

POSTERS



CUIDADOS INTERMÉDIOS
EM PERSPECTIVA

Posters | dia 3 e 4 de fevereiro

Pneumonia Intersticial Aguda - Experiência de um Caso Clínico e Cuidados Intensivos

D Coutinho¹; S Neves²; P Fernandes³

¹ Interno de Pneumologia do CHVNG/E

² Assistente hospitalar de Pneumologia do CHVNG/E

³ Assistente hospitalar de Anestesia da UCIP do CHVNG/E

Introdução: A Pneumonia Intersticial Aguda (PIA) é uma doença pulmonar intersticial idiopática, sendo aquela com manifestações mais agudas e evolução clínica mais rapidamente progressiva. O diagnóstico baseia-se na presença de clínica de ARDS idiopático e na confirmação histológica de dano alveolar difuso.

Caso Clínico: Mulher de 51 anos, auxiliar de acção educativa, com tosse produtiva, pieira e arrepios com 5 dias de evolução e agravamento progressivo. Dos antecedentes realça-se: Asma (diagnóstico na adolescência; sem terapêutica actual; 2 exacerbações nos últimos 10 anos); Ex-fumadora (<5 UMA); Obesidade mórbida (cirurgia bariátrica há 10 anos; anemia conhecida desde então); Exposição potencial a pombos (marido columbófilo até há 10 anos); Sem alergias conhecidas, nem medicação habitual.

No dia 10/10/2012 foi observada no Serviço de Urgência (SU) e proposta para internamento. Do estudo realizado no SU destaca-se: Analítico: sem leucocitose; PCR 21,78 mg/dL; GSA (21%); pO₂ 52 mmHg; pCO₂ 42 mmHg; lactatos 1,0 mg/dL; SO₂ 89%; Rx tórax: opacidades arredondadas heterogêneas e de contornos irregulares dispersas bilateralmente; TC tórax: extensas alterações de densificação em vidro despolido, dispersas, com sinais de espessamento septal, esboçando padrão em mosaico; espessamento pleural basal esquerdo.

Inicialmente medicada empiricamente com Levofloxacina, que suspendeu ao fim de uma toma por rash cutâneo pruriginoso, tendo alterado antibioterapia para Ceftriaxone e Azitromicina (completou 6 dias). Do estudo realizado destaca-se: BFC, sem alterações relevantes; LBA: PPC negativo; Micobacteriológico negativo; Pesquisa Influenza A/B, Parainfluenza 1-3, Adenovirus, Mycoplasma e Clamífilia negativa; Contagem celular diferencial com linfocitose, neutrofilia e eosinofilia, predomínio CD4+ e CD4/CD8 moderadamente elevada; Pesquisa de hemossiderina negativa; Citologia compatível com infiltrado linfocitário agudo (sem inclusões víricas ou células malignas). H1N1 negativo; HSV, EBV, VVZ, CMV imune com IgM negativo; Toxoplasmose não imune com IgM negativo. Estudo imunológico (incluindo ANA, FR e anti-Jo1) negativo; Sumário de urina sem elementos figurados ou proteinúria significativa.

No dia 15/10/2012, devido a agravamento das

trocias gasosas e provável necessidade de suporte ventilatório, a doente foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Dada a má evolução clínica e radiológica, alterou antibioterapia para Imipenem, Vancomicina e Aciclovir (completou 10 dias) e iniciou esquema de corticoterapia sistémica em alta dose. Inicialmente manteve-se em VNI, no entanto ao 4º dia de internamento na UCI houve necessidade de EOT e VMI. Realizou biópsia cirúrgica (24/10/2012), após a qual, por agravamento progressivo da insuficiência respiratória, se decidiu iniciar ECMO e alterar antibioterapia para Piperacilina/Tazobactam, Linezolid, Oseltamivir e Fluconazol, mantendo o esquema de corticoterapia. Perante os resultados da biópsia cirúrgica (histologia de dano alveolar difuso em fase organizativa; pesquisa bacteriológica, micobacteriológica, virológica e micológica negativa), pelo que se decidiu iniciar ciclofosfamida e propor doente para transplante (tendo sido recusada). Apesar das medidas terapêuticas instituídas, o doente acabou por falecer no dia 02/11/2012.

Conclusão: O diagnóstico e terapêutica precoces parecem melhorar a sobrevida destes doentes. No entanto, a necessidade de apoio da decisão clínica em diferentes ECD, pode levar a um atraso terapêutico, por vezes, irremediável.

Como quantificar o conceito de frailty nos doentes críticos?

