

AMIB

SUPLEMENTO I
2008

RBTI



ISSN 0103-507X

Revista Brasileira de Terapia Intensiva

XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE
MEDICINA INTENSIVA
ADULTO - PEDIÁTRICO - NEONATAL

Resumos dos trabalhos científicos apresentados no
XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA INTENSIVA
ADULTO - PEDIÁTRICO - NEONATAL

0,05). A incidência de disfunção renal, hiperlactatemia, e disfunção respiratória foi significativamente maior entre os mortos ($p < 0,03$).

CONCLUSÕES: Alterações dos sinais vitais são as manifestações mais observadas no momento do diagnóstico da sepse grave. A alta frequência de outras manifestações clínicas permite supor que a oligúria, alteração do sensorio, queda da SaO₂ e análise da leucometria mais recente, sejam incluídos na triagem do paciente sob suspeita de sepse grave.

P-580

USO DA ALFADROTRECUGINA (ATIVADA) EM ENDOCARDITE DE PRÓTESE MITRAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

AUTOR(ES): FERREIRA JUNIOR, F. H.

CO-AUTOR(ES): FERREIRA, C.; CARNEIRO NETO, J. D.; NOVAES, L. R.; GONNELLI, C. A.; CHICANELLI, J. R. T.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO – UTI 4º CENTRAL

OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente com Endocardite de prótese mitral no pós-operatório de cirurgia cardíaca que evoluiu em choque séptico, fazendo uso precoce da Alfadrotrecogina (ativada).

Relato do caso: Paciente A.A.O., 31a, feminino, submetida à 4ª Reoperação de TVMi mecânica, com alta da UTI no 2º P.O.. Retornou à UTI após 24hs, com quadro de hipoglicemia(15mg/dl), anúria, com insuficiência renal pré-renal (crea: 1,5 mg/dl; Ur: 84mg/dl), taquidispnéica, com instabilidade hemodinâmica, necessitando uso de drogas vaso-ativas, e leucocitose. Realizou-se Eco Trans-esofágico (TE), que mostrou vegetação em prótese mitral e Coletou-se culturas, sendo iniciado antibioticoterapia (Teicoplanina + Meropenem) e administrado a Alfadrotrecogina (ativada) na dose de 15mg (24mcg/kg/hora) por 96hs. Após 24hs do início da medicação, observou-se melhora clínica significativa, com queda da leucocitose e normalização da função renal, sendo mantido antibioticoterapia na alta da UTI já com culturas negativas. Após antibioticoterapia, a paciente evoluiu com Eco TE normal e completa estabilidade clínica, tendo alta hospitalar.

DISCUSSÃO: A sepse é a principal causa de morte em UTI. Nos Estados Unidos ocorrem cerca de 750.000 casos/ano, com 225.000 óbitos/ano atribuídos à sepse. Mortalidade em torno 30% - 40% idosos e maior do que 50% no choque séptico. Praticamente inexistem dados nacionais sobre o assunto. Na Sepse há uma importante disfunção celular, que ocorre por: metabolismo celular inadequado, diminuição da disponibilidade de oxigênio tecidual, disfunção mitocondrial, resposta inflamatória e disfunções orgânicas (lesão pulmonar aguda e disfunção respiratória e cardiovascular, insuficiência renal aguda e disfunção gastrointestinal e hepática e coagulopatia e trombófilia adquirida). A Alfadrotrecogina (ativada) é uma forma recombinante da proteína C ativada humana usada para o tratamento da Sepse grave e Choque séptico, que tem ações antitrombótica, antiinflamatória e pró-fibrinolítica indireta, e está indicada precocemente na Sepse grave e Choque séptico, melhorando a sobrevida e recuperação mais rápida da estabilidade hemodinâmica, reduzindo o risco de morte em cerca de 19,4% e aumentando as chances de sobrevida em 38,1% quando utilizada em Sepse grave e Choque Séptico.

CONCLUSÃO: A Sepse trata-se de uma entidade clínica onde é de grande importância seu diagnóstico precoce para o início da terapêutica adequada, visando uma maior sobrevida.

P-581

USO DE DROTRECUGINA ALFA ATIVADA EM PACIENTE COM EMPIEMA PERICÁRDICO ASSOCIADO A CHOQUE SÉPTICO

AUTOR(ES): TOLEDO, D. O.; NUNES, M.; CORREA, F. G.

