

TEMAS LIVRES

004 - AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS ABDOMINAIS

Rezende IMO, Rios DA, Fidelis TLS, Faria ICB

Introdução: As cirurgias abdominais altas levam a um aumento da incidência de complicações e subsequente elevação na mortalidade. O tratamento fisioterápico pós-operatório objetiva promover uma melhora no padrão respiratório do paciente, manter o controle da respiração com o mínimo esforço diminuindo o trabalho ventilatório, realizar reexpansão pulmonar, manter adequada a atividade da musculatura respiratória e diminuição do gasto energético durante o ciclo respiratório. Objetivo: avaliar a função pulmonar e pressões respiratórias no pré e pós-operatório de cirurgias abdominais altas e médias eletivas. Materiais e Métodos: Participaram deste estudo 11 pacientes (55, 42 ± 20, 04 anos), homens e mulheres, adultos que se submeteram a cirurgias abdominais altas e médias eletivas, no Hospital IPSEMG, no período de maio de 2008 a junho de 2008. Esses pacientes foram submetidos a uma avaliação física padronizada e a avaliação da capacidade inspiratória (CI), pressão insspiratória inspiratória (PImáx) e pressão expiratória máxima (PEmáx). Foram também avaliados por uma escala de dor antes e após o procedimento cirúrgico. Resultados: Foi observada diferença significativa entre a PIMÁX e PEMÁX pré e pós cirurgia; (PIMÁX; -63, 63 ± -33, 248 cmH20 no pré e -53, 63 ± -35, 78 cmH20 no pós operatório p = 0, 024; PEMÁX; 48, 63 ± 15, 98 cmH20 no pré e 33, 90 ± 10, 958 cmH20 no pós operatório p = 0, 003). Houve também redução significativa do pico de fluxo expiratório (306, 36 ± 146, 78 l/min no pré e 184, 54 ± 49, 92 l/min no pós operatório p = 0, 005) e da capacidade inspiratória (1673, 63 ± 766, 90 ml no pré e 1109, 09 ± 567, 42 ml no pós operatório p = 0, 008) além de um aumento significativo da dor após a cirurgia (0, 45 ± 1, 03 na escala de dor no pré para 3, 90 ± 2, 30 na escala de dor no pós operatório p = 0, 005). Foi verificada, também uma correlação significativa entre a dor e os valores de PEmáx (PEMÁX: 33, 90 ± 10, 958 cmH20 e escala de dor: 3, 90 ± 2, 30, r = 0, 70 e p = 0, 008). Conclusão: Houve piora da função pulmonar no pós operatório imediato das cirurgias e uma correlação negativa e significativa entre a dor pós operatória e a redução da PEMÁX.

E-mail do autor: ivanapuc@yahoo.com.br

006 - AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO BREATH STACKING E AIR STACKING SOBRE O PICO DE FLUXO DA TOSSE EM PACIENTES COM DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA

Faria ICB, Oliveira TD, Barbosa VL, Rezende IMO

Fundamentação: As Distrofias Musculares Progressivas (DMP) estão ligadas à desordens cromossômicas no gene Duchenne Muscular Distrophy (DMD), localizado no cromossomo X do DNA humano, que codifica a proteína distrofina, essencial para a formação da membrana muscular. Esta doença, leva a uma perda progressiva da função muscular, provocando diminuição da força da musculatura respiratória que eventualmente causará diminuições dos volumes e capacidades pulmonares e conseqüentemente insuficiência respiratória e morte. Uma tosse ineficaz promove o acúmulo de secreções pulmonares, sendo que técnicas fisioterapêuticas têm sido bastante utilizadas para otimizar a drenagem destas secreções brônquicas, proporcionando uma máxima expansão da caixa torácica. Objetivo: avaliar a eficácia do uso do Breath Stacking (BS), comparado ao Air Stacking (AS) sobre o Pico de Fluxo da Tosse (PFT) em pacientes com DMP e correlacionar o PFT Basal com o PFT alcançado em ambas as técnicas. Materiais e Métodos: Recrutadas 14 crianças do sexo masculino, com idade entre 7 e 14 anos (9, 80 ± 2, 86 anos). A coleta foi realizada em dois dias que consistiam de 3 medidas, o PFT basal onde foi utilizado o Peak Flow Meter Pediátrico, e de forma aleatória foram medidos o AS e o BS. O Air Stacking (AS), proporciona insuflações adicionadas aos pulmões de forma a expandi-los até sua capacidade de insuflação máxima, melhorando a efetividade da tosse, sendo necessário a cooperação do paciente e, o Breath Stacking (BS), consiste em proporcionar inspirações máximas contra a via aérea ocluída, não necessitando da colaboração do paciente, podendo ser utilizada em pacientes com DMP. e posteriormente correlacionar o PFT entre as técnicas utilizadas. Resultados e Conclusão: Os resultados não mostraram diferença significativa no PFT quando foram utilizadas as técnicas de hiperinsuflação manual (AS) e BS.

E-mail do autor: ivanapuc@yahoo.com.br

007 - DIETA ENTERAL, VOLUME INFUNDIDO X VOLUME PRESCRITO. QUAL A MELHOR MANEIRA DE MEDIR

Magalhães MF, Correia MM, Martins LV, Oliveira ED, Oliveira CR

Introdução: Uma das questões que têm sido objeto de estudo e indicador de qualidade no tratamento de pacientes em suporte nutricional enteral é a relação entre o volume de dieta prescrito, determinado pelas necessidades do paciente e o volume infundido, entretanto esse dado nem sempre é de fácil obtenção. Em nosso serviço observamos discrepâncias entre os valores registrados no balanço hídrico e o volume real infundido. Objetivo: Verificar a relação entre o volume de dieta enteral infundido e o volume prescrito, em uma unidade de terapia intensiva, visando a melhor qualidade do suporte nutricional e a determinação da melhor forma de obtenção desse indicador. Métodos: Durante um período de 10 dias fizemos a verificação do volume infundido de dieta enteral em pacientes internados, através dos registros encontrados na bomba de infusão do volume total infundido e confrontamos esse valor com os valores registrados nos balanços hídricos e os valores obtidos por cálculo, multiplicando-se o volume recebido por hora prescrito pelo número de horas de infusão, desde o início do frasco até o momento da coleta do dado. Comparamos a média desses valores e a relação entre eles, através da porcentagem do volume prescrito que foi infundido. Resultados: Foram verificadas as bombas de infusão obtendo-se 100 medidas, com uma média de dez pacientes por dia, recebendo nutrição enteral contínua. Das medidas obtidas 80% foram avaliadas como representativas já que em 20 das medidas verificamos haver erro da programação da bomba de infusão o que resultou em valores muito discrepantes dos esperados no que se referia ao volume total infundido. Constatarmos em alguns rótulos a ausência do horário de início da infusão o que impediu o cálculo do volume infundido a partir do volume-horário prescrito. Das 80 medidas avaliadas encontramos correspondência entre o volume registrado pela bomba de infusão e o volume calculado de 70% ou mais em 92% dos casos. A média obtida entre volume infundido e o volume calculado foi de 90, 82% com desvio-padrão de 12, 61. As anotações dos balanços hídricos apresentaram concordância de 100% com o volume prescrito, embora isto não correspondesse à realidade. Conclusão: Concluímos que como indicador de qualidade da administração de dieta enteral a relação volume infundido - volume prescrito deve ser utilizada desde que haja controle dos dados obtidos, principalmente no que diz respeito à programação adequada da bomba de infusão e às anotações no balanço hídrico, com treinamento da equipe de enfermagem responsável.

E-mail do autor: mfmagal@uol.com.br

013 - TEMPESTADE TIREOIDIANA ASSOCIADA A CHOQUE CARDIOGÊNICO. RELATO DE CASO

Cruz PHC, Veloso MVP, Tanure LM, Melo RS, Fritz TFL

Justificativa e objetivos: A crise tireotóxica é uma condição clínica, grave, resultante da exacerbação abrupta do estado hipertireóideo. Incide com maior frequência em pacientes com doença de Graves, apesar de poder ocorrer em pacientes com adenoma tóxico ou bócio multinodular tóxico. A apresentação clínica mais comum inclui febre, taquicardia, disfunções gastrointestinais, anormalidades neurológicas e hipertensão, seguidas de hipotensão e choque. Apesar de rara, o diagnóstico precoce e o tratamento agressivo são necessários para evitar o desfecho fatal, que ocorre em 10% a 75% dos pacientes hospitalizados. O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de tempestade tireoidiana, após interrupção do tratamento clínico, culminando com choque cardiogênico. Após tratamento apresentou melhora da disfunção ventricular em mais de 50%. Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 29 anos, etilista, tabagista, portador de hipertireoidismo de diagnóstico há aproximadamente 18 meses da admissão em uso de propranolol e propiltiouracil. Procurou o Pronto Atendimento em janeiro de 2009, com relato de tosse, dispnéia, febre não termometrada e emagrecimento com um mês de evolução. Relatou interrupção da medicação há três meses. À admissão na sala de emergência apresentava taquicardia (FC: 149 b. p. m), PA: 120/77mmHg, FR: 28/min, Temperatura axilar: 36,4°C e sudorese profusa. O exame da tireóide demonstrou glândula aumentada de tamanho. Diante do quadro, foi aventada a hipótese de crise tireotóxica. A conduta inicial foi de administração de oxigênio por cateter nasal, propiltiouracil (PTU) e propranolol. Os exames laboratoriais mostraram hipoglicemia à admissão (52mg/dl; VR:70-110); íons, lactato, uréia e creatinina em níveis fisiológicos. Gasometria arterial: pH=7,45, PCO₂=25mmHg, pO₂=109mmHg, HCO₃⁻= 20, 3 mEq/l). TSH inferior a 0,05 (VR: 0,25-0,5) e T4 livre superior a 5,43. Radiografia de tórax evidenciou cardiomegalia, sem evidencia de consolidação. O paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda e instabilidade hemodinâmica. Submetido a intubação orotraqueal. Iniciados noradrenalina, dobutamina, hidrocortisona e lugol. Suspenso Propranolol. Nessa ocasião foi solicitado ecodopplercardiograma: fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE): 18% (VR: 57 a 76%), dilatação biatrial, regurgitação valvular mitral e tricúspide funcional moderada e pressão sistólica na artéria pulmonar estimada em 34mmHg. A radiografia evidenciou pneumotórax, sendo realizada drenagem torácica em selo d'água. Foi encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 40 horas após a admissão hospitalar. Na UTI, foram suspensas noradrenalina e sedação. Apresentou fibrilação atrial sem repercussão hemodinâmica, realizados metoprolol e cardioversão elétrica sem sucesso. Prescrita amiodarona, com retorno ao ritmo sinusal. Permaneceu inconsciente até 96 horas após a suspensão da sedação, além de manifestar quadro de tetraparesia. Realizada tomografia de crânio que demonstrou apenas ausência de retallo ósseo occipital e edema subgaleal. No 9º dia de internação (DI) passou a apresentar febre contínua atribuída a seps de foco urinário, com melhora com antibioticoterapia. No 11º DI foi traqueostomizado. No 14º DI repetido ecodopplercardiograma que revelou função biventricular preservada, com FEVE de 57%. Permaneceu na UTI por 18 dias. Última dosagem de TSH= inferior a 0,05 e T4 livre=1,6. Após melhora das condições clínicas, o paciente foi transferido para a enfermaria. Conclusão: O controle da crise tireotóxica resultou na melhora da função ventricular do paciente em mais de 50%.

E-mail do autor: tfabiola@uai.com.br

015 - RABDOMIÓLISE DEVIDO AO USO DE ESTATINA EM ALTAS DOSES ASSOCIADO A WARFARIN EM PACIENTE PORTADORA DE HIPOTIREOIDISMO. RELATO DE CASO

Xavier JLS, Veloso MVP, Lopes DMC, Melo RS, Fritz TFL

Introdução: A rabdomiólise constitui uma patologia importante devido a morbi-mortalidade que encerra. Nas últimas décadas, com o advento das estatinas usadas na prevenção primária e secundária da doença cardiovascular, este assunto volta como importante complicação, muitas vezes fatal, do uso desta classe de drogas. A rabdomiólise é um possível efeito colateral do uso das estatinas, e consiste em necrose muscular com liberação de constituintes musculares na circulação. A severidade dos casos varia desde elevações enzimáticas leves sem mialgia, assim como dores musculares sem elevações enzimáticas, até casos severos de insuficiência renal aguda e óbito. A seguir, descreveremos um caso de uma paciente hipotireóide em uso de altas doses de sinvastatina associada a warfarin. Caso: Paciente sexo feminino, 51 anos, portadora de Fibrilação Atrial crônica e hipotireoidismo em uso de warfarin. Admitida no dia 19/02/09 no Hospital Odilon Behrens devido a mialgia progressiva, fraqueza muscular proximal, oligúria e sonolência com evolução há 1 semana. Antecedente de ter sido internada na mesma instituição para tratamento de AVC isquêmico, sendo liberada com prescrição de sinvastatina na dose de 40 mg VO ao dia. Paciente usuária de muitos fármacos (poli-farmácia), confundiu-se com dosagem da medicação e passou a ingerir 120 mg ao dia desde a alta hospitalar. Retornou ao hospital, após 21 dias, com as queixas descritas acima. Exames da admissão: TSH: 11,86 CKT: 73. 363 UI/ml RNI: 3,46 Uréia: 56 mg/dl Creatinina:1,2 mg/dl Iniciada hidratação vigorosa da paciente com monitorização da diurese, alcalinização da urina por meio de bicarbonato de sódio e reposição do hormônio tireoidiano. No dia 20/02/09, admitida no Centro de Terapia Intensiva de nossa unidade hospitalar mantendo função renal normal e urinando adequadamente. No dia 23/02/09, quando os valores da Creatinofosfoquinase(CKT) haviam reduzido consideravelmente CKT: 5.322 UI/ml, passou a apresentar oligo-anúria associada a elevação das escórias renais, além de anasarca. Paciente submetida a VNI devido a dispnéia por edema pulmonar. Piora da função renal e hipercalemia resultando em hemodialise no dia 02/03/09. No dia 05/03/09 foi intubada devido a hipoxemia e piora do padrão respiratório. Em 10/03/09, a paciente foi extubada após período relativamente curto de desmame ventilatório. Submetida a ecodopplercardiograma transesofágico no dia 16/03 que evidenciou aumento importante biatrial, estenose mitral moderada, regurgitação tricúspide, PSAP=53mmHg: Função sistólica de Ventrículo Esquerdo normal. Alta do CTI dia 14/03/09 com estabilidade hemodinâmica e respiratória. Recuperação total da função renal.

E-mail do autor: tfabiola@uai.com.br

016 - TÉTANO ACIDENTAL. RELATO DE CASO

Paes FR, Cruz PHC, Alves BG, Melo RS, Fritz TFL

Justificativa e objetivos: O Tétano é uma desordem neurológica desencadeada pela toxina tetânica, produzida pela bactéria anaeróbia *Clostridium tetani*. É uma doença imunoprevenível e de incidência rara em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento ainda permanece com incidência e mortalidade elevada. Pode apresentar-se sob a forma neonatal, cefálica, localizada e generalizada, sendo essa a forma mais grave da doença. A bactéria esporulada, livre no ambiente, desenvolve-se a partir da infecção de lesões na pele, geralmente úlceras sem assistência adequada. Sua toxina é captada pelas terminações nervosas, liga-se irreversivelmente aos receptores da glicina, um neurotransmissor, provocando uma desinibição de neurônios excitatórios do córtex. Isso leva a um estado de excitabilidade adrenérgica que pode desencadear taquicardia e hipertensão, além de hipersensibilidade aos estímulos externos, sejam eles táteis, visuais ou auditivos. Provoca espasmos musculares difusos, trismo e opistótono. A gravidade varia de caso para caso dependendo do tempo de incubação e aparecimento dos sintomas, quanto mais precoces mais grave. Geralmente dura de 4 a 6 semanas. O tratamento baseia-se em uso de antimicrobiano, neutralização da toxina, através da imunização passiva e ativa, cuidados intensivos associados ao controle da disautonomia, tratamento agressivo da lesão (porta de entrada), ambiente silencioso e escuro. Apesar das altas taxas de mortalidade, quando tratado de forma intensiva e precoce o tétano pode apresentar prognóstico melhor. Relato do caso: Paciente sexo masculino, 56 anos, morador de rua, tabagista, admitido no Hospital Municipal Odilon Behrens em 16/04/2009 devido à úlcera necrótica com miíase e exposição óssea em hálux D. Negou comorbidades prévias. Submetido a desbridamento local com amputação da falange distal do hálux D e retirada de miíases. Em 20/03, diante da má evolução da ferida, foi amputado anti-pé D. No mesmo dia iniciou com odinofagia e dor em região dorsal, bilateralmente, movimento dependente. Em 22/03 apresentou-se agitado, com cianose e esforço respiratório, hiperextensão cervical, contraturas musculares e trismo. Foi intubado. Pós intubação apresentou hipotensão e choque, necessitando de aminas. Iniciado Penicilina G cristalina 2.400.000 U endovenoso de 6/6 horas. No mesmo dia foi substituído por metronidazol 500 mg Endovenoso de 8/8 horas (por 12 dias). Administrado soro antitetânico 20.000 U e Imunoglobulina anti-tetânica 6000 UI IntraMuscular e 1 dose de Vacina anti-tetânica. Admitido no CTI em 23/03, em uso de noradrenalina 2ml/h e dormonid a 30ml/h, apresentando trismo, contraturas difusas e opistótono. Foi submetido a traqueostomia precoce em 26/03, continuou apresentando contraturas isoladas necessitando de curarização intermitente. Iniciado desmame da VM em 01/04 com redução progressiva da sedação endovenosa e otimização de sedação enteral. Submetido a ecocardiograma em 02/04 que demonstrou Fração de ejeção de ventrículo esquerdo: 60%, sem outras alterações. Evoluiu bem clinicamente, sem intercorrências e teve alta do CTI para enfermaria em 06/04/2009 com bom padrão neurológico, sem déficits.

E-mail do autor: tfabiola@uai.com.br

017 - DOENÇA DE TAKAYASU: ALERTA PARA SUSPEITA DIAGNÓSTICA EM CRIANÇAS

Araújo FDR, Brandão KN, Araújo FA, Vasconcelos GM, Ceolin S, Meira ZMA

Descreve-se caso clínico no qual criança de 3 anos, sexo masculino, 12 Kg é admitida após primeiro episódio de crise convulsiva. Ao exame clínico constata-se sinais de insuficiência cardíaca (ICC), desnutrição crônica e hipertensão arterial. Exame mais minucioso evidencia assimetria de pulsos entre membros superiores e inferiores. Investigação propedêutica mostrou anemia: exames sorológicos de fase aguda negativos, função renal normal. Dopplereocardiograma: miocardiopatia grave e grandes trombos no interior do ventrículo esquerdo. O duplex scan de carótidas foi normal e o de abdome evidenciou aneurisma de aorta e trombo em seu interior. Angiotomografia abdominal: espessamento concêntrico difuso da porção proximal e supra renal da aorta abdominal; aneurismas fusiformes de artérias ilíacas comuns, maior à direita, presença de trombo intraluminal, hipotrofia renal à direita. Tomografia encéfalo: normal. Evoluiu com boa resposta ao tratamento da ICC, heparinização e pulsoterapia com corticóide. Submetido a ressecção cirúrgica dos aneurismas de aorta e ilíacas, sem intercorrências. Anatomopatológico: Periarterite crônica inespecífica com áreas de aterosclerose. Alerta-se para doença rara nesta faixa etária e de pouco diagnóstico em nosso meio, provavelmente por subdiagnóstico; mas cujo conhecimento e abordagem adequados interferem beneficemente na evolução e prognóstico. Trata-se de vasculite granulomatosa crônica de etiologia desconhecida, que acomete a aorta e seus principais ramos. Maior prevalência em mulheres, na faixa etária de 20 a 30 anos. Evolui com sequelas vasculares graves que exigem abordagem cirúrgica. A mortalidade é alta. Os autores recomendam inserir a hipótese de endarterite de Takayasu na investigação da etiologia de acidente vascular cerebral isquêmico, hipertensão arterial e miocardiopatia dilatada, em qualquer faixa etária pediátrica e a despeito do caso fazem revisão da literatura com objetivo de informar ao intensivista pediátrico dados básicos sobre a doença.

E-mail do autor: fatima_derlene@hotmail.com

019 - ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO EM PACIENTE COM LEUCEMIA

Silva GO, Marçon MA, Souza IKF, Urbano HCA, Anselmo F, Cunha KCMS

Introdução: O Abdome Agudo Hemorrágico (AAH) manifesta-se, habitualmente, por dor abdominal de início súbito, de intensidade moderada, sem sinais de irritação peritoneal importante e sinais de choque hipovolêmico diretamente proporcionais à intensidade do sangramento. A Leucemia pro-mielocítica aguda (LPMA) é caracterizada pela translocação cromossômica envolvendo o gene receptor alfa do ácido retinóico no cromossomo 17 (RAR α). Como ocorre uma redução das três séries sanguíneas, essa doença manifesta-se frequentemente com anemia, risco aumentado de sangramentos e infecções. Objetivo: Apresentar um caso clínico de abdome agudo hemorrágico em paciente com leucemia pró-mielocítica aguda (LPMA), e discutir as possíveis complicações pós-operatórias relacionadas a essa doença. Metodologia: Apresentação de caso de uma paciente admitida na Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital Vila da Serra (Nova Lima, MG), portadora de LPMA com quadro de AAH, a partir de dados coletados dos registros de sua internação. Discussão do caso com base em revisão da literatura sobre o tema, com ênfase nas possíveis complicações pós-operatórias desse tipo de paciente. Discussão: A LPMA reduz a produção de células sanguíneas normais, mas seus níveis são reduzidos ainda mais pelos efeitos colaterais da quimioterapia. A intensidade da quimioterapia necessária para se destruir as células leucêmicas que resulte na remissão da doença leva a uma redução na produção de hemácias, leucócitos (neutrófilos e monócitos) e plaquetas. Como resultado da quimioterapia o paciente apresenta risco aumentado de apresentar sangramento devido à plaquetopenia; e de infecção devido à neutropenia. O risco dessa complicação está presente em qualquer paciente submetido a uma cirurgia, no entanto nos leucêmicos esse risco torna-se maior e cuidados mais específicos devem ser tomados. Transfusões de plaquetas e de hemácias são utilizadas como medidas de suporte ao tratamento. Antibióticos são utilizados quando surgem os primeiros sinais de febre em neutropênicos, mesmo sem a localização da infecção. A terapia da LPMA é baseada no uso do ácido transretinóico (ATRA) administrado com a quimioterapia. O ácido retinóico pode promover o desenvolvimento de células maduras. Os efeitos colaterais do ATRA são denominados síndrome do "atra-like". A síndrome do "atra-like" consiste febre, edema de membros, pericardite, edema pulmonar e derrame pleural podendo causar insuficiência respiratória e pseudotumor com dor de cabeça aguda e vômitos. O tratamento da síndrome do ácido transretinóico centra-se na descontinuidade da medicação e no início da terapia com dexametasona. Conclusão: As possíveis complicações pós-operatórias em um paciente leucêmico são significativamente mais graves e frequentes, em comparação com aquelas em pacientes não leucêmicos. Este fato ocorre devido à quimioterapia, ao uso de corticóide e à presença da própria LPMA, que debilita muita a imunidade do paciente e diminui sua produção de células sanguíneas. Conseqüentemente ocorre uma maior susceptibilidade às complicações infecciosas e hemorrágicas, com aumento da morbidade e da letalidade pós-operatórias.

E-mail do autor: belinha-luz@hotmail.com

020 - ALTERAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS NA DEFICIÊNCIA DE COBALAMINA

Montenegro NCMF, Silva CGJ, Cintra PR, Rocha HCS

A anemia perniciosa é a causa mais comum de deficiência de cobalamina descrita na literatura e essa condição clínica pode se manifestar através de distúrbios neuropsiquiátricos mesmo sem alterações hematológicas. Esse trabalho relata o caso de uma paciente internada no Hospital Júlia Kubitschek em 2009 com quadro neurológico inespecífico devido deficiência de vitamina B12 secundária a anemia perniciosa. Objetivos ressaltar a importância de se realizar a dosagem dessa vitamina na investigação de pacientes com sintomas neuropsiquiátricos diversos além dos quadros demenciais e neuropáticos. Paciente M. D. S., 66 anos, admitida com quadro de rebaixamento do sensorio, períodos de hipoventilação pulmonar com hipoxemia e hipercapnia. Encontrava-se em glasgow 6 e com bicitopenia no hemograma (anemia macrocítica com VCM:125fL e plaquetopenia). Recebeu suporte ventilatório para proteção de vias aéreas e iniciada propedêutica para esclarecimento do quadro neurológico. Realizado TCC e punção líquórica ambas sem alterações. Função renal sem anormalidades importantes. Teste rápido anti-HIV e FAN negativos, TSH e T4 livre sem alterações. Coombs indireto negativo e dosagem de vitamina B12 muito diminuída, de 96pg/ml(N: 200 a 900pg/ml) com níveis séricos de ácido fólico normais. EDA mostrou pangastrite com sinais de atrofia de fundo e corpo de grau moderado. Paciente permaneceu com labilidade do sensorio apresentando períodos de apnéia prolongada, três episódios de parada respiratória de curta duração com rápido retorno após intubação orotraqueal e ventilação adequada. Após a terceira reintubação, paciente foi submetida a traqueostomia mantendo ciclos de ventilação espontânea com períodos de ventilação mecânica após episódios de sonolência importante com hipoventilação. RNM realizada a procura de alguma patologia que acometesse o centro respiratório bulbar não revelou alterações que esclarecessem o caso. Sem outra causa aparente, foi iniciada reposição parenteral de cianocobalamina tendo como hipótese diagnóstica a sua deficiência como causa da anemia megaloblástica, das alterações neurológicas e do episódio prévio documentado de trombose venosa profunda. Após poucas semanas de terapia a paciente apresentou melhora importante do nível de consciência e cognição sem novos episódios de sonolência com repercussão na dinâmica ventilatória. A anemia perniciosa é a causa mais comum de deficiência de cobalamina, afetando indivíduos entre 45-65 anos sendo ligeiramente mais comum em mulheres. As alterações laboratoriais revelam um VCM caracteristicamente aumentado. A homocisteína acumula-se na deficiência de cobalamina sendo a hiperhomocisteinemia associada com trombozes e doença vascular acelerada. Os estudos de patologia mostram perda de mielina com degeneração axonal mais frequentemente nas colunas dorsais e laterais da medula espinhal, mas também nos nervos periféricos e cranianos e no córtex cerebral. As manifestações neuropsiquiátricas podem ocorrer precoce ou tardiamente no curso da doença e podem estar presentes sem qualquer anormalidade hematológica. Usualmente respondem à terapia de reposição de cobalamina. Mesmo nos pacientes que não apresentam melhora clínica, a vitamina B12 deve ser reposta por evitar a progressão da doença. Daí a importância de se realizar a dosagem da cobalamina em pacientes que apresentam tais manifestações, tendo em vista que os sintomas podem ser reversíveis com o tratamento e a progressão da doença impedida.

E-mail do autor: normacaroline@hotmail.com

024 - COMPLICAÇÕES PÓS ELETROCONVULSOTERAPIA

Montenegro NCMF, Silva CGJ, Cintra PR, Loureiro LVM, Arruda LSM, Rocha HCS

A Eletroconvulsoterapia (ECT) foi introduzida como tratamento para distúrbios psiquiátricos na década de 1930, no entanto a preocupação com seus efeitos colaterais e o surgimento da terapia farmacológica limitou seu uso (DUKAKIS *et al*, 2006). Atualmente, a ECT é indicada em casos de depressão grave resistente ao tratamento ou quando há um risco elevado de suicídio. Descreveremos o caso de M. I. B, sexo feminino, 64 anos, portadora de hipertensão arterial, *Diabetes Mellitus* insulino dependente e psicose não orgânica não especificada desde a adolescência, que apresentou quadro de tosse produtiva, febre, confusão mental e rebaixamento do nível de consciência 03 dias pós sessão de eletroconvulsoterapia. No atendimento imediato, foi realizado entubação orotraqueal e uso de ventilação mecânica. Admitida na Unidade Intensiva /HJK com quadro de Pneumonia aspirativa (já em uso de Ceftriaxona e Claritromicina) associada à descompensação dos níveis pressóricos e glicêmicos. Após otimização terapêutica, evoluiu com estabilidade clínica sendo encaminhada para enfermaria, onde apresentou alternância entre períodos de agitação psicomotora e sonolência de difícil controle, obtendo melhora apenas com uso de Olanzapina e Oxcarbazepina. Fica evidente a necessidade de realizar ECT apenas sob anestesia geral e com equipe especializada, respeitando-se a condição clínica geral do paciente para minimizar a ocorrência de eventos deletérios.

E-mail do autor: normacaroline@hotmail. com

027 - CANAL ARTERIAL EM PREMATUROS: EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DE PROTOCOLO EM UNIDADE NEONATAL DE SERVIÇO PÚBLICO

Vilela EL, Araújo FDR, Brandão KN, Araújo FA, Severiano GMV, Meira ZMA

Introdução: O canal arterial (CA) é uma estrutura vascular que une artéria pulmonar à aorta. No período fetal é vital mas a patência no prematuro (RNPT) pode ser maléfica para diversas funções orgânicas, além de aumentar a mortalidade global, especialmente em RNPT extremos. Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo, através de protocolo de pesquisa e análise de prontuários, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa. Foram analisados RNPT internados na UTI Neonatal no período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2008, com idade gestacional (IG) \leq 30 semanas e/ou peso de nascimento (PN) \leq 1000g, ou RNPT com peso e IG maiores mas com clínica de PCA na primeira semana de vida. O protocolo de abordagem do CA utilizado no serviço consiste na avaliação clínica e ecocardiográfica no quarto dia de vida. Avalia-se dados clínicos (sopros, pulsos, precórdio, sinais de insuficiência cardíaca) e ecoDopplercardiográficos (presença ou ausência de CA, medida do diâmetro ao bidimensional, caracterização do fluxo pelo CA (leve, moderado, grande), relação AE/AO, razão diâmetro do CA ao quadrado pelo peso). Indica-se fechamento farmacológico (ibuprofeno endovenoso) se não houver contraindicações. Repete-se o eco após 72 h do uso e avalia-se cirurgia para aqueles com repercussão clínica (fluxograma anexo). Resultados: Analizou-se 162 RNPT sendo 74 (45, 6%) feminino e 82 (50, 6%) do masculino e 6 (3, 8%) gênero ignorado. A IG variou de 24 a 34 semanas (média: 27, 5/desvio padrão: 1, 8). O PN variou de 520g a 1600g (média: 942, 6/desvio padrão: 219, 3). Os eventos neonatais na primeira semana de vida foram: uso de surfactante (82%), seps (72, 8%), choque (75, 3%), hemotransfusão (30, 9%), HIV maior ou igual a grau III (18, 5%). Do total analisado 72 (44, 4%) apresentaram ecocardiograma normal. Nos demais 90 (55, 6%) o ecocardiograma evidenciou presença de CA. O diâmetro variou de 0, 9 a 4, 5 mm (média 2, 13/ desvio padrão: 0, 64). A relação AE/Ao foi $>$ ou = 1, 5 em 42, 7%. O índice diâmetro do CA ao quadrado pelo peso (mm^2/kg) variou de 0, 8 a 13, 8 (média de 5, 0). Destes 90 pacientes CA ao ecocardiograma, 54 (60%) apresentavam quadro clínico sugestivo de CA (sopro em 52, 2%, pulsos amplos em 23, 3%, precórdio hiperdinâmico em 18, 9% e ICC em 6, 7%). Trinta e quatro pacientes (37, 8%) apresentaram CA ao eco sem achados clínicos. Houve fechamento espontâneo em 18 (20%) e 72 (80%) tiveram indicação de intervenção clínica ou cirúrgica. Foram 25 (27, 7%) que usaram Ibuprofeno, observando-se sucesso (inclusive eco normal) em 10 (40%). Efeitos colaterais observados: 3 com aumento transitório de escórias, 1 hiponatremia e 1 enterocolite. Cirurgia foi indicada em 62 (69%), porém apenas 48 (53%) foram submetidos ao procedimento pois 14 (15%) foram a óbito antes. Quanto indicação cirúrgica: 17 (35, 5%) por falha do tratamento clínico, 25 (52%) por contra indicação a este, 6 (12, 5%) cirurgia direta por ICC grave. Observou-se intercorrências no pós operatório (PO) em 27% (4 óbitos, 4 pneumotórax, 1 derrame pericárdico, 1 reabertura e reintervenção, 1 insuficiência renal: 1 choque e 1 hemorragia pulmonar) mas podem ser combinação de fatores em RNPT extremo. Conclusão: Programa-se estudo prospectivo com intervenção mais precoce para maior avaliação.

E-mail do autor: fatima.derlene@hotmail. com

028 - TAMPONAMENTO CARDÍACO EM CRIANÇA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE FEBRE REUMÁTICA

Araújo FA, Araújo FDR, Brandão KN, Severiano GMV, Amorim L, Meira ZMA

Introdução: Os autores descrevem caso clínico no qual a admissão em unidade de terapia intensiva foi devido tamponamento cardíaco e cujo diagnóstico etiológico necessitou acompanhamento evolutivo tanto do ponto de vista clínico quanto ecocardiográfico. A definição etiológica foi importante para a melhora da paciente e evidenciou causa rara de manifestação de cardite reumática. Relato do caso: B. S. C. A., feminino, 11 anos, previamente saudável, foi atendida inicialmente em unidade básica de saúde com história de anemia, cansaço aos esforços, dores em membros inferiores, sem acometimento articular e febre não termometrada. Admitida com quadro grave de taquidispnéia, palidez, taquicardia, abafamento de bulhas. Rx de tórax evidenciou cardiomegalia importante ("coração em moringa") e o ECG apresentava ritmo sinusal com baixa voltagem no plano frontal, Pri 0, 16 ms e Qtc 0, 45 ms. Exames hematológicos: PCR de 105, 1, VHS: 55mm na 1ª h. Ecocardiograma mostrou derrame pericárdio volumoso e colapso do átrio direito. Submetida a pericardiocentese. Houve drenagem de 1. 200 ml de líquido amarelo citrino com exame compatível com exudato e cultura negativa para bactérias, fungos e BAAR. Sorologias foram negativas para HIV, citomegalovírus, rubéola, toxoplasmose e mononucleose. Biópsia de pericárdio: reações inflamatórias inespecíficas. Hemoculturas negativas. Investigações clínica e laboratorial de tuberculose, neoplasia e colagenose foram negativas. Paciente foi tratada com antibióticos por suspeita de pericardite infecciosa, porém evoluiu com sintomas e sinais de insuficiência cardíaca grave, persistência de febre, aumento de PCR e VHS, apresentando ao exame físico bom estado geral, ausência de toxemia. Porém ficava claro a presença de sopro sistólico regurgitativo em foco mitral irradiando para axila além de sopro diastólico em foco aórtico. Exame ecocardiográfico seriado evidenciaram insuficiência mitral moderada a importante e insuficiência aórtica leve, além de espessamento de folheto anterior da valva mitral e pouca mobilidade do posterior, ausência de vegetações. Foram então suspenso os antibióticos e iniciado corticoterapia. Houve resolução da febre após 48 horas, melhora da ICC, negatização do PCR e normalização do VHS. Recebeu alta assintomática, em uso de diurético e penicilina benzatina na dose de 1. 200. 000 UI de 21/21 dias. Continua em acompanhamento ambulatorial e mantém lesões valvares estabilizadas. Discussão: A febre reumática (FR) é uma doença sistêmica que se manifesta entre uma e cinco semanas após uma faringoamigdalite estreptocócica, aparente ou não, causada por estreptococo β -hemolítico do grupo A em indivíduos suscetíveis e com resposta imunológica de hiperreatividade. A pericardite na FR é o menos comum dos achados da cardite (4 a 11%) e é classicamente descrita como fina camada de exsudato estéril, conhecida como pericardite em "pão com manteiga". Na ausência de valvite, deve-se pesquisar outra etiologia, já que o tamponamento cardíaco bem como a pericardite constritiva são achados raros na FR. As causas mais importantes de derrame pericárdico nesta faixa etária são as colagenoses, especialmente o lúpus, além de tuberculose e doenças hemato-oncológicas. Na literatura há 15 casos descritos de tamponamento cardíaco associado à FRA em pacientes pediátricos e em apenas um houve necessidade de pericardiocentese.

