentava hiporreflexia generalizada, sem comorbidades prévias. Foi realizada punção lombar que apresentou leucócitos 2 mm³ e proteína de 62,5 mg/dl com confirmação de polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda pela eletroneuromiografia. Iniciou-se terapêutica com Imunoglobulina necessitando também de traqueostomia e gastrostomia. Evoluiu com tetraplegia e arreflexia generalizada. Gradativamente apresentou melhora da força motora com desmame da ventilação mecânica, recebendo alta do CTI no 32º dia de internação e alta hospitalar no dia seguinte. **Discussão:** Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, houve 1498 casos de Zika notificados entre dezembro/2015 e abril/2016, sendo destes, 190 confirmados. Em Maringá, confirmou-se 12 casos⁴. Isso denota a importância do conhecimento pelos profissionais da saúde acerca do cenário atual, haja vista o aumento desenfreado da disseminação do Zika vírus no cenário brasileiro e sua relação com a SBG. Dados da literatura médica evidenciam incidência anual de 1 a 4 em cada 100.000 habitantes e tem como faixa etária de maior incidência de 20 a 40 anos⁵. Homens são mais acometidos que mulheres, com uma taxa de 1,25 homens para 1 mulher e a necessidade de ventilação mecânica é de 15 a 30%, por isso a importância do diagnóstico precoce para o melhor prognóstico do paciente⁶. Tais evidências são confirmadas no caso disposto acima, visto que o paciente se encaixa nos dados da literatura e na epidemiologia local.

P 56: Título: Atuação fisioterapêutica no paciente portador de Lúpus Eritematoso Sistêmico exacerbado

Autores: SILVEIRA, B.R.P., GRIGÓRIO, J.M., NUNES, M.P.S., SANTOS, F.P., NASCIMENTO, P.B., OLIVEIRA, J. J.J.

Instituição: Complexo Hospital de Clinicas da UFPR

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) trata-se de uma doença inflamatória crônica do tecido conjuntivo que acomete diversos órgãos e sistemas, de causa multifatorial, sendo a união de um componente genético e outro fator predisponente. O relato do caso se refere à paciente E.A., feminino, 32 anos, procedente de Almirante Tamandaré. Foi admitida na UTI do CHC/UFPR em Janeiro/2016, sete anos após receber o diagnóstico de Lúpus. Dos sinais e sintomas estabelecidos pela literatura, a paciente apresentava comprometimentos renal e hematológico, fadiga, hipertermia, mialgias, deficiência de vitamina D e comprometimento cutâneo (Lesão em Asa de Borboleta). Internou naquele momento com o diagnóstico de Nefrite Lúpica tipo II, referindo “dor nas pernas, nos braços, febre e diminuição da quantidade de urina” (SIC). A paciente apresentou piora progressiva do quadro clínico, foi submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI), e posteriormente traqueostomizada, o que facilitou o desmame da mesma. Diante disto e do longo período de internação, a paciente evoluiu com fraqueza muscular significativa de acordo com o Escore do Medical Research Council (MRC) totalizando 42 pontos, sendo necessária a intervenção da fisioterapia motora e respiratória. **Objetivos:** Manter clearance mucociliar com manobras de higiene brônquica, otimizar relação ventilação/perfusão com o posicionamento otimizado no leito, promover desmame da VMI com redução gradual do suporte ventilatório e restaurar força muscular por meio da cinesioterapia. **Métodos:** Além da rotina estabelecida pelo serviço o qual utilizava a mobilização precoce ao paciente, foi empregado o dispositivo cicloergômetro tanto em membros superiores quanto em membros inferiores, com o objetivo de favorecer parâmetros imunológicos (células T CD4+ e T CD8+) e fisiológicos (complexo imune – conteúdo IgG - $\mu\text{g.mL}^{-1}$) mediante a prática de exercício aeróbio. **Resultado:** Houve melhora do quadro clínico, ganho de força muscular (MRC 52 pontos), e após 65 dias de internamento na UTI, a paciente foi decanulada, recebeu alta hospitalar ventilando espontaneamente e deambulando com uso de dispositivo auxiliar.

