



AMIB

SUPLEMENTO I  
2006

# RBTI



ISSN 0103-507X

Revista Brasileira de Terapia Intensiva



Universidade Estadual de Londrina  
Sistema de Bibliotecas



SE0000023204

Resumos dos trabalhos científicos apresentados no  
**XII CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA INTENSIVA**  
ADULTO - PEDIÁTRICO - NEONATAL



0-026

### TRATAMENTO COM LEVOSIMEDAN NO CHOQUE CARDIOGÊNICO DA SÍNDROME DE INFUSÃO DO PROPOFOL

SILVA, O.B.; HENRIQUES FILHO, G.T.; MENDES, A.A.; BARBOSA, M.L.A.; LIMA, M.A.V.; OLIVEIRA, J.R.B.; SILVEIRA, C.A.M.; PINHO, D.B.; CIRNE FILHO, H.A.

**Instituição:** UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – ADULTO DO HOSPITAL SANTA JOANA / RECIFE - PE

**Introdução:** A Síndrome de Infusão do Propofol (SIP) tem sido descrita na literatura desde 1990. Inicialmente foi relatada em crianças, e depois em adultos, que usaram propofol em doses maiores que 4,0 a 5,0mg/kg/h. Apresenta-se com rabdomiólise, acidose metabólica grave e depressão miocárdica, e tem alta mortalidade. O levosimedan, uma nova droga que atua através da sensibilização do cálcio que melhora a contratilidade cardíaca, apresenta-se como uma nova terapia para pacientes com choque cardiogênico (CC).

**Objetivos:** Descrever o caso de uma paciente com CC por SIP com boa resposta ao levosimedan, pela infreqüência dessa doença, pouco descrita na literatura internacional e nunca relatada no Brasil; pelo corriqueiro uso desse sedativo em UTIs; e pela resposta a essa nova terapia para CC.

**Relato do Caso:** Paciente com 19 anos, admitida com traumatismo crânio-encefálico, com pressão intracraniana inicial de 45mmHg, usando manitol e hiperventilação otimizados pela monitorização da saturação de oxigênio do bulbo da jugular. Desenvolveu pneumonia, choque séptico, e foi tratada com antibióticos de largo espectro, ventilação mecânica, corticóide e drogas vasoativas. Foi sedada com propofol contínuo, até 7,0mg/kg/h. No quinto dia, apresentou depressão miocárdica grave, com débito cardíaco de 1,9L/min pela monitorização com cateter de Swan-Ganz, ecocardiograma trans-torácico com fração de ejeção (FE) de 18% e hipocinesia miocárdica difusa; acidose metabólica; CPK de 9.000U/L e mioglobina de 2.000ng/ml; triglicerídios, lactato e transaminases elevados; e creatinina normal. Foi suspenso o propofol e iniciada dopamina. Como não houve resposta satisfatória do choque, após 48h foi iniciado levosimedan. Melhora importante em 48h, sem hipotensão ou arritmias durante a infusão; FE de 50% após cinco dias; e enzimas normais em 15 dias. Alta após 45 dias com normalização da função miocárdica.

**Conclusão:** SIP pode ser uma complicação grave do uso do propofol em altas doses e deve ser sempre lembrada como um grave efeito colateral desse sedativo. O levosimedan apresentou-se como uma droga de efeito benéfico neste tipo de choque, com rápida resposta e sem efeitos colaterais.

0-027

### USO COMPARATIVO ENTRE ESMOLOL E NITROPRUSSATO DE SÓDIO NO CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

HAAG, F. F. JR.; GONNELLI, C.; BRITO, G.; CHAMMAS, M.; GEÓVANINI, G.R.; CHICANELI, C.; OGAWA, A.; INADA, T.; NAKIRI, N.; STOLF, N.

**Instituição:** UTI 4º Central Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

**Objetivos:** Avaliar o uso de esmolol e nitroprussiato de sódio no controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes submetidos a revascularização de miocárdio no período pós-operatório imediato.