Referências: Nguyen DH, Zentralbl chir, 1981, Alemanha

E-mail do autor: fatima. derlene@hotmail. com

029 - TAQUICARDIA VENTRICULAR EM CRIANÇA SADIÀ

Araújo FDR, Barroso H, Araújo FA, Severiano GMV, Gontijo MA, Meira ZMA

Objetivo: Os autores descrevem um caso clínico de criança atendida com taquicardia ventricular e descrevem sobre as características clínicas desta na faixa etária pediátrica. Introdução: Não é rara a observação de taquiarritmias ventriculares em pacientes com idade pediátrica. Existem algumas formas específicas de taquiarritmias ventriculares com manifestação precoce que se prolongam pela idade adulta. A grande fonte de distúrbios do ritmo em crianças é sem dúvida o trato de saída de ventrículo direito. Com origem nesse local podemos observar a ocorrência de extra-sístoles isoladas, TV não sustentada e sustentada e uma forma especial chamada de taquicardia monomórfica repetitiva do tipo Gallavardin. Relato do caso: P. H. S. C., masculino, 11 anos, atendido em unidade de urgência, com relato de estar apresentando dor e desconforto precordial após atividades de educação física na escola. Negava passado mórbido ou qualquer sintomatologia correlata anterior bem como história familiar de cardiopatias ou arritmias. Exame físico evidenciou criança eutrófica, cooperativa, taquicárdica (FC: 180 bpm), pulsos cheios, reperfusão capilar imediata, eupnéica, ausência de hepatomegalia. Registrado eletrocardiograma que mostrou ritmo taquicárdico ventricular monomórfico. Optado por tratamento com amiodarona endovenosa. Houve reversão para ritmo sinusal. O exame radiológico do tórax e o ecoDoppler cardiograma foram normais. Realizou-se ainda hemograma e ionograma completos e dosagem de enzimas cardíacas que foram normais. Recebeu alta em uso de amiodarona oral (5 mg/Kg/dia). Ambulatorialmente realizou HOLLTER que não evidenciou arritmias e novo ecocardiograma para pesquisa de displasia arritmogênica de VD que foi normal. Submeteu-se ainda a ressonância magnética do miocárdio com o mesmo objetivo. Criança foi encaminhada para estudo eletrofisiológico e ablação. Discussão: Existindo um foco ectópico em trato de saída de VD, este produzirá despolarizações desta cavidade para VE e de cima para baixo produzindo uma ectopia com morfologia do tipo bloqueio de ramo esquerdo (BRE - ativação de septo direito para esquerdo) e com orientação inferior no plano frontal (ECG de superfície). Assim, em pacientes com coração estruturalmente normal, uma taquiarritmia com morfologia tipo BRE sempre sugere uma origem em VD. Uma forma especial de taquicardia ventricular observada em crianças é a chamada monomórfica repetitiva (Gallavardin). Em mais de 70% dos casos tem origem em trato de saída de VD (morfologia tipo BRE). Essas taquicardias podem ser de caráter idiopático, muitas vezes relacionadas com os exercícios. No entanto, há necessidade de estabelecermos o diagnóstico diferencial com a displasia arritmogênica do ventrículo direito pois os prognósticos são bastante distintos. Conclusão: Aconselha-se investigação especializada de queixas infantis de dor ou desconforto precordial ou sensação de "descompasso ou batimento apressados" relatados pelas mesmas ou por familiares, tendo em vista a possibilidade de arritmias graves em pacientes aparentemente saudáveis.

E-mail do autor: fatima.derlene@hotmail.com

030 - A UTILIZAÇÃO DE INDICADORES PARA AVALIAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE

Souto MS, Werli A, Chianca TCM

Fundamento: Atualmente, os usuários dos serviços de saúde estão mais conscientes de seus direitos de cidadãos, motivando as instituições a buscar qualidade na assistência. A qualidade tem sido concebida pelo monitoramento de indicadores institucionais que ofereçam avaliação objetiva. Observou-se ausência de avaliação da qualidade com indicadores de eficácia no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital universitário de Belo Horizonte. Propôs-se a elaboração e aplicação de instrumento para quantificação de eventos adversos relacionados à assistência de enfermagem. Objetivo: Elaborar e aplicar um registro de controle da qualidade da assistência de enfermagem num CTI de um hospital universitário utilizando indicadores de eficácia de assistência. Delineamento: Estudo epidemiológico prospectivo, de abordagem quantitativa, do tipo transversal. Amostra: Observações (851) referentes aos pacientes internados em três unidades de CTI, contendo 30 leitos no total, no período de 03 a 17 de Outubro de 2008. Métodos: Foi elaborado um impresso incluindo os indicadores: perdas de acesso venoso periférico (AVP), acesso venoso central (AVC), pressão intra-arterial (PIA) e sonda nasointestinal/nasogástrica (SNE/SNG); aparecimento de úlceras por pressão estágio 2 e extubações não planejadas. O impresso foi deixado em cada um dos 30 leitos para preenchimento e notificação pelos membros da equipe. Foram realizadas reuniões com as equipes de técnicos de enfermagem para explicar sobre o registro no impresso, como deveria ser procedida a coleta e sensibilizar a equipe para a importância da documentação. Análise Estatística: Foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 11.5 para a análise descritiva dos dados. Resultados: Foram realizadas 851 observações. Obteve-se um total de 109 casos (12,7%) de eventos adversos ocorridos no CTI. As observações totais na UTI 1 foram de 280; 252 na UTI 2 e 318 na UTI 3. A UTI 3 apresentou a maior incidência de eventos adversos (14,8%), seguida da UTI 1 (11,8%) e da UTI 2 (11,5%). Dentre os eventos identificados, houve uma maior incidência de perda de AVP (44,3%), seguido de perda de SNE/SNG (35,7%) em todo o CTI. Cada UTI apresentou valores significativos e particulares com relação aos eventos adversos, destacando-se: A UTI 1 apresentou 18 (52,9%) casos de perda de SNE/SNG; a UTI 2 um maior índice de extubações não planejadas (5 casos-16,7%); e, a UTI 3 apresentou 33 casos (64,7%) de perda de AVP. Conclusões: Verificou-se uma incidência significativa de eventos adversos no CTI da instituição. O estudo demonstrou que cada UTI apresenta um perfil de falhas específicas, apesar de se encontrar alguns tipos de eventos adversos coincidentes. Como estratégia de melhoria, propõe-se um programa de educação permanente com as equipes de enfermagem para conhecimento dos desvios identificados, revisão dos procedimentos, elaboração de propostas por turno de trabalho e revisão/eliminação dos motivos desencadeantes a partir de compromissos individuais e de grupo. A utilização de indicadores de qualidade nos serviços de saúde são instrumentos essenciais e podem ser incluídos numa proposta de educação permanente que possa atender às necessidades de cada equipe de enfermagem e melhorar a qualidade do cuidado prestado a cada paciente, em particular.

E-mail do autor: melssouto@yahoo.com.br

032 - NECROSE DE CÍLON E CHOQUE SÉPTICO ASSOCIADOS A SALMONELOSE

Cruz PHC, Melo RS, Fritz TFL, Prata PHL

As salmoneloses humanas são síndromes clínicas resultantes da infecção por bactérias do gênero *Salmonellae*. No Brasil a doença é endêmica, com superposição de epidemias. A enterocolite é a manifestação clínica mais frequente da salmonelose, cuja evolução benigna e autolimitada é regra. Ocasionalmente ocorrem quadros sépticos comprometendo múltiplos sistemas. Casos de necrose entérica são raros na literatura, com evolução severa ou letal. O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de enterocolite severa secundária a *Salmonella* sp. (não typhi); culminando com choque séptico e necrose de cólon. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 32 anos, com diagnóstico progressivo de transtorno bipolar, procurou o Pronto Atendimento em fevereiro de 2009 com quadro de dor abdominal em cólica, diarreia com sangue e vômitos há um dia. Em uso de olanzapina, lítio, clonazepam, risperidona e clorpromazina. À admissão na sala de emergência apresentava hipotensão, taquicardia, FR: 28/min, desidratação. O abdome estava distendido e doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. A conduta inicial foi de administração de oxigênio por cateter nasal, reposição volêmica com cristalóides, ciprofloxacino e metronidazol. TC de abdome com distensão gástrica e de alças, ausência de líquido livre, e pneumoperitônio. Os exames laboratoriais mostraram acidose metabólica. O paciente evoluiu na sala de emergência com vômito fecalóide, aspiração maciça de conteúdo gástrico, insuficiência respiratória aguda e instabilidade hemodinâmica. Apresentou parada cardiorespiratória com 5 minutos de duração. Submetido a intubação orotraqueal. Iniciada noradrenalina. Encaminhado ao bloco cirúrgico, onde foi observada necrose de todo o cólon e pontos de lesão em quase todo o delgado. Realizadas colectomia total, enterectomia de 40 cm em íleo terminal e ileostomia. As culturas evidenciaram *Salmonella* sp. (não typhi) em coprocultura e *Stafilo* sp. coagulase negativo em secreção abdominal. *Klebsiella* sp. em fragmento de tecido. Não houve crescimento bacteriano em hemoculturas. Análise anatômica patológica de peça cirúrgica: processo inflamatório inespecífico. Foi encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em pós-operatório imediato, no dia seguinte à admissão hospitalar. Apresentava instabilidade hemodinâmica, em uso de doses elevadas de Noradrenalina, CK total elevada (15819), insuficiência renal aguda (creatinina 2,3; uréia 81) e febre contínua. No 2º dia de internação (DI) na UTI foi submetido a enterectomia segmentar. Apresentava abertura ocular espontânea, sem contato. A tomografia de crânio (TCC) no 3º DI não demonstrou anormalidades. Realizado diagnóstico de encefalopatia hipóxica isquêmica. Melhora da função renal. No 9º DI apresentou fístula jejunal e ileal, foi realizada enterectomia em cunha, laparostomia e iniciado Imipenem, houve melhora da função renal. No 13º DI apresentou desabamento de ileostomia e fístulas de anastomoses, feita nova enterectomia segmentar. Mantida nutrição parenteral total. Teve múltiplas intercorrências durante a permanência na UTI, com escara sacral, fístula enterocutânea direcionada com dreno de Kher, novas sepses. Recebeu alta da UTI após 54 dias de internação, sem melhora neurológica, após 72 horas de desconexão da ventilação mecânica. Na enfermaria realizou nova TCC com áreas de isquemia corticais difusas. Evoluiu para óbito em 19/04/2009.

E-mail do autor: tfabiola@uai.com.br

033 - MORTE SÚBITA ABORTADA SECUNDÁRIA A SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE

Gonçalves HT, Bicalho DPD, Silva SGA, Silva AFM, Barroso HM

O objetivo deste trabalho é alertar quanto à importância do diagnóstico diferencial de síndrome de Wolff-Parkinson-White em pacientes admitidos com parada cardíaco-respiratória (ou morte súbita). Descrita inicialmente em 1930 por Louis Wolff, Sir John Parkinson, and Paul Dudley White que descreveram 11 pacientes com ataques de taquiarritmia com padrão de bloqueio de ramo e intervalo PR curto ao ECG. Trata-se de paciente de 19 anos, sexo feminino, no oitavo dia de puerpério admitida no HOB, em 24/02/08 com parada cardíaco-respiratória em atividade elétrica sem pulso (AESP). Evoluiu com fibrilação ventricular (FV), sendo desfibrilada com 360J, retornando ao ritmo sinusal (RS). O eletrocardiograma (ECG) pós-PCR mostrou: RS regular, desvio do eixo para a esquerda, BRD e HBAE, padrão Q3T3. A hipótese diagnóstica inicial da causa da PCR foi embolia pulmonar com escore de Genebra = 5 pontos: risco intermediário. Foi posteriormente submetida a trombólise com estreptoquinase. Recebe alta em 18/03/09 sem seqüelas em uso de anticoagulação oral. Em 04/04/08, apresentou em casa dor precordial de forte intensidade, seguida de síncope sendo admitida no HOB em parada cardíaco-respiratória com ritmo de FV. Inicialmente suspeitado de tómbolismo maciço foi feito trombólise com alteplase. O ECG apresentava RS, iPR = 0, 08", QRS = 0, 120" com desvio do eixo para a esquerda, empastamento do início da onda R (onda delta?), QTc = 0, 66". Foi aventada a hipótese de arritmia cardíaca devido a Síndrome de Wolf-Parkinson-White sendo submetida a estudo eletrofisiológico que identificou presença de via acessória, com condução anterógrada, localizada na região póstero-lateral-direita do átrio direito. Aplicou-se radiofrequência, com desaparecimento transitório da pré-exitação, que retornava após o término da aplicação. Várias aplicações foram realizadas, porém sem êxito. Casos como este sugerem tratar-se de banda muscular ou posicionamento mais profundo no músculo cardíaco da via acessória, fazendo-se necessário cateter especial para ablação com maior poder de lesão. Concluímos que a Síndrome de Wolff-Parkinson-White é um diagnóstico diferencial importante de parada cardíaco-respiratória e apesar de ser incomum pode evoluir para morte súbita e seu conhecimento evita terapias desnecessárias e potencialmente deletérias.

E-mail do autor: tfabiola@uai.com.br

034 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EXTREMOS ASSISTIDOS NO CTI-INFANTIL DE UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DE DIVINÓPOLIS/MG

Andrade DS, Silva FD, Moraes JT

Fundamento: A Neonatologia é uma ciência que tem avançado muito nestes últimos tempos, passando por várias evoluções, tendo como consequência direta um aumento significativo nos índices de sobrevivência daqueles pacientes que antes eram considerados inviáveis, os Recém-Nascidos Extremamente Prematuros (RNPE). Os RNPE são aqueles com peso abaixo de 1000 gramas e normalmente com idade gestacional abaixo de 30 semanas. Esta preocupação em identificar as crianças prematuras extremas deve-se ao fato de tratar-se de um grupo passível de problemas imediatos e futuras seqüelas. Objetivo: Caracterizar os RNPE's assistidos em um Centro de Terapia Intensiva Infantil (CTI-I) de um hospital de médio porte do município de Divinópolis/MG. Delimitação: Sabendo que a qualidade de vida e a morbimortalidade destas crianças, ainda não são bem definidas na literatura, justifica-se a importância deste trabalho, para se conhecer o perfil dos egressos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica, a partir da descrição de suas características para então, fundamentar a assistência prestada promovendo o cuidado com qualidade. Amostra: Numa população de 137 RNPE constatou-se que 55 sobreviveram e 82 foram a óbito no período de novembro de 1999 a outubro de 2008, sendo assim, compuseram a amostragem desta pesquisa, 24 pacientes devidamente registrados no caderno de controle da unidade e no prontuário que obtiveram alta do CTI-I no período de outubro de 2005 a outubro de 2008 devido à informatização dos dados neste período. Métodos: Foi realizado um estudo de caráter quantitativo, de abordagem descritiva e exploratória. Foram utilizados os prontuários dos arquivos do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e o caderno de registro do CTI-I de um hospital de médio porte de Divinópolis-MG. Foram critérios de inclusão no estudo: RNPE com registro de alta hospitalar com sobrevivência no período de novembro de 1999 a outubro de 2008. Análise estatística: Foi empregada análise estatística, com descrição do desvio padrão, média e variância. Resultados: Da população estudada, 54% foram do sexo masculino. O peso médio encontrado nos RNPE foi de 851, 2 gramas, com idade gestacional média de 28 semanas, o ganho de peso médio diário foi de 23 gramas, e a média de 50 dias de internação. A taxa de sobrevivência variou de 14% em 2004 e 69% em 2002. O número de ocorrências de morbidades encontradas variou de 100% por Broncodisplasia Pulmonar, 83% por Sepse Tardia, 62, 5% por Membrana Hialina, 25% por Persistência do Canal Arterial, 20, 8% por Hemorragia Intracraniana grau II e 16, 7% por Choque Séptico. Conclusões: Foi possível observar a grande variância nos índices de sobrevivência dos RNPE ao longo dos anos. Houve uma grande diversidade de morbidades encontradas, isto se justifica, devido à susceptibilidade que a prematuridade extrema acarreta, porém observou-se que alguns índices estão acima dos encontrados em estudos semelhantes, como também houve índices de morbidades que ficaram abaixo de outros estudos. Foi evidenciado ainda inconsistência de informação referente aos dados registrados pelo serviço. Percebe-se a importância de se realizarem estudos aprofundados para se delimitar os motivos das variâncias encontradas, já que vários fatores podem influenciar nos resultados dos índices encontrados.

E-mail do autor: dibinha84@yahoo.com.br

035 - RELATO DE CASO: ERUCISMO POR LONOMIA

Noronha JNS, Ferreira PC, Bastos FB, Gomes AV, Amâncio FF, Silva DDR

Introdução: Acidentes com lagartas do gênero *Lonomia* sp são freqüentes no Brasil, principalmente nos meses de verão, atingindo na maioria das vezes trabalhadores rurais e crianças. O contato com suas espículas provoca a liberação de um veneno com atividades pró-coagulantes e fibrinolítica, além de induzir a ativação do complemento e a produção de citocinas inflamatórias. As manifestações locais iniciais são dor e queimação, podendo ocorrer edema, eritema e equimose de intensidade e duração variável. Após período de 01 a 72h podem surgir hemorragias teciduais, intra ou extra cavitárias. Sintomas gerais inespecíficos também são freqüentemente observados. Relato de caso: Os autores relatam caso de paciente feminina, de 44 anos, leucoderma, procedente de zona rural de Betim - M.G., admitida no H. João XXIII com quadro de icterícia marcante, cefaléia, náuseas, vômitos, gengivorragia, hematuria, insuficiência renal aguda, plaquetopenia, anemia microangiopática e hipotensão após contato com lagartas *Lonomia*. Após ressuscitação volêmica inicial e investigação de outros sítios sangrantes, a paciente recebeu 10 ampolas de Soro Antilonômico sendo transferida para Unidade de Terapia Intensiva para estabilização clínica e monitorização hemodinâmica. Comentários: O caso relatado mostra a importância da busca precoce por auxílio médico, do diagnóstico e tratamento específico nos casos de contato acidental com lagartas *Lonomias* visando melhor controle de suas manifestações clínicas, além de evitar complicações como acidente vascular cerebral e nefropatia que podem resultar no comprometimento da qualidade de vida ou até mesmo na morte do paciente.

Palavras-chave: Acidentes com *Lonomia*; veneno; atividade pró-coagulante; hemorragias.

E-mail do autor: paula. minas@bol.com.br

036 - INSTRUMENTOS DE GESTÃO DE ENFERMAGEM UTILIZADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Souza AD, Lima CGG, Franco LMC

Trata-se de uma revisão bibliográfica acerca dos instrumentos de classificação de pacientes Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) e Nursing Activities Score (NAS), a fim de oferecer base científica para os processos decisórios relacionados à qualidade da assistência, requisição de recursos humanos, monitorização da produtividade e orçamento. Tem como objetivo apontar as principais diferenças entre o TISS-28 e o NAS sugerindo o que melhor se aplica para mensurar a carga de trabalho de enfermagem. Para este estudo foram utilizados 11 artigos científicos, duas dissertações de mestrado encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e duas resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Na literatura não foi encontrado nenhum trabalho que comparasse os dois instrumentos definindo a melhor aplicabilidade entre eles. Foram identificados aspectos distintos entre o TISS-28 e o NAS e com base nessas diferenças percebeu-se que o NAS contempla um número maior atividades executadas pela enfermagem, sendo possível a sua utilização para mensurar a real carga de trabalho desta categoria na assistência intensiva. A utilização de instrumentos para dimensionar a equipe de enfermagem é de grande importância, pois, orienta o modo de dividir e organizar o trabalho nas unidades.

Palavras-chave: Carga de Trabalho; Recursos Humanos de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Classificação.

E-mail do autor: amandadsouza@gmail.com

037 - EPIDEMIOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

Madeira RL, Moreira JBZ, Cançado LR, Faria LM, Carvalho LGP

Introdução: A injúria renal aguda é uma síndrome cada vez mais freqüente em nosso meio. No ambiente hospitalar, a IRA é uma constante na prática clínica, desde os atendimentos em pronto-socorro, enfermarias até às unidades de terapia intensiva. Nos pacientes criticamente enfermos, pode acometer até 35% dos pacientes, com altas taxas de mortalidade. No Hospital Felício Rocho, não há dados reais da prevalência desta entidade em ambiente de Terapia Intensiva. Concomitantemente, o perfil geral dos pacientes (idade, sexo, co-morbididades, motivo da internação) que desenvolvem IRA é pouco conhecido. Objetivo: Avaliar sob os aspectos epidemiológicos a ocorrência de insuficiência renal aguda (IRA) em indivíduos adultos admitidos no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Felício Rocho (CTI-HFR). Materiais e métodos: Entre agosto de 2008 e janeiro de 2009 foram coletados dados sobre os indivíduos com idade superior a 18 anos, admitidos no CTI-HFR e que apresentaram tempo de internação em CTI superior a 48 horas. Foram excluídos aqueles que já estivessem sendo submetidos a qualquer forma de Terapia Renal Substitutiva (TRS) antes de sua admissão em CTI. A coleta foi realizada por médicos residentes em Terapia Intensiva e Nefrologia do Hospital Felício Rocho através de impresso específico. Para a identificação da IRA consideramos o critério RIFLE. Para este trabalho estamos realizando a análise parcial dos dados coletados. Resultados: Foram identificadas 286 internações sendo que 137 foram incluídas, na presente análise, por preencherem os critérios pré-estabelecidos. A distribuição entre sexos foi de 51% para o masculino e 49% para o feminino. Observamos o maior número de indivíduos com idade superior a 45 anos (84%) e a maior concentração na faixa etária de 66 a 89 anos (43%). As admissões foram de causa clínica em 70% dos casos sendo as infecciosas (42%) e cardiovasculares (19%) as principais causas. Para as causas cirúrgicas (30%) observamos a distribuição de 36% e 64% para os pós-operatórios oncológicos ou não. A prevalência da IRA foi de 95 casos (69%) sendo que 61 foram identificados à admissão (IRA pré CTI 64%) e 34 (36%) ocorreram durante a internação no CTI. A distribuição da IRA, segundo a classificação RIFLE, foi de 45% para RISK, 29% para Injured e 25% para Failure. Sua distribuição para a causa provável foi de 45% para pré-renal, 53% para renal e 2% para pós-renal. Houve necessidade de TRS em 9 casos (9%) e a recuperação da IRA, pré-alta do CTI, foi de 62%. A mortalidade geral do CTI foi de 28 casos (20%) e quando analisada com relação a IRA elevou-se para 25% (a mortalidade para IRA pré CTI foi de 21% e de 32% para IRA no CTI). A mortalidade relacionada a TRS foi de 56%. Conclusão: A IRA é uma entidade comum no ambiente de CTI e com implicações negativas para a evolução do paciente durante a internação hospitalar. O conhecimento do perfil populacional atendido nos permite tentar criar protocolos específicos para a prevenção de sua ocorrência e conseqüente redução da morbi-mortalidade.

E-mail do autor: leonardomeiradefaria@yahoo.com.br

039 - CATETER DE ARTÉRIA PULMONAR: CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM-MG

Carlos VGA, Leite MAR

Resumo: Os enfermeiros que atuam em CTI, freqüentemente relatam dificuldades para realização do estudo hemodinâmico e subutilização dos dados obtidos para o planejamento da assistência de enfermagem¹. Knobel² afirma que o dado mais importante acerca da indicação e do uso do CAP diz respeito à relação entre experiência e conhecimento versus riscos e benefícios. Este estudo tem o objetivo de avaliar o conhecimento que os enfermeiros possuem sobre a monitorização e cuidados de enfermagem, ao paciente com o CAP. A realização da pesquisa tem sua relevância visto que o enfermeiro participa de todas as fases da monitorização (preparo do material, do paciente, manutenção do CAP e prevenção de possíveis complicações)³. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, quantitativa realizado em um CTI de um hospital do município de Contagem - MG. A amostra foi composta de dez enfermeiros e o instrumento de coleta foi um questionário. Os dados sócio-demográficos e questões fechadas foram tabulados em percentagem e colocados em gráfico e tabelas. As perguntas abertas foram analisadas, transcritas e agrupadas de acordo com a concordância das respostas onde foram feitas percentagens. Os enfermeiros foram abordados individualmente, no período de setembro a novembro de 2008, momento em que foram explicados os objetivos da pesquisa e entregue duas vias do TCLE para assinatura. Foram distribuídos dez questionários e todos foram respondidos. A faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos (70%), pode-se observar que os enfermeiros estão graduando cedo e chegando cedo ao mercado de trabalho. Neste CTI 70% dos enfermeiros possuem menos de cinco anos de graduação em enfermagem e atuam a menos de cinco anos na terapia intensiva. Atualmente os enfermeiros que trabalham em CTI, estão buscando o aprimoramento técnico-científico como forma de atender ao mercado de trabalho⁴. O estudo mostrou que os enfermeiros que trabalham neste CTI, têm um bom entendimento sobre conceito, objetivo e uso do CAP. Todos listaram os principais materiais para inserção, manutenção do cateter e cuidados de enfermagem. Julga-se que as respostas dos participantes tenham relação com sua vivência profissional, os materiais listados foram encontrados em literaturas^{5, 6}. Quando perguntados sobre as indicações clínicas, 100% dos participantes demonstraram conhecimento corroborando com outras literaturas^{2, 5, 7}. Os enfermeiros tiveram dificuldades em listar os valores hemodinâmicos normais mas, a maioria das respostas foi correta em relação ao significado das siglas. Provavelmente essa disparidade seja devido a necessidade dos profissionais médicos usarem com mais freqüência os valores ao invés dos enfermeiros. Solicitou-se também que identificassem por meio da curva apresentada, qual câmara cardíaca que ela correspondia, a curva de PCP foi identificada por 60% dos enfermeiros, percebe-se que o correto posicionamento do CAP reflete a pressão em cunha e que foi de boa interpretação e identificação pelos enfermeiros. Conhecer a curva de PCP válida o estudo hemodinâmico feito pelo enfermeiro e agrega valores ao seu serviço como credibilidade e segurança. Neste CTI pode-se inferir que apesar do número reduzido de enfermeiros no seu quadro eles estão aptos ao manejo do CAP.

Referências: 1 PINTO, C.J.M., COLOMBO, R.C.R., GALLANI, M.C.B.J. Crenças atitudinais e normativas dos enfermeiros sobre o estudo hemodinâmico por meio do cateter de artéria pulmonar, Revista Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto, v.14, n.6, p. 915-922, nov/dez, 2006. Disponível em: Acesso em maio 2008. 2 KNOBEL, E. Terapia intensiva: hemodinâmica. São Paulo, Atheneu, 2006. 3 MIYAKE, M.H.; OLIVEIRA, R.L. de; SILVA, S.C. de. Assistência de enfermagem frente ao paciente: aspectos importantes na monitorização do débito cardíaco contínuo. Revista Nursing, São Paulo, v. 63, n.5, p. 37-42, ago. 2003. 4 SANTOS, L. A. U. O mercado de trabalho, Revista Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto, v.5, n.4, oct. 1997. Disponível em: Acesso em Jan. 2009. 5 CORRÊA, A. R., CORTEZ, M. S. M., LEITE, M. A. R. Procedimentos e rotinas de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. In: MACHADO, M. da G. R. Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. cap. 45, p. 534-544. 6 MONACHINI, M. Padronização de monitorização hemodinâmica e da utilização de cateteres arterio-venosos- UTI Hospital Sirio Libanes, lev. 2004. Disponível em: Acesso em: Set. 2008. 7 FERNANDEZ, Jr.; CONSTANTINO, J.; AKAMINE, N.; KNOBEL, E. Monitorização hemodinâmica. In: KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap. 14, p. 156-174.

E-mail do autor: vivianegassis@yahoo.com.br

040 - OCORRÊNCIA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES EM RECÉM-NASCIDOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA DE MONTES CLAROS EM 2007

Oliveira MDB, Silveira BRM, Gonçalves RPF

As Unidades de Terapia Intensiva neonatais talvez sejam o local onde o fenômeno da infecção hospitalar se expresse em sua maior plenitude (TAMEZ, 2006). Estas unidades são caracterizadas por pacientes com imunidade imatura e submetidas a inúmeros procedimentos invasivos, que muitas vezes permitem a sobrevivência dos recém-nascidos (COUTO, 2003; ABRAMCZYK 2006). Este estudo avaliou o comportamento epidemiológico das infecções hospitalares na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Clemente de Faria, através de um estudo epidemiológico quantitativo de cunho descritivo. O presente trabalho trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, a partir de uma análise retrospectiva que utilizou como técnica de pesquisa a busca de dados secundários, adquiridos através do caderno de busca ativa das infecções hospitalares disponível no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do mesmo hospital e prontuários disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatística. Os sujeitos do estudo foram os recém-nascidos, com idade de 0 a 28 dias, admitidos na UTIN do Hospital Universitário Clemente de Faria, oriundos de setores do próprio hospital no ano de 2007 e que desenvolveram infecção hospitalar. Foram acompanhados 56 recém-nascidos, que vieram a desenvolver 83 infecções. Os resultados indicaram que no mês de janeiro foi registrado o maior número de infecções hospitalares e no mês de setembro e novembro o menor número. A sepse precoce (53%), a monilíase (16%) e a sepse tardia (13%) foram os principais sítios de infecção hospitalar em recém-natos. Das variáveis estudadas, as que mais caracterizaram os recém-nascidos que desenvolveram infecção hospitalar foram: prematuridade, baixo peso ao nascer, infecção do trato urinário materno, nascimento por parto cesárea e a realização exacerbada de procedimentos invasivos. Esperamos que esse estudo possa contribuir para posteriores análises e adoção de medidas de prevenção e controle de infecções hospitalares em neonatos.

E-mail do autor: mayarabicalho@yahoo.com.br

042 - CUIDADOS PALIATIVOS AOS PACIENTES TERMINAIS: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Santana JCB, Campos ACV, Barbosa BDG, Baldessar CEF, Paula KF, Rezende MAE

Resumo: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa exploratória, como técnica de pesquisa utilizamos a teoria de Bardin. Realizado em um hospital do interior de Minas Gerais, com o objetivo de compreender o significado atribuído pela equipe de enfermagem aos cuidados paliativos com pacientes terminais. A partir dos relatos feitos pela equipe de enfermagem, foram identificadas cinco categorias: Percebendo a necessidade de humanizar o cuidar dos pacientes terminais; Presença da família: ligação no final da Vida; Necessidades básicas do paciente terminal; Despreparo da equipe para lidar com o processo de finitude; Respeitar os limites reanimar ou não reanimar. Os resultados apontam que cuidar de pacientes terminais exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, requer a compreensão a fundo de sua individualidade, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana, contribuindo conseqüentemente, com o processo de humanização dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidado Paliativo; Paciente Terminal; Equipe de Enfermagem.

E-mail do autor: julio.santana@terra.com.br

043 - REFLEXÕES ÉTICAS DO CUIDAR EM ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DE UM GRUPO DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Santana JCB, Fonseca AM, Campos ACV, Cotta FMP, Dutra BS, Borelli LR

Resumo: Este artigo consiste em um estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica, cujo objetivo foi compreender o significado do processo ético do cuidar sob a percepção de um grupo de enfermeiros de um hospital público do Interior de Minas Gerais, Brasil, onde utilizamos a seguinte questão norteadora: Qual a sua percepção, enquanto enfermeiro assistencial do processo ético do cuidar? Os dados dessa pesquisa foram coletados no período de janeiro a fevereiro de 2008. A partir da análise dos dados, obtidos por meio de depoimentos, informações que promovem a reflexões favorecendo a elaboração de três categorias: Humanização da Equipe: Influência no Cuidar Ético; Respeito ao Paciente, Família e Equipe; Necessidade de Espaço de Discussões sobre O Cuidar e a Ética. Os resultados evidenciaram que os enfermeiros perceberam que em relação à equipe de enfermagem existe uma falha no processo ético, e muitas vezes no desempenho do cuidado, e em algumas posturas, que deixam a desejar. Eles observaram que há necessidade de um espaço para discussões sobre o cuidar e ética, e que o ato de cuidar, é respeitar o outro, é ser humano, sempre com qualidade, é dar um serviço digno ao cliente. Assim, podemos concluir que é fundamental lembrar que a consciência de que uma relação com o outro é necessária, a capacidade de ser sensível, de conviver com as diferenças, são atitudes de solidariedade. Por representar um valor, ela favorece o potencial criativo, o espírito crítico e a interação enfermeiro/paciente.

Palavras-chave: Ética; Bioética; Equipe de Enfermagem; Cuidado.

E-mail do autor: julio.santana@terra.com.br

044 - HUMANIZAÇÃO DO CUIDAR

Santana JCB, Souza AB, Santos VH, Campos ACV, Dutra BS, Silva EASM

Resumo: Este artigo apresenta o resultado de uma pesquisa qualitativa, descritiva com inspiração fenomenológica que buscou compreender o significado da assistência humanizada, sob a ótica dos profissionais de enfermagem de um hospital particular da cidade de Sete Lagoas, Minas Gerais. Realizou-se entrevistas com estes profissionais, a partir da questão norteadora: qual o significado da humanização na assistência para você? Após análises dos relatos, surgiram unidades sistemáticas que revelaram questões relacionadas ao significado pessoal de humanização, o cuidado, a relação com a família, a dor, e os sentimentos e experiências dos próprios profissionais que estão reunidos nas seguintes categorias: cuidado - a expressão do humanizar e se colocar no lugar do outro; família - "nosso porto seguro"; profissionais da saúde - a necessidade de saber executar a técnica para cuidar. As reflexões mostraram que apesar dos profissionais de saúde ser considerados às vezes "insensíveis" e técnicos demais; há um resgate da essência da humanização no dia a dia, reforçando-se a idéia de que eles são os pilares da construção dessa mudança, que por sua vez necessita de incentivos e valorizações. Enfim, discutir a assistência humanizada é o melhor caminho de modo a sensibilizar e conscientizar os profissionais e os futuros profissionais envolvidos no cuidado mais humanizado, a fim de descobrir o benefício que pode ser conseguido a todos os envolvidos.

Palavras-Chave: Humanização na saúde; Família, Profissionais de saúde; Enfermagem.

