

**INTERRUPÇÃO DIÁRIA DA SEDAÇÃO NAS UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA DE JOÃO PESSOA, PB**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Iury Mota da Silva

Bacharelado em Medicina, pela Universidade Federal da Paraíba

Email: iurymota@gmail.com

Agostinho Hermes de Medeiros Neto

Professor adjunto do Departamento de Medicina Interna, Universidade Federal da Paraíba

Orientador do Trabalho de Conclusão de Curso

Email: agostinho.neto@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Verificar a utilização da interrupção diária da sedação (IDS) nas UTIs de João Pessoa. Identificar os fármacos utilizados na sedação e analgesia e modo de administração. Avaliar o grau de sedação dos pacientes através da escala de agitação sedação (SAS).

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal e quantitativo. Foram coletados dados dos pacientes internados nas UTIs de adultos. Utilizou-se ficha de coleta de dados padronizada. Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais foram coletados do prontuário. A prática da IDS em cada UTI foi questionada ao plantonista. A IDS foi objetivamente verificada na ficha de controle hídrico dos pacientes, através do controle das bombas de infusão. O escore de SAS foi verificado no exame físico.

Resultados: A amostra foi de 145 pacientes internados em UTI. A idade média foi de $62,3 \pm 19,9$ anos. Pneumonia foi o diagnóstico mais citado (25,5%), seguida de insuficiência respiratória aguda. Foi referida IDS em 13 (56,5%) das UTIs, totalizando 59,7 % dos leitos de UTI. Dos 42 pacientes que estavam em uso de sedação, foi verificada IDS em 16,7%. Dos pacientes em sedação, 64,3% estavam com SAS 1. Fentanil e midazolam foram as drogas mais utilizadas.

Conclusão: Verificou-se uso de sedação ou analgesia em 47,3% dos pacientes. Em 16,7% dos pacientes que estavam em uso de sedação ocorria IDS. A infusão contínua em bomba foi a forma mais frequente de dispensar sedação e analgesia. Predominaram escores baixos de sedação.

Descritores: interrupção diária da sedação, ventilação mecânica, UTI, sedação, analgesia, despertar diário

INTRODUÇÃO

Grande parte dos pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI) sentem dor ou desconforto, medo e ansiedade. O paciente criticamente enfermo torna-se quase invariavelmente ansioso e confuso. Auto-extubação, retirada indevida de cateteres venosos e arteriais, não cooperação em atividades terapêuticas e contusões e lacerações ou fraturas decorrentes de agitação psicomotora podem complicar o quadro clínico e prolongar a permanência do paciente na UTI¹. O uso de analgésico e sedativo é fundamental para dar conforto ao paciente, reduzir o estresse e evitar retardo na recuperação e permitir uso seguro da intubação orotraqueal e ventilação mecânica^{2,3}.

A avaliação criteriosa dos níveis de sedação é de grande importância. Apesar dos benefícios perceptíveis da utilização de drogas analgo-sedativas em pacientes criticamente enfermos, a utilização excessiva está associada a um aumento do tempo de internação, do risco de infecção e da taxa de mortalidade⁴. A sedação inadequada pode resultar em dor, ansiedade, agitação, autoextubação, retirada de cateteres, isquemia miocárdica e hipoxemia². A sedação excessiva ou prolongada causa úlceras de decúbito, compressão de plexos nervosos, delírio e ventilação mecânica prolongada².

Para evitar a sedação excessivamente prolongada, surgiu o conceito de interrupção diária da sedação (IDS) que consiste na interrupção diária da infusão de sedativo até que o paciente se mostre desperto. Nível de consciência, colaboração, presença de dor, agitação ou eventuais déficits motores são avaliados após o despertar do paciente^{5,6,7}.

A IDS provou ser uma medida útil na redução do tempo de ventilação mecânica e permanência na UTI, prevenção de pneumonia associada à ventilação, redução do consumo de drogas sedativas e de procedimentos diagnósticos do sistema nervoso central^{2,3,5}.

A IDS está associada com resolução mais rápida da insuficiência respiratória, por diversos fatores. Há diminuição de acúmulo de sedativos e metabólitos com recuperação mais rápida do estado mental para ventilação eficaz^{2,5}. Também há oportunidade adicional para o médico reconhecer que o paciente é capaz de respirar^{2,5}.

