

IMPACTO DA DEXMEDETOMIDINA NO DESPERTAR DA ANESTESIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Programa de Residência Médica em Anestesiologia 2023-2026

Orientadores: Dra. Jane Auxiliadora Amorim,

Dr. Marcius Vinicius Mulatinho Maranhão

INGRID LILIANNE DE ALMEIDA ARAÚJO

ME3 – Anestesiologia

Recife-PE, 11 de Fevereiro de 2026

Agitação ao despertar (Delírio de emergência)

- ◆ Comum e autolimitado
- ◆ Alteração transitória da consciência que ocorre no estágio inicial da recuperação anestésica
- ◆ Duração de até 15 minutos
- ◆ Consequências potencialmente graves □ extubação acidental, remoção inadvertida de cateteres, sangramentos
- ◆ Incidência entre 0,25 até 74%
- ◆ Medidas preventivas e de tratamento propostas
 - ◆ Dexmedetomidina
 - ◆ Propofol
 - ◆ Remifentanil
- Colecistectomia videolaparoscópica → procedimento cirúrgico abdominal mais realizado atualmente
- Dexmedetomidina → alfa-2-agonista adrenérgico de ação central altamente seletivo: **sedativo**, analgésico, ansiolítico, poupador de analgésicos (opioides)

Feng Z, Shi X, Yan X, Zhu Y, Gu J, Zhu H, et al. Comparing the effects of dexmedetomidine versus propofol on the treatment of emergence agitation in adult patients after general anesthesia: study protocol for a randomized, superiority, controlled trial (DP-TEA Trial). *Trials*. 2021;22(1):911.

Choi JJ, Kim K, Park HY, Chang YJ, Lee KC, Kim KY, et al. The effect of a bolus dose of dexmedetomidine on postoperative pain, agitation, and quality of recovery after laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(3):e24353

HIPÓTESE

- ♦ A dexmedetomidina apresenta eficácia na prevenção da agitação no despertar em adultos submetidos a colecistectomia videolaparoscópica, sem aumentar significativamente o tempo de despertar e a permanência na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).

OBJETIVOS

- ♦ **Objetivo geral:** Avaliar o potencial da dexmedetomidina como droga adjuvante na anestesia geral balanceada na prevenção de agitação ao despertar em pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica.

- ♦ **Objetivos específicos:**
 - a) Avaliar a Escala de Sedação-Agitação de *Riker* (RSAS) dos pacientes nos seguintes momentos:
 - ♦ T0 – À chegada na sala de cirurgia (basal);
 - ♦ T1 – Até 15 minutos após a extubação orotraqueal;
 - ♦ T2 - À chegada na SRPA;
 - b) Avaliar a necessidade de medicação de resgate para agitação no despertar;
 - c) Avaliar o tempo necessário para extubação;

OBJETIVOS

d) No intraoperatório, verificar os parâmetros hemodinâmicos (PAM, FC) nos seguintes momentos:

♦ T0 – À chegada à sala de cirurgia (basal);

♦ T1 – Até 15 minutos após a extubação orotraqueal;

e) Avaliar o escore de dor do paciente após o despertar, através da Escala Visual Analógica (EVA) na sala de cirurgia e na SRPA;

g) Avaliar a ocorrência de náuseas e vômitos pós-operatórios

h) Avaliar o tempo de permanência na SRPA;

♦ **Desenho do estudo:**

- ♦ Ensaio clínico randomizado, simples cego

♦ **Período e Local do estudo:**

- ♦ Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), em Recife – Pernambuco, Brasil
- ♦ Janeiro 2025/Julho 2025

♦ Comitê de Ética e Pesquisa:

- ♦ Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa em seres humanos (número do parecer: 7.405.387)

♦ População:

- ♦ Pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica, caráter eletivo;
- ♦ Ambos os sexos;
- ♦ Idade entre 18-64 anos;
- ♦ Estado físico *American Society of Anesthesiologists* I, II;
- ♦ Concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

♦ Critérios de exclusão:

- ♦ Incapacidade de compreender o TCLE;
 - ♦ Alergia a quaisquer medicações incluídas no protocolo do estudo;
 - ♦ Bradicardia < 50 bpm (basal) no pré operatório
 - ♦ Insuficiência renal ou hepática;
 - ♦ Conversão para cirurgia aberta;
 - ♦ Tempo cirúrgico superior a 2h30 minutos;
 - ♦ Necessidade de hemotransfusão;
 - ♦ Choque no intraoperatório;
- Pré -operatórios
- Intraoperatórios

◆ Amostra e randomização:

- ◆ Tamanho da amostra baseado no estudo de Choi et al. 2021 (n=20, por grupo);
- ◆ 53 pacientes convidados, 3 excluídos por complicações cirúrgicas

◆ Randomização pelo *Randomizer*:

25 pacientes no Grupo Controle

25 pacientes no Grupo Intervenção (Dexmedetomidina)

Grupo Dexmedetomidina (GD):

- ♦ Infusão contínua de dexmedetomidina $0,5 \text{ mcg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ desde a chegada à sala de cirurgia, até o descolamento completo da vesícula pela equipe cirúrgica, associada à anestesia geral balanceada padronizada.

