

O Médico e a Limitação de Suporte Avançado de Vida (SAV) – Pesquisa em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de Curitiba sobre o perfil médico e suas percepções na instauração de cuidados paliativos

Luiza Lange Albino¹; Rafaella Stradiotto Bernardelli¹; Álvaro Réa-Neto¹; Mirella Cristine de Oliveira¹.

¹ Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva - CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

Resumo:

Objetivo: Descrever o perfil de médicos que atuam em UTI e suas percepções quanto à limitação de SAV.

Métodos: Pesquisa transversal, observacional e descritiva realizadas com 46 médicos atuantes em UTIs de 7 hospitais de Curitiba-PR que responderam voluntariamente a questionário eletrônico sobre seu perfil sociodemográfico e percepções sobre limitação de SAV.

Resultados: A maioria eram mulheres (52,1%) e tinham de 31 a 40 anos (58,7%). Ao todo, 47% eram Intensivistas em formação e 32,6% Intensivistas titulados. A maior parte trabalhava em UTI há menos de 5 anos (58,7%) e em hospitais de atendimento público/privado (37%). Embora apenas 34,8% tenha realizado algum treinamento específico e a presença de equipe de cuidados paliativos na instituição seja pequena (19,6%), há, entre os entrevistados, grande segurança em limitar o SAV – 87% sentem-se preparados, assim como 69,6% consideram a equipe preparada. Além disso, 82,6% sentem-se respaldados legalmente e 87% por sua instituição para instaurar cuidados paliativos. Apenas 43,5% referiram apreensões em relação ao processo de limitação de SAV, sendo o medo de processo legal (19,6%) e insegurança da irreversibilidade do quadro (19,6%) as principais preocupações. Somente 13% consideraram a discordância da equipe assistente uma dificuldade nesta tomada de decisão. Todos os participantes relataram registrar em prontuário a limitação de SAV.

Conclusões: Evidenciou-se um perfil de médicos jovens intensivistas, ou em formação para tal, que já se sentem preparados e respaldados para instauração de cuidados prioritariamente de conforto e dignidade.

A atuação médica e a relação da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de Curitiba-PR na limitação de Suporte Avançado de Vida (SAV)

Luiza Lange Albino¹; Rafaella Stradiotto Bernardelli¹; Álvaro Réa-Neto¹; Mirella Cristine de Oliveira¹.

¹ Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva - CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

Resumo:

Objetivo: Descrever a atuação médica e a relação da equipe multiprofissional em UTI quanto à limitação de SAV em 7 UTIs da cidade de Curitiba-PR.

Métodos: Pesquisa transversal e observacional de respostas de 46 médicos à questionário eletrônico sobre sua prescrição de terapias em pacientes paliativos e o envolvimento da equipe multiprofissional. Análises estatísticas considerando significância de 5%.

Resultados: Houve consenso que paciente e/ou familiares (95,6%), médico da rotina da UTI (93,5%) e assistente (86,5%) devem participar da decisão de limitação de SAV. Foram considerados elos do processo: psicólogo (89,1%), enfermeiro (69,5%) e assistente social (58,7%). Quanto as terapias, 96,4% infreqüentemente realizam Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), 87% costumam manter a Intubação Orotraqueal e 45,6% reduzir os parâmetros ventilatórios. Enquanto 56,5% realizam freqüentemente desmame de Droga Vasoativa (DVA), apenas 26% a desligam. A maioria raramente prescreve/realiza/mantem: antibióticos (59,5%), hemodiálise (87%), invasão/troca de cateteres (86,9%), medida de glicemia capilar (84,9%) e prevenção de úlcera de stress (52,2%), no entanto, normalmente 71,7% mantém a dieta. Na percepção médica, há resistência da equipe multiprofissional para extubação paliativa (89,1%), suspensão de DVA (54,3%) e de dieta (67,4%). Observou-se associação direta significativa entre resistência da equipe e dificuldade de retirada de dieta ($p=0,014$).

Conclusões: Há conformidade entre as ações médicas e equipe multiprofissional na limitação de SAV em UTIs de Curitiba. Enquanto a suspensão da RCP é bem estabelecida, a extubação paliativa segue como tabu.