Andrade, R.¹; Viana, R.^{1,2}

¹ Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto

² Serviço de Medicina Física e Reabilitação do HSJ,EPE

Introdução e objectivos: O conceito de frailty tem sido definido como uma síndrome multi-dimensional caracterizada pela perda das reservas físicas e cognitivas, aumentando a vulnerabilidade a eventos adversos. A frailty sobrepondo-se, para além da incapacidade e comorbilidade, reconhece que os pacientes podem estar desabilitados e/ou com comorbilidades sem que estejam frágeis, e vice-versa.

O objectivo do estudo é explorar e discutir qual é a melhor escala para quantificar a frailty nos doentes críticos.

Métodos e materiais: Pesquisa computadorizada nas bases de dados Pubmed e B-On, usando as palavras-chave: frailty, critical ill, scale e index, usando os operadores de lógica (AND, OR), para identificar estudos que avaliassem a frailty em pacientes críticos.

Resultados e discussão: Existem vários instrumentos

para quantificar a frailty, tais como o Fried and colleagues, o Frailty Index, Rockwood and colleagues e Clinical Frailty Scale (CFS).

Uma avaliação objectiva da frailty no paciente crítico pode complementar e/ou contribuir como informação de prognóstico nos cuidados clínicos dos pacientes. O crescente reconhecimento dos fracos resultados a médio e longo prazo dos pacientes críticos – incluindo não apenas a sobrevivência, mas como também o estado funcional, institucionalização e qualidade de vida – acoplado com o elevado custo da terapia significa que são necessários melhores instrumentos para prever os pacientes que beneficiarão do tratamento.

A CFS é a mais acessível de ser utilizada, sendo por isso um instrumento adequado na admissão dos doentes nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Enquanto a CFS é baseada numa avaliação subjectiva que recolhe informação transversal a várias dimensões do estado de saúde pré-mórbido do paciente. Reconhecer que a frailty não é um estado estático, avaliar o paciente e quantificar a sua evolução durante a hospitalização nas UCI pode também adicionar um poder predictivo à avaliação.

Conclusão: Sugerimos estudos sobre a avaliação da frailty em doentes críticos correlacionada com outros resultados clínicos. Se as medidas de frailty provarem relevância clínica e de prognóstico, a sua medição objectiva pode fornecer suporte adicional e reforço nos cuidados clínicos no planeamento e decisões de final de vida. Nesse sentido, esta evidência poderá ser usada na identificação de factores de risco para a intervenção e/ou decisão clínica.

Candidémia Complicada com Choque Séptico: Descrição de um Caso Clínico

Neves I.¹; Tavares M.²; Martins A.³; Coelho F.³; Afonso A.³; Faria F.³

¹ Serviço Anestesiologia IPO Porto

² Serviço Onco-Hematologia IPO Porto

³ Serviço Cuidados Intensivos IPO Porto.

Introdução: A candidémia trata-se de uma infecção nosocomial emergente, especialmente na população de doentes oncológicos e imunocomprometidos. As *Candida* spp devem ser consideradas importantes agentes patogénicos, em doentes com factores de risco definidos, dada a sua crescente prevalência em ambientes hospitalares, nomeadamente em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Material e Métodos: Apresentação e discussão de um caso de choque séptico a *C. albicans* com ponto de partida em mucosite grave pós-quimioterapia.

Resultados e Discussão: Trata-se de uma mulher de 66 anos de idade com antecedentes de adenocarcinoma gástrico localmente avançado submetida a gastrectomia subtotal com reconstrução em Y-de-Roux 2 meses antes da admissão. Primeiro ciclo de quimioterapia com cisplatina e 5-fluoruracilo 15 antes complicada por mucosite grau 4 com necessidade de alimentação parentérica por catéter venoso central (cvc), disfunção hepática e hipocaliémia e hiponatrémia graves que motivaram o internamento na nossa instituição. Evolução para choque séptico com disfunção multiorgânica sendo admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (SAPS II 69 e APACHE II 49). Substituiu CVC e iniciou caspofungina. TC abdominal mostrou lesões esplénicas compatíveis com candidíase invasiva. Excluído atingimento cardíaco e ocular. Mantém isolamento de *C. albicans* em hemoculturas de cvc colocado à admissão e veia periférica. Retirou cvc com posterior negativação de hemoculturas e de-escalação para fluconazol. Após 44 dias de internamento tem alta hospitalar.

Conclusões: À admissão, a doente apresentava múltiplos factores de risco para o desenvolvimento de candidémia, nomeadamente o uso de antibioterapia de largo espectro, a presença de cateter venoso central, a nutrição parentérica total, um elevado índice de gravidade à admissão e o internamento hospitalar prolongado.

