

diferenças significativas observáveis no dia do sacrifício. As análises bioquímicas do líquido pleural e hemogramas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. **Conclusões:** Os autores concluem que neste modelo de empiema pleural em ratos, a lavagem da cavidade pleural com Dextran-70 no 3º dia após inoculação bacteriana seguiu-se de alta mortalidade, não apresentando redução significativa na reação pleural até 96 horas após a produção do empiema.

TL-19 DISTRIBUIÇÃO SISTÊMICA DO TALCO APÓS ADMINISTRAÇÃO INTRA-PLURAL: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE TALCOS COM PARTÍCULAS DE TAMANHOS DIFERENTES

Pêgo-Fernandes, P. M.; Milanez, J.R.C.; Pazetti, R.; Capelozzi, V. L.; Werebe, E.C.; Murta, C.B.; Jatene, F.B.

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA – HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP.

Introdução: Existem relatos de problemas após o uso de talco para pleurodese. **Objetivo:** Comparar a distribuição sistêmica de 2 tipos de talco com diferentes tamanhos de partículas. **Material e Métodos:** 40 ratos receberam 10mg de talco por uma toracotomia lateral. Os animais foram divididos em 2 grupos: grupo 1 recebeu talco com Tamanho Médio da Partícula (TMP) = 19,16mm; e grupo 2, que recebeu talco (TMP = 30,49mm). Metade dos animais foi sacrificada 1 dia após a instilação do talco (subgrupos 1a e 2a), a outra metade foi sacrificada 14 dias após o procedimento (subgrupos 1b e 2b). Amostras de cérebro, coração, ambos pulmões, rins, fígado, baço e lavado broncoalveolar (LBA) foram analisadas. **Resultados:** Ambos os talcos foram encontrados em todos os órgãos examinados. O índice de deposição foi similar nos grupos 1a e 2a, e maior nos grupos 1b e 2b sem significância estatística. **Conclusão:** Ambos os talcos têm uma rápida distribuição para todos os órgãos e LBA não relacionado ao tamanho da partícula.

TL-20 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE PULMONAR AVALIADOS PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Dias, A. S. Dal Bosco, A. Lorenzini, M. Monteiro, M. Caramori, M. L. Moraes, B. G. Camargo, J.J.P.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. PAVILHÃO PEREIRA FILHO.

O transplante pulmonar é uma opção terapêutica para pacientes com doenças pulmonares progressivas em estágio avançado e que não apresentam chances significativas de melhora com o tratamento conservador. Este trabalho tem como objetivo mostrar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a transplante de pulmão no período de agosto de 1998 a maio de 2000. Foram incluídos neste estudo 15 pacientes avaliados pelo serviço de Fisioterapia e que realizaram o programa de reabilitação física após o transplante, sendo que 10 destes pacientes participaram da reabilitação inclusive no período pré-operatório. A média de idade foi de 53 anos ($\pm 14,32$), 13 do sexo masculino (86.66%) e 2 do sexo feminino (13.34%). As doenças de maior incidência foram o enfisema pulmonar 10 pacientes (66.66%), fibrose pulmonar 3 pacientes (20.0%), 1 paciente com pneumoconiose e 1 com bronquioliolite obliterante. Em relação ao lado eleito para a cirurgia 13 pacientes (86.66%) realizaram o transplante à esquerda, 1 à direita e 1 transplante bilateral. O tempo médio de cirurgia foi de 4h38min ($\pm 1h05$ min) e a média de tempo de isquemia 2h41min ($\pm 1h06$ min). O tempo médio de permanência na UTI foi de 12,4 dias ($\pm 5,89$ dias) para os pacientes que não realizaram reabilitação pré-operatória e de 11,9 dias ($\pm 4,36$ dias) para os que realizaram reabilitação no mesmo período. Desta amostra, 13 pacientes (86.66%) apresentaram um episódio ou mais de rejeição durante a internação hospitalar. As complicações mais frequentes foram: sangramentos (25,71%), infecção respiratória (20%), derrame pleural (14,28%) e injúria de reperusão (11,42%). Os pacientes que realizaram reabilitação pulmonar no período pré-operatório apresentaram um período de internação menor na UTI, apesar de não apresentar uma significância estatística.

