

## 23 RESUMOS CEPETI APROVADOS PARA APRESENTAÇÃO NO CBMI – 2024

ID	Título do Trabalho	Área Temática	Autores
3448	Comparação clínico-epidemiológica de pacientes internados em UTI por motivos respiratórios e não respiratórios	Epidemiologia	1)Leandro Caramuru Pozzo 2)Rafaella Stradiotto Bernardelli 3)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 4)Rafael Alexandre de Oliveira Deucher 5)Altemar dos Santos Paigel 6)Luana Alves Tannous 7)Álvaro Réa-Neto 8)Odery Ramos Junior
3460	Perfil clínico epidemiológico de pacientes pneumocriticos internados em UTI: Um estudo de coorte	Epidemiologia	1)Leandro Caramuru Pozzo 2)Rafaella Stradiotto Bernardelli 3)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 4)Rafael Alexandre de Oliveira Deucher 5)Jeane Cristina Fonseca Vieira 6)Luana Alves Tannous 7)Álvaro Réa-Neto 8)Odery Ramos Junior
3428	Escala Clínica de fragilidade associada ao tempo de permanência na UTI	Epidemiologia	1)Isabela Oldoni 2)Fernanda Borba Ferreira 3)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 4)Rafael Alexandre de Oliveira Deucher 5)Leticia Lopes Ferraz 6)Marcelo Martins Junior 7)Rafaella Stradiotto Bernardelli 8)Álvaro Réa-Neto
3425	Escala Clínica de fragilidade associada à limitação de suporte terapêutico na UTI	Epidemiologia	1)Fernanda Borba Ferreira 2)Isabela Oldoni 3)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 4)Rafael Alexandre de Oliveira Deucher 5)Verônica da Silva Barros 6)Leticia Lopes Ferraz 7)Rafaella Stradiotto Bernardelli 8)Álvaro Réa-Neto
3434	Avaliação da Escala Clínica de Fragilidade como preditora de mortalidade na UTI: Um estudo de coorte retrospectivo	Epidemiologia	1)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 2)Rafaella Stradiotto Bernardelli 3)Beatriz Lottermann Konzen 4)Kamila Janiscki 5)Maria Nesryn Tiba 6)Taher Tiba 7)Álvaro Réa-Neto 8)Auristela Duarte de Lima Moser
3447	Avaliação dos Desfechos de Saúde Física, Psicológica, Cognitiva e Fragilidade em Pacientes 90 Dias Após Alta da UTI: Uma coorte prospectiva	Epidemiologia	1)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 2)Taher Tiba 3)Kamila Janiscki 4)Maria Nesryn Tiba 5)Beatriz Lottermann Konzen 6)Rafaella Stradiotto Bernardelli 7)Álvaro Réa-Neto 8)Auristela Duarte de Lima Moser
3445	A variação da funcionalidade do doente crítico após a alta da unidade de terapia intensiva: Uma coorte prospectiva	Epidemiologia	1)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 2)Maria Nesryn Tiba 3)Kamila Janiscki 4)Beatriz Lottermann Konzen 5)Taher Tiba 6)Rafaella Stradiotto Bernardelli 7)Álvaro Réa-Neto 8)Auristela Duarte de Lima Moser

ID	Título do Trabalho	Área Temática	Autores
<b>3440</b>	Fatores de risco para piora da funcionalidade decorrente do período de internamento de UTI: Uma coorte prospectiva	Epidemiologia	1)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 2)Kamila Janiscki 3)Beatriz Lottermann Konzen 4)Maria Nesryn Tiba 5)Taher Tiba 6)Rafaella Stradiotto Bernardelli 7)Álvaro Réa-Neto 8)Auristela Duarte de Lima Moser
<b>3437</b>	A prevalência da fragilidade na alta da unidade de terapia intensiva de doentes críticos: uma coorte prospectiva	Epidemiologia	1)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 2)Beatriz Lottermann Konzen 3)Kamila Janiscki 4)Maria Nesryn Tiba 5)Taher Tiba 6)Rafaella Stradiotto Bernardelli 7)Álvaro Réa-Neto 8)Auristela Duarte de Lima Moser
<b>3419</b>	Características clínicas e epidemiologia de pacientes admitidos em UTI por acidente vascular cerebral isquêmico	Neurointensivismo	1)Marianne Boçoen 2)Lara Mensato Döring 3)Rafael Alexandre de Oliveira Deucher 4)João Raphael Zanlorensi Glir 5)Caroline Uliana Rossi 6)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 7)Rafaella Stradiotto Bernardelli 8)Álvaro Réa-Neto
<b>3417</b>	Associação do status de fragilidade prévio à UTI com o desfecho clínico-funcional na alta UTI em pacientes admitidos por acidente vascular cerebral isquêmico	Neurointensivismo	1)Lara Mensato Döring 2>Marianne Boçoen 3)Rafael Alexandre de Oliveira Deucher 4)Caroline Uliana Rossi 5)Letícia Lopes Ferraz 6)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 7)Rafaella Stradiotto Bernardelli 8)Álvaro Réa-Neto
<b>3398</b>	Preditores de desfecho desfavorável (modified-Rankin Scale: 4, 5 ou 6) de pacientes com Acidente Vascular Cerebral isquêmico que necessitam de cuidados intensivos – um sub estudo da coorte Neurocríticos Brasil	Neurointensivismo	1)Henrique Lechinski Rodrigues 2)Camila Vanessa Correa Panizza 3)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 4)Luana Alves Tannous 5)Caroline Uliana Rossi 6>Vinicius Giesel Hollas 7)Rafaella Stradiotto Bernardelli 8)Álvaro Réa-Neto
<b>3399</b>	Preditores de desfecho desfavorável de pacientes em pós-operatório eletivo de neurocirurgia que necessitaram de cuidados intensivos - um subestudo da Coorte Neurocríticos Brasil	Neurointensivismo	1)Camila Vanessa Correa Panizza 2)Henrique Lechinski Rodrigues 3)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 4)João Raphael Zanlorensi Glir 5)Caroline Uliana Rossi 6)Luana Alves Tannous 7)Rafaella Stradiotto Bernardelli 8)Álvaro Réa-Neto
<b>3403</b>	A epidemiologia dos pacientes neurológicos internados em UTI: um estudo de coorte	Neurointensivismo	1)Caroline Uliana Rossi 2)Rafaella Stradiotto Bernardelli 3)Vinicius Giesel Hollas 4)João Raphael Zanlorensi Glir 5)Rafael Alexandre de Oliveira Deucher 6)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 7)Álvaro Réa-Neto 8)Helio Afonso Ghizoni Teive
<b>3412</b>	Preditores de morbi-mortalidade em pacientes neurocríticos internados em UTI	Neurointensivismo	1)Caroline Uliana Rossi 2)Rafaella Stradiotto Bernardelli 3)Luana Alves Tannous 4>Altemar dos Santos Paigel 5>Vinicius Giesel Hollas 6)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 7)Álvaro Réa-Neto 8)Helio Afonso Ghizoni Teive