A IDS está contraindicada em algumas situações. Não deve ser utilizada em vigência de bloqueio neuromuscular, em casos de isquemia miocárdica prévia (24h antes) e em evidências de aumento da pressão intracraniana, bem como estado de mal convulsivo, abstinência alcoólica ou uso de estratégias ventilatórias baseadas em altas pressões das vias aéreas ou tempo inspiratório prolongado^{2,6,7}.

No entanto, há riscos associados à IDS, como aumento da autoextubação, remoção de aparelhos para monitoração, angústia, piora da pressão intracraniana, manifestações de abstinência^{2,5}. Há necessidade de se observar cuidadosamente o paciente, a fim de evitar autoextubação e outras consequências da agitação quando se usa a IDS^{2,5}. Há aumento de frequência cardíaca e pressão arterial sistêmica e de catecolaminas^{2,5}. A consideração de tais riscos eventualmente diminui a adesão à utilização da IDS, a despeito de seus comprovados benefícios^{3,8}.

Não há dados nacionais ou regionais sobre adesão dos serviços e equipes à estratégia de interrupção diária da sedação. O objetivo principal deste estudo é verificar a utilização da interrupção diária da sedação nas UTIs de João Pessoa.

MÉTODOS

O presente estudo é descritivo, observacional, transversal e quantitativo. Foram coletados dados dos pacientes internados nas UTIs de adultos, cada UTI tendo sido visitada uma única vez, ao longo dos meses de fevereiro a abril de 2013, sempre às 20:00h. Todos os hospitais com UTIs listados no CNES - Cadastro Nacional dos Serviços de Saúde – foram visitados. A coleta de dados foi realizada de modo padronizado, através da ficha de coleta de dados apresentada no APÊNDICE A. Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais foram colhidos do prontuário médico.

A prática de interrupção diária da sedação em cada UTI foi questionada ao plantonista. A interrupção da sedação foi também objetivamente verificada na ficha de controle hídrico dos pacientes, através do controle das bombas de infusão.

O escore de SAS (Score de Agitação Sedação) foi verificado no exame físico de cada paciente. Todos os cuidados de antisepsia foram rigorosamente seguidos, incluindo o uso de luvas e capote, quando indicado.

Os dados foram analisados após codificação apropriada de cada uma das variáveis em banco de dados no programa *Microsoft Excel*®. As variáveis contínuas foram expostas na forma de média e desvio padrão, para variáveis de distribuição normal, ou mediana e percentis, quando sua distribuição mostrou-se não gaussiana. As variáveis categóricas foram apresentadas como proporções, com intervalo de confiança quando apropriado.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do HULW, atendendo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

A autorização da coleta de dados em cada serviço foi obtida através de Termo de Anuência assinado pelo coordenador da UTI ou pelo plantonista presente no momento da visita.

RESULTADOS

Foram visitadas as 23 UTIs da cidade de João Pessoa, distribuídas em 17 hospitais, sendo nove públicos e oito privados, totalizando 191 leitos. Destes, 145 (75,9%) apresentavam-se ocupados. Todos os 145 pacientes tiveram seus dados coletados. A idade média da população estudada foi de $62,3 \pm 19,9$ anos, variando de 14 a 96 anos. Setenta e três pacientes do sexo masculino (50,3%). Com relação ao perfil étnico, a amostra foi composta por 85 indivíduos classificados como brancos (58,6%), 46 como pardos (31,7%) e 14 como negros (9,7%). A mediana do tempo de permanência na UTI foi de 5 dias, com percentis 25% e 75% em um e 14 dias, variando de 0 a 215 dias. Vinte e seis (17,9%) estavam no primeiro dia de UTI. (Tabela 1)

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes.