E-mail do autor: julio.santana@terra.com.br

045 - O CHORO MUDO: RELATO DE CASO

Gomes PLD, Gomes P

Trata-se da paciente L., 62 anos, portadora de esclerose lateral amiotrófica – ELA, uma doença neurológica, crônica, degenerativa, caracterizada pela atrofia dos músculos do corpo, causando perda da funcionalidade e, eventualmente, o óbito. O diagnóstico ocorreu há apenas 7 meses, mas o desenvolvimento da doença foi impiedoso: L. já perdeu a capacidade de deglutição, de respiração e o movimento dos braços e pernas, restando apenas movimento dos dedos da mão direita. O corpo está paralisado, a consciência preservada. O sujeito está ali, com toda sua subjetividade, no leito do CTI, traqueostomizado, gastrostomizado, imóvel, impotente diante do outro. E L. chora; expressa sua dor através do choro, choro mudo, sem som algum. Chora porque sente; chora para se mostrar sujeito. L. tem três filhas e dois filhos. As filhas são as mais presentes nas visitas e estão imersas em sentimentos de medo, angústia, frustração. A mãe da família, que organiza a casa, que sustenta os laços familiares, que tem controle das contas e dos gastos, está morrendo. As filhas projetam toda a raiva da doença e da morte para a equipe: são exigentes, detalhistas, "implicantes". Elas vêm, a cada dia, sua mãe se tornando cada vez mais objeto, cada vez menos sujeito. Ouvir essa dor, ouvir o choro mudo de L. e os gritos de suas filhas, é o desafio. A psicologia entra nesse meio, na tentativa de resgate da subjetividade do sujeito, de reatar laços e de possibilitar encontros. Começo a atender uma das filhas, V. Ela se queixa da falta de assistência dos irmãos, do medo da morte da mãe, da impossibilidade de cura, dos limites de cuidado. Observo que as filhas precisam participar do tratamento. Elas se vêm diante de tantas imposições e limites, mas precisam estar ali, fazendo o que elas sabem fazer: ser filhas de L. Permito que levem ao CTI fotos e bilhetes para L. Elas levam fotos, flores de papel crepom, bilhetes com marcas de beijo de batom. Elas tiram o foco da morte e dos aparelhos e vêm sua mãe. L. faz gesto com os dedos pedindo dinheiro para as filhas. Percebo que o dinheiro na mão seria como recuperar algum controle para L. e que, para as filhas, que estão impossibilitadas de dar água, comida e cura, entregar o dinheiro é poder dar algo. Discuto com a equipe multidisciplinar e coloco a nota de dinheiro dentro de um plástico. Essa intervenção, que rompe com a rotina do CTI, devolve para L. seu senso de controle, oferecendo possibilidade de escolha, no meio de tantas imposições. Também faz com que as filhas sejam consideradas participantes desse processo, pessoas que têm algo a oferecer. Diante da morte e da terminalidade, as saídas do sujeito são as mais variadas possíveis: a mudez do choro, os brados da reclamação, os beijos de batom no papel, o dinheiro dentro do plástico. Mas é somente assim que podem existir, enfim, não mais como objetos, mas pessoas que precisam ser ouvidas, subjetividades que precisam ser resgatadas. Mesmo quando mudas.

E-mail do autor: rh@aebrmg.org.br

046 - FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM PACIENTES INTERNADOS NA TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE CONTAGEM, MINAS GERAIS

Silva BAGL, Leite MAR

Fundamento: As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo e no Brasil, representando 28% dos óbitos brasileiros em 2004 1, 2. Em 2004, houve no município de Belo Horizonte o registro de 774 óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM)3. As síndromes coronarianas agudas (SCA) possuem como causa a obstrução coronariana decorrente da aterosclerose 1, 4. Tais síndromes são compostas pela angina instável e o IAM, com ou sem supra desnivelamento do segmento ST, que estão associados a fatores de risco comuns 1, 5. O fator de risco é entendido como um elemento presente no paciente que propicia o aumento da probabilidade de ocorrer uma doença 1. Nos estudos de Consentino *et al* 1 e Pinheiro *et al* 4 são apontados como fatores de risco responsáveis pelos episódios de SCA: gênero, idade, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), *Diabetes Mellitus* (DM), história familiar, obesidade, tabagismo, e sedentarismo. Objetivo: Identificar os fatores de risco em pacientes internados com o diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital privado. Delineamento: Estudo transversal com abordagem quantitativa. Amostra: Foram incluídos todos os pacientes admitidos no CTI do Hospital Santa Rita em Contagem, no período de julho a dezembro de 2008, cujo diagnóstico de internação foi SCA, independente de sua procedência e de sua evolução na unidade. A amostra final foi de 47 pacientes. Métodos: A coleta de dados foi realizada no prontuário eletrônico por meio da evolução de admissão do enfermeiro presente no plantão. Foram coletadas informações como nome, idade, gênero, e a busca de fatores de risco como dislipidemia, hipertensão, diabetes, tabagismo, sedentarismo, obesidade, história familiar de SCA e internação prévia com SCA. Análise estatística: A identificação das variáveis estatisticamente significativas foi calculada por meio de odds ratio e do teste qui-quadrado, considerando significativo $p \leq 0,05$. Resultados: Dos 47 pacientes estudados, 57, 5% eram do gênero masculino, havendo maior prevalência dos fatores de risco como dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e internação prévia nesse grupo. Já nas mulheres, 42, 5% da amostra, observou-se a predominância de obesidade. A média aritmética de idade foi de 59, 5 anos, observando que 72% dos pacientes tinham idade superior a 50 anos. A prevalência encontrada na população estudada foi: dislipidemia 46, 8%, hipertensão arterial sistêmica (HAS) 85, 1%, *Diabetes Mellitus* 34%, tabagismo 37%, sedentarismo 74, 5%, obesidade 38, 3%, história familiar positiva 55, 3% e internação prévia 46, 8%. Entre faixa etária e hipertensão ($p = 0,001$) constatou-se que quanto mais avançada a idade do paciente, maior a chance dele ser hipertenso. Verificou-se que 32 (68%) dos pacientes são sedentários e hipertensos ($p = 0,02$; OR 6.10). Nos pacientes do gênero masculino a chance cresce para 12 vezes dos sedentários também serem hipertensos ($p = 0,01$; OR 12.0). Conclusão: A população analisada apresentou prevalências de fatores de risco próximas às encontradas na literatura, sendo a HAS e o sedentarismo de maior ocorrência. Esses achados enfatizam a necessidade de adequar os hábitos de vida da população para prevenir as SCA, pois a grande parte destes fatores de risco são facilmente mensuráveis e totalmente modificáveis.

E-mail do autor: brunaadriene@terra.com.br

049 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NÃO-FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE E PREVENÇÃO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Costa CAB, Oliveira CG, Teixeira GS, Barçante TA, Megda MLM

O recém-nascido pré-termo (RNPT) internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é submetido a diversos procedimentos dolorosos. Acreditava-se que ele não sentia dor devido à imaturidade neurológica, porém estudos recentes provaram que o RNPT é capaz de sentir dor e que se essa não for tratada adequadamente pode acarretar consequências futuras. Para que condutas sejam realizadas a fim de se evitar esses efeitos, é necessário ampliação do conhecimento acerca desse assunto. Esse estudo é uma revisão bibliográfica cujo objetivo foi descrever os cuidados de enfermagem não-farmacológicos na prevenção e controle da dor no RNPT. Realizou-se uma revisão de literatura na Bireme, obtendo 121 artigos. Após leitura dos títulos e resumos selecionou-se 16 para leitura na íntegra. Os resultados apontam que a solução oral de sacarose proporciona ao RNPT sensação de bem-estar e calma, pois induz resposta endógena dos opióides. A sucção não-nutritiva leva a redução do choro e, juntamente com a sacarose aumenta a potência da analgesia. O cuidado Mãe Canguru promove liberação de opióides endógenos resultando em uma ação analgésica e apresenta redução no tempo de choro em até 82% e nas caretas faciais em até 65%. O posicionamento e o toque de aconchego proporcionam ao RNPT menor agitação, melhor auto-regulação e redução no tempo do choro. Um ambiente tranquilo, com baixos níveis de ruído e iluminação proporciona ao RNPT boa auto-regulação e conservação de energia para seu crescimento e desenvolvimento. Enfim, tais métodos são eficazes, seguros e contribuem na redução do estresse e no alívio da dor.

E-mail do autor: camilaguiaraesoliveira@gmail.com

051 - RESULTADO DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE DESMAME ESPECIAL APÓS TRAQEOSTOMIA

Silva JDC, Bernardine JR, Vargas MM, Costa AL, Dressler CL, Santos JFG

Fundamento: Muitos pacientes que necessitam de ventilação mecânica invasiva (VMI) são submetidos à traqueostomia (TQT) durante a sua internação na unidade de terapia intensiva (UTI) (Crit Care Med 1997; 25: 983-8). Um dos motivos mais freqüentes é a dificuldade de interrupção da VMI (Chest 1996; 110: 1018-24). Neste contexto, várias técnicas de desmame são sugeridas, ainda sem evidências de que uma seja melhor que outra (RBTI, vol 20, nº2, 178-183. Abril/junho, 2008). A implantação de um método sistematizado de desmame de pacientes traqueostomizados é de grande importância. (Arq Bras Cardiol, volume 80 (nº 3), 301-5, 2003). Objetivo: Avaliar o resultado da implantação de um método de desmame especial, em pacientes críticos traqueostomizados, em VMI. Delineamento: Coorte observacional, prospectivo, da análise do resultado de um método de desmame de pacientes traqueostomizados em VMI, já utilizado rotineiramente em uma UTI de um hospital geral, sem grupo controle. Amostra: Todos os pacientes internados numa UTI de 29 leitos, que atende a pacientes clínicos e cirúrgicos, em VMI, submetidos à traqueostomia, no período de 20/12/2008 a 10/04/2009. Métodos: Coletamos os dados demográficos e clínicos, da VMI e dos desfechos intermediários e finais de todos os pacientes em VMI submetidos à TQT, desde a internação na UTI até a alta/óbito da unidade. Os critérios de inclusão para o desmame especial foram: reversão da causa da insuficiência respiratória, estabilidade clínica, e ausência de cirurgia nas próximas 24 horas. Interrompeu-se a VMI logo após a TQT, e para os que não toleraram, iniciava-se o protocolo de desmame especial: interrupção progressiva da VMI, baseada nos tempos de tolerância média das interrupções do dia anterior, até ficarem 48 horas fora da VMI, o que foi considerado sucesso no desmame. Análise estatística: Análise dos dados demográficos clínicos, descritos como a média \pm DP, e as proporções em percentuais. Na comparação entre os grupos e subgrupos de pacientes foi utilizado o qui-quadrado ou o t-student. Um $p < 0,05$ foi considerado significativo. Resultados: Internaram-se, 338 pacientes na UTI, com APACHE médio de $21 \pm 3,5$, e destes 208 foram submetidos à VMI e 58 à TQT. Destes, 46 foram incluídos no protocolo de desmame especial. A idade média foi 55, $7 \pm 18,0$ anos; 54, 3% eram homens, 52, 2% cirúrgicos e 47, 8% clínicos. O tempo médio de internação na UTI foi de 25, $2 \pm 14,5$ dias; o tempo total de VMI médio foi de 22, $0 \pm 14,7$ dias; o tempo médio de uso de tubo orotraqueal foi de 10, $9 \pm 6,2$ dias. Após a TQT, 30, 4% dos pacientes foram definitivamente desconectados da VMI, sem necessidade de retornar. O tempo médio de início do desmame após a TQT foi de 3, $7 \pm 5,9$ dias, o de desmame foi de 6, $2 \pm 8,5$ dias. Houve sucesso no desmame em 34 pacientes (73, 9%), e falha em 12 (26, 1%), com taxas de mortalidade na UTI de 5, 9% e 66, 7% respectivamente. A taxa de mortalidade média global foi de 21, 7%. Conclusão: A implantação de um protocolo de desmame especial para pacientes traqueostomizados na UTI foi eficiente em interromper a VMI, com possível redução de sofrimento e custos.

E-mail do autor: josephfgsantos@yahoo.com.br

053 - SEPSE POR ABSCESSO EPIDURAL EM PACIENTE COM PARAPLEGIA: RELATO DE CASO

Firme RM, Abreu RK, Gonçalves TL, Rocha CMV, Anjos JCFV

Paciente de 40 anos portador de paraplegia devido a mielite transversa possivelmente esquistossomótica, com úlceras de pressão sacrais e sondagem de alívio em domicílio é admitido em unidade de emergência de hospital terciário com quadro clínico e laboratorial sugestivos de sepse de etiologia urinária e parestesias em membros superiores. Após abordagem inicial e encaminhamento a unidade de terapia intensiva paciente evoluiu com plegia em membro superior esquerdo que suscita investigação: realizada RNM de coluna vertebral que evidenciou lesão sugestiva de abscesso epidural localizado na altura de C1/C2 com extensão de material necrótico ao longo do canal medular ate transição toraco lombar e punção lombar. Submetido a descompressão medular cirúrgica e evoluiu com boa resposta a antimicrobianos. Culturas de úlceras de pressão indicam *staphylococcus aureus* oxacilina sensível. Sem evidências laboratoriais de imunodeficiência ou outras alterações. Os Abscessos epidurais quase sempre são associados a focos metastáticos durante uma bacteremia ou complicação de osteomielite vertebral ou neurocirurgia. Cerca de 50% dos casos são causados por *Staphylococcus aureus*. Temos como manifestações clássicas a dor difusa em rota neural, fraqueza e paralisia de membros, além de sinais clássicos de meningite em um terço dos pacientes. O reconhecimento precoce dessa é o ideal pois a evolução do déficit neurológico pode ser rápida. O exame ideal na investigação é a RNM e em casos raros a mielografia pode ser necessária. A avaliação neurocirúrgica é mandatória de urgência e o procedimento cirúrgico pode evitar a plegia permanente. Estudos mostram que maioria dos pacientes evoluem mau quando não operados apesar de antimicrobianos. A ocorrência de abscessos é rara dentre as infecções de SNC em unidades de terapia intensiva porém devem fazer parte do diagnóstico diferencial de pacientes com quadros sugestivos de compressão medulares e/ou meningite.

E-mail do autor: mundimfirme@gmail.com

054 - ASSISTÊNCIA À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: SIGNIFICADO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Santana JCB, Soares DP, Dores M, Almeida AML, Magalhães VA, Dutra BS

Este estudo de natureza qualitativa, referenciado pelo método de Bardin, teve como objetivo compreender o significado vivenciado por uma equipe de enfermagem ao atender uma Parada Cardiorrespiratória (PCR). A coleta dos dados foi realizada no período de outubro a novembro de 2008, sendo entrevistados seis técnicos de enfermagem e dois enfermeiros da Unidade de Emergência de um Hospital Público do interior de Minas Gerais. Utilizamos a entrevista não-estruturada que se focou na seguinte questão norteadora: "Qual o significado para você, ao atender uma parada cardiorrespiratória?". Após a análise dos dados foram construídas 5 categorias: Sucesso x fracasso na reanimação: sentimento de satisfação x impotência: Importância do equilíbrio emocional em situações de emergência; Ressuscitar ou não ressuscitar: reflexões éticas da equipe de enfermagem; Conflitos éticos da equipe de enfermagem diante o atendimento à parada cardiorrespiratória; Treinamento da equipe: fator importante no êxito da ressuscitação. Ficou evidenciado que a equipe de enfermagem convive com diversos conflitos éticos na ressuscitação, incertezas quanto a questão do ressuscitar ou não ressuscitar, percebem o sentimento de satisfação quanto atinge o sucesso na ressuscitação e sentimento de fracasso quando o paciente morre, discutem a importância no treinamento da equipe para a eficácia no atendimento a PCR, ressaltam a importância do equilíbrio emocional em situações de emergência e questionam a postura de alguns membros da equipe no momento da ressuscitação.

Palavras-chave: Parada cardíaca; Equipe de enfermagem; Ética.

E-mail do autor: julio.santana@terra.com.br

055 - COMA MIXEDEMATOSO

Lima SJ, Duarte CLB, IR Souza Filho

Introdução: Coma mixedematoso é uma rara emergência endocrinológica resultante de uma grave descompensação do hipotireoidismo. É condição clínica ameaçadora à vida, em que os pacientes exibem anormalidades de múltiplos órgãos e deterioração progressiva do estado mental. A real prevalência de coma mixedematoso ainda é desconhecida, mas sua natureza letal exige reconhecimento. Mesmo com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, a mortalidade varia de 30 a 60%. (3, 4). Relato de Caso: L. P. S, 78 anos, portadora *Diabetes Mellitus*, Sistêmica, Insuficiência Renal Crônica não dialítica com diagnóstico recente de hiperparatireoidismo secundário refratário ao tratamento clínico. Encaminhada ao endocrinologista para seguir propedêutica. Submetida a métodos de imagem e exames laboratoriais, e diagnosticado bócio multinodular atóxico com nódulo em paratireóide de etiologia a esclarecer. Submetida a tireoidectomia total e paratireoidectomia com implante de fragmento de paratireóide em braço direito. Anatomo-patológico compatível com tecido típico de paratireóide e tireóide com áreas de fibrose. Em casa evoluiu com fadiga, mal estar e inapetência. e no 10º dia após a cirurgia apresentou rebaixamento do sensorio, extremidades frias e hipotermia. Encaminhada ao CTI do Hospital São Lucas, solicitadas provas de função tireoideana e cortisol, iniciada terapêutica com levotiroxina em dose baixa e hidrocortisona. Necessitou de suporte invasivo, ventilação mecânica. e aminas vasopressoras. Os exames laboratoriais mostraram hipercalcemia, disfunção renal grave, hiponatremia, TSH muito aumentado e T4 livre muito baixo. Elevada a dose de levotiroxina com melhora hemodinâmica. Evoluiu anúrica, e distúrbios hidroeletrólíticos graves, com necessidade de diálise. Não tolerou extubação. Evoluiu com enterorragia volumosa. Endoscopia digestiva alta não mostrou sinais de sangramento ativo e colonoscopia normal. Recebeu inúmeras transfusões e apresentou injúria pulmonar com infecção pulmonar associada à ventilação mecânica. Iniciado antibioticoterapia de amplo espectro. Evoluiu para o óbito com falência de múltiplos órgãos. Discussão: O Coma Mixedematoso é quatro vezes mais comum em mulheres. Embora seja incomum em centros de terapia intensiva, frequentemente apresenta-se com manifestações típicas e em pacientes com hipotireoidismo de longa duração, embora possa não ter sido previamente diagnosticado. 2, 10-10, 11-11, 6 O diagnóstico é dificultado pela raridade da condição e pelo seu início insidioso, mas é sugerido clinicamente pela presença de alteração do estado mental, hipotermia, alopecia, bradicardia, hipotensão, dentre outras. e a presença de fatores precipitantes como exposição ao frio, infecções, sepse, uso de medicamentos, 1, 2, 6, 13-13 São achados níveis séricos de tiroxina (T4) e triiodotironina (T3) reduzidos, e de hormônio tireo-estimulante (TSH) elevado. O tratamento deverá ser iniciado imediatamente, mesmo antes da confirmação laboratorial, Suporte ventilatório muitas vezes é necessário. (3) Há consenso de que todos os pacientes devem receber glicocorticóides. Um estudo prospectivo por Rodríguez e colaboradores mostrou que a administração de doses maiores de levotiroxina relacionou-se a redução de mortalidade, embora a significância estatística não tenha sido atingida. 1(7) Todos os estudos são limitados pelo pequeno tamanho amostral. Conclusão: Para o sucesso terapêutico do coma mixedematoso é necessário a suspeita diagnóstica precoce. Portanto, em todo paciente com alteração do sensorio e hipotireoidismo, a hipótese de coma mixedematoso deve ser aventada para que paciente não tenha êxito letal.

E-mail do autor: cristinabarrios@bol.com.br

057 - O USO DO ESPIRÔMETRO DE INCENTIVO E PRESSÃO POSITIVA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA COM ESTERNOTOMIA

Freitas NNPA, Moura DC, Silva AC, Melo PO, Dutra KCN, Ramos JCA

Estatísticas recentes apontam as doenças cardíacas como uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (TITOTO *et al.*, 2005; SCHWAN *et al.*, 2006). A cirurgia cardíaca é realizada com o objetivo de reverter os sintomas da doença coronariana/valvar e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (SILVA *et al.*, 2004). O espirômetro de incentivo (EI) e a pressão positiva são utilizados pela fisioterapia respiratória a fim de prevenir e reverter complicações pulmonares que são intercorrências frequentes no pós-operatório (PO) (GOSSELINK *et al.*, 2005; PASQUINA *et al.*, 2003; MATTE *et al.*, 2000; WESTERDHAL *et al.*, 2001). Faltam evidências a respeito dessas técnicas; portanto, o objetivo do nosso estudo foi avaliar a eficácia do EI e pressão positiva no PO de cirurgia cardíaca com esternotomia (WESTERDHAL *et al.*, 2005; FREITAS *et al.*, 2007; PASQUALI *et al.*, 2003). Foi realizado um levantamento bibliográfico de quarenta e um artigos publicados no período de 2000 a 2008, nas bases de dados: Biblioteca Cochrane, PEDro, Lilacs, Medline, PubMed e SciELO. Nesta revisão, concluímos que o EI apresentou desvantagens quando comparado à pressão positiva. Foi observada também escassez de pesquisas abordando o uso de ambas as técnicas no PO de cirurgia cardíaca. Dessa forma, sugerimos o desenvolvimento de novos estudos que comprovem a eficácia das técnicas.

E-mail do autor: natipolcaro@hotmail.com

058 - SIGNIFICADO DE SER UM PACIENTE PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Santana JCB, Duarte NAM, Santos AT, Caíres MG, Dutra BS, Silva EASM

Objetivo: compreender o significado de ser um paciente portador de Insuficiência Renal Crônica. Metodologia: pesquisa qualitativa, de inspiração fenomenológica, realizado com pacientes que utilizam o serviço de Terapia Renal Substitutiva de um Hospital filantrópico no interior de Minas Gerais. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2008 à janeiro de 2009. Participaram deste estudo 10 pacientes do serviço de diálise. Utilizou-se, como cenário, a Unidade de Diálise de um hospital filantrópico de Minas Gerais, Brasil. As informações foram coletadas por meio de entrevistas, que teve como questão norteadora: "Qual é o significado de ser paciente portador de Insuficiência Renal Crônica?". A análise dos dados pautou-se a partir da percepção do sujeito sobre o fenômeno, resultando na compreensão de suas experiências. Resultados: foram identificadas cinco categorias: 1) Convivendo com a hemodiálise: modificações nos hábitos de vida; 2) Influência do tempo na busca da aceitação da doença; 3) Presença da família: alívio para confortar as suas necessidades físicas, emocionais e espirituais; 4) Adesão do tratamento influenciada pela integração e confiança depositada nos cuidadores; 5) Esperança na cura através do transplante renal. Conclusão: ficou evidenciado que as doenças crônicas, no geral, trazem junto com o diagnóstico, uma bagagem de fatores que modificarão o cotidiano do paciente, a dificuldade de aceitação, portanto faz-se necessário a adaptação neste novo cotidiano para que continue a realizar atividades prazerosas que minimizem o sofrimento causado pela doença, tratamento e demais conseqüências. Neste contexto enfatizamos a família como alívio para confortar as suas necessidades físicas, emocionais e espirituais. A enfermagem desempenha um papel fundamental no enfrentamento do paciente portador de insuficiência renal e sua família quando inseridos num processo de doença crônica, um dos fatores decisivos para a adesão ao tratamento é a confiança depositada pelo paciente na equipe de saúde, podemos perceber que grande parte dos pacientes vêem no transplante a saída para seu problema.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica; Diálise; Equipe de enfermagem.

E-mail do autor: julio.santana@terra.com.br

060 - SIGNIFICADO DA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL NO PROCESSO DO CUIDAR DE PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

Santana JCB, Nunes THP, Rodrigues AF, Silva DCM, Dutra BS, Cunha DC

Objetivo: compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros, da comunicação não-verbal no processo de cuidar dos pacientes em ventilação mecânica, internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Metodologia: pesquisa qualitativa com inspiração fenomenológica, como caminho buscou as experiências vivenciadas por um grupo de enfermeiros na abordagem aos pacientes nesta situação clínica, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público do Interior de Minas Gerais, utilizado a entrevista gravada contemplando a seguinte questão norteadora: Qual o significado da comunicação não-verbal no processo de cuidar de pacientes intubados ou traqueostomizados em ventilação mecânica internados em uma Unidade de Terapia Intensiva? A coleta de dados foi realizada no período de Janeiro a Fevereiro de 2009, participaram deste estudo 10 enfermeiros intensivistas. Resultados: A análise compreensiva das falas possibilitou a construção de quatro categorias: 1) O significado da comunicação no processo de cuidar; 2) O desafio da comunicação não verbal para o profissional de saúde; 3) O papel da família na comunicação com o paciente na UTI; 4) Comunicação não-verbal: subestimação da queixas do paciente pela equipe. Conclusão: o estudo demonstra que a equipe de enfermagem encontra muitas dificuldades em lidar com a comunicação não-verbal dos pacientes em UTIs, percebem que existem meios de utilizar outros recursos para facilitar esse processo, acreditam que esta interação é importante para a qualidade da assistência, facilitando a recuperação do paciente e minimizando seu sofrimento, ressaltam a necessidade da presença da família para favorecer esta troca e questionam que a equipe nem sempre encontra-se preparada para lidar com este tipo de comunicação e que em muitas das vezes subestimam as queixas da família, tornando um desafio para equipe.

Palavras-chave: Comunicação não verbal; Unidade de Terapia Intensiva; Equipe de enfermagem.

E-mail do autor: julio.santana@terra.com.br

061 - ÓBITOS FETAIS POR HIDROCEFALIA E ESPINHA BÍFIDA CONGÊNITA: EVOLUÇÃO NO BRASIL ENTRE 2002 E 2006 E A ASSISTÊNCIA PALIATIVA HUMANIZADA

Castro JF, Ferraz APP, Oliveira LF, Ferreira BP

O óbito fetal decorrente de malformações congênitas do sistema nervoso (CID 10-740, a 742.) está relacionado à manifestação de hidrocefalia (G91) e espinha bífida congênita (Q05) dentre outros agravos relacionados à gestação. Em relação a 2006, conforme dados do DATASUS, a pesquisa verificou a ocorrência de 508 casos de óbitos relacionados à malformação congênita do sistema nervoso de nascituros em 26 estados brasileiros, sendo São Paulo e Bahia os estados com maior número de casos, seguidos por Minas Gerais e Rio de Janeiro. Diante disso, foi realizada uma pesquisa voltada para o desenvolvimento de orientações aos profissionais de saúde sobre as intervenções terapêutico-cirúrgicas mais utilizadas para se reduzir o óbito por esse agravo e as ações assistenciais paliativas junto aos grupos familiares envolvidos. O trabalho foi consonante com estudos como os realizados por Amorin *et al* (2009), Guerra *et al* (2008) e Pacheco *et al* (2006). A pesquisa englobou abordagens quantitativas, com o estudo estatístico descritivo da ocorrência dos agravos de malformação congênita do sistema nervoso nos estados do Brasil, para o período entre 2002 e 2006, e técnicas qualitativas, como a pesquisa documental, que proporcionou as bases para a elaboração das orientações destinadas aos profissionais de saúde. As orientações destacadas enfatizam a viabilidade de aplicar procedimentos como DVE (derivação ventrículo externa) e DVP (derivação ventrículo peritoneal) e os cuidados de enfermagem relacionados a esses procedimentos e a assistência humanizada aos pais e familiares mediante a manifestação do agravo estudado.

Referências: GUERRA, F. A. R. *et al*. Defeitos congênitos no Município do Rio de Janeiro, Brasil: uma avaliação através do SINASC (2000-2004). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan.2008. AMORIM, M. M. R. *et al*. Impact of congenital malformations on perinatal and neonatal mortality in an university maternity hospital in Recife. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, 2009. PACHECO, S. S. *et al*. Prevalência dos defeitos de fechamento do tubo neural em recém-nascidos do Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP: 2000-2004. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2006, vol.6, suppl.1, pp. s35-s42.

E-mail do autor: anaenfer4@yahoo.com.br

062 - APACHE, ASG E PROGNÓSTICO

Rocha Jr EPC, Nogueira AV, Reis AV, França REM, Botoni FA

a) Métodos para avaliar prognóstico vêm sendo utilizados em Terapia Intensiva de forma cada vez mais corriqueira. Criado por Knaus em 1981, o APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) é um sistema de classificação de gravidade das doenças que utiliza princípios fisiológicos básicos para estratificar pacientes. Este sistema foi aprimorado em 1992. Em 1976, Detsky, propôs uma nova forma para avaliação da desnutrição que não levava em consideração métodos laboratoriais, devido a baixa especificidade deles. Um questionário foi criado, incluindo informações como perda de peso, hábitos alimentares, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional e escotóscopia. Apesar de ser projetado há 3 décadas, a Avaliação Global Subjetiva (AGS) continua sendo um método boa sensibilidade e especificidade na predição de desnutrição em ambulatórios ou hospitalares. Desta forma, considerar ambos os índices apresentados para avaliação de prognóstico, pode trazer relevância adicional ao cuidado com o paciente em CTI. b) Verificar a correlação entre o estado nutricional e as diferentes pontuações do APACHE, o tempo de permanência no CTI, o diagnóstico principal e a mortalidade. c) Estudo retrospectivo tipo caso controle. d) Todos pacientes admitidos no CTI do Hospital Risoleta Tolentino Neves, no período de fevereiro e março de 2009, totalizando 187 pacientes. Destes, somente 101 possuíam as informações de APACHE e ASG. Foram excluídos menores de 18 anos, sobrevida menor que 48h dentro do CTI e preenchimento inadequado dos questionários APACHE e/ou ASG. Taxa de mortalidade deste grupo: 21, 78%. Selecionamos 58 homens e 43 mulheres, com idade média de 54, 81 anos. e) APACHE II foi aplicado em até 24 horas após admissão, pela equipe médica envolvida. Os mesmos pacientes foram classificados pelo questionário de Avaliação Global Subjetiva, nas primeiras 48 horas após admissão, pelas nutricionistas. Os pacientes foram divididos em dois grupos: nutridos ou com fragilidade nutricional (desnutrição leve, moderada ou grave), de acordo com ASG. Observou-se o tempo de internação no CTI, sobrevida e o APACHE. f) As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste de Spearman e pelo Qui-Quadrado. Todos os resultados foram considerados significativos ao alcançarem $p < 0.05$. g) Encontramos os seguintes grupos de diagnósticos: doença pulmonar 20, 2%, ICC 13, 13%, neurológico 11, 11%, PO cirurgia vascular 11, 11%, sepse (exceto PNM) 10, 1%, PO cirurgia geral 9, 09%, politrauma 6, 06%, pós-PCR 6, 06%, outros 4, 04%, cetoacidose diabética 4, 04%, PO ortopedia 3, 03%, síndrome coronariana 3, 03% O APACHE mediano foi 18 (percentil 25/75). Não houve correlação entre o estado nutricional e o tempo de internação. Observou-se tendência de correlação positiva entre o estado nutricional e a pontuação de APACHE ($p=0, 084$). Com relação ao estado nutricional e sobrevida observou-se correlação estatisticamente significativa ($p=0, 01$). Também houve relação entre a sobrevida e o APACHE ($p < 0, 001$). h) Os pacientes com fragilidade nutricional demonstraram maior chance de óbito quando comparados com aqueles em boas condições nutricionais. Como na literatura, pacientes com APACHE mais elevado, possuíam maior chance de óbito. O mesmo pode ser estabelecido sobre os desnutridos. Novas análises multivariáveis precisam ser feitas, para reduzir os fatores de confusão encontrados. Isto possivelmente ocorreu pelo tamanho da amostra obtida.

E-mail do autor: eduardo.junior@hrtn.fundep.ufmg.br

063 - HISTOPLASMOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDO

Hospital Júlia Kubitschek – CTI, Belo Horizonte- MG

Cintra PR, Assis AJ, Moraes AF, Silva CGJ, Mirachi GB, Montenegro NCMF

Introdução: Histoplasmoze é uma infecção causada pelo *Histoplasma capsulatum*, fungo existente no solo contaminado por dejetos de morcegos e aves. Caracterizada por determinar variadas manifestações no hospedeiro, desde infecção assintomática até doença disseminada com êxito letal. A infecção, quase sempre, é produzida pela inalação da fase filamentososa do fungo, que então distribui-se para os tecidos do sistema monocítico-histiocitário (pulmões, fígado, baço, linfonodos). A partir daí, a resposta tissular do hospedeiro contra a infecção vai determinar a extensão da doença e suas diversas formas. A forma disseminada aguda, a mais grave, é observada na primeira infância, em algumas zonas endêmicas e em pacientes com grave comprometimento da imunidade celular, especialmente leucoses, linfomas e aids. Clinicamente predominam comemorativos de processo infeccioso grave como hipertermia, perda ponderal, astenia, diarreia, vômitos, hepatoesplenomegalia, adenomegalias generalizadas e lesões cutâneas. Em crianças e pacientes com aids, pode ocorrer coagulação intravascular disseminada. A evolução para morte ocorre na totalidade dos casos, em um período de até 6 meses sem tratamento. O diagnóstico baseia-se no achado do fungo em materiais biológicos. Na histopatologia há o encontro macrófagos parasitados com células leveduriformes que são visualizados em cortes histológicos corados pela hematoxilina-eosina. O cetoconazol constitui o tratamento para as formas leves e moderadas, sendo que nas formas graves, como a histoplasmoze disseminada, a Anfotericina B segue como escolha. Métodos: Paciente A.C.A., masculino, 21 anos, usuário de drogas ilícitas injetáveis, com diagnóstico recente de SIDA e ainda sem tratamento: admitido no CTI devido a quadro sistêmico infeccioso inespecífico, com rash cutâneo difuso, inapetência severa e diarreia. Apresentava também sinais radiológicos de processo pulmonar infeccioso agudo, com infiltrado intersticial difuso, bilateral, com padrão micronodular. Evoluiu com prostração, confusão mental, sangramento profuso em cavidade oral, alteração da função hepática, pancitopenia com neutropenia e plaquetopenia severa, necessitando de diversas hemotransfusões sem controle do sangramento que já se estendia para outros sítios como ouvido médio, conjuntiva, uretra, trato gastro intestinal, hemorragia alveolar e petequias disseminadas. Paciente evoluiu com insuficiência respiratória e consequente suporte ventilatório mecânico. Diversos hemogramas mostravam presença de inclusões citoplasmáticas leveduriformes em monócitos compatíveis com *Histoplasma capsulatum*. Biópsia de lesões cutâneas e mielograma também evidenciaram a presença do mesmo fungo. Iniciado tratamento com Anfotericina B e fluconazol, além de medidas para tratamento de infecções oportunistas. Resultados: Paciente manteve-se gravemente enfermo apesar de todo suporte intensivo oferecido. Evoluiu para o óbito 21 dias após ser admitido em UTI. Conclusão: A incidência de Histoplasmoze tem aumentado dramaticamente, principalmente como resultado de alterações do sistema imune. Este trabalho enfatiza a importância desta micose em pacientes imunodeprimidos, particularmente em pacientes com SIDA na qual a infecção tende a acometer o sistema macrófago-linfóide e o tegumento cutâneo. A detecção precisa e precoce impõe-se para um tratamento precoce e avaliação adequada do prognóstico dos pacientes nas unidades de terapia intensiva.

E-mail do autor: pitiamed@hotmail.com

064 - RABDOMIÓLISE INTENSA E INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA RELACIONADO AO USO DE CRACK: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Sales IF, Paiva MBS, Souza ME, Carvalho AGSP, Diniz PHC, Tostes VTV

Fundamento: A intoxicação por cocaína pode causar uma série de manifestações clínicas. Dentre as mais conhecidas estão as complicações cardiovasculares e neurológicas. Descrevemos um caso de um paciente do sexo masculino de 37 anos com hipertermia, rabdomiólise intensa e insuficiência renal aguda secundária ao abuso de crack. Delineamento: Relato de caso e revisão de literatura. Caso: JAAS foi admitido na Emergência do Hospital das Clínicas da UFMG proveniente de uma UPA com relato de 48 horas de febre, torpor e oligúria. Encontrava-se em Glasgow 10, sem outras alterações ao exame neurológico, com edema difuso, temperatura axilar de 40° e sem sinais de trauma externo. Exames laboratoriais da UPA mostravam creatinina 6, 01mg/dl, potássio 6 mEq/l e creatinafosfoquinase (CK) de 579.000 UI/l. Estava em uso de ceftriaxona apesar de não ter sido identificado foco infeccioso. A tomografia computadorizada de crânio não evidenciou alterações. Nova CK realizada no hospital foi de 470.477 UI/l. Encaminhado em seguida ao Centro de Terapia Intensiva (CTI) do mesmo hospital, onde solicitou-se screening toxicológico. A dosagem de cocaína sérica foi de 2281 mg/dl. O paciente realizou hemodiálise no dia seguinte pela manhã. Houve melhora neurológica progressiva e JAAS recebeu alta para enfermaria após 48hs em Glasgow 15, ainda em programa de hemodiálise. Discussão: Pacientes com intoxicação por cocaína podem apresentar uma variedade de alterações músculo-esqueléticas que variam desde dores musculares a rabdomiólise. Em um estudo a incidência de rabdomiólise em usuários de cocaína foi de 24%¹. O mecanismo mais aceito para explicar o aumento de CK seria a hiperatividade simpática resultando em vasoconstrição arterial com consequente isquemia e infarto muscular. Já a hipertermia seria secundária ao aumento da atividade psicomotora. Lesão muscular pode ocorrer após uso oral ou intranasal, sendo mais comum após se fumar a pasta base (crack) devido a níveis séricos rápidos e altos². O risco de se desenvolver lesão renal grave se correlaciona não só ao nível sérico de CK mas também à presença de febre, agitação, hipotensão, convulsões, coma ou uso concomitante de heroína, anfetaminas ou fenciclidina³. Não encontramos na literatura médica relato de elevação tão expressiva de CK como a evidenciada em JAAS. Conclusão: O diagnóstico diferencial da rabdomiólise deve incluir grandes traumas musculares, miopatias metabólicas, hipertermia maligna, síndrome neuroléptica maligna e intoxicações. Descrevemos um caso de rabdomiólise intensa em um paciente jovem sem história clínica. Diante de casos semelhantes faz-se necessária sempre a pesquisa de intoxicação aguda por cocaína ou crack.