ID	Título do Trabalho	Área Temática	Autores
3391	Comparação entre Unidades de Terapia Intensiva de hospitais do SUS e não SUS acerca da prioridade da admissão conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina N° 2.156/2016 e relação com a taxa de ocupação no período	Segurança, Qualidade e Gestão	1)Vanessa Luiza de Carvalho 2)Fábio Henrique da Silva Machado 3)Vinicius Giesel Hollas 4)Altemar dos Santos Paigel 5)Marcelo Martins Junior 6)Rafaella Stradiotto Bernardelli 7)Frederico Bruzzi de Carvalho 8)Álvaro Réa-Neto
3386	Comparação das características epidemiológicas e clínicas de admissão na UTI entre os cinco níveis de prioridade conforme a Resolução CFM N°2.156/2016	Segurança, Qualidade e Gestão	1)Fábio Henrique da Silva Machado 2)Vanessa Luiza de Carvalho 3)Vinicius Giesel Hollas 4)Altemar dos Santos Paigel 5)Marcelo Martins Junior 6)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 7)Rafaella Stradiotto Bernardelli 8)Álvaro Réa-Neto
3503	Comparação das características e desfechos de pacientes com e sem infecção nosocomial, em uma coorte de admitidos em UTI por motivos não infecciosos	Sepse	1)Juliana Germano 2)Rafaella Stradiotto Bernardelli 3)Lauriane Caroline Carneiro 4)Leandro Caramuru Pozzo 5)Luana Alves Tannous 6)Rafael Alexandre de Oliveira Deucher 7)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 8)Álvaro Réa-Neto
3509	Fatores associados à mortalidade em pacientes que desenvolveram infecção nosocomial na UTI após terem sido admitidos por motivo não infeccioso.	Sepse	1)Julia Deitos 2)Yasmine Teixeira Medeiros 3)Juliana de Lima Germano 4)Lauriane Caroline Carneiro 5)Leandro Caramuru Pozzo 6)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 7)Rafaella Stradiotto Bernardelli 8)Álvaro Réa-Neto
3462	Comparação de fenótipos de pacientes sépticos com e sem disfunção plaquetária em qualquer momento da internação em UTI	Sepse	1)Rafael Lacerda Klüppel 2)Rafaella Stradiotto Bernardelli 3)Leandro Caramuru Pozzo 4)Verônica da Silva Barros 5)Luana Alves Tannous 6)Rafael Alexandre de Oliveira Deucher 7)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 8)Álvaro Réa-Neto
3461	Plaquetopenia como fator de risco para mortalidade na sepse	Sepse	1)Rafael Lacerda Klüppel 2)Rafaella Stradiotto Bernardelli 3)Lauriane Caroline Carneiro 4)Luana Alves Tannous 5)Leandro Caramuru Pozzo 6)Rafael Alexandre de Oliveira Deucher 7)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 8)Álvaro Réa-Neto
3463	Fatores associados à limitação de suporte terapêutico em pacientes admitidos em UTI por sepse ou choque séptico	Sepse	1)Amanda Christina Kozesinski-Nakatani 2)Rafaella Stradiotto Bernardelli 3)Jéssica Jeanne Dias 4)Rafael Lacerda Klüppel 5)Letícia Lopes Ferraz 6)Altemar dos Santos Paigel 7)Lauriane Caroline Carneiro 8)Álvaro Réa-Neto

## Comparação clínico-epidemiológica de pacientes internados em UTI por motivos respiratórios e não respiratórios

### Autores:

- 1) Leandro Caramuru Pozzo
- 2) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 3) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 4) Rafael Alexandre de Oliveira Deucher
- 5) Altemar dos Santos Paigel
- 6) Luana Alves Tannous
- 7) Álvaro Réa-Neto
- 8) Odery Ramos Junior

**Área:** Epidemiologia

### RESUMO:

**Objetivo:** Comparar o perfil clínico epidemiológico dos pacientes internados por diagnósticos respiratórios e não respiratórios em UTIs e sua relação com o desfecho.

**Métodos:** De uma coorte histórica de 10.224 internamentos em UTIs de Curitiba-PR entre maio/2023 e abril/2024, foram incluídos 8275 pacientes ≥18 anos com motivo de admissão e desfecho presentes. Destes, 1257 (15,2%) foram admitidos por motivos respiratório primário (Grupo Respiratório- GR) e 7018 (84,8%) por motivos não respiratório (Grupo Não Respiratório- GNR). Os grupos foram comparados quanto a variáveis de admissão e desfecho.

**Resultado:** A idade média do GR foi maior (GR:  $70,4 \pm 16,8$  e GNR:  $64,7 \pm 17,2$ ,  $p<0,001$ ), sem diferença significativa dos sexos. O GR teve mais internamentos clínicos (GR: 89,7% e GNR: 55,2%,  $p<0,001$ ), maiores medianas de APACHE II e SOFA (GR: 16 e 3; GNR: 11 e 2, respectivamente,  $p<0,001$ ), paciente mais frágeis na admissão com maiores medianas da escala clínica de fragilidade (GR: 4 e GNR: 3,  $p<0,001$ ) e sem diferença significativamente quanto a fonte custeadora do internamento. O tempo de permanência do GR foi maior (mediana GR: 5 e GNR: 3,  $p<0,001$ ), assim como a taxa de mortalidade (GR: 26,4% e GNR: 9,5%,  $p<0,001$ ). O grupo de pacientes internados por motivo não respiratório é composto, majoritariamente por pacientes admitidos na UTI por motivo cardiovascular (44,8%), seguido de neurológico (17,2%) e abdominal (16,7%).

**Conclusão:** Os pacientes internados por motivos respiratórios apresentam maior idade, maior fragilidade, maior gravidade e maior tempo de internamento, assim como maior mortalidade em comparação ao grupo não respiratório.

**Perfil clínico epidemiológico de pacientes pneumocríticos internados em UTI:  
Um estudo de coorte**

**Autores:**

- 1) Leandro Caramuru Pozzo
- 2) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 3) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 4) Rafael Alexandre de Oliveira Deucher
- 5) Jeane Cristina Fonseca Vieira
- 6) Luana Alves Tannous
- 7) Álvaro Réa-Neto
- 8) Odery Ramos Junior

**Área:** Epidemiologia.

**RESUMO:**

**Objetivo:** Comparar o perfil clínico epidemiológico dos pacientes internados por diagnósticos respiratórios em UTIs de Curitiba/PR e sua relação com a mortalidade.

**Métodos:** Coorte retrospectiva de inclusão de 1.257 pacientes maiores de 18 anos internados em UTIs de 8 hospitais de Curitiba-PR de 01 de maio de 2023 até 30 de abril de 2024 por motivos respiratórios, com dados de admissão e desfecho completos em prontuário. Os pacientes foram comparados de acordo com o diagnóstico de admissão.

**Resultado:** Os pacientes pneumocríticos foram classificados de acordo com o diagnóstico principal em 13 grupos: sepse de foco pulmonar (59,8%), PO de cirurgia torácica (7,2%), pneumonia comunitária (7,0%), TEP (5,4%), DPOC exacerbado com infecção (3,3%), edema agudo pulmonar (3,2%), lesão pleural (2,8%), outros acometimentos respiratórios (2,3%), DPOC exacerbado sem infecção (2,2%), pneumonia nosocomial (1,5%), asma/broncoespasmo (1,3%), câncer de pulmão (1,0%) e outros acometimentos de vias aéreas (2,9%). Os grupos foram diferentes quanto a idade, comorbidades, uso de DVA e VM na admissão, APACHE II, SOFA das primeiras 24 horas, tempo de internamento e mortalidade ( $p<0,001$ ), sem diferença quanto ao sexo. Pacientes admitidos por sepse são mais frágeis com mediana (1º-3º quartil) de 5 (4-6), mais graves 20 (14-26), possuem maior tempo de permanência 6 (4-9) e apresentam a pior mortalidade (38,7%) quando comparado aos demais grupos ( $p<0,001$ ).

**Conclusão:** Dos pacientes internados por motivos respiratórios em UTI, aqueles internados por sepse são mais frágeis e graves, com maior tempo de permanência em UTI e maior mortalidade quando comparados com os demais grupos.

## Escala Clínica de fragilidade associada ao tempo de permanência na UTI

### Autores:

- 1) Isabela Oldoni
- 2) Fernanda Borba Ferreira
- 3) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 4) Rafael Alexandre de Oliveira Deucher
- 5) Letícia Lopes Ferraz
- 6) Marcelo Martins Junior
- 7) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Epidemiologia

### RESUMO:

**Objetivo:** Avaliar o potencial explicativo da escala de fragilidade clínica (EFC) no tempo de permanência na UTI.

**Métodos:** Estudo de Coorte Retrospectivo de maiores de 18 anos internados em UTIs de 5 hospitais de Curitiba, entre 01/05/23 a 31/04/24. Foram excluídos registros incompletos. A EFC (9 níveis – mais alto pior) foi avaliada como preditora de maior tempo de permanência na UTI por modelos lineares generalizados com distribuição log-linear de Poisson simples e múltiplos para a amostra total e para o subgrupo que evolui com alta por melhora clínica.

