



Resumos dos trabalhos
científicos apresentados no

XVI CONGRESSO

BRASILEIRO DE

MEDICINA INTENSIVA



culino: 62.7%). Apenas 37.3% tinham HbA1c normal, 28.8% tinham DM não diagnosticada e 33.9% tinham intolerância à glicose. Os níveis de HbA1c se correlacionaram significativamente com os valores basais de glicemia ($p=0,04$), insulina sérica ($p=0,02$) e resistência à insulina ($p=0,02$). Também foi encontrada associação entre HbA1c e presença de comorbidades ($p=0,004$), idade elevada ($p=0,02$), aumento da glicemia na inclusão ($p=0,03$) e hiperlactatemia após 24h de inclusão ($p=0,03$).

Conclusão: Nesta amostra de pacientes com sepse, sem história prévia de DM, foi encontrada alta incidência de DM e intolerância à glicose subdiagnosticados. So assim, a dosagem da HbA1c, no âmbito da terapia intensiva, pode ser útil na investigação dos pacientes com hiperglicemia.

AO-070

Impacto do aumento do alvo glicêmico na infusão endovenosa de insulina em pacientes graves e da incorporação de uma ferramenta de apoio a decisão para ajustes de dose nos indicadores de controle de glicemia de uma unidade de terapia intensiva (UTI)

Renata Albaladejo Morbeck, Rogério Silicani Ribeiro, Eliezer Silva, Denis Faria Moura Junior

Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.

Objetivo: Avaliar o impacto da implantação de um protocolo de insulina endovenosa contínua nos indicadores de hiper e hipoglicemia de uma UTI.

Métodos: Para avaliar a eficácia no controle glicêmico usamos indicadores recomendados pelo IHI: a taxa de hiper e hipoglicemia, usando como corte os valores de 180 para hiperglicemia, 70 para hipoglicemia e 40 para hipoglicemia grave. Foram avaliados 19300 medidas de glicemia capilar realizadas com glucosímetro, em 860 pacientes internados no período de 01/04/2011 a 30/06/2011, dividido em fase pré implantação, fase ferramenta de apoio a decisão com cálculo manual e fase cálculo incorporado à ferramenta.

Resultados: Após a implantação da nova meta de glicemia e da ferramenta de apoio a decisão, houve redução significativa da taxa de hipoglicemia (1,7% em abril para 1,6% em maio e 1,0% em junho), da taxa de hipoglicemia grave (0,8% em abril para 0,5% em maio e 0,2% em junho) e redução da taxa de hiperglicemia (33,8% em abril para 31% em maio e 31,5% em junho). No mês de junho, houve uma redução na porcentagem de pacientes com hipoglicemia grave (1,7%), comparados aos meses de maio e abril (2,5% em ambos) e uma redução da porcentagem de pacientes com mais de 50% das medidas acima de 180mg/dl (14%) comparados ao mês de maio e abril (19 e 16%, respectivamente).

Conclusão: A implantação de uma meta glicêmica maior reduz a incidência de hipoglicemia sem aumentar a incidência de hiperglicemia.

AO-071

Substituição da função renal no paciente crítico: experiência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Táís Hohegger, Antonio Balbinotto, Elvino Barros, Cássia Morsch, Gabriel Boschi, Samantha Oliveira, Verônica Huber, Fernando Thomé
Hospital de Clínicas de Porto Alegre – FAMED/UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

Objetivo: Descrever a experiência do HCPA com a terapia renal subs-

titutiva (TRS) em pacientes com injúria renal aguda estágio 3 (IRA3).
Métodos: Coorte prospectiva entre 05/2006-05/2009. Pacientes admitidos no CTI necessitando TRS por IRA3, excluídos transplante renal, doença renal crônica (DRC) terminal e óbito <48 horas TRS. HDI (hemodiálise intermitente) para hemodinamicamente estáveis ou HDVVC (hemodiálise veno-venosa contínua) em instáveis. Variáveis clínicas registradas: fatores demográficos, creatinina basal, tipo de IRA, co-morbidades, APACHE II, variáveis relacionadas ao tratamento. Testes: t de Student ou qui-quadrado (univariadas) e regressão logística ou Cox (multivariada).

Resultados: 598 pacientes (11% admitidos) receberam TRS para IRA3, 493 > 48 h de tratamento. Idade 58,0±16,7anos, 56% homens, 87% brancos, 24,7% com DRC prévia, 60% com IRA clínica, APACHE II 27,1±9,1, 81% sépticos, 93% ventilação mecânica e 87% vasopressores. HDI em 57% e HDVVC em 86%, 84% anticoagulação com citrato. Permanência CTI 16,8±19,2 dias. Fatalidade cumulativa foi 60% CTI, 68% hospital e 72,6% pós-alta hospitalar. No último ano do triênio essas taxas se reduziram (54%, 65% e 70%). Fatores associados a mortalidade hospitalar: sepse e idade. Pacientes excluídos por óbito precoce (n=105) tinham idade 61,5±16,5 e APACHE II 33,4±14,6.

Conclusão: IRA3 necessitando TRS tem alta mortalidade durante e após a hospitalização. A sobrevida de uma parcela significativa de pacientes requer um tratamento especializado e a aquisição de experiência pela equipe multidisciplinar parece levar a resultados mais satisfatórios.

AO-072

Qual o melhor critério de desnutrição em paciente oncológico para prever morbidade e mortalidade em unidade de terapia intensiva?

Amanda Maria Ribas Rosa de Oliveira, Camila Conti Rocha, Luciana Coelho Sanches, Eliana Fazuoli Chubaci, Cristina Prata Amola, Taísa Moitinho de Carvalho

Hospital do Câncer de Barretos – Barretos (SP), Brasil.

Objetivo: Avaliar qual melhor critério diagnóstico de desnutrição para prever morbidade e mortalidade em pacientes oncológicos que internam na UTI.

Métodos: Estudo prospectivo e observacional realizado em Hospital Oncológico Terciário no período de dois meses. Os pacientes foram submetidos a avaliação nutricional na admissão hospitalar, utilizando tanto o índice de massa corpórea (IMC), quanto a variação de perda de peso (VPP). Foram considerados desnutridos pelo IMC pacientes com IMC = 18,5 se menores de 60 anos e aqueles com IMC = 22 se maiores de 60 anos e utilizando o critério de VPP aqueles com perda de >2% em 1 semana, >5% em 1 mês, >7,5% em 3 meses ou >10% em 6 meses. Os desnutridos foram comparados com os eutróficos quanto a taxa de readmissão na UTI, complicação infecciosa, permanência na UTI e hospitalar e mortalidade na UTI e hospitalar.

Resultados: Foram incluídos 226 pacientes, so 61,9% do sexo masculino, 85% cirúrgicos e 15% clínicos, média de idade 57 anos, SAPS médio de 47,36. Na avaliação pelo IMC, 21,6% dos pacientes foram classificados como desnutridos e tiveram maior taxa de readmissão na UTI (11,4% x 1,9%, $p=0,013$), complicações infecciosas (47,8% x 22,8%, $p=0,001$), mortalidade na UTI e hospitalar (23,2% x 7,1%, $p=0,02$; 1,8% x 0,6% $p=0,04$), assim como maior tempo de internação na UTI e hospitalar. Enquanto na avaliação pela VPP, 33,7%