Sessão Pesquisa: "Intensivismo"

Forma de Apresentação: Oral

Data: 9/10/2000 – Horário: 16:15-17:00h

Local: Sala Brasília – Expogramado

TL-21 VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA PODE PREVENIR REINTUBAÇÃO APÓS FALÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA: RESULTADOS DE UM ESTUDO PROSPECTIVO E RANDOMIZADO

Rosinha SRPO, Lobo SMA, Sanches HS, Deberaldine M, Vidal AMA, Tofoli LT, Schettino GPP, Amato MBP, Carvalho CRR, Barbas CSV.

HOSPITAL DE BASE – UNIVERSIDADE DE SÃO JOSÉ RIO PRETO E UNIDADE TERAPIA INTENSIVA RESPIRATÓRIA – DIVISÃO PULMONAR – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

Introdução: dificuldade desmame VM invasiva é de cerca de 05 a 30%, sendo alto o índice reintubação. O uso VMNI no desmame e em evitar reintubação ainda é controverso. **Objetivo:** comparar, por estudo prospectivo e randomizado, a efetividade do uso VMNI ou máscara oxigênio em prevenir reintubação após desmame, em falência respiratória aguda. **Casística e métodos:** avaliados prospectivamente 38 pac com IRPa, submetidos à TOT + VM por tempo superior a 3 dias, que após desmame VM conforme protocolo UTI e imediatamente antes da extubação foram randomizados em 2 grupos: VMNI nasal (20 pac) e Máscara oxigênio (18 pac). Realizadas medidas respiratórias e hemodinâmicas: 15 min, 2 h e 24 h após extubação. Falência do método foi considerado como retorno ao suporte ventilatório em até 48 horas após extubação. **Resultados:** após 24 h de extubação

	VMNI		Máscara oxigênio		$p < 0.05$
	Média	IC (95%)	Média	IC (95%)	Valor p
pH	7.38	7.36-7.39	7.36	7.33-7.39	0.290
PaO ₂ (mmHg)	110.65	100.66-120.64	84.29	76.67-91.91	< 0.001
SaO ₂ (%)	98.82	97.83-99.81	95.83	94.38-97.28	< 0.001
PaCO ₂ (mmHg)	37.22	34.78-39.65	42.95	38.29-47.61	0.029
FR (ipm)	22.50	20.55-24.45	27.39	24.39-30.38	0.006
FC (bpm)	89.35	84.59-94.10	98.55	91.03-106.08	0.032
PAM (mmHg)	96.10	90.23-101.97	100.17	92.01-108.32	0.393

Após 48h, índice reintubação na VMNI foi 5% (01/20) e máscara oxigênio 39% (07/18) $p = 0.013$. **Discussão:** VMNI mostrou-se útil em evitar suporte ventilatório invasivo em DPDC, doenças restritivas, hipoventilação noturna, edema agudo pulmão e falência hipoxêmica, entretanto seu papel em prevenir reintubações ainda não está definido. Este estudo demonstrou diminuição significativa de reintubação no grupo VMNI, com melhora das trocas gasosas provavelmente por fatores propiciados pela VMNI, tais como diminuição trabalho respiratório pela pressão inspiratória positiva, recrutamento alveolar e diminuição de atelectasias pela pressão expiratória positiva. **Conclusão:** neste estudo, a VMNI com pressão positiva pode prevenir reintubação após ventilação mecânica em pacientes com falência respiratória aguda.

TL-22 RECRUTAMENTO PULMONAR COM PRESSÕES DE VIA AÉREA ACIMA DE 40CMH₂O: FISIOLÓGIA, MECÂNICA E ANÁLISE TOMOGRÁFICA

Borges JB; Caramez MP; Gaudêncio AMAS; Sipmann FS; Demarzo S; Schwartz D; Santos DCB; Arantes PC; Barbas CSV; Carvalho CRR; Amato MBP.