Descrição da Limitação de Suporte Avançado de Vida (SAV) em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de Curitiba e sua relação com o desfecho final de óbito

Luiza Lange Albino¹; Rafaella Stradiotto Bernardelli¹; Mirella Cristine de Oliveira¹; Álvaro Réa-Neto¹.

¹ Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva - CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

Resumo:

Objetivo: Descrever a limitação de SAV e sua relação com óbito em UTIs.

Métodos: Coorte histórica realizada por análise de 28726 prontuários de 7 UTIs de Curitiba, de janeiro/2017 a junho/2019. Foram a óbito 3214 (11%) pacientes, estratificados em níveis de SAV: A (todos os investimentos), B (ressuscitação cardiopulmonar suspensa), C (não acrescentado SAV), D (retirado SAV) e E (morte encefálica). Foram comparados óbitos em SAV-A aos paliativos (SAV-B/C/D), pelo Stata17, considerando significância de 5%.

Resultados: Dos 3214 óbitos, 62% eram paliativos, maioria SAV-C (33%). Apenas 32% eram SAV-A e 7% SAV-E. Os paliativos tinham média de 73±16 anos, 9±12 dias de internamento, mediana de 27(14) no APACHE-II e 9(11) no Escore Glasgow. Enquanto os SAV-A, respectivamente: 65±18 anos, 6±10 dias, APACHE-II de 25(16) e Glasgow de 13(12). A maioria dos falecidos sob limitação estavam em unidades não públicas (51%), enquanto no SUS 63% dos óbitos eram SAV-A. Entre limitados, 67% dos internamentos eram clínicos, 25% cirúrgicos emergenciais e 7% cirúrgicos eletivos, já entre SAV-A, eram, respectivamente: 58%, 27% e 15%. Houve diferença significativa de todas estas variáveis entre os grupos, no entanto não para sexo.

Conclusões: A maioria dos óbitos em UTI ocorrem com limitação de SAV. Há características diferentes entre pacientes limitados e os em cuidados plenos; aqueles têm maior idade, tempo de internamento, APACHE-II e Glasgow menor. São majoritariamente advindos de internamentos clínicos e de custeio não público.

Influência de histórico psiquiátrico prévio à internação em UTI sobre o aparecimento da Síndrome pós-cuidados intensivos (PICS).

Marcos Vinícius Streit¹; Cyntia Woitexen Campos¹; Luana Alves Tannous^{1,2}; Rafael Deucher^{1,3}; Rafaella Stradiotto Bernardelli¹; Álvaro Réa-Neto¹; Mirella Cristine de Oliveira¹

1 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

2 Hospital Universitário CAJURU, Curitiba/PR - Brasil

3 Hospital VITA Batel, Curitiba/PR - Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliar a influência do histórico psiquiátrico prévio à internação em UTI nas disfunções características da PICS.

Métodos: Coorte longitudinal de 117 pacientes maiores de 18 anos e Glasgow ≥ 13 atendidos no ambulatório pós-alta da UTI de dois hospitais de Curitiba/PR, entre março/2017 e junho/2019. Os pacientes foram divididos em 15 pacientes com histórico de doença psiquiátrica e/ou uso de medicação psicotrópica (GP); 41 com história de abuso de álcool e/ou substâncias ilícitas (GD); e 61 sem as condições acima (GC). Os desfechos avaliados referem-se aos três parâmetros da PICS (avaliação cognitiva, risco de depressão e capacidade funcional), além do relato de lembranças (exemplo: barulho, dispositivos, procedimentos) e sentimentos/emoções (exemplo: medo, angústia, ansiedade) relacionados à UTI em um período de 60 dias após a alta. Os dados foram analisados no STATA 17.0.

Resultados: Não houve diferença significativa entre os grupos para nenhum dos desfechos relacionados à PICS. No entanto, houve tendência à significância estatística para risco de depressão ($p=0,066$), visto que a maioria (53,8%) dos pacientes do GP apresentou tal risco, comparado com 26,5% do GD e 21,3% do GC. Também não houve diferença significativa nos relatos de lembranças e sentimentos/emoções relacionados à UTI

Conclusões: Embora não tenha havido diferença significativa entre os grupos para os critérios avaliados, pacientes do GP apresentam tendência a maior risco de depressão pós-alta da UTI quando comparados ao GD e GC, e o GD apresentou mais relatos de sentimentos/emoções pós alta.

