

Protocolo clínico

Sedoanalgesia em adultos

Critérios de inclusão e objetivos

Pacientes adultos, internados na Unidade de Terapia Intensiva desta instituição e que estejam sob ventilação mecânica.

É sabido que uso excessivo de sedativos ou analgésicos estão associados a consequências indesejáveis, incluindo aumento da morbidade e atraso na recuperação do paciente grave. Para garantir o melhor cuidado, o manejo da analgesia, ansiedade, agitação e delirium deve seguir recomendações baseadas em evidências.

Sedação e analgesia no ambiente de terapia intensiva

Os objetivos da sedoanalgesia na UTI baseiam-se em prevenção e alívio do desconforto. Há grande evidência na literatura evidenciando melhores desfechos com o paciente mais acordado e ativo possível, incluindo redução de tempo de ventilação mecânica e redução em mortalidade.

Assim, a sedação guiada por alvos associada a uma analgesia adequada deve ser a primeira opção em pacientes graves sob ventilação mecânica.

Para isso, faz-se necessário a avaliação periódica e o uso de ferramentas padronizadas para avaliação de:

- presença e intensidade de dor: escala EVA ou BPS
- nível de sedação: escala RASS
- identificação e presença de delirium: escala CAM-ICU

A doses iniciais e de manutenção dos principais agentes utilizados em UTI estão sugeridas na tabela 1

Recomendações para analgesia:

- analgesia primeiro: a primeira intervenção no controle da agitação deve ser a avaliação e tratamento da dor.
- sempre que possível, evitar opióides em infusão contínua. O uso de doses intermitentes tem menor risco de efeitos colaterais e menor dose diária total.
- utilizar analgesia multimodal

Importante:

Em pacientes já tratados com protocolo guiado por alvo de sedação leve, a interrupção diária da sedação não tem benefício.

Considerações do algoritmo de analgo-sedação baseado em alvo

- a meta de sedoanalgesia será RASS 0 a -2.
- sedação moderada (RASS -3) pode ser considerada em contexto onde há dificuldade em manter o paciente confortável com sedação leve
- quando desconforto de difícil controle, lembrar de descartar abstinência relacionada ao uso de sedativos e opióides
- lembrar das contraindicações para sedação leve, dentre as principais:
 - hipertensão intracraniana
 - uso de bloqueador neuromuscular
 - situação em que há indicação de coma induzido: estado de mal convulsivo, hipotermia terapêutica, relação PaO₂/FIO₂ < 100 se necessidade de sedação para oxigenação)

Protocolo clínico

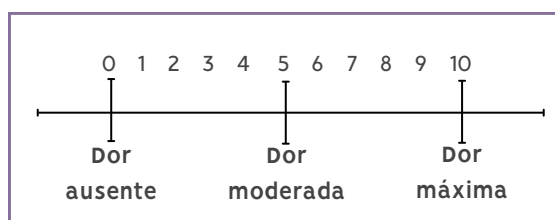
Sedoanalgesia em adultos

Escala EVA e BPS para avaliação e quantificação de dor

ESCALA EVA (escala visual analógica)

Deve ser usada sempre que possível, desde que o paciente consiga comunicar dor, mesmo que esteja intubado e sedado.

Deve haver contato visual do paciente com a escala: mostrar a escala ao paciente e pedir que ele aponte para o número que corresponde a sua dor.



ESCALA BPS (behavioral pain scale)

Utilizar quando o paciente não conseguir comunicar dor.

