

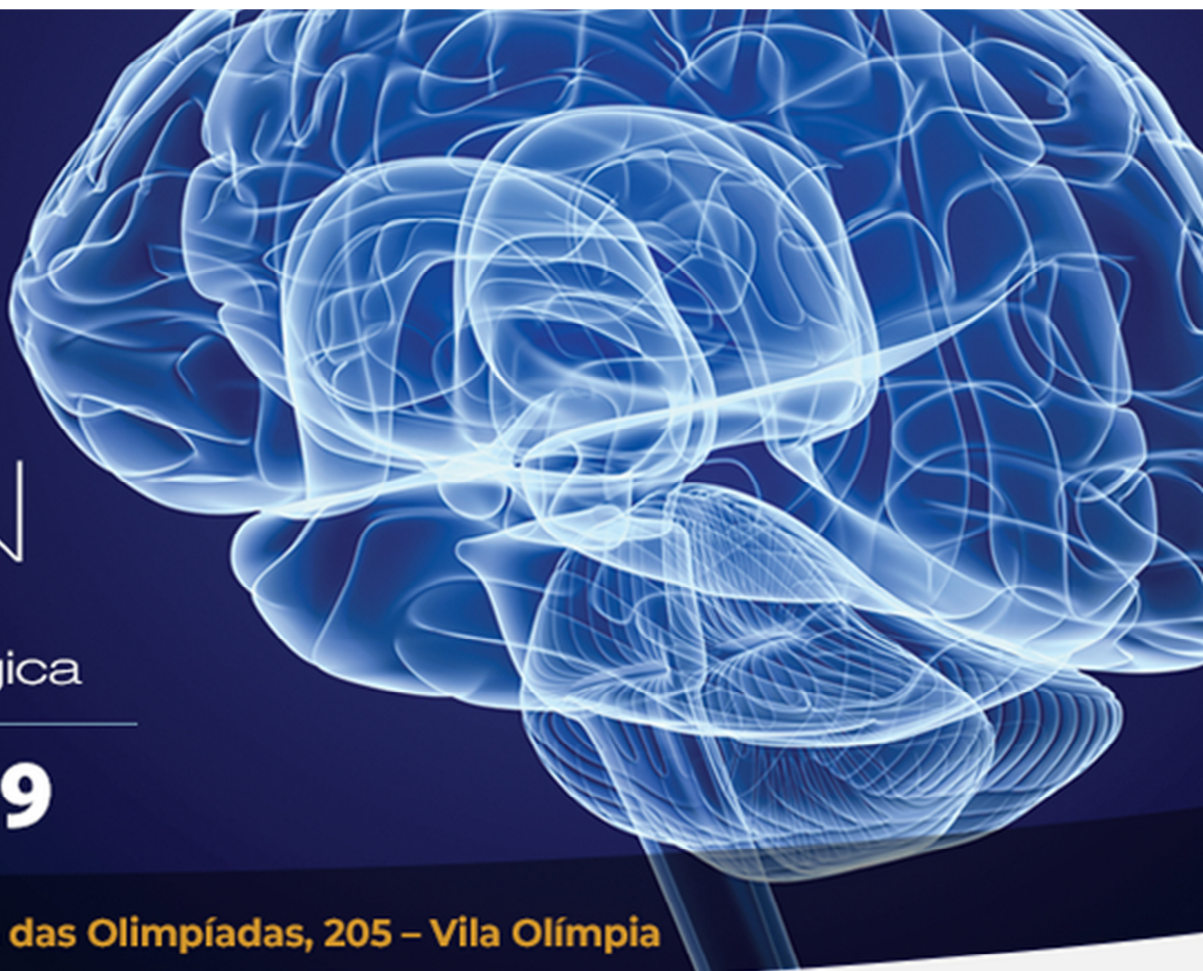


# V COMIN

V Congresso Brasileiro de  
Medicina Intensiva Neurológica

**31/05 e 01/06/2019**

**Pullman São Paulo Vila Olímpia – Rua das Olimpíadas, 205 – Vila Olímpia**





V COMIN

V Congresso Brasileiro de  
Medicina Intensiva Neurológica



Resumos dos trabalhos científicos

---

ANAIS DO V CONGRESSO  
BRASILEIRO DE MEDICINA  
INTENSIVA NEUROLÓGICA

# Complicações pós-operatórias de ressecção de tumor cerebral em Hospital de referência na cidade de Curitiba-PR.



Aline Mayumi Kametani<sup>1</sup>, José Arthur Santos Brasil<sup>1,2</sup>,  
Ricardio Ramina<sup>2</sup>, Álvaro Réa-Neto<sup>1</sup>, Rafaella Bernardelli<sup>1</sup>

1 Centro de Estudos e Pesquisa em Emergências Médicas e Terapia Intensiva (CEPETI) – Curitiba/PR;

2 Instituto de Neurologia de Curitiba – Curitiba/PR.

## Resumo:

**Objetivos:** Identificar as principais complicações dos pacientes em pós-operatório eletivo de ressecção de tumor cerebral admitidos em uma UTI Neurológica.