A candidémia complicada com choque séptico é fatal em muitos doentes. O controlo adequado do foco, que, neste caso, passou pela remoção do cateter venoso central, e a terapêutica antifúngica de início atempado com equinocandina são factores predictores independentes de bom prognóstico na candidémia, como se verificou neste caso.

O grau de suspeita clínica de candidémia/candidíase invasiva deve ser elevado para que o diagnóstico seja precoce e a terapêutica ajustada e atempada.

A prática de cuidado à pessoa idosa numa unidade de cuidados intensivos

Fernandes J¹

¹ Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Infante D. Pedro – Aveiro.

Introdução: Em decorrência do crescente envelhecimento populacional, saber cuidar e intervir junto da pessoa idosa constitui uma prioridade na actualidade. Quando o contexto do cuidado é uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), esta evidência assume uma complexidade e especificidade diferenciada, o que justifica uma reflexão sobre o tema.

Objectivo: Contribuir para o aprimoramento do cuidado desenvolvido à pessoa idosa no contexto de uma UCI a partir de novos olhares, pensamentos e formas de actuação.

Metodologia: Estudo de abordagem reflexiva baseado numa revisão bibliográfica.

Resultados: O cuidado da pessoa idosa em UCI contínua a ser semelhante a qualquer pessoa adulta, sem consideração pelas suas peculiaridades, alterações orgânicas, psicológicas e sociais.[1] A relação estabelecida entre profissionais de saúde e pessoa idosa tende a ser verticalizada, fragmentada, centrada no conhecimento estruturado, nos procedimentos terapêuticos, nas normas e rotinas institucionais.[1,2] A prática quotidiana ainda é norteadada pelo paradigma positivista, apresenta um enfoque mais técnico do fazer, voltado para a execução das tarefas.3 De uma forma inflexível e por vezes descuidada a pessoa idosa pode vivenciar a dependência física, impessoalidade, despersonalização do seu corpo, conformismo e desamparo.[2]

Discussão: O cuidado em UCI será humanizado se houver cumplicidade entre a pessoa idosa e os profissionais em defesa da vida, utilizando o que a tecnologia em saúde nos oferece de melhor: o nosso saber, o nosso conhecimento e a nossa relação com o outro.[1] Para um agir competente e responsável, os profissionais inseridos num ambiente de tão sofisticada tecnologia, precisam associar à competência técnico-científica uma competência humana e ética. Precisam estar presentes por inteiro, darem o melhor de si, acolherem a pessoa idosa na sua integralidade compreendendo a forma como se constrói a sua identidade e sua história de vida. [4]

Conclusão: Ninguém pode contestar a importância e a valorização da dimensão técnica do cuidado no contexto intensivo, apenas a sua sobreposição à dimensão humana. Somente uma prática de cuidado que privilegia a sagrada dimensão do ser e da vida pode emergir em conjunto e harmonia com as tecnologias.5 Consequentemente são requeridas novas habilidades

e capacidades dos seres cuidadores, que extrapolam as capacidades intelectuais e racionais, como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade e imaginação. [5]

Bibliografia:

1. Martins JJ, Nascimento ERP. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. ACM arq catarin med. [Internet]. 2005 [cited 2012 Apr 28]; 34(2): 49-55. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/284.pdf>
2. Fernandes MJC, Silva AL. Significados do Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa em Cuidados Intensivos. In: Silva AL, Gonçalves LHT, editoras. Cuidado à Pessoa Idosa: Estudos no Contexto Luso-Brasileiro. Porto Alegre: Editora Sulina; 2010. p. 49-109.
3. Bolela F. A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde [Dissertação]. Ribeirão Preto: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
4. Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. Mundo saúde. [Internet]. 2003 [cited 2012 Apr 30]; 27(2): 231-9. Available from: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf)
5. Silva AL. Cuidado transdimensional: um novo paradigma para a saúde. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2007.

O Envelhecimento Populacional Refletido do Internamento em Cuidados intensivos

Fernandes J¹, Morgado M¹

¹ Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Infante D. Pedro - Aveiro

Introdução: A longevidade humana e as alterações no padrão epidemiológico da sociedade portuguesa determinam novas necessidades em saúde que apelam a uma abordagem integradora e humanizada. A gravidade das patologias que afectam a população idosa fazem crescer o percentual de admissões em unidades de cuidados intensivos (UCI). Evidência que impõe uma atitude reflexiva relativamente à efectividade da aplicação de recursos e à forma como o processo de cuidado vem sendo desenvolvido neste serviço.

Objectivo: Compreender como a tendência do envelhecimento se reflete no internamento da pessoa idosa em UCI.

Metodologia: Estudo de abordagem reflexiva baseado numa revisão bibliográfica.