**Resultados:** Dos 8797 registrados no período, foram analisados dados de 8041 pacientes com idade média  $66 \pm 17,3$  anos, sendo 51,4% mulheres e 61% internamentos clínicos. A mediana da EFC foi de 3 com intervalo interquartílico de 3 a 5 e do tempo de permanência foi de 2 (1-4) dias. 88,5% (n=7114) sobreviveram ao internamento. Maior pontuação na EFC é preditora de maior tempo de permanência na UTI ( $\exp^B 1,171 [1,132-1,211]; p<0,001$ ) mesmo quando ajustado por idade, sexo, comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão essencial, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e neoplasias), AVE e infarto prévios, tipo de internamento, uso de droga vasoativa ou ventilação mecânica na admissão, nível de limitação de suporte terapêutico na admissão e escore SOFA em 24 horas. Esta mesma associação foi observada quando avaliado apenas o subgrupo de sobreviventes da UTI ( $\exp^B 1,072 [1,009-1,149]; p=0,048$ ).

**Conclusão:** O status de fragilidade prévio à UTI é capaz de prever o tempo de permanência, independentemente das comorbidades e características da doença aguda.

## Escala Clínica de fragilidade associado à limitação de suporte terapêutico na UTI

### Autores:

- 1) Fernanda Borba Ferreira
- 2) Isabela Oldoni
- 3) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 4) Rafael Alexandre de Oliveira Deucher
- 5) Verônica da Silva Barros
- 6) Leticia Lopes Ferraz
- 7) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 8) Álvaro Réa-Neto

### Área: Epidemiologia

### RESUMO:

**Objetivo:** Avaliar o potencial explicativo da escala de fragilidade clínica (EFC) no aumento do nível de limitação de suporte terapêutico (LST) no desfecho da UTI.

**Métodos:** Coorte retrospectiva de maiores de 18 anos internados em UTIs de 5 hospitais de Curitiba, entre 01/05/23 a 31/04/24. Foram excluídos registros incompletos. A EFC (9 níveis – mais alto pior) foi avaliada como preditora de maior LST (em 3 níveis: A) suporte total; B) apenas não ressuscitação cardiopulmonar e C) restrição/retirada de suporte) por modelos lineares generalizados com distribuição logística ordinal para a amostra total e para o subgrupo que evolui à óbito.

**Resultados:** Dos 8797 registrados no período, foram analisados dados de 8041 pacientes com idade média 66+17,3 anos, sendo 51,4% mulheres e 61% internamentos clínicos. A mediana da EFC foi de 3 com intervalo interquartílico de 3 a 5 e 11,5% evoluíram a óbito. Ao desfecho 87,7% eram LST A, 6,7% B e 5,7% C. Maior pontuação na EFC é preditora de maior nível de LST ( $OR\ 3,415\ [2,450-4,760];\ p<0,001$ ) mesmo quando ajustado por idade, diabetes mellitus, hipertensão essencial, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, neoplasias, infarto prévios, tipo de internamento, e mediana do escore SOFA do internamento. Dentre os 927 óbitos, 31,8% eram LST A, 31,5% B e 36,7% C. Nestes, maior pontuação na EFC também esteve associada a maior LST ( $OR\ 1,177\ [1,094-1,267];\ p<0,001$ ).

**Conclusão:** O status de fragilidade prévio à UTI é capaz de prever o nível de LST, independentemente de idade, comorbidades e condições agudas.

## Avaliação da Escala Clínica de Fragilidade como preditora de mortalidade na UTI: Um estudo de coorte retrospectivo

### Autores:

- 1) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 2) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 3) Beatriz Lottermann Konzen
- 4) Kamila Janischki
- 5) Maria Nesryn Tiba
- 6) Taher Tiba
- 7) Álvaro Réa-Neto
- 8) Auristela Duarte de Lima Moser

### Área: Epidemiologia

### RESUMO:

**Objetivo:** Avaliar o potencial explicativo da escala de fragilidade clínica (EFC) na probabilidade instantânea de óbito em pacientes internados em UTI.

**Métodos:** Coorte retrospectiva de inclusão consecutiva de maiores de 18 anos internados em UTIs de 5 hospitais de Curitiba, entre 01/05/2023 e 31/04/2024. Foram excluídos registros incompletos e advindos/transferidos de outros serviços. A EFC (9 níveis – mais alto pior) foi pontuada pelo médico com base na descrição do status do paciente prévio à doença aguda. A EFC foi avaliada como preditora de mortalidade na UTI por modelo de regressão múltipla de Cox. Foram incluídas no modelo múltiplo apenas variáveis que ajustamento que não apresentavam multicolinearidade com a EFC, com resultados expressos em hazard ratio (HR).

**Resultados:** Dos 8797 registros do período, foram analisados dados de 8041 pacientes com idade média de  $66 \pm 17,3$  anos, sendo 51,4% mulheres, 61% de internamentos clínicos e 30,1% cirúrgicos eletivos. A mediana (1º - 3º quartil) da EFC foi 3 (3-5), do escore SOFA nas primeiras 24 horas foi 2 (0-4) e do tempo de permanência na UTI foi 2 (1-4) dias. A taxa de mortalidade na UTI foi de 11,5%. Uma maior pontuação na EFC aumenta a probabilidade instantânea de óbito na UTI (HR:1,180[1,134-1,228]; $p<0,001$ ) independentemente de idade, sexo, comorbidades (diabetes mellitus, HAS, DPOC, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e neoplasias), AVE e infarto prévios, tipo de internamento e escore SOFA em 24 horas.

**Conclusão:** Maior fragilidade prévia à UTI aumenta o risco de mortalidade na UTI, independentemente das comorbidades, tipo de internamento e gravidade da doença aguda.

**Avaliação dos Desfechos de Saúde Física, Psicológica, Cognitiva e Fragilidade em Pacientes 90  
Dias Após Alta da UTI: Uma coorte prospectiva**

**Autores:**

- 1) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 2) Taher Tiba
- 3) Kamila Janiscki
- 4) Maria Nesryn Tiba
- 5) Beatriz Lottermann Konzen
- 6) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 7) Álvaro Réa-Neto
- 8) Auristela Duarte de Lima Moser

**Área:** Epidemiologia

**RESUMO:**

**Objetivo:** Avaliar a variação da qualidade de vida, cognição, fragilidade, ansiedade e depressão avaliadas na admissão da UTI, alta, 30 e 90 dias após a alta da UTI.

**Métodos:** Coorte prospectiva realizada entre 05/02/2024 e 18/07/2024 em 5 UTIs de Curitiba-PR. Foram incluídos pacientes ≥18 anos com permanência mínima de 48 horas, excluindo aqueles com cirurgia eletiva, prognóstico ≤12 meses ou internação recente. As escalas WHOQOL-Bref, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Escala Clínica de Fragilidade e SPMSQ foram aplicadas presencialmente ou por telefone nos retornos. Dados epidemiológicos e do internamento foram obtidos do prontuário eletrônico.

**Resultados:** Foram avaliados 454 pacientes, dos quais 103 foram incluídos. A média de idade na admissão foi de  $63,9 \pm 14,2$  anos, com predominância masculina (66%), a maioria dos internamentos clínicos (65%) e financiados pelo SUS (79,6%). Dos 96 pacientes vivos na alta, 52 participaram do retorno no 90º dia e 28 ainda estavam em janela de retorno quando os dados foram extraídos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida, cognição, ansiedade, depressão e fragilidade entre a admissão, alta, 30 dias e 90 dias após a alta da UTI. A escala clínica de fragilidade evidenciou que os pacientes apresentam piora na fragilidade 30 dias após a alta, comparado à admissão (Mediana [1º-3º quartil] Admissão 3[2-4] vs 30 dias 4[3-5];  $p < 0,001$ ).

**Conclusão:** Após a alta da UTI, pacientes críticos apresentam uma piora na fragilidade nos primeiros 30 dias, embora não haja variação significativa na qualidade de vida, cognição, ou nos sintomas de ansiedade e depressão.

## A variação da funcionalidade do doente crítico após a alta da unidade de terapia intensiva: Uma coorte prospectiva

### Autores:

- 1) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 2) Maria Nesryn Tiba
- 3) Kamila Janiscki
- 4) Beatriz Lottermann Konzen
- 5) Taher Tiba
- 6) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 7) Álvaro Réa-Neto
- 8) Auristela Duarte de Lima Moser

### Área: Epidemiologia

### RESUMO:

**Objetivo:** Avaliar a variação na funcionalidade de pacientes críticos aferida pelo escore WHODAS em quatro momentos distintos e descrever as características epidemiológicas dos pacientes na admissão à UTI.