Influência de fatores socioeconômicos sobre o risco de desenvolvimento da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS)

Cyntia Woitexen Campos¹; Marcos Vinícius Streit¹; Luana Alves Tannous^{1,2};
Rafael Deucher^{1,3}; Rafaella Stradiotto Bernardelli¹; Álvaro Réa-Neto¹; Mirella
Cristine de Oliveira¹

1 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

2 Hospital Universitário CAJURU, Curitiba/PR - Brasil

3 Hospital VITA Batel, Curitiba/PR - Brasil

Resumo:

Objetivo: Avaliar a relação entre o perfil socioeconômico de pacientes atendidos no ambulatório de pós-alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a PICS.

Métodos: Estudo transversal de 117 pacientes com idade = 18 anos com Glasgow = 13 atendidos no ambulatório pós-alta da UTI de dois hospitais de Curitiba/PR, entre março/2017 e julho/2019. O perfil socioeconômico foi avaliado por faixa de renda familiar mensal, nível de escolaridade e colocação no mercado de trabalho pós alta. A presença de PICS foi avaliada nos aspectos cognitivo, psicoemocional e funcional dos indivíduos em um período de 60 dias pós-alta da UTI. Os dados foram analisados no Stata 17.0.

Resultados: Renda familiar e escolaridade estão significativamente associadas a melhor desempenho cognitivo ($p < 0,001$ para ambas), sem associação com capacidade funcional e risco de depressão. Colocação no mercado de trabalho está associada ao desempenho cognitivo ($p = 0,001$) e, também, à independência funcional/física ($p = 0,014$). A maioria dos pacientes que está trabalhando e/ou estudando apresentou desempenho cognitivo sem déficit (63,6%), diferente do observado para os grupos: aposentado/pensionista (31%); recebendo auxílio doença (33,3%); e desempregados sem auxílio (26,9%). Com relação ao desempenho funcional, a maioria dos trabalhadores/estudantes (77,3%), beneficiários de auxílio (85,2%) e desempregados (61,5%) apresentam independência física, diferentemente dos aposentados/pensionistas (50%).

Conclusão: Nível de escolaridade, renda e colocação no mercado de trabalho apresentam associação com desempenho cognitivo pós-alta. Indivíduos aposentados/pensionistas apresentaram dependência funcional significativamente maior.

O que fica após a doença crítica? Relação de memórias do período de internação em UTI com o perfil epidemiológico e a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS)

Cyntia Woitexen Campos¹; Marcos Vinícius Streit¹; Luana Alves Tannous^{1,2}; Rafael Deucher^{1,3}; Rafaella Stradiotto Bernardelli¹; Álvaro Réa-Neto¹; Mirella Cristine de Oliveira¹

1 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

2 Hospital Universitário CAJURU, Curitiba/PR - Brasil

3 Hospital VITA Batel, Curitiba/PR - Brasil

Resumo:

Objetivo: Avaliar associação de memórias da internação em UTI com características dos pacientes, do período de internamento e PICS.

Métodos Coorte longitudinal de 94 pacientes maiores de 18 anos, Glasgow \geq 13 e sem transtornos cognitivos graves atendidos no ambulatório pós-alta da UTI de dois hospitais de Curitiba/PR, entre março/2017 e julho/2019. Foram registradas memórias do ambiente da UTI e de sensações vividas pelos pacientes durante a internação. Foi avaliada associação destas memórias com idade, sexo, tipos de internação (clínico, cirúrgico eletivo e cirúrgico emergencial), APACHE II e Glasgow admissionais, presença de complicações e tempo de UTI, além de com parâmetros emocional e funcional da PICS.

Resultados: Dos avaliados, 71% possuíam ao menos uma memória da UTI, principalmente de visitas familiares (79%), aparelhos (76%), alta (73%) e barulho (67%). Dentre os pacientes que relataram memórias de sensações na UTI (74%), a maioria referiu ansiedade (53%), insônia (50%) ou dor (47%). Dor foi significativamente mais frequente em homens ($p=0,025$) e jovens ($p=0,016$). Também houve associação significativa entre sexo masculino com ansiedade ($p=0,016$), entre menor idade e insônia ($p<0,001$) e de pacientes de internamento cirúrgico emergencial com lembranças dos aparelhos ($p=0,047$), de ansiedade ($p=0,034$), insônia ($p=0,002$) e dor ($p=0,013$). Não houve associação destas memórias com risco aumentado dos parâmetros da PICS avaliados.