P 57: Relato de caso: cuidado paliativo em uma UTI Oncológica – visão bioética

Autores: MELO, M.I.A.A¹; SOUZA Jr, C. T.²; OLIVEIRA, J.V.C.³; SOUZA, W.⁴; BERINATO, C.³; SCOTTINI, M.A.²; OLIVEIRA, J.L.C.⁵; DUARTE, P.A.D.^{3*};

1: Psicóloga; 2: Acadêmico de Medicina; 3: Médico; 4: Filósofo; 5: Enfermeiro- Ms.

Instituição: União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (UOPECCAN) – Cascavel - PR.

Introdução: É importante efetivar as medidas de cuidado paliativo precoce diante de doenças letais, mesmo no internamento em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O cuidado paliativo oferece assistência não mais curativa, voltada a aliviar o sofrimento. As medidas de suporte somente são efetivas quando definidas junto ao paciente, família e equipe. Deve haver avaliação psicológica acerca do adoecimento, no que se refere às questões emocionais. Essa avaliação se faz, sobremaneira, fundamental para pacientes com neoplasias hematológicas – doenças com longos períodos de internação, associado a incertezas acerca do tratamento quimioterápico. Observa-se, nesses pacientes, maior risco de depressão, ansiedade e angústia.

Objetivo: Descrever um caso em que se optou por tratamento paliativo, respeitando o desejo do paciente e da família. **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de caso, com coleta de dados realizada no final do mês de maio de 2015, através de fonte documental (prontuário físico e eletrônico). **Resultado:** Paciente A.R.L, masculino, 22 anos, com diagnóstico em 2011 de Leucemia Linfóide Aguda (LLA) de alto risco em decorrência da idade. Paciente teve acesso a todo tratamento multiprofissional preconizado pela oncologia. Realizou tratamento quimioterápico e entrou em fase de manutenção em 2012. Durante o tratamento chegou a concluir a graduação e iniciou pós-graduação. Apesar das adversidades do tratamento, somado a ambiente familiar conturbado, paciente apresentou autonomia e tomada de decisão durante a terapia. Embora este paciente tenha apresentado mecanismos psíquicos de racionalização e intelectualização, também evidenciou ansiedade e angústia nos períodos de internação. Em 2016, houve recidiva da doença, passando por diversas internações com períodos prolongados. Recebeu suporte psicológico adequado. Em abril de 2016, foi internado na UTI consciente de sua gravidade e com capacidade de decisão. Optado por tratamento paliativo. Estabeleceu-se com a equipe e família a mantê-lo sem dispositivos invasivos até quando possível. A equipe da UTI conseguiu respeitar o desejo do paciente por um período aproximado de 15 dias, mas houve piora do quadro, com necessidade de sedação e intubação orotraqueal. Mesmo nessa conjuntura, manteve-se a família junto ao paciente no período diurno. Paciente foi a óbito em 01/05/16 na UTI com todas as medidas de conforto, junto da família, conforme decisão tomada previamente. **Conclusão:** O cuidado paliativo integrado e multiprofissional em uma UTI é factível. Neste caso, através dele, foi possível aliviar o sofrimento do paciente e priorizar o acolhimento familiar.

P 58: Intervenção fisioterapêutica em um indivíduo Síndrome de Down com Tromboembolismo Pulmonar (TEP) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Autores: Pinotti F, Nascimento PB, Jarschel JJ de O, Silveira BR, Grigório JM, Nunes MP.

Introdução: O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é definido por Alvares, Padua e Filho (2003) como uma obstrução aguda das circulação arterial pulmonar pela instalação de coágulos sanguíneos, geralmente, oriundos da circulação venosa sistêmica com redução ou cessação do fluxo sanguíneo pulmonar para área afetada.