**Métodos:** Foram coletadas informações do banco de dados eletrônico da UTI correspondente ao período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019. Avaliamos dados relacionados ao perfil epidemiológico, tipo e topografia da lesão, escalas de funcionalidade, necessidade de ventilação mecânica, tempo de internamento, complicações e mortalidade.

**Resultados:** Foram analisados dados de 445 pacientes com idade média de 48 anos, sendo a maioria do sexo feminino (58,7%). 31,7% eram pacientes em pós-operatório de tumor de base de crânio e 68,3% de tumor supratentorial. Dentre os tipos tumores operados os principais foram: meningiomas (28,8%), gliomas (22,2%) e schwannomas (15,1%). A mediana da GCS foi de 15; o KPS mediano de 90, o APACHE II mediano de 6. Em relação as complicações precoces, os pacientes apresentaram isquemia e sangramento (1,6%), insuficiência respiratória (0,4%), fístula liquórica, hemorragia subaracnóidea e hidrocefalia (0,2%). Já as complicações tardias foram: abscesso cerebral (0,7%), estado de mal convulsivo, hipertensão intracraniana e meningite (0,4%). 19 pacientes foram admitidos em ventilação mecânica onde permaneceram pelo tempo médio de 4,63 horas. Apenas 1 paciente precisou ser reintubado. O tempo médio de internamento foi de 30 horas com GOS mediano de alta igual a 5. A mortalidade observada foi de 0,4%.

**Conclusão:** A taxa de complicações e mortalidade geral observadas nesse grupo de pacientes foi abaixo das encontradas em trabalhos semelhantes.

# Perfil dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico (AVC) em unidade de terapia intensiva de hospital de referência de Curitiba



Karen Fernandes de Moura<sup>1,2</sup>, José Arthur Santos Brasil<sup>1,2</sup>,  
Álvaro Réa-Neto<sup>1</sup>, Rafaella Bernardelli<sup>1</sup>, Vanessa Rizelio<sup>2</sup>



1 Centro de Estudos e Pesquisa em Emergências Médicas e Terapia Intensiva (CEPETI) – Curitiba/PR;  
2 Instituto de Neurologia de Curitiba – Curitiba/PR.

## Resumo:

**Objetivos:** Analisar o perfil dos pacientes com AVC isquêmico em hospital de referência de Curitiba.

**Métodos:** Estudo de coorte, retrospectivo, que analisou dados de prontuário de 57 pacientes com AVC isquêmico em UTI de janeiro a dezembro de 2018.

**Resultados:** Coletados dados de 57 pacientes, com idade média de 67,8 anos, sendo 50,8% do sexo masculino. A principal etiologia do AVC foi trombótica, com 29,8% dos casos. 45% dos pacientes receberam algum tipo de terapia de reperfusão, destes, 65% foram submetidos a trombólise intravenosa, com um tempo de porta-agulha médio de  $2,4 \pm 1,2$  horas. Já outros 34% foram submetidos à trombectomia mecânica, com um tempo porta-cateter médio de  $7 \pm 3,9$  horas. Apenas um paciente foi submetido as duas terapias. Na admissão, o GCS variou entre 6 e 15 (mediana de 15) e o NIHSS entre 1 e 31 (mediana de 6). Após 24 horas, o NIHSS mediano foi de 3 (entre 0 e 25) e APACHE II entre 2 e 28 (mediana de 10). O tempo médio de internamento na UTI foi de 3,1 dias. 58,2% dos pacientes tiveram pontuação entre 1 e 3 (mediana de 3) na Escala de Rankin modificada (mR) na alta. 2 pacientes foram à óbito.

**Conclusão:** Observamos uma taxa de mortalidade de 3,5%. Apenas 45% foram submetidos à terapia de reperfusão, sendo a trombólise intravenosa a mais frequente. No momento da alta da UTI a maioria dos pacientes apresentavam um grau leve a moderado de dependência funcional.