Referências: 1.Welch RD, Todd K, Krause GS. Incidence of cocaine-associated rhabdomyolysis. *Ann Emerg Med* 1991 Feb; 20(2): 154-7. 2.Roth D, Alarcon FJ, Fernandez JA, Preston RA, Bourgoignie JJ. Acute rhabdomyolysis associated with cocaine intoxication. *N Eng J Med* 1988 Sep 15; 319(11): 673-7. 3.Brody SL, Wrenn KD, Wilber MM, Slovis CM. Predicting the severity of cocaine-associated rhabdomyolysis. *Ann Emerg Med* 1990 Oct; 19(10): 1137-43.

E-mail do autor: igorales@yahoo.com.br

067 - COMPARAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA DIALÍTICA INTERNADOS EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA

Carvalho LGP, Cançado LR, Moreira JBZ, Madeira RL

Fundamento: A doença cardiovascular (DCV) é a maior causa de óbito dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. Esses pacientes apresentam múltiplas comorbidades consideradas fatores de risco tradicionais (ex: hipertensão arterial sistêmica, *Diabetes Mellitus*, síndrome metabólica, dislipidemia, tabagismo). No entanto, existem outros fatores específicos de risco cardiovascular que aumentam sua morbimortalidade (ex: hiperparatireoidismo secundário, anemia, cálcio e fósforo séricos aumentados, produto cálcio-fósforo elevado e albumina baixa). Seu tratamento adequado reduz internações hospitalares e a taxa de mortalidade. Objetivo: Comparar os exames laboratoriais solicitados na rotina ambulatorial dos pacientes adultos dialíticos do Hospital Felício Rocho e avaliar correlação com possíveis tendências antes da internação em terapia intensiva e do desfecho clínico hospitalar. Foram avaliados os exames realizados no ano anterior ao da data de internação. Delineamento: Estudo observacional. Amostra: Avaliamos os pacientes adultos, em terapia de substituição renal dialítica há mais de 3 meses, internados em CTI durante o período de tempo compreendido entre 01/01/08 e 01/01/09 e admitidos por causas cardiovasculares (ex: síndrome coronariana aguda, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, crise hipertensiva e pós-parada cardiorrespiratória). Métodos: Utilizamos o programa Dialist 2, 5 do serviço de hemodiálise do hospital para a obtenção dos dados das internações e resultados dos exames laboratoriais. Análise estatística: Comparamos as proporções e médias calculadas com as recomendações do K/DOQI e com outras referências da literatura. As tendências dos óbitos foram inseridas em gráficos para melhor visualização. Resultados: Identificamos 69 internações em terapia intensiva durante o período de tempo do estudo, 30% do total de 230 internações hospitalares. Desses pacientes, 35 foram admitidos para tratamento intensivo por doenças cardiovasculares, 50, 72% do total de internações em CTI. Foram identificados 8 óbitos. Conclusões: Pacientes com doença renal crônica dialítica, que apresentam exames alterados do metabolismo cálcio-fósforo e atividade inflamatória alta, internam mais freqüentemente em CTI e apresentam evolução desfavorável.

E-mail do autor: luizguilherme_carvalho@yahoo.com.br

068 - PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO EM TERAPIA INTENSIVA ADULTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Coutinho FCF, Leite MG, Lafeté LJS, Souza CS, Alves MCS

Fundamentos: O alto índice de úlceras de pressão (UP) em pacientes nas unidades de terapia intensiva tem gerado custos aos serviços de saúde, e o enfermeiro é imprescindível na implementação de medidas preventivas e educativas na prevenção dessas lesões, visando a redução de gastos e melhora na qualidade prestada aos pacientes e seus familiares. Objetivo: Avaliar a eficácia dos protocolos de prevenção de úlcera de pressão nas unidades de terapia intensiva, verificados em artigos publicados nas bases de dados da BIREME nos anos de 2000 a 2008. Métodos: Trata-se de uma revisão sistemática sem metanálise, com abordagem quantitativa. A busca dos artigos foi realizada por meio dos descritores: úlcera de pressão, terapia intensiva, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde através do site da BIREME. Foram encontrados 24 artigos. Após avaliação dos resumos quanto aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 3 artigos como amostra dessa pesquisa. Resultados: Com relação ao tipo de estudo, 3 artigos (100%) tratam-se de estudos descritivos, com abordagem quantitativa, sendo 2 (66, 6%) estudos de campo e um (33, 3%) estudo de caso. Sobre o ano de publicação, observou-se que não houve um período de maior concentração de estudos sobre o tema, sendo 1 artigo (33, 3%) publicado nos anos 2002, 2004 e 2007. Observa-se que mais de 20% dos pacientes dos dois artigos de pesquisa de campo, apresentaram úlcera de pressão. Louro, M. *et al.*, reforça ainda que a incidência de UP nesse estudo foi de 25, 8% e sua prevalência foi de 37, 41%. No entanto, esses valores divergem dos de Rogenski (2002), em uma pesquisa sobre a incidência de UP em um Hospital Universitário, encontrou uma incidência de 41% de pacientes com úlcera de pressão na UTI. Conclusão: É necessário ressaltar o número reduzido de publicações sobre o tema prevenção úlcera de pressão em unidades de terapia intensiva. Assim, devem ser incentivados os alunos da graduação e pós-graduação desenvolverem pesquisa sobre esse tema, visto que nos artigos analisados foram destacados que a utilização de métodos e medidas preventivas, como protocolos, permite que os profissionais envolvidos no cuidados de pacientes internados em UTI minimizem a incidência ou desenvolvimento de úlcera de pressão.

Palavras-chave: Terapia intensiva, Úlcera de pressão, Enfermeiro.

E-mail do autor: fabiannacoutinho@yahoo.com.br

069 - CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS EM PACIENTE COM MORTE ENCEFÁLICA ANTES E DEPOIS DA REESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO DE TRANSPLANTES DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARBACENA

Alves OF, Diniz SB, Vasconcelos TL, Meira MA

Introdução: Atendendo ao SUS, em maio de 2001, a Santa Casa de Misericórdia de Barbacena incorporou ao CTI uma Comissão de Transplantes composta inicialmente por um médico intensivista. Em março de 2008 houve uma reestruturação da Comissão; melhor organização do sistema, formação técnica para todos os integrantes e adoção de novos protocolos. Denominada então, Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) - responsável pelo diagnóstico de morte encefálica, manutenção do corpo no CTI, autorização familiar para doação e aviso à Central de Captação (em Juiz de Fora e Belo Horizonte). Composta por uma enfermeira intensivista, um enfermeiro do centro cirúrgico, uma psicóloga, uma assistente social e um médico intensivista. Objetivo: Determinar o número de pacientes com morte encefálica, utilizados na captação de órgãos para transplantes antes e depois da reestruturação da Comissão na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena. Delineamento: Estudo Transversal Método: Dados obtidos através das atas da CIHDOTT da Santa Casa de Misericórdia confirmados pela enfermeira intensivista. Resultado: Não houve registro de doação de órgãos entre 2001-2007. Em 2007 foi notificado um paciente com morte encefálica e doação de múltiplos órgãos. A partir da reestruturação foram notificados 8 casos de morte encefálica sendo 7 doações de múltiplos órgãos e 6 de córneas. Conclusão/Considerações Finais: Observa-se um aumento do número de pacientes com morte encefálica utilizados na captação de órgãos a partir de 2008. Atribui-se essa diferença à reforma da Comissão, pois desde sua criação até 2007, apresentou falhas em seu sistema como o não engajamento, a falta de qualificação e inexperience de parte da equipe. A eficiência do trabalho de uma equipe de transplantes depende do empenho e qualificação de toda a comunidade transplantadora. Após a reestruturação, a Santa Casa de Misericórdia de Barbacena apresenta números e qualidades indiscutíveis.

Referências Bibliográficas determinantes: • OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e de doença incurável em fase terminal. *Bioética*, Brasília, v.13, n.2, p.77-83, jul./2005. • LEVYMAN, Célio. Morte encefálica: revisão e propostas. *JBT: Jornal Brasileiro de Transplantes*, São Paulo, v.8, n.2, p.33-340, abr./jun. 2005. • GLEZER, Milton. Morte encefálica. *Einstenn*, São Paulo, SP, v.2, n.1, p.51-53, jan./mar.2004.

E-mail do autor: lauravasconcelos@hotmail.com

071 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: ADESAO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Mata JS, Dias PA, Dias ATB, Nangio GO, Megda MLM

Fundamento: A infecção hospitalar é um problema de saúde pública no Brasil, alcançando uma porcentagem de 3 a 15% dos pacientes hospitalizados (SCHEIDT; CARVALHO, 2006). Sabe-se que para sua prevenção e controle, um dos métodos utilizados é a higienização das mãos. O Ministério da Saúde recomenda que a higienização das mãos se realize quantas vezes forem necessárias, durante a assistência a um único paciente, sempre que ocorrer: contato com diversos sítios corporais do paciente; manipulação de materiais ou equipamentos que estão ou que estiveram em contato com os clientes; preparo de medicações; preparo de materiais ou equipamentos; antes de calçar as luvas e após retirá-las; cuidados entre um paciente e outro; entre um procedimento e outro de um mesmo paciente; em ocasiões onde exista transferência de patógenos para pacientes e ambientes; antes e após o contato com líquido corporal, secreções, excreções e artigos ou equipamentos contaminados por esses; ao iniciar o turno de trabalho; após ir ao banheiro; antes e depois das refeições; antes do preparo de alimentos. Objetivo: avaliar a adesão dos profissionais da instituição na adesão da higienização das mãos. Delineamento: Trata-se de um estudo observacional realizado em um centro de terapia intensiva adulto de um hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte. Método e amostra: A população observada era constituída pelos profissionais de saúde do setor. Foram observadas todas as pessoas que tivessem a oportunidade de entrar em contato com os pacientes em 9 boxes previamente sorteados, se lavaram a mão antes e/ou depois, nos turnos manhã, tarde e noite, e ainda no dois plantões. Os dados foram colhidos por meio de um instrumento estruturado. Após a coleta dos dados se procedeu a organização das informações por meio de 3 etapas: pré-análise, exploração do material dos resultados e a interpretação. Análise descritiva: Foram analisadas 10 categorias profissionais, mas somente em três houve observações suficientes para análise. Não foi feita análise estatística comparando as categorias profissionais. Resultados: Observou-se que apenas 9% destas os profissionais de saúde higienizaram as mãos antes da assistência e 25% após a assistência. Quando se analisou por categoria profissional, os técnicos de enfermagem com 161 oportunidades sendo que 5,6% higienizaram as mãos antes da assistência e 20,5% após. Os enfermeiros com 17 oportunidades, 29,41% higienizaram as mãos antes da assistência e 47,06% após. Os médicos do CTI com 14 oportunidades, 7,14% higienizaram as mãos antes da assistência e 14,28% após. Conclusões: Apesar de toda a fundamentação teórica e legislativa vigente, a higienização das mãos ainda é negligenciada. Na população estudada, a porcentagem da higienização das mãos aumenta após a assistência. Isto pode evidenciar que o profissional de saúde pode ter higienizado as mãos antes de entrar no box. Mesmo considerando prováveis falhas metodológicas, identificamos que a atitude do profissional de saúde em terapia intensiva quanto a lavagem de mãos pode melhorar sensivelmente, impactando na redução de infecções e na melhoria do resultado assistencial.

E-mail do autor: patyelyne@yahoo.com.br

073 - ATROFIA MEDULAR SECUNDÁRIA A MIELITE TRANSVERSA AGUDA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Cury VF, Silva CB, Ligeiro CM, ST Simão, Almeida CGR

Hospital Infantil João Paulo II, Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: Mielite transversa é uma doença inflamatória rara da medula espinhal, caracterizada por disfunção motora, sensorial e autonômica. De etiologia variada, 10 a 45% dos casos são considerados idiopáticos. Pode ocasionar seqüelas neurológicas, entretanto há poucos relatos de atrofia medular em crianças. Objetivo: Relato de caso e revisão de literatura. Descrição: G.N.O., 10 anos, proveniente de Almenara, iniciou com dor cervical, cefaléia e hipotonia progressiva de membros inferiores. Evoluiu em quatro dias com depressão do nível de consciência, insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica. O exame do líquido evidenciou hiperproteinorraquia com celularidade normal, a tomografia de encéfalo não mostrou alterações. Admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 17 dias após início do quadro, traqueostomizado, em ventilação artificial. Apresentava-se consciente, orientado, com tetraplegia flácida, abolição da sensibilidade abaixo da região cervical e reflexos osteotendinosos preservados. Fundo de olho normal. Ressonância magnética (RM) com 21 dias de evolução evidenciou aumento volumétrico do cordão medular de C1 até T6, com hipersinal em T2 e focos de hipersinal em T1, sugerindo mielite com transformação hemorrágica. Após extensa propedêutica para doença auto-imune, agentes infecciosos e pesquisa de células neoplásicas, não houve identificação etiológica. Recebeu tratamento na UTI com imunoglobulina, Aciclovir e corticóide sistêmico. Repetida RM com 80 dias de evolução, evidenciou-se aspecto filiforme da medula cervical alta e junção bulbo-medular. Permanece sob cuidados de terapia intensiva, dependente de ventilação mecânica, vesicostomizado e em tratamento de dor neuropática de difícil condução. Comentário: Mielite transversa pode resultar em disfunção motora, sensorial e autonômica grave e permanente na infância. Seu diagnóstico deve ser considerado nos casos de paralisia flácida aguda para propedêutica e tratamento precoces.

E-mail do autor: cmligeiro@gmail.com

075 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E AVALIAÇÃO DE PROGNÓSTICO DOS PACIENTES INTERNADOS NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Silva CB, Carvalho LFA, Macedo KC, Ligeiro CM, Simão ST, Oliveira CA

Hospital Infantil João Paulo II, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A grande complexidade, o alto custo e a necessidade de estabelecer prognósticos sobre pacientes de risco, são fatores que contribuem para a crescente preocupação do intensivista em avaliar o funcionamento, a eficácia e a qualidade dos serviços das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Objetivo: Descrever as características epidemiológicas dos pacientes, o escore de gravidade e as taxas de mortalidade da UTI de um hospital público pediátrico de Belo Horizonte. Metodologia: Estudo descritivo, retrospectivo, dos pacientes admitidos na UTI Pediátrica de 2004 a 2008. A coleta de dados foi realizada por meio de revisão de prontuários e registro em questionário padronizado. Para análise estatística utilizou-se o programa SPSS 12.0 e para avaliação de gravidade a escala de prognóstico PRISM (Pediatric Risk of Mortality). Resultados: Houve 1761 admissões no período (média 352/ano), com predomínio de lactentes (média 2,7 anos, mediana 1,1) do sexo masculino (55%). Os pacientes foram provenientes de Belo Horizonte (43%) e de outras 161 cidades distintas. Setenta e dois por cento foram encaminhados de setores do próprio hospital para a UTI Pediátrica (80% da enfermaria e 20% do pronto-atendimento). Os motivos de admissão na UTI contemplaram causas respiratórias (51,6%), infecciosas (34,8%), neurológicas (21,4%), cardiovasculares (20,8%) e metabólicas (2,9%). Alguns pacientes apresentaram mais de uma causa de admissão simultaneamente. A média do escore de gravidade dos pacientes, avaliados pelo PRISM, foi 10,02 (DP 6,7). A mortalidade geral foi 17% e a mortalidade após 24 horas foi 13,3%. A mortalidade observada foi maior que a esperada pelo PRISM (10,3%), entretanto houve significativa aproximação entre a mortalidade observada e a esperada no ano 2008 (12,2% e 10,4%, respectivamente). A razão mortalidade observada ÷ mortalidade esperada foi maior nos grupos de pacientes com risco PRISM mais baixo (até 5%). Não houve associação entre óbito e idade menor que um ano ($p=0,077$). O número de internações por leito declinou de 34 em 2004 para 19 em 2008, provavelmente relacionado à longa permanência de pacientes com doenças neuromusculares, que dependem de ventilação mecânica. Conclusões: O perfil de gravidade dos pacientes da UTI, calculado pelo PRISM, é moderado. A alta mortalidade observada nos primeiros anos vem sendo reduzida e se aproxima da mortalidade esperada no último ano. Isto é reflexo da melhoria da assistência, uma vez que o valor no escore de gravidade permanece relativamente estável. O conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes admitidos e das taxas de ocupação e permanência da UTI permitirá a programação de estratégias para pesquisa e gestão da unidade, com foco contínuo na melhoria da qualidade assistencial.

E-mail do autor: cmligeiro@gmail.com

077 - ASPECTOS CLÍNICOS DE 87 PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DE HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE

Correia PC, Oliveira CD, Nangino GO, Peixoto LC, Isoni CA

Fundamento: A traqueostomia constitui procedimento cirúrgico frequentemente utilizado no ambiente de terapia intensiva e tem sido realizada cada vez mais precocemente para favorecer o desmame da ventilação mecânica¹. No entanto, não se conhece o real impacto da traqueostomia nos diversos grupos de pacientes em nosso meio. Objetivo: Avaliar características clínicas dos pacientes submetidos à traqueostomia no centro de tratamento intensivo (CTI) da Santa Casa de Belo Horizonte e traçar estratégias de acordo com os resultados encontrados. Delineamento: Estudo descritivo, retrospectivo AMOSTRA: 87 pacientes traqueostomizados pela equipe de cirurgia torácica no CTI da Santa Casa de Belo Horizonte em 2007. Métodos: Os pacientes foram incluídos através da consulta dos registros da equipe de cirurgia torácica. Os dados foram coletados através de revisão de prontuários e banco de dados do sistema "QuaTI" (qualidade em terapia intensiva). Análise Estatística: As variáveis quantitativas foram expressas em média \pm desvio padrão ou mediana e faixa interquartil [percentis 25-75] de acordo com distribuição das amostras. As variáveis foram comparadas através do teste t de Student ou Mann-Whitney de acordo com a normalidade de distribuição. As variáveis categóricas foram expressas em números/ totais e percentagens, e a comparação realizada através do teste do Chi-quadrado ou teste de Fisher. Foi considerado significativo valor de $p < 0,05$. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SCBH segundo parecer número 016/2008. Resultados: A análise dos 87 pacientes estudados mostrou: idade média de 58 ± 17 anos APACHE II médio de 18 ± 6 , tempo médio de intubação orotraqueal de $11, 17 \pm 4, 78$ dias, mortalidade na UTI de 40, 2% e mortalidade hospitalar geral de 62, 1%. A idade média dos pacientes que faleceram na UTI (65 ± 17 anos) foi maior que a daqueles que receberam alta da UTI (53 ± 16 anos) $p = 0,003$. A idade média dos indivíduos que faleceram no hospital (UTI e enfermaria) (62 ± 17 anos) foi maior que a dos sobreviventes (52 ± 16 anos) $p = 0,008$. A senilidade (idade maior ou igual a 65 anos) constituiu fator relacionado mortalidade na UTI (OR 2, 874 $p = 0,020$), e à mortalidade hospitalar geral (OR 3, 202 $p = 0,019$). Não foram observadas outras variáveis associados a mortalidade. Conclusões: A senilidade constituiu fator relacionado à mortalidade nos pacientes traqueostomizados. Acompanhamento destes pacientes de forma individualizada através de equipe multidisciplinar pode melhorar resultados.

Palavras-chave: Desmame da ventilação mecânica; Idade; Traqueostomia.

Referências: 1.Groves DS, Durbin CG. Tracheostomy in the critically ill: indications, timing and techniques. *Curr Opin Crit Care*. 2007 Feb;13(1):90-7.

E-mail do autor: pccorreia@yaho.com.br

078 - AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROTOCOLO DE DESMAME NA PREVENÇÃO DE FALÊNCIA NA EXTUBAÇÃO

Morais LLC, Faria RHP, Pina CBB, Marques CR, Figueiredo P, Botoni FA

Fundamento: Nos últimos cinco anos, vários ensaios clínicos têm contribuído para converter o processo do desmame baseado na experiência individual do médico assistente em um processo baseado em marcadores clínicos e fisiológicos com evidências mais objetivas. Estudos atuais comprovam que o empirismo clínico aplicado para o desmame prolonga o tempo de ventilação mecânica com suas consequências fisiopatológicas, como o aumento do custo hospitalar e a taxa de mortalidade de pacientes com insuficiência respiratória. A identificação de estratégias para reduzir o tempo de ventilação mecânica torna-se então de relevância na assistência aos pacientes críticos 1, 2, 3, 4, 5, 7. Múltiplos ensaios clínicos randomizados tem demonstrado que a duração da ventilação pode ser reduzida seguramente com uma estratégia de avaliação empregada diariamente para o desmame, seguido de extubação imediata após um teste de respiração espontânea criteriosa 2, 3, 5, 20, 21. Tais evidências mostram que a implementação de condutas padronizadas para o desmame da ventilação mecânica guiados por equipe multidisciplinar da terapia intensiva são medidas efetivas para abreviar o tempo de permanência na ventilação mecânica com melhora do tempo de permanência na unidade de terapia intensiva: na taxa de mortalidade e na taxa de infecção nosocomial do setor 2, 3, 8. Objetivo: Avaliar a eficácia de um protocolo de desmame na prevenção de falência na extubação comparado ao desmame clássico. Delineamento: O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa do tipo ensaio clínico randomizado (controlado e aleatorizado) prospectivo, realizado no período de Novembro de 2008 a Abril de 2009 conduzido no Centro de Terapia Intensiva adulto (CTI) do Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte, Minas Gerais. Amostra: O estudo contou com 122 pacientes de ambos os sexos com idade que variou entre 18 a 80 anos que foram submetidos à ventilação mecânica por pressão positiva em modo espontâneo: Ventilação em Pressão de Suporte Ventilatório (PSV) acrescida de pressão positiva expiratória final (PEEP). Foram incluídos no estudo todos os pacientes com mais de 24 horas de ventilação mecânica (VM) sem restrição do diagnóstico inicial de base da insuficiência respiratória que o levou a ventilação mecânica e com indicação para o desmame da VM. Foram excluídos do estudo os pacientes considerados terminais, os traqueostomizados e os com cirurgia prevista nas próximas 48 horas que necessitam da permanência da via aérea artificial. Métodos: Após a realização da revisão literária foi elaborado um protocolo de desmame da VM com base nos dados científicos prévios levantados e que apresentavam maiores evidências e que estavam de acordo com o perfil dos pacientes assistidos em nosso CTI. Os grupos foram randomizados aleatoriamente em grupo protocolo e grupo controle. o grupo Protocolo recebeu as instruções do proposto pela equipe multidisciplinar e o grupo controle foi randomizado para receber o desmame clássico da ventilação mecânica. Foi registrado o escore APACHE II na admissão de todos os pacientes. O protocolo elaborado envolveu as seguintes fases: avaliação diária, pré-desmame, preditores de desmame, teste de respiração espontânea e extubação. Pacientes que passaram com sucesso em todas as etapas do desmame procediam a extubação. Os pacientes extubados após a realização do protocolo foram monitorados por um período de 48 horas. Quando os pacientes não retornavam para VM durante este período, considerava-se sucesso no desmame, caso venham a apresentar dois ou mais sinais de intolerância considera-se a possibilidade de retorno a VM e o insucesso do processo de desmame. Análise Estatística: Estatísticas descritivas e testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov foram realizadas para todas variáveis, utilizando o pacote estatístico SPSS versão 11.0. Uma vez que os dados estavam normalmente distribuídos foi utilizado o teste t-Student Independent para verificar a homogeneidade entre os grupos em relação à idade e ao apache II e em relação a variável categórica patologia foi utilizado o teste não paramétrico Mann Whitney U. Para verificar a diferença entre os grupos em relação a variável de desfecho dicotômica foi utilizado o teste não paramétrico Mann Whitney U. O nível de significância estabelecido foi de $\alpha < 0,05$ (G) Resultados O estudo foi concluído como previsto. Foram analisados 122 pacientes divididos em grupo controle (GC) e grupo protocolo (GP) O GC foi composto por 61 indivíduos com idade média de 55 ± 19 anos e apache II médio de $16 \pm 6, 4$ e o GP foi composto por 59 indivíduos com idade média de 55 ± 21 anos e apache II médio de 18 ± 7 . Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à idade ($t = 0,025$; $p = 0,98$) e ao apache ($t = -1,36$; $p = 0,176$). Em relação às patologias, os paciente foram classificados em cardiopatas, pneumopatas, neuropatas e outros, não houve diferença estatisticamente significante entre os grupos ($z = -0,089$; $p = 0,929$). Portanto os grupos eram homogêneos em relação à idade, ao apache e a classificação das doenças. Em relação a variável de desfecho foi verificada uma diferença estatisticamente significante entre os grupos ($z = -2,11$; $p = 0,035$). Indicando haver uma diferença entre o grau de sucesso e falência do desmame dentro de 48 horas em relação ao grupo que seguiu um protocolo de desmame e o que não seguiu o protocolo de desmame, sendo que no grupo que não seguiu houve mais reintubações em 48 horas de desmame. Conclusões: Ao termo do estudo concluímos que uma estratégia de protocolo de desmame foi eficaz com relação a incidência da taxa de falência no grupo analisado.

E-mail do autor: cllmorais@gmail.com

079 - EPIDEMIOLOGIA E OS FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO EM NEONATOS PREMATUROS ATENDIDOS EM UMA UTI NEONATAL CONVENIADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Ferreira LR, Corrêa RJ, Santos JFG

Fundamento: Prematuridade é fator de risco para óbito e seqüelas definitivas em neonatos e associa-se ao aumento desproporcional dos custos com o tratamento (Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 5 (4):463-469, 2005). A idade gestacional (IG) e o peso ao nascer são os fatores com maior associação com desfechos ruins (J Pediatr 81(1 Supl):S111-S118, 2005; Rev. Bras. Epidemiol. 5(1), 2002). A análise da mortalidade e morbidade deste grupo de pacientes auxilia nas tomadas de decisões à beira do leito e em medidas de saúde pública. Objetivo: Analisar a epidemiologia de neonatos prematuros em uma unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal conveniada SUS, e os fatores associados à mortalidade e morbidade. Delineamento: Estudo de coorte prospectiva de análise epidemiológica dos pacientes neonatal prematuros, internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal, no período de novembro de 2006 a junho de 2008. Amostra: Todos os pacientes prematuros internados na UTI, no período discriminado. Métodos: Foram coletados os dados demográficos, das características clínicas e do diagnóstico à admissão de todos os pacientes prematuros, internados na UTI, assim como os dados da evolução, até a alta ou óbito na UTI. Análise estatística: Fez-se uma análise estatística univariada na busca por fatores associados ao óbito. Aqueles fatores com associação na análise univariada, foram submetidos à análise multivariada, utilizando-se a curva de Kaplan-Meier e o teste de log-Rank, com regressão cox, avaliando-se a associação independentemente com o óbito na UTI. Um $P < 0,1$ na análise univariada, e um $P < 0,05$ na multivariada foram considerados estatisticamente significativos. Resultados: Dos 502 pacientes internados na UTI 382 eram neonatos, sendo 231 (60, 5%) pré-termos, 143 (37, 4%) a termo e 8 (2, 1%) pós-termos. Dos pré-termos, 33, 3% tinham menos de 1.500g e 17, 3% menos de 30 semanas. A taxa de mortalidade (TM) global dos neonatos foi de 13, 6%, sendo de 18, 2%, 6, 3% e 12, 5% para os pré-termos, a termo e pós-termo, respectivamente. Na análise univariada a TM dos pré-termos foi significativamente maior do que os outros dois grupos de neonatos (RR=2, 88 e $p < 0,01$ e RR= 1, 46 e $p < 0,05$, pré-termos versus a termo e pós-termo, respectivamente). Na análise multivariada, os pré-termos com menor peso tiveram uma mortalidade significativamente maior, comparada com aqueles de maior peso, principalmente com pesos menores do que 1.500g, sendo de 3, 9% para neonatos com mais de 1500g (G1), de 25, 6% entre 1000g e 1500g (G2) (RR= 6, 5 e $p < 0,01$), e de 73, 5% para pesos menores que 1000g (G3) (RR= 18, 9 e $p < 0,001$ e RR= 2, 9 e $p < 0,05$ entre os grupos G3/G1 e G3/G2 respectivamente). Houve a mesma linearidade para a idade gestacional, entretanto quando ajustado para o peso, a associação foi menor. Conclusão: Nesta coorte de neonatos prematuros, a prematuridade extrema e o baixo peso ao nascer se associaram independentemente ao óbito, sendo o peso o fator de maior importância.

E-mail do autor: josephfgsantos@yahoo.com.br

080 - RESULTADOS MENSURÁVEIS DE MELHORAMENTO DA QUALIDADE EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Werli A, Marques RC, Botoni FA

Fundamentação: A qualidade da assistência à saúde custos têm despertado interesses e envolvido os profissionais de saúde. Fundamentando-se nessa idéia um estudo avaliou os seguintes indicadores: dias de internação em CTI, profilaxia de úlcera péptica e TVP, necessidade de manutenção e aspecto de CVC, utilização de sedação contínua, tipo de controle glicêmico, maior e menor glicemia em 24 horas, dias e modo de VM, menor volume corrente em 24 horas, contaminação grosseira do circuito, cabeceira acima de 30°, avaliação nutricional, utilização de antimicrobianos, culturas em andamento e invasões necessárias. Com a implementação do check-list diário, o Hospital do estudo conseguiu melhorar estatisticamente significativa da maioria dos itens citados acima. Objetivo: Realizar diagnóstico situacional do CTI com base nos indicadores acima, através da implementação de um check-list diário. Delineamento: Estudo transversal realizado em fevereiro e março de 2009. Amostra: Foram realizadas 900 observações através de avaliação diária durante 30 dias dos 30 leitos do CTI adulto. Métodos: Diariamente uma enfermeira intensivista e uma fisioterapeuta avaliavam os indicadores citados anteriormente. Os profissionais responsáveis pela assistência não foram avisados da observação, a fim de evitar mudanças de conduta. Análise Estatística: SPSS versão 13.0. Os dados foram analisados e comparados com os resultados do artigo de base. Resultados: A idade média foi de 54, 7 anos (13-91), 72% era do sexo masculino. A média de permanência foi de 7, 61 ± (ou 25/75). Profilaxia de úlcera péptica e TVP foi prescrita para 99% dos pacientes. No estudo de base, na primeira avaliação, 76, 2% e pós-intervenção (implementação da ronda diária) 92, 3% para prevenção da úlcera e de 91, 4; aumentando para 92, 8, para profilaxia de TVP. 9% dos pacientes estavam em uso de sedação contínua, taxa inferior à encontrada no estudo tanto na primeira (22%), quanto na segunda (14%) avaliação. Quanto à correção de glicemia – 95% dos pacientes não recebiam correção, apresentando uma média de glicemia de 179, 8 mg%, menores valores em 24 horas: 20 - 336, maiores valores: 90 - 499. No estudo-base a média foi de 137, 7 e de após intervenção – 125, 4mg%. A média de dias de VM foi de 10, 26 (0 – 227 – mesma coisa: ± (ou 25/75) depende se normal ou não), sendo que 52% dos pacientes no período de estudo estavam em VM. O menor volume corrente em 24 horas apresentou uma média de 358, 29 (103 - 1171). O modo ventilatório prevalente foi o PSV (33, 2%). Contaminação grosseira do circuito ventilatório estava presente em 26% dos pacientes e 38% dos pacientes internados no período tinham cabeceira elevada acima de 30°, essa porcentagem foi semelhante a 1ª avaliação do estudo de base (35, 2% pré e 84, 5% - após intervenção). 54% dos pacientes recebiam ATB. As invasões mais frequentes foram SVD e SNE. A maioria dos pacientes (46, 1%) foi classificada com fragilidade nutricional. Os curativos de AVC, PIA, CSG, CDL e AVP apresentavam cuidados ruins em aproximadamente 65% das avaliações. Conclusões: O estudo foi fundamental para detectar nós críticos na assistência e discutir/implementar ações de melhoria com constante reavaliação através de do 'check-list' diário.

E-mail do autor: andrezawerli@gmail.com

081 - EFICÁCIA DE DOIS MÉTODOS DE TREINAMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO NO DESMAME DE PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA PROLONGADA

Mota MRP, Corrêa GC, Mateus DC, Santos EG, Maia RP, Paula JL, Guimarães C, Castro R

Fundamento: O suporte ventilatório é frequentemente utilizado em grande parte dos pacientes internados sendo facilmente interrompido em 80% dos pacientes assim que se trate a causa principal (VITACCA *et al.*, 2001; ESTEBAN *et al.*, 1997). A ventilação mecânica (VM) prolongada, mais que 48 horas, gera complicações que aumentam as taxas de mortalidade e morbidade (AMBROSINO *et al.*, 2005; CARUSO *et al.*, 2005). Estudos recentes da literatura não foram capazes de identificar o melhor método de desmame (VITACCA *et al.*, 2001). O treinamento muscular respiratório (TMR) tem sido descrito na literatura como método auxiliar no desmame (CARUSO *et al.*, 2005; PIRES *et al.*, 2000). Objetivos: Verificar a eficácia de dois métodos de TMR, Threshold e sensibilidade, em pacientes submetidos a VM prolongada, através da avaliação da força muscular respiratória (Pimáx) e de sua evolução. Delineamento: Estudo prospectivo. Amostra: 24 pacientes internados na UTI do Biocor Instituto, que se encontravam em VM prolongada por mais de 48 horas e que haviam falhado na primeira tentativa de desmame com a peça T. Foram incluídos no estudo os pacientes que apresentavam estabilidade hemodinâmica; idade maior que 18 anos; Pimáx menor que 60cmH₂O e que mantinham-se em modo PSV com PEEP menor que 12cmH₂O. Metodologia: Os pacientes foram submetidos à avaliação da Pimáx e, após constatada sua redução com valores menores que 60cmH₂O, foi iniciado o protocolo de TMR. O protocolo consistiu na realização do TMR duas vezes ao dia, com Threshold ou pelo ajuste de sensibilidade, de acordo com a tolerância do paciente. A carga utilizada foi de 40% da medida de Pimáx e a duração inicial, de 5 minutos. O tempo de treinamento foi aumentado progressivamente até se atingir 30 minutos. O reajuste da carga ocorria a cada medida de Pimáx. Durante o treinamento por sensibilidade, a PEEP foi mantida em 5cmH₂O e a PSV ajustada para se garantir um volume corrente adequado. Análise Estatística: Testes de Fischer para amostras pareadas, de Spearman, ANOVA e teste T. Resultados: A amostra foi composta por 24 pacientes, 54, 2% do sexo masculino e 45, 8% do sexo feminino. A idade média dos participantes foi de 57+/-15 anos e o tempo de exposição à ventilação mecânica foi de 30+/-25 dias. 66, 7% dos pacientes obtiveram sucesso no desmame após o protocolo evoluindo com alta hospitalar. Esses pacientes apresentaram média de idade menor quando comparado ao grupo que não alcançou o desmame. Comparando-se os valores iniciais e finais da Pimáx, observou-se um aumento na média de 11+/-9cmH₂O, com significância estatística (p<0, 005). 21 pacientes foram treinados por aumento da sensibilidade e somente 3 com uso do Threshold. Conclusão: O TMR mostrou-se mais um recurso terapêutico no desmame difícil. O estudo demonstrou que o ganho de Pimáx após a aplicação do TMR foi significativo e, que se associou à independência da VM. O pequeno número de pacientes treinados com Threshold, impossibilitou uma real comparação entre os dois métodos. Novos estudos são necessários para a instituição de protocolos definidos de TMR como auxiliar no desmame de pacientes em VM prolongada.