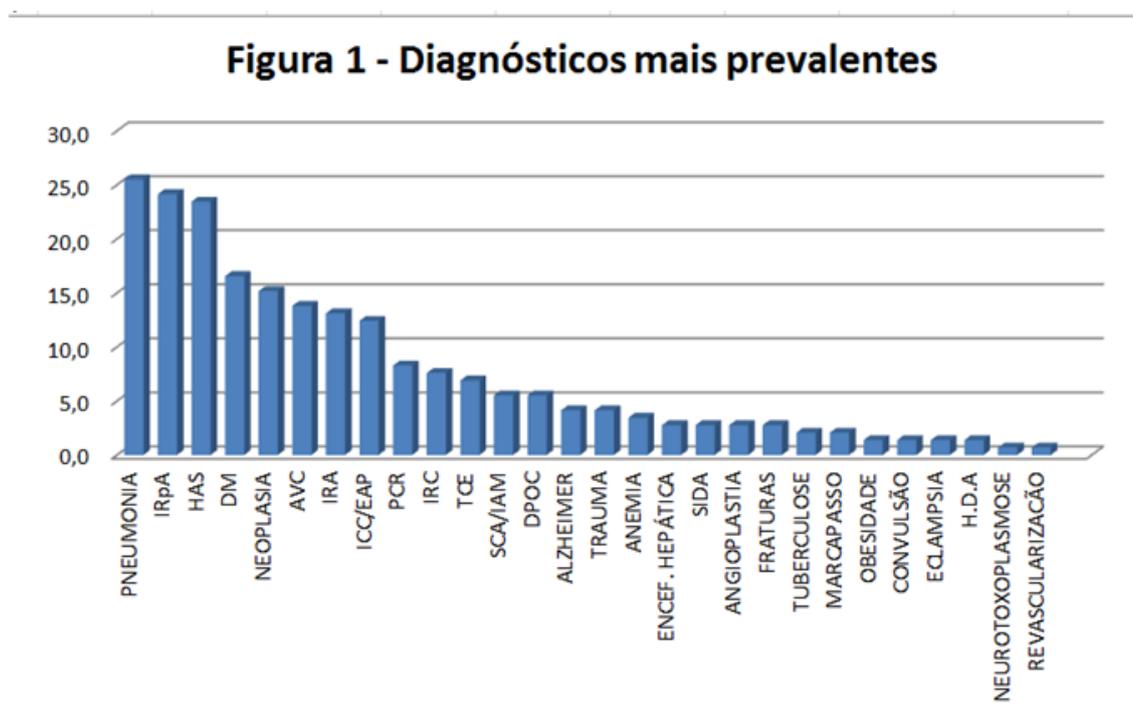
Idade	62,3 ± 19,9*
Masculino	50,3%
Cor (brancos/pardos/negros)	58,6% / 31,7% /9,7%
Tempo de UTI	5 (1;14) [#]
Suporte ventilatório	44,1%
Antibióticos	80%

Dados apresentados em percentual, exceto para: * média ± desvio padrão; # mediana (percentis 25;75).

Pneumonia (associada à ventilação ou não) foi o diagnóstico mais citado (25,5%), seguida de insuficiência respiratória aguda 24,1% dos pacientes, seguida de hipertensão arterial sistêmica (23,4%), diabetes (16,6%), neoplasia (15,1%), acidente vascular encefálico (13,8%), insuficiência renal aguda (13,1%), insuficiência cardíaca congestiva/edema agudo de pulmão (12,4%), pós-parada cardiorrespiratória (8,3%), insuficiência renal crônica (7,6%), trauma cranioencefálico (6,9%). Dos 145 pacientes da amostra, 79 (54,5%) estavam ventilando espontaneamente, 62 (42,8%) estavam sob

ventilação mecânica e 4 (2,8%) sob ventilação não-invasiva. Dos 62 indivíduos em ventilação mecânica, 45 (72,6%) estavam com tubo orotraqueal e 17 (27,4%) estavam com traqueostomia. Desses 62 (48,9%) pacientes em ventilação mecânica, 30 faziam uso de droga sedativa. (Figura 1)

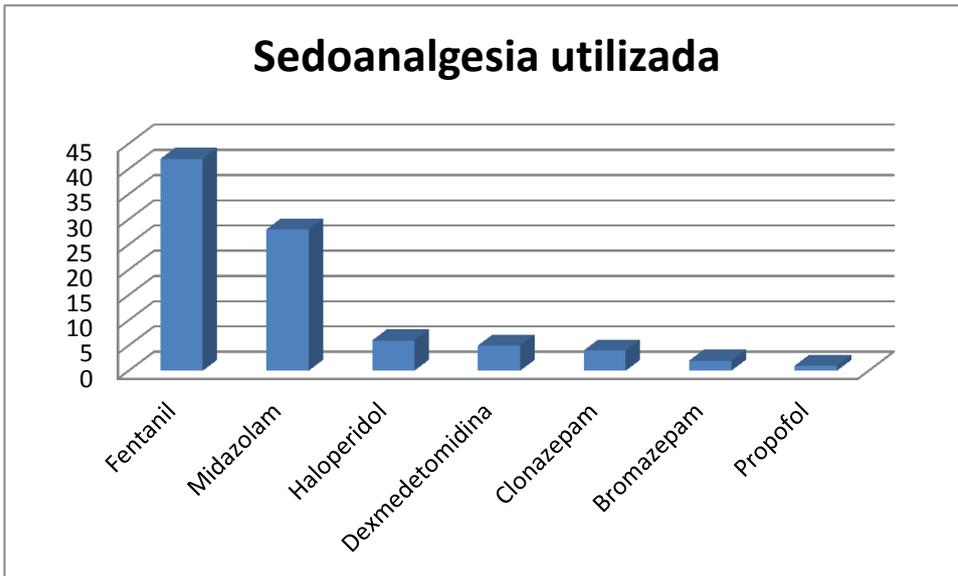
Figura 1 – Diagnósticos mais prevalentes.



