

Protocolo de Analgesia e Sedação

Unidade Clínica de Terapia Intensiva

1. Identificar precocemente a presença de desconforto/angústia no paciente em UTI.

Causas: ansiedade, dor, *delirium*, dispnéia e paralisia neuromuscular.

2. Tratamento

2.1 Tratar primeiramente as causas de desconforto/angústia

2.2 Estratégias não farmacológicas de tratamento devem ser implementadas antes da terapia medicamentosa.

Comunicação frequente com pacientes e familiares

Visitas familiares regulares

Manter ciclos de sono normais

Terapias cognitivo-comportamentais (música, imagem, etc)

2.3 A administração de medicações sedativas/analgésicas devem ser instituídas após avaliação individual baseadas nas necessidades de cada paciente, quando o tratamento da causa do desconforto e as intervenções não farmacológicas foram insuficientes para controlar os sintomas.

Agentes disponíveis

Analgésicos

Agente	Início ação após injeção EV	Meia-vida de eliminação	Metabólitos ativos	Dose EV – intermitente	Dose EV – manutenção	Informações importantes
Fentanil	1-2min	200min (6h) 300 min (12h)	Não	0,35-0,5mcg/kg	0,7-10mcg/kg/h	Hipotensão (menor q morfina) e acúmulo na disfunção hepática
Morfina	5-10min	3-4h	Sim	2-4mg q1-2h	2-30mg/h	Liberação de histamina e acúmulo na disfunção hepática/renal
Metadona	–	15-60h	Não	2,5-10mg q8-12h	Não recomendada	Retardar o desenvolvimento de tolerância a opióides. Farmacocinética e farmacodinâmica imprevisíveis (não houve exposição a opióides). Monitorar intervalo QTc
Cetamina	30-40seg	2-3h	Sim	Bolus inicial: 0,1-0,5mg/kg	0,05-0,4mg/kg/h	Atenuar o desenvolvimento de tolerância aguda aos opióides. Alucinações e alterações psicológicas.

Sedativos

Agente	Início ação após injeção EV	Meia-vida de eliminação	Metabólitos ativos	Dose inicial (EV)	Dose manutenção (EV)	Efeitos colaterais
Midazolam	2-5min	3-11h	Sim	0,01-0,05mg/kg	0,02-0,1mg/kg/h	Depressão respiratória e hipotensão
Propofol	1-2min	3-12h $\pm$ 50 $\pm$ 18h	Não	5mcg/kg/min	5-50mcg/kg/min	Dor a injeção, depressão respiratória, hipotensão, hipertrigliceridemia, pancreatite, reação alérgica, síndrome de infusão do propofol
Dexmedetomidina	5-10min	1,8-3,1h	Não	1mcg/kg em 10min	0,2-0,7mcg/kg/h	Bradycardia, hipotensão, hipertensão com dose inicial, perda de reflexos protetores de via aérea

Regras gerais para escolha do agente:

- Deve ser individualizada para cada paciente e condição clínica.
- Direcionada para a causa do desconforto:
 - Dor ou dispnéia - opióides
 - Delirium – antipsicóticos
 - Ansiedade – considerar benzodiazepínicos
 - Intubados sob ventilação mecânica – priorizar analgesia

Dose inicial:

- Mais elevadas – quando se objetiva sedação mais profunda e indivíduos grandes
- Mais baixas – quando se objetiva sedação superficial, em indivíduos menores, idosos, com disfunção renal e hepática.

Administração

- Iniciar com bolus intermitente. Infusão contínua deve ser evitada, mas se necessária, realizar interrupção diária e titular doses para sedação leve (RASS -2 a 0).
- A meta de sedação é RASS 0 (paciente alerta e confortável), embora alguns pacientes necessitem de sedação mais profunda.

- A equipe deve estar sempre alerta para evitar o excesso de sedação – reavaliação constante por meio de escalas para avaliar dor, sedação e delirium devem ser realizadas.*

Desmame

- Para os pacientes recebendo mais de uma medicação analgésica-sedativa, o analgésico deve ser retirado posteriormente para evitar que o paciente desperte com dor.
- A taxa de redução deve ser individualizada. Em geral, interrupção abrupta é aceitável se a sedo-analgesia tem duração menor que 7 dias e em pacientes com sedação prolongada porém muito profundamente sedados. Em pacientes com sedo-analgesia acima de 7 dias e com sinais de taquifilaxia, deve ser efetuada a realização gradual (10 a 25% por dia).

***Escala para avaliação de dor**

Para os pacientes que se comunicam:

1. ESCALA VERBAL NUMÉRICA (0-10)

Dor fraca (intensidade igual ou menor que 3)