E-mail do autor: quelpintomota@yahoo.com.br

082 - DESAFIOS DA TÉCNICA DE CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ferreira CDM, Malaquias FS, Pessoa JF, Novacoski RL

Fundamento: Os pacientes críticos com indicação de tratamento de substituição renal, hemodiálise, assistidos em unidade de terapia intensiva (UTI) necessitam de um acesso venoso seguro para a realização da terapia hemodialítica (SMELTZER, 2002). A implantação de um cateter venoso central temporário é parte da terapêutica, sendo o de duplo lúmen o mais utilizado. Atualmente, entretanto, sua presença impõe riscos frequentemente associados à infecção causada por manipulação inadequada e técnicas não padronizadas de procedimentos de troca de curativos (SILVEIRA e GALVÃO, 2005). Objetivo: Revisão integrativa da literatura que teve como objetivo avaliar as evidências sobre os métodos de cuidados de enfermagem relacionados a manipulação do cateter durante as trocas de curativo. Delineamento: Trata-se de um estudo observacional prospectivo. Amostra: 28 textos com fundamentação teórica científica publicados em bases confiáveis e anais eletrônicos de dados. Métodos: Foram investigado e selecionados artigos publicados nos últimos 10 anos, em idiomas inglês, português e espanhol, utilizamos as bases de dados Scielo, Lilacs, Medline e os periódicos Jornal Brasileiro de Nefrologia, Kidney International e Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Resultados: Os curativos realizados em cateteres centrais dupla via de hemodiálise devem seguir rigorosamente a técnica asséptica; Utilizar gaze estéril ou filme transparente semipermeável para cobrir o sítio de inserção; Devem ser trocados a cada 48 horas ou a cada sessão de diálise para evitar excesso de manipulação no local. Se utilizado curativo filme transparente, os mesmo devem ser trocados a cada 7 dias. É importante salientar que a troca de curativo deve ser feita a qualquer momento na presença de secreções ou de aspecto molhado; Os anti-sépticos utilizados devem seguir os protocolos estabelecidos pela instituição; Devem ser preferidos anti-séptico com largo efeito residual, solução à base de clorexidina a 2% e tintura de iodo, iodóforos em último caso o álcool a 70% pode ser utilizado como alternativa; Não submergir o cateter em água. Considerações finais: As evidências extraídas dos estudos analisados podem auxiliar a implementação de cuidados e técnicas de enfermagem eficazes relacionados a pacientes críticos em uso de cateter de duplo lúmen de hemodiálise. A técnica asséptica correta na troca de curativos de cateteres com uso de materiais estéreis e a redução do número de manipulações do cateter são consideradas as medidas mais eficazes na prevenção e no controle de infecção.

Referências: SILVEIRA, R. C. P.; GALVÃO, C. M. G. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. Ed. Acta Paulista Enfermagem: São Paulo, 2005. SMELTZER, S. C. *et al.* Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

E-mail do autor: charlenedmacedo@yahoo.com.br

083 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM INSTRUMENTO DE GESTÃO DA QUALIDADE EM TERAPIA INTENSIVA

Figueiredo KC, Parreira ACF, Silva LB, Otoni MS, Mello RA

O Brasil tem presenciado um movimento crescente em busca da qualidade nos diversos setores empresariais. Há uma eminente necessidade de evidenciar que as estruturas organizacionais das instituições são eficientes na obtenção de resultados. Este contexto consolida o modelo de gestão da qualidade, sendo, gradativamente, acolhido pelo setor de saúde, fato este que pode ser evidenciado através da crescente busca pela Acreditação, uma metodologia comprometida com a viabilização de um processo de melhoria contínua, qualidade e produtividade no setor saúde. A vivência deste processo no Centro de Terapia Intensiva (CTI), suscita a reflexão sobre a importância da utilização de um instrumento capaz de realizar, de forma eficiente, o acompanhamento dos pacientes críticos, para obtenção de dados assistenciais e gerenciais. O que nos conduziu à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual conforme a Resolução do COFEN 272/02, caracteriza-se como um artefato de trabalho, de incumbência do profissional enfermeiro, que utiliza método e estratégia de estudo científicos para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações assistenciais. Este estudo tem como objetivo discutir a SAE como um instrumento facilitador da gestão de qualidade no CTI. Utilizando como opção metodológica a revisão bibliográfica descritiva, de natureza qualitativa. Para implementar a SAE é necessário a escolha de uma teórica, devendo seus pressupostos estar em congruência com o perfil da unidade operacional, norteando a aplicação do processo de enfermagem, que é composto por cinco etapas inter-relacionadas (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), que irá direcionar as ações assistenciais para o cliente. Ao sistematizar o cuidado o enfermeiro visa à qualidade assistencial, que constitui uma das maiores preocupações na terapia intensiva na atualidade. A SAE é um instrumento que dispõe dados concretos, obtidos e registrados de forma científica e analítica, que orientam a utilização de diversos indicadores de qualidade. A gestão da qualidade é acompanhada pela análise crítica dos indicadores, que proporciona o monitoramento de todo o macroprocesso setorial, evidenciando a necessidade de uma eventual intervenção, que deve ser realizada através do plano de ação, que visa à melhoria do indicador. Para dar continuidade à otimização da obtenção de resultados positivos, temos o ciclo do PDCA (Plan, Do, Check and Act) que é uma ferramenta administrativa, no qual a avaliação leva ao diagnóstico das deficiências em comparação com parâmetros pré-estabelecidos; a definição de objetivos e metas; a implementação de ações e o retorno à avaliação após um prazo determinado, criando um ciclo de melhoria contínua. A assistência sistematizada proporciona a obtenção de dados para alimentação dos indicadores, que através de sua análise crítica dá início e permite o giro do ciclo do PDCA. Assim, sem a SAE, os dados assistenciais e gerenciais podem ser obtidos de forma empírica e circunstancial, sendo que tais informações devem ser fruto de avaliações científicas e contextualizadas, desta forma a sistematização das atividades de enfermagem se consolida como um facilitador do sistema de gestão da qualidade.

E-mail do autor: karlacf2003@yahoo.com

084 - ESTUDO OBSERVACIONAL DE INCIDÊNCIA, PREVALÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO ANATÔMICA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UMA UTI CLÍNICO-CIRÚRGICA PRIVADA EM BELO HORIZONTE

Paula FB, Oliveira CR, Pinto DCG, Nangino GO

Resumo: As úlceras por pressão (UP) são um problema para as unidades de saúde, em especial para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) por serem local de grande risco para o desenvolvimento dessas lesões. Sabendo da magnitude do problema, este estudo objetivou identificar a taxa de prevalência, incidência e a distribuição anatômica de UPs em pacientes que se internaram em UTI clínico-cirúrgica adulto em Belo Horizonte e conhecer melhor o perfil dos pacientes que desenvolveram UPs durante o período de internação. Trata-se de um estudo observacional, com duração de um ano. A amostra deste estudo foi de 657 pacientes que foram egressos da UTI. A coleta dos dados foi realizada pela equipe de enfermagem da UTI através de exame clínico diário, busca ativa realizada no prontuário dos pacientes e em impresso de evolução de enfermagem no período de janeiro a dezembro de 2008. Por tratar-se de estudo observacional não foram realizados testes estatísticos para avaliação de fatores causais ou comparação entre grupos. Cento e trinta e oito apresentaram UP, evidenciando prevalência de 21% dos pacientes com lesão. Oitenta e três apresentaram novas lesões sendo a incidência de pacientes com lesão igual a 12,63%. Na amostra incidente, a média de idade dos pacientes foi de 67 anos, sendo 65,04% do sexo masculino e 34,96% do sexo feminino. Observou-se quanto ao estadiamento o predomínio de lesões de 1º e 2º estágios respectivamente 37% e 52%. A classificação de risco segundo Braden alto 38% e elevado 62%. Quanto à localização houve predomínio das regiões sacral 62%, calcâneo 12%, trocânter 8% e occipital 4%. A mediana do tempo de aparecimento das UPs foi de oito dias com variação de 1 a 67 dias. Este estudo mostrou prevalência e incidência inferiores aos estudos recentes publicados no Brasil. Com relação ao perfil concluímos que os pacientes mais acometidos foram os do sexo masculino com idade média superior a 60 anos de idade. A localização anatômica das UPs concentrou-se principalmente na região sacral, o que já é observado pela literatura especializada. Este trabalho contribuiu para dimensionar adequadamente o problema na instituição, e será útil para orientar as estratégias de prevenção da equipe assistencial.

E-mail do autor: fernandobenvindo@yahoo.com.br

088 - OS PRINCIPAIS FATORES DESENCADEANTES DOS ERROS DE MEDICAÇÃO NOS HOSPITAIS E SUAS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

França VH, Abreu ZM

Os erros de medicação são considerados eventos adversos medicamentosos passíveis de prevenção, podendo causar dano irreversível ao paciente. Ocorrem dentro do processo de medicação de seleção, obtenção, prescrição, preparo, dispensação, administração do medicamento e monitoramento do paciente. A maioria dos clientes que procuram os serviços de saúde recebem tratamento medicamentoso. Uma em cada dez pessoas admitidas nos hospitais sofre o risco de acontecer-lhe um erro potencial ou efetivo na medicação. Estima-se um gasto de US\$76,6 bilhões nos EUA com morbididades e mortalidades decorrentes. As instituições hospitalares, no Brasil, relutam na admissão desses, há sub-notificação. A equipe de enfermagem, capacitada, tem potencial para interceptar até 86% dos erros provenientes das etapas anteriores ao preparo e administração, pois atua nessas que são a ponta final do processo de medicação. Dada a relevância do problema, sua sub-notificação no Brasil, a importância da enfermagem para minimizá-lo, a urgência de prevenção; este estudo objetivou detectar os principais fatores desencadeantes dos erros de medicação em hospitais e as estratégias para preveni-los, sob a ótica da enfermagem. Realizou-se uma revisão bibliográfica na BIREME, em pesquisa avançada com os descritores de assunto erros de medicação and equipe de enfermagem, nos limites: campo de busca como descritor de assunto; espécie humanos; ano de publicação 2003 a 2009; idioma português. Foram encontradas três referências bibliográficas na base de dados LILACS, sendo selecionadas 2. Junto a cada uma dessas haviam outros trinta documentos relacionados; dentre esses, após lidos, foram selecionadas 13 referências bibliográficas. Os resultados apontaram como fatores desencadeantes dos erros de medicação: prescrição manual com letra ilegível, com uso de abreviaturas, inexistência de padronização das nomenclaturas, ausência de revisão das prescrições; falha na transcrição dessas e na solicitação do medicamento; entrega de medicação incompleta, com atraso ou vencido; erro no cálculo das doses; dificuldades na realização dos procedimentos; falta de padronização desses; técnica inadequada; déficit de conhecimento; falha na identificação do paciente; informações errôneas desse; frequência e checagem errada da dose; omissão do procedimento; problemas de comunicação dentro a equipe de saúde; sobrecarga de trabalho; número insuficiente de profissionais; infra-estrutura física inadequada; barulho; distração; desorganização da unidade; gestão e administração ineficazes. As estratégias de prevenção encontradas foram: informatização da prescrição; padronização da nomenclatura, dos horários e da dose única para distribuição do medicamento; diretrizes para os procedimentos; promoção de comunicação clara, correta e objetiva dentro a equipe; infra-estrutura física e ambiente favoráveis; disponibilidade de materiais; profissionais em número adequado a demanda; uso de pulseira de identificação pelo paciente e interação com esse; gestão e supervisão atuantes; criação de central de informações para as dúvidas relativas; educação permanente e continuada; busca de soluções em equipe interdisciplinar para os problemas; ambiente não punitivo. Percebe-se que os erros de medicação, nos hospitais, acontecem em cadeia, uma falha pode se somar a outra, o que agrava ainda mais sua ocorrência. Seus fatores desencadeantes são múltiplos e interligados; sua prevenção deve ser sistêmica, promovida com atuação interdisciplinar da equipe de saúde na busca de soluções.

E-mail do autor: vivianehfranca@hotmail.com

089 - PERFIL DIAGNÓSTICO EM TERAPIA INTENSIVA ADULTO SEGUNDO TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Souza MCS, Gomes TMV, Mendes NM, Tannure MC, Barçante TA

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem tem sido considerada fundamental por ser um método eficiente de organização dos processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e soluções de problemas. Uma das ferramentas utilizadas para implementá-la na prática é o processo de enfermagem, dentro do qual destaca-se a fase dos diagnósticos de enfermagem (DE). Para elaborá-los há necessidade de serem descritos os títulos diagnósticos (TD). Os objetivos desse estudo foram descrever os TD identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos, classificá-los nos domínios da NANDA (2008) e de acordo com as Necessidades Humanas Básicas (NHB) da teoria de Wanda de Aguiar Horta. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, sendo identificados 35 estudos. Foram descritos 73 TD, utilizados por enfermeiros para descrever manifestações clínicas apresentadas por pacientes internados em UTI de adultos. Dentre esses, 51 constam na NANDA, classificados em 11 domínios da mesma. Constatou-se que 02 domínios da NANDA não foram utilizados para elaborar os DE e que houve um predomínio de TD relacionados às necessidades psicobiológicas (38) seguido pelas necessidades psicossociais (13). Não foram identificados TD sobre as necessidades psicoespirituais. Conclui-se que é possível traçar o perfil diagnóstico em UTI de adultos segundo a teoria das NHB. No entanto, existe a necessidade de uma abordagem focada em todas as esferas cuidativas.

E-mail do autor: micris83@hotmail.com

090 - CAUSAS E PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS AO ABSENTEÍSMO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Carvalho RL, Unha S

Resumo: Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica sobre o absenteísmo da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Objetivo: descrever as principais causas do absenteísmo de profissionais de enfermagem que trabalham em UTI, assim como, identificar os principais problemas de saúde que levam os profissionais de enfermagem ao absenteísmo em UTI. Resultados: Grupo A: Condições de Trabalho: Ambiente de trabalho insalubre e as condições de saúde dos pacientes obtiveram 64% cada; Acúmulo de tarefas e complexidade das ações e a cobrança excessiva por parte da chefia de enfermagem aparecem com 41% de incidência cada; Baixa remuneração, trabalho noturno e em fins de semana e os problemas com escalas diárias de trabalho apresentam 35, 3% e 29, 5 respectivamente. Baixos salários, longas jornadas de trabalho e o duplo vínculo empregatício apresentam 23, 5%. Grupo B: Problemas de Saúde: Doenças neurológicas e o transtorno mental 64, 7%, Doenças cardiovasculares e os acidentes de trabalho com 29, 5% cada; Doenças osteomusculares e doenças gastrointestinais com 20, 5% cada; Doenças respiratórias com 17, 65%; Doenças geniturinárias, infecto-parasitárias e as licenças maternidades aparecem com menor frequência com apenas 11, 75% de incidência; Licença por INSS com 5, 9%. Grupo C: Fatores Pessoais: Problemas de relacionamento interpessoal com 41%; a insegurança no trabalho com 23, 5%; A carga de trabalho doméstico com 17, 65%; A desvalorização profissional com 11, 75%; Conflitos de interesse com 5, 9% e a Falta de responsabilidade com 5, 9%. Este estudo possibilitou conhecer as principais causas e problemas de saúde que estão relacionados ao absenteísmo dos profissionais de enfermagem dentro das unidades de terapia intensiva. Os resultados mostram a maior incidência de absenteísmo doença em relação aos demais, que são o absenteísmo por causas ambientais e por problemas pessoais.

E-mail do autor: rolcarvalho@click21.com.br

092 - ESTUDO SOBRE A OCORRÊNCIA DA ÚLCERA DE PRESSÃO EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE BELO HORIZONTE

Macedo NRRS, Soares AM, Guimarães EM, Santana LR

Fundamento: As úlceras de pressão (UP) representam um desafio para a assistência de enfermagem no Centro de Terapia Intensiva (CTI), devido aos vários fatores de risco agrupados na população deste setor (imobilidade, déficit na percepção sensorial, alteração na umidade, cisalhamento, déficit na nutrição, efeito de medicações vasoativas). Conhecer o fenômeno de aparecimento da úlcera de pressão é o primeiro passo na busca da prevenção da mesma. Objetivo: Conhecer e analisar a ocorrência do evento adverso UP em um CTI e os fatores relacionados a este evento. Delineamento/amostra: Estudo prospectivo, observacional, com abordagem quantitativa e qualitativa, onde foram estudados todos os pacientes internados no CTI de um hospital geral de atenção terciária, filantrópico, de referência no Estado de Minas Gerais, no período de janeiro a dezembro de 2008. Foram analisados separadamente os pacientes da unidade cirúrgica cardiovascular (UCC), unidade de pós-operatório de cirurgia geral (UPO) e unidade clínica (UTI GERAL). Métodos: Todos os pacientes admitidos nestas unidades no ano de 2008 tiveram sua escala de Braden mensurada na admissão e de 3 em 3 dias, sendo utilizado o valor do score do dia da notificação da UP. Para estadiamento das UP foi considerado a sua maior profundidade de acordo com as definições do NPUAP (National Pressure Advisory Panel). Os dados colhidos foram registrados em um banco de dados utilizando o programa Excel. Os dados de ocupação foram fornecidos pelo SAME. Foram incluídos todos os pacientes que tinham UP na admissão, que desenvolveram a UP no CTI ou que tiveram piora do seu estadiamento da UP durante a permanência no CTI. Os Enfermeiros foram treinados para a coleta dos dados e os mesmos se revezavam trimestralmente. Análise estatística: Não foi realizada. Resultados: Tabela em anexo. Conclusões: A incidência de úlceras de pressão em terapia intensiva é bastante variável, de acordo com as características locais e da população de pacientes. Neste estudo, a incidência de lesões foi maior na UTI GERAL, provavelmente pelo perfil de maior gravidade dos pacientes e a permanência maior naquela unidade (dados não mensurados neste trabalho). A maior parte das lesões novas se concentram no estágio I e II em todas as unidades. A maioria dos pacientes que desenvolveu lesão apresentava risco alto ou elevado, embora houvesse grande número de pacientes com risco apenas moderado no CTI pós-operatório. As regiões mais acometidas por UP nas 3 unidades são região sacral e calcâneo.

E-mail do autor: anatheresa.dias@bol.com.br

093 - DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: PERFIL DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA

Soares AC, Leite CV

Nas últimas décadas, as doenças cardiovasculares passaram a ser uma importante causa de morbimortalidade, sendo dentre estas, a Doença da Artéria Coronariana (DAC) a de maior relevância. O presente estudo visou identificar o perfil de pacientes hospitalizados com DAC em uma Instituição Filantrópica do Vale do Piranga/MG. A pesquisa possui delineamento transversal de caráter exploratório. A amostra foi composta pelos pacientes com histórico de doença arterial coronariana hospitalizados nesta instituição, no período de 05 a 28 de julho de 2007. Como instrumento para coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista estruturado, observação participativa e análise documental. A interpretação do achado foi realizada através da estatística descritiva, fazendo a conexão da literatura com o material coletado, sendo os mesmos analisados, organizados e apresentados na configuração de gráficos e tabelas. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. Todos os participantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O desenvolvimento da pesquisa respeitou a todo instante a Resolução número 196/96 Conselho Nacional de Saúde e a toda legislação vigente em nosso país. Frente aos resultados encontrados, destacam-se na queixa principal a dor e/ou desconforto torácico, com 85, 10%; entre os fatores de risco, 82, 97% da amostra apresentaram hipertensão arterial; em relação aos exames de diagnóstico clínico e por imagem e tratamento, 85, 10% dos pacientes realizaram o Eletrocardiograma; 100% a Cineangiogramia e 57% Angioplastia e quanto à evolução, 97, 87% tiveram alta hospitalar. Por meio dos resultados encontrados, pode-se traçar o perfil do paciente com DAC e percebeu-se que a enfermagem pode atuar junto a este paciente de forma a minimizar os agravos e contribuir para melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença Artéria Coronária; Perfil de paciente; Enfermagem.

E-mail do autor: arimaza15@hotmail.com

095 - INFARTO DO MIOCÁRIDO (IM) DE VENTRÍCULO DIREITO (VD) PÓS TRAUMA POR ARMA BRANCA

Barros TG, Faria LT, Almeida LMS, Merched HT, Oliveira EF, Freitas MLC

Introdução: O trauma cardíaco tem alta mortalidade, cuja maioria das vítimas morre no local. No trauma torácico, o ventrículo direito é uma área vulnerável devido a sua disposição anterior e seu acometimento piora o prognóstico do paciente. Objetivo: Relatar um caso de trauma cardíaco por arma branca, evoluindo com IM para instigar a discussão médica sobre o tratamento adequado do infarto decorrente de lesão direta; uma vez que as evidências científicas são focadas no tratamento do IM decorrente de placa aterosclerótica coronariana. Relato do caso: A.T.S., masculino, 41 anos, vítima de lesão por arma branca em região paraesternal direita ao nível do 4º espaço intercostal. Admitido no Hospital João XXIII em 24/03/09, em Glasgow 14, apresentando sangramento pelo orifício da lesão, sons respiratórios diminuídos à direita, bulhas hipofonéticas, mantendo estabilidade hemodinâmica (Pressão arterial sistólica de 100 mmHg e Frequência Cardíaca de 114 batimentos por minuto). Submetido a radiografia de tórax que revelou hemotórax à direita e ultrassonografia de tórax mostrando líquido em saco pericárdico. Encaminhado ao bloco cirúrgico com urgência, onde foi realizada esternotomia e janela pericárdica, sendo visualizada lesão em parede antero-lateral de VD e ramos de coronária direita. Realizada rafia do orifício da lesão miocárdica e colocados drenos de mediastino e tórax à direita. Admitido na unidade de terapia intensiva estável hemodinamicamente, apresentando sopro meso-sistólico em foco tricúspide 2+/6+ e bulhas hipofonéticas. Exames complementares indicando elevação de enzimas cardíacas e supra-desnívelamento de ST em D1, AVL e V2 a V6. Ao Ecocardiograma, o VD estava aumentado de tamanho discretamente, com disfunção leve e hipocinesia em região látero-apical de VD. Paciente evoluiu com quadro séptico de provável foco pulmonar e derrame pleural associado, com características de empiema visualizadas à Tomografia computadorizada (TC) de tórax. Dessa forma, foi indicada Pleuroscopia. Após o procedimento, o paciente apresentou melhora significativa do quadro clínico. Foi realizada nova TC de tórax para controle e AngioTC de tórax com janela de mediastino, que evidenciaram: ausência de derrame em mediastino; área pulmonar sem sinais de complicação; trama pulmonar exuberante; câmaras e estruturas esquerdas sem anormalidades; cicatriz miocárdica da agressão por arma branca sem anormalidades; coronária direita aparentemente íntegra no eixo principal e em toda sua extensão; área miocárdica látero-posterior direita hipocaptante e com densidade heterogênea, compatível com IAM; insuficiência tricúspide moderada a grave, com ingurgitamento de átrio direito. Paciente recebeu alta da UTI em boas condições, sem sinais clínicos de insuficiência ventricular direita. Conclusão: As lesões cardíacas decorrentes de trauma estão se tornando cada vez mais frequentes, podendo causar alterações estruturais importantes, as quais devem ser prontamente investigadas e tratadas. A literatura médica traz muitas informações sobre o tratamento do IAM por doença aterosclerótica. Faz-se necessário acompanhamento especializado destes pacientes para compreender a evolução do IM por lesão direta.

E-mail do autor: tegamarano@yahoo.com.br

096 - IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DO SUS-FÁCIL NA TAXA DE MORTALIDADE E NA OCUPAÇÃO DA UTI DO HOSPITAL DE ITAÚNA

Brito ALF, Pimenta DSC, Bernardes JLM, Lopes FTT, Fernandes RCL, Leite AS

Introdução: Para melhorar o atendimento aos pacientes em estado grave e que necessitam de tratamento emergencial, criou-se o SUS-FÁCIL, software de Regulação Assistencial cujo intuito é acelerar a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde de Minas Gerais. O sistema estadual de regulação assistencial pretende, no curso de sua implantação, regular, em co-gestão com os municípios, o acesso aos serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, de urgência/emergência e eletivos, credenciados ao SUS/MG. As centrais de regulação assistencial são estruturas operacionais que, interpostas entre o conjunto da demanda por determinada atenção e as ofertas disponíveis, procuram dar a melhor resposta possível para um problema assistencial específico. O sistema procura entre os hospitais vagas aptas a receber pacientes, conforme a necessidade do doente e a localização mais próxima, facilitando o acesso. O Hospital Manoel Gonçalves, localizado em Itaúna, cidade do centro-oeste mineiro, possui uma UTI instalada em 2003. Tem 10 leitos para pacientes adultos. Em outubro de 2008, o hospital implantou o SUS FÁCIL. Objetivos: Avaliar o impacto da implantação do SUS FÁCIL na ocupação da UTI e na taxa de mortalidade. Metodologia: Estudo retrospectivo com levantamento das frequências de internação e óbito dos pacientes entre janeiro de 2006 e abril de 2009, ou seja, 20 meses antes e após a implantação do SUS-FÁCIL. Resultados: Nos 40 meses estudados, foram admitidos 1264 pacientes na UTI. Antes da implantação do SUS-FÁCIL foram admitidos 580 pacientes (77, 4% itaunenses). Em um mesmo espaço de tempo após a implantação do SUS-FÁCIL, foram internados 684 pacientes (73, 8% itaunenses), representando um aumento de 18%. A mortalidade geral antes e depois da implantação do SUS-FÁCIL foi de 32, 1% e 32, 6%, respectivamente, a mortalidade dos pacientes de Itaúna foi de 30, 7% e 31, 7%, respectivamente, e a mortalidade de pacientes de outras cidades foi de 36, 6% e 35, 2%, respectivamente. A implantação do SUS-FÁCIL não modificou a proporção de pacientes de Itaúna internados na UTI ($p > 0, 05$). A mortalidade dos pacientes de Itaúna e de outras cidades também não foi influenciada pela implantação do SUS-FÁCIL ($P > 0, 05$). Discussão e Conclusões: Com a implantação do SUS-FÁCIL observou-se aumento significativo das internações na UTI. O aumento de admissões de pacientes de outras cidades não prejudicou a internação de pacientes de Itaúna. Observou-se aumento no número de internações tanto de pacientes de Itaúna quanto de outras cidades, mostrando que o objetivo de aperfeiçoar o uso dos recursos foi, em parte, atingido. Observou-se uma elevada mortalidade nos pacientes admitidos na UTI, mais acentuada entre pacientes não itaunenses. Tal fato pode refletir demora no acesso ao cuidado intensivo, aumentando a gravidade dos pacientes. Com a implantação do SUS-FÁCIL não houve aumento na mortalidade geral e nem na taxa de mortalidade dos pacientes quando categorizados em pacientes de Itaúna e de outras cidades. O aumento da demanda por atendimento não ocasionou elevação da mortalidade. O aumento das vagas disponíveis, a garantia de funcionamento adequado e sistemas de gerenciamento dos recursos são medidas que devem ser instituídas pelo poder público objetivando melhorar o atendimento aos usuários do SUS.

E-mail do autor: asl@nwnet.com.br

098 - INFECÇÃO HOSPITALAR E CHOQUE SÉPTICO NO PÓS-OPERATÓRIO EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO- ANÁLISE DE ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Correia PC, Oliveira CD, Nangino GO, Isoni CA

Fundamento: As infecções hospitalares e o choque séptico são complicações importantes nos pacientes hospitalizados em unidades de tratamento intensivo (UTI) pós operatório. Objetivo: Avaliar os aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados à infecção, sepse e choque em pacientes no pós operatório em unidade de tratamento intensivo. Delineamento: Estudo prospectivo observacional. Amostra: 72 pacientes que foram submetidos a procedimento cirúrgicos e necessitaram de cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI) pós operatória por mais de 48 horas. Metodologia: Coleta de dados da através de protocolo padrão. Os pacientes foram incluídos de forma espontânea sem seleções diferenciadas. Os pacientes não incluídos não foram contabilizados. Estes pacientes foram acompanhados prospectivamente por 28 dias ou até alta da UTI. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte sob parecer n 026/2007. Resultados: Dos 72 pacientes estudados, 24 pacientes (33, 3%) apresentaram infecção durante a internação na UTI. As infecções apresentadas foram: infecção de ferida operatória ou relacionada a cirurgia 10/72 (13, 8%) pneumonia 9/72 (12, 5%), infecção do trato urinário 4 (5, 6%), infecção de cateter 5 (6, 9%) ventriculite 5 (6, 9%) e foco infeccioso não definido em 09 pacientes (12, 5%). Os pacientes admitidos intubados (RR 2, 41 (1, 29-4, 48 IC 95%) e principalmente aqueles que além de admitidos intubados necessitaram de ventilação mecânica por mais de 48 horas (RR 6, 5 (1, 78-24, 26) apresentaram maior incidência de infecção em geral. Dentre os 24 pacientes que apresentaram infecção diagnosticada durante a internação na UTI, 8 pacientes (33, 3%) evoluíram para choque séptico (com predomínio daqueles com infecção de ferida operatória ou órgão relacionado a cirurgia). Os indivíduos que foram admitidos intubados e que permaneceram em ventilação mecânica por mais de 48 horas após admissão (RR 1, 29 (1, 06 – 1, 56) e aqueles que necessitaram de ventilação mecânica prolongada (RR 1, 29 (1, 06-1, 56) apresentaram maior mortalidade na UTI. O choque séptico (RR=2, 583(1, 055-6, 327) também foi associado à maior mortalidade na UTI no grupo estudado. Conclusão: A necessidade de cuidados intensivos por mais de 48 horas após procedimento cirúrgico pode refletir gravidade dos indivíduos pelo estado per-operatório ou presença de comorbidades. Os dados encontrados no grupo estudado sugerem que outras medidas relacionadas a cuidados, diagnóstico precoce das infecções e terapêutica específica sejam implementados principalmente nos indivíduos de maior risco (dependentes de ventilação mecânica nas primeiras 48 horas e aqueles com infecção de ferida operatória ou órgão relacionado a cirurgia). O paciente que permaneceu mais de 48 horas em unidades de terapia intensiva podem apresentar elevadas taxas de infecção nosocomial relacionado a UTI, sobretudo pneumonia e infecção de ferida operatória ou órgão relacionado a cirurgias. Considera-se pior desfecho naqueles indivíduos que evoluem para formas de choque séptico.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar; Pós-operatório; UTI.

E-mail do autor: pccorreia@yaho.com.br

099 - MASSA TUMORAL SECUNDÁRIA A INFECÇÃO POR SCHISTOSOMA MANSONI SIMULANDO NEOPLASIA DE PULMÃO: RELATO DE CASO

Oliveira CD, Resende MA, Peixoto LC, Salomon CEV, Correia PC, Nunes MB

Fundamento: Esquistossomose é um das principais endemias em nosso meio. Formas pulmonares com apresentação atípicas têm sido relatadas, muitas vezes com diagnóstico difícil. Objetivo: Relatar caso raro na literatura e revisar o tema de acordo com conhecimentos atuais. Delineamento: Relato de caso: Paciente jovem, residente em área endêmica de esquistossomose, com massa pulmonar sugestiva de neoplasia foi submetida à toracotomia exploradora sem possibilidade de ressecção da massa. Exame histopatológico mostrou vários granulomas esquistossomótico e hiperplasia do tecido conjuntivo, sem sinais de neoplasia. Evoluiu com insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica no pós operatório imediato. Recebeu tratamento específico (praziquantel) associado à prednisona. A paciente cursou com infecção pulmonar e choque séptico. Recebeu antibioticoterapia, aminas vasoativas, suporte ventilatório e tratamento hemodilítico sem melhora. Evoluiu para óbito 28 dias após cirurgia. Conclusão: Propõe-se que em áreas endêmicas a esquistossomose pulmonar seja diagnóstico diferencial de estruturas complexas como massas pulmonares.

Palavras-chave: Esquistossomose Pulmonar; Neoplasia.

Referências: 1. Faturoto MC, Correia D, Silva MB, Barra MF, da Silva AV, Tarquinio DC, Pacheco KD, Lima MA. Pulmonary schistosoma nodule simulating neoplasia: case report. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 36:735-7, 2003.

E-mail: pccorreia@yaho.com.br

100 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DE UM HOSPITAL PÚBLICO: PREVALÊNCIA DE CO-MORBIDADES E MORBIMORTALIDADE

Santos JFG, Firmino CF, Santos MO, Costa AC, Lucas GRBF

Fundamento: Nas últimas décadas o perfil epidemiológico dos pacientes internados nas UTIs vem se modificando, principalmente devido ao envelhecimento da população, com conseqüente aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e das neoplasias, além das mudanças dos hábitos das populações urbanas (Crit Care Med 1993, 21 279; Ann Intern Med 1993, 118 753, Crit Care Med 2008; 36: 1 – 7). Com isto aumentou-se também a prevalência das co-morbidades neste grupo de doentes. Conhecer a prevalência e a influência destas no resultado clínico final é de grande importância. Objetivo: Analisar a epidemiologia de uma UTI geral, clínica e cirúrgica, avaliando a prevalência de co-morbidades e o possível impacto destas no prognóstico do paciente gravemente enfermo. Delineamento: Análise interina do módulo “co-morbidades” (pré-especificada em protocolo) de um estudo de coorte observacional, prospectivo, de análise epidemiológica geral de uma UTI pública, avaliando-se a prevalência de co-morbidades e o impacto destas na evolução clínica dos pacientes. Amostra: Todos os pacientes internados na UTI, no período de dezembro/2008 a fevereiro/2009, sem critério de exclusão. Métodos: Os dados dos pacientes foram coletados em planilhas específicas do módulo de co-morbidades, de dados demográficos, clínicos e laboratoriais. Os pacientes foram seguidos desde a admissão na UTI até a alta ou óbito hospitalar. Análise estatística: Os dados demográficos e as proporções foram descritos com a média ± DP, e na comparação entre grupos usou-se o qui-quadrado ou o teste t-student, dependendo da condição. Um p < 0, 05 foi considerado significativo, com um intervalo de confiança de 95%. Resultados: No período, 65 pacientes internaram-se na UTI, sendo 44, 6% do sexo masculino, com idade média de 67, 6±13, 7 anos, sendo 63% com mais de 65 anos. Pacientes clínicos foram a maioria (78, 5%), com 21, 5% cirúrgicos. O tempo médio de internação na UTI foi de 12, 4±17, 2 dias, e o de ventilação mecânica (VM) de 9, 23±18, 3 dias. Trinta pacientes (46, 2%) foram submetidos à VM, e destes, 46, 7% foram traqueostomizados. O APACHE-II médio foi de 19, 3±5, 7, com taxa de mortalidade média global (TM) de 35, 4%. Sepse à admissão esteve presente em 12, 3% dos pacientes, com TM de 87, 5% (RR=3, 0 e p<0, 05), e a nosocomial ocorreu em 18, 5%, com TM de 75% (RR=2, 8 e p<0, 05). Mais de 50% dos pacientes eram hipertensos prévios. A insuficiência renal aguda ocorreu em 8 pacientes, com TM de 50% (RR=1, 4). As co-morbidades mais prevalentes foram: hipertensão arterial sistêmica (50, 8%), diabetes melito (21, 5%), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (16, 9%), flutter/fibrilação atrial e insuficiência renal crônica (10, 8% cada), insuficiência coronariana e acidente vascular cerebral prévios (9, 2% cada), doença pulmonar obstrutiva crônica (7,7%), asma e obesidade mórbida (4, 6% cada). Na análise de associação com mortalidade, apenas a ICC (RR= 2, 14, p<0, 05) e a asma (RR=1, 97, p<0, 05) se acompanharam de aumento de mortalidade. Conclusão: Nesta amostragem, a idade média foi elevada, e houve uma grande prevalência de co-morbidades, sendo que somente a asma e a ICC se associaram à aumento de mortalidade.