IRpA – insuficiência respiratória aguda, HAS – hipertensão arterial sistêmica, DM – diabete melito, AVC – acidente vascular cerebral, IRA – insuficiência respiratória aguda, ICC/EAP – insuficiência cardíaca congestiva/edema agudo de pulmão, IRC – insuficiência renal crônica, TCE – traumatismo cranioencefálico, SCA/IAM – síndrome coronariana aguda/infarto agudo do miocárdio, DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica, ENCEF. HEPÁTICA – encefalopatia hepática, SIDA – síndrome da imunodeficiência adquirida, HDA – hemorragia digestiva alta.

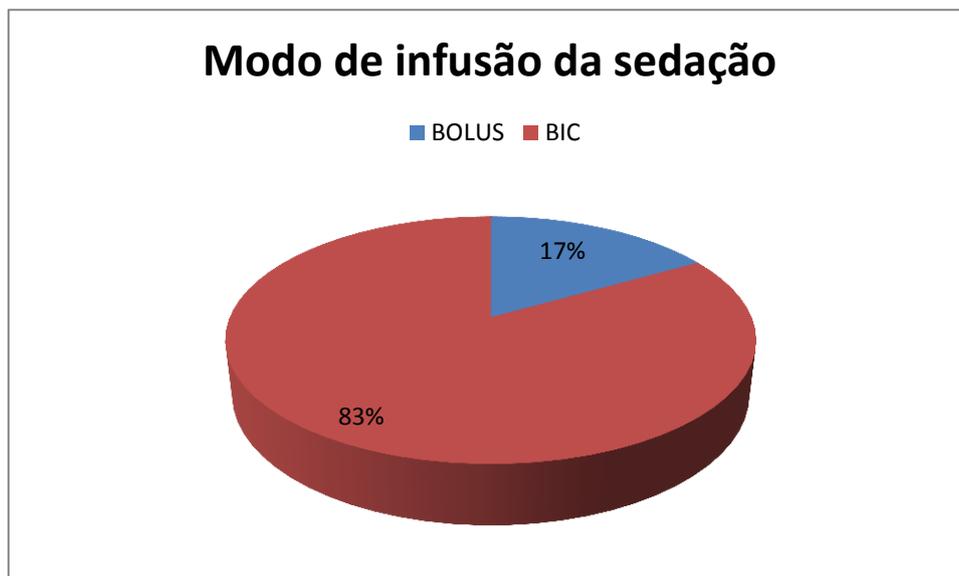
Da amostra, 12 (8,3%) pacientes estavam usando droga sedativa isoladamente, 12 (8,3%) pacientes faziam uso de analgesia isolada, 30 (20,7%) pacientes usavam sedoanalgesia. O fentanil foi a droga analgésica mais utilizada. O midazolam foi o sedativo mais utilizado. (Figura 2)

Figura 2 – Sedoanalgesia Utilizada



Quanto ao modo de infusão, 9 (16,7%) pacientes recebiam sedação ou analgesia em bolus, 45(83,3%) pacientes em bomba de infusão contínua (BIC). (Figura 3)