Resultados: Com o envelhecimento da população, a idade média dos doentes internados em UCI aumentou nos últimos anos[1,2,3]. As pessoas idosas são responsáveis por 42% a 52% das admissões e consomem cerca de 60% das diárias disponíveis [4]. Estando o envelhecimento associado a perda da massa e força muscular, decréscimo das reservas

fisiológicas cardiovascular, pulmonar e renal, existe um aumento do risco de falência progressiva dos órgãos⁴. A taxa de mortalidade é elevada, oscilando entre 8,0 e 19%. [1,2]

Discussão: O tratamento intensivo das pessoas idosas parece estar associado à relação custo/benefício pouco compensadora.[3] Contudo, a idade por si só não determina um pior prognóstico. São elementos merecedores de ponderação no processo de decisão: gravidade da disfunção aguda, capacidade funcional e o grau de independência previamente ao internamento, presença de doenças terminais, número de disfunções orgânicas, sequelas preexistentes, proposta de tratamento, resultados prováveis e o risco de complicações inerentes ao internamento em UCI. [7,8]

Conclusão: Compreender a heterogeneidade da pessoa idosa, a relação entre as suas doenças e os factores promotores da descompensação clínica constitui o grande desafio da UCI. A idade cronológica não reflecte de forma homogénea, a ampla gama de alterações funcionais nos diversos órgãos nobres. A capacidade de reacção da pessoa idosa frente às solicitações agudas pode variar amplamente, tornando inviável a generalização. Inevitavelmente, a decisão do internamento deve explorar com sensibilidade as necessidades médicas, emocionais, espirituais, sociais e psicológicas para avaliar se essa é a melhor resposta aos objectivos do cuidado [8]. A conduta terapêutica a ser empregue deve conciliar a informação objectiva e os melhores interesses da pessoa idosa doente.

Bibliografia

1. Nagappan R, Parkin G. Geriatric critical care. *Crit Care Clin* 2003;19:253-270.
2. Lefering R, Zart M, Neugebauer EA. Retrospective evaluation of the simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) in a surgical intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2000; 26(12): 1794-802.
3. Orlando JMC. O Idoso na UTI: Idade Não é Documento. In: Orlando JMC, editor. *UTI muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 55-8.
4. Marik PE. Management of the critically ill geriatric patient. *Crit Care Med.* 2006 Sept; 34(9 Suppl):S176-82.
5. Silva TJA, Jerussalmy CS, Farfel JM, et al. Predictors of in-hospital mortality among older patients. *Clinics* 2009; 64:613-8.
6. Somme D, Maillet JM, Gisselbrecht M, Novara A, Ract C, Fagon JY. Critically ill old and the oldest-old patients in intensive care: short- and long-term outcomes. *Intensive Care Med.* 2003; 29(12):2137-43.
7. Fonseca AC, Fonseca MJM. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. *Sci med [Internet].* 2010 [cited 2012 Mar 24];20(4):301-9. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/7510/5829>
8. Rocker G. Controversial issues in critical care for the elderly: a perspective from Canada. *Crit Care Clin.* 2003; 19(4): 811-25.

Técnicas de substituição renal numa Unidade de Cuidados Intensivos

Catarina Silva¹, Aníbal Marinho²

¹ Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

² Serviço de Cuidados Intensivos - Hospital de Santo António / Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A lesão renal aguda (LRA) em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) é uma situação frequente, fazendo, habitualmente, parte de uma falência multiorgânica, com elevadas taxas de morbimortalidade, sendo que 5% destes doentes necessitam de uma técnica de substituição renal (TSR).

O método dialítico mais apropriado para o doente crítico é ainda motivo de bastante controvérsia, não sendo, na actualidade, possível estabelecer qual o método ideal.

Objectivos: Quais as TSR utilizadas frequentemente em UCI. Verificar se existem diferenças relativamente aos dados demográficos e à gravidade do estado clínico dos doentes que motivem a selecção da técnica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo tendo-se procedido à avaliação das TSR utilizadas, numa UCI, por um período de 5 anos. Avaliados todos os doentes que apresentavam registos completos relativos à TSR. Procedeu-se à recolha dos dados demográficos, valores analíticos da função renal no início da técnica, índices de gravidade na admissão e início da técnica, aminas vasopressoras no início da técnica e taxa de mortalidade. Incluídos apenas doentes com ≥ 18 anos.