E-mail do autor: josephfgsantos@yahoo.com.br

101 - ABCESSO HEPATICO EM GESTANTE

Sousa IRS, Lima SJ, Barrios CL, França CCB, Melo ACAV, Neves FAC

Introdução: Abscesso hepático é uma doença grave de difícil diagnóstico essencialmente clínico, em um primeiro momento, visto que apresenta sintomatologia comum a outras afecções do andar superior do abdome. Apresenta uma incidência mundial de 1 caso para cada grupo de 100.000 pessoas, sendo mais frequente em homens e nas regiões tropicais. Pode se desenvolver a partir de uma infecção abdominal (apendicite, diverticulite ou perfurações do intestino). Caracteriza-se pela tríade, dor localizada em hipocôndrio direito, febre e hepatomegalia associados a calafrios, astenia, anorexia, emagrecimento, tosse não produtiva e emagrecimento. Apresenta-se sob forma piogênica, amebiana ou mista. Tem como padrão ouro diagnóstico ultra sonografia que permite drenagem percutânea, sendo raras as intervenções abertas. Objetivo: Descrever um caso de abscesso hepático em gestante. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 35 anos gestante de 21 semanas procurou o PS apresentando mal estar geral, náuseas, vômitos, lombalgia, febre, taquicardia e dispnéia, sendo diagnosticado ITU e iniciado ceftriaxona. Após 10 dias cursou com bacteremia sendo transferida para o CTI US mostrou vesícula biliar com cálculo de 2 cm. Foi associado metronidazol com boa resposta clínica e laboratorial por 7 dias, recebeu alta em uso de clindamicina. Após 48 h reinternação em CTI com febre alta calafrio, dispnéia, náuseas e mal estar geral reiniciada ceftriaxona e metronidazol. US obstétrico evidenciou gestação eutrófica de 21 semanas, US abdominal imagem cística de aspecto heterogêneo entre os segmentos VII e VIII de paredes espessadas e conteúdo denso (324cm³), sugerindo abscesso hepático, além de cálculo de 2, 2 cm em vesícula biliar que se encontra com espessura normal. Realizada punção e drenagem de 805 ml de secreção purulenta esverdeada e de odor fétido, deixado dreno. Não houve crescimento em cultura. Discussão: Os aspectos etiológicos, a importância de um diagnóstico preciso e precoce com ideal tratamento da doença citada será discutido e avaliados no conteúdo desse painel assim como o desfecho do caso.

E-mail do autor: indirasenna@hotmail.com

102 - DEXMETETOMIDINA: USO EM 37 PACIENTES CONSECUTIVOS INTERNADOS EM UM CTI MULTIDISCIPLINAR

Oliveira DC, Damasceno AAC, Ishisaki NL, Freitas JI, Moraes DF, Carvalho FB

Fundamento: A Dexmedetomidina (Prec dex[®]) é uma droga Alfa-2 agonista, altamente seletivo, que possui propriedades sedativas e analgésicas, sem promover depressão respiratória. Alguns estudos multicêntricos e randomizados demonstraram os benefícios da Dexmedetomidina na UTI quando comparados a outros fármacos na redução do tempo de ventilação mecânica. Objetivo: O objetivo do presente trabalho é descrever os casos que utilizaram esta nova droga na UTI. Delineamento: Série de casos consecutivos internados num CTI no ano de 2008. Amostra: Foram estudados 37 pacientes adultos que utilizaram a dexmedetomidina por pelo menos uma hora. Métodos: Foi feita coleta retrospectiva de dados demográficos e fisiológicos dos pacientes que utilizaram a dexmedetomidina, incluindo a necessidade de ventilação mecânica. Foram notados os aspectos relacionados diretamente ao uso da dexmedetomidina, como: tempo de utilização, dose máxima, dose média e uso de outros sedativo-hipnóticos e opióides. O registro dos pacientes que utilizaram a droga foi obtido através de censo da farmácia hospitalar. Análise estatística: Foi feita análise descritiva da população e das variáveis clínicas com medidas de frequência das variáveis nominais e de posição (mediana) e dispersão (intervalo interquartil) das variáveis contínuas. Na análise comparativa entre grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas com distribuição não normal. O nível de significância estatística foi definido a 5%, ou p<0.05. Resultados: Neste período o CTI teve 1416 admissões, 37 (2, 61%) destes pacientes utilizaram dexmedetomidina. As principais características desta população foram: Idade 59 (44-70) Sexo feminino 10 (27%) Origem: Transf interhosp 8, Bloco Cirúrgico 8, Internação 7, Pronto Socorro 5, Ignorado 5, Pré-hosp móvel 4 Síndromes clínicas à admissão: Neuro-clínico 9, Insuf resp aguda 8, Pós-op imediato 8, Trauma 6, Choque 6 Dia de internação na UTI que iniciou a droga 4 (2-6) Duração do uso em dias 2 (1-3) Dose média, em µg/h, 10 (6-13) Dose máxima, em µg/h, 15 (10-25) Uso de noradrenalina antes 8 (21%) e depois 7 (19%) Uso de dobutamina antes 5 (13%) e depois 3 (8%) Traqueostomia 3 (8%), intubação orotraqueal 13 (35%), ventilação mecânica 20 (54%), terapia de substituição renal 1 Alta do CTI 32 (86%), alta hospitalar 23 (62%). Conclusões: A dexmedetomidina é utilizada em pequena parcela de pacientes críticos, mesmo com uma ampla gama de síndromes diagnósticas das doenças críticas. Não houve significância estatística entre o uso de drogas para suporte cardiovascular antes e depois do uso da dexmedetomidina.

E-mail do autor: fredbruzcarv@gmail.com

104 - PSICOSE INDUZIDA POR CLARITROMICINA: RELATO DE CASO

Damasceno AAC, Oliveira DC, Ishisaki NL, Freitas JI, Goulart MM, Carvalho FB

Fundamento: Alucinações secundárias a reações adversas por drogas são raras, mas podem ocorrer com um grande número de drogas. Entre os antibióticos, a claritromicina é reconhecidamente uma causa de psicose induzida por drogas ou antibiomania. Objetivo: O objetivo do presente trabalho é descrever um caso de psicose induzida por claritromicina. Delineamento: Descrição de caso clínico. Amostra: Um paciente atendido no Pronto Atendimento e no CTI do Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte. Métodos: Foi feita coleta retrospectiva de dados demográficos e de resultados de exames complementares do paciente. A evolução no CTI é descrita em mais detalhes. Análise estatística: Não se aplica. Resultados: Um paciente de 21 anos, do sexo masculino foi atendido no PS com história de alteração súbita de consciência no primeiro dia de tratamento de uma sinusite aguda com claritromicina. O paciente apresentava-se confuso, agitado e desorientado. O restante do exame físico era normal. Recebeu clorpromazina e prometazina no atendimento inicial. Não tinha história de uso de drogas recreativas ou trauma importante. Os exames do paciente eram: Hb = 16, 6 g/dL; Plaquetas = 231.000/mm³; LG = 10.300/mm³ com Eos = 0, 5 k/mm³ e 1, 2 k/mm³; PCR <3, 0; Creatinina = 0, 8 mg/dL; Uréia = 28 mg/dL; Na = 135 mEq/L; K = 3, 27 mEq/L; Cl = 110 mEq/L; Mg = 1, 8 mEq/L; TGO = 156 UI/dL; TGP = 178 UI/dL; BT = 0, 57 mg/dL; pH = 7, 34; PCO₂ = 41, 9 mmHg; PO₂ = 97 mmHg; HCO₃ = 22 mEq/L; SatO₂ = 96%. Foi submetido à RNM de urgência, sedado com midazolam, que não evidenciou alterações. O paciente recebeu dexmedetomidina para controle de delirium no CTI, com boa resposta. A droga foi desligada em 12h, com melhora dos sintomas e alta hospitalar em 2 dias. Conclusões – A relação temporal entre o início das alucinações e o começo da claritromicina, assim como a melhora dos sintomas após a sua cessação e término de meia-vida, sugere uma relação causal.

E-mail do autor: fredbruzcarv@gmail.com

107 - FATORES DE RISCO PARA UM PACIENTE SE TORNAR CRÔNICO NA UTI, DEPENDENTE DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

Santos JFG, Firmino CF, Lucas GRBF, Santos MO, Costa AC

Fundamento: Cada vez mais assistimos ao aumento da prevalência de pacientes que se tornam crônicos na terapia intensiva. A ocorrência varia conforme o tipo de UTI, seus recursos, mas principalmente de fatores ligados ao paciente e à doença que ocasionou a sua internação na UTI. Assim, há a necessidade da realização de estudos que tentem discriminar fatores que se associam a este tipo de desfecho. Objetivo: Estudar a epidemiologia de pacientes que se tornam cronicamente dependentes da VMI (por mais de 15 dias), buscando-se avaliar variáveis que se associam a este desfecho clínico. Delineamento: Estudo de coorte observacional, prospectivo, para avaliar pacientes que não submetidos à VMI e que se tornam crônicos na UTI, dependentes da mesma. O estudo busca discriminar fatores que favorecem ou protegem o paciente contra esta nova doença. Amostra: Todos os pacientes internados na UTI, no período de dezembro/2008 a fevereiro/2009, que necessitaram de VMI em algum momento da sua internação na UTI. Foram excluídos os pacientes que não estiveram em VMI. Métodos: Os dados foram coletados em planilhas específicas constando da história e evolução clínica, dados demográficos, drogas, intercorrências, exames laboratoriais, dentre outros, além do APACHE-II. Os pacientes foram seguidos desde a admissão na UTI até a alta ou óbito hospitalar, o que ocorresse primeiro. Análise estatística: Análise geral dos dados clínicos e demográficos, juntamente com uma análise univariada, na busca por fatores que se associaram ao desfecho descrito, e um $p < 0,10$ foi considerado significativo nesta análise inicial. Posteriormente, os fatores que se associaram ao desfecho descrito foram submetidos a uma análise multivariada, utilizando-se o teste de log-Rank com a curva de Kaplan-Meier, com regressão Cox. Nesta segunda análise um $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Resultados: Trinta pacientes foram incluídos, sendo 33, 3% homens, com idade média de 70, 3 anos. Na análise univariada na comparação entre o grupo que se tornou crônico versus o que não se tornou crônico, não houve diferenças entre as idades, a taxa de mortalidade (58, 3% X 77, 8%), entre os sexos, prevalência de coronariopatia, pneumonia associada à VMI, se cirúrgico ou clínico, insuficiência renal crônica, doença pulmonar crônica, ou o escore APACHE-II. Entretanto, nos primeiros havia significativamente mais diabéticos, cardiopatas (ICC), asmáticos e estiveram mais expostos aos seguintes eventos: uso de corticóide (41, 7% X 5, 6%), reintubação (100% X 0%), insuficiência renal aguda (IRA) (33, 3% X 5, 6%), hemodiálise, traqueostomia (100% X 11, 0%), sepse à admissão (83, 3% X 27, 8%), sepse nosocomial (66, 7% X 16, 7%), maior número de transfusões (50% X 5, 6%), prevalência de polineuropatia (41, 7% X 5, 6%), todos com $p < 0,05$. Após a análise multivariada, só tiveram associação independente e significativa para o desfecho descrito: ICC, IRA, reintubação, sepse nosocomial, transfusão de sangue e a polineuropatia, e uso de corticóide, todos com $p < 0,05$. Conclusão: Neste estudo conseguimos discriminar sete variáveis que se associaram independentemente com a evolução de pacientes graves para a condição de crônicos críticos. Novos estudos necessitam ser realizados para confirmar os nossos achados.

E-mail do autor: josephfgsantos@yahoo.com.br

109 - USO DAS ESTATINAS NO TRATAMENTO DO VASOESPASMO NA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEANA ESPONTÂNEA: QUAL O NÍVEL DE EVIDÊNCIA?

Santos JFG, Busatti H, Gomes MA

Fundamento: A ruptura dos aneurismas cerebrais representam de 6 a 8% de todos os acidentes vasculares cerebrais, e leva à hemorragia subaracnoideana espontânea (HSAE). Tem alta mortalidade, podendo deixar seqüelas graves. O vasoespasmó é uma das principais complicações e é a principal causa de morbimortalidade pós-operatória. Atualmente as principais intervenções disponíveis para o tratamento do vasoespasmó são: a terapia hiperdinâmica dos "3 Hs", uso da nimodipina, os corticosteróides, rTPa intratecal, antifibrinolíticos, lavadores de radicais livres e a angioplastia. As estatinas vem sendo sugeridas como alternativa para o tratamento do vasoespasmó na HSAE, que agem reduzindo a inflamação e a proliferação celular, aumentando a síntese de óxido nítrico corporal, e prevenindo a trombogênese. Objetivo: Revisão sistemática da eficácia do uso das estatinas no tratamento do vasoespasmó de artérias cerebrais secundário à HSAE. Delineamento: Estudo de revisão sistemática buscando-se analisar as evidências científicas, e a qualidade dos estudos, na literatura indexada aos principais bancos de dados. Amostra: Estudos publicados nos bancos de dados do Medline, Pubmed e Embase, que preencheram os critérios de inclusão descritos em métodos. Métodos: Busca realizada nos três bancos de dados, buscando-se estudos experimentais *in vivo*, e em ensaios clínicos, estes divididos em não aleatorizados/controlados (não-RCTs) e os aleatorizados/controlados (RCTs). Buscou-se também estudos de revisão (sistemática e/ou metanálises). Os critérios de inclusão foram todos os artigos encontrados, excluindo-se aqueles derivados de um mesmo estudo. As seguintes palavras chaves foram cruzadas entre si em várias combinações: hemorragia subaracnoideana espontânea, aneurisma cerebral, tratamento, terapia, vasoespasmó, estatinas, sinvastatina, pravastatina, atorvastatina, rosuvastatina. Análise estatística: Foi realizada uma análise qualitativa dos estudos, baseados nos critérios propostos por Sackett e cols., classificando os níveis de evidências dos mesmos. Não foi realizado metanálise. Resultados: Nove estudos experimentais *in vivo* analisaram o efeito das estatinas em HSAE induzida. Mostraram haver aumento do óxido nítrico sintase, aumento do diâmetro das artérias, e redução dos déficits neurológicos. Já os ensaios clínicos, não aleatorizados/controlados, encontramos 27 estudos. Sugerem que as estatinas possam melhorar os resultados, além de reduzir a incidência e a intensidade do vasoespasmó, entretanto são muito pequenos, com desenho inadequado para avaliar terapêutica e com objetivos fisiológicos apenas. Sete estudos RCTs foram encontrados. Entretanto apenas 2 preencheram os critérios de qualidade, com amostras muito pequenas (Ntotal= 119). Apenas uma metanálise foi publicada, composta apenas de 3 estudos, sendo que um deles não preenche critérios adequados. Tinham objetivos diferentes, com N total pequeno, e não avaliaram déficits neurológicos e mortalidade. Conclusão: Até o momento não temos ainda evidências científicas consistentes do benefício do uso das estatinas no tratamento do vasoespasmó na HSAE. Ainda devemos esperar o resultado de três ensaios clínicos em andamento, que possam estabelecer com melhor precisão esta conduta.

E-mail do autor: josephfgsantos@yahoo.com.br

110 - AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES IDOSOS INTERNADOS EM CTI

Carvalho LGP, Oliveira FS, Duarte MB, Pereira RC, Silva SL

Fundamento: A demanda por internação de idosos em terapia intensiva está crescendo. As peculiaridades desse grupo de pacientes são conhecidas, mas diferenças sociais, econômicas, geográficas e culturais fazem com que cada instituição tenha um perfil próprio de atendimento. Conhecer essas diferenças influencia de forma positiva na prestação do serviço e no prognóstico final dos idosos. Objetivo: Estabelecer as características clínicas e epidemiológicas dos idosos que estiveram internados em terapia intensiva e definir plano de prioridades para incrementar o atendimento a ser oferecido. Delineamento: Estudo observacional. Amostra: Com base em pesquisa de prontuário, foram incluídos os pacientes acima de 65 anos de idade e que permaneceram internados por período de tempo igual ou superior à média de internação da unidade no mês avaliado. Métodos: Analisamos as internações do primeiro trimestre do ano de 2007. Entre os aspectos considerados estão: faixa etária, sexo, tipo de convênio, motivo principal da internação, tipo e número de comorbidades e medicamentos em uso até a internação, APACHE II, necessidade de procedimentos invasivos, uso de antibiótico, tempo de ventilação mecânica e tratamento dialítico, uso de suporte nutricional, realização de hemotransfusão e de transporte intra-hospitalar. Ainda foram avaliados a média de permanência e o número de óbitos ocorridos nesse período. Análise estatística: Identificação das características básicas da população em estudo e obtenção das porcentagens de ocorrência de eventos definidos para comparação com outros grupos e informações da literatura. Resultados: Foram estudados 444 prontuários, sendo que 93 pacientes eram elegíveis para estudo, mas apenas 50 foram efetivamente incluídos em vista de perda de amostragem. Predomínio de pacientes do sexo feminino e com idade entre 70 e 80 anos. A maioria tinha plano de saúde suplementar. As causas cardiovasculares (clínicas e cirúrgicas) foram as principais em motivar internação e comorbidades do aparelho cardiovascular predominaram. 56% dos pacientes foram submetidos a procedimentos no CTI, quase 3, 5 procedimentos por paciente. 62% desses pacientes receberam antimicrobianos, sendo as cefalosporinas os antibióticos mais prescritos (isolados ou em associação, profiláticos ou terapêuticos). Os pacientes necessitaram de ventilação mecânica prolongada, média de aproximadamente 9, 5 dias. Apenas dois pacientes precisaram de terapia de substituição renal. Cerca de 30% desses pacientes utilizou suporte nutricional enteral, recebeu hemoderivados ou foi submetido a transporte intra-hospitalar. Apresentaram média de internação próxima do dobro da unidade e mortalidade de 26%. Conclusão: Os idosos gravemente enfermos são de manejo clínico complexo em vista das inúmeras e variadas comorbidades. Necessitam de cuidados multidisciplinares e permanecem por longos períodos de tempo em regime de terapia intensiva. São de desmame lento de ventilação mecânica e, em sua maioria, necessitam de suporte nutricional e de terapia antimicrobiana prolongados. Os cuidados intensivos são prestados, em geral, em momentos de fragilidade e dependência para essa parcela da população. É função do intensivista, garantir o melhor tratamento e conforto para que a cura seja possível ou para que a morte seja digna.

E-mail do autor: luizguilherme_carvalho@yahoo.com.br

111 - HIPERINFECÇÃO POR STRONGYLOIDES STERCORALIS COMPLICADA COM SEPSE POR GRAM NEGATIVO ENQUANTO FATOR DETERMINANTE DE SÍNDROME DE DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA)

Coelho TOA, Lopes TM, Marinho CC, Rocha JZD, Fagioli FGD, Botoni FA

Fundamento: A strongiloidíase crônica é uma doença endêmica no Brasil. Nesse cenário, a hiperinfecção por strongilóides (HE) torna-se uma síndrome relevante em pacientes imunossuprimidos ou usuários de corticóides (Gea-Banacloche *et al*, Crit Care Med 2004; Keiser and Nutman, Clin Microbiol Rev 2004). Embora rara, assume extrema gravidade, e com isso alcança o âmbito da terapia intensiva. Na literatura, há poucos relatos de caso correlacionando HE e SDRA (Ashley *et al*, Chest 2005). Objetivo: Apresentar um caso sobre HE, sepse por gram negativos enterais e SDRA, promovendo o debate sobre a importância do tema no cenário da terapia intensiva. Delineamento: relato de caso. Resultados: L.G.S, mulher, 31 anos, com diagnóstico há seis meses de dermatomiosite. Iniciado tratamento com metotrexate e prednisona, já em redução da dose do corticóide. Admitida no pronto-socorro com quadro progressivo de fraqueza, náuseas, epigastria e precordialgia. Foi internada, intercorrendo com leucocitose com desvio. Hipótese inicial de pneumonia e suspeita de insuficiência adrenal. Iniciados antibióticos empíricos e aumentado corticóide. Evoluiu em choque séptico e insuficiência respiratória por SDRA. Primeira cultura de aspirado traqueal (AT) isolou Enterococcus sp. e larvas de *S. stercoralis*. Iniciados ivermectina e ampicilina. Evoluiu com choque séptico refratário e necessidade de doses altas de aminas vasoativas. Apresentou quadro pulmonar grave, com critérios de SDRA e parâmetros elevados de Ventilação Mecânica (VM). TC pulmonar de alta resolução evidenciou injúria pulmonar aguda sobreposta a infecção. Após 6 dias de ivermectina, ainda havia larvas em AT. Usou 14 dias do antiparasitário, até negatização dos exames, com melhora respiratória e hemodinâmica progressivas. Apresentou melhora clínica e alta após desmame lento da VM e internação prolongada em UTI. Conclusões: Apesar de ser um diagnóstico raro, a HE tem apresentações clínicas com elevada mortalidade. Por isso, deve ser pesquisada no cenário da terapia intensiva em pacientes previamente imunossuprimidos, principalmente usuários de corticóides, na vigência de SDRA ou de sepse por gram negativos enterais.

E-mail do autor: thiagomglopes@hotmail.com

114 - O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Duarte ED, Sena RR, Xavier CC

O presente estudo teve como objetivo analisar os elementos que garantem a integralidade a partir da prática dos profissionais na Unidade de Terapia Intensiva (UTIN) do Hospital Sofia Feldman (HSF). Para viabilizar os objetivos dessa tese, adotamos a metodologia qualitativa, com orientação teórico-metodológica da dialética. O estudo foi realizado no HSF, em Belo Horizonte, Minas Gerais e teve como sujeitos 10 profissionais que assistem ao recém-nascido na UTIN e 7 pais de recém-nascidos aí internados. A coleta de dados foi realizada por meio de Oficina de Trabalho estruturada em quatro momentos: aquecimento, reflexão individual, reflexão grupal, síntese e avaliação. Utilizou-se também da observação participante, tomando como orientador para as observações, situações de cuidado ao recém-nascido. Para o tratamento e análise dos dados coletados orientamo-nos pela Análise de Discurso, dos quais emergiram as categorias empíricas: atos de saúde que materializam a integralidade; a integralidade do trabalho em saúde: potencialidades, conquistas e desafios; a vivência na Unidade ensina e desafia a cada momento; possibilidades na vida do neonato: os modos de ser na vida; os desafios da equipe no cotidiano do seu trabalho para a construção da integralidade. A partir dos dados da pesquisa, foram evidenciadas as potencialidades da prática dos profissionais orientada pelo sentido de integralidade, reafirmando a importância do trabalho em equipe e permitindo apreender os atos de saúde que materializam a integralidade ou que não a expressam. Verifica-se que a presença da mãe modifica as relações e o ambiente na UTIN, isso impõe um constante repensar e replanejar do trabalho dos profissionais exigindo mais da equipe de saúde. Foram apreendidos os desafios a serem superados pela equipe para a construção da integralidade como a melhora da comunicação profissional-profissional e profissional-mãe, estratégias apoiadoras para a equipe, buscar articular o trabalho entre os diferentes profissionais e entre os diferentes pontos de atenção, utilizar da presença da família na unidade e da sua observação privilegiada para a construção de práticas de saúde integrais e construir com a família e a rede de atenção à saúde possibilidades para que essas crianças possam ir para casa considerados os seus modos de ser na vida.

E-mail do autor: dittduarte@ig.com.br

115 - RELATO DE CASO: NEUTROPENIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE GRAVES NÃO TRATADA

Lopes TM, Botoni FA, Oliveira AJA, Fagioli FGD, Coelho TOA, Pinto PVM

Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte-MG

Fundamento: Neutropenia pode ser observada em cerca de 2,5 a 10% dos casos de doença de graves sem tratamento e não complicada, além de representar grave complicação do próprio tratamento da mesma. O efeito dos hormônios tireoidianos na granulopoiese é ainda incerto. Disorders of Granulopoiesis in Patients with Untreated Graves' Disease. Acta haemat.70:19-23(1983) Agranulocytosis and Acute Coronary Syndrome in Apathetic Hyperthyroidism. Srp Arh Celok Lek.2003 May - Jun;131(5-6):249-53. Delineamento: Relato de caso. Resultados: A.E.S. S, feminino, 21 anos, natural de BH, admitida no CTI/HURTIN com quadro de febre alta há um dia, diarreia aquosa, taquicardia e taquipnéia. HPP: história de doença de graves não tratada com diagnóstico em 2007. Ao exame físico, encontrava-se com Tax (39, 9 C), FC: 125 bpm, PA:150X60 mmHg, FR:38 irpm com esforço respiratório leve e confusa. Exames laboratoriais da admissão mostravam: Hgb-10, 3 e LG-700(70 neutrófilos); PCR-340. Exames da internação dois dias antes da admissão no CTI: TSH-0, 02; T4L-5, 96. No CTI foi iniciado cefepime e tratamento farmacológico para crise tireotóxica (lugol, propiltioracil, propranolol e hidrocortisona) e colhidas culturas. No terceiro dia de internação evoluiu com IRpA e choque circulatório com necessidade do uso de aminas vasoativas, tendo sido monitorizada com cateter de Swan-Ganz (padrão de choque distributivo). Foram colhidas novas culturas e realizado troca de antibióticos para meropenem, polimixina-B e vancomicina. A radiografia de tórax evidenciou consolidações pulmonares bilaterais. No quarto dia de CTI foi iniciado filgrastina. Resultado de exames complementares relevantes: TRAB > 10: Mielograma inadequado para análise; Biópsia de crista ilíaca-MO com redução acentuada da série mielóide, hiperplasia relativa da série eritróide com distúrbio de maturação e presença de magacariócitos atípicos; USG da tireóide-hipervascularização e aumento do volume glandular; TC cervical-linfadenomegalia, aumento da tireóide e infiltrado retrofaríngeo sem coleção. Resultado das hemoculturas apresentaram crescimento de MRSA em três amostras. No sexto dia, a paciente mantém quadro clínico grave, quando foi associada anfotericina-B. A paciente evoluiu com lesão pulmonar aguda, IRA dialítica, coagulopatia e óbito no sétimo dia de internação. O hemoograma deste dia revelava contagem de 30 neutrófilos. Conclusões: A doença de graves não tratada é uma causa de neutropenia. É importante levar em conta a possibilidade de redução da reserva medular granulocítica e neutropenia nesses pacientes. O uso do fator estimulador de colônias de granulócitos pode representar tratamento promissor, mas ainda é escassa a evidência neste sentido.

E-mail do autor: thiagomglopes@hotmail.com

116 - FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM PACIENTES INTERNADOS NA TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE CONTAGEM, MINAS GERAIS

Silva BAGL, Leite MAR

Fundamento: As síndromes coronarianas agudas (SCA) são as maiores causadoras de morte no mundo e no Brasil. Tais síndromes são compostas pela angina instável e o IAM, com ou sem supra desnvelamento do segmento ST, que estão associados a fatores de risco comuns. São apontados como fatores de risco responsáveis pelos episódios de SCA: gênero, idade, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), *Diabetes Mellitus* (DM), história familiar, obesidade, tabagismo, e sedentarismo. Objetivo: Identificar os fatores de risco em pacientes internados com o diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital privado. Delineamento: Estudo transversal com abordagem quantitativa. Amostra: Foram incluídos todos os pacientes admitidos no CTI do Hospital Santa Rita em Contagem, no período de julho a dezembro de 2008, cujo diagnóstico de internação foi SCA, independente de sua procedência e de sua evolução na unidade, totalizando 47 pacientes. Métodos: A coleta de dados foi realizada no prontuário eletrônico por meio da evolução de admissão do enfermeiro presente no plantão, sendo coletadas informações como nome, idade, gênero, e a busca de fatores de risco como dislipidemia, hipertensão, diabetes, tabagismo, sedentarismo, obesidade, história familiar de SCA e internação prévia com SCA. Análise estatística: A identificação das variáveis estatisticamente significativas foi calculada por meio de odds ratio e do teste qui-quadrado, considerando significativo $p \leq 0,05$. Resultados: Dos 47 pacientes estudados, 57,5% eram do gênero masculino, havendo maior prevalência dos fatores de risco como dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e internação prévia nesse grupo. Já nas mulheres, 42,5% da amostra, observou-se a predominância de obesidade. A média aritmética de idade foi de 59,5 anos, observando que 72% dos pacientes tinham idade superior a 50 anos. A prevalência encontrada na população estudada foi: dislipidemia 46,8%, HAS 85,1%, DM 34%, tabagismo 37%, sedentarismo 74,5%, obesidade 38,3%, história familiar positiva 55,3% e internação prévia 46,8%. Entre faixa etária e hipertensão ($p = 0,001$) constatou-se que quanto mais avançada a idade do paciente, maior a chance dele ser hipertenso. Verificou-se que 32 (68%) dos pacientes são sedentários e hipertensos ($p = 0,02$; OR 6.10). Nos pacientes do gênero masculino a chance cresce para 12 vezes dos sedentários também serem hipertensos ($p = 0,01$; OR 12.0). Conclusão: A população analisada apresentou prevalências de fatores de risco próximas às encontradas na literatura, sendo a HAS e o sedentarismo de maior ocorrência. Esses achados enfatizam a necessidade de adequar os hábitos de vida da população para prevenir a SCA, pois a grande parte destes fatores de risco são facilmente mensuráveis e totalmente modificáveis.

E-mail do autor: brunaadriene@terra.com.br

117 - LINFOMA INTRAVASCULAR - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Anselmo FR, Urbano HCA, Marques HPV, Cunha GFJ, Andrade FJ, Gonçalves RLG, Viana LAC, Torga EMF

Fundamento: O Linfoma intravascular é uma forma rara e agressiva de linfoma não-hodgking. Caracteriza-se por infiltração intravascular multissistêmico com conseqüente disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. Existem até hoje, 300 casos descritos no mundo. Objetivo: Descrever a experiência no diagnóstico e manejo de um paciente portador de Linfoma Intravascular em um Centro de Tratamento Intensivo. Delineamento: Trata-se de uma descrição de caso associado a uma revisão da literatura sobre Linfoma Intravascular. Amostra: Paciente portadora de Linfoma Intravascular internada em um Centro de Tratamento Intensivo. Métodos: Descrição do caso a partir da observação clínica, de resultados laboratoriais e anatomopatológicos. Análise estatística: Não se aplica. Resultado: Acompanhamos a evolução de uma paciente com quadro de insuficiência respiratória pós biópsia de massa retroperitoneal + colecistectomia. Paciente evoluiu com piora progressiva e choque refratário com posterior disfunção de múltiplos órgãos. Curiosamente o linfoma não foi identificado na imensa massa retroperitoneal e sim na revisão da lâmina da colecistectomia. As células tumorais com característica de linfoma foram encontradas dentro de um vaso da vesícula biliar. Imunohistoquímica revelou Linfoma Intravascular. Tentado tratamento com metilprednisolona + hidrocortisona, sem sucesso. Paciente evoluiu para óbito. Conclusão: Pudemos presenciar a apresentação de um caso de linfoma intravascular, seu comprometimento sistêmico e sua refratariedade ao tratamento clínico empregado. Por se tratar de caso raro e de apresentação multivariada, entendemos a importância deste relato no sentido de ilustrar a apresentação desta rara doença.

Referências: 1. Ponzoni M, Ferreri AJ. Intravascular lymphoma: a neoplasm of homeless lymphocytes? *Hematol Oncol* 2006; 24:105-12. 2. Ferreri AJ, Campo E, Seymour JF, Willemze R, Ilariuci F, Ambrosetti A, *et al.* Intravascular Lymphoma: clinical presentation, natural history, management and prognostic factors in a series of 38 cases, with special emphasis on the "cutaneous variant". *Br J Hematol* 2004;127:173-83. Dentre outras

E-mail do autor: frederico.anselmo@gmail.com

118 - A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES SUBMETIDOS AO CATETERISMO CARDÍACO

Resende MA, Silva CC, Carvalho GC

Atualmente em nosso país, as síndromes coronarianas constituem a primeira causa de morbidade e mortalidade. Este alto índice é preocupante, visto que cresce particularmente em grandes centros urbanos, devido ao aumento da expectativa e modificações no estilo de vida da população, causados pela industrialização e tecnologia. Diante da necessidade de parâmetros para a implementação da sistematização e da humanização entre as ações de enfermagem, fica enfatizada a importância da disponibilização de estudos relacionados a este tema. Assim sendo, trata-se de um estudo baseado nas modalidades descritivas e explicativas, fundamentadas em referenciais teóricos obtidos através de revisão bibliográfica em autores como Timerman, 2000, Calil e Paranhos, 2007. Tem como objetivo, descrever as ações de enfermagem relacionando os cuidados essenciais e imprescindíveis na realização do cateterismo cardíaco, proporcionando capacitação para estabelecer uma assistência adequada, através da elaboração de um plano de cuidados apropriados para o processo, visando beneficiar completamente o paciente, melhorando sua qualidade de vida. A enfermagem deve conciliar suas ações de cuidar, proporcionando maior conforto e segurança, por se tratar de um processo que envolve riscos. As intervenções de enfermagem podem ser muito eficazes se incluírem ações que reduzam a ansiedade e o medo destes pacientes. A assistência de enfermagem deve estar voltada completamente para o melhor atender e satisfazer às suas necessidades, a fim de favorecer a recuperação e garantir excelência nos resultados, com o objetivo de melhorar a assistência a ser prestada através da padronização de um plano de cuidados que deve ser administrado aos pacientes na sala de hemodinâmica/cateterismo cardíaco. É possível inferir que mais importante do que uma assistência multiprofissional de qualidade ao paciente submetido ao cateterismo cardíaco, é buscar a prevenção das doenças cardiovasculares. Uma assistência previamente estabelecida e devidamente prestada diminuirá o risco de complicações e proporcionará maior segurança ao paciente. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) torna-se imprescindível, pois atua como um guia para a equipe de enfermagem no plano assistencial, contribuindo para uma melhor avaliação do paciente.

Referências: TIMERMAN, Ari; CÉSAR, Luiz A. Machado. SOCESP. Manual de Cardiologia. 1 ed. São Paulo: Atheneu. 2000. 590 p. CALIL, Ana Maria.; PARANHOS, Wana Yeda. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. Reimpressão da 1 ed. São Paulo: Atheneu. 2007. 792 p.