**Métodos:** Coorte prospectiva realizada entre 05/02/2024 e 18/07/2024 em 5 UTIs de Curitiba-PR. Incluiu pacientes com  $\geq 18$  anos, permanência  $\geq 48$  horas, excluindo casos de cirurgia eletiva, prognóstico  $\leq 12$  meses, internação hospitalar prévia recente. A funcionalidade foi avaliada com o WHODAS2.0 em quatro momentos: admissão na UTI, alta, 30 e 90 dias após a alta.

**Resultados:** Foram avaliados 454 pacientes, dos quais 103 foram incluídos. Dos 96 pacientes que estavam vivos na alta da UTI, 52 participaram do retorno no D90. A média de idade foi de  $64,2 \pm 15,1$  anos, com predominância masculina (69,2%) e a maior parte dos internamentos custeados pelo SUS (80,8%). O internamento clínico predominou (69,2%), sendo o motivo principal de internação cardiológico (69,2%), com mediana do tempo de internação de 3 dias. O escore total do WHODAS2.0 foi avaliado em quatro momentos: admissão, alta, 30 e 90 dias após a alta da UTI. As medianas dos escores foram, respectivamente, 14,6 (1º-3º quartil: 6,2 - 35,4), 20,8 (10,4 - 32,8), 27,1 (22,9 - 39,6) e 18,8 (7,3 - 34,4). Houve uma diferença estatística significativa entre o escore de admissão e o de 30 dias após a alta, sendo o escore mais elevado e pior no D30 ( $p=0,025$ ).

**Conclusão:** A análise da funcionalidade com WHODAS2.0 revelou uma piora significativa na funcionalidade 30 dias após a alta quando comparado com à admissão na alta da UTI.

## Fatores de risco para piora da funcionalidade na alta decorrente do período de internamento de UTI: Uma coorte prospectiva

### Autores:

- 1) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 2) Kamila Janiscki
- 3) Beatriz Lottermann Konzen
- 4) Maria Nesryn Tiba
- 5) Taher Tiba
- 6) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 7) Álvaro Réa-Neto
- 8) Auristela Duarte de Lima Moser

### Área: Epidemiologia

### RESUMO:

**Objetivo:** Identificar fatores de risco para piora da funcionalidade na alta de pacientes críticos decorrente do período de internamento na UTI.

**Métodos:** Coorte prospectiva realizada entre 05/02/2024 e 18/07/2024 em 5 UTIs de Curitiba-PR, incluindo pacientes  $\geq 18$  anos e permanência prevista de  $\geq 48$  horas e excluindo pacientes com cirurgia eletiva, prognóstico  $\leq 12$  meses ou internação hospitalar recente. Foram registrados dados demográficos, comorbidades, APACHE-II, tempo de internação na UTI e desfecho. A funcionalidade foi avaliada com o questionário WHODAS 2.0-12, na admissão e alta da UTI. Análises univariadas e multivariadas foram realizadas para identificar fatores de risco associados à diminuição da funcionalidade.

**Resultados:** Foram avaliados 454 pacientes, dos quais 103 foram incluídos no estudo. Durante a internação na UTI, 7 pacientes faleceram. Dados de 96 pacientes foram analisados, com idade média de  $64,5 \pm 14,2$  anos, predominância masculina (64,6%), APACHE II médio de  $10,8 \pm 5,7$  e tempo médio de internação de  $3,7 \pm 4,8$  dias. O escore médio do WHODAS foi de  $24,0 \pm 20,0$  (mediana 19,8) na admissão e  $27,3 \pm 19,7$  (mediana 24) na alta. Na análise univariada, o único fator de risco significativo para perda funcional foi um maior escore WHODAS na admissão ( $p < 0,001$ ). Idade, sexo, comorbidades, tipo de internamento e APACHE II não mostraram associação. No modelo multivariado, o escore WHODAS permaneceu como fator de risco independente, com coeficiente de regressão linear ( $\beta$ ) de 0,457 (0,285 - 0,629) e  $p < 0,001$ .

**Conclusão:** Maior escore no questionário WHODAS no momento da internação na UTI é um fator de risco independente para diminuição da funcionalidade após a alta da unidade de terapia intensiva.

## A prevalência da fragilidade na alta da unidade de terapia intensiva de doentes críticos: uma coorte prospectiva

### Autores:

- 1) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 2) Beatriz Lottermann Konzen
- 3) Kamila Janiscki
- 4) Maria Nesryn Tiba
- 5) Taher Tiba
- 6) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 7) Álvaro Réa-Neto
- 8) Auristela Duarte de Lima Moser

**Área:** Epidemiologia

### RESUMO:

**Objetivo:** Avaliar a prevalência da fragilidade em doentes críticos aferida pela Escala Clínica de Fragilidade (ECF) na alta da unidade de terapia intensiva (UTI).

**Métodos:** Coorte prospectiva realizada em 5 unidades de terapia intensiva, entre 05/02/2024 e 18/07/2024. Foram incluídos pacientes  $\geq 18$  anos, com previsão de permanência em UTI  $\geq 48$  horas. A ECF foi aplicada no momento imediatamente antes da admissão e na alta da UTI. A pontuação na escala da admissão foi comparada com a pontuação na alta da UTI por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon.

**Resultados:** Foram avaliados 454 pacientes, e incluídos 103 com idade média de  $64,5 \pm 14,2$  anos, sendo 64,3% homens e 68,4% de internamentos clínicos. No momento de admissão na UTI 34% dos pacientes encontram-se na categoria 4 da escala clínica de fragilidade (vulnerável) e 23% na categoria 3 (regular). Quando realizado a aplicação da mesma escala na alta da UTI com os sobreviventes (96 pacientes), observa-se um aumento de pacientes na categoria 5 (23%) e 7 (9%), demonstrando que o período de internamento na UTI levou a uma piora da fragilidade clínica. Quando avaliado somente entre os sobreviventes ( $n=96$ ) a média e mediana (1º-3º quartil) respectivamente da EFC na admissão foram de  $3,29 \pm 1,45$ ; 3 (2-4) e na alta da UTI  $3,56 \pm 1,5$ ; 3 (3-4), sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p=0,048$ ).

**Conclusão:** Pacientes críticos apresentam piora na escala clínica de fragilidade na alta da UTI, quando comparado a admissão na unidade.

## Características clínicas e epidemiologia de pacientes admitidos em UTI por acidente vascular cerebral isquêmico

### Autores:

- 1) Marianne Boçoen
- 2) Lara Mensato Döring
- 3) Rafael Alexandre de Oliveira Deucher
- 4) João Raphael Zanlorensi Glir
- 5) Caroline Uliana Rossi
- 6) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 7) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Neurointensivismo

### RESUMO:

**Objetivo:** Descrever as características clínicas e epidemiologia de pacientes admitidos em UTI por acidente vascular cerebral isquêmico.

**Métodos:** Coorte retrospectiva de inclusão consecutiva de maiores de 18 anos internados em UTIs de 5 hospitais de Curitiba por AVCi, entre 01/05/2023 e 31/04/2024. Foram excluídos registros incompletos, advindos/transferidos de outros serviços e AVCi minor. As características clínico-epidemiológicas da amostra foram descritas.

**Resultados:** Dos 8797 registrados no período, foram analisados dados de 215 (2,4%) pacientes admitidos por AVCi, com idade média de  $73,5 \pm 15,7$  anos. Quanto as comorbidades 23,3% tinham história pregressa de AVCi, 16,3% de doença arterial coronariana, 66% HAS, 33% DM, 7% insuficiência cardíaca, 6% DPOC e 6,5% câncer. A maioria era proveniente do pronto atendimento (82,3%). Na admissão, 13% estavam em ventilação mecânica invasiva, 10,7% em uso de droga vasoativa e 8,3% tinham alguma limitação de suporte terapêutico. A mediana (1º - 3º quartil) da escala de coma de Glasgow (ECG) da admissão foi de 15(13-15) e APACHE-II e SOFA das primeiras 24 horas de 12(9-16) e 2(1-3) respectivamente. A mediana de dias de UTI foi de 3(2-5). A taxa de mortalidade foi de 14%, das quais 90,2% ocorreram na vigência de alguma limitação de suporte. Na alta da unidade 23,9% estavam totalmente independentes, 36,7% dependente para atividades elaboradas, 19,7% dependente para atividades básicas e 17,0% totalmente dependente.