EXPRESSÃO FACIAL	ESCORE
Relaxada	1
Parcialmente controlada: sobrancelhas contraída	2
Completamente contraída: pálpebras fechadas	3
Careta: esgar facial	4
MOVIMENTOS DOS MEMBROS SUPERIORES	ESCORE
sem movimento	1
Parcialmente fletidos	2
Muito fletidos, com flexão dos dedos	3
Retraídos, resistência aos cuidados	4
ADAPTAÇÃO AO VENTILADOR	ESCORE
Tolera a ventilação	1
Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível	3
Incapaz de controlar a ventilação	4

- Paciente sem dor = 3 pontos
- Dor leve a moderada = 4 a 5 pontos
- Dor intensa = 6 a 11 pontos
- Dor máxima = 12 pontos

Protocolo clínico

Sedoanalgesia em adultos

Escala RASS para avaliação de nível de sedação

SCORE	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
+4	combativo	violento, levando a perigo imediato para o paciente ou equipe
+3	muito agitado	agressivo, podendo remover tubos e cateteres
+2	agitado	movimentos não intencionais frequentes, assincronia com ventilador
+1	inquieto	ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	alerta e calmo	
-1	sonolento	não plenamente alerta, mantém contato visual a estímulo verbal por mais de 10s
-2	sedação leve	acorda rapidamente, mantém contato visual ao estímulo verbal por menos de 10s