Objetivos: Descrever a evolução do indivíduo diante a intervenção fisioterapêutica de acordo com as complicações apresentadas pelo mesmo durante o período de internamento. **Métodos:** Além da rotina estabelecida pelo serviço de Fisioterapia o qual utilizada mobilização precoce ao paciente, o mesmo foi submetido a manobras de recrutamento alveolar. O relato de caso se refere ao indivíduo E.P.S., masculino, 33 anos, procedente de Curitiba. Admitido na UTI do CHC/UFPR em maio de 2016. Segundo dados informados pela mãe, paciente internou momento por uma queixa de dispnéia com piora progressiva à 10 dias e com presença de edema em MMII e face a 2 meses. Por apresentar esses sintomas, e diminuição do nível de consciência, paciente foi submetido à ventilação mecânica invasiva sob tubo orotraqueal. Diante disso e ao longo período de internação, o paciente evoluiu com uma injúria pulmonar grave ($PaO_2/FiO_2 = 91,25$) sendo submetido então à recrutamentos alveolares, visto que o TEP já havia sido tratado e com técnicas de posicionamento com a pronação ao leito, associado ao recrutamento. Utilizando essas medidas terapêuticas e favorecendo à uma ventilação protetora. **Resultados:** Melhora do índice de oxigenação ($PaO_2/FiO_2 = 250$), sendo assim possível realizar a progressão ao desmame ventilatório invasivo evoluindo para extubação, mantendo-se com suporte ventilatório invasivo intermitente, foi realizado então a avaliação da forma muscular periférica, pela escala do MRC, totalizando 54 pontos, o que indica a uma força muscular normal. Neste momento, foi otimizado o trabalho motor com Exercícios motores ativo – assistivos de MMSS e MMII (3x10), Sedestação à beira leito e na poltrona e Treino em ortostatismo, e da parte respiratória com otimização das manobras de higiene brônquica (Vibrocompressão e Bag Squeezing), manobras de reexpansão pulmonar e profilaxia respiratória, com posicionamento otimizado ao leito, favorecendo a relação V/Q. **Conclusão:** Houve melhora significativa do quadro clínico e após 45 dias o mesmo teve alta hospitalar para casa ventilando espontaneamente e deambulando sem auxílio.

P 59: Atuação fisioterapêutica em caso de Influenza A - H1N1 na Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI adulto)

Autores: SILVEIRA, B.R.P., GRIGÓRIO, J.M., NUNES, M.P.S., SANTOS, F.P., NASCIMENTO, P.B., OLIVEIRA, J. J.J.

A influenza é uma doença que causa morbimortalidade no mundo inteiro. Sua patogênese está associada diretamente com infecção das vias respiratórias e pulmão por contato com secreções respiratórias infectadas. Este é um relato de caso de S.H.B, feminino, 40 anos, procedente de Matinhos/PR. Admitida na UTI adulto do CHC/UFPR em março/2016, referindo dispneia ao repouso, artralgia, mialgia, febre e dor de garganta. Com histórico prévio de Diabetes Mellitus tipo 1, artropatia de Charcot, complicações renais e depressão. Apresentou piora progressiva do quadro respiratório necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva (VMI) por hipoxemia grave decorrente da Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) evidenciado pela radiografia de tórax, com acometimento pulmonar de três quadrantes e pelo índice de oxigenação, com relação $PaO_2/FiO_2=100$. Durante o internamento foi diagnosticada com Influenza A e posteriormente confirmou-se H1N1, evoluiu com insuficiência renal aguda, colonização por bactéria multirresistente e polineuropatia do paciente crítico. A atuação fisioterapêutica neste contexto teve o objetivo de reverter a hipoxemia grave através do recrutamento alveolar, otimizar a relação ventilação/perfusão através do posicionamento corporal no leito, prevenir complicações motoras e respiratórias trabalhando com manobras de higiene brônquica e profilaxia circulatória, desmame da ventilação mecânica com redução gradual do suporte ventilatório e manutenção e aumento da força muscular esquelética com mobilização precoce, cinesioterapia de leve intensidade com exercícios passivos, posteriormente exercícios ativos-assistidos e por fim exercícios ativos e ativos-resistidos, ortostatismo e treino de marcha. A paciente recebeu alta da unidade em julho/2016, ventilando espontaneamente, decanulada e deambulando com auxílio de andador. Atualmente faz acompanhamento no ambulatório de Fisioterapia do CHC/UFPR.