Conclusão: Memórias da UTI foram frequentes na amostra avaliada e pacientes jovens e do sexo masculino de internamento cirúrgico emergencial possuíram significativamente mais queixas emocionais. Não houve relação significativa destas memórias com pior desempenho psicoemocional ou funcional pós-alta.

Associação entre o perfil epidemiológico de pacientes pós-alta de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS)

Cyntia Woitexen Campos¹; Marcos Vinícius Streit¹; Luana Alves Tannous^{1,2}; Rafael Deucher^{1,3}; Rafaella Stradiotto Bernardelli¹; Álvaro Réa-Neto¹; Mirella Cristine de Oliveira¹

1 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

2 Hospital Universitário CAJURU, Curitiba/PR - Brasil

3 Hospital VITA Batel, Curitiba/PR - Brasil

Resumo:

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico de pacientes atendidos em ambulatório pós-alta da UTI e relacionar este perfil com aspectos da PICS.

Métodos: Coorte longitudinal de 117 pacientes com idade=18 anos e Glasgow=13 atendidos no ambulatório pós-alta da UTI de dois hospitais de Curitiba/PR, entre março/2017 e julho/2019. Além da descrição do perfil demográfico e clínico dos pacientes (queixas pós UTI, tempo de UTI, tipo da internação, APACHE e Glasgow de admissão, uso de ventilação mecânica, vasopressores ou sedativos e complicações durante a internação), avaliou-se a associação destas características com os três parâmetros da PICS (cognitivo, risco de depressão e capacidade funcional). Os dados foram analisados no Stata 17.

Resultados: Não houve associação significativa dos três componentes da PICS com o sexo, nem com APACHE, tempo de UTI, tipo da internação, ventilação mecânica, uso de vasopressores ou sedativos e complicações durante a internação. No entanto, a presença de déficit cognitivo esteve significativamente associada à idade mais avançada ($p=0,003$), a menor Glasgow na admissão ($p=0,032$) e à presença de sequelas pós-UTI ($p=0,009$). O risco de depressão esteve significativamente associado as queixas de dor ($p=0,003$) e insônia ($p=0,011$) no pós UTI.

Conclusões: O componente cognitivo da PICS esteve associado a maior idade, menor Glasgow na admissão e à presença de sequelas pós alta da UTI. Enquanto o risco de depressão mostrou-se associado às queixas de dor crônica e insônia pós UTI.

Reestruturação da visita multidisciplinar e escala de técnicos de enfermagem e seu impacto na humanização

Flávia Castanho Hubert^{1,2}, Mariana Bruinje Cosentino^{1,2}, Fernanda Baeumle Reese^{1,2}, Bruna Cassia Dal Vesco¹, Rosane Lucia Laynes²; Álvaro Réa-Neto¹

1 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

2 Complexo Hospital do Trabalhador, Curitiba/PR - Brasil

Resumo:

Objetivos: Descrever a mudança na escala dos técnicos de enfermagem e analisar o impacto na comunicação e segurança. Descrever a reestruturação da visita multidisciplinar com rodízio de líder da visita, uso de check list, participação do paciente, familiares e técnicos de enfermagem. Incentivar a colaboração mútua no planejamento e prestação dos cuidados.

Métodos: Todas as mudanças implementadas foram precedidas da aplicação de uma ferramenta de gestão chamada PDSA (*Plan, Do, Study and Act*). Após identificar falhas assistenciais decorrentes da má comunicação e do desconhecimento diário da evolução do paciente, a escala de trabalho dos técnicos passou de um rodízio diário para uma escala onde eles trabalham quinze dias no mesmo box. Outra mudança foi a reestruturação da visita multidisciplinar e ações para ampliar a participação da família na unidade. Todos são encorajados a conduzir a visita com o intuito de melhorar o conhecimento e empoderamento da equipe e o paciente e familiar são convidados a participar da reunião.

Resultado: As mudanças proporcionaram um melhor conhecimento dos pacientes, maior privacidade e vínculo com o técnico. Como ponto negativo pode-se citar o estresse diante do sofrimento. Apesar disso a experiência tem sido positiva, há melhora na comunicação e continuidade da assistência. A equipe multidisciplinar mais engajada e a UTI mais humanizada.