Grupo Controle (GC):

- ♦ Apenas anestesia geral balanceada padronizada.

- ◆ Preparo e execução de técnica anestésica:

- ◆ Monitorização: cardioscopia, oxímetro de pulso, pressão arterial não invasiva e capnografia

- ◆ Indução anestésica:

- Remifentanil $0,1-0,3 \text{ mcg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$

- Propofol $2 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$

- Rocurônio $0,6 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$

- ◆ Manutenção:

- Sevoflurano

- Remifentanil

MÉTODOS

- ◆ Analgesia: Dipirona $30 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$; Parecoxibe 40 mg; Morfina $0,08 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$
- ◆ Reversão do bloqueio neuromuscular com sugamadex $2 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$
- ◆ Padronização da extubação:
 - Suspensão do inalatório e remifentanil ao término da sutura do portal principal, após infiltração pela equipe cirúrgica com ropivacaína 0,5%
 - Extubação se sinais de reversão do bloqueio neuromuscular (respiração e volume corrente adequados, resposta à estímulos verbais).

Preparo para agitação perigosa: *Riker 7* ou *Riker 6* se demanda do anestesiológista assistente

- Propofol $0,5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$

Figura 1: Escala de Sedação e Agitação de *Riker* (RSAS)

Pontuação	Nível	Descrição
7	Agitação perigosa	Puxando o tubo orotraqueal, tentando remover cateteres, escalando a cama, agressivo.
6	Muito agitado	Não se acalma com verbalização frequente, precisa de contenção física, morde o tubo orotraqueal
5	Agitado	Ansioso, tenta sentar, mas acalma com instruções verbais.
4	Calmo e cooperativo	Acorda facilmente, segue comandos.
3	Sedado	Difícil de despertar, acorda com estímulos verbais ou balanço suave mas adormece novamente; segue comandos simples.
2	Muito sedado	Reage a estímulos físicos, mas não se comunica e não segue comandos , pode mover-se espontaneamente.
1	Não despertável	Responde minimamente ou não responde a estímulos dolorosos; sem comunicação ou comandos.

Riker RR, Picard JT, Fraser GL. Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. Crit Care Med. 1999 Jul;27(7):1325–9.

MÉTODOS

FICHA DE COLETA DE DADOS			
IMPACTO DA DEXMEDETOMIDINA NO DESPERTAR DA ANESTESIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO			
NA SALA DE CIRURGIA			
DATA: ____/____/____			
RANDOMIZAÇÃO - ENVELOPE N.:			
NOME:			
REG:	LEITO:		TEL: ()
IDADE:	PESO/ALT:		ASA (I/II):
COMORBIDADES:			
SEXO:	FEM <input type="radio"/> MAS <input checked="" type="radio"/>		
TABAGISTA:	SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/>		
ETILISTA:	SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/>		
USO PRÉVIO DE MEDICAMENTOS:	NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> QUAIS? _____		
USO DE ANSIOLÍTICOS, ANTIPSICÓTICOS, OUTROS?	NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> QUAIS? _____		
ESCALA RIKER:	T0:	T1:	
PAM:	T0:	T1:	
FC:	T0:	T1:	
ESCORE DE DOR:	T1:		
NVPO:	T1:		

T0: À CHEGADA NA SALA DE CIRURGIA ; T1: ATÉ 15 MINUTOS APÓS A EXTUBAÇÃO;

HORA DE INÍCIO DA INFUSÃO:	____:____		
HORA DE TÉRMINO DA INFUSÃO:	____:____		
HORA DO DESCONTINUIDADE DO SEVOFLURANO:	____:____		
HORÁRIO FINAL DA CIRURGIA:	____:____		
HORA DA EXTUBAÇÃO:	____:____	TEMPO NECESSÁRIO PARA EXTUBAÇÃO (MIN):	
NECESSITOU DE RESGATE COM PROPOFOL?			
DOSE TOTAL INFUNDIDA (DEXMEDETOMIDINA):			

PERMANÊNCIA NA SRPA		
ESCALA RIKER:	T2:	
SE DOR, EVA MÁXIMO:		
SE DOR, FÁRMACO ADMINISTRADO E DOSE:		
NVPO:	NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> ALGUM FÁRMACO ADMINISTRADO? _____	
HORA DA ADMISSÃO:		
HORA DA ALTA:		
TEMPO DE PERMANÊNCIA NA SRPA (MINUTOS):		

OBS. PACIENTE EXCLUÍDO?	
NÃO <input checked="" type="radio"/>	SIM <input type="radio"/> MOTIVO:

RESULTADOS

Medicações psiquiátricas:

GC (2): 1 paciente referiu uso de medicação psiquiátrica (não sabe qual) e 1 paciente em uso de amitriptilina, zolpidem e sertralina → Riker 6.

