

Revista Brasileira de Terapia Intensiva  
BJIC Brazilian Journal of Intensive Care

Resumos dos trabalhos científicos apresentados no

## PAN E IBÉRICO 2016

de Medicina Intensiva

**9 a 12 de novembro**

Centro de Eventos FIERGS  
Porto Alegre, Brasil



XI Congresso Panamericano e  
Ibérico de Medicina Crítica y  
Terapia Intensiva

VIII Congresso Panamericano e  
Ibérico de Enfermería Intensiva



<0,001 Dias UTI 26,7 13,4 <0,001 Dias hospital 46,4 27,5 <0,001.

**Conclusão:** A taxa de reintubação foi baixa, não havendo diferença entre os grupos quanto a idade, sexo, gravidade, disfunção orgânica e ocorrência de choque séptico. A reintubação em até 48 h acarreta um tempo maior sob VM, internação na UTI e no hospital, sendo um determinante de aumento de custos.

#### EP-045

### Síndrome miastênica-like associada a polimixina

**Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho, Rafael Oliveira Ximenes, Pedro Vitale Mendes**

*Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil; Hospital do Coração Anis Rassi - Goiânia (GO), Brasil; Instituto Goiano de Medicina - Goiânia (GO), Brasil*

Paciente do sexo feminino, 68 anos, foi admitida com quadro de sepse grave de foco urinário. Apresentava antecedente de infecção de corrente sanguínea por *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase (KPC) em internação prévia há 2 meses. Naquela ocasião, havia sido tratada com sucesso com polimixina B endovenosa na dose de 25.000 UI/kg, com desenvolvimento de lesão renal aguda durante o tratamento (pico de creatinina sérica de 4,6mg/dL sem necessidade de hemodiálise). Depois da alta hospitalar, houve melhora da função renal para uma creatinina sérica de 1,5mg/dL um mês após. Na segunda internação, a urocultura revelou uma *Escherichia coli* multissensível. Houve melhora inicial com ceftriaxone, porém, no 5º dia de internação, sua condição clínica piorou e a paciente passou a apresentar taquicardia, sonolência, leucocitose e piora de função renal (aumento de creatinina de 2,2 para 5,7mg/dL). A paciente foi transferida para a unidade de terapia intensiva (UTI), foram iniciados meropenem e polimixina B, além de hemodiálise. A polimixina B foi administrada na dose de 25.000UI/kg EV divididas em duas doses (12/12h), iniciando-se às 10h. Houve crescimento de KPC em uma nova urocultura. Quatro dias depois, houve melhora do quadro clínico e a paciente recebeu alta da UTI. No dia seguinte, ela passou a se queixar de fraqueza generalizada e discreta ptose bilateral no final da tarde. Neste momento, encontrava-se confortável em ar ambiente, com frequência respiratória de 20 ipm. Radiografia de tórax apresentava discreto derrame pleural bilateral. Às 22h50min, a paciente se queixou de dispneia e, uma hora após, apresentou parada respiratória, com necessidade de intubação orotraqueal. Imediatamente após a intubação, evoluiu com parada cardíaca, sendo reanimada com sucesso após 20 minutos de ressuscitação cardiopulmonar. A paciente foi novamente admitida na UTI recebendo drogas vasoativas e sob ventilação mecânica. As gasometrias arteriais mostravam relação pO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> acima de 300, sugerindo troca gasosa pulmonar normal. Três dias depois, a paciente encontrava-se acordada (Glasgow 10T), sem necessidade de drogas vasoativas e ventilando em pressão de suporte (PEEP 5cmH<sub>2</sub>O, ?P 10

cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> 30%). A frequência respiratória era de 18ipm, com ausculta pulmonar normal e saturação de O<sub>2</sub> de 99%. Foi procedida a extubação às 13h e, às 22h45min, a paciente apresentou novo episódio de dispneia seguido por parada respiratória, sendo reintubada. No dia seguinte, a paciente estava acordada (Glasgow 10T) e novamente em parâmetros mínimos de ventilação mecânica. Foi extubada às 11h e reintubada às 16h por novo episódio de parada respiratória. Neste momento, foi levantada suspeita de neurotoxicidade associada à polimixina B e a mesma foi suspensa. Aplicando a escala de probabilidade de reação adversa a drogas de Naranjo, encontramos uma relação provável. Após a suspensão da droga, a paciente foi extubada com sucesso e não ocorreram mais episódios de parada respiratória.

#### EP-046

### Uso de manobras de prona como recurso fisioterapêutico para reversão de atelectasias em paciente hipoxêmico grave - um relato de caso

**Gracieli Nadalon Deponti, Daniele Martins Piekala, Wagner da Silva Naue, Marcele Chisté, Vanessa Martins de Oliveira**

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre (RS), Brasil*

A base fisiopatológica para melhora da hipoxemia e da mecânica ventilatória com a manobra de prona ainda é especulativa. Acredita-se que inversão de forças gravitacionais juntamente com a estabilização da parede torácica e o deslocamento do peso do coração leva a uma distribuição mais homogênea da inflação abrindo áreas atelectasiadas no dorso, melhorando a troca e relação ventilação-perfusão. Este relato de caso apresenta a manobra de prona como recurso fisioterapêutico para reversão de atelectasias posteriores em paciente hipoxêmico grave com restrição importante da caixa torácica por esclerodermia no tórax e abdômen. Paciente masculino, 33 anos, obeso, interna no Centro de Tratamento Intensivo de um Hospital universitário em franca insuficiência respiratória, relação P/F 111, realizado angiotomografia afastando tromboembolismo pulmonar e demonstrando pequena consolidação e grandes áreas de atelectasia, sendo realizado manobras fisioterápicas intensivas e fibrobroncoscopia com reversão parcial das atelectasias. A despeito do tratamento padrão paciente evolui com hipoxemia progressiva ameaçadora da vida sendo proposto o uso de prona numa tentativa de reversão de atelectasias dorsais. Realizada uma sessão de prona de 22 horas. Antes da manobra apresentava relação P/F 74, PaO<sub>2</sub> 74 e PaCO<sub>2</sub> 69.5, driving pressure 18cmH<sub>2</sub>O, pressão de platô 33cmH<sub>2</sub>O. Após manobra observamos relação P/F 302, PaO<sub>2</sub> 157 e PaCO<sub>2</sub> 67.5, driving pressure 12cmH<sub>2</sub>O, pressão de platô 30cmH<sub>2</sub>O, atribuída a abertura das atelectasias. Dez dias após a manobra, paciente evolui com melhora do quadro sendo extubado. Concluímos que a manobras de prona foi efetiva para recrutamento alveolar e reversão de atelectasias com melhora da hipoxemia.