

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.

O-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 freqüente 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.

O-030

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

RECH, T.H.; VIEIRA, S.R.R.; NAGEL, F.; BRAUNER, J.S.; 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.

O-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 distância (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

Separ 1720