**Conclusão:** Os internados em UTI por AVCi são idosos, com multimorbididades advindos do pronto atendimento com poucas disfunções orgânicas sistêmicas. Eles permanecem pouco tempo na UTI, porém a maioria recebe alta com alguma limitação funcional.

**Associação do status de fragilidade prévio à UTI com o desfecho clínico-funcional na alta da unidade em pacientes admitidos por acidente vascular cerebral isquêmico**

**Autores:**

- 1) Lara Mensato Döring
- 2) Marianne Boçoen
- 3) Rafael Alexandre de Oliveira Deucher
- 4) Caroline Uliana Rossi
- 5) Letícia Lopes Ferraz
- 6) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 7) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Neurointensivismo

**RESUMO:**

**Objetivo:** Avaliar o potencial explicativo da escala de fragilidade clínica (EFC) na mortalidade e nível de dependência funcional na alta da UTI em pacientes com Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi).

**Métodos:** Coorte retrospectiva de inclusão consecutiva de  $\geq 18$  anos internados em UTIs de 5 hospitais de Curitiba por AVCi, entre 01/05/2023 e 31/04/2024. Foram excluídos registros incompletos, advindos/transferidos de outros serviços e AVCi minor. A ECF foi avaliada como preditora da mortalidade na UTI e do nível de dependência funcional entre os sobreviventes, por meio de modelos múltiplos lineares generalizados com distribuição logística binária e ordinal, respectivamente.

**Resultados:** Dos 8797 registrados no período, foram analisados dados de 215 pacientes com AVCi, com idade média de  $73,5 \pm 15,7$  anos. A mediana (1º-3º quartil) da EFC foi 4 (3-5), e do tempo de permanência de 3 (2-5) dias. A taxa de mortalidade na UTI foi de 14,9%. Dos 183 sobreviventes, 23,9% teve alta totalmente independente, 36,7% dependente para atividades elaboradas, 19,7% dependente para atividades básicas e 17,0% totalmente dependente. A ECF não se mostrou significativamente associada à mortalidade na UTI ( $p=0,147$ ) quando ajustado por idade, sexo e APACHE-II, sendo este último o único associado ao desfecho. Quando analisado o subgrupo dos sobreviventes, maior pontuação na EFC aumenta a chance de alta da UTI com maior nível de dependência funcional ( $OR: 1,22[1,009-1,493]; p<0,001$ ), quando ajustada pelas mesmas variáveis.

**Conclusão:** Em pacientes admitidos em UTI por AVCi, maior pontuação na ECF aumenta a chance maior dependência funcional na alta da UTI, independentemente da idade, do sexo e do APACHE-II.

**Preditores de desfecho desfavorável (modified-Rankin Scale: 4, 5 ou 6) de pacientes com Acidente Vascular Cerebral isquêmico que necessitam de cuidados intensivos – Um sub estudo da coorte Neurocríticos Brasil**

**Autores:**

- 1) Henrique Lechinski Rodrigues
- 2) Camila Vanessa Correa Panizza
- 3) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 4) Luana Alves Tannous
- 5) Caroline Uliana Rossi
- 6) Vinicius Giesel Hollas
- 7) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Neurointensivismo

**RESUMO:**

**Objetivo:** Descrever pacientes atendidos em UTI por AVC isquêmico (AVEi) e identificar preditores de seu desfecho desfavorável (modified-Rankin Scale: 4, 5 ou 6).

**Métodos:** Coorte prospectiva de inclusão consecutiva de 1194 adultos admitidos em 36 UTIs brasileiras entre agosto-setembro/2018, por diagnóstico neurológico. Destes, 211 foram por AVCi. Idade, sexo, internamento pelo SUS, apresentar dois ou mais agravos (Hs) na admissão, escala de Glasgow (ECG) em 24 horas, etiologia, território e complicações do AVEi foram avaliados como preditores de desfecho desfavorável, por regressão logística.

**Resultados:** A idade média foi de  $69,3 \pm 16,9$  anos, sem diferença de sexos, 79,1% em atendimento privado. A principal etiologia foi trombótica (44,5%) seguida por embólica (33%). Os territórios mais acometidos foram artéria cerebral média (59%) e sistema vértebro-basilar (22%). Na admissão, 22,3% apresentavam dois ou mais Hs. As medianas de NHSS de admissão, de ECG e de tempo de UTI foram, respectivamente, 5, 14 e 4. 11,5% apresentaram complicações do AVCi como transformação hemorrágica, edema e hipertensão intracraniana. A mortalidade foi de 11,4% e 39,4% tive desfecho desfavorável. Idade, sexo, etiologia e território do AVCi não estiveram associados a desfecho desfavorável, enquanto ECG, Hs, internamento pelo SUS e complicações do AVCi, sim. Em modelo múltiplo, menor ECG (OR:0,699[0,603-0,810]), ter 2 ou mais Hs (OR:2,611[1,104-6,173]) e presença de complicações do AVCi (OR:6,127[1,195-31,417]) mostraram-se preditores independentes de desfecho desfavorável, enquanto internamento SUS perdeu esta relação.

**Conclusão:** Menor nível de consciência, maior número de agravos e de complicações do AVCi aumentam a chance de desfecho desfavorável nestes admitidos em UTIs brasileiras.

## Preditores de desfecho desfavorável de pacientes em pós-operatório eletivo de neurocirurgia que necessitaram de cuidados intensivos - Um subestudo da Coorte Neurocríticos Brasil

### Autores:

- 1) Camila Vanessa Correa Panizza
- 2) Henrique Lechinski Rodrigues
- 3) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 4) João Raphael Zanlorensi Glir
- 5) Caroline Uliana Rossi
- 6) Luana Alves Tannous
- 7) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Neurointensivismo

### RESUMO:

**Objetivo:** Identificar preditores de desfecho desfavorável (m-Rankin: 4, 5 ou 6) em pacientes admitidos em UTI em pós-operatório eletivo de neurocirurgia.

**Métodos:** Coorte prospectiva de inclusão consecutiva de 1194 pacientes em 36 UTIs brasileiras entre agosto e setembro/2018. Destes, 317 foram pós-operatório neurocirúrgico eletivo. Tipo, motivo e localização cirúrgica, idade, sexo, internamento pelo SUS, apresentar dois ou mais agravos (Hs) na admissão, escala de como de Glasgow (ECG), APACHE-II, SAPS-III e SOFA das primeiras 24 horas de UTI foram avaliados como preditores de desfecho desfavorável, por regressão logística binária com resultados em *odds ratio* e intervalo de confiança de 95%.

**Resultados:** A idade média foi de  $53,4 \pm 14,7$  anos, 58,7% eram mulheres, 55,5% atendimentos via SUS. Cirurgia intracraniana foi predominante (81,1%), seguida por coluna, e carótida. Tumor foi o motivo mais frequente (58%), seguido de vasculares e doenças degenerativas. Na admissão, 18,6% apresentavam 2 ou mais Hs. As medianas de ECG, APACHE-II, SAPS-III, SOFA e tempo de UTI foram, respectivamente, 15, 7, 31, 1 e 3. A mortalidade foi de 2,2% e 13% tive desfecho desfavorável. Não houve associação significativa deste desfecho com tipo, motivo e localização cirúrgica. Em modelo ajustado, idade (1,034[1,005-1,058]), presença de 2 ou mais Hs (4,050[1,911-8,586]), menor ECG (0,850[0,750-0,963]) e atendimento pelo SUS (4,505[1,825-11,123]) mostraram-se preditores dele. SUS manteve esta associação quando ajustado, separadamente, pelos também preditores: APACHE-II (1,098[1,03-1,171]), SAPS-III (1,055[1,024-1,086]) e SOFA (1,116[1,008-1,235]).

**Conclusão:** Em pós-operatório eletivo de neurocirurgia na UTI, maior idade e gravidade na admissão e atendimento pelo SUS estão associados a pior desfecho.