GD (4):

- Clonazepam: 2 pacientes, Riker 5
 - Clonazepam + lítio + escitalopram: Riker 3
 - Risperidona: Riker 3
-
- Dose média dexmedetomidina em GD: 35,57 microgramas (DP = 10,18)

RESULTADOS

Tabela 1. Características clínicas, demográficas e hábitos de vida da amostra avaliada.

Fatores avaliados	Grupo avaliado		p-valor
	GD	GC	
Idade			
Mínimo- máximo	18-59	22-64	-
Média±DP	41,4 ± 11,9	40,8± 12,7	0,846 ¹
IMC			
Mínimo-máximo	20,4-39,0	18,7-39,6	-
Média±DP	29,0±5,0	30,1±6,1	0,504 ¹
Sexo			
Masculino	4 (16%)	3 (12,0%)	1,000 ²
Feminino	21 (84%)	22 (88%)	



RESULTADOS

Tabela 1. Características clínicas, demográficas e hábitos de vida da amostra avaliada.

Tabagismo	GD	GC	
Sim	1 (4,0%)	1 (4,0%)	1,000 ²
Não	24 (96,0%)	24 (96%)	
Etilismo			
Sim	4 (16,0%)	1 (4%)	0,349 ²
Não	21 (84%)	24 (96%)	

¹p-valor do teste t de Student para amostras independentes.

² p-valor do teste Exato de Fisher.

³ p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade

ASA	GD	GC	
1	3(12,0%)	11(44,0%)	0,012 ³
2	22(88,0%)	14(56,0%)	
Medicamentos de uso contínuo (quaisquer)			
Sim	14(56,0%)	9(36,0%)	0,156 ³
Não	11(44,0%)	16(64,0%)	
Medicamentos psiquiátricos			
Sim	5(20,0%)	2(8,0%)	0,417 ²
Não	20(80,0%)	23(92,0%)	

RESULTADOS

Tabela 2. Avaliação do escore *Riker* por grupo de tratamento.

Medida avaliada	Dexmedetomidina			Controle			p-valor
	T0	T1	p-valor	T0	T1	p-valor	
Riker	4,00[0,0]	4,00[1,0]	0,029 ¹	4,00[0,0]	5,00[2,0]	<0,001 ¹	0,016 ²

Nota: Mediana [amplitude interquartil]; T0 = Avaliação antes da intervenção; T1 = Até 15 minutos após extubação orotraqueal. ¹p-valor do teste de *Wilcoxon* para comparação T0 x T1. ²p-valor do teste de *Mann-Whitney* para comparação do T1 intervenção x controle.