-3	sedação moderada	apresenta movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato visual
-4	sedação profunda	sem resposta ao estímulo verbal, responde apenas ao estímulo físico
-5	coma	sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Recomendações de doses de sedativos

MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO	MANUTENÇÃO	DOSE MÁXIMA	1/2 VIDA
midazolam	0,02 mg/kg/h	0,04 – 0,2 mg/kg/h	0,2 mg/kg/h	13 – 11h
fentanil	0,7 mg/kg/h	1,0– 3,0 mg/kg/h	4,0 mg/kg/h	30 – 60 min
dexmedetomidina	0,2 mcg/kg/h	0,2 – 1,2 mcg/kg/h	1,4 mcg/kg/h	2h

Recomendações de doses de analgésicos opióides

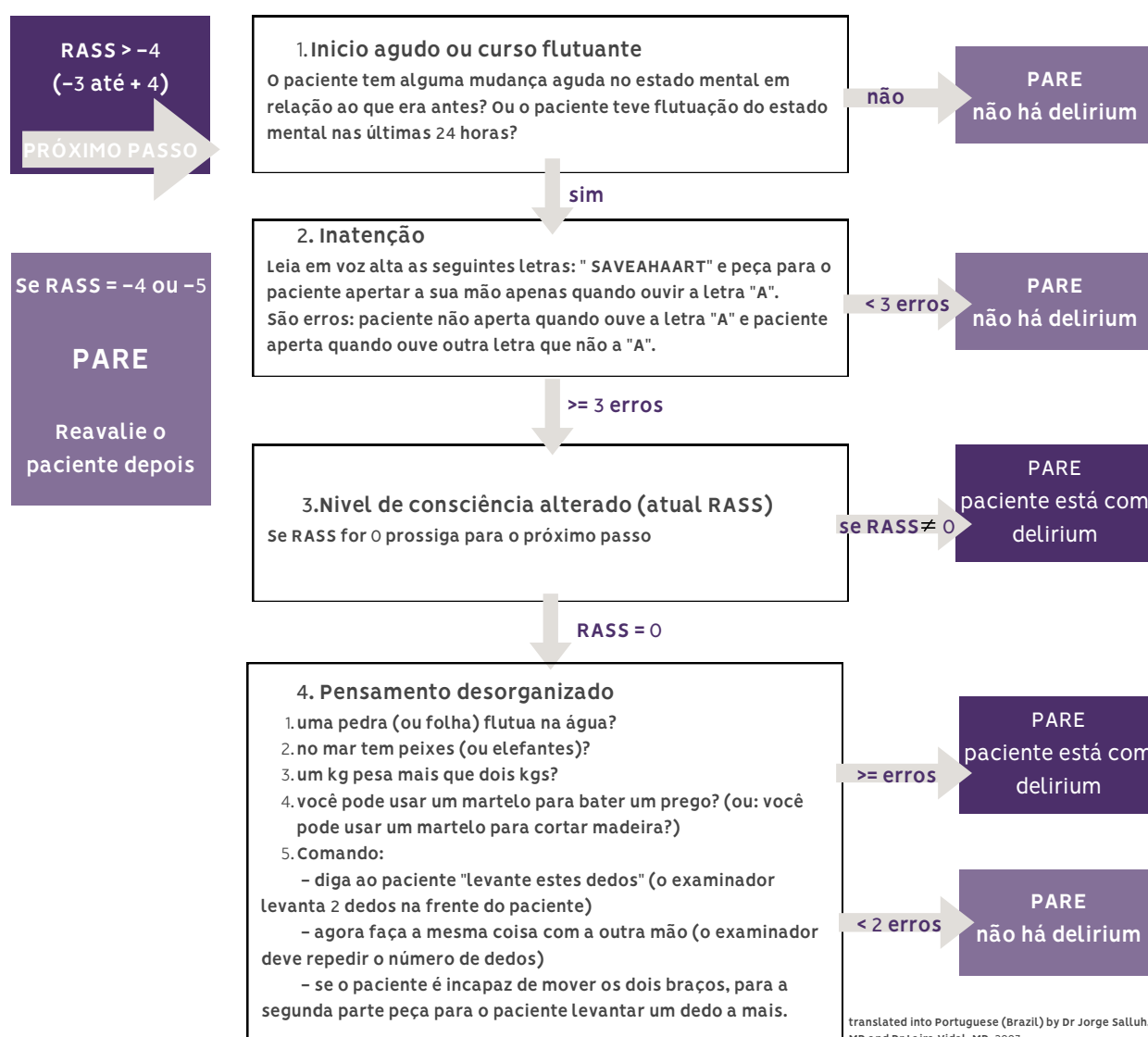
MEDICAMENTO	TRATAMENTO DOR AGUDA	MANUTENÇÃO
Morfina	dose resgate: 3mg EV em bolus de 15/15min até controle da dor <ul style="list-style-type: none"> dose máxima 15mg (5 bolus) 	<ul style="list-style-type: none"> analgésico preferencial uso intermitente e em intervalos curtos 2–4mg EV a cada 2–4h. Se disfunção renal, reduzir 50% da dose
Fentanil	dose resgate: 50–100mcg EV em bolus de 10/10 min até controle da dor <ul style="list-style-type: none"> dose máxima 200mcg 	<ul style="list-style-type: none"> droga de escolha se instabilidade hemodinâmica uso EV contínuo: 0.3 – 2mcg/kg/h