## A epidemiologia dos pacientes neurológicos internados em UTI: um estudo de coorte

### Autores:

- 1) Caroline Uliana Rossi
- 2) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 3) Vinicius Giesel Hollas
- 4) João Raphael Zanlorensi Glir
- 5) Rafael Alexandre de Oliveira Deucher
- 6) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 7) Álvaro Réa-Neto
- 8) Helio Afonso Ghizoni Teive

**ÁREA:** Neurointensivismo

### RESUMO:

**Objetivo:** Analisar o perfil de internamento em UTIs de Curitiba/PR dentre as principais causas neurológicas entre janeiro/2017 e dezembro/2022.

**Métodos:** Coorte retrospectiva com 10.884 internados por motivos neurológicos. Todos os pacientes possuíam 18 anos ou mais e foram admitidos em UTIs de Curitiba-PR entre janeiro de 2017 e dezembro de 2022. Os pacientes foram distribuídos em 11 grupos e comparados entre si.

**Resultados:** Os grupos neurológicos eram: pós-operatório de neurocirurgia (32,6%), acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico (19%), traumatismo crânioencefálico (TCE) (17%), crise convulsiva (7,1%), AVC hemorrágico (AVCh) (6,5%), hemorragia subaracnóidea (HSA) (4,5%), encefalopatia (4,2%), condições medulares (3,8%), infecção de sistema nervoso central (SNC) (1,8%), doença neuromuscular (0,8%) e outras (0,25%). Dentre os grupos, houve diferença estatisticamente significativa para drogas vasoativas, sendo que dos pacientes 30,7% no TCE, 26,6% no AVC hemorrágico e 29,5% na HSA usavam DVA na admissão ( $p<0,001$ ). O uso de ventilação mecânica esteve presente na admissão de 49,2% dos pacientes com TCE, 34,2% em AVCh, 35,7% para HSA e 24,5% dos pacientes com infecção de SNC. A maioria dos grupos apresentava Escala de Coma de Glasgow reduzida nas primeiras 24 horas, ressaltando TCE, AVC isquêmico e hemorrágico e HSA. Também foram encontradas diferenças relevantes no APACHE II das primeiras 24 horas ( $p<0,001$ ), tempo de permanência em UTI ( $p<0,001$ ), mortalidade ( $p<0,001$ ) e na escala de funcionalidade por Rankin modificada ( $p<0,001$ ).

**Conclusão:** A maior prevalência de internamento neurológico foi por pós-operatórios. O desfecho desfavorável (mRs 4, 5 ou 6) e a mortalidade são maiores nos grupos grupo de AVC hemorrágico e HSA.

## Preditores de morbi-mortalidade em pacientes neurocríticos internados em UTI

### Autores:

- 1) Caroline Uliana Rossi
- 2) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 3) Luana Alves Tannous
- 4) Altemar dos Santos Paigel
- 5) Vinicius Giesel Hollas
- 6) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 7) Álvaro Réa-Neto
- 8) Helio Afonso Ghizoni Teive

**ÁREA:** Neurointensivismo

### RESUMO:

**Objetivo:** Identificar fatores prognóstico para morbi-mortalidade em pacientes que internaram em UTI por diagnósticos neurológicos em UTI.

**Métodos:** Coorte retrospectiva de 10.884 pacientes adultos, internados por motivos neurológicos, admitidos em UTIs de Curitiba-PR entre janeiro/2017 e dezembro/2022. Idade, do sexo, do diagnóstico neurológico primário, uso de droga vasopressora e de ventilação mecânica invasiva na admissão, bem como da presença de creatinina  $\geq 1,5\text{mg/dL}$  e do pior valor na ECG nas primeira 24 horas de UTI foram avaliados como preditores de mortalidade e desfecho desfavorável nos sobreviventes por meio de regressão logística.

**Resultados:** A taxa de mortalidade geral foi de 11,6%. Na análise univariável, mostraram-se preditores de mortalidade e desfecho desfavorável: idade, uso DVA e VM na admissão, creatinina  $\geq 1,5\text{mg/DL}$ , pior valor na ECG nas primeira 24 horas de UTI, assim como os diagnóstico de AVCi, AVCh, HSA, TCE ou encefalopatia, quando comparado ao pós-operatório eletivo. Quando ajustado umas pelas outras, uma maior idade (HR1,01 [1,01-1,01]  $p<0,001$ ), uso de vasopressores (HR2,10 [1,84-2,39]  $p<0,001$ ), creatinina  $\geq 1,5\text{mg/DL}$  (HR1,67 [1,47-1,89]  $p<0,001$ ) e diagnóstico de AVCi, AVCh e HSA mantiveram-se como preditores de mortalidade. Quanto a preditores de desfecho desfavorável (modificada 4 ou 5), mostraram-se como fatores relevantes o uso de vasopressor na admissão (HR1,40 [1,27-1,55]  $p<0,001$ ), creatinina acima de 1,5mg/dL (HR1,31 [1,18-1,45]  $p<0,001$ ) e diagnóstico de AVCi, AVCh e HSA.

**Conclusão:** Dentre os pacientes neurológicos internados em UTI, aqueles admitidos em uso de vasopressores, com creatinina elevada ( $\geq 1,5\text{mg/DL}$ ) e por diagnóstico de AVCi, AVCh e HSA apresentam maior chance de mortalidade e desfechos desfavoráveis.

**Comparação entre Unidades de Terapia Intensiva de hospitais do SUS e não SUS acerca da prioridade da admissão conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina N° 2.156/2016 e relação com a taxa de ocupação no período**

**Autores:**

- 1) Vanessa Luiza de Carvalho
- 2) Fábio Henrique da Silva Machado
- 3) Vinicius Giesel Hollas
- 4) Altemar dos Santos Paigel
- 5) Marcelo Martins Junior
- 6) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 7) Frederico Bruzzi de Carvalho
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Gestão, Qualidade e Segurança

**RESUMO:**

**Objetivo:** Comparar hospitais SUS e não SUS (N-SUS) quanto à prioridade da admissão conforme a Resolução CFM N° 2.156/2016, e relacioná-la com a taxa de ocupação do período.

**Método:** Estudo transversal constituído por dados de admissão na UTI extraídos de uma coorte com  $\geq 18$  anos, admitidos em UTIs de 5 hospitais de Curitiba-Paraná (68 leitos SUS e 60 N-SUS), entre 01/05/2023 e 31/04/2024. Foram excluídos dados incompletos, sem registro de idade ou de prioridade na admissão e pacientes advindos de outras UTIs. A prioridade foi classificada pelo intensivista na admissão da UTI em 5 níveis (P1 a P5), conforme a Resolução do CFM N° 2.156/2016.

**Resultado:** Foram analisados 8114 pacientes, destes 3306 (40,7%) pacientes em leito SUS e 4808 (59,3%) N-SUS. Quando comparados N-SUS vs. SUS, há uma proporção significativamente maior de pacientes internados em P1 (SUS:62% vs. N-SUS:44,6%) e, menor em P2 (SUS:31,7% vs. N-SUS:44,8%), P3 (SUS:5,3% vs. N-SUS:7,5%) e P4 (SUS:0,7% vs. N-SUS:2,8%). Sem diferença em P5 (SUS:0,3% vs. N-SUS:0,3%). A mediana (Q1-Q3) da taxa de ocupação foi: SUS 85% (78-91%) vs. N-SUS:73% (62-86%). Sem diferença significativa nas medianas dos grupos de prioridade SUS [P1:84%(77-91%); P2:85%(79-82%); P3:83%(77-91%); P4:80%(76-93%); P5:89%(79-91%)]. Porém, com diferença significativa no N-SUS de P1 [77%(68-87%)], com P2[69%(59-82%)]; P3 [71%(58-76%]; e P4 [71%(62-77%)].

**Conclusão:** Em hospitais SUS e com maior taxa de ocupação, observa-se maior proporção de pacientes P1, quando comparado a hospitais N-SUS. Já em cenário com menores taxas de ocupação, observa-se maior proporção de admissões com prioridade menos preconizada pela Resolução CFM N° 2.156/2016.

