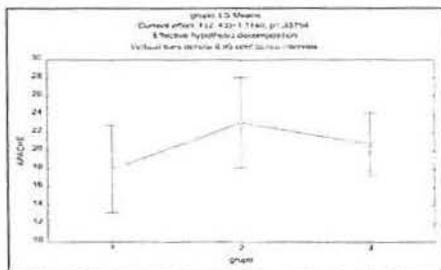


humanos da instituição. Foram selecionados os prontuários dos pacientes internados na UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de janeiro a dezembro de 2006. Os enfermos estudados foram aqueles sedoanalgesiados e ventilados por um período ≥ 7 dias. Anotou-se os dados demográficos, clínicos e terapêuticos desses pacientes, que foram subdivididos em 3 grupos. Constituíram o G1 os dados dos medicados com clonidina e outros sedoanalgésicos, o G2 os dos medicados com mais de 3 drogas sedoanalgésicas exceto clonidina, e o G3 os daqueles que receberam somente midazolam e fentanil. Registrou-se a dose média diária da clonidina, anotando-se, antes da sua administração, 6 e 24 horas após, os valores da frequência cardíaca e da pressão arterial. Para análise estatística foram utilizados os testes ANOVA, *t* de Student e χ^2 sendo considerado significativo um $p < 0,05$.

RESULTADOS: Foram avaliados 55 pacientes. Quinze (27,3%) pertenceram ao G1, 11 (20%) ao G2 e 29 (52,7%) ao G3. A idade média dos pacientes foi 44(G1), 50(G2) e 55(G3) anos ($p=NS$). O índice APACHE II médio dos grupos foi 18 (G1), 20,4 (G2), 20,7 (G3). O estudo estatístico não mostrou diferença no que concerne a gravidade dos pacientes nos diferentes grupos avaliados (figura 1).



Os pacientes do G1 e G2 permaneceram mais tempo internados na UTI e no hospital ($p < 0,05$). A dose média administrada de clonidina foi $1,21(\pm 0,54) \mu\text{g/kg/h}$. Houve diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial nos pacientes do G1. Esses efeitos não tiveram repercussão clínica nem relação com a dose da clonidina. Como é demonstrado na tabela abaixo, a mortalidade foi significativamente menor ($p=0,02$) nos doentes do G1 (20%) em comparação com os do G2 (54,5%) e do G3 (62%).

Tratamento Sedoanalgésico	Óbito		Alta	
	N	%	N	%
G1 = Co-sedoanalgesia + Clonidina	3	20	12	80
G2 = Co-sedoanalgesia	6	54,55	5	45,45
G3 = Midazolam + Fentanil	18	62,06	11	37,94

CONCLUSÃO: A administração da clonidina não acarretou em efeitos colaterais importantes. A taxa de mortalidade dos pacientes medicados com clonidina foi significativamente menor.

AO-44

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES CRÍTICOS CRÔNICOS

AUTOR(ES): BONIATTI, M. M.; CASTILHO, R. K.; FRIEDMAN, G.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

INTRODUÇÃO: A população de pacientes críticos crônicos ainda é pouco estudada em nosso meio. Identificar características específicas desta população e fatores capazes de prever a evolução à cronicidade pode ser importante para o planejamento assistencial da unidade de terapia intensiva (UTI). Os objetivos deste estudo são descrever as características clínicas e epidemiológicas deste subgrupo de pacientes da UTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e tentar identificar fatores predisponentes à evolução para estado crônico e à mortalidade.

MÉTODOS: Realizou-se um estudo prospectivo observacional com todos os pacientes admitidos na UTI do HCPA no período de fevereiro a maio de 2007. As variáveis coletadas na admissão foram dados epidemiológicos, presença de disfunção orgânica, gravidade da doença (através do APACHE II), SARA, choque e sepse. Durante a internação na UTI verificou-se diariamente incidência de disfunção orgânica, SARA,

choque e episódios de infecção, a em de tempo de ventilação mecânica, internação na UTI e no hospital e mortalidade. Foram considerados pacientes críticos crônicos os que apresentavam traqueostomia por manutenção da ventilação mecânica ou tempo de ventilação mecânica maior que 21 dias, sendo que as duas definições foram comparadas.