Resultados: Foram avaliados 189 doentes: idade $59,6 \pm 16,1(63)$, 58,7% do sexo masculino, com predomínio do foro médico (66,7%) e cirúrgico urgente (13,6%), com SAPS II $51,3 \pm 19,9(51)$, SOFA na admissão $9,9 \pm 3,9(9)$, SOFA no início da técnica $11,7 \pm 4,1(12)$ e uma taxa de mortalidade global de 50,8%. Relativamente ao tipo de técnica utilizada, verificou-se que:

132 doentes efectuaram TSR contínuas: idade $59,4 \pm 16,2(63)$, 56,1% do sexo masculino, com predomínio do foro médico (72,7%) e cirúrgico urgente (13,6%), com SAPS II $51,4 \pm 21(52)$, SOFA na admissão $9,8 \pm 3,5(9)$, SOFA no início da técnica $12,3 \pm 3,8(12)$, uma taxa de mortalidade de 59%, creatinina no início da técnica $3,4 \pm 1,8(3,1)$ e noradrenalina (NA) no início da técnica $2,1 \mu\text{g/Kg/min} \pm 8,1(0,3)$.

57 doentes efectuaram TSR intermitente: idade $60 \pm 15,9(62)$, 63,2% do sexo masculino, com predomínio do foro médico (54,4%) e transplante (15,8%), com SAPS II $46,6 \pm 16,8(45)$, SOFA na admissão $10,1 \pm 4,5(10,5)$, SOFA no início da técnica $10,5 \pm 4,5(11)$, uma taxa de mortalidade de 31,6%, creatinina no início da técnica $4,6 \pm 2,8(4,1)$ e NA no início da técnica $1,5 \mu\text{g/Kg/min} \pm 5,7(0)$.

Discussão/Conclusão: Tal como evidenciado em outros estudos, no Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto, a gravidade do estado clínico da admissão, bem como a necessidade de um maior suporte por aminas vasopressoras são factores preponderantes relativamente ao tipo de técnica a seleccionar.

Choque Séptico em doente Imunodeprimido – a propósito de um caso clínico

Cláudia Moreira^{1,2}, Ofélia Afonso², Fernando Coelho², Anabela Martins² e Filomena Faria²

¹ Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar do Porto

² Serviço de Cuidados Intensivos, Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução: O tratamento de neoplasias hematológicas é frequentemente acompanhado de complicações infecciosas que podem comprometer o sucesso do tratamento independentemente do prognóstico inicial.

Objectivo: Reportar caso de choque séptico associado a aplasia medular pós quimioterapia (QMT) em adulto jovem com Leucemia Linfoblástica Aguda associada ao cromossoma de Filadélfia (LLA Ph+).

Caso Clínico

Doente de 38 anos, previamente saudável. Encaminhada a Centro Oncológico de referência em Dezembro de 2012 com diagnóstico de LLA Ph+. Iniciou QMT a 20/12/2012 com esquema intensivo (HyperCVAD) e inibidor da tirosina cinase (TKI). D+13 1º ciclo, *nadir* de QMT, dor abdominal intensa, assumida como secundária a vincristina, excluído abdómen agudo. Instalação de choque, necessidade de suporte vasopressor e ventilatório, admitida do Serviço de Cuidados Intensivos (SCI), SOFA 17, APACHEII 26, SAPSII 67. Isolada E. coli em hemoculturas, cumpriu terapêutica com antibioterapia de largo espectro. Monitorização hemodinâmica: choque séptico com depressão da função miocárdica. Suporte vasopressor e inotrópico durante vários dias: noradrenalina na dose máxima de 7.2 µg/kg/min (isquemia extremidades); dobutamina 20.0 µg/kg/min. Insuficiência renal aguda com necessidade de técnica de substituição renal contínua. Investigação imagiológica sem identificação de outros focos. Lavado broncoalveolar e brônquico sem isolamentos; virologia e serologias negativas.

Mielograma em D+34 do 1º ciclo com resposta citológica, fez em ambiente de SCI 2º ciclo de QMT. Apesar da melhoria clínica, desmame ventilatório difícil por tetraparésia do doente crítico, necessidade

de reintubação complicada com traqueobronquite nosocomial sem isolamento etiológico. Alta do SCI aos 43 dias, alta hospitalar aos 115 dias. Aspergilose pulmonar detectada em Agosto de 2013, cumpriu 12 semanas de Voriconazol, actualmente sem evidência de lesão pulmonar. *Follow up* ao ano com doença residual mínima sob terapêutica de manutenção, fez no total 7 ciclos de Hyper CVAD; aguarda alo-transplante de medula óssea (alo-TMO).

Conclusão: Adultos jovens com LLA Ph+, têm uma taxa de mortalidade global > a 70%, que é reduzida para cerca de 40% quando tratados com esquemas de QMT intensiva e TKI, seguido de alo-TMO. A intensificação terapêutica condiciona aumento das complicações infecciosas; a admissão em ambiente de cuidados intensivos e suporte artificial de órgão em tempo útil é determinante para a melhoria do *outcome*.