## Comparação das características epidemiológicas e clínicas de admissão na UTI entre os cinco níveis de prioridade conforme a Resolução CFM N°2.156/2016

### Autores:

- 1) Fábio Henrique da Silva Machado
- 2) Vanessa Luiza de Carvalho
- 3) Vinicius Giesel Hollas
- 4) Altemar dos Santos Paigel
- 5) Marcelo Martins Junior
- 6) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 7) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Gestão, Qualidade e Segurança

### RESUMO:

**Objetivo:** Comparar características epidemiológicas e clínicas de admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) entre os 5 níveis de prioridade, conforme a Resolução CFM N° 2.156/2016.

**Método:** Estudo transversal de dados de admissão extraídos de uma coorte de Maiores de 18 anos admitidos em UTIs de cinco hospitais de Curitiba-PR, entre 01/05/2023 e 31/04/2024. Excluídos registros incompletos, pacientes oriundos de outras UTIs, sem registro de idade ou de prioridade na admissão. A prioridade foi classificada pelo médico intensivista na admissão da UTI em 5 níveis (P1 a P5), conforme a Resolução do CFM N° 2.156/2016.

**Resultado:** Foram analisados 8.114 pacientes. Observa-se quanto maior o grau de prioridade, menor a média de idade (P.1:63,7±16,9; P.2:66,5±17,1; P.3:74,7±15,9; P.4:84,3±11,9; P.5:80,6±14,3, p<0,001). Há relação inversamente proporcional entre a mediana da Escala de Fragilidade Clínica (EFC) e as Prioridades (P.1:3,P.2:3,P.3:5,P.4:7,P.5:8, p<0,001). Há diferença na mediana do APACHE II entre os grupos com LST comparado aos demais (Prioridades 3/4/5 vs. 1/2, respectivamente - P1:11, P2:11, P3:18, P4:17, P5:23, p<0,001), observa-se mesma tendência no SOFA de admissão (P1:2, P2:1, P3:4, P4:4, P5:7). Ter Neoplasias relaciona-se às P.3/4/5. Internamentos Clínicos representam 61%, entretanto há maior proporção de cirúrgicos eletivos nas P.1/2 (p<0,001). Há relação entre dependência de Vasopressores e Ventilação Mecânica com as P.1/3.

**Conclusão:** Os grupos de maior prioridade para UTI (P.1/3) compreendem pacientes mais jovens, menor complexidade e fragilidade clínica, com maior proporção de pacientes cirúrgicos eletivos e necessidade de suporte avançado de vida. Os grupos com menor prioridade (P.2/4/5) dispõem maior complexidade, idade, fragilidade clínica e prevalência de neoplasias.

## Comparação das características e desfechos de pacientes com e sem infecção nosocomial, em uma coorte de admitidos em UTI por motivos não infecciosos

### Autores:

- 1) Juliana Germano
- 2) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 3) Lauriane Caroline Carneiro
- 4) Leandro Caramuru Pozzo
- 5) Luana Alves Tannous
- 6) Rafael Alexandre de Oliveira Deucher
- 7) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Sepse

### RESUMO:

**Objetivo:** Comparar, em pacientes admitidos por motivos não infecciosos, o perfil dos que desenvolveram infecção nosocomial na UTI com os que não infectaram.

**Método:** Coorte retrospectiva de inclusão consecutiva de ≥18 anos admitidos em UTIs de 5 hospitais de Curitiba-PR por motivo não infeccioso entre 01/01/2023 e 31/12/2023 com permanência ≥72h. Os que desenvolveram infecção nosocomial na UTI (quando clínico de infecção iniciado ≥48h de UTI com antibioticoterapia mantida por ≥72h ou até o desfecho) - G-IRAS foram comparados aos que não a desenvolveram (G-Não-IRAS).

**Resultados:** Quando comparados aos G-Não-IRAS (n=1889) o G-IRAS (n=172) apresentou maior média de idade (G-IRAS:70,5±13,6; G-Não-IRAS:67,6±15,9; p=0,008). Sem diferença significativa quanto ao sexo, as comorbidades (diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, coronariopatias, DPOC, neoplasias, doença renal crônica, histórico de AVC, etilismo e tabagismo) e o nível de limitação de suporte terapêutico na admissão e no desfecho. Embora a maioria dos pacientes sejam clínicos (G-IRAS:60,5%; G-Não-IRAS:78,9%), o G-IRAS tem proporção significativamente maior de pós-operatórios, em uso de ventilação mecânica, de droga vasoativa e de terapia de suporte renal. G-IRAS apresentou maior mediana [Q1-Q3] de APACHE-II (G-IRAS:19[12-26]; G-Não-IRAS:13[8-18]; p<0,001), de SOFA mediano (G-IRAS:5[3-8]; G-Não-IRAS:2[0,5-3,5]; p<0,001), de elevação do SOFA no internamento (G-IRAS:4[1-7]; G-Não-IRAS:0[0-1]; p<0,001) e de tempo de permanência (G-IRAS:11[7-17]; G-Não-IRAS:4[3-5]; p<0,001). Bem como, maior mortalidade (G-IRAS:48,4%; G-Não-IRAS:3,4%; p<0,001), além de maior nível de dependência funcional entre os sobreviventes (p<0,001).

**Conclusão:** Em pacientes admitidos em UTI por motivos não infecciosos, os que desenvolvem infecção nosocomial são mais idosos, mais graves desde a admissão, tem maior tempo de permanência na UTI e morbimortalidade.

## **Fatores associados à mortalidade em pacientes que desenvolveram infecção nosocomial na UTI após terem sido admitidos por motivo não infeccioso**

### **Autores:**

- 1) Julia Deitos
- 2) Yasmine Teixeira Medeiros
- 3) Juliana de Lima Germano
- 4) Lauriane Caroline Carneiro
- 5) Leandro Caramuru Pozzo
- 6) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 7) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Sepse

### **RESUMO:**

**Objetivo:** Identificar fatores associados à mortalidade em pacientes admitidos na UTI por motivos não infecciosos que desenvolveram infecção nosocomial (IRAS).

**Método:** Coorte retrospectiva de ≥18 anos admitidos em UTIs de 5 hospitais de Curitiba-PR entre 01/01/2023 e 31/12/2023 por motivo não infeccioso, que permaneceram ≥72h na Unidade e desenvolveram IRAS (infecção iniciada ≥48h pós admissão com antibioticoterapia por ≥72h). Modelos de regressão de Cox foram ajustados para avaliar fatores de risco para mortalidade na UTI.

**Resultados:** Dos 8273, foram amostrados 172 com IRAS. Idade média de  $70,5 \pm 13,6$  anos, sendo 54,1% homens, 95,3% com comorbidades. O tempo mediano (mínimo-máximo) até a infecção foi 4(2-14) dias. Ao diagnóstico apresentavam mediana(Q1-Q3) de 1,5(1-3,2); 102(23-189,75) e 13200(9150-16750) de lactato, PCR e leucócitos, respectivamente. 86,5% utilizaram sonda vesical de demora (SVD); 79,7% cateter venoso central (CVC); 69% vasopressor (DVA) e 70,8% ventilação mecânica (VMI); 38,4% escalonaram antibiótico. 39,2% com positividade para Gram-positivas; 20,8% para Gram-negativo e 5,8% para ambas, sendo 13% multirrestentes. Permanência de 6(3-12,75) dias pós-IRAS e mortalidade de 47%. Maior idade (HR:1,033[1,011–1,055];p=0,003), maior lactato no primeiro dia de IRAS (HR:1,164[1,003–1,352];p=0,046) e maior SOFA mediano (HR:1,160[1,080–1,246];p<0,001) aumentam a probabilidade instantânea de óbito de forma independente. Entretanto, sexo; presença de comorbidades; valores de PCR e leucócitos ao diagnóstico; uso de SVD; CVC; DVA e VMI; escalonamento de antibiótico; tipo de bactérias e multirresistência não estão associados à mortalidade.

**Conclusão:** Maior idade, maior lactato e disfunção orgânica sustentada aumentam a probabilidade instantânea de mortalidade em pacientes admitidos por motivos não infecciosos que desenvolveram infecção nosocomial na UTI.