CO-AUTOR(ES): ANTUNES, C.; FERREIRA, A.; PANTALEÃO, S. L. S.; SILVA JR, J. M.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SANTA HELENA/SP

INTRODUÇÃO: No mundo, são registrados mais de 18 milhões de novos casos de sepse grave por ano, com uma mortalidade aproximada de 1400 pessoas/dia,

sendo a principal causa de morte em UTI não coronariana. Como forma de tentar reduzir esta elevada mortalidade, tem-se preconizado a implementação de pacotes de medidas terapêuticas (*Surviving Sepsis Campaign - SSC*). Entretanto, dados brasileiros confirmam que não mais do que 8% dessas medidas são realmente implementadas em nossos pronto-socorros e UTIs. Relatamos um caso de choque séptico tratado segundo as diretrizes do SSC.

RELATO: Paciente feminina, branca, 65 anos, hipertensa e diabética, foi encaminhada para a UTI com diagnóstico de choque séptico de foco a esclarecer. Os exames bioquímicos revelaram acidose metabólica associada a hiperlactatemia, insuficiência renal aguda e leucopenia. Exames durante investigação diagnóstica: radiografia de tórax - velamento nas bases pulmonares; ecocardiograma transesofágico - derrame pericárdico moderado (700mL) com sinais de restrição do enchimento ventricular, FE=0,55; TC de tórax - derrame pleural bilateral associado a atelectasias bibasais e derrame pericárdico. Submetida à drenagem pericárdica (700ml de líquido purulento), além de drenagem pleural bilateral (240mL líquido purulento) após algumas horas de internação na UTI. O tratamento instituído seguiu as diretrizes atuais preconizadas pela literatura mundial (SSC). Nas 6 horas iniciais, foi dosado o lactato, coletadas culturas, iniciada antibioticoterapia e realizada ressuscitação volêmica. A seguir, foram cumpridas as medidas terapêuticas do pacote das 24 horas. A paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial progressiva, com reversão do choque no décimo dia de internação na UTI. No último seguimento com 60 dias, encontrava-se em seu domicílio.

DISCUSSÃO: A mortalidade do choque séptico no Brasil é de cerca de 50%, valor que coincide com a probabilidade de morte do caso relatado, baseado nos índices prognósticos e de gravidade calculados nas 24 horas da admissão (APACHE II=27 e SOFA=9). Dentre as medidas terapêuticas instituídas conforme o SSC, destacamos duas como de grande importância para o desfecho favorável do caso: a primeira delas foi a identificação e retirada precoce do foco infeccioso; a segunda foi a criteriosa indicação no uso da drotrecogina alfa ativada. Consideramos os seguintes parâmetros para indicá-la: o fato da ressuscitação volêmica inicial ter sido precoce e adequada; o alto risco de morte (APACHE II > 25); o intervalo de tempo entre a primeira disfunção orgânica e disponibilidade da droga para infusão ser menor do que 24 horas (19 horas) e a ausência de contra-indicações. O presente relato é apenas um exemplo de que, apesar das inúmeras críticas existentes às propostas terapêuticas do SSC, a melhora do perfil de aderência às suas medidas é, ainda, o melhor caminho para tentarmos reduzir as taxas inaceitáveis de mortalidade do choque séptico em nosso país.

P-582

VALIDADE DA VARIAÇÃO DA PRESSÃO DE PULSO (DELTA PP) COMO PREDITOR DE RESPOSTA A DESAFIO HÍDRICO EM PACIENTES VENTILADOS COM VOLUMES CORRENTES REDUZIDOS

AUTOR(ES): COSTA, C. D. A. O.; FRIEDMAN, G.; VIEIRA, S. R. R.; FIALKOW, L.; RIBEIRO, S. P.; CARDOSO, P. R. C.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE - SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

INTRODUÇÃO: A variação da pressão de pulso (Delta PP) é, atualmente, considerado o melhor preditor de resposta a volume em pacientes ventilados com volume corrente maior ou igual a 8ml/kg. O objetivo deste estudo foi avaliar o Delta PP como preditor de resposta a volume em pacientes ventilados com volume corrente reduzido (menor que 8ml/kg).

MÉTODOS: Estudo prospectivo e intervencionista, realizado no CTI do HCPA. Foram incluídos 25 pacientes, maiores de 16 anos, de ambos os sexos, em ventilação mecânica, monitorizados com cateter de artéria pulmonar e linha arterial que, mediante avaliação da equipe médica do CTI, se beneficiariam de volume (desafio hídrico com 1000ml de cristalóides ou 500ml de colóide).