A emergência médica que se esconde numa dor abdominal: um caso de púrpura trombocitopénica trombótica

Cristiana Almeida¹, Dilia Valente¹, Márcia Leite¹, Margarida Correia¹, Nuno Pereira¹, Janine Resende¹, Luísa Magalhães¹, Marta Sousa¹, João Valente¹, Vitor Paixão Dias¹

¹Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. EPE (CHVNG/E. EPE), Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina

Introdução e Objectivos: O diagnóstico da causa de uma dor abdominal pode ser difícil e muitas vezes crucial para garantir a sobrevivência. A púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) é o exemplo de uma causa rara, que se pode manifestar de diversas formas, dificultando o seu diagnóstico, mas que quando reconhecida deve ser tratada de imediato.

Material e Métodos: Descrição de caso clínico

Resultados e Discussão: Mulher de 47 anos, corticeira, ex-fumadora, com antecedentes de trombose venosa profunda dos membros inferiores (MI) (6 anos antes), admitida com queixas de epigastralgia e náuseas com 1 mês de evolução, e alterações do discurso desde a noite anterior. À admissão com estabilidade hemodinâmica, febre, mucosas descoradas, petéquias e equimoses dispersas nos MI, sem outras alterações. Analiticamente, a destacar anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia grave e LDH aumentada, sem alterações do leucograma ou da função renal. Perante PTT suspeita, decidido internamento na unidade de cuidados intermédios de medicina e o início imediato de plasmaférese (PEX), corticosteróides e transfusão de glóbulos vermelhos. No internamento apresentou evolução

lenta e progressiva com cedência das queixas iniciais e da febre nas primeiras 24h, mas necessidade de 10 sessões de PEX para atingir estabilidade clínica hematológica. No entanto apresentou intercorrências decorrentes da PEX, como queixas de dispnéia com hipoxemia imediatamente após as sessões e parestesias que se resolveram com baixa dose de diurético e suplementação de O₂, e de cálcio, respectivamente. Do estudo inicial da PTT: ADAMTS13 com atividade reduzida e anticorpos anti-ADAMTS13 negativos; excluída medicação associada ou gravidez; e estudo virológico, serológico e imunológico e protoporfirinas negativos. Após a alta doente manteve seguimento e completou estudo: TAC torácico com nódulo pulmonar no lobo médio (6 para 10mm em 3 meses), adenomegalias mediastínicas e abdominais inespecíficas; PET sem avides; broncofibroscopia sem lesões e citologia negativa. Após 7 meses, doente apresentou recidiva da PTT com necessidade de PEX e corticosteróides, com boa resposta.

Conclusões: Este caso revela a importância do conhecimento das alterações típicas da PTT, dado não existir um teste específico para o seu diagnóstico. A PTT constitui um desafio médico, quer pela emergência de cuidados necessária, quer em termos de tratamento e prevenção de futuras recidivas (pela dificuldade de diagnóstico das condições associadas).

Implicações Clínicas do Síndrome de Isquémia-Reperusão dos Membros

P. Fernandes¹, J. Figueiredo¹, J. Marques¹, Pais Martins², A. Ferreira³

¹Interna de Anestesiologia

²Chefe de Serviço / Coordenador da UCI

³ Chefe de Serviço / Directora do Departamento de Anestesiologia

Hospital S. Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução: Lesão de reperusão é o termo utilizado para descrever as alterações, estruturais e funcionais, que ocorrem durante o restabelecimento do fluxo sanguíneo após um período de isquémia. A revascularização acarreta efeitos deletérios associados à necrose das células lesadas, à lesão do endotélio vascular e à libertação de produtos resultantes da necrose celular e radicais livres de oxigénio para a circulação aquando do restabelecimento do fluxo sanguíneo.

Existem vários relatos na literatura sobre o risco de revascularização arterial das extremidades

isquémicas, descritos inicialmente como síndrome metabólica mionefropática ou síndrome de reperusão. A tolerância dos tecidos à isquémia varia com a natureza do tecido e directamente com a presença/ausência de circulação colateral. O músculo esquelético é o tecido preponderante nos membros e é aquele que é mais vulnerável à isquémia apresentando um tempo de isquémia crítica de 4-6h.

Material e Métodos: Sexo masculino, 74 anos, ASA III, com antecedentes de osteoartrose secundária pós-traumática da anca direita, proposto para cirurgia electiva de remoção de placa e parafusos do colo do fémur e artroplastia total da anca.

