



Resumos dos trabalhos  
científicos apresentados no

**XVI CONGRESSO**

**BRASILEIRO DE**

**MEDICINA INTENSIVA**



## AO-007

**Impacto da ventilação não invasiva (VNI) nos modos CPAP e BiLevel sobre a distribuição da ventilação pulmonar avaliada através do tomógrafo de impedância elétrica (TIE)**

**Marcelo Silveira Matias, Carlos Augusto Barbosa da Silveira Barros, Luana Torres Monteiro, Nathalia Parente de Sousa, Liégina Silveira Marinho, Ricardo Coelho Reis, Vasco Pinheiro Diógenes Bastos, Marcelo Alcantara Holanda**

*Universidade Federal do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.*

**Objetivo:** Avaliar o impacto da ventilação não invasiva (VNI) nos modos CPAP e BiPAP sobre a distribuição da ventilação pulmonar através do Tomógrafo de Impedância Elétrica (TIE).

**Métodos:** Estudo aplicado, experimental, quantitativo e transversal. Realizou-se 8 experimentos, registrando o padrão ventilatório de voluntários saudáveis, nos decúbitos dorsal (DD), ventral (DV) e laterais direito (DLD) e esquerdo (DLE), em respiração espontânea, e com aplicação de CPAP (10cmH<sub>2</sub>O) e BiPAP (15cmH<sub>2</sub>O de IPAP e 5cmH<sub>2</sub>O de EPAP), por 10 minutos. A imagem obtida pelo TIE foi dividida em região dependente e não-dependente da gravidade.

**Resultados:** Em respiração espontânea cerca de 60% do volume corrente (VC) é dirigido à região dependente em todos os decúbitos e modos ventilatórios. O CPAP incrementou em 62,1% a ventilação na região dependente, exceto no DV. Sob o efeito do BiPAP, este fenômeno ocorreu apenas nos decúbitos laterais. O uso de BiPAP tendeu a aumentar o VC, universalmente, em todos os decúbitos com aumento de 61,13% no percentual do VC na região dependente, exceto no DD onde houve diminuição do percentual de ventilação na região dependente. O CPAP levou à redução do VC em todos os decúbitos.

**Conclusão:** O TIE permitiu avaliar os efeitos da variação de decúbitos e da aplicação de VNI com pressão positiva sobre a distribuição regional da ventilação. A distribuição da ventilação foi dependente da gravidade (influenciada pela mudança de decúbito) em respiração espontânea e na VNI, direcionando uma maior proporção do volume para a região dependente, sobretudo quando adotados decúbitos laterais.

## AO-008

**Traqueostomia em unidade de terapia intensiva: o momento da realização faz diferença no resultado?**

**George Castro, Julia Nunes Bacelar, Gabriel Nunes Bacelar, Kaile de Araujo Cunha, Ana Claudia Pinho de Carvalho, Carla Lorena Vasques Mes de Miranda, José Ricardo Santos de Lima**

*Disciplina de Emergência e Terapia Intensiva do Centro Universitário do Maranhão (UNICEUMA) – São Luís (MA), Brasil.*

**Objetivo:** Avaliar o momento da realização da traqueostomia, e correlacionar com complicações em duas unidades de terapia intensiva em São Luís (MA).

**Métodos:** Estudo retrospectivo realizado nos pacientes internados em duas unidades de terapia intensiva de São Luís – MA, no período de 2007 a 2009. Incluiu-se pacientes maiores de 18 anos que se submeteram a traqueostomia durante a permanência na UTI. Excluiu-se pacientes readmitidos, vindos de outra instituição e

grandes queimados.

**Resultados:** Avaliou-se 1002 prontuários, destes 53% eram do sexo feminino (p=0,037). Dos pacientes internados 439 (44%) estavam ventilados. Realizou-se traqueostomia em 134 pacientes (13% das internações, e 30,52% dos ventilados (IC 95% 0,26 – 0,35). Considerou-se traqueostomia precoce (TP) quando realizada até sete dias de internação na UTI (39% - IC 95% 0,30 - 0,48), e tardia (TT) após este período (61% - IC 95% 0,52 - 0,69). Complicações frequentes foram, óbito (21,64%), pneumonia associada a ventilação (PAV) (10,44%) e sangramento (7,46%). Não houve significância estatística entre TP ou TT e mortalidade (p=0,81). Não encontrou-se também diferença no tempo de internação (TP 11,06 e TT 12,95 dias - p=0,29), nem em PAV (TP 6 - 42,85% e TT 8 - 57,14% p=0,73), mas observou-se diminuição do tempo de VM. (TP mediana 52 dias - TT 85 dias).

**Conclusão:** A traqueostomia deve ser realizada o mais cedo possível pois possibilita a retirada rápida da VM, mas não diminuiu a incidência de complicações na UTI.

## Desmame

## AO-009

**Desmame e extubação de pacientes com lesão neurológica**

**Fernanda Machado Kutchak, Marino Muxfeldt Bianchin, Marcelo Mello Rieder, Roberta Weber Werle, Aline Cachoeira Cachoeira, Robledo Leal Condessa, Carla Meneguzzi**

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil; Residência Integrada em Saúde – GHC – Porto Alegre (RS), Brasil; Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil; Universidade do Vale dos Sinos – Porto Alegre (RS), Brasil.*

**Objetivo:** Avaliar a capacidade de atender a comando, o pico de fluxo expiratório e o volume de secreção brônquica nos pacientes com lesão neurológica e relacionar ao desfecho da extubação.

**Métodos:** Estudo de coorte prospectivo, incluindo pacientes com diagnóstico de doença neurológica, entubados e ventilados mecanicamente por mais de 24 horas e que passaram por um teste de ventilação espontânea. Todos os pacientes elegíveis para extubação foram avaliados antes do teste de respiração espontânea e da retirada da via aérea artificial.

**Resultados:** Oitenta e quatro pacientes foram avaliados, sendo que 29,76% falharam. Apresentaram diferenças significativas a capacidade de atender a comandos avaliados através da resposta motora da Escala de Coma de Glasgow (p=0,001) e a capacidade de realizar protusão da língua (p<0,001). A média do pico de fluxo expiratório foi menor no grupo de insucesso (p=0,007). A média do volume de secreção endotraqueal foi significativamente maior no grupo insucesso (p<0,001). A capacidade de atender ao comando de realizar a protusão da língua foi a variável mais sensível e específica 84,2% e 71,2%, respectivamente, como preditora de insucesso.

**Conclusão:** Este estudo demonstra que pacientes com lesões neurológicas apresentam taxas de insucesso no desmame da ventilação mecânica (VM) superiores quando selecionados por critérios de avaliação estabelecidos para a população geral, e que a avaliação da função neurológica através da capacidade de atender a comandos, o volume de secreção e o pico de fluxo expiratório a beira do leito podem contribuir para o desfecho na extubação.