**Material e Métodos:** Estudo prospectivo randomizado entre agosto e novembro de 2005, realizado em pacientes submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica. Os pacientes foram randomizados em 2 grupos: Grupo I recebeu nitroprussiato de sódio e Grupo II re-

cebeu esmolol. Os critérios de inclusão foram: Pressão arterial média superior à 10 mmHg, função ventricular esquerda preservada, ausência de sinais de hipersensibilidade às drogas avaliadas. Os critérios de exclusão foram: DPOC, bradicardia, disfunção ventricular severa e bloqueio atrio-ventriculares superior ao de primeiro grau, hipertensão compensatória com shunt arterio-venoso ou coarctação de aorta. A dose utilizada variou de 50-250 microgramas/kg/minuto de esmolol, e a dose do nitroprussiato de sódio entre 0,3 à 15 mcg/kg/minuto. Foram avaliados resposta clínica, tempo de estabilização, e reações adversas.

**Resultados:** Foram avaliados 34 pacientes, sendo que 23 receberam apenas Nipride (Grupo I) e 11 receberam Esmolol (Grupo 2). Os pacientes do Grupo I tiveram um controle de pressão com uma dosagem média de Nipride de 12,96 µg /Kg/min, e dos 11 pacientes do Grupo II, 7 necessitaram de associação com Nipride 11 µg/Kg/min para controle da pressão arterial, 2 pacientes obtiveram controle da pressão com 150 µg/Kg/min de Esmolol e 2 pacientes necessitaram de interrupção do estudo devido hipotensão arterial.

**Discussão:** O nitroprussiato de sódio é a droga de eleição para o controle da HAS, pois estabiliza rapidamente os níveis tensionais. O esmolol é um beta bloqueador cardiosseletivo, que pode ser usado como coadjuvante no controle da pressão arterial.

**Conclusão:** O uso de Esmolol isoladamente não foi eficaz para controle da Pressão Arterial, porém, quando foi usado a associação do Esmolol com Nipride, verificou-se que a dosagem do Nipride necessária para controle de pressão foi menor comparado a seu uso isolado.

0-028

### VALOR DA ENOLASE ESPECÍFICA DO NEURÔNIO COMO MARCADOR PROGNÓSTICO PRECOCE EM PACIENTES PÓS- PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA INTRA-HOSPITALAR

RECH, TH.; VIEIRA, SRR.; NAGEL, F.; BRAUNER, JS.; SCALCO, R.

**Instituição:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Uma parada cardíaca é um estado de grave hipoperfusão cerebral. Pacientes ressuscitados de paradas cardiorrespiratórias (PCR) estão sob grande risco de vir a morrer ou de desenvolver lesão cerebral incapacitante, inclusive estado vegetativo persistente. A definição precoce do prognóstico neurológico desses pacientes tem implicações éticas e econômicas.

**Objetivos:** Investigar o valor prognóstico da Enolase Específica do Neurônio (NSE) em prever desfecho precocemente em pacientes sobreviventes pós-parada cardíaca.

**Métodos:** Foram estudados prospectivamente 45 pacientes reanimados pós-parada cardíaca intra-hospitalar, de junho de 2003 a janeiro de 2005. Amostras de sangue foram coletadas uma única vez em cada paciente, entre 12 e 36 horas após o evento, para dosagens de NSE. O desfecho foi avaliado utilizando-se da Glasgow Outcome Scale (GOS) seis meses após a PCR. O teste U de Mann-Whitney foi usado para comparar pacientes com desfechos desfavoráveis-Grupo 1 (GOS 1, 2) com pacientes com desfechos favoráveis-Grupo 2 (GOS 3,4,5).

**Resultados:** Idade e sexo não apresentaram diferenças entre os grupos. Causas cardíacas foram responsáveis por 37,2% das reanimações. Todas paradas cardíacas não assistidas ocorreram no Grupo 1. Assístolia foi o ritmo inicial mais comum de parada, sendo mais frequente no Grupo 1 (p=0,046). A média do escore na Escala de Coma de Glasgow foi 6,1±3 no Grupo 1 e 12,1±3 no Grupo 2 (p<0,001). O tempo médio de coleta de NSE foi 20,2±8,3 no Grupo 1 e 28,4±8,7 no Grupo 2 (p=0,013). Dois pacientes foram excluídos por hemólise da amostra. Em seis meses, desfechos bons foram

atingidos por nove pacientes (19,6%), trinta (69,8%) morreram e quatro (9,3%) evoluíram para estado vegetativo persistente. Os 34 pacientes (81,4%) com desfechos desfavoráveis (GOS 1, 2) tiveram níveis de NSE significativamente mais elevados que aqueles com desfechos favoráveis (mediana NSE 44,24 ng/ml intervalo 8,1-370 vs 25,26 ng/ml intervalo 9,28-55,41;  $p=0,034$ ).

