

**Resumos dos trabalhos
científicos apresentados no**

**XVII CONGRESSO BRASILEIRO
DE MEDICINA INTENSIVA**



foram excluídos - 09 óbitos, 22 transferidos para outro hospital antes do término da reabilitação fonoaudiológica, 07 seguiram em reabilitação fonoaudiológica após o término do trimestre. Dos 28 pacientes incluídos - 21 obtiveram êxito fonoaudiológico, alimentando-se de forma exclusiva por VO, com tempo médio de 5 dias; 04 receberam alta com dieta mista (dieta Enteral + via oral de uma ou mais consistências alimentares), com tempo médio de 5 dias, e 04 apresentaram limites para a terapêutica fonoaudiológica, sendo indicada gastrostomia.

Conclusão: Este estudo evidenciou que a terapêutica fonoaudiológica diária em âmbito hospitalar eleva o índice de reintrodução de dieta por VO com segurança, em menor tempo. Entretanto, variáveis como: doença de base, prognóstico médico desfavorável e da alta rotatividade nos leitos de UTI prejudicaram a evolução fonoaudiológica.

PO-348

Impacto da dose cumulativa de polimixina B na função renal e sobrevida de pacientes críticos

Edmilson Bastos de Moura, Fábio Ferreira Amorim, Monalisa Ghazi, Marcelo de Oliveira Maia, Jair Rodrigues Trindade Junior
Hospital Santa Luzia - Brasília (DF), Brasil

Objetivo: correlacionar a dose cumulativa de polimixina B com lesão renal aguda e sobrevida de pacientes críticos.

Métodos: análise retrospectiva de prontuários de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Santa Luzia, entre agosto/2011 e março/2012, ambos os sexos, sem limite de idade, que fizeram uso de polimixina B. Foram excluídos pacientes com insuficiência renal ou lesão renal aguda prévia, ou com uso de polimixina inferior a três dias. A idade, escore de APACHE II, SAPS II, creatininemia prévia e máxima durante o uso de polimixina B, escore de RIFLE (R, I e F), dose cumulativa e tempo de tratamento foram coletadas e analisadas utilizando o software SPSS versão 17.0.

Resultados: 61 pacientes foram selecionados e 12 excluídos. Os 49 restantes foram analisados: média de idade 68 anos (SD ± 19 anos), APACHE II médio 17 (± 8), SAPS II médio 41 (± 14), tempo de tratamento (mediana 14 ± 17 dias), dose total (mediana 3700g ± 5748g), lesão renal aguda 80,9% (RIFLE R: 23,4%; I: 36,2%; F: 21,3%), evolução para hemodiálise 40,4%, mortalidade 72,3%. Não houve diferença estatística na idade, APACHE II, SAPS II, creatinina basal, dose total acumulada de polimixina ou tempo de tratamento, comparando-se pacientes que desenvolveram ou não nefrotoxicidade (p 0,52, 0,16, 0,30, 0,06, 0,09, 0,42), ou pacientes sobreviventes com não-sobreviventes (p 0,09, 0,16, 0,30, 0,06, 0,11, 0,09).

Conclusão: não houve correlação entre dose cumulativa de polimixina B e nefrotoxicidade ou sobrevida, na amostra estudada.

PO-349

Oferta energética e proteica de ao menos 60% do planejado no final da primeira semana de internação na unidade de terapia intensiva (UTI) não distingue grupos em termos de desfechos clínicos

Oellen Stuani Franzosi, Claudine Lacerda de Oliveira Abrahão, Sérgio Henrique Loss

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre (RS), Brasil; Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre - Porto Alegre (RS), Brasil

Objetivo: Avaliar a relação entre a oferta energética e proteica no sétimo dia de internação com desfechos clínicos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo que incluiu 126 pacientes internados por ≥ 7 dias na UTI que foram categorizados de acordo com a adequação da oferta energética e proteica administrada em relação às necessidades. O grupo oferta adequada (GOA) $\geq 60\%$ e o grupo suboferta (GSO) $< 60\%$ foram avaliados em relação ao tempo de internação, tempo livre de ventilação mecânica invasiva (VMI) e mortalidade na UTI e hospitalar.

Resultados: A adequação da oferta energética foi de 84% e proteica de 72,5%. Não houve diferença entre os grupos GSO e GOA de energia em relação ao tempo de internação [16 (11 - 23) vs 15 (11 - 21) dias, $p=0,862$], tempo livre de VMI [2 (0 - 7) vs 3 (0 - 6) dias, $p=0,985$], mortalidade na UTI [12 (41,4%) vs 38 (39,1%), $p=0,831$] e hospitalar [15 (51,7%) vs 44 (45,4%), $p=0,348$]. Resultados semelhantes foram encontrados em relação à oferta proteica e tempo de internação [15 (12 - 21) vs 15 (11 - 21) dias, $p=0,996$], tempo livre de VMI [2 (0 - 7) vs 3 (0 - 6) dias, $p=0,846$], mortalidade na UTI [15 (28,3%) vs 35 (47,9%), $p=0,536$] e hospitalar [18 (52,9%) vs 41 (44,6%), $p=0,262$].

Conclusão: Não foi possível demonstrar que a oferta energética e proteica superior ou inferior a 60% seja um divisor confiável em termos de desfechos.

PO-350

Validação do uso da trena ultrassônica digital para a obtenção da altura de pacientes em estado crítico

Alessandra Fabiane Lago, Elaine Cristina Gonçalves, Elaine Caetano Silva, Adriana Assis Miranda, Mayra Gonçalves Meneguetti, Edson Antonio Nicolini, Maria Auxiliadora Martins, Anibal Basile Filho
Divisão de Terapia Intensiva, Departamento de Cirurgia e Anatomia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (SP), Brasil

Objetivo: Validar a medida da altura do paciente em estado crítico por intermédio de uma trena ultrassônica digital, comparando esta com outras medidas de altura (trena metálica flexível, altura obtida pela estimativa visual e hemienvergadura).

Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo onde foram estudados 27 pacientes adultos de um Centro de Terapia Intensiva (CTI). Estes foram submetidos a três medidas de altura (trena metálica flexível, trena digital e hemienvergadura) e, em seguida, estimativa visual da mesma por seis membros da equipe do CTI. Os dados foram comparados pelo método de Bland & Altman para a avaliação da concordância das medidas.

Resultados: A comparação das diferenças entre as médias obtidas para a altura da trena flexível e da trena digital foi -0,63 cm e os limites de concordância de -2,36 a 1,10 cm. A diferença da média da trena flexível e hemienvergadura foi 5,0 e os limites de concordância de -7,5 a 17,5cm. A diferença da média da trena flexível e estimativa visual foi -0,7 e os limites de concordância de -10,2 a 8,8cm.

Conclusão: Tendo em vista a diferença entre as médias, a trena digital e flexível são concordantes e apesar da hemienvergadura não apresentar concordância satisfatória, esta diferença clinicamente não é significativa, portanto, todos os métodos podem ser utilizados. No entanto, a trena digital é um método preciso, fácil de manusear e higienizar, portanto, muito efetivo para uso em CTI.