Durante o procedimento cirúrgico houve dificuldade de remoção da cabeça do fémur que complicou com fractura do grande trocanter e hemorragia vascular de médio calibre com necessidade de suporte transfusional. À saída do bloco operatório constatou-se arrefecimento do membro inferior direito e ausência de pulsos tendo sido documentada por angio-TAC ausência de fluxo arterial a jusante da artéria femoral direita. O doente retornou ao bloco operatório, em choque hipovolémico e oligo-anúria tendo sido submetido a cirurgia de revascularização do membro inferior com reparação da artéria ilíaca externa. Durante a permanência na UCI manteve-se em choque refractário com lesão renal aguda por rhabdomiólise e necessidade de terapêutica de substituição renal que evoluiu para falência multiorgânica e óbito ao 4º dia de internamento.

Discussão e Conclusões: A gravidade e a duração da isquémia determinam o grau de lesão muscular. No caso clínico exposto a revascularização ocorreu após um período de isquémia de 5h. A reperusão do tecido isquémico associa-se a resposta inflamatória local e sistémica que condiciona aumento difuso da permeabilidade vascular, hipovolémia e hipoperfusão e libertação para a circulação de produtos de necrose muscular e radicais livres de oxigénio. Todos estes factores contribuem para a falência multiorgânica.

A chave para antecipar as consequências da reperusão relaciona-se com a necessidade de compreender as alterações progressivas que acontecem no tecido isquémico até à morte celular. A reperusão de tecidos em que se atingiu o limiar crítico de isquémia pode acarretar consequências graves pelo que se deve ponderar o risco-benefício da revascularização vs. amputação do membro.

Fatal acute pulmonary edema induced by contrast - rare but real

Blandina Gomes, Filipa Lagarto

Departamento de Anestesia, Cuidados Intensivos e Emergência - CHP

Background: Although adverse reactions to radiographic contrast media (RCM) occurs in 1% to 4.7% of procedures, there are only a few reports of noncardiogenic pulmonary edema¹. Pulmonary edema is reported to be seen in 10–20% of cases of fatal reactions to intravenous RCM².

The pulmonary circulation is the first important vascular bed to receive RCM following intravenous injection.² RCM induced pulmonary edema can be due to endothelial injury causing an increase in the permeability of the microcirculation but its exact mechanisms remains unclear.²

Case Report: 62 years-old man, ASA 2, with arterial hypertension but without history of cardio-pulmonary symptoms, went for a CT scan due to an hepatic mass suspected to be an angioma. After 30 ml of a non ionic RCM the patient complained about dyspnea and became polipneic and cyanotic. It rapidly progressed to loss of consciousness. Treatment to anaphilatic shock (500 ug IM adrenaline, 20 mg EV ranitidine, 200 mg EV hydrocortisone) was started and the emergency team was called. On our arrival the patient didn't show any angioedema but was in cardiac arrest (asystole). We started advanced cardiovascular life support (ACLS) and the patient was intubated immediately. During intubation there wasn't evidence of airway edema, however afterwards a pink frothy fluid copiously came out of the tube. We continued ACLS, for 40 min with frequent tube aspiration of the pink frothy fluid. There was a period of return of circulation but only for 2 minutes followed by a new cardiac arrest.

The autopsy report was in accordance to the clinical findings of acute pulmonary edema and the edematous fluid protein:serum protein ratio was 0.7, indicating that the edema was caused by increased permeability of the alveolar capillary membrane.

Discussion: Although some cases have been described in the literature this is a rare adverse event after administration of RCM. The misdiagnose and the delayed treatment had a part in this fatal outcome. As anesthesiologists, we should be familiar with this condition, as we are frequently part of a team, not only in the emergency setting but also in the setting of scheduled radiologic procedures.

1. J Allergy Clin 1995(96):698-9; 2.Br J Radio2003(76):290–295

Prolonged apnea after general anesthesia in a 83 year-old woman with an unknown plasma pseudocholinesterase's deficiency – the Intensive Care Unit approach and management

Blandina Gomes, Ágata Areias, Heloisa Castro

Departamento de Anestesia, Cuidados Intensivos e Emergência - CHP

Background: Apnea after general anesthesia (GA) can be caused by mechanical, hemodynamic or pharmacologic factors. Pseudocholinesterase (PCE) deficit is an unusual cause for apnea after GA but should be considered when succinylcholine (Sch) is used.

PCE is a plasmatic enzyme that hydrolyzes Sch. Its deficiency can be caused by genetic (inherited condition: heterozygous 1:25 and homozygous 1:2000) and non genetic (advanced age, renal disease and in critical ill) factors and results in prolongation of Sch's neuromuscular blockade (NMB).^{1,2}

Case Report: A 83-year-old women (50kg/150cm), ASA 3, with high blood pressure and atrial fibrillation, undergoes GA for a laparotomy, in a small hospital. Initial creatinine level was 3,2 mg/dL.