RESULTADOS: Medidas hemodinâmicas, incluindo Delta PP, foram feitas em pacientes sedados (Rass-4, Rass-5), ventilados com volume corrente menor que 8ml/kg, antes e após o desafio hídrico. Os 14 pacientes que apresentaram aumento do índice cardíaco maior que 10% foram considerados respondedores. O Delta PP 5,5% (2,8-16,2%) foi maior nos respondedores do que nos não respondedores 2,8% (1,8-4,3%), mas sem significância estatística ($P=0,15$). A validade do Delta

PP (ROC curve area 0.64+-0,11) como preditor de resposta a desafio hídrico foi semelhante a da pressão de oclusão da artéria pulmonar (0,55+-0,12) e da pressão venosa central (0,64+-0,11), P=NS. O melhor ponto de corte encontrado foi 4% com sensibilidade 57% e especificidade 64%.

CONCLUSÃO: De acordo com os resultados deste estudo, o Delta PP não é um bom preditor de resposta a volume em pacientes ventilados com volume corrente reduzido. REFERÊNCIAS: Teboul JL. et al. Relation between respiratory changes in arterial pulse pressure and fluid responsiveness in septic patients with acute circulatory failure. ARJCCM 162.PP134-138, 2000. De Backer D. et al Pulse pressure variations to predict fluid responsiveness. Intensive Care Medicine, 2005, 31:517-523.

P-583

PÓS-OPERATÓRIO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO PRIMEIRO TRANSPLANTE HEPÁTICO DO RIO GRANDE DO NORTE: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): CARVALHO, E. R. D.; DANTAS FILHO, A. M.; LIMA JÚNIOR, J. C.; RODRIGUES FILHO, J. W.; TORQUATO, D. F.; SALVIANO, F. A. M.; SOUZA, R. M.; OLIVEIRA, I. B. M. D.;

CO-AUTOR(ES): SOUSA, R. K. C.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - UFRN

INTRODUÇÃO: transplante do fígado (TxT-H) é considerado um dos maiores e mais complexos procedimentos na medicina. O paciente candidato ao transplante apresenta uma doença debilitante, que aumenta ainda mais o risco cirúrgico.

MÉTODOS: Procedeu-se a análise retrospectiva do pós-operatório em UTI do paciente submetido ao primeiro TxT-H do RN. Os parâmetros avaliados foram: idade, sexo, indicação para transplante, evolução analítica da função hepática e renal, complicações e mortalidade.

RESULTADOS: Paciente TDT, sexo feminino, 52 anos, indicada para transplante hepático por cirrose pelo vírus da hepatite C associado a carcinoma hepatocelular, classificada como Child Pugh A, Meld 11. A paciente permaneceu internada durante 03 dias, sedada sob ventilação mecânica invasiva, evoluindo com normalização da função hepática e mantendo função renal dentro dos padrões de normalidade. No 8º DPO já de alta da UTI apresentou quadro de crise convulsiva evoluindo para estado de mal epilético, conforme diagnóstico clínico firmado por eletroneurofisiologia, intercorrência decorrente de neurotoxicidade desencadeada pelo imunossupressor (Tacrolimus). Tal diagnóstico foi estabelecido através de ressonância magnética de crânio, caracterizando a PRES (síndrome de neuroencefalopatia reversível posterior), manifestada clinicamente por agitação, afasia motora e nistagmo, além do quadro convulsivo.

CONCLUSÃO: as complicações relacionadas aos inibidores da calcineurina, grupo de drogas utilizadas como imunossupressores, é uma ocorrência raríssima, estando relacionada a excessivos níveis séricos destas drogas. Neste caso os níveis séricos máximos obtidos foram de 7,2ng/ml, o que demonstra a importância deste relato clínico no contexto global das complicações neurológicas em pós-operatório de TxT-H, mesmo em situações não previsíveis.

P-584

RELATO DOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE NOTIFICAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS NA CIDADE DE PETRÓPOLIS-RJ

AUTOR(ES): FONTES, L. E. S.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SANTA TERESA

INTRODUÇÃO:

A idéia de substituir órgãos doentes por outros, obtidas de corpos de pessoas que já não precisam, faz parte do imaginário humano há muito tempo. Entretanto, somente a partir dos anos 60 os transplantes ganharam impulso. Estudos mostram que médicos, em geral, conhecem pouco sobre doação de órgãos e morte encefálica (ME). Este trabalho visa relatar a experiência do CTI do Hospital do Santa Teresa na notificação de ME e doação de órgãos após a implantação do programa de captação de órgãos e tecidos na cidade de Petrópolis-RJ.