Conclusão: As mudanças implementadas foram fundamentais para tornar a equipe mais unida, todos entendendo o papel fundamental que exercem.

A estratégia de controle de danos abdominal: uma descrição epidemiológica

Bruna Cassia Dal Vesco¹; Flávia Castanho Hubert^{1,2}; Fernanda Baeumle Reese^{1,2}; Mariana Bruinje Cosentino^{1,2}; Geovana Andrade Labres de Souza³; Álvaro Réa-Neto¹; Mirella Cristine de Oliveira^{1,2}; Jorge Eduardo Fouto Matias³

1 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

2 Complexo Hospital do Trabalhador, Curitiba/PR – Brasil

3 Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR – Brasil

Resumo:

Objetivo: Descrever epidemiologicamente a população vítima de trauma abdominal submetida à estratégia de controle de danos em um hospital referência em trauma, no Paraná.

Métodos: Foram analisados os dados de uma coorte histórica com 136 pacientes maiores de 18 anos, vítimas de trauma abdominal, submetidos à cirurgia de controle de danos, na admissão hospitalar, com realização de peritoneostomia, entre 2012 e 2018.

Resultados: 89% eram homens; a causa mais comum de trauma foi ferimento de arma de fogo (54%), seguido de acidentes de trânsito (25,7%), ferimento por arma branca (13,2%), e quedas (6,6%). A média do ISS (*Injury Severity Score*) foi de 30 pontos. A maioria dos pacientes foram re-operados entre o primeiro e o terceiro dia após peritoneostomia, 69% apresentaram algum tipo de complicação abdominal. Na admissão à UTI, a maioria dos pacientes apresentava acidose metabólica e hipotermia, semecoagulopatia. A média de duração do internamento na UTI foi de 21 dias, e a taxa de mortalidade de 33%.

Conclusão: Há predomínio de pacientes do sexo masculino, o mecanismo de trauma predominante é ferimento por arma de fogo e aberto, com ISS alto, portanto graves, com tempo de permanência na UTI longo e alta mortalidade.

Evolução de pacientes admitidos em UTI após controle de danos em relação ao Clearance do lactato nas primeiras 24h

Bruno Alcântara Gabardo¹; Bruna Cassia Dal Vesco¹; Geovana Andrade Labres de Souza³; Fernanda Baeumle Reese^{1,2}; Flávia Castanho Hubert^{1,2}; Mariana Bruinje Cosentino^{1,2}; Álvaro Réa-Neto¹; Mirella Cristine de Oliveira^{1,2}

1 Complexo Hospital do Trabalhador, Curitiba/PR – Brasil

2 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

3 Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR – Brasil

Resumo:

Objetivo: Avaliar a evolução clínica em pacientes admitidos em UTI após cirurgia de controle de danos vítimas de trauma em relação ao *clearance* do lactato nas primeiras 24 horas.

Método: Coorte histórica de 114 pacientes admitidos na UTI, com lactato >2,0 mg/dl, no pós-operatório imediato de cirurgia de controle de danos, em hospital de referência em trauma em Curitiba-PR, no período de janeiro/2012 a dezembro/2018. Idade, sexo, características do trauma, utilização de ventilação mecânica (VM), droga vasoativa (DVA) e hemodiálise, além de tempo de internamento na UTI e mortalidade foram comparadas entre pacientes com *clearance* $\geq 10\%$ (com *Clearance*) e *clearance* $< 10\%$ (sem *Clearance*) de lactato nas primeiras 24 horas de UTI.

Resultados: Os pacientes eram predominância homens (89%), com 36 ± 12 anos de idade e trauma aberto (66%), sem diferença significativa entre os grupos. Em relação ao desfecho, os tempos de VM, DVA e de internamento na UTI foram significativamente menores entre pacientes que tiveram *Clearance* de lactato $\geq 10\%$ nas primeiras 24 horas ($p=0,015$; $p=0,02$ e $p=0,019$ respectivamente). Não houve diferença quanto a mortalidade (29,7 % com *clearance* 43,3% sem *clearance*; $p=0,18$) e necessidade de hemodiálise (21,4% com *clearance* e 30% sem *clearance*; $p= 0,45$).