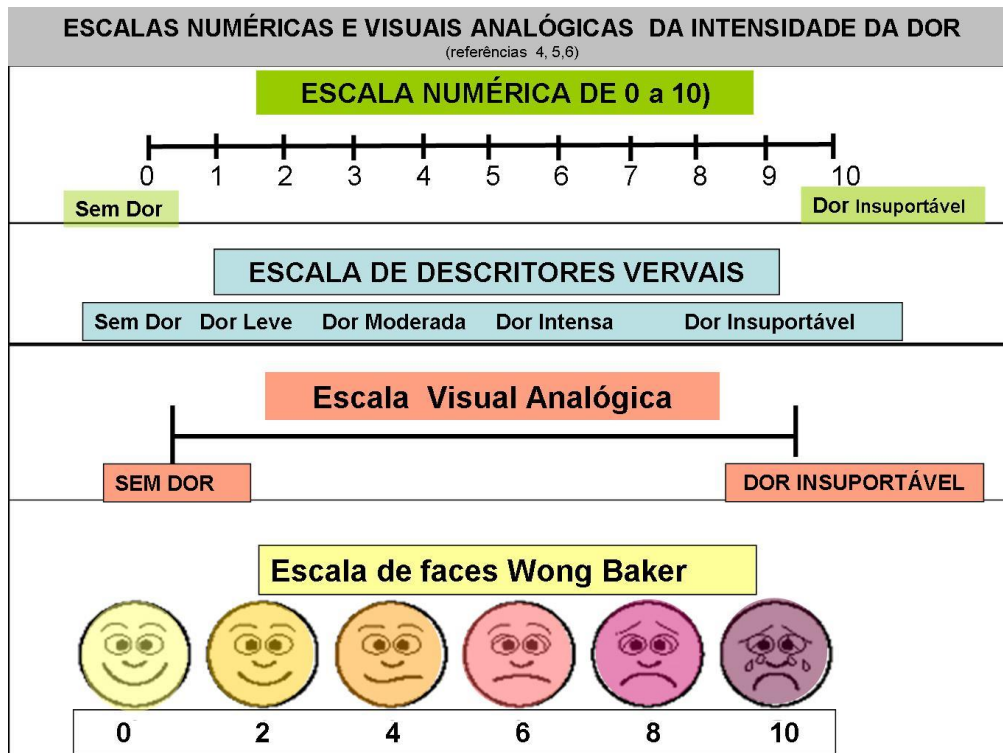
Dor moderada (intensidade de 4 a 6)

Dor intensa (intensidade de 7 a 9)

Dor insuportável (intensidade 10)

2. VISUAL NUMÉRICA

3. ESCALA VISUAL ANALÓGICA



Para os pacientes intubados/sedados:

1. The Behavioral Pain Scale
2. The Critical Care Pain Observation Tool.

Quadro I – A Behavioral Pain Scale Analisa:

Expressão facial

Relaxada: 1

Parcialmente tensa: 2

Totalmente tensa: 3

Fazendo careta: 4

Movimentos dos membros superiores

Relaxado: 1

Parcialmente flexionado: 2

Totalmente flexionado: 3

Totalmente contraído: 4

Ventilação mecânica

Tolerando movimentos: 1

Tossindo, mas tolerando durante a maior parte do tempo: 2

Lutando contra ventilador: 3

Impossibilidade de controle do ventilador: 4

Escalas para avaliação de sedação

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Quadro 3 – Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS).

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento; perigoso.
+3	Muito agitado	Conduta agressiva; remoção de tubos ou cateteres.
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação frequentes.
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos.
0	Alerto, calmo	
-1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (> 10 seg).
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10 seg).
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física.
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.

Procedimento da medida do RASS:

1. Observar o paciente
 - Paciente está alerta, inquieto ou agitado. (0 a +4)
2. Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir para ele abrir os olhos e olhar para o profissional.
 - Paciente acordado com abertura de olhos sustentada e realizando contato visual. (-1)
 - Paciente acordado realizando abertura de olhos e contato visual, porém breve. (-2)
 - Paciente é capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual. (-3)
3. Quando paciente não responde ao estímulo verbal realizar estímulos físicos.
 - Paciente realiza algum movimento ao estímulo físico. (-4)
 - Paciente não responde a qualquer estímulo. (-5)

Riker Sedation-Agitation Scale (SAS)

7. Agitação perigosa
6. Muito agitado
5. Agitado
4. Calmo e cooperativo
3. Sedado
2. Muito sedado
1. Não despertável

Escalas para avaliação de delirium

Confusion Assesment Method for the ICU (CAM-ICU)

Quadro 2 – Manual CAM-ICU para Diagnóstico do *Delirium*

CAM-ICU – Características e Descrições		Ausente	Presente
Característica 1: Início agudo ou curso flutuante			
A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?			
ou			
B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (p. ex.: RASS), Glasgow, ou avaliação de <i>delirium</i> prévio?			
Característica 2: Falta de atenção		Ausente	Presente
A. O paciente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a 8, quer no componente visual quer no componente auditivo do Teste de Atenção (<i>Attention Screening Examination - ASE</i>)?			
Característica 3: Pensamento desorganizado		Ausente	Presente
Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorretas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:			
Questões (alternar conjunto A e conjunto B)			
Conjunto A	Conjunto B		
1. Uma pedra pode flutuar na água ?	1. Uma folha pode flutuar na água?		
2. Existem peixes no mar?	2. Existem elefantes no mar?		
3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?	3. Dois quilos pesam mais do que um quilo ?		
4. Pode-se usar um martelo para pesar uma agulha ?	4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?		
Característica 4. Nível de consciência alterado		Ausente	Presente
O nível de consciência do paciente é outro qualquer que não o alerta*; tal como o vigília** letárgico*** ou estuporoso****? (p. ex.: RASS diferente de "0" na altura da avaliação)			
CAM-ICU Global (Características 1 e 2 e quer característica 3 ou 4)		Sim	Não

*Alerta: completamente ciente do ambiente, e inter-atua apropriadamente de forma espontânea.

Vigilante: hiper-alerta. *Letárgico: sonolento mas facilmente despertável, não está ciente de alguns elementos do ambiente ou não interage de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interage apropriadamente quando estimulado minimamente. ****Estuporoso: completamente alheado mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior de não despertável. Retirado de Ely EW e col. 2001⁶.

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

1. Alteração do nível de consciência
2. Desatenção
3. Desorientação
4. Alucinações
5. Agitação psicomotora
6. Discurso inapropriado
7. Alterações do ciclo sono-vigília
8. Flutuação dos sintomas

Pontuar 1 ponto para cada característica presente:

Escore de 1 – 3: delirium subsindrômico

Escore > ou = 4: Delirium