RESULTADOS

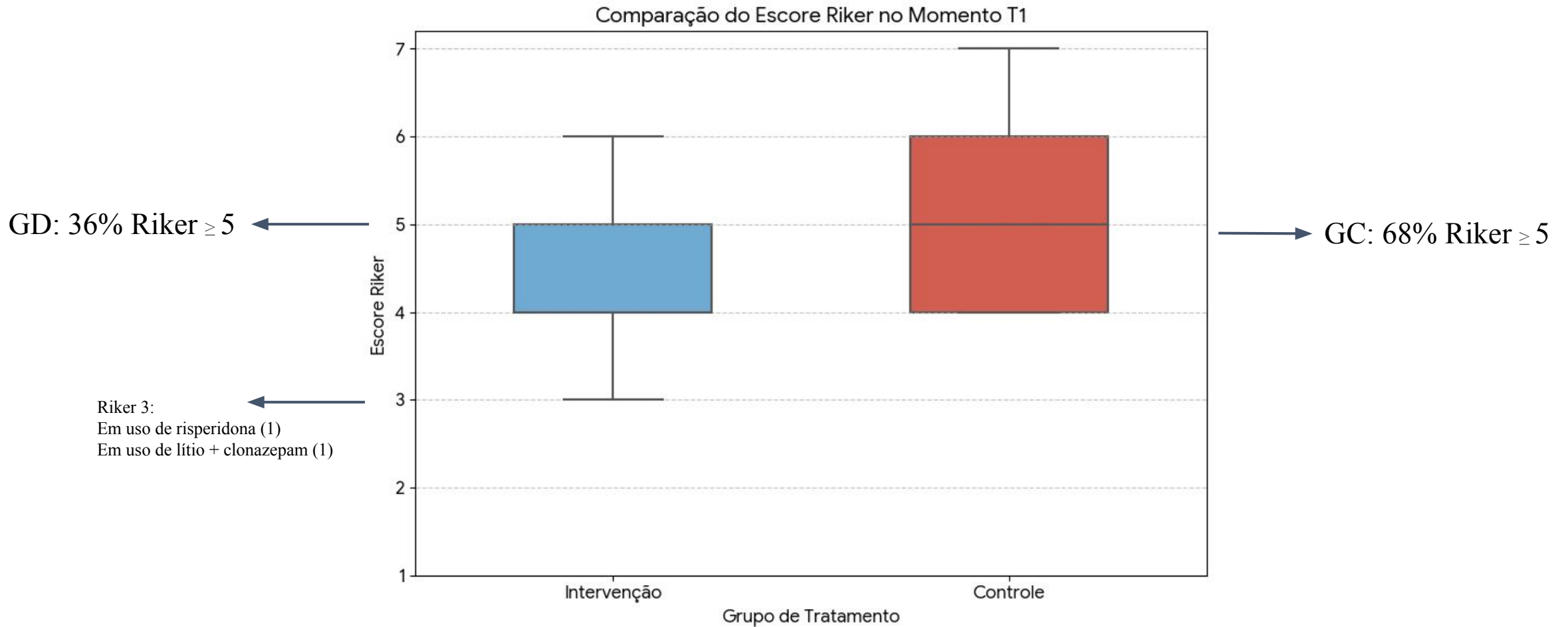


Figura 2. Comparação do Escore de Sedação e Agitação de *Riker* 6 entre os grupos em T1. Teste de Mann-Whitney, $p = 0,016$.

RESULTADOS

Tabela 3. Avaliação do escore *Riker* por grupo de tratamento na SRPA.

<i>Riker</i> na Admissão na SRPA (T2)	Grupo avaliado		p-valor
	GD	GC	
Mínimo - Máximo	3-5	3-5	-
Mediana [Amplitude interquartil]	4[0,0]	4[0,0]	1,000 ¹

Riker 3 no GC, 1 caso após tratamento com propofol

¹p-valor do teste de *Mann-Whitney*.

RESULTADOS

Tabela 4. Avaliação dos parâmetros hemodinâmicos segundo o momento de avaliação e o grupo de tratamento.

Medida avaliada	GD			GC			p-valor
	T0	T1	p-valor	T0	T1	p-valor	
PAM	96,7[13,3]	90,3[25,3]	0,008 ¹	102,0[19,0]	101,3[22,5]	0,925 ¹	0,008 ²
FC	83,0[31,5]	81,0[27,5]	0,841 ¹	86,0[31,5]	94,0[28,0]	0,196 ¹	0,151 ²

Nota: Mediana [amplitude interquartil]; T0 = Avaliação antes da intervenção; T1 = Até 15 minutos após a extubação orotraqueal. ¹p-valor do teste de Wilcoxon para comparação T0 x T1. ²p-valor do teste de Mann-Whitney para comparação do T1 intervenção x controle.

Evento adverso: **Bradicardia** 1 paciente (GD) FC 34.