**Conclusão:** O desfecho pós-PCR é principalmente determinado pelo grau de lesão cerebral anóxica e níveis séricos precoces de NSE são bons parâmetros adjuntos na avaliação do desfecho desses pacientes.

### 0-029

#### "O CONTROLE ESTRITO DA GLICEMIA E A OTIMIZAÇÃO DA PERFUSÃO TISSULAR TÊM IMPACTO NA MORTALIDADE HOSPITALAR?"

GOMES R.V.; ROUGE A.; NOGUEIRA P.M.M.; FERNANDES M.A.O.; PORTO D.A.; FARINA R.; CAMPOS L.A.A.; DOHMANN H.F.R.

**Instituição:** Hospital Pró-Cardíaco / PROCEP / RJ / Brasil.

**Introdução:** A partir de 2001 surgiram evidências que demonstram o impacto favorável sobre a mortalidade hospitalar do controle estrito da glicemia (CEG) e otimização da perfusão tecidual através da otimização da saturação venosa central de oxigênio (SVcO<sub>2</sub>).

**Objetivo:** Avaliar o impacto da implementação de um protocolo de CEG e de manejo racional na otimização da SVcO<sub>2</sub> sobre a curva de mortalidade hospitalar ao longo do tempo.

**Material e Métodos:** Coorte de 1451 pacientes (pcs) alocados em banco de dados, internados em Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica, entre janeiro/2003 a dezembro/2005. Alocamos os pcs, de acordo com o ano de internação, em 3 grupos: G1 (2003) - 467 pcs, onde foi esporádico o CEG e o uso da SVcO<sub>2</sub>; G2 (2004) - 473 pcs, com implementação dos protocolos de CEG e uso frequente da SVcO<sub>2</sub> e G3 (2005) - 511 pcs, onde o protocolo de CEG e de SVcO<sub>2</sub> foi implementado em todos os pcs críticos. Foi comparada a mortalidade hospitalar (MH), idade, MODS (Multiple Organ Dysfunction Score) médio (MODSm) e de primeiro dia de internação (MODSD1) entre os grupos, através do teste de Kruskal-Wallis para variáveis contínuas e qui-quadrado para categóricas.

**Resultados:** A MH foi menor no G3 (5,6%) comparada ao G2 (10%) e G1 (8,7%),  $p=0,027$ . A idade média e o MODSD1 não diferiu entre os grupos; o MODSm da internação foi significativamente menor no G3 (G1=1,97±2,31; G2=1,89±2,1 e G3=1,84±2,2),  $p=0,026$ .

**Conclusão:** Os dados da coorte sugerem que a implementação dos protocolos de CEG e de otimização da SVcO<sub>2</sub> parecem ter impacto favorável na MH.

### 0-030

#### ESCALA DE COMA DE GLASGOW COMO MARCADOR PROGNÓSTICO EM PACIENTES PÓS-PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA INTRA-HOSPITALAR

RECH, TH; VIEIRA, SRR; NAGEL, F; BRAUNER, JS; SCALCO, R.

**Instituição:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Uma parada cardíaca é um estado de grave hipoperfusão cerebral. Pacientes reanimados de paradas cardiorrespiratórias (PCR) estão sob grande risco de vir a morrer ou de desenvolver lesão cerebral incapacitante, inclusive estado vegetativo persistente. A definição precoce do prognóstico neurológico desses pacientes tem implicações éticas e econômicas.

**Objetivos:** Investigar o valor prognóstico da Escala de Coma de Glasgow (GCS) em prever desfecho em pacientes sobreviventes

pós-PCR intra-hospitalar.