MÉTODOS: O período analisado foi do início das atividades do programa de captação no Hospital Santa Teresa, após a obtenção do credenciamento junto ao Ministério da Saúde em setembro de 2004, até janeiro de 2008. Foram registradas todas as notificações de ME no período, com dados dos potenciais doadores e o desfecho de cada caso. Utilizamos o protocolo de ME adotado pela Central Nacional de Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), segundo a Resolução do CFM nº 1.480 de 08/08/97.

RESULTADOS: No período estudado houve 46 notificações de ME, sendo 28 pacientes do sexo masculino e 18 pacientes do sexo feminino. O método gráfico mais utilizado para a documentação de ME foi a arteriografia cerebral de 4 vasos, realizada em 37 casos. As causas de ME encontradas foram: AVE hemorrágico (21 casos), AVE isquêmico (03 casos), TCE (17 casos), encefalopatia anóxica (03 caso), meningoenfalite (01 caso) e neoplasia cerebral (1 caso). A idade média dos potenciais doadores foi de 43 anos, variando de 17 a 77 anos. Das 46 notificações, a captação foi efetivada em 26 pacientes com a retirada dos seguintes órgãos: fígado(24), rim(48), córneas(26) e osso(02). Nos 20 casos restantes, em que não houve captação, as causas encontradas foram: negativa familiar (08 casos), parada cardiorrespiratória irreversível (07 casos), paciente encontrado em via pública sem identificação (01 caso) e contra-indicação clínica (04 casos).

DISCUSSÃO: As notificações apresentaram distribuição relativamente regular com poucos meses em que não houve nenhuma. Ocorreu em média uma captação a cada 1½ mês, sendo que nos meses de outubro de 2004, janeiro de 2006 e novembro 2007 houve duas captações em cada mês. No mês de outubro de 2004 houve quatro captações em todo o Estado do Rio de Janeiro, sendo metade destas em nosso Serviço. Se considerarmos que atuamos em apenas um hospital, e que o programa estava recém implantado os resultados foram bastante animadores, e com a crescente conscientização da opinião pública para a questão dos transplantes, notamos pouca resistência dos familiares.

CONCLUSÕES: Concluímos que um trabalho de conscientização dos profissionais envolvidos com Terapia Intensiva e da população leiga, associado a um programa de doação e captação de órgãos efetivo, com busca ativa constante, pode implicar em aumentos expressivos no número de notificações/captações, mesmo atuando em apenas um CTI.

P-585

RESULTADOS DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT) DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR DE PORTO ALEGRE

AUTOR(ES): MARQUES, S. H. B.; CÉZARO, P.; SOARES, D. C.

INSTITUIÇÃO: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos, testemunhamos um declínio no número de doações de órgãos no Brasil. Entre os anos de 1999 e 2004, obteve-se um crescimento de 3 doadores pmp (por milhão de população) para 7,4 doadores pmp. Se esse crescimento fosse mantido, em 10 anos seriam alcançadas as taxas médias atuais dos países desenvolvidos (15 a 25 doadores pmp). Mas, em 2005, observou-se uma queda em relação a 2004 (de 7,3 para 6,3 doadores pmp) que continuou em 2006 com 6,0 doadores pmp. O primeiro semestre de 2007 seguiu a mesma tendência, com uma diminuição na taxa de doadores efetivos no país para 5,4 doadores pmp. A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) associa essa queda com o fato de não haver uma política estabelecida para os transplantes no País.

O Rio Grande do Sul (RS) tem mostrado uma estagnação na doação de órgãos nos últimos anos. Em 2004, apresentou 12,0 doadores pmp, com um aumento em 2005 para 13,2 doadores pmp. Em 2006 voltou para 12 doadores pmp, mantendo o mesmo valor em 2007. Hoje, mostra-se como o segundo em estado brasileiro em doação de órgãos, ficando atrás apenas de Santa Catarina com 14,7 doadores pmp em 2007.

Com a finalidade de agilizar o processo de captação e doação de órgãos, foram instauradas as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) através da portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006. As comissões devem ser compostas por no mínimo 3 membros de nível superior, dentre os quais um médico ou enfermeiro designado como coordenador. Dentre suas funções, está a articulação com a Central de Transplantes, notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos, a identificação dos recursos diagnósticos