Conclusão: Nos pacientes admitidos chocados (lactato >2,0 mg/dl) na UTI, o *clearance* >10% em 24 horas mostrou-se um marcador prognóstico de menor tempo de internamento, ventilação mecânica e droga vasoativa, sem, contudo, alterar a mortalidade.

Comparação da evolução clínica de pacientes submetidos a peritoneostomia à vácuo e Bolsa de Bogotá no controle de danos de vítimas de trauma.

Bruno Alcântara Gabardo¹; Bruna Cassia Dal Vesco¹; Geovana Andrade Labres de Souza³; Fernanda Baeumle Reese^{1,2}; Flávia Castanho Hubert^{1,2}; Mariana Bruinje Cosentino^{1,2}; Álvaro Réa-Neto¹; Mirella Cristine de Oliveira^{1,2}

1 Complexo Hospital do Trabalhador, Curitiba/PR – Brasil

2 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

3 Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR – Brasil

Resumo:

Objetivo: Comparar a evolução clínica de pacientes vítimas de trauma submetidas a cirurgia de controle de danos abdominal que utilizaram apenas bolsa de Bogota (BB), apenas curativos a vácuo (CV) e os que utilizaram Bogota na primeira abordagem e vácuo em reabordagem (BV).

Método: Coorte retrospectivo de prontuários de 136 pacientes submetidos a controle de danos e encaminhados a UTI em hospital de referência em trauma em Curitiba-PR, no período de janeiro/2012 a dezembro/2018. As comparações estatísticas entre os 64 pacientes do grupo BB, os 29 do CV e os 43 do BV foram realizadas no Stata 17.0.

Resultados: Os pacientes tinham idade de 33±12 anos, predominantemente homens (76%) e com lesão aberta (58%), sem diferença significativa entre os grupos. Houve diferença significativa em relação a gravidade (TRISS) ($p=0,014$), sendo que o CV apresentou a maior mediana, de 97%, seguido pelo BB (mediana de 94%) e BV (mediana de 93%). Não houve diferença significativa de presença de complicações (41% no BB e 55% no CV e 63% no BV; $p=0,069$) e mortalidade (31% no BB e 31% no CV e 37% no B+V; $p=0,786$) entre os grupos. Entretanto, considerando os sobreviventes, houve diferença significativa entre o tempo de internamento na UTI dos grupos (BV = 30 dias, CV = 18 dias e BB = 10 dias; $p=0,001$)

Conclusão: Os pacientes do grupo CV mostraram-se mais graves no internamento e os pacientes do grupo BV com maior tempo de internamento na UTI.

Fatores de risco e prognósticos para pneumonia nosocomial em pacientes com traumatismo crânio encefálico (TCE) atendidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Vinicius Nogueira Bastos¹; Paola Fernanda Cotait de Lucas Corso²; Alysson Gabriel Araújo Correia³; Fernanda Reese^{1,2}; Flávia Castanho Hubert^{1,2}; Rafaella Stradiotto Bernardelli¹; Álvaro Réa-Neto¹; Mirella Cristine de Oliveira^{1,2}.

1 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

2 Complexo Hospital do Trabalhador, Curitiba/PR – Brasil

3 Liga Acadêmica de Medicina Intensiva – LIGAMI, Curitiba/PR - Brasil

Resumo:

Objetivo: Analisar associação de características de internamento e desfecho com presença de pneumonia nosocomial em pacientes com TCE atendidos em UTI.

Métodos: Coorte histórica de análise de prontuário de 187 pacientes internados em 2017 com diagnóstico de TCE em UTI de hospital de referência em trauma em Curitiba sem diagnóstico de pneumonia no momento do internamento. Os pacientes foram divididos entre os 34 que desenvolveram pneumonia nosocomial (GP) e os 153 que não a desenvolveram (GC). A diferença entre os grupos foi analisada em relação a idade, sexo, glasgow na cena, presença de lesão buco-maxilo-facial, necessidade de ventilação mecânica (VM), tempo de VM e de internamento na UTI, e desfecho.