DIVISÃO DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS & DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – INCOR – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, BRASIL

A aplicação de altas pressões de via aérea (explorando a janela de pressões entre 40 e 60cmH₂O) como uma manobra de recrutamento para maximizar o conceito de "open lung" é polêmica. Nós comparamos a magnitude de recrutamento associada com a aplicação de pressões de via aérea de 40cmH₂O com a obtida depois da aplicação subsequente de pressões até 50-60cmH₂O. Cada paciente foi submetido a incrementos seqüências nas pressões de via aérea (passos de 5cmH₂O, dois minutos cada) até a detecção de qualquer uma das seguintes condições: a) PaO₂ + PaCO₂ > 350mmHg e ausência de colapso pulmonar na análise tomográfica; b) evidência de barotrauma (na TC); c) índice cardíaco instantâneo < 2 L/min/m² ou SvO₂ < 70%; d) pressões de via aérea > 60cmH₂O. Nove pacientes (3 LPA, 6 SARA) foram continuamente monitorizados para débito cardíaco, saturação venosa mista, gases arteriais, mecânica pulmonar e pletismografia. **Resultados:** Em nenhuma circunstância foi necessário interromper a fase de recrutamento devido a deterioração hemodinâmica ou barotrauma. Houve um ganho de 17.99% na complacência, 20.24% na PaO₂ + PaCO₂ e uma diminuição no percentual de áreas colapsadas de 59.19%. **Conclusões:** 1) Expor pacientes com SDRA (Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo) a pressões de via aérea entre 40 e 60cmH₂O não resultou em efeitos deletérios significativos. 2) Com o uso de pressões de recrutamento acima de 40cmH₂O, foi possível um ganho de 18% na complacência pulmonar e 20% na oxigenação, enquanto foi obtida uma diminuição de aproximadamente 60% do colapso pulmonar. 3) Usando-se o protocolo proposto, o incremento na complacência pulmonar tendeu a se correlacionar com o aumento da oxigenação. 4) É possível ganhar aproximadamente 24% de tecido pulmonar com estas manobras de recrutamento. Funded: FAPESP, LIM-FMUSP, PRONEX.

TL-23 INCIDÊNCIA DE LESÃO PULMONAR AGUDA E SÍNDROME DA ANGIÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA NO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Fialkow L, Vieira SRR, Fernandes AK, Silva DR, Torres G, Buttelli R, Pires JF, Bozzetti M e Grupo de Pesquisa em SARA.*

SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA), UFRGS, PORTO ALEGRE, RS.

Existem poucos trabalhos avaliando a incidência de Lesão Pulmonar Aguda (LPA) e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) desde a Conferência de Consenso Americana-Européia de 1994. Os objetivos deste estudo foram determinar a incidência global de LPA, bem como a dos subgrupos com SARA e LPA sem critérios para SARA, sua mortalidade e a influência dos fatores de risco, comorbidades e disfunção orgânica na mortalidade por LPA. Um estudo de coorte prospectivo vem sendo realizado no CTI do HCPA desde abril de 1999. Todos os pacientes internados no CTI são avaliados quanto ao surgimento de LPA/SARA, definidas de acordo com o Consenso. Até agora, 1045 pacientes foram incluídos no estudo (588 homens e 457 mulheres, média de idade de 51 ± 17 anos). 45 (4,3%) pacientes desenvolveram LPA, 28 (2,7%) destes atingiram critérios de SARA e 17 não (1,6%). A mortalidade no CTI dos pacientes com LPA foi 44,4%, a dos pacientes que desenvolveram SARA foi de 46,4% e a dos com LPA sem critérios para SARA foi 41,2%; a mortalidade dos pacientes que não apresentaram LPA foi de 18,9%. Os fatores de risco mais frequentes para LPA/SARA foram sepse e hipotensão prolongada. Uma análise multivariada mostrou que as disfunções renal e hematológica foram significativamente associadas com maior mortalidade. Concluindo, os resultados parciais indicam que a incidência global de LPA foi de 4,3% e a de SARA foi um pouco maior que a de LPA sem critérios para SARA. A mortalidade foi semelhante tanto para LPA quanto para os subgrupos com ou sem SARA. As disfunções renal e hematológica foram os fatores preditores de mortalidade. Embora refletindo resultados parciais, este é, de acordo com o nosso conhecimento, o primeiro relato epidemiológico sobre LPA/SARA na América do Sul usando os critérios do Consenso, podendo acrescentar importantes informações sobre estas síndromes. *Stapenhorst C, Peukert C, Marc C, Borges C, Furtado M, Silveira E, Berti C, Ortiz C.