## Comparação de fenótipos de pacientes sépticos estabelecidos pela menor contagem de plaquetas do período da internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

### Autores:

- 1) Rafael Lacerda Klüppel
- 2) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 3) Leandro Caramuru Pozzo
- 4) Verônica da Silva Barros
- 5) Luana Alves Tannous
- 6) Rafael Alexandre de Oliveira Deucher
- 7) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Sepse

### RESUMO:

**Objetivo:** Comparar, em pacientes admitidos em UTI por sepse/choque séptico, fenótipos de três grupos estabelecidos por menor contagem de plaquetas do período da internação.

**Método:** Coorte retrospectiva de ≥18 anos admitidos em UTIs de 5 hospitais de Curitiba-PR por sepse/choque séptico entre 01/05/2023 e 31/04/2024. Foram excluídos: registros incompletos; advindos/transferidos de outros serviços; doentes hematológicos; cirróticos; com insuficiência hepática; choque hemorrágico, neurogênico e anafilático. Os três grupos comparados são: G1: $\geq 150 \cdot 10^9/L$ ; G2: $< 150 \cdot 10^9/L \geq 100 \cdot 10^9/L$  e G3: $< 100 \cdot 10^9/L$ .

**Resultados:** Dos 8797 pacientes, foram incluídos 1374. G1(n=858), G2(n=304) e G3(n=212) são significativamente diferentes em média de idade (G1:71,6±16,6; G2:74,9±13,9; G3:70±14,7), proporção de sexo masculino (G1:43,4%; G2:52%; G3: 47,2%), presença de doença renal crônica (G1:11,1%; G2:16,8%; G3:17%), e etilismo(G1:2,8%; G2:2,3%; G3:6,6%). O G1 teve mediana (Q1-Q3) do APACHE-II de 18(13-24) e da escala clínica de fragilidade de 5(3-6), significativamente maiores que dos outros dois. SOFA mediano (G1:4[2-6]; G2:5[3-8] e G3:6[3-10]) e SOFA máximo(G1:5[3-7]; G2:6[3-9] e G3:7[4-11]) ambos da internação e desconsiderando plaquetas, foram significativamente diferentes entre os grupos, assim como os dias de permanência em UTI (G1:4[2-7]; G2:5[3-9] e G3:6[3-12]; p<0,001). O uso de ventilação mecânica invasiva (VMI) (G1:28,9%; G2:37,8% e G3:49,5%; p<0,001), terapia renal substitutiva (TRS) (G1:4%; G2:7,2% e G3:17%; p<0,001) e infecção nosocomial (G1:47,6%; G2:56,3% e G3:61,8%; p<0,01) diferiu entre os grupos. A mortalidade na UTI foi impactada conforme piora da disfunção plaquetária (G1:6,7%; G2:30,3% e G3:50,9%; p<0,001).

**Conclusão:** Disfunção plaquetária em qualquer momento da internação de pacientes sépticos está associado com piores desfechos - uso de VMI e TSR, infecção nosocomial, tempo de internamento em UTI e mortalidade.

## Plaquetopenia como fator de risco para mortalidade na sepse

### Autores:

- 1) Rafael Lacerda Klüppel
- 2) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 3) Lauriane Caroline Carneiro
- 4) Luana Alves Tannous
- 5) Leandro Caramuru Pozzo
- 6) Rafael Alexandre de Oliveira Deucher
- 7) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Sepse

### RESUMO:

**Objetivo:** Avaliar o potencial explicativo da plaquetopenia ( $<100-10^9/L$ ) na mortalidade de admitidos na UTI por sepse/choque séptico.

**Método:** Coorte retrospectiva de maiores de 18 anos admitidos em UTIs de 5 hospitais de Curitiba-PR por sepse/choque séptico, entre 01/05/2023 e 31/04/2024. Foram excluídos: registros incompletos; advindos/transferidos de outros serviços; doentes hematológicos; cirróticos; com insuficiência hepática; choque hemorrágico, neurogênico e anafilático. Plaquetopenia ( $<100-10^9/L$ ) nas primeiras 72h e em algum momento da internação foram avaliadas como preditores de mortalidade na UTI por regressão logística múltipla.

**Resultados:** Das 8797 admissões no período, foram analisados 1374 paciente com idade média de  $72,1 \pm 15,8$ , sendo 54,1% mulheres e 85,5% internamentos clínicos. A maioria apresentava sepse pulmonar (50,5%), abdominal (19,9%), urinária (14,5%), pele, osso e partes moles (5,6%), indeterminado (3,9%), corrente sanguínea (2,5%), endocardite (1,8%) e neurológica (1,2%). Valores medianos (intervalo interquartílico) de APACHE-II, maior SOFA <72h e SOFA mediano da internação, ambos desconsiderando a disfunção plaquetária, de 18 (14-25), 5 (3-9) e 4 (2-6), respectivamente. Plaquetopenia em até 72h de UTI ocorreu em 9,9% (n=136) e 15,4% (n=212) apresentaram-na em qualquer momento da internação. A taxa de mortalidade na UTI foi 32,1% (n=429). Plaquetopenia em 72h aumenta a chance de mortalidade (OR:1,590[1,008-2,508]) independentemente de maior SOFA do mesmo período (desconsiderando plaquetas), idade e sexo. Assim como plaquetopenia em qualquer momento da internação (OR:1,793[1,171-2,746]), independentemente do SOFA mediano da internação (desconsiderando plaquetas), idade, sexo e presença de infecção nosocomial.

**Conclusão:** Em pacientes sépticos, a plaquetopenia  $<100-10^9/L$  aumenta a chance de óbito na UTI independentemente de outras disfunções orgânicas e de infecção nosocomial.

## Fatores associados à limitação de suporte terapêutico em pacientes admitidos em UTI por sepse ou choque séptico

### Autores:

- 1) Amanda Christina Kozesinski-Nakatani
- 2) Rafaella Stradiotto Bernardelli
- 3) Jéssica Jeanne Dias
- 4) Rafael Lacerda Klüppel
- 5) Letícia Lopes Ferraz
- 6) Altemar dos Santos Paigel
- 7) Lauriane Caroline Carneiro
- 8) Álvaro Réa-Neto

**Área:** Sepse

### RESUMO:

**Objetivo:** Avaliar fatores associados ao aumento do nível de Limitação de Suporte Terapêutico (LST) em pacientes admitidos em UTI por sepse/choque séptico.

**Método:** Coorte retrospectiva de pacientes ≥18 anos admitidos em 5 UTIs de Curitiba-PR, entre maio/2023 e abril/2024. Foram excluídos registros incompletos, transferências, pacientes com doenças hematológicas, hepatopatias, outros choques e aqueles já com LST. Idade, sexo, escala clínica de fragilidade (ECF), foco infeccioso primário e SOFA mediano foram analisados como preditores de maior LST, classificado em três níveis: A) suporte total; B) não ressuscitação cardiopulmonar; C) restrição/retirada de suporte. Modelos lineares generalizados múltiplos com distribuição logística ordinal foram utilizados.

**Resultados:** Dos 8797 internamentos do período, foram analisados 1193 pacientes com idade média  $70,3 \pm 15,7$  anos, sendo 53,8% mulheres. A maioria apresentava sepse pulmonar (49,1%), abdominal (21%), urinária (13,9%) e partes moles (6%). Valores medianos (intervalo interquartílico) da ECF, do SOFA mediano no internamento e do tempo de permanência foram 4(3-6), 4(2-7) e 4(2-8), respectivamente. A mortalidade foi de 29,8%. Ao desfecho da UTI 71,9% eram LST A, 14% B e 14,1% C. Foram preditores independentes de maior nível de LST no desfecho da UTI: maior idade (OR:1,024[1,013–1,035]; $p<0,001$ ), maior pontuação na ECF (OR:1,248[1,147–1,359]; $p<0,001$ ), maior SOFA mediano do internamento (OR:1,333[1,282–1,385]; $p<0,001$ ). Os pacientes com sepse respiratória foram mais frequentemente limitados, neste sentido ter foco primário urinário (OR:0,395[0,241–0,646];  $p<0,001$ ) e abdominal (OR:0,501[0,341–0,737]; $p=0,007$ ) reduzem a chance de maior nível de LST.

**Conclusão:** Maior idade, disfunção orgânica sustentada e foco infeccioso influenciam um maior nível de LST no desfecho da UTI em pacientes sépticos.