Resultados: Eram predominantemente homens (83%), com idade de 43±21 anos, Glasgow mediano na cena de 12 (de 3 a 15) e 81% apresentavam pelo menos uma lesão buco-maxilo-facial. A mortalidade geral foi de 20%, sem diferença significativa entre grupos para tais variáveis. No entanto houve diferença significativa entre os grupos para utilização de VM (GP: 100% e GC: 62%; $p<0,001$), dias de VM (GP: 12±8; GC: 6±7; $p<0,001$) e dias de internamento (GP: 30±19; GC: 15±15; $p<0,001$).

Conclusões: Pacientes com pneumonia nosocomial pós TCE apresentam maior utilização e tempo de VM e tempo de internamento na UTI. Entretanto idade, sexo, Glasgow na cena e lesão buco-maxilo-facial não se apresentaram como fatores de risco para pneumonia nosocomial, assim como ela não se mostrou fator de risco para óbito.

Perfil dos pacientes idosos vítimas de fraturas de fêmur admitidos em Unidades de Terapia Intensiva

Fernando Lucas Soares¹, Leticia Marx Benghi¹, Aline Vaz Borges¹, Paula Geraldes David João², Luisa da Silva Andre Salgado³, Luana Alves Tannous², Mirella Cristine de Oliveira³

1 - Liga Acadêmica de Medicina Intensiva LIGAMI, Curitiba/PR - Brasil

2 - Hospital Universitário Cajuru, Curitiba/PR - Brasil

3 - Centro de Estudos e Pesquisa em Emergências Médicas e Terapia Intensiva - CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

Resumo:

Objetivos: Fraturas de fêmur em idosos são eventos de alta prevalência e gravidade e demandam cuidados em saúde avançados. O objetivo desse trabalho foi delinear o perfil clínico-epidemiológico de idosos vítimas de fraturas de fêmur admitidos em UTIs, as complicações mais frequentes e suas inter-relações.

Métodos: Estudo de coorte histórica (out/2018-mai/2019) com dados clínico-epidemiológicos de pacientes com 60 anos ou mais, vítimas de trauma, com fratura de fêmur, admitidos nas UTIs do Hospital Universitário Cajuru de Curitiba-PR.

Resultados: Dos 60 pacientes, a idade média foi 83,4 anos; 42 eram mulheres; APACHE II mediano de 10,5. A queda de mesmo nível (QMN) foi o principal mecanismo do trauma (93,3%). Hipertensão (n=47) e Diabetes (n=22) foram as principais comorbidades. 59 pacientes foram submetidos à cirurgia ortopédica - 52 foram admitidos na UTI apenas no pós-operatório imediato. 37 pacientes tiveram uma ou mais complicações sendo: Constipação (n=18), Lesão Renal Aguda (LRA) (n=15) e Delirium (n=9) as principais. Mediana da estadia na UTI: 1 dia. 56 obtiveram alta hospitalar e 4 foram a óbito. Houve associação significativa da LRA, número de complicações e tempo de UTI com a mortalidade ($p<0,01$).

Conclusão: Na população estudada houve o predomínio de pacientes do sexo feminino, vítimas de QMN, submetidos à cirurgia e admitidos nas UTIs no pós-operatório. Constipação, LRA e Delirium foram as complicações mais frequentes. As seguintes variáveis tiveram associação significativa com a mortalidade: número de complicações, LRA e tempo de UTI.

Descrição clínica e epidemiológica de pacientes com hemorragia subaracnóidea (HSA) aneurismática atendidos em Unidade de Terapia Intensiva de centro de referência na cidade de Curitiba-PR.

José Arthur Santos Brasil^{1,2}, Karen Fernandes de Moura^{1,2}, Rafaella Bernardelli¹ e Álvaro Réa-Neto¹.

1 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

2 Instituto de Neurologia de Curitiba, Curitiba/PR – Brasil

Resumo:

Objetivos: Descrever a prevalência e características clinicoepidemiológicas dos pacientes com diagnóstico de HSA aneurismática atendidos em serviço de referência da cidade de Curitiba/PR.

Métodos: Coorte prospectiva descritiva de pacientes admitidos na UTI do Instituto de Neurologia de Curitiba (INC) com diagnóstico de HSA aneurismática, entre janeiro/2018 e junho/2019. O perfil clinicoepidemiológico, as complicações e os desfechos foram descritos em frequências e medidas de tendência de acordo com a natureza das variáveis.