P 60: A inserção do residente de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva: relato de experiência

Autores: Nakaya, T.G., Santos, E.S., Gastaldi, A.B, Arnaldo, J. G. S. A.; Ottunes, A.F

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Introdução: As Unidades de Terapias Intensivas surgiram da necessidade de atendimento especializado a pacientes criticamente enfermos que precisam de constante observação devido a sua gravidade. O Enfermeiro Residente que atua neste setor complexo necessita estar preparado para identificar e atender pacientes com alterações fisiopatológicas importantes, com tomadas de decisões hábil e efetivas. A prática da residência em enfermagem surgiu na década de 70, com a criação do Programa de Pós-Graduação em enfermagem “latu sensu” para qualificar os docentes dos serviços de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência do Residente de Enfermagem que atua em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto. **Método:** Estudo descritivo sob forma de relato de experiência, realizado durante a vivência dos residentes de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Público do Norte do Paraná. **Resultado:** A necessidade da inserção do residente de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva adulto relaciona-se a sua constante aprimoração e qualificação da formação quanto à categoria de especialista em cuidados a pacientes gravemente acometidos. O processo de inserção do Enfermeiro Residente para atendimento aos críticos enfermos nesta instituição de ensino acompanha sucessivas aproximações de acordo com cada campo de estágio que o profissional em formação atua. No primeiro ano de atuação, os residentes de enfermagem acompanham o processo de trabalho em unidades médico-cirúrgicas, cuidados paliativos, setor de hemodinâmica, atendimentos pré-hospitalares em Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, pronto-socorro, para que posteriormente estejam aptas para iniciarem as vivências em terapia intensiva adulto. No segundo ano com o foco para o cuidado intensivo do paciente adulto, as residentes de enfermagem atuam lado a lado ao paciente grave, recepcionando e intervindo diretamente atendendo as intercorrências e implementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com prescrições e intervenções individualizadas, e posteriormente a cada 24 horas realizando evoluções do paciente grave. O residente de enfermagem participa de atividades de gerenciamento de recursos materiais e humanos, contribuindo para ideias de planejamento estratégico da UTI. As atividades de educação permanente com a equipe também são objetivos do residente de enfermagem que atua na UTI, com a finalidade de atualizar e capacitar a sua equipe abordando temas como: tratamento de lesões por pressão, novo guideline para atendimento a parada cardiorespiratória e indicadores de qualidade em UTI. **Conclusão:** Acredita-se que a inserção do residente nos diversos serviços de saúde o prepara não só para o seguimento acadêmico como para a atuação prática.

P 61: Granulomatose de Wegener: Relato de Caso

Autores: Francioli, ALS, Biatto, JFP.; Santos, BCM; Ramoniga, LT; Araújo, JP.