RESULTADOS

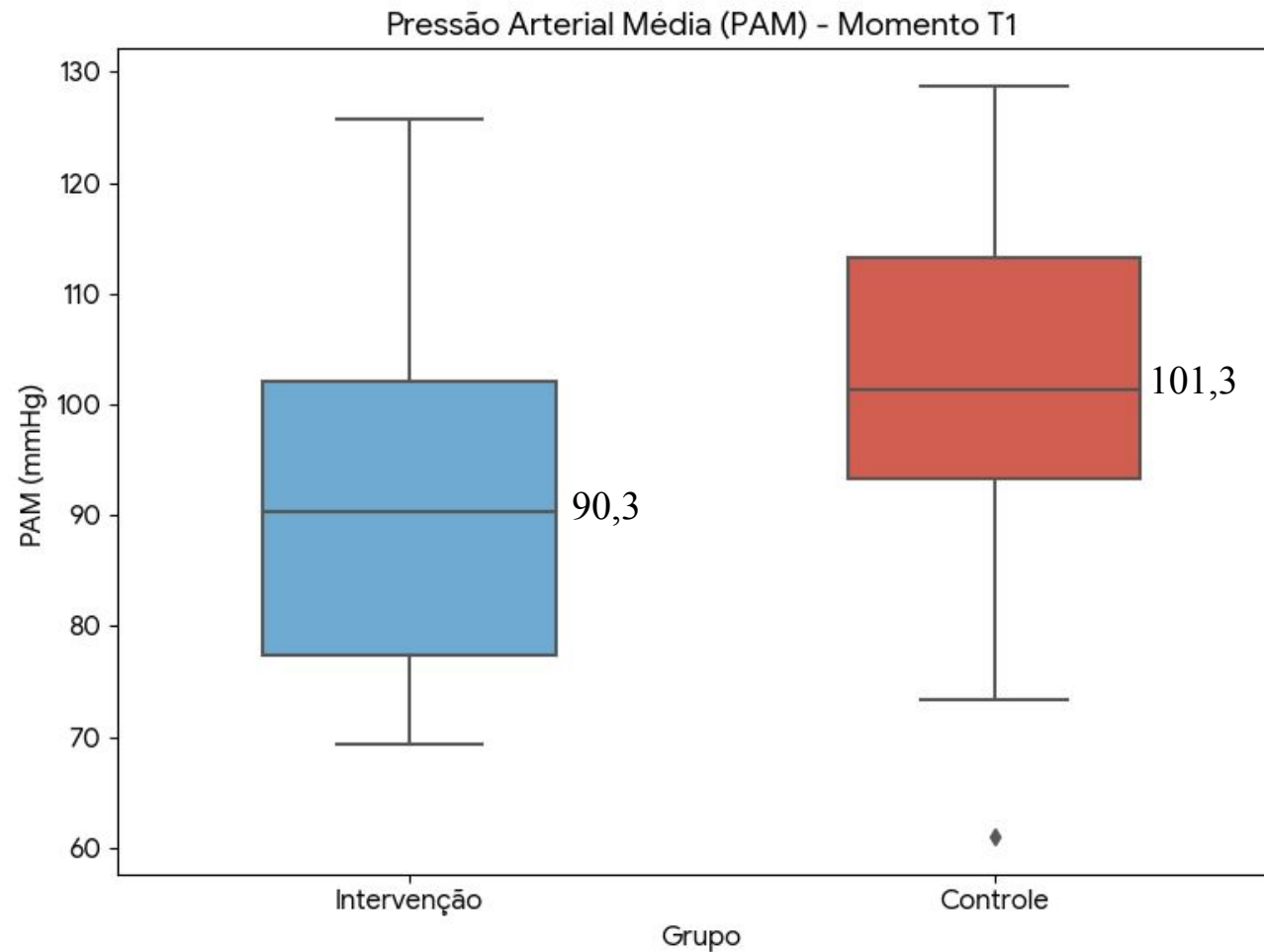


Figura 3. Comparação da Pressão Arterial Média (PAM) em T1 por grupo de estudo. Teste de Mann-Whitney para comparação do T1 intervenção x controle. - ($p=0,008$)