# Análise dos casos de hematoma intraparenquimatoso em hospital de referência em Curitiba - PR.



Ana Claudia Pereira Rodriguez<sup>1</sup>, José Arthur Santos Brasil<sup>1,2</sup>,  
Rafaella Bernardelli<sup>1</sup>, Álvaro Réa-Neto<sup>1</sup>.



1 Centro de Estudos e Pesquisa em Emergências Médicas e Terapia Intensiva (CEPETI) – Curitiba/PR;

2 Instituto de Neurologia de Curitiba – Curitiba/PR.

## Resumo:

**Objetivos:** O trabalho pretende caracterizar o perfil de pacientes com diagnóstico de hematoma intracerebral internados uma UTI neurológica.

**Métodos:** Estudo de caráter observacional e descritivo, com coleta de informações em banco de dados eletrônico próprio. Foram incluídos 26 pacientes com o diagnóstico no período de janeiro de 2017 até março de 2018.

**Resultados:** Os pacientes tinham idade média de 66,9 anos e foram na sua maioria mulheres (53%). As comorbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial seguida de diabetes mellitus. A maioria dos pacientes não usava antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes. A mediana do ICH score foi de 2 e a do APACHE II 14. 46% dos pacientes necessitaram de ventilação mecânica. Hemorragias lobares foram observadas em 34% dos pacientes enquanto as localizados em gânglios da base ocorreram em 23%. Em média o tamanho dos hematomas era de 62 ml, sendo que os usuários de antihipertensivos possuíam hematomas menores. 42% dos pacientes tiveram o hematoma drenado sendo apenas dois deles submetidos também à craniectomia descompressiva. O tempo médio de internamento na UTI foi de 6,3 dias com mortalidade observada de 26%. Dos pacientes que tiveram alta observamos a mediana do GOS igual a 3. Apenas duas complicações clínicas foram observadas: infecção de ferida operatória e pneumonia nosocomial.

**Conclusão:** Em geral observamos que o perfil dos pacientes foi bastante semelhante ao da literatura, desde as características clínicas observadas, gravidade, mortalidade e status funcional na alta.

# Elevação de cabeceira e mobilização de pacientes em pós-operatório imediato de drenagem de hematoma subdural crônico.



José Arthur Santos Brasil<sup>1,2</sup>, Álvaro Réa-Neto<sup>1</sup>, Karen Fernandes de Moura<sup>1,2</sup>, Laudiceia Pereira da Silva Xavier<sup>2</sup>, Tauane Gomes da Silva<sup>2</sup>, Felipe Constanzo<sup>2</sup>.



1 Centro de Estudos e Pesquisa em Emergências Médicas e Terapia Intensiva (CEPETI) – Curitiba/PR;

2 Instituto de Neurologia de Curitiba – Curitiba/PR.

## Resumo:

**Objetivos:** Avaliar a relação entre mobilização precoce e a recorrência de sangramento e/ou pneumoencéfalo com necessidade de reoperação.

**Métodos:** Estudo observacional em pacientes com HSDC tratados cirurgicamente e submetidos a um protocolo institucional de mobilização precoce.

**Resultados:** Foram observados 22 pacientes no período. A média de idade foi de 75 anos e 77% dos pacientes eram do gênero masculino. A média na Escala de Coma de Glasgow no momento da admissão foi de 13. 91% dos pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico com drenagem do hematoma (craniotomia seguida de implante de dreno subdural). A médias do APACHE II foi de 12 pontos. Todos os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico permaneceram com cabeceira elevada a 30° desde o POI e destes apenas dois (9%) não saíram do leito no primeiro dia devido sinais de HIC. Nos pacientes mobilizados não observamos intercorrências como recorrência do hematoma e/ou pneumoencéfalo com necessidade de reoperação. Dos 22 pacientes 19 tiveram boa evolução clínica, com média de tempo de internamento em UTI de 28 horas e Glasgow Outcome Score (GOS) na alta da UTI 4 ou 5. A média de permanência hospitalar foi inferior a cinco dias e não houve registros de retorno ao hospital por complicações tardias.

**Conclusão:** A manutenção de cabeceira elevada a 30° e um protocolo de mobilização assistida no POI de drenagem de HSDC não acarretou a recorrência de sangramentos ou formação de pneumoencéfalo com necessidade de reoperação.