Resultados: Dos 1464 pacientes internados, 0,82% (12) foram por HSA aneurismática. Majoritariamente (75%) mulheres e com 56 ± 16 anos. Em cinco casos os aneurismas estavam localizados na ACM, três na ACA, três na ACI e um na ACPI. A mediana entre ictus dos sintomas e atendimento foi de 2,5 dias (entre 0 e 20). Na apresentação, os pacientes tiveram escore Glasgow mediano de 14 (entre 6 e 15), WFNS de 1 (entre 1 e 4). Metade foi tratada com embolização do aneurisma e a outra metade com clipagem, realizadas entre 1 e 8 dias após a admissão. O APACHE II variou entre 2 e 23 (mediana=10,5) e 25% dos pacientes necessitaram de ventilação mecânica. Tiveram complicações 33,3% dos pacientes, uma ressangramento e três hidrocefalia com implantação de DVE. A maioria (84%) apresentou vasoespasmos durante o seguimento, sendo a ICT observada em 25% deles. O tempo de internamento na UTI foi de 12 ± 2 dias e a mortalidade de 25%. Entre os sobreviventes, 67% tiveram alta sem incapacidades e 33% com incapacidade de leve à moderada, avaliados pela mRankin.

Conclusões: O perfil clinicoepidemiológico dos pacientes e a presença de vasoespasmos e ICT é semelhante ao descrito na literatura. A maioria dos pacientes não apresentam incapacidade na alta, mas a mortalidade foi de 25%.

Influência de agravos nas primeiras 24 horas de internamento em UTI sobre o prognóstico de pacientes com diagnóstico de AVC isquêmico.

José Arthur Santos Brasil^{1,2}, Karen Fernandes de Moura^{1,2}, Rafaella Bernardelli¹ e Álvaro Réa-Neto¹.

1 Centro De Estudos E Pesquisa Em Emergências Médicas e Terapia Intensiva – CEPETI, Curitiba/PR – Brasil

2 Instituto de Neurologia de Curitiba, Curitiba/PR – Brasil

Resumo:

Objetivos: Avaliar a influência de agravos no prognóstico de pacientes com diagnóstico de AVE isquêmico atendidos em uma UTI Neurológica.

Métodos: Coorte histórica com coleta de dados em prontuários de 76 pacientes com diagnóstico de AVE isquêmico admitidos na UTI do Instituto de Neurologia de Curitiba (INC) entre janeiro/2018 e junho/2019. A influência de um ou mais agravos (hipoxemia, hiperglicemia, hipoglicemia, hipotensão, hipertensão e hipertensão intracraniana) nas primeiras 24 horas de UTI sobre o óbito, tempo de internamento e nível funcional na alta (escala Rankin modificada - mR), controlado e não controlado pelo escore NIHSS foram analisadas considerando significância de 5%.

Resultados: Os pacientes tinham $68,2 \pm 15,3$ anos, sendo 54,5% do sexo feminino. O Glasgow na admissão teve mediana de 15 (entre 6 e 15) e o NIHSS de 6 (entre 0 e 31). Apenas 41% dos pacientes foram submetidos a alguma terapia de reperfusão. Quanto aos agravos, 27,6% apresentaram hipertensão, 17,1% hiperglicemia, 7,9% hipotensão, 6,6% hipotermia, 5,3% hipertensão intracraniana e 2,2% hipertermia, sendo que 42,1% (44) dos pacientes apresentaram um ou mais agravos. A média de tempo de internamento foi de $3,1 \pm 4,3$ dias e 50% teve alta com mR entre 0 e 2; 45,8% entre 3 e 5 e 4,2% foram a óbito. A presença de agravos teve associação direta ($p < 0,001$) com: mR, tempo de internamento na UTI e óbito. Análise de regressão logística univariada evidenciou a presença de agravos como fator de risco para desfecho funcional (mR 3, 4 ou 5) de alta (OR=4,19; $p=0,006$), assim como o NIHSS (OR=1,33; $p < 0,001$), porém na análise múltipla a presença de agravos perdeu a significância (OR=2,8; $p=0,114$), enquanto o NIHSS a manteve (OR=1,33; $p < 0,001$).

Conclusões: A presença de agravos nas primeiras 24h teve associação significativa com pior desfecho funcional, óbito maior tempo de internamento. No entanto salienta-se que o NIHSS se mostrou ainda como escore mais fortemente vinculado ao prognóstico.