RESULTADOS

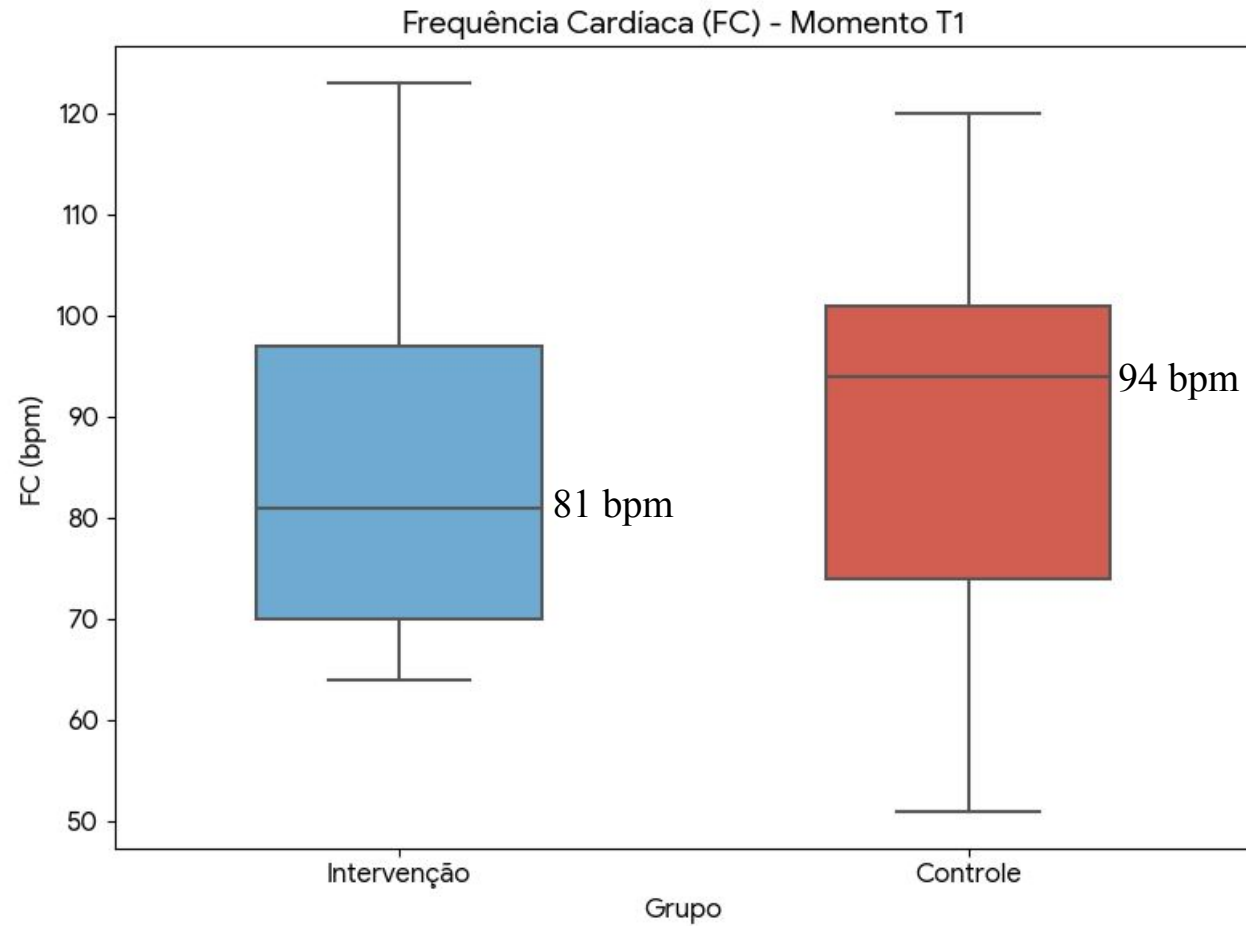


Figura 4. Comparação da Frequência Cardíaca (FC) em T1 entre os grupos. Teste de Mann-Whitney para comparação do T1 - Intervenção x controle. (p=0,151)

RESULTADOS

Tabela 5. Comparação da necessidade de resgate com propofol, tempo máximo para extubação orotraqueal, presença de dor e náusea na sala de cirurgia.

Fatores avaliados	Grupo avaliado		p-valor
	GD	GC	
Necessitou de resgate com propofol para agitação?			1,000 ²
Sim	1(4,0%)	2(8,0%)	
Não	24(96,0%)	23(92,0%)	
Tempo em minutos para extubação			0,580 ¹
Mínimo-máximo	3,0-20,0	4,0-22,0	
Média±DP	9,2±3,9	8,6±4,7	
Tempo cirúrgico (em horas)			0,307 ¹
Mínimo-máximo	0,95-2,45	0,75-2,50	
Média±DP	1,53±0,36	1,65±0,48	
Dor na Sala de Cirurgia			0,098 ²
Sim	1(4,0%)	6(24,0%)	
Não	24(96,0%)	19(76,0%)	
EVA Sala de Cirurgia			0,858 ¹
Mínimo-máximo	3-3	2-6	
Média±DP	3,0±0,0	3,3±1,6	
Náusea na Sala de Cirurgia			1,000 ²
Sim	0(0,0%)	1 (4,0%)	
Não	25 (100%)	24 (96%)	

¹p-valor do teste t de Student para amostras independentes.

²p-valor do teste Exato de Fisher.

RESULTADOS

Tabela 6. Comparação dos escores de dor, presença de náusea e permanência na SRPA entre os grupos.

Fatores avaliados	Grupo avaliado		p-valor	→ Morfina Fentanil Escopolamina Tramadol
	GD	GC		
Dor na SRPA				
Sim	5(20,0%)	9(36,0%)	0,208 ³	
Não	20(80,0%)	16(64,0%)		
EVA na SRPA				
Mínimo-máximo	6-8	4-10	-	
Média±DP	6,4±0,9	7,4±2,2	0,356 ¹	
Náusea na SRPA				
Sim	1(4,0%)	2(8,0%)	1,000 ⁴	
Não	24(96,0%)	23(92,0%)		
Tempo de permanência em minutos na SRPA				
Mínimo-máximo	15-155	30-125	-	
Média±DP	58,8±25,7	63,0±22,2	0,543 ¹	

¹p-valor do teste t de *Student* para amostras independentes.

²p-valor do teste de *Mann-Whitney*.

³p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade

⁴p-valor do teste Exato de Fisher.



DISCUSSÃO

Referência	Tipo de estudo	Tipo de cirurgia/ tamanho	Doses	Incidência de AD	Hemodinâmica	Eventos adversos	Tempo para extubação	Dor pós operatória	Tempo SRPA
Zhang et al. 2019 Chinês	Metanálise n-12	N = 842 diversas cirurgias	0,4 mcg/kg/h (manutenção) <u>Bolus 0,5-1</u>	RR = 0,49 (IC 95%) Superior a fentanil, clonidina, cetamina e propofol em bolus	Hipotensão mais comum, RR = 2,37 (p 0,03) Bradicardia sem diferença significativa	NVPO e sedação sem diferenças	Prolonga, SMD = 0,26 (p= 0,03) Pequeno efeito	0,83 ponto (IC 95%) Menor necessidade de resgates RR 0,66	Menor, p=0,35 SMD -0,12 sem sig.
Gouvêa et al. 2021 Brasileiro	Metanálise n-15	N = 2183 Não cardíacas	0,1-0,7 (manutenção) <u>Bolus variáveis 0,1-0,5</u>	OR 0,24 para agitação; 0,36 para agitação e delirium	Não detalhou	Não detalhou	Diferença média 1,43 (IC 95%) para dex	Não detalhou	Não detalhou
Wegner et al 2025 Brasileiro	Metanálise n-9	n=620 Cirurgias nasais	<u>Bolus 0,4 até 1 Manutenção 0,2-0,5</u>	RR 0,31 (IC 95%) Para agitação grave RR 0,5	FC → Diferença média de 10,31 bpm, melhor para dex	Bradicardia RR 5,61	Diferença média de 0,81 min	Diferença média 0,83 melhor para dex	Diferença média -0,75 min (p 0,7)