Instituição: Hospital Santa Rita, Maringá/ PR

Introdução: A granulomatose de Wegener (GW) é uma doença autoimune de etiologia idiopática, caracterizada por inflamação granulomatosa necrotizante e vasculite sistêmica dos vasos de pequeno e médio calibres, podendo levar a restrição sanguínea dos órgãos acometidos, associa-se à presença de anticorpos anticitoplasma dos neutrófilos (ANCA). Acomete preferencialmente vias áreas superiores, inferiores e os rins. Não há predileção por sexo, sendo mais comum entre a 4ª e a 5ª década de vida. Os sinais e sintomas iniciais são bastante inespecíficos, o que dificulta ainda mais seu diagnóstico. **Objetivo:** Objetivo desse trabalho é descrever o caso de paciente do sexo feminino com GW que evoluiu para um AVC isquêmico. **Metodologia – Caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 38 anos. Encaminhada de sua cidade de origem para o Hospital Santa Rita, com rebaixamento do nível de consciência e com história prévia de crises convulsivas. Na TC de seios da face foi observado um tumor em rinofaringe, sendo encaminhada para o serviço de oncologia. Durante a internação a paciente evoluiu para AVC isquêmico de artéria cerebral média esquerda, sendo submetida à craniectomia descompressiva e exérese do tumor. Dias após a paciente teve deiscência da sutura com necrose na região da craniectomia com necessidade da intervenção do serviço de cirurgia plástica para a reconstrução do crânio/couro cabeludo com retalho miocutâneo do músculo trapézio. Após resultado positivo da biópsia do tumor e do ANCA foi dado o diagnóstico de GW e paciente teve alta com hemiplegia à esquerda e afasia, e em uso de imunossupressor. **Resultados - Discussão**
A maioria das vezes a GW é diagnóstica apenas após o envolvimento multiorgânico ou quando há refratariedade de alguma doença, como também houve no caso relatado. Isso ocorre devido a baixa especificidade dos sintomas iniciais, havendo a necessidade de uma grande suspeita para o diagnóstico ser realizado precocemente. **Conclusão:** A GW é uma vasculite pouco frequente e de evolução pouco favorável. Permanece como desafio clínico, principalmente quando se trata da suspeita e do diagnóstico precoce. A rápida detecção é de extrema importância para reduzir a morbimortalidade dos quadros que surgem com a evolução da doença, como o caso da paciente relatada que evoluiu para um AVCi e teve sequelas neurológicas importantes. Investimentos devem ser feitos para realização do diagnóstico precoce, que evitem complicações da doença, além de esquemas terapêuticos que reduzam os efeitos colaterais da terapia imunossupressora.

P 62: Acolhimento e processo educativo em saúde a familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto

Autores: Santos, E. S., Gastaldi, A. B., Montezeli, J.H., Garanhani, M.L.

Instituição: Hospital Universitário de Londrina – Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Introdução: A educação em saúde pode ser definida como o canal em que conhecimentos científicos da área da saúde atingem a vida cotidiana da população, proporcionando melhora da saúde e qualidade de vida (ALVES, 2005). Apesar de todos os seus benefícios, Gazzinelli et al. (2005) apontam que a educação em saúde tem que considerar a subjetividade do sujeito, suas crenças e valores, e que muitas vezes essa aquisição de conhecimento muitas vezes não resulta em mudança de comportamento. É uma função que deve ser desenvolvida rotineiramente pelo enfermeiro, no entanto, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode estar desvinculada da prática profissional. **Objetivo:** Analisar as percepções de familiares de pacientes internados em UTI após acolhimento e um processo educativo em saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, utilizando entrevistas com 13 familiares de pacientes internados na UTI adulto de um hospital universitário que estavam adentrando a unidade pela primeira vez. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2015. Primeiramente os familiares foram submetidos a uma intervenção educativa em saúde e posteriormente foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com três questões norteadoras. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise temática. A pesquisa seguiu todos os trâmites éticos. **Resultados:** Os dados foram agrupados sob três categorias: concepções dos familiares sobre a UTI; sentimentos vivenciados pelos familiares ao adentrarem na UTI pela primeira vez e educação em saúde como elemento facilitador para o acolhimento do familiar. Observou-se o desconhecimento dos familiares sobre o ambiente da UTI, a tensão e choque ao encontrar o familiar grave internado e para muitos visitantes a UTI incitava medo e angústia, sendo vista como local de último recurso aos pacientes. Também foi relatada a incerteza e ansiedade de possuir um paciente grave internado na UTI e foi apontada a necessidade do acolhimento e educação em saúde por um profissional de saúde. **Conclusões:** A partir deste estudo concluiu-se que o acolhimento e a educação em saúde foram fatores decisivos para os visitantes, concederam segurança e são ações que segundo os próprios familiares devem ser realizadas rotineiramente. Também ficou claro que sentimentos como tensão e medo eram presentes na rotina dos visitantes e que existe o desconhecimento dos visitantes sobre os materiais e equipamentos.