Palavras-chave: Cateterismo Cardíaco; Sistematização; Assistência Enfermagem; Humanização

E-mail do autor: marciore@hotmail.com

120 - IMPACTO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS SOBRE A INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Paiva AP, Moraes ACM, Maria AS, Costa FC, Gazolla PEB, Pinheiro BV

Fundamento: A higienização das mãos é fundamental na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), porém, a adesão dos profissionais da saúde ainda é limitada. Programas de educação têm se mostrado eficazes em aumentar a adesão à higienização das mãos, reduzindo a ocorrência de infecções. Objetivo: Avaliar a eficácia de um programa de educação em prevenção de PAV, com destaque para a higienização das mãos, e seu impacto na redução da incidência desta infecção na UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UTI-HU-UFJF). Nossa hipótese é que a adesão às medidas de higienização das mãos aumentaria e observar-se-ia redução de PAV na unidade. Delineamento: Estudo prospectivo em que duas coortes foram acompanhadas, uma antes e outra depois do programa de educação, estabelecendo-se a incidência de PAV em cada uma delas e comparando-as. Amostra: 66 pacientes internados na UTI-HU-UFJF, entre 1º de dezembro de 2008 e 31 de março de 2009. Métodos: Após a aplicação de um questionário avaliando o conhecimento sobre as técnicas e indicações de higienização das mãos a todos os profissionais de saúde da UTI-HU-UFJF, iniciamos um programa de educação sobre o tema. Este consistiu de aulas expositivas semanais, durante 1 mês, e fixação de cartazes informativos nas áreas de circulação da UTI e junto a cada leito, modificados a cada mês, durante 3 meses. Nos últimos dias de cada mês, um dos pesquisadores avaliava, durante 30 minutos, se os profissionais procediam de forma adequada antes e depois de cada contato com os pacientes e com os equipamentos de cuidado. Compararam-se as frequências de higienização adequada antes e depois do programa de educação. A ocorrência de PAV, caracterizada pelo surgimento de novo infiltrado à radiografia de tórax associado a pelo menos 2 de critérios pré-estabelecidos (temperatura maior que 37, 8°C ou menor que 36°C, leucopenia, leucocitose ou mais de 10% de formas jovens, secreção traqueal purulenta), foi monitorada diariamente em todos os pacientes. Sua incidência mensal foi calculada em relação a 1.000 dias de ventilação mecânica, comparando-se então as incidências antes e depois do programa de educação. Análise estatística: as variáveis analisadas foram comparadas pelo teste qui-quadrado, estabelecendo-se como significativos valores de p menores que 0, 05. Resultados: Após o primeiro mês do programa, as taxas de higienização correta das mãos subiram de 17% para 47% (p<0, 01), mas se reduziram para 27% ao final do 4º mês (p=0, 06 em relação ao valor basal). O mesmo foi visto com a incidência de PAV, que diminuiu de 46, 3 para 20, 5 episódios para cada 1.000 dias de ventilação mecânica depois do primeiro mês (p<0,05), mas retornou para 42, 4 ao final do programa (sem significância em comparação com o basal).

E-mail do autor: bvalle@terra.com.br

124 - MINIMIZAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES EM PESSOAS QUE SOFRERAM UM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATRAVÉS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Resende MA, Carvalho GC, Silva CC

Atualmente o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é considerado a principal causa isolada de morte no país, sendo que estes dados coincidem com aqueles encontrados em países desenvolvidos, a relevância deste fato se dá pela alta prevalência e pela mortalidade pré-hospitalar. Mesmo com o avanço da tecnologia e os mais recentes tratamentos, este, ainda continua a fazer vítimas em grande escala. Em nosso país é notável que esta doença seja uma das maiores causas de internação hospitalar e conseqüentemente responsável por um custo oneroso aos cofres públicos. Este estudo visa obter um entendimento geral de todas as implicações do Infarto Agudo do Miocárdio e seu tratamento, ressaltando o atendimento empregado nas fases pré e intra-hospitalar; cuidados pós-IAM imediatos e mediatos; correlacionar as complicações ao tempo gasto para os primeiros atendimentos ao infartado e ainda destacar a qualidade e eficiência do tratamento multiprofissional e principalmente de enfermagem que deverão ser empregados neste quadro de extrema urgência. A metodologia utilizada neste estudo trata-se de um modelo descritivo e explicativo, pautado num referencial teórico, que foi obtido através de revisão bibliográfica e leitura de artigos e revistas disponíveis em sites de internet, onde abordam a patologia que se destaca e todas suas implicações, ressaltando autores como Timerman, 2000, American Heart Association, 2005, Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004. O objetivo deste estudo situa-se nos fatores determinantes da assistência multiprofissional e de enfermagem às vítimas de IAM nas fases pré e intra-hospitalar, com o intuito de enfatizar a real necessidade de uma assistência eficiente a fim de se reduzir o alto índice de morbimortalidade pós IAM e conseqüentemente o custo do tratamento e hospitalizações. É notável a importância do trabalho do enfermeiro na assistência às vítimas de IAM, pois este possui uma gama de conhecimentos técnico-científicos que o capacita para diagnosticar as manifestações clínicas tornando-o apto para tomar as decisões cabíveis para a minimização das complicações, levando-se em conta os fatores determinantes que direcionam as ações da equipe de enfermagem para a eficácia da assistência prestada. Como contribuição para a prática assistencial, apresenta-se a importância da identificação precoce da sintomatologia e seu diagnóstico; racionalização de tempo, qualidade e eficiência que deverão ser empregadas neste quadro e a necessidade da implementação da sistematização da assistência de enfermagem como vigência para desenvolver e melhorar a assistência às vítimas de IAM.

Referências: AMERICAN Heart Association. Ressuscitação Cardio-Pulmonar e Serviço Emergencial Cardiovascular. 2005. 4 ed. V. 16. Disponível em: Acesso em: 16 abr. 2008. SO-CIEDADE Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre Tratamento ao Infarto Agudo do Miocárdio. Disponível em: Acesso em: 05 abr. 2008. TIMERMAN, Ari; CÉSAR, Luiz A. Machado. SOCESP. Manual de Cardiologia. 1 ed. São Paulo: Atheneu. 2000. 590 p

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio; Tratamento; Racionalização do Tempo; Sistematização Assistência Enfermagem.

E-mail do autor: marciorens@hotmail.com

125 - PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO DO ATENDIMENTO INTEGRADO

Torga EMMF, Viana LA, Anselmo FR, Urbano HCA

Fundamento: Assistência à saúde mental em situações de emergência implica no manejo de técnicas/intervenção em crises e psicoeducativas favorecendo expressão de vivências, sentimentos, e compreensão dos fatores de estresse implicados. Para melhor atendimento aos indivíduos afetados pelo desastre faz-se necessário ação integrada, solidária entre instituições e agências envolvidas, privilegiando bem estar do indivíduo e comunidade afetada. KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB.(1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry;52:1048-60 Objetivos: Prestar atendimento psicológico, em rede, em situações de urgências, emergências e desastres reduzindo os efeitos danosos à saúde mental; Atuar em parceria de cooperação entre as instituições e profissionais psicólogos envolvidos na assistência a vítimas de desastre; Gerenciar assistência psicológica do atendimento pré-hospitalar, hospitalar-emergência, TI, no ambiente domiciliar através do programa de saúde da família; Alcançar eficiência no atendimento psicológico da comunidade afetada em situações de urgência, emergências e desastres. Delineamento: Trata-se Protocolo Gerencial contemplando um plano detalhado de condutas, visando uma sistematização da assistência em rede auxiliando na normatização de processos do Serviço de Psicologia e Equipes de resposta a urgência e emergência. Amostra: Protocolo aplicado no simulado de atendimento a vítimas/familiares de um desastre aéreo nos aeroportos Pampulha e Confins/BH. Com 15 psicólogos envolvidos na assistência em urgência, emergência, TI. Método: I. Referência Bibliográfica II. Pesquisa de Campo: Ø Fase de Preparação, Prevenção ou Pré-Impacto: 1. Cadastrar as agências de resposta a urgências, emergências, TI e desastres; 2. Integrar às agências para envolvimento na gestão solidária de recursos humanos na especificidade de saúde mental; 3. Cadastramento dos psicólogos na gestão solidária; 4. Realizar reuniões de treinamento para aplicação integrada do PGAI-UETI apresentando-o esquematicamente em fluxo; 5. Formalizar protocolos assistenciais dirigidos ao atendimento psicológico nos vários contextos do Desastre; Ø Fase de Resposta ou Impacto: 1. Acionamento dos psicólogos cadastrados na gestão solidária; 2. Promover atendimento às vítimas no ambiente da urgência, emergência, TI e comunidade de origem; 3. Promover apoio psicológico aos participantes-equipe integrantes do grupo de gestão solidária nas urgências, emergências e desastres; 4. Apoio psicológico aos familiares; 5. Treinamento instantâneo de profissional voluntário. Ø Fase de Reconstrução ou Pós-Impacto: 1. Manutenção do atendimento psicológico na comunidade de origem; 2. Reunir após evento para compartilhar resultados; 3. Estabelecer um Foro de discussão para aperfeiçoamento na aplicação do - PGAI-UETI em situações de emergências e desastres. Análise estatística: Não se aplica. Resultados: O Protocolo de Atendimento Integrado em Urgência, Emergências e Terapia Intensiva - PGAI-UETI foi aplicado pela primeira vez em situação de exercício simulado de acidente aeronáutico no Aeroporto Internacional em MG. Os objetivos foram alcançados. O valor de uma gestão solidária para enfrentamento da crise de desastre foi percebido pelas instituições convidadas. Os participantes do exercício reconheceram a importância da presença do psicólogo na cena de desastre estabelecendo vínculo com psicólogo no ambiente hospitalar. Estabeleceu-se relação de parceria institucional entre agências envolvidas garantindo ações futuras para aperfeiçoamento do Protocolo para atuação eficaz. Conclusão: Concluiu-se com êxito a aplicação do Protocolo de Atendimento Integrado em Urgência, Emergências, Terapia Intensiva PGAI-UETI. Percebeu-se também a necessidade de maior mobilização para aumento no nível de envolvimento institucional, dos seus recursos humanos e, a necessidade de aumentar o contingente de profissionais habilitados em atuar em situações de emergência.

E-mail do autor: eliana_torga@yahoo.com.br

126 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À FAMÍLIA EM TI ADULTO

Viana LAC, Torga EMF, Anselmo FR

Fundamento: A internação em UTI implica em processo de alteração do movimento natural da família, por tratar-se de situação relacionada com: lidar com inesperado; confrontar com sofrimento; confrontar com ameaça à vida; quebra da rotina; desestruturação familiar; dificuldade com definição do papel de cada familiar. Provocando nos familiares reações emocionais que precisam ser compreendidas num contexto de crise. Borges, LAA; Moraes, SC – Humanização na Unidade de Terapia Intensiva – PROAMI – Ciclo 4, Mod4-2007e Souza, R.P (org). Recomendações da AMIB In: Humanização em Cuidados Intensivos AMIB Revinter, 2004. Objetivo: Sistematizar a operacionalização dos atendimentos psicológicos e reduzir o impacto emocional da família frente à internação do ente querido; facilitar a reorganização familiar; reduzir estressores; facilitar a comunicação; inserir a família como aliada na UTI, reduzir participação inadequada; aprimorar qualidade da colaboração; propiciar confiança; e gerar melhor condição para o restabelecimento do paciente. Delineamento: Trata-se Protocolo do tipo assistencial, que contempla um plano detalhado de condutas, visando uma sistematização da assistência e auxiliando na normatização de processos do Serviço de Psicologia e da Equipe da UTI. Amostra: Protocolo aplicado no processo de atendimento aos familiares de paciente internados em UTI Adulto de um hospital particular em MG. Métodos: O Protocolo foi delineado através de estudo observacional das rotinas do Serviço de Psicologia na UTI. Dividido em três etapas, sendo que a terceira se subdivide em dois tempos distintos. Apresentado em forma de fluxograma(etapas-ações) para melhor visualização da equipe. I - Acompanhamento à Admissão: acompanhar a notícia médica admissional; fazer acolhimento; compreender as reações emocionais; intervir na crise; oferecer a cartilha de orientação; observar, avaliar e acompanhar a elaboração psíquica dos familiares. II - Acompanhamento à Internação: acompanhar boletim médico e visita; fazer atendimento psicológico; promover grupo de apoio; anotar em prontuário; minimizar estressores; incentivar para que toda a equipe da UTI conheça e cumpra as recomendações da AMIB para Humanização. IIIA - Acompanhamento para Alta: fazer atendimento psicológico; fornecer orientações; realizar encaminhamentos; colocar-se disponível. IIIB - Acompanhamento ao Óbito: acompanhar a notícia médica; favorecer e contribuir para o cumprimento do protocolo de comunicação de más notícias; fazer atendimento psicológico e acolhimento; encaminhar; enviar carta de condolências. Análise estatística: Não se aplica. Resultado: Atender psicologicamente a família e minimizar fontes estressoras evita: desconfiança em relação à equipe; insatisfação com o tratamento e a participação inadequada. Favorece: que a família se torne aliada no processo de cuidado, contribuindo com informações relevantes; participando de forma positiva; facilitando a comunicação paciente X equipe; e mantendo vínculo positivo mesmo nos insucessos. Conclusões: A realização do protocolo é viável e facilita a operacionalização dos atendimentos prestados pelo Serviço de Psicologia em comunhão com processos que envolvem toda a equipe da UTI Adulto. O mesmo está em concordância com as diretrizes de qualidade e humanização. Prioriza o sentimento de segurança nos familiares, acolhimento, bem estar, inclusão, formação de vínculo e de aliança terapêutica. Aprimora a qualidade na colaboração da família gerando melhores condições para o restabelecimento do paciente e uma melhor elaboração psíquica da família frente ao impacto do momento vivenciado.

E-mail do autor: lciana@hotmail.com

127 - SOLUÇÕES ADOCICADAS NO MANEJO DA DOR NEONATAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Duarte ED, Alves CO, Nascimento GR, Azevedo VMGO

Trata-se de uma revisão sistemática utilizando as bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, sobre o manejo da dor no recém-nascido (RN) através do uso da sucção não-nutritiva associada à administração de soluções de glicose e sacarose. Foram selecionados cinco artigos experimentais randomizados. Os estudos utilizaram sacarose ou glicose como agente analgésico não farmacológico para o manejo da dor. A concentração utilizada variou de 20% a 44%. Também houve variação na quantidade, utilizando-se de 1 a 2 ml. Verifica-se que ainda não há um consenso sobre qual o volume e concentração de sacarose é o mais efetivo para o manejo da dor. No que se refere à concentração da solução, os autores recomendam o uso de sacarose à 25%. A análise dos estudos comprovou a eficácia da solução de carboidrato, com sucção não nutritiva em neonatos submetidos a procedimentos dolorosos, através da utilização de escalas que empregam alterações fisiológicas e/ou comportamentais dos recém-nascidos. Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada nos estudos quando comparou-se os efeitos analgésicos da glicose e sacarose. No entanto, mais estudos são necessários para se chegar a uma conclusão a cerca da porcentagem e dosagem mais eficaz a ser empregada. Nenhum efeito colateral significativo foi encontrado nos RN que receberam a glicose/sacarose. Embora o a revisão tenha centrado na análise de estudos que tratam do uso de soluções adocicadas, os estudos sinalizam para a importância de associação das medidas não farmacológicas como uma forma de potencializar os seus efeitos. Ressalta-se a importância do emprego da escala de avaliação da dor que mais se identifique com a população predominante na UTI neonatal e que seja de fácil aplicação e manuseio, o que estimula e facilita a sua utilização pelos profissionais de saúde.

E-mail do autor: ditzduarte@ig.com.br

129 - PERFIL DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE MORTE ENCEFÁLICA CANDIDATOS A DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS NO CTI ADULTO DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

Nangino GO, Oliveira CD, Correia PC, Dias ATB, Querino LGP, Dias VL

Fundamento: O transplante de órgãos constitui medida assistencial consolidada na prática médica atual. Muitas vezes é a única opção terapêutica para vários pacientes. A importância do diagnóstico de morte encefálica (ME) está relacionada com a possibilidade de doação de múltiplos órgãos para transplantes. O conhecimento do perfil dos pacientes com suspeita de ME e o acompanhamento dos protocolos pode contribuir para maior captação de órgãos. Objetivo: Caracterizar o perfil dos pacientes com suspeita de ME no CTI adulto da Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH). Delineamento: Estudo observacional prospectivo. Amostra: Foram catalogados todos pacientes com suspeita de ME durante os meses de maio de 2006 a abril de 2009. Métodos: Os pacientes foram catalogados através de protocolo informatizado, com ênfase nas seguintes variáveis: idade, diagnóstico de admissão ao CTI, confirmação diagnóstica de morte encefálica, doação de múltiplos órgãos, e causas para não doação de órgãos. Foram respeitados os aspectos éticos relacionados ao sigilo e não maleficência. Análise estatística: A variável quantitativa estudada foi expressa como média + desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas em número (percentagem) - n/(%). Resultados: No CTI da SCBH de 29 leitos, com média de admissão de 3, 86 pacientes por dia, foram identificados 28 pacientes com possível diagnóstico de ME neste período. A idade média dos pacientes foi de 43 + 15 anos. (média + desvio padrão). Dos pacientes estudados 10 (35, 7%) eram do sexo masculino. Os principais diagnósticos de admissão no CTI foram: acidente vascular encefálico hemorrágico (aveh) 17 (60, 7%); acidente vascular encefálico isquêmico (avei) 02 (7, 1%); neoplasia do sistema nervoso central 07 (25%); encefalopatia hipóxica 02 paciente (7, 1%). Dos 28 pacientes com suspeita de ME 14 pacientes (50%) tiveram o diagnóstico de ME (conforme resolução do CFM). Os outros pacientes que não tiveram o diagnóstico confirmado não preencheram o protocolo devido a gravidade clínica e risco para realização do teste. No grupo de 14 pacientes com diagnóstico de ME confirmada a doação de órgãos aconteceu em 03 pacientes (21, 4%). A doação não foi autorizada pela família em 08 pacientes (57, 1%). Dois (14, 2%) apresentavam choque séptico e 01 (3, 5%) tinha sorologia positiva para hepatite B (HBsAg). Conclusão: O centro de terapia intensiva da SCBH apresentou pequeno número de pacientes com suspeita de ME no período estudado. Dentre aqueles com ME confirmada, apenas 03 (21, 4%) foram doadores de múltiplos órgãos. A principal causa evidenciada para não doação foi recusa familiar. Na SCBH em 2007 foi criado o CIHDOTT (Comissão intra-hospitalar para doação de órgãos e tecidos para Transplante) com objetivo de conscientizar profissionais de saúde sobre a importância da implementação dos protocolos de morte encefálica e para informar familiares sobre os aspectos relacionados a doação de órgãos. Acreditamos que a identificação de aspectos psicológicos ou sociais envolvidos na recusa para doação pode contribuir para abordagens diferenciadas a cada família.

E-mail do autor: pccorreia@yaho.com.br

130 - A ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA E A HUMANIZAÇÃO

Resende MA, Silva MR, Schiavon ICA

A fragmentação sofrida pelas diversas especialidades, aliada ao aumento significativo do acúmulo de serviços, contribuiu para a perda da noção de como se relacionar com o paciente. Constantemente tem-se empregado o termo "Humanização" no âmbito da saúde. Ao se tratar de humanização em unidade de terapia intensiva, deve-se ter em mente a hostilidade do ambiente: gritos, choros, gemidos, sons de alarmes de monitores, passos apressados e quase sempre sem tempo para maiores explicações. O atendimento de Enfermagem em unidade de terapia intensiva tem como característica principal o curto espaço de tempo para a tomada de decisões. Nesta conjuntura, há um aumento da demanda do atendimento, levando a uma sobrecarga de trabalho para equipes de plantão, particularmente em horários de pico, os quais diferem de instituição para instituição. Essa situação provoca mecanismos de defesa dos profissionais, manifestando-se através da indiferença, hostilidade e impaciência com as queixas do paciente. O objetivo para a realização desse trabalho foi a necessidade de se fornecer subsídios que levem ao aprimoramento na relação profissional/usuário; visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados. Para a efetivação do objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa descritiva, qualitativa. Neste estudo, a revisão de literatura, compreendeu o período compreendido entre 1990 a 2008, da produção científica nacional sobre humanização em serviços de saúde. Os artigos que compuseram esta análise abordavam a humanização em unidades de terapia intensiva e estavam indexados nas bases de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE disponíveis on-line, no acervo da BIREME, por meio do SCAD. Das 412 pesquisas encontradas, com o cruzamento dos descritores propostos, o MEDLINE foi a base de dados que mais apresentou artigos. Entretanto, apenas 23 artigos preencheram os critérios de inclusão e foram selecionados para compor a amostra. Diante da pesquisa desenvolvida, ficou claro que as mudanças no atendimento em terapia intensiva são complexas e difíceis de serem efetivadas, mas não impossíveis. Por isso, não basta listá-las e discuti-las para que se tornem uma realidade. Com base nos fatos analisados constata-se que, o fortalecimento de uma cultura que valorize as relações humanas influenciará de maneira determinante a elevação no índice de satisfação dos usuários e profissionais. O estudo aponta que a humanização em unidades de terapia intensiva deve fazer parte de um grande processo dentro de uma instituição, estando alinhada com as crenças e com os valores do hospital, principalmente porque será o diferencial no mercado competitivo.

Referências: ANDRADE, Luciene Miranda de; CAETANO, Joselany Afio. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. Rev Renê: s.l: s.ed, 2000. CALIL, Ana Maria, W.Y. Paranhos. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu, 2007. CURY, Augusto. O futuro da humanidade. Sextante: Rio de Janeiro, 2005. DANIEL, Líliliana Felcher. Atitudes interpessoais em enfermagem. São Paulo: s.ed, 1983. GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev. Latino-Americana, junho 2004. Vol.12, p.469-76

Palavras-chave: Humanização; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem

E-mail do autor: marciore@hotmail.com

131 - A PARTICIPAÇÃO DAS MÃES E DOS FAMILIARES NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Duarte ED, Tavares TS, Sena RR

A necessidade de aparatos tecnológicos para a assistência aos neonatos de risco torna necessária a internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde a participação da mãe e dos familiares é limitada, prejudicando sua interação com o recém-nascido. Se considerarmos as necessidades dos neonatos de receberem cuidados que considerem outras dimensões de suas vidas, além das fisiopatológicas, têm-se, durante sua permanência na UTIN, vários obstáculos para o alcance de uma assistência que seja favorecedora do crescimento e desenvolvimento. A necessidade de vencer esses obstáculos tem direcionado para um cuidado que compreenda os aspectos psicossociais do recém-nascido e possibilite a inclusão dos pais na assistência, um cuidado ao recém-nascido orientado pela integralidade. Temos como pressuposto que o cuidado orientado pela integralidade pode gerar resultados desejáveis para o neonato. Nesse sentido, considerando que a participação das mães é um dos aspectos favorecedores da integralidade do cuidado ao recém-nascido, temos como objetivo abordar sua importância e os limites para sua viabilização. Os resultados apresentados são parte de uma revisão bibliográfica sistemática sobre as práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido assistido em UTIN. A busca foi realizada nos bancos de dados SCIELO, BDNF, LILACS, MEDLINE, PAHO, WHOLIS e BVS INTEGRALIDADE, utilizando os indexadores Assistência integral à saúde, Neonatologia, Recém-nascido, Unidades de terapia intensiva neonatal e Integralidade. Foram incluídas publicações escritas em português, inglês e espanhol, no período de 1988 a 2008, sendo selecionados 3 artigos e 4 dissertações, do total de 69 publicações encontradas. Nos estudos analisados, a participação dos familiares no cuidado ao recém-nascido é citada como favorecedora do desenvolvimento do vínculo afetivo entre pais e filhos. Essa participação vai além do livre acesso à UTIN e tem limites circunscritos pela disputa de saber entre profissionais e familiares. Os profissionais não reconhecem o saber das mães em relação ao filho e apenas delegam tarefas para que elas executem, ao invés de incluí-las na tomada de decisões. A distância entre profissionais e pais prejudica a humanização da assistência, a confiança na equipe e a autonomia dos pais para cuidar do filho após a alta. Destaca-se que para garantir o direito de permanência da mãe junto ao filho, é imprescindível que as instituições de saúde reconheçam as necessidades de cuidado da mãe e da família e adéquem sua infra-estrutura física, suas normas e rotinas e sua estrutura político-administrativa. O alojamento materno, o cuidado mãe-canguru e a internação domiciliar são estratégias que favorecem a permanência da mãe e da família junto ao filho. Conclui-se que a participação da família no cuidado tem resultados desejáveis para o recém-nascido e sua família, contudo os profissionais demonstram dificuldade de viabilizar essa participação no cotidiano da assistência, pois implica em alterações na rotina de trabalho, nas relações interpessoais, na infra-estrutura física e na estrutura político-administrativa. Evidencia-se então a necessidade de sensibilização dos profissionais que atuam em UTIN da importância da inclusão da família no cuidado.

E-mail do autor: ditzduarte@ig.com.br

134 - ESTEATOSE HEPÁTICA AGUDA DA GRAVIDEZ

Marçal HS, Santos CMP, Lima R

Esteatose Hepática aguda da gravidez (EHAG) caracteriza-se pela deposição microvesicular de lipídeos nos hepatócitos, sendo sua etiologia desconhecida e precipitada pela gestação. Manifesta-se entre a 30ª e 38ª semana e constitui uma das mais graves hepatopatias exclusivas da gravidez acometendo 1 a cada 13.000 gestações e com maior incidência quando o feto é do sexo masculino. Tendo em vista que o diagnóstico tem sido precoce e as complicações melhores abordadas a mortalidade caiu de 80% para 25% em fetos e de 70% para 15% em mães, porém seqüelas pós-traumáticas graves ainda são freqüentes. Sendo assim a motivação para o desenvolvimento desse projeto foi à evolução do caso clínico com complicações severas e um desfecho favorável e ausente de seqüelas. Nosso objetivo foi fazer uma revisão da literatura sobre a EHAG e analisar comparativamente os dados obtidos com os apresentados no caso clínico. Baseamos-nos em um relato de caso de um paciente do sexo feminino, 30 anos, primigesta e sem intercorrências pré-natais que apresentou EHAG evoluindo com hemorragias, hipoglicemia, insuficiência renal e hepática. Ocorreu na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Vila da Serra no período de 04/10 a 31/10 de 2008 e foi revisto no mês de Abril para discussão com os Doutores responsáveis e avaliações neste projeto. Concluímos que o caso clínico apresentou um prognóstico favorável assim como os dados encontrados na literatura e apesar de suas complicações extensas não apresentou seqüelas.

Referências: 1-ELLIOT Diane L.; Gravidez: Hipertensão e outros problemas clínicos comuns in: GOLDMAN e AUSIELLO; Tratado de Medicina Interna, 22 ed; Elsevier, Rio de Janeiro, RJ; Cap 253.2-MEDEIROS, José de L.; Fígado na gravidez in: DANI, Renato; Gastroenterologia Essencial, 2 ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, RJ. Cap. 65. 3-PEREIRA; Alameda K. e CABRAL, Antônio; Doenças Hipertensiva Específica na Gravidez in: PETROIANU, Andy; Urgências Clínicas e Cirúrgicas, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, RJ. Cap116.

E-mail do autor: hevelliny@hotmail.com

138 - ANÁLISE PROSPECTIVA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE

Guerra SD, Quintão VC, Silva MLB, Watanabe GA, Valério FC, Alves CF, Ferreira LS

O traumatismo crânioencefálico (TCE) grave é um evento frequente em pediatria. No entanto, as recomendações para seu tratamento são baseadas em baixo nível de evidência científica. Objetivo: descrever as características, a evolução hospitalar e a resposta ao tratamento de crianças e adolescentes com TCE grave. Métodos: estudo prospectivo, descritivo, por meio de acompanhamento de pacientes internados com pontuação entre três e oito na Escala de Coma de Glasgow. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fhemig. Resultados: Foram analisados 156 pacientes, 116 masculinos (74, 4%). A idade variou de três meses a dezoito anos, média nove, mediana, 11 e moda, 14. A pontuação média na Escala de Coma de Glasgow foi de 5, 9, mediana: 6, moda: 7. Os mecanismos de trauma predominantes foram atropelamento: 54 pacientes (34, 6%), lesões em ocupantes de veículos: 34 (21, 8%). queda: 21 (13, 5%) e lesões em ciclistas: 18 (11, 5%). Apresentaram tomografia alterada: 133 pacientes (85, 3%), hemorragia intracraniana, 105 (67, 3%), 66 inchaço cerebral (swelling, 42, 3%), 45, lesão axonal difusa (28, 8%). Oitenta e um necessitaram neurocirurgia (51, 9%) e 73 tiveram a PIC monitorada (46, 8%). Destes, 56 necessitaram tratamento para hipertensão intracraniana (76, 7%). HIC refratária foi observada em 30 pacientes (41%). Destes, dez receberam barbitúricos, sete morreram. E nove foram submetidos à craniectomia, dois morreram. A diferença foi significativa ($p=0,05$). No total, ocorreram 33 óbitos (21, 1%). Conclusões: predominaram garotos em torno dos dez anos, vítimas de lesões por meios de transporte e com lesões múltiplas da cabeça. Houve percentual significativo de pacientes com hipertensão intracraniana refratária. Com relação à mortalidade, a craniectomia descompressiva mostrou-se mais eficaz do que os barbitúricos.

E-mail do autor: dinizguerra@gmail.com

139 - AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO

Guerra SD, Quintão VC, Silva MLB, Watanabe GA, Valério FC, Alves CF, Ferreira LS

O traumatismo crânioencefálico moderado (TCEmod) é um evento freqüente em pediatria. No entanto, há muitas controvérsias em relação a ele, iniciando pela classificação. Objetivo: analisar as características e a evolução hospitalar de crianças e adolescentes com TCEmod. Métodos: estudo prospectivo, descritivo, por meio de acompanhamento de pacientes internados entre agosto de 2005 e julho de 2007 com pontuação entre nove e treze na Escala de Coma de Glasgow. A análise dos dados foi efetuada com os recursos estatísticos do software EPI INFO fornecido pela Organização Mundial de Saúde. Para a comparação entre proporções, foi empregado o teste do qui-quadrado, sendo o teste exato de Fisher utilizado quando uma ou mais caselas apresentassem valor menor que 5. Foram consideradas significativas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$. Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fhemig. Resultados: Foram analisados setenta pacientes, 51 masculinos (72, 9%). A idade variou de um mês a dezoito anos, média 8, 5, mediana, oito e moda: 15. A pontuação média na Escala de Coma de Glasgow foi de 10, 9, mediana: 11, moda: 9. Os mecanismos de trauma predominantes foram atropelamento: 26 pacientes (37, 7%), queda: 17 (24, 6%), lesões em ciclistas: 9 (13%) e em ocupantes de veículos: 8 (11, 6%). Trinta e nove pacientes apresentaram hemorragia intracraniana (55, 7%), 28, contusão intraparenquimatosa (40%) 15, lesão axonal difusa (21, 4%) e 11, inchaço difuso (swelling, 17, 2%). Vinte pacientes necessitaram neurocirurgia (28, 6%), 52 foram internados na UTI (74, 3%), oito com monitoração de PIC (11, 4%) e, destes, seis necessitaram tratamento para hipertensão intracraniana (8, 6% do total). Houve um óbito (1, 4%). Foram comparados os pacientes com pontuação entre nove e 12 na Escala de Coma de Glasgow com aqueles com pontuação de 13. O último grupo apresentou maior percentual de hematomas extradurais – oito em 18 pacientes contra sete em 45 no primeiro ($p < 0,009$). E maior número de pacientes com necessidade de neurocirurgia – nove em 18, contra 11 em 41 ($P=0,02$). Conclusões: predominaram escolares do gênero masculino, vítimas de lesões por meios de transporte e com hemorragias intracranianas e contusões. Em sua maioria, sem necessidade de tratamento cirúrgico. A ocorrência de hipertensão intracraniana no grupo monitorado foi digna de nota. Os pacientes com pontuação de 13 na Escala de Coma de Glasgow deveriam continuar sendo considerados como portadores de TCE moderado.

E-mail do autor: dinizguerra@gmail.com

140 - IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Werl A, Chianca TCM

Fundamentação: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui um meio para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos e conseqüentemente caracterizar sua prática profissional. Objetivo: Descrever o perfil e as percepções dos enfermeiros e técnicos de enfermagem acerca do cuidar em enfermagem, para a escolha de uma teoria de enfermagem a ser implementada no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um Hospital Universitário. Delineamento: Estudo transversal realizado em julho de 2008. Amostra: Composta de 15 enfermeiros e 83 técnicos de enfermagem (98% da equipe). Métodos: Um questionário de continha questões relativas a perfil epidemiológico e percepções acerca do cuidar em enfermagem foi aplicado às equipes de enfermeiros e técnicos de enfermagem do plantão diurno e noturno. Os dados foram analisados e apresentados à equipe de enfermagem para definição da teoria a ser implementada da unidade. Análise estatística: SPSS versão 11.5. Resultados: Em relação aos enfermeiros: sexo: 80% do sexo feminino; tempo de formado: 80% de 1 a 5 anos de conclusão da graduação; idade: 73, 3% tem entre 26 e 30 anos; tempo de trabalho: 60%, entre 1 e 5 anos na instituição; todos já ouviram falar de SAE; a maioria ouviu falar de sae na graduação e em outros hospitais; para 93, 8% SAE é a aplicação do processo de enfermagem; 100% já ouviram falar de teorias de enfermagem e para todos os enfermeiros, saúde do paciente é bem-estar bio-psico social-espiritual; para 93, 3% eles cuidam da família/paciente/ambiente; 66, 7% se preocupam com o ambiente pessoal que circunda o paciente e o local de destino pós alta; para 60% dos enfermeiros enfermagem é a ciência do cuidar; 73, 3% querem cuidar do paciente fisicamente, psicologicamente e de sua família; para os enfermeiros (93, 3%) é importante a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação do paciente. Em relação aos técnicos de enfermagem: sexo: 81, 9% do sexo feminino; tempo de formado: 41%, de 1 a 5 anos de conclusão do curso técnico; 22, 9% fazem curso superior, a maioria deles (77, 1%) de enfermagem; idade: 37, 3% tem entre 26 e 30 anos; tempo de trabalho: 43, 4%, entre 1 e 5 anos na instituição; a maioria (56, 6%) não ouviu falar de SAE e quem já estudou o tema refere-se ao aprendizado na faculdade; para 72, 9%, SAE é a aplicação do processo de enfermagem e em segundo lugar apareceu a criação de protocolos; 77, 1% já ouviram falar de teorias de enfermagem; para a maioria dos técnicos de enfermagem (76, 8%), saúde do paciente é bem-estar bio-psico-social-espiritual; 63, 9% eles cuidam da família/paciente/ambiente; 51, 2% se preocupam com o ambiente pessoal que circunda o paciente e o local de destino pós alta; 56, 1% dos técnicos de enfermagem acreditam que enfermagem é a ciência do cuidar; 48, 8% querem cuidar do paciente fisicamente, psicologicamente e de sua família; é importante em 86, 6% dos casos a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação do paciente. Conclusões: De acordo com o estudo foi possível concluir que a enfermagem do CTI em estudo acredita que a enfermagem as esferas cuidativas são bio-psico-social-espirituais e que eles cuidam do ambiente/doente/família/comunidade.

E-mail do autor: andrezawerli@gmail.com

142 - SINDROME HELLP COM NECROSE HEPATICA MACIÇA - RELATO DE CASO COM SOBREVIDA

Silva RLG, Marçal HS, Santos CM

Síndrome HELLP é o acrônimo de: HEMolysis, Liver Ezimes, Low Platelets e quando em associação com o diagnóstico já existente de pré-eclâmpsia/ eclâmpsia aumenta sua morbimortalidade. Sua incidência varia de 2 a 12% podendo ocorrer no segundo ou terceiro trimestre de gestação e até mesmo no pós-parto, já os óbitos relacionados a esta condição clínica têm sido constantemente relatados, com frequência variando entre 1 e 24%. As principais complicações que podem ocorrer são: oligúria, insuficiência renal aguda, edema agudo de pulmão, insuficiência hepática e as manifestações hemorrágicas como coagulopatias de consumo, os hematomas de ferida operatória, os hematomas subcapsulares e hemorragias intracranianas. A motivação para o desenvolvimento deste trabalho foi à evolução do caso clínico com complicações hepáticas graves e a sobrevida da paciente. Nosso objetivo foi revisar sobre Síndrome HELLP e fazer uma análise comparativa dos dados da literatura com o caso clínico atendido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Vila da Serra no período de dezembro 2008 a janeiro de 2009. O caso clínico refere-se a uma paciente de 28 anos com 30 semanas de gestação que foi internada no serviço de ginecologia e obstetrícia com diagnóstico de pré-eclâmpsia e sinais de sofrimento fetal que evoluiu com síndrome HELLP pós-parto e complicações hepáticas (necrose hepática extensa) apresentando transaminases acima de 6000 U/L. Os resultados encontrados no presente estudo corroboram com os dados da literatura que caracterizam a síndrome HELLP como uma doença grave, que cursa com elevada morbimortalidade e que pacientes tratadas adequadamente, mesmo com complicações graves podem ter um prognóstico favorável se receberem o suporte adequado.