DISCUSSÃO

Referência	Tipo de estudo	Tipo de cirurgia/ tamanho	Doses	Incidência de AD	Hemodinâmica	Eventos adversos	Tempo para extubação	Dor pós operatória	Tempo SRPA
				35,57					
Araújo et al. 2026	Simple cego randomizado	50 pacientes CV 90min	0,5 infusão contínua vs controle	68% vs 36% 0 e 4% na SRPA Amplitude IQ [4-5] vs [5-6] p < 0,016	GD: -8,59% na PAM (p 0,008) GC 2,59% (p 0,925) FC -2 bpm vs -8 bpm p > 0,5	NVPO 0 vs 4% SRPA 4% vs 8% p > 0,5	9,2 ± 3,9 min 8,6 ± 4,7 min p = 0,58	4% vs 24% (p 0,09) SRPA 20% vs 36% (p 0,2)	63,0± 22,2 GD 58,8 ± 25,7 p= 0,54
Choi et al. 2020	Duplo-cego randomizado	88 pacientes, CV 60min	Bolus 0,5	GC: 64% GD: 23% SRPA 32% vs 5%	FC → ↑14 bpm na extubação (p < 0,01) e PAM ↑15 mmHg (p 0,007)	NVPO sem diferenças	8,0 ± 4,4 6,8 ± 3,0 (p 0,3)	Dor mediana 4 vs 5 menor no Dex	20 vs 24,5 menor no Dex p 0,7
Aouad et al. 2017	Duplo-cego randomizado	190 pacientes Diversas cirurgias	Bolus 1,0-0,5-0,25	GC 72% GD 33-34%	GC: ↑ 42 bpm 0,25: ↑ 29 bpm 0,5-1: ↑ 11bpm	Hipotensão Dex 1 (27%) Dex 0,5 (19%)	Sem diferença 16,69± 4,3 min 18± 6,36 min (p 0,1)	GC [4,5] GD1 [0] GD 0,5 [2] (p 0,02)	> 60 min em doses 0,5-1
Libanês									
Agarwal et al. 2019	Duplo-cego randomizado	60 pacientes, cir. diversas	Bolus 0,5 vs controle	Ramsey 2 vs 1 (p 0,001)	PAM GC ↑18% GD ↓ 6% FC ↑30bpm em GC	Sem relatos	18,27 ± 2,2 min 14,47 ± 1,89	Sem descrição	Não comparou


DISCUSSÃO

Referência	Tipo de estudo	Tipo de cirurgia/ tamanho	Doses	Incidência de AD  	Hemodinâmica	Eventos adversos	Tempo para extubação	Dor pós operatória	Tempo SRPA
Araújo et al. 2026	Simple cego randomizado	50 pacientes CV 90min	0,5 infusão contínua vs controle	68% vs 36% 0 e 4% na SRPA Amplitude IQ [4-5] vs [5-6] p <0,016	GD: -8,59% na PAM (p 0,008) GC 2,59% (p 0,925) FC -2 bpm vs -8 bpm p > 0,5	NVPO 0 vs 4% SRPA 4% vs 8% p > 0,5	9,2 ± 3,9 min 8,6 ± 4,7 min p = 0,58	4% vs 24% (p 0,09) SRPA 20% vs 36% (p 0,2)	63,0± 22,2 GD 58,8 ± 25,7 p= 0,54
Choi et al. 2020	Duplo-cego randomizado	88 pacientes, CV 60min	Bolus 0,5	GC: 64% GD: 23% SRPA 32% vs 5%	FC → ↑14 bpm na extubação (p <0,01) e PAM ↑15 mmHg (p 0,007)	NVPO sem diferenças	8,0 ± 4,4 6,8 ± 3,0 (p 0,3)	Dor mediana 4 vs 5 menor no Dex	20 vs 24,5 menor no Dex p 0,7
Aouad et al. 2017	Duplo-cego randomizado	190 pacientes Diversas cirurgias	Bolus 1,0-0,5-0,25	GC 72% GD 33-34%	GC:↑ 42 bpm 0,25: ↑ 29 bpm 0,5-1: ↑ 11bpm	Hipotensão Dex 1 (27%) Dex 0,5 (19%)	Sem diferença 16,69± 4,3 min 18± 6,36 min (p 0,1)	GC [4,5] GD1 [0] GD 0,5 [2] (p 0,02)	> 60 min em doses 0,5-1
Agarwal et al. 2019	Duplo-cego randomizado	60 pacientes, cir. diversas	Bolus 0,5 vs controle	Ramsey 2 vs 1 (p 0,001)	PAM GC ↑18% GD↓ 6% FC ↑30bpm em GC	Sem relatos	18,27 ± 2,2 min 14,47 ± 1,89	Sem descrição	Não comparou