Protocolo clínico Sedoanalgesia em adultos

Delirium

- Delirium é uma síndrome neurocomportamental aguda que atinge 30–80% dos pacientes internados em Terapia Intensiva. É um preditor independente de mortalidade e de disfunção cognitiva a longo prazo.
- Apesar de ser uma condição frequente e com etiologia multifatorial, é uma comorbidade prevenível, inclusive com abordagem não farmacológica.
- O diagnóstico e manejo precoce do delirium melhora o desfecho. O rastreio sistemático de delirium deve ser realizado pela equipe de enfermagem com escala CAM-ICU (conforme abaixo) duas vezes ao dia.
- O fluxograma para prevenção de manejo de delirium (fluxograma 2) contempla medidas farmacológicas e não farmacológicas e deve ser implementado por toda equipe multidisciplinar.

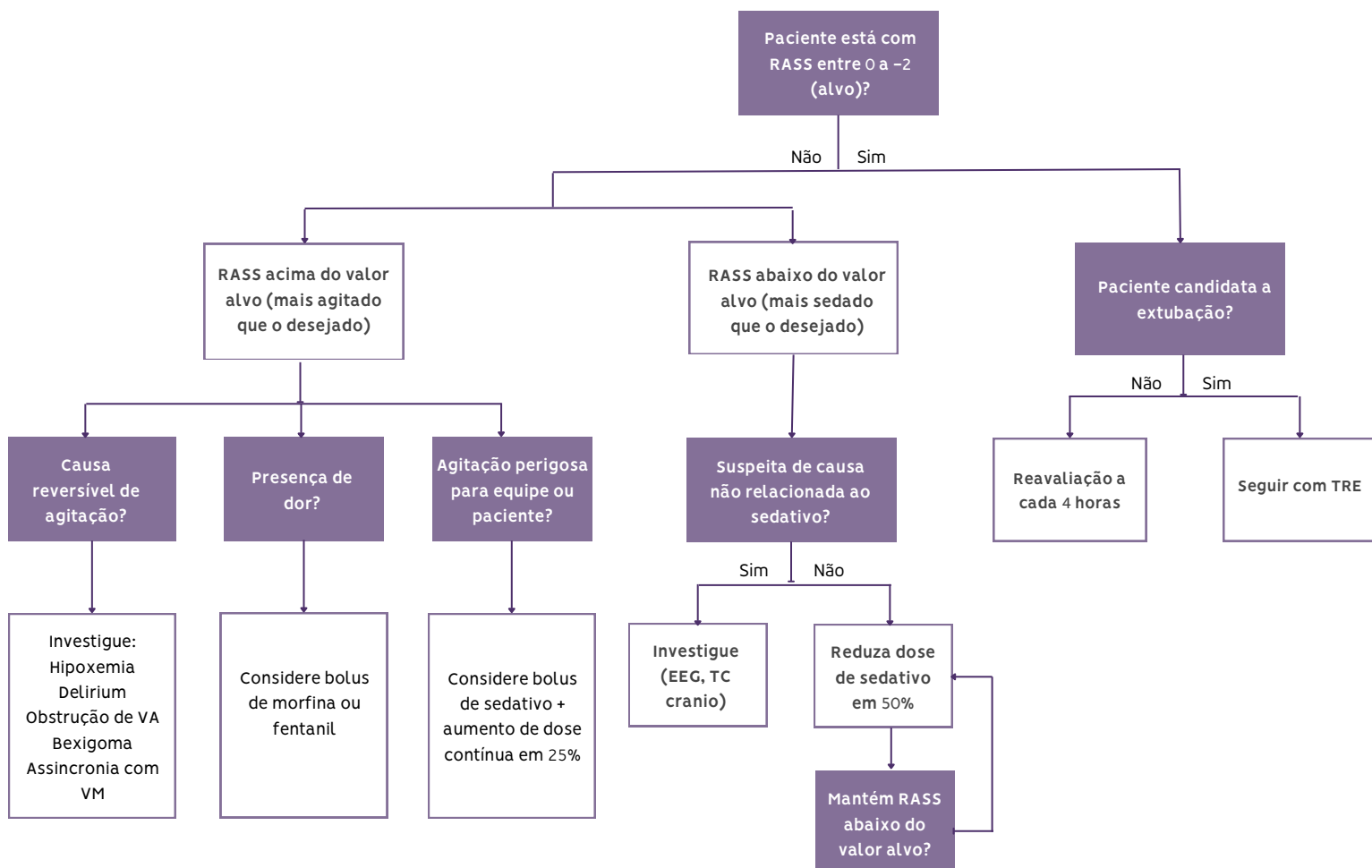
Método de avaliação da confusão mental na UTI (CAM-ICU)