ASA standard monitors were used and induction proceeded with midazolam, fentanyl (50ug) and Sch (75mg). Maintenance was with midazolam and 50 + 20mg of rocuronium (20 min after Sch) but no NMB monitor was used. Surgery underwent uncomplicated and no more opioids were used. NMB was reversed with 4 mg/Kg of sugammadex about one hour after de last dose of rocuronium. The patient was extubated, but due to apnea/respiratory paralysis, reintubation was needed. Naloxone and flumazenil were given but apnea persisted.

Due to lack of ICU beds, the patient was transferred to our hospital.

On arrival, suspecting of residual neuromuscular block, we monitored NMB with TOF ratio and there were no TOF or post-tetanic responses. PCE assay showed 828 U/L (normal:5320-12920 U/L) and dibucaine number suggested a common phenotype for this enzyme. CT Scan was normal. So, we assign the apnea to a PCE deficit, which explains the prolonged action of Sch. We kept monitoring the NMB until we obtained TOF>90% (\pm 20h after Sch administration). Then, sedation was stopped and ventilatory withdrawing progressed successfully until extubation.

Discussion: Although this is a rare condition and an uncommon anesthetic complication, it is potentially fatal.

In this case, prolonged muscle paralysis may be due to: administration of Sch in a patient with PCE

deficit (possibly non genetic), delayed elimination of rocuronium due to kidney injury and use of NMB agents without monitoring.

Intensivists should be aware of this condition and consider it as a possible cause of apnea after GA when Sch is used. NMB monitoring could help the differential diagnosis. An identification card for PCE deficiency should be written and the patient should always carry it.

1. Anesthesia & Analgesia 1993;77:183-5; 2. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 76(2012)149-151

Ventilação Não Invasiva no Serviço de Cuidados Intensivos

Susana Ferreira, J Chaves Caminha, Pedro Vita, Sónia André, Fernando Guedes, Aníbal Marinho, Fernando Rua

Serviço de Cuidados Intensivos, Hospital de S. António – Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) é uma alternativa para suporte ventilatório em doentes com insuficiência respiratória que tem alargado as suas indicações ao longo das últimas décadas, sendo actualmente uma estratégia terapêutica bem aceite em diversas patologias.

Objectivos e Metodologia: Avaliação retrospectiva dos resultados da utilização da VNI numa amostra aleatória de 134 doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, internados no Serviço de Cuidados Intensivos 1 (SCI) do Centro Hospitalar do Porto nos anos de 2012-2013.

Resultados: Foram incluídos 134 doentes, 56% do sexo masculino, idade média de 73 anos. O motivo de

internamento mais frequente foi médico (70 doentes), seguido de cirurgia programada (18). Apenas 31,6% dos doentes apresentavam o diagnóstico de DPOC.

A grande maioria (79,7%) foi submetida a VNI sem prévia entubação oro-traqueal (EOT), 16,4% realizou após extubação e 3,7% para extubação, sendo que 73,7% dos doentes realizaram VNI em Cuidados Intermédios.

Na globalidade destes doentes, 75% não foram ventilados invasivamente. No subgrupo dos doentes com utilização contínua (63) verificou-se uma maior falência da VNI (26), com uma mortalidade hospitalar de 17,9%.

A taxa de mortalidade no SCI foi 14,8%, e no Hospital 26,9%. Dos 36 doentes falecidos 15 não apresentavam indicação para EOT ou reintubação. Dos 17 doentes submetidos a VNI sem indicação para EOT ou reintubação 7 tiveram alta do SCI, mas apenas 2 tiveram alta do Hospital. Dos 29 doentes ventilados invasivamente, 13 faleceram no Hospital (44,8%).

Nos 27 doentes submetidos a VNI para ou após extubação, apenas 9 apresentavam o diagnóstico de DPOC (33%), 70% (19 doentes) não tiveram necessidade de reintubação. A mortalidade no SCI foi 11% e no Hospital 37%. Nos 8 doentes em que não evitou a reintubação, 1 faleceu no SCI e 2 no Hospital.

Nos 21 doentes com diagnóstico de pneumonia a VNI teve sucesso em 66,7% e a mortalidade no SCI foi 19% e no Hospital 28,6%.

Conclusão: Observamos um elevado sucesso com a utilização de VNI, sem necessidade de avançar para EOT e VMI em cerca de ¾ dos doentes. Dois grupos merecem particular referência pela taxa de sucesso encontrada, embora tenha que ser validada numa amostra maior: os doentes com pneumonia e aqueles submetidos a VNI como técnica preventiva ou curativa da insuficiência respiratória após a extubação.