P 63: Intervenção fisioterapêutica na Paralisia Diafragmática Idiopática: Relato de Caso

Autores: Nascimento PB, Silveira BR, Grigório JM, Nunes MP, Pinotti F. Oliveira JJJ

Introdução: O relato do caso se refere à paciente L.K., feminino, 34 anos, procedente de Curitiba. Admitida inicialmente da UPA Sitio Cercado em Março/2016 onde deu entrada por dispneia seguida de síncope (SIC), necessitando então a ventilação mecânica sendo encaminhada para a UTI do CHC/UFPR, onde permaneceu por 84 dias, sendo submetida a traqueostomia devido ao desmame difícil, diante disso e ao longo período de permanência no leito, o indivíduo supracitado evoluiu com redução da força muscular global (totalizando 40 pontos no Escore do Medical Research Council - MRC indicando uma fraqueza significativa) e dificuldade na marcha, sendo necessária intervenção fisioterapêutica. **Objetivos:** Descrever a evolução do indivíduo após intervenção fisioterapêutica durante o período de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Além da rotina estabelecida pelo serviço o qual utilizava a mobilização precoce ao indivíduo, foi empregado cinesioterapia ativa, estabilização central e treino de marcha com dispositivo auxiliar seguido de treino de marcha comunitário. **Resultados:** Houve melhora significativa do quadro clínico e da força muscular global (MRC 54), a mesma foi decanulada e recebeu alta hospitalar, sendo encaminhada para residência com uso de suporte ventilatório invasivo intermitente, oxigênio domiciliar, deambulando sem uso de dispositivos auxiliares e com orientações fisioterapêuticas.

P 64: Implantação de um protocolo de higiene bucal por equipe multiprofissional especializada para prevenção de pneumonia em Unidade de Terapia Intensiva

Autores: ARNALDO, J. G. S., NAKAYA, T. G., MENDONÇA, B. E. L., SANTOS, E. S., OTTUNES, A. F., GASTALDI, A. B.

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Introdução: Infecções do trato respiratório representam uma das patologias mais comuns na unidade de terapia intensiva (UTI), acometendo os pacientes devido à suscetibilidade aos procedimentos invasivos, comorbidades e imunocomprometimento. Associada à ventilação mecânica, a pneumonia apresenta taxa de mortalidade de 24% a 50% (NOBRE; NORGES, 2016), além de conseqüências como o aumento do tempo de hospitalização e custos hospitalares (EINSTEIN, 2015). Estudos demonstram que os agentes etiológicos das pneumonias nosocomiais (bacilos gram-negativos) são encontrados freqüentemente na orofaringe dos pacientes após 48 horas de admissão na UTI, sendo fundamental a remoção desses microorganismos pela equipe multiprofissional através da higiene bucal (EINSTEIN, 2015). **Objetivo:** Relatar a importância da implantação de um protocolo de higiene bucal por enfermeiros e odontólogos para prevenção de pneumonia em Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado em Londrina – Paraná com os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário, entre março e julho de 2016. **Resultados:** A aplicação de protocolos clínicos permite a implantação de recomendações preconizadas, padronização do cuidado e efetividade da assistência. Baseado nas recomendações da associação de medicina intensiva brasileira (AMIB) em 2014, este protocolo foi desenvolvido com a finalidade de aumentar a freqüência e a qualidade do cuidado oferecido, reduzir a quantidade de microorganismos bucais que elevam o risco de pneumonia, diminuir o risco de infecção respiratória e controlar o biofilme na cavidade bucal. Diante das evidências científicas, a higienização mecânica através da escovação bucal com escova dentária ou gaze umedecida com clorexidina 0,2% é realizada pelo odontólogo para controle de patógenos na cavidade oral e conseqüente remoção do biofilme. Sendo a orofaringe a principal via para entrada de microorganismos no trato respiratório, é essencial a aspiração orotraqueal realizada pela enfermeira durante os atendimentos para descolonização da cavidade oral. **Conclusões:** Nota-se a importância da aplicação do protocolo de higiene bucal nos pacientes internados na UTI, afim de prevenir os casos de pneumonia e sugere-se a conscientização dos profissionais atuantes nesta área a adoção dessa prática para a melhoria do cuidado e assistência de qualidade em saúde.