Protocolo clínico

Sedoanalgesia em adultos

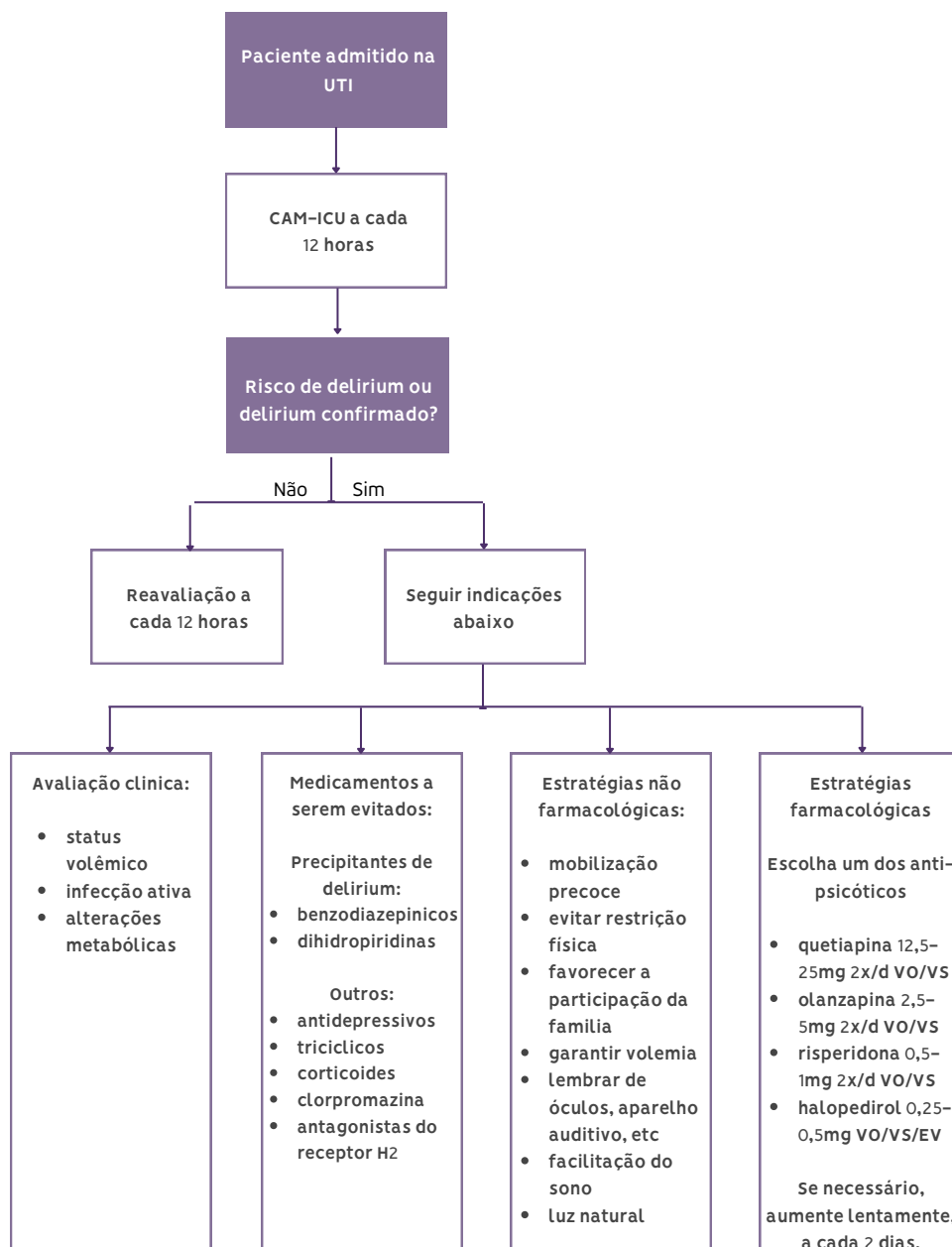
Fluxo 1: sedoanalgesia baseada em alvo (equipe multidisciplinar)