Referências: 1-ELLIOT Diane L.; Gravidez: Hipertensão e outros problemas clínicos comuns in: GOLDMAN e AUSIELLO; Tratado de Medicina Interna, 22 ed; Elsevier, Rio de Janeiro, RJ; Cap 253.2-MEDEIROS, José de L.; Fígado na gravidez in: DANI, Renato; Gastroenterologia Essencial, 2 ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, RJ. Cap. 65. 3-PEREIRA; Alameda K. e CABRAL, Antônio; Doenças Hipertensiva Específica na Gravidez in: PETROIANU, Andy; Urgências Clínicas e Cirúrgicas, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, RJ. Cap116.

E-mail do autor: fisiorogero@yahoo.com.br

144 - IMPACTO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS SOBRE A INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO URINÁRIA

Moraes ACM, Paiva AP, Paiva APG, Santos RJR, Carvalho EV, Pinheiro BV

Introdução: A infecção do trato urinário é uma das mais comuns entre os pacientes internados na terapia intensiva. Entre as medidas preventivas para esta infecção, destaca-se a adequada higienização das mãos. Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar a adequação da higienização das mãos pelos profissionais de saúde da UTI do Hospital Universitário da UFJF (UTI-HU-UFJF), antes e após um programa de educação, e avaliar o impacto deste na incidência de ITU. Métodos: Durante 1 mês, aulas expositivas semanais sobre higienização adequada das mãos foram ministradas aos profissionais da UTI-HU-UFJF. Cartazes informativos sobre o tema foram fixados nas áreas de circulação da UTI e junto a cada leito e foram modificados a cada mês, durante três meses. Antes do início do programa de educação e ao final de cada mês durante seu curso, por 30 minutos um dos pesquisadores observava os profissionais da UTI quanto a adequação da higienização das mãos, antes e após o contato com os pacientes e com os equipamentos envolvidos nos cuidados deste. O diagnóstico de ITU, buscado diariamente por um dos pesquisadores, foi definido pela presença de patógeno na urocultura (acima de 10⁶ ufc/ml), exame que era solicitado quando havia suspeita clínica de infecção. Foram comparadas as frequências de higienização adequada e as incidências de ITU antes e ao fim do programa educacional. Análise estatística: As variáveis analisadas foram comparadas pelo teste qui-quadrado, estabelecendo-se como significantes valores de p menores que 0, 05. Resultados: Após o primeiro mês do programa de educação, período em que as aulas eram ministradas, as taxas de higienização correta das mãos subiram de 17% para 47% (p<0, 01). Porém, ao final do 4º mês, reduziram para 27% (p=0, 06 em relação ao valor basal). A incidência de ITU não variou de forma estatisticamente significante durante os 4 meses de seguimento (5, 7; 12, 7; 12, 5 e 6, 0 episódios por 1.000 dias de sonda vesical, respectivamente, com valor de p não significante). Conclusão: O programa educacional não foi capaz de manter a melhora inicialmente apresentada na higienização adequada das mãos pelos profissionais da saúde e não reduziu a incidência de ITU na UTI-HU-UFJF. Os bons resultados encontrados no período em que as aulas eram ministradas sugerem que atividades educacionais mais intensivas são necessárias.

E-mail do autor: bvalle@terra.ocm.br

145 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES CRÍTICOS SEIS MESES APÓS A ADMISSÃO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI) DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO RISOLETA TOLENTINO NEVES

Viegas MA, Botoni FA, Marinho CM

Fundamentos: São notáveis os esforços desenvolvidos por equipes de cuidados intensivos para aumentar a sobrevida dos pacientes críticos. No entanto, são poucos os estudos sobre o retorno destes pacientes ao convívio social e a qualidade de vida após a alta. Objetivo: Verificar o impacto causado na qualidade de vida dos pacientes seis meses após a admissão no CTI. Delineamento: Foi realizado um estudo de coorte prospectivo, quantitativo, para avaliar pacientes internados no CTI do H.U.R.T.N. Amostra: 118 pacientes internados no CTI entre agosto, setembro e outubro de 2008 foram incluídos aleatoriamente. Métodos: O estudo compõe-se de duas fases. Na primeira, coletaram-se os dados referentes à qualidade de vida dos pacientes antes da internação. Na segunda, seis meses após a admissão no CTI, aplicou-se o mesmo questionário através de contato telefônico. O instrumento utilizado foi a segunda versão do Questionário de Qualidade de Vida Espanhol (QOL - SP) desenvolvido por Fernandez *et al.* (1996)2, especificamente para pacientes criticamente enfermos. Avalia 15 itens relevantes para cuidados críticos, agrupados em três domínios pontuados para avaliar atividades fisiológicas, atividades diárias e estado emocional. A pontuação aumenta com a piora da qualidade de vida, de 0 a 29 pontos. Um escore de 0 significa normalidade, de 1 a 5 pontos, leve deterioração, de 6 a 10, moderada, 11 a 15, grave e > 15 pontos deterioração severa, com limitação extrema na qualidade de vida. As entrevistas foram realizadas sempre que possível e prioritariamente com os pacientes. Caso contrário, familiares próximos respondiam ao questionário. Na análise estatística utilizou-se o programa SPSS (versão 12.0 para Windows – SPSS Incorporation, Chicago, Illinois, EUA 2005). A comparação entre os escores foi dada pelo teste de Wilcoxon e as correlações, verificadas pelo teste de Spearman. Resultados: Foram feitas 118 avaliações na primeira fase e 65 na segunda. Trinta (25%) pacientes morreram no CTI, 14 (12%) no hospital e 8 (7%) após a alta hospitalar. Um paciente não pôde ser contactado. Setenta (59%) eram homens e a idade média foi 54 anos. O tempo de permanência variou de 1 a 115 dias [mediana: 7; (P25%: 3 – P75%: 12)]. Houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de QOL-SP nas duas avaliações (p<0, 0001). Houve correlação positiva entre o escore à internação e o tempo de permanência no C.T.I. (r= 0, 213; p< 0, 021). Observou-se correlação entre a qualidade de vida pré-internação e a possibilidade de morrer durante a internação (r= - 0, 363; p=0.0005). Conclusão: Verificou-se piora significativa da qualidade de vida seis meses após a internação no CTI Existe correlação entre o escore pré-internação e o tempo de permanência no CTI e entre o escore pré-internação e o risco de morrer.

Referências: 1 Dowdy DW, Eid MP, Sedrakyan A, Mendes -Tellez PA, Provonost PJ, Herridge MS, Needham DM. (2005) Quality of Life in adult survivors of Critical illness: a systematic review of the literature. Intensive Care Med.; 31(5):611-20. Erratum in: Intensive Care Med.;31(7):1007 2 Rivera Fernandez R, Sanches Cruz JJ, Vasquez Mata G (1996) Validation of quality of life questionnaire for critically ill patients. Intensive Care Med 22: 947-953

E-mail do autor: marciaviegas@ig.com.br

146 - FATORES ASSOCIADOS À INTERNAÇÃO PROLONGADA NA TERAPIA INTENSIVA, DE PACIENTES IDOSOS

França MAT, Santos JFG

Fundamento: O número de idosos vem crescendo em todo o mundo, correspondendo a 8,6% da população brasileira. Constituem um grupo de indivíduos com características próprias, que com frequência internam-se em unidades de terapia intensiva (UTI), chegando a mais de 50% das admissões. Estudar fatores que se associam à morbimortalidade neste grupo de pacientes é de extrema importância. Objetivo: Avaliar fatores que possam associar-se à internação prolongada de pacientes idosos, internados em uma UTI privada, de um hospital geral. Delineamento: Coorte observacional, onde seguimos os pacientes da internação até alta ou óbito na UTI. Avaliou-se a prevalência de variáveis fisiológicas e clínicas, e o impacto destas no tempo de internação e mortalidade. Definimos internação prolongada em dois pontos de corte: < 3 ou 3 a 15 dias e 30 dias. Amostra: Todos os pacientes com idade igual ou maior a 65 anos, internados na UTI, no período de 17/01/2003 a 16/08/2005 foram incluídos, sem critérios de exclusão. Aqueles com menos de 65 anos foram incluídos como grupo controle para discriminação de variáveis e diferenças nas prevalências dos fatores associados aos desfechos previstos. Métodos: Os dados coletados em planilhas constando de dados demográficos, história e evolução clínica, dentre outros, além do APACHE-II. Seguimos os pacientes desde a admissão na UTI até alta ou óbito na UTI. Análise estatística: Análise dos dados clínicos e demográficos, simultaneamente a uma análise univariada, na busca por fatores com associação aos desfechos descritos. Um $p < 0,10$ foi considerado significativo. Posteriormente, os fatores com associação aos desfechos foram submetidos à análise multivariada, utilizando-se o teste de log-Rank e curva de Kaplan-Meier, e regressão Cox. Nesta segunda análise um $p < 0,05$ foi considerado significativo. Analisamos o ponto de corte de 15 dias, para avaliar se idade ≥ 65 anos se associava a este desfecho, e em seguida comparamos idosos e não idosos, na busca daquelas que se associaram à internação na UTI ≥ 30 dias. Resultados: No total 618 pacientes internaram-se na unidade: 50,2% homens, idade 60,0 \pm 18,4, 73% clínicos, APACHE II de 14,9 \pm 8,7. Na análise univariada, nove variáveis foram significativamente mais prevalentes nos idosos, comparado aos não idosos: APACHE II (18,9 X 11,6), pacientes clínicos (79,4 X 67,1%), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (6,1 X 0,6%), insuficiência cardíaca congestiva (6,1 X 1,9%), choque à admissão (13,2 X 7,1%), sepse à admissão (10,5 X 8,1%), insuficiência respiratória (IRpA) à admissão (16,2 X 5,3%), insuficiência renal aguda (IRA) (29,1 X 14,3%), e ventilação mecânica invasiva (VMI) (36,8 X 31,4%), todas com $p < 0,10$, associadas a maiores tempo de internação e mortalidade. Nas análises multivariadas, encontramos que idade ≥ 65 anos, APACHE II, sepse à admissão, pneumonia à admissão, DPOC, choque, IRpA, IRA, e VMI se associaram independentemente com internação ≥ 15 dias. Finalmente, na análise apenas no grupo de idosos, destas variáveis, todas foram fatores independentes para internação na UTI ≥ 30 dias. Conclusão: Neste estudo, em pacientes com 65 anos ou mais, o APACHE II, sepse e pneumonia à admissão, DPOC, choque, IRpA, IRA, e VMI, associaram-se independentemente com internação na UTI maior que 30 dias.

E-mail do autor: josephfgsantos@yahoo.com.br

147 - UTILIDADE DA PROTEÍNA C REATIVA (PCR) NO DIAGNÓSTICO E DETERMINAÇÃO DO PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM SUSPEITA DE SEPSE INTERNADOS NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI)

Alves-Oliveira C, Botoni FA, Furlan RL, Pugin J, Nobre V

Fundamento: Biomarcadores têm sido utilizados de forma crescente em pacientes com sepse. Dentre esses, a PCR desponta como opção atraente, devido ao seu baixo custo e à sua ampla disponibilidade. Objetivo: Nosso objetivo foi avaliar o papel diagnóstico e de marcador prognóstico da PCR em 50 pacientes com Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), internados em um CTI geral de adultos com 30 leitos, pertencente a um hospital universitário de Belo Horizonte. Métodos: Além disso, nós testamos a capacidade da razão entre os valores de PCR obtidos no dia 3 e no dia 1 (CRP D3/D1) de prever o prognóstico dos pacientes (mortalidade no dia 28). A procalcitonina (PCT) foi medida em 42 dos 50 indivíduos estudados. Os pacientes foram incluídos de forma consecutiva em um de dois grupos: 1) Grupo sepse (n=30 pacientes) and; 2) Grupo SIRS sem infecção (n=20 pacientes). As medidas de PCR e de PCT foram procedidas utilizando-se técnica de química seca (Johnsons & Johnsons) e de "enzyme-linked fluorescent immunoassay" (PCT VIDAS BRAHMS), respectivamente. Resultados: A média de idade (globalmente, 48,5 \pm 19,2 anos) e a distribuição de gênero exos (67,3% eram homens) mostraram-se similares entre os dois grupos. As medianas de PCR (255,5; variação: 72-447 mg/dL vs. 135,4; variação: 45-308 mg/dL, N=50; $p < 0,001$) e de PCT (10,6; variação: 0,71-200 mg/L vs. 1,5; variação: 0,1-200 mg/L, n=42; $p = 0,002$) foram significativamente mais elevadas nos pacientes com sepse do que naqueles com SIRS sem infecção. Interessantemente, a área sob a curva ROC para o diagnóstico de sepse mostrou-se maior para a PCR basal (D1) do que para a PCT (0,825; 0,71-0,93 vs. 0,78; 0,63-0,92). A PCR do D1 associou-se significativamente como mortalidade no dia 28 ($p = 0,03$), diferentemente da PCT ($p = 0,11$). Não houve correlação entre a CRP D3/D1 e a mortalidade no dia 28 ($p = 0,47$) ou entre a CRP D3/D1 e a necessidade de mudar os antibióticos nos cinco primeiros dias de seguimento ($p = 0,96$). Conclusões: A PCR no D1 mostrou-se mais precisa do que a PCT para diferenciar entre sepse e SIRS sem infecção. Contudo, a razão CRP D3/D1 foi incapaz de prever a necessidade de mudança nos antibióticos durante os cinco primeiros dias ou a mortalidade medida no 28º dia de seguimento.

E-mail do autor: thiagomglopes@hotmail.com

148 - O USO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM NEONATOLOGIA

Gomes VG, Duarte ED

Introdução: O Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) foi inaugurado em 2000, e até junho de 2006 funcionava com baixa capacidade de produção. Houve celebração de convênio entre a Universidade Federal de Minas Gerais e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2006, a partir do qual adotaram-se premissas inovadoras no modelo assistencial e de gestão hospitalar. O Projeto Assistencial do HRTN desenvolve-se com foco no paciente por meio de estruturação de linhas de cuidado que são organizadas, para fins de gestão, conforme o tipo de agravo. O CTI e o Poli 10 (leitos pré-intensivos do Pronto Socorro), estão inseridos na linha de cuidado clínicos, mas apresentam peculiaridades que diferenciam seus pacientes dos internados em outras unidades. Tradicionalmente, as Unidades de Terapia Intensiva caracterizam-se como unidades de assistência a pacientes graves, onde são alocados grandes montantes de recursos em equipamentos, materiais, medicamentos, propedêutica e recursos humanos. São unidades "fechadas", pouco articuladas com outras áreas do hospital. Além disso, as equipes são organizadas em escalas de plantão e os horários de visitas são restritos, dificultando vinculação entre equipes, pacientes e familiares. Considerando esse conjunto de fatores que tornam seu gerenciamento tão complexo, e tendo como base as diretrizes do modelo assistencial, a UTI do HRTN foi estruturada em outros moldes como unidade articulada às outras áreas do hospital. Além de ampliação de leitos, houve reestruturação das equipes visando a horizontalização do cuidado, com plantões apenas noturnos. No turno do dia, médicos e enfermagem passaram a responsabilizar-se por determinados pacientes, acompanhados por eles durante todo seu período de internação. Os leitos pré-intensivos do Pronto Socorro também foram assumidos pela equipe da UTI. Objetivo: Analisar o impacto da nova forma de gestão da assistência na terapia intensiva baseada na horizontalidade dos cuidados. Metodologia: análise comparativa entre os período pré e pós- horizontalização da taxa de mortalidade, ocupação e média de permanência. Resultados: Pré- horizontalização: Na UTI e Poli 10 somados, a mortalidade era de 40%, tempo de permanência superior a 10 dias e ocupação em torno de 100%. Pós- horizontalização: Hoje a taxa de mortalidade média é 24,34%, a permanência média 7,28 dias e taxa de ocupação média de 98%. Conclusão: Apesar dos avanços e da melhoria na qualidade da assistência, ainda há fragilidades na atenção a pacientes em condições críticas. Propõe-se a incorporação de uma nova linha de cuidados, voltada aos pacientes portadores de enfermidades críticas clínicas e/ou cirúrgicas, cujo foco estaria no tratamento integral desde a sua entrada no hospital até o momento em que não mais necessitar desse tipo de cuidado.

E-mail do autor: vitorioledesgomes@yahoo.com.br

149 - IMPACTO DA DEPRESSÃO MIOCÁRDICA NA SOBREVIDA DE PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS INTERNADOS NO CTI GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO RISOLETA TOLENTINO NEVES

Dias VN, Oliveira AJA, Lopes TM, Paiva MBS, Botoni ALAS, Botoni FA

Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, Universidade Federal de Minas Gerais

Fundamentos. Disfunção cardíaca é frequente em pacientes gravemente enfermos tanto como causa da internação quanto intercorrente durante a mesma. Com o envelhecimento da população a faixa etária média dos admitidos no CTI vem aumentando como também o número de pacientes com disfunção cardíaca seja diastólica ou sistólica. Sabe-se que a existência de déficit de função sistólica (fração de ejeção < 45%) reduz a sobrevida da população em unidade de tratamento intensivo, como também aumenta o tempo de internação desse pacientes. São notáveis os esforços desenvolvidos por equipes de cuidados a pacientes com disfunção cardíaca para aumentar sua sobrevida. No entanto, a atenção específica a FEVE como um fator de risco a mais à sobrevida do paciente, em terapia intensiva, não é tão objetiva. Os vários escores de mortalidade levam em conta a existência de insuficiência cardíaca e não a magnitude da disfunção sistólica ou diastólica do ventrículo esquerdo. Para tanto esse estudo foi idealizado. Objetivo: Verificar o impacto causado pelo déficit de função sistólica (FEVE \leq 45%) na sobrevida de pacientes gravemente enfermos internados no CTI do HURTIN. DELINEAMENTO. Foi realizado um estudo retrospectivo entre os pacientes internados no CTI do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HURTIN) no período de janeiro de 2007 a março de 2008. Foram considerados todos os ecocardiogramas independentemente da causa que motivou sua indicação. Foi considerado déficit de função sistólica FEVE \leq 45% por qualquer técnica empregada. Amostra: 218 pacientes e seus exames ecocardiográficos foram considerados elegíveis, entretanto apenas 160 foram analisados por apresentarem todas as variáveis necessárias. Não se observou a indicação do exame, nem idade ou sexo. Métodos: Trata-se de estudo retrospectivo a partir de banco de dados de internação e papéis da unidade de terapia intensiva do HURTIN e do serviço de ecocardiografia do hospital. Selecionou-se todos os pacientes que fizeram ecocardiograma pelas mais variadas indicações no período de janeiro de 2007 a março de 2008 independente do diagnóstico de base. As variáveis selecionadas foram: FEVE, idade, sexo, e sobrevida. Na análise estatística utilizou-se o programa SPSS versão 12.0. A análise das variáveis foi feita de forma descritiva e as categóricas foram analisadas pelo Qui-Quadrado e as de tendência central por métodos adequados a sua distribuição. Resultados: Foram analisados 160 ecocardiogramas em que 56% eram de indivíduos do sexo masculino, com idade média de 61, 5 \pm 16, 6 anos. A FEVE mediana foi 60% (40-73). 111 (69, 4%) pacientes apresentavam FEVE > 45% e 48 (30, 6%) menor que 45%. Observou-se diferença significativa na mortalidade entre aqueles com FEVE \leq 45% (p=0.045; odds ratio= 2.014; 95%; Intervalo de confiança= 1, 003-4, 046) e houve correlação entre a FEVE \leq 45% e possibilidade de morrer durante a internação (r= 0.156; p= 0.046). Conclusão: Observou-se relação significativa entre déficit de função sistólica (FEVE \leq 45%) e a sobrevida em pacientes criticamente enfermos na amostra analisada.

E-mail do autor: fabotoni@gmail.com

150 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DA OCORRÊNCIA DE INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA EM PACIENTES COM RABDOMIÓLISE NO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2007 A FEVEREIRO DE 2009

Campos JR, Rodrigues WVD, Lopes TM, Paiva MBS, Botoni FA

Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, Universidade Federal de Minas Gerais

Fundamento: A rabdomiólise é definida como uma síndrome clínico-laboratorial decorrente da lise das células musculares esqueléticas, com a liberação de substâncias intracelulares para a circulação. A mioglobina é a principal proteína muscular esquelética responsável pelo desenvolvimento da insuficiência renal aguda. Segundo Ward, o grau de elevação da creatinina sérica juntamente com outros fatores, é um fator preditivo para o desenvolvimento da insuficiência renal. A rabdomiólise é uma importante causa de insuficiência renal aguda, tornando-se presentes em 10 a 15% dos casos. Objetivo: o objetivo do referido estudo é avaliar a possibilidade de desenvolvimento de insuficiência renal aguda em pacientes com rabdomiólise, através da correlação entre os níveis séricos de creatinina e da enzima creatinofosfoquinase total (ck total). Delineamento: realizou-se um estudo de caso do tipo retrospectivo, compreendendo-se o período de janeiro de 2007 a fevereiro de 2009. Amostra: as amostras são oriundas de pacientes de todas as unidades do hospital (cti, pronto atendimento, leitos de internação), mostrando-se bastante heterogeneidade quanto a idade e sexo dos pacientes. Métodos: os métodos para coleta de amostras e do diagnóstico dos pacientes foi através do sistema informatizado do hospital e do laboratório geral de análises clínicas. No caso das amostras em que hipótese diagnóstica não foi encontrada, denominou-se o diagnóstico como "outros". Coletou-se dados de pacientes com ck total superior a 1000 u/l e comparou-se com os valores de creatinina sérica. Considerou-se o ponto de corte de 1.3 Mg/dl como positivo para o diagnóstico de insuficiência renal aguda (ira). Análise estatística: as variáveis categóricas foram descritas em porcentagens, as contínuas em média \pm dp se distribuídas normalmente e mediana (percentil 25-75). Teste não paramétrico (Mann Witney) foi utilizado na análise da CPK com a incidência de ira. A correlação de ira com o nível de CPK foi analisada por método não paramétrico. Resultados: no período proposto observou-se 734 casos, sendo que destes 599 eram do sexo masculino, a idade média foi de 44, 76 \pm 17, 59, a creatinofosfoquinase (CPK) mediana 2445 (1543 – 9430), creatinina mediana 0, 91 (0, 69-1, 46). Houve elevação leve da cpk (1000-5000) em 554 (75, 5%), moderada (5001-15000) em 132 (18%), grave (15001-30000) em 28 (3, 8) e severa (30000 ou mais) em 20 (2, 7%). A partir do nível de creatinina proposto observamos ira (creatinina > 1, 3) em 223 (30, 4%) e não ira em 511 (69, 6%). A existência de rabdomiólise correlacionou-se significativamente com o desenvolvimento de ira (p=0, 0002) observou-se fraca correlação positiva entre o nível sérico de cpk e creatinina (r=0, 157; p=0.0002) Conclusões: rabdomiólise é uma condição clínica importante frequentemente responsável pelo desenvolvimento de ira em unidade de terapia intensiva.

Referências: 1. Zager ra: rhabdomyolysis and myohemoglobinuric acute renal failure. *Kidney international* 1996; 49: 314-326 2. Ward mm: factors predictive of acute renal failure in rhabdomyolysis. *Arch intern med* 1988; 148: 1553-7. 3. Rosa ng: *acta méd port* 2005; 18: 271-282

E-mail do autor: fabotoni@gmail.com

151 - TROMBOCITOPENIA COMO MARCADOR DE MORTALIDADE NO PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO

Lopes TM, Paiva MBS, Campos JR, Botoni ALAS, Botoni FA

Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, Universidade Federal de Minas Gerais

Fundamentos: Trombocitopenia (contagem de plaquetas < 150.000/L) é uma comum alteração laboratorial no paciente gravemente enfermo. A contagem baixa de plaquetas tanto pode representar um diagnóstico hematológico específico como ser um marcador de circunstâncias complicadoras. Seu diagnóstico diferencial é amplo e requer respostas claras, pois, desordens muito importantes podem estar envolvidas. A incidência de trombocitopenia em pacientes criticamente enfermos varia de 35 a 40% entre 100.000 e 150.000/L, 20 a 25% entre 50.000 e 100.000/L e 12 a 15% em < 50.000/L. Tipicamente a contagem começa a reduzir a partir do quarto dia de internação e a maior relevância clínica da trombocitopenia é o risco de sangramento. Todavia, a existência de plaquetopenia pode ser marcador de infecções, ativação da coagulação, efeitos adversos a drogas entre outros. Independente da causa a trombocitopenia é um marcador independente de mortalidade. Vários estudos mostram uma relação invertida entre a contagem de plaquetas e sobrevivência. Com base nesses conhecimentos elaboramos este estudo. Objetivo: Verificar o impacto causado pela trombocitopenia, independente da causa, na sobrevivência dos pacientes admitidos em unidade de cuidados intensivos. Delineamento: Foi realizado estudo retrospectivo entre os pacientes internados no CTI do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HURTIN) no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008. Foi considerado trombocitopenia a contagem inferior a 150 000/L. Amostra: Pacientes internados no CTI do HURTIN entre janeiro de 2007 a dezembro de 2008, de ambos os sexos e idade superior a 18 anos com contagem de plaquetas inferior a 150.000. Métodos: Trata-se de estudo retrospectivo a partir de banco de dados de internação da unidade e do laboratório de análises clínicas (Geraldo Lustosa) do HURTIN. Selecionou-se todos os pacientes e todas as contagem de plaquetas menor que 150.000/L independente do diagnóstico de base ou do uso de drogas potencialmente causadora de trombocitopenia. Na análise estatística utilizou-se o programa SPSS versão 12.0. A análise das variáveis foi feita de forma descritiva e as categóricas foram analisadas pelo Qui-Quadrado e as de tendência central por métodos adequados à sua distribuição. Resultados: Foram analisadas 3.538 amostras que evidenciaram contagem de plaquetas inferior a 150.000/L. A maioria era de indivíduos do sexo masculino (75, 2%), a idade média de 64, 4 \pm 7.9 anos, a contagem média das plaquetas foi de 97.826 \pm 41.815. Contagem inferior a 50.000 foi observada em 447 amostras (12, 6%), entre 50.000 e 100.000 em 1.265 (35, 8%) e maior que 100.000 em 1.823 (51, 5%). Observou diferença significativa na mortalidade entre aqueles com contagem inferior a 150.000/L (p=0.0007) e correlação entre a contagem de plaquetas e possibilidade de morrer durante a internação (r= - 0.184; p=0.0001). Conclusão: Observou-se, conforme literatura, relação significativa entre trombocitopenia e sobrevida de pacientes criticamente enfermos na amostra analisada.

E-mail do autor: fabotoni@gmail.com

152 - CONTROLE DO ACINETOBACTER MULTI-RESISTENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Leite EM, Botoni FA, Dayrell A, Couto BRGM, Pinheiro SMC

Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves - Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A resistência aos antimicrobianos pelo *Acinetobacter spp* têm sido crescente no Brasil e no mundo. A antibioticoterapia empírica prolongada e de amplo espectro microbiano está relacionada à resistência. O uso racional de antimicrobianos, higiene das mãos, isolamento e a limpeza ambiental são as medidas preventivas adotadas com maior frequência e são escassos os estudos envolvendo ações educativas e gerenciais como parte das estratégias de prevenção. **Objetivo:** avaliar o impacto de medidas educativas e gerenciais na redução das infecções hospitalares por *Acinetobacter baumannii* multiresistente. **Metodologia:** trata-se de estudo descritivo, prospectivo, realizado no período entre Janeiro/2007 a Setembro/2008. A coleta de dados foi realizada pela enfermeira da CCIH. As intervenções realizadas foram as seguintes: confecção de mapa geográfico dos leitos contendo a distribuição dos casos de infecção por quinzena; análise da escala de plantão dos técnicos de enfermagem por turno; realização de reuniões com equipe médica e de enfermagem para apresentação do perfil epidemiológico das infecções por *Acinetobacter*; discussão com equipe médica do relatório da dose diária definida de antibiótico; implementação de nova política de antibioticoterapia empírica e reunião com Diretoria para revisão de quadro de pessoal e área física. **Resultados:** os casos foram estratificados como recentes (<10 dias de internação) ou tardios (≥ 10 dias de internação) e verifica-se que quando aumenta a frequência de casos tardios aumenta também o número de casos recentes sugerindo a transmissão entre pacientes. De posse da escala de plantão dos técnicos de enfermagem, verificou-se que nos meses em que ocorreram maior índice de absenteísmo nos plantões noturnos também houve aumento do número de casos de infecções por *Acinetobacter* multiresistente. Houve uma redução estatisticamente significativa do número de casos dessa infecção, assim como do perfil de sensibilidade dessas bactérias. **Conclusão:** os resultados sugerem que a reposição parcial do quadro de técnicos de enfermagem afastados pode ter contribuído com a redução de casos. Além disso, a adesão ao novo protocolo de antibioticoterapia que limitava o uso de meropenem como opção na terapêutica empírica inicial parece ter interferido no padrão de resistência; o envolvimento das equipes assistenciais e da diretoria foi fundamental para o alcance desses resultados.

E-mail do autor: fabotoni@gmail.com

153 - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA HORIZONTALIZAÇÃO DO CUIDADO INTENSIVO SOBRE INDICADORES DE QUALIDADE NO CTI DE UM HOSPITAL GERAL, DE ENSINO E REFERÊNCIA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Ribeiro MLB, Oliveira AJA, Ribeiro OM, Leite EM, Botoni FA

Introdução: O Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) foi inaugurado em 2000, e até junho de 2006 funcionava com baixa capacidade de produção. Houve celebração de convênio entre a Universidade Federal de Minas Gerais e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2006, a partir do qual adotaram-se premissas inovadoras no modelo assistencial e de gestão hospitalar. O Projeto Assistencial do HRTN desenvolve-se com foco no paciente por meio de estruturação de linhas de cuidado que são organizadas, para fins de gestão, conforme o tipo de agravo. O CTI e o Poli 10 (leitos pré-intensivos do Pronto Socorro), estão inseridos na linha de cuidado clínicos, mas apresentam peculiaridades que diferenciam seus pacientes dos internados em outras unidades. Tradicionalmente, as Unidades de Terapia Intensiva caracterizam-se como unidades de assistência a pacientes graves, onde são alocados grandes montantes de recursos em equipamentos, materiais, medicamentos, propedêutica e recursos humanos. São unidades “fechadas”, pouco articuladas com outras áreas do hospital. Além disso, as equipes são organizadas em escalas de plantão e os horários de visitas são restritos, dificultando vinculação entre equipes, pacientes e familiares. Considerando esse conjunto de fatores que tornam seu gerenciamento tão complexo, e tendo como base as diretrizes do modelo assistencial, a UTI do HRTN foi estruturada em outros moldes como unidade articulada às outras áreas do hospital. Além de ampliação de leitos, houve reestruturação das equipes visando a horizontalização do cuidado, com plantões apenas noturnos. No turno do dia, médicos e enfermagem passaram a responsabilizar-se por determinados pacientes, acompanhados por eles durante todo seu período de internação. Os leitos pré-intensivos do Pronto Socorro também foram assumidos pela equipe da UTI. **Objetivo:** Analisar o impacto da nova forma de gestão da assistência na terapia intensiva baseada na horizontalidade dos cuidados. **Metodologia:** análise comparativa entre os períodos pré e pós- horizontalização das taxas de mortalidade, ocupação e média de permanência. **Resultados:** Pré- horizontalização: Na UTI e Poli 10 somados, a mortalidade era de 40%, tempo de permanência superior a 10 dias e ocupação em torno de 100%. Pós- horizontalização: Hoje a taxa de mortalidade média é 24, 34%, a permanência média 7, 28 dias e taxa de ocupação média de 98%. **Conclusão:** Apesar dos avanços e da melhoria na qualidade da assistência, ainda há fragilidades na atenção a pacientes em condições críticas. Propõe-se a incorporação de uma nova linha de cuidados, voltada aos pacientes portadores de enfermidades críticas clínicas e/ou cirúrgicas, cujo foco estaria no tratamento integral desde a sua entrada no hospital até o momento em que não mais necessitar desse tipo de cuidado.

E-mail do autor: fabotoni@gmail.com

154 - SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

Rodrigues JM, Ribas HR, Silva FTC

Introdução: O tratamento da hipertensão intracraniana (HIC) é um componente crítico da prática neurocirúrgica. Lesões traumáticas, vasculares ou tumorais podem elevar a pressão intracraniana (PIC), cujo controle torna-se um fator determinante do prognóstico. Os mecanismos de elevação da pressão intracraniana (PIC) diferem de acordo com a etiologia, podendo ser vasogênico, citotóxico, por tumefação ou diferentes combinações destes. As abordagens no tratamento da HIC se agrupam em três estratégias básicas: Medidas Gerais · Posição em decúbito dorsal e com a cabeça elevada a 30°. · Hidratação. · Analgesia. · Ventilação mecânica. · Correção de distúrbios hidroeletrólíticos. Clínicas-específicas · Inibição da produção de líquido cefalorraquidiano (LCR). · Hiperventilação. · Drenagem do LCR. · Manitol. · Solução salina hipertônica (SSH). Segunda Opção · Barbitúricos. · Hipotermia. · Craniectomia descompressiva. Dentre essas medidas, a terapia hiperosmolar está entre os instrumentos fundamentais para o controle da PIC. Os mecanismos desse controle residem, principalmente, no reforço na entrega de oxigênio, o que induz uma vasoconstrição cerebral compensatória. O manitol tem sido, até hoje, o principal agente hiperosmolar utilizado, porém, a solução salina hipertônica (SSH) tem se mostrado cada vez mais eficaz no cumprimento dessa terapêutica. **Objetivo:** Apontar os recentes benefícios e aplicações da SSH como agente hiperosmolar no tratamento da HIC em situações específicas. **Desenvolvimento:** Atualmente a terapia hiperosmolar tem sido mais extensivamente estudada no contexto do Traumatismo Crânio Encefálico (TCE). Inicialmente, a possibilidade de a SSH ser uma alternativa potencialmente mais eficaz à solução salina (SS) na fase inicial de reanimação dos pacientes com choque hemorrágico, motivou a realização de alguns estudos. Apesar de ensaios clínicos randomizados não terem demonstrado tal possibilidade, a SSH mostrou-se capaz, em muitos deles, de dobrar a taxa de sobrevivência do grupo de pacientes com choque hemorrágico associado à TCE (01). Pequenos grupos de estudo frequentemente têm relatado a eficácia da SSH em reduzir HIC induzida por TCE nos casos refratários ao manitol (01, 04, 05). Oddo *et al* (02), recentemente, comparando os efeitos do manitol e SSH na oxigenação em doze pacientes com TCE, concluiu que em pacientes com TCE grave e elevação da PIC refratária ao manitol, SSH a 7, 5%, como terapia secundária, está associada ao aumento significativo da oxigenação cerebral e melhoria no padrão hemodinâmico cerebral e sistêmico. Em relação à Hemorragia Subaracnóideia (HSA), Ming-Yuan *et al* (03) avaliou os efeitos da SSH em dezoito pacientes. Esse estudo concluiu que SSH possui grande utilidade clínica em potencial, pois causa o aumento significativo do fluxo sanguíneo cerebral à maioria das regiões do cérebro, de maneira durável, em pacientes com HSA. **Conclusão:** A SSH está se mostrando, cada vez mais, uma ferramenta de grande utilidade para a prática neurocirúrgica, especialmente nos casos de HIC refratária ao manitol e na melhoria do fluxo sanguíneo e pressão de perfusão cerebral. Além disso, algumas etiologias da HIC e variáveis subjacentes, ainda carecem de maior investigação, quanto às possíveis aplicações da SSH.

E-mail do autor: joismarmr@yahoo.com.br