DISCUSSÃO

Referência	Tipo de estudo	Tipo de cirurgia/tamanho	Doses	Incidência de AD	Hemodinâmica	Eventos adversos	Tempo para extubação	Dor pós operatória	Tempo SRPA
Zhang et al. 2019 Chinês	Metanálise n-12	N = 842 diversas cirurgias	0,4 mcg/kg/h (manutenção) <i>Bolus</i> 0,5-1	RR = 0,49 (IC 95%) Superior a fentanil, clonidina, cetamina e propofol em bolus	Hipotensão mais comum, RR = 2,37 (p 0,03)	NVPO e sedação sem diferenças	Prolonga, SMD = 0,26 (p= 0,03) Pequeno efeito	0,83 ponto (IC 95%) Menor necessidade de resgates RR 0,66	Menor, p=0,35 SMD -0,12 sem sig.
Gouvêa et al. 2021 Brasileiro	Metanálise n-15	N = 2183 Não cardíacas	0,1-0,7 (manutenção) <i>Bolus</i> variáveis 0,1-0,5	OR 0,24 para agitação; 0,36 para agitação e delirium	Não detalhou	Não detalhou	Diferença média 1,43 (IC 95%) para dex	Não detalhou	Não detalhou
Wegner et al 2025 Brasileiro	Metanálise n-9	n=620 Cirurgias nasais	<i>Bolus</i> 0,4 até 1 Manutenção 0,2-0,5	RR 0,31 (IC 95%) Para agitação grave RR 0,5	FC → Diferença média de 10,31 bpm, melhor para dex	Bradicardia RR 5,61	Diferença média de 0,81 min	Diferença média 0,83 melhor para dex	Diferença média -0,75 min (p 0,7)
Ye et al. 2021 Chinês	Duplo-cego randomizado	120 pacientes, CV 45 min	Controle vs <i>Bolus</i> 0,4-0,6 ou 0,8	Agitação, 6,6%	FC mais estável e menor em 0,6-0,8	Bradicardia mais comum em 0,8 (16,6%)	Aumento com 0,8 16,3 ± 7,6 min vs 11,8 ± 1,9 min no controle -<0,05	Menor em Dex 0,6-0,8 -0,8-0,9 pontos na EVA (p 0,03)	Não avaliou

DISCUSSÃO

Referência	Tipo de estudo	Tipo de cirurgia/ tamanho	Doses	Incidência de AD	Hemodinâmica	Eventos adversos	Tempo para extubação	Dor pós operatória 	Tempo SRPA
Zhang et al. 2019 Chinês	Metanálise n-12	N = 842 diversas cirurgias	0,4 mcg/kg/h (manutenção) <i>Bolus</i> 0,5-1	RR = 0,49 (IC 95%) Superior a fentanil, clonidina, cetamina e propofol em bolus	Hipotensão mais comum, RR = 2,37 (p 0,03) Bradicardia sem diferença significativa	NVPO e sedação sem diferenças	Prolonga, SMD = 0,26 (p= 0,03) Pequeno efeito	0,83 ponto (IC 95%) Menor necessidade de resgates RR 0,66	Menor, p=0,35 SMD -0,12 sem sig.
Wegner et al 2025 Brasileiro	Metanálise n-9	n=620 Cirurgias nasais	<i>Bolus</i> 0,4 até 1 Manutenção 0,2-0,5	RR 0,31 (IC 95%) Para agitação grave RR 0,5	FC → Diferença média de 10,31 bpm, melhor para dex	Bradicardia RR 5,61	Diferença média de 0,81 min	Diferença média 0,83 melhor para dex	Diferença média -0,75 min (p 0,7)
Choi et al. 2020 Sul-coreano	Duplo-cego randomizado	88 pacientes, CV 60min	<i>Bolus</i> 0,5	GC: 64% GD: 23% SRPA 32% vs 5%	FC → ↑14 bpm na extubação (p <0,01) e PAM ↑15 mmHg (p 0,007)	NVPO sem diferenças	8,0 ± 4,4 6,8 ± 3,0 (p 0,3)	Dor mediana 4 vs 5 menor no Dex	20 vs 24,5 menor no Dex p 0,7

CONCLUSÃO

- ◆ Dexmedetomidina → agente adjuvante seguro e eficaz na redução da agitação ao despertar, **sem prejuízo clínico sobre o tempo de extubação** ou **estabilidade** hemodinâmica.
- ◆ Tendência: escores **menores** de dor e **menor** tempo de permanência na SRPA, pelos possíveis benefícios adicionais sobre o conforto e a recuperação anestésica.
- ◆ Limitações inerentes ao desenho metodológico, à monitorização e ao seguimento. Sugerimos estudos com amostras maiores e avaliação em diferentes contextos clínicos e cirúrgicos são recomendados para aprofundar esses achados.

REFERÊNCIAS



OBRIGADA!