Protocolo clínico

Sedoanalgesia em adultos

Fluxo 2: prevenção e tratamento de delirium



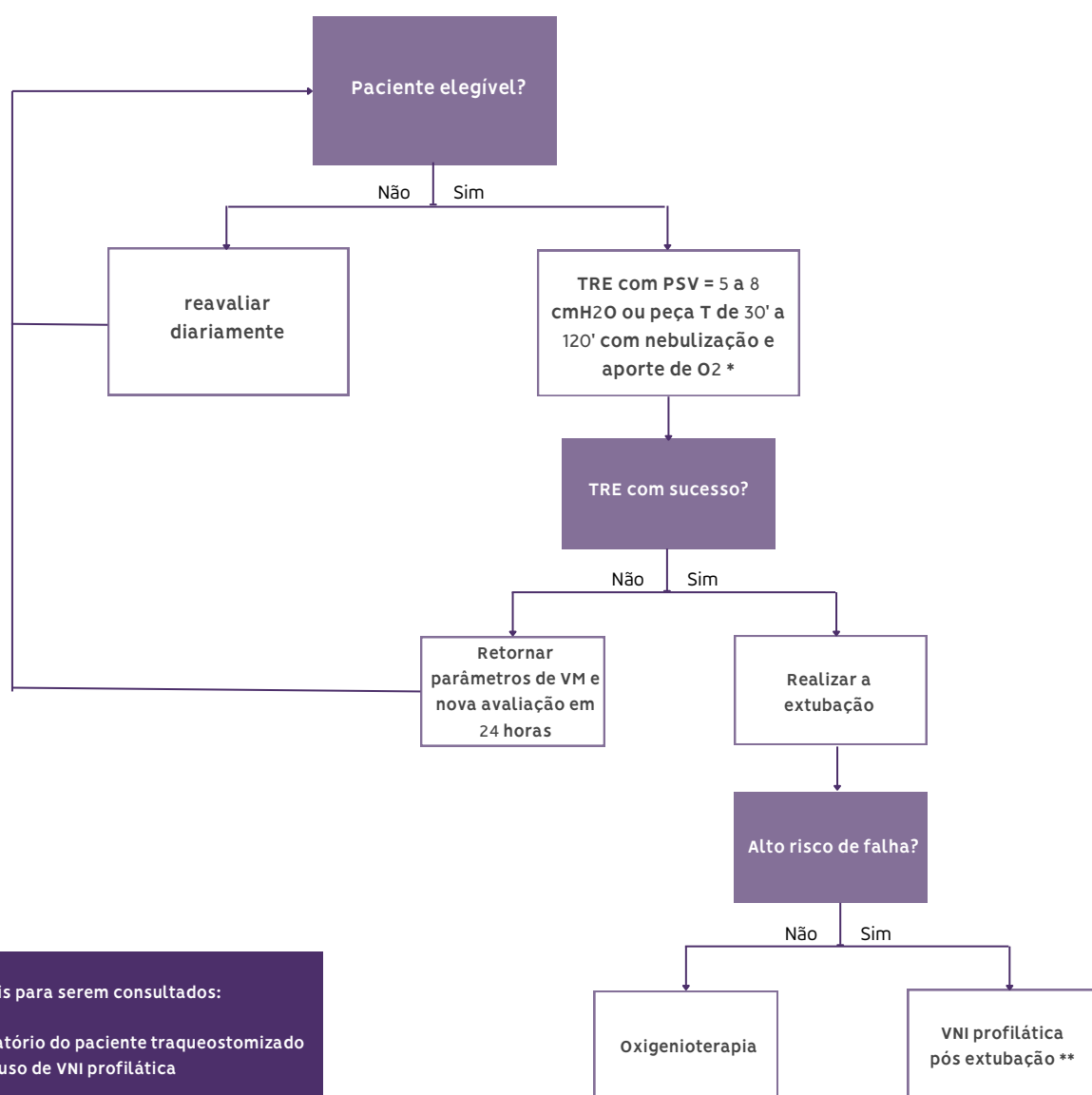
Protocolo clínico

Teste de respiração espontânea – TRE

AVALIAÇÃO ELEGIBILIDADE PARA O DESMAME

Para ser considerado elegível para o teste de respiração espontânea o paciente deve preencher todos os critérios:

- causa de base revertida/evolução clínica favorável/estabilidade hemodinâmica
- Hb >= 8g/dL
- FC <= 120bpm e PA sistólica entre 90–160mmHg (sem ou com vasopressor em dose decrescente)
- Oxigenação adequada (satO₂ > 90% com FiO₂ < 0,4 ou P/F >= 150 com PEEP <= 8cmH₂O)
- FR adequada (<= 30 irpm)
- pressão de suporte <= 20 cmH₂O
- pH > 7,30



Critérios para interrupção do TRE:

- FR > 35 mrpm ou aumento excessivo do esforço respiratório
- FC > 140bpm ou arritmia nova
- PAS > 180 ou < 90 mmHg
- agitação psicomotora, sudorese, rebaixamento do nível de consciência