

# SEDOANALGESIA DOS PACIENTES CRÍTICOS

→ A DOR, uma recordação freqüente das UTIs, a dinâmica operacional dessas unidades, as particularidades do tratamento intensivo (TOT, aspiração, coleta de exames) e o medo da morte geram grande estresse ao paciente crítico.

→ Associado a esses fatos, a facilitação à ventilação mecânica e o controle da doença de base, tornam de primordial importância a sedoanalgesia do paciente internado em UTI.

→ Outro fato a ser lembrado é o de que a dor e o estresse facilitam o desenvolvimento do delirium no paciente crítico que, por si só, aumenta o risco de mortalidade.

→ Por esses motivos almeja-se o conforto do paciente crítico. Para tal, associa-se: tratamento farmacológico e não farmacológico

## Tratamento Farmacológico 5 passos a serem seguidos

1. *Tratar primeiro a DOR*
2. *Tratar de forma Individualizada*
3. *Sedar o mais superficial possível*
4. *Associar os fármacos sedoanalgésicos para ↓ os seus efeitos colaterais*
5. *Seguir Algoritmos e Avaliar Sempre (utilizar escalas )*

## Tratamento não farmacológico

↓  
sono noturno,  
controle dos ruídos,  
luz natural,  
visita freqüente,  
trabalho de equipe,  
carinho,  
Informação.

## SEDOANALGESIA DOS PACIENTES CRÍTICOS : Fármacos Indicados

### ANALGESICOS

**Tramadol:** dose de 50 a 100 mg até de 6/6h (dose equipotente a 5-10mg de morfina)

**Morfina:** Ataque 2-10mg/IV / Manutenção: 5-10mg cada 6-8h ↓ Não utilizar: pacientes hipotensos ou asmáticos

**Fentanil:** Ataque 0.5-1.5µgr/kg / Manutenção: 1-2µgr/kg/h. Poder analgésico 100 vezes mais potente que a morfina

↑ Analgesia de pacientes hipotensos e ou com broncoespasmo

*O Custo/Benefício dos Novos Opióides (Remifentanil) é questionável*

### SEDATIVOS

**Midazolam:** Ataque 0.1-0.2mg/kg e Manutenção:0.1-0.2mg/kg/h ↓ Tem metabólito ativo e causa efeito prolongado

↑ Preferencial em pacientes chocados (*por causar menos hipotensão*)

**Propofol:** Ataque 1-2mg/kg / Manutenção: 1-2mg/kg/h ↑ Preferencial em pacientes estáveis hemodinamicamente, com broncoespasmo, com TCE ou para sedação a curto prazo (*por permitir uma sedação mais superficial e um acordar mais rápido*)

↓ Causa mais hipotensão que o midazolam - evitar em pacientes com choque

↓ Pelo risco da Síndrome de infusão do propofol e da hipertrigliceridemia - Evitar dose elevada por tempo prolongado (+2.5mg/kg/h por mais de 3 dias)

### SEDOANALGESICOS

**Alfa 2 agonistas : Clonidina:** Manutenção: 0.5-2 µgr/kg/h ↑ Controle da tolerância/abstinência aos sedoanalgésicos (*Co-sedoanalgesia*). ↓ Evitar em pacientes com bradicardia.

**Dexmedetomidina:** ↑ maior estabilidade FC e PA, ↓ alto custo financeiro, não aprovado uso prolongado(>24h)

**Ketamina:** Manutenção: 1-2mg/Kg/h Único sedoanalgésico que inibe os receptores excitatórios - benefícios em estudo no TCE. ↑ Uso a curto prazo em pacientes com hipotensão ou com broncoespasmo (associar propofol ou midazolam para evitar os fenômenos disfóricos) ↓ Não utilizar em pacientes coronariopatas

## Fármacos contra indicados

Diazepam

Meperidina

Codeína

Metadona

Opióides Agonistas-Antagonistas

Antiinflamatórios não hormonais

*Efeito prolongado (40-100 h); Metabólito ativo*

*Não é superior a morfina; Metabólico tóxico com eliminação renal*

*Principal efeito pelo metabólito (morfina)*

*Ação prolongada aumenta o risco de acúmulo e de efeitos colaterais*

*Maior risco abstinência; Podem reverter a ação analgésica dos opióides*

*Não são superiores a morfina, causam inibição plaquetária, maior risco de ulcera de estresse e de lesão renal*

# SEDOANALGESIA DOS PACIENTES CRÍTICOS

## Delirium na UTI

**Fatores Risco** : idade avançada + doença respiratória + uso de álcool + demência prévia

**Fatores precipitantes**: gravidade doença+ distúrbios metabólicos + hipotensão + drogas sedoanalgésicas

**Diagnóstico**: CAM-ICU: alteração mental e flutuante + desatenção e desorganização de pensamento ou alteração da consciência.

**Estimular**: Prevenção não farmacológica e farmacológica

**Tratamento**: HALOPERIDOL (casos leves- até 2 mg, moderados 2-5mg e graves até 20mg)

## Bloqueio Neuromuscular do paciente crítico

*Quando administrar: Casos específicos*

### *1. Tratamento coadjuvante*

*Controle Hipertensão Intracraniana*

*Adaptação inicial à Ventilação Mecânica*

*Inibição do Drive Respiratório em pacientes adequadamente sedoanalgesiadados*

### *2. Tratamento da doença de Base (Tétano)*

### *3. Facilitação da entubação - Succinil colina*

*1 frasco+10ml SF = 10mg/ml - 1mg/kg (cuidar ↑ K)*

**Quais fármacos utilizar:**

Pancurônio para uso intermitente

Cisatracúrio ou Atracúrio em infusão contínua (preferencialmente em pacientes com insuficiência renal ou hepática na dose de 0.08- 0.1mg/kg/h)

**CUIDAR - paralisia prolongada**

**Utilizar** : Monitoração (TOF) + Suspensão diária dos fármacos

Para **Evitar** altas doses - **Associar** drogas

## Referências Bibliográficas

1. Jacobi, J, Fraser, GL, Coursin, DB, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med 2002; 30:119.
2. Kress JP, Hall JB. Sedation in the mechanically ventilated patient. Crit Care Med. 2006; 34(10):1-6.
3. Mehta, S, Burry, L, Fischer, S, et al. Canadian survey of the use of sedatives, analgesics, and neuromuscular blocking agents in critically ill patients. Crit Care Med 2006; 34:374.
4. Ostermann, ME, Keenan, SP, Seiferling, RA, Sibbald, WJ. Sedation in the intensive care unit: a systematic review. JAMA 2000; 283:1451.
5. Tietze KJ. Use of sedative medications in critically ill patients UpToDate August 2007

# Algoritmo para sedoanalgesia em UTI

Avaliação da Sedoanalgesia / Reajuste dos Fármacos Sedativos e Analgésicos