**Materiais e Métodos:** Foram estudados prospectivamente 43 pacientes reanimados pós-PCR intra-hospitalar, de junho de 2003 a janeiro de 2005. Foi realizada uma avaliação neurológica entre 12 e 36 horas após o evento, que incluiu a pesquisa de reflexo pupilar à luz, reflexo córneo-palpebral, reflexo óculo-cefálico e o escore na GCS. Os desfechos foram avaliados utilizando-se da Glasgow Outcome Scale (GOS) seis meses após a PCR. O teste t de Student e o teste Exato de Fisher foram usados para comparar pacientes com desfechos desfavoráveis-Grupo 1 (GOS 1, 2) com pacientes com desfechos favoráveis-Grupo 2 (GOS 3,4,5).

**Resultados:** Em seis meses, desfechos favoráveis foram atingidos por nove pacientes (19,6%), trinta (69,8%) morreram e quatro (9,3%) evoluíram para estado vegetativo persistente. Idade e sexo não apresentaram diferenças entre os grupos. Vinte dos 34 pacientes do Grupo 1 (59%) apresentaram reflexo pupilar à luz pós-PCR, enquanto 9 dos 9 pacientes do Grupo 2 (100%) tinham o mesmo reflexo ( $p=0,02$ ). Não houve diferenças entre os grupos quanto à presença de reflexo córneo-palpebral ( $p=0,57$ ) e óculo-cefálico ( $p=0,56$ ). A necessidade de sedação não foi diferente entre os grupos ( $p=0,4$ ). A média do escore na GCS foi 6,1±3 no Grupo 1 e 12,1±3 no Grupo 2 ( $p<0,001$ ). Estabelecendo-se um ponto de corte  $\leq 9$  na GCS para desfechos desfavoráveis, atingiu-se especificidade de 78% e sensibilidade de 82%, com valor preditivo positivo e valor preditivo negativo de 93% e 54%, respectivamente.

**Conclusão:** O desfecho pós-PCR é principalmente determinado pelo grau de lesão cerebral anóxica e o escore na GCS é um bom parâmetro adjunto na avaliação do desfecho desses pacientes.

### 0-031

#### ASPECTOS ÉTICOS NO DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA EM UTIS BRASILEIRAS

AGARENO, S.; TORREÃO, L.; SOARES, M.S.; SANTANA, D.L.P.; SOUSA, R.M.; ALMEIDA, A.M.; OTHERO, J.; MAIA, J.

**Instituição:** Associação de Medicina Intensiva Brasileira

**Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento sobre aspectos éticos na condução do protocolo de morte encefálica.

**Materiais e Métodos:** Estudo descritivo, transversal, realizado de abril a outubro de 2005, em eventos da AMIB realizados em 7 cidades do Brasil. O questionário foi aplicado em médicos participantes dos eventos, o qual continha perguntas sobre diversos aspectos do protocolo de Morte Encefálica (ME) contidas na Resolução do CFM nº 1480/97.

**Resultados:** Foram respondidos 321 questionários. A população estudada era composta por 66% de médicos com mais de 5 anos de formado, por 31,9% com menos que 5 anos de formado e 1,2% de estudantes, com média de idade de 35 anos, dos quais a maioria atuava em instituição pública (55,7%). Destes profissionais 60,1% eram plantonistas em UTIs e 51% não se sentiam seguros para diagnosticar ME e apenas 59,1% confirmou que a notificação de ME é compulsória. Em relação a alocação de recursos constatou-se que 91% e 88% dos participantes não considerou importante a redução de custos e a rotatividade do leito respectivamente como um dos objetivos para o diagnóstico de ME, enquanto 86% acreditava que o objetivo principal era a doação de órgãos. Ainda sobre o objetivo não foi considerado importante minimizar o sofrimento familiar (87%) e evitar a distanásia (81%). No paciente em ME não doador apenas 41% dos médicos afirmaram ser lícito a suspensão do suporte artificial. Quando confrontado a autonomia da família e do intensivista, 81,6% destes achou prudente respeitar a família e manter o suporte vital e 56,7% acreditava na necessidade de um consenso com a família antes da suspensão.

**Conclusão:** Infelizmente o conhecimento médico acerca dos critérios diagnósticos de morte encefálica é ainda pouco difundido. A