P 65: Atuação de uma equipe multiprofissional na higiene bucal de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva: um relato de experiência

Autores: Santos, E. S., Nakaya, T. G., Arnaldo, J.G.S., Ottunes, A.F., Gastaldi, A. B.

Instituição: Hospital Universitário de Londrina – Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Introdução: Dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) encontram-se pacientes em estado crítico de saúde, sedados e em ventilação mecânica por tubo orotraqueal ou traqueostomia. Um agravamento para estes pacientes é o desenvolvimento das pneumonias associadas à ventilação mecânica, ocorrendo por aspiração de conteúdo da cavidade oral e faríngea (MORAIS, et al, 2006). Um estudo realizado no Rio de Janeiro identificou a colonização da cavidade oral como um reservatório que pode ocasionar pneumonias (OLIVEIRA, et al, 2007). Sendo assim, especialmente em UTI, uma das grandes preocupações da equipe é a prescrição e realização da higiene oral dos pacientes, função que no hospital em questão, é delegada ao técnico ou auxiliar de enfermagem e atualmente está sendo realizada por uma equipe multiprofissional. **Objetivo:** Descrever a atuação da equipe multiprofissional na realização da higiene bucal de pacientes críticos na ótica de Residentes de Enfermagem. **Método:** Trata-se de um relato de experiência à respeito da participação de Residentes de Enfermagem em Cuidados Intensivos do Adulto em um projeto de pesquisa que visa a realização da higiene oral em pacientes hospitalizados. O projeto está sendo desenvolvido na UTI I adulto do Hospital Universitário de Londrina desde março de 2016 e conta com uma equipe interdisciplinar de residentes, docentes e graduandos de odontologia e de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). A finalidade do projeto é a prevenção de pneumonias associadas principalmente à ventilação mecânica. O projeto acontece diariamente e a higiene bucal é realizada com clorexidina 0,12% em pacientes que não apresentem contra-indicação deste procedimento, conforme protocolo desenvolvido. **Resultados:** A presença do profissional de odontologia na equipe hospitalar ainda não foi implantada na instituição de estudo, portanto, a oportunidade do atendimento especializado destes profissionais durante a higiene bucal é um diferencial deste serviço e da UTI I. A presença da enfermeira residente durante o procedimento da higiene é essencial, pois, trata-se de profissionais que atuam diariamente com pacientes graves. Por consequência, tem propriedade na assistência e visão clínica sobre o estado geral do paciente, inclusive parâmetros respiratórios, drogas vasoativas e instabilidade hemodinâmica. **Conclusões:** O projeto da higiene bucal realizado na UTI permite a prática de diversas técnicas da enfermagem e da odontologia, tornando este procedimento minucioso e seguro ao paciente. Também é importante citar a possibilidade de integração, troca de conhecimentos de profissionais de diferentes áreas da saúde e a oportunidade de coleta de dados para pesquisas.