RESULTADOS: Dos 256 pacientes incluídos no estudo, 20 (7,8%) foram identificados como pacientes críticos crônicos pelo critério de traqueostomia. Comparativamente ao restante da população, estes pacientes eram mais graves (APACHE II, $24,0 \pm 8,4$ vs $19,9 \pm 8,1$; $p = 0,034$) e apresentavam na admissão maior prevalência de disfunção neurológica (SOFA neurológico $1,6 \pm 1,6$ vs $0,7 \pm 1,3$; $p = 0,04$), disfunção pulmonar (SOFA pulmonar $2,8 \pm 0,7$ vs $2,0 \pm 1,2$; $p < 0,01$) e SARA (10,0% vs 2,5%, $p = 0,05$). Não houve diferença de mortalidade entre os pacientes crônicos e os não-crônicos. Os pacientes crônicos por tempo de ventilação mecânica representam um grupo de pacientes mais grave, com mais disfunção orgânica e maior mortalidade na UTI e hospitalar.

CONCLUSÃO: Os pacientes críticos crônicos são um subgrupo de pacientes críticos mais graves e que à admissão comumente se apresentam com mais disfunções orgânicas. O prognóstico desta população varia de acordo com a definição utilizada.

AO-45

DEXMEDETOMIDINA VERSUS MIDAZOLAM PARA SEDAÇÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ALÉM DE 24 HORAS NA UTI

AUTOR(ES): ROCHA, M. G.; CERASO, D.; SILVA, I. F.; BERTO, P.; DIAS, F. S.; REZENDE, E.; SHEBABI, Y.; RIKER, R.

INSTITUIÇÃO: IRMANDADE DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

INTRODUÇÃO: O objetivo deste estudo multicêntrico, prospectivo, randomizado e duplo-cego é avaliar a segurança e a eficácia da dexmedetomidina (DEX) 0,2 mcg/kg/h até 1,4 mcg/kg/h versus midazolam (MID) 0,02 mg/kg/h a 0,1 mg/kg/h, em pacientes intubados, sob ventilação mecânica e que necessitaram de sedação por mais de 24 horas na UTI.

MÉTODOS: A sedação foi avaliada usando a Escala de Sedação e Agitação de Richmond (RASS) e o delírio usando Método de Avaliação de Confusão, adaptado para uso na UTI (CAM-ICU). O desfecho primário de eficácia é a porcentagem de tempo com RASS entre -2 e +1 durante o Período de Tratamento Duplo-Cego (PTD-C). Outras avaliações incluem o tempo para extubação, tempo de permanência (TP) na UTI e a incidência e a duração do delírio.

RESULTADOS: Foram randomizados 366 pacientes em 68 centros em 5 países (BR, ARG, EUA, AU, NZ), 194 (79,5%) para DEX e 103 (84,4%) para MID que receberam a medicação do estudo por mais de 24 horas. Os aspectos basais e demográficos foram semelhantes nos dois grupos. RASS entre -2 a +1 foi obtido em 80,8% do tempo para DEX e 81,0% para MID ($p=0,94$). O tempo médio para extubação foi menor em 44,6 horas para DEX (93,8 horas versus 138,4 horas, $p=0,02$), e o TP na UTI também foi significativamente menor para DEX, 6,2 dias versus 8,0 dias para MID ($p=0,02$). Delírio (CAM-ICU positivo) antes do início do TD-C foi 56,2% para DEX e 54,4% para MID. Delírio durante o PTD-C foi significativamente menor com DEX (54,6%) do que MID (75%) ($p=0,0004$). Pacientes recebendo DEX com CAM-ICU negativo na randomização desenvolveram significativamente menos delírio durante o PTD-C do que os tratados com MID, 33% versus 54%, respectivamente ($p=0,0397$). Os pacientes tratados com DEX tiveram significativamente menos dias de delírio do que os tratados com MID durante o PTD-C, 1,4 versus 2,7 dias, respectivamente ($p < 0,0001$) e significativamente mais dias livres de delírio do que os pacientes de MID: 2,8 versus 1,9 dias, $p=0,0018$. A distribuição dos Eventos Adversos foi similar nos dois grupos, embora os pacientes com MID apresentassem mais infecções (19,7%) do que os pacientes com DEX (10,2%), $p=0,0149$. Eventos Adversos Sérios foram observados em 23% dos pacientes nos dois grupos, a mortalidade foi 18% em ambos os grupos.

CONCLUSÕES: Para níveis equivalentes de sedação adequada além de 24 horas em pacientes em ventilação mecânica, os pacientes tratados com DEX tem um tempo menor para extubação e de permanência na UTI. A DEX diminuiu de forma significativa a incidência e duração do delírio e aumentou o número de dias livres de delírio. Os Eventos Adversos foram similares nos dois grupos, embora os pacientes tratados com MID tiveram significativamente mais infecções. A DEX foi bem tolerada e segura para uso além de 24 horas e em doses mais altas de até 1,4 mcg/kg/hr.