Figura 3 – Modo de Infusão da Sedação

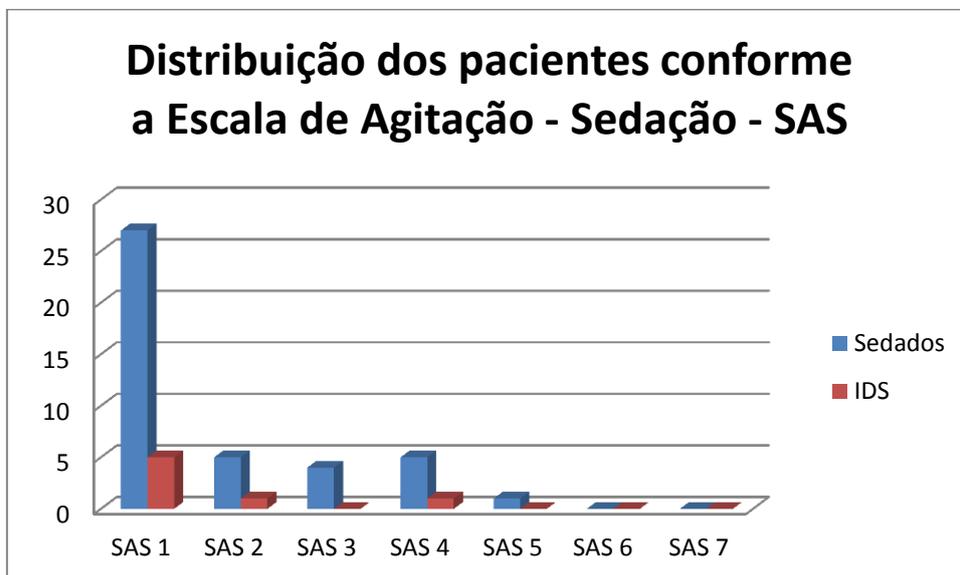


Foi referida interrupção diária da sedação (IDS) em 13 (56,5%) das UTIs visitadas, sendo 5 públicas e 8 privadas, totalizando 59,7 % dos leitos de UTI de João Pessoa.

Por outro lado, foi objetivamente verificada nos fluxos de infusão anotados nos controles de enfermagem, IDS em 7 (16,7%) dos 42 pacientes que estavam em uso de sedação. Destes, seis estavam sob ventilação mecânica e um em ventilação espontânea.

Dos 42 pacientes em sedação, 27 (64,3%) estavam com escore 1 (não responsivo) na escala de Escala de Agitação Sedação (SAS), 5 (11,9%) com escore 2 (muito sedado), 4 (9,5%) com escore 3 (sedado), 5 (11,9%) com escore 4 (calmo e cooperativo), 1 (2,4%) escore 5 (agitado). (Figura 4)

Figura 4 – Distribuição dos pacientes conforme Escala de Agitação-Sedação



Em relação ao grau de sedação dos pacientes que estavam fazendo IDS, 5 (71,4%) estavam com SAS score 1(não responsivo), um estava com escore 2(muito sedado) e outro com escore 4 (calmo e cooperativo).

DISCUSSÃO

A taxa de interrupção diária da sedação nos pacientes em uso de sedativos na amostra foi de 16,7%.

A interrupção diária da sedação consiste na descontinuação da infusão de drogas sedoanalgésicas até que o paciente desperte e possa comunicar-se ou seguir instruções, ou até que o paciente se sinta desconfortável ou agitado, obrigando a retomada da sedação. Quando vigil, o paciente deve ser interrogado acerca de dor ou outros desconforto. A interrupção diária da sedação facilita a avaliação do estado neurológico subjacente do paciente, bem como a real necessidade de sedação e analgesia.

Em estudo realizado por Kress e cols., com 128 pacientes, o grupo cuja infusão contínua foi interrompida diariamente apresentou um menor tempo de ventilação mecânica (4,9 versus 7,3 dias) e um menor tempo de internação na UTI (6,4 versus 9,9 dias), bem como menos testes neurodiagnósticos.⁶

Um estudo semelhante selecionou aleatoriamente 336 pacientes para um teste de respiração espontânea diariamente e avaliou a interrupção diária da sedação e a gestão convencional de sedação⁹. O grupo experimental de IDS teve diminuição da mortalidade em um ano, uma diminuição no tempo de ventilação mecânica, um menor tempo de internação em UTI, e um menor tempo de internação hospitalar. O grupo também tinha menos comprometimento cognitivo em três meses (redução do risco absoluto de 20%), embora não tenha havido diferença em 12 meses¹⁰.

Nos pacientes da amostra que usavam drogas sedoanalgésicas, foi observado que 83,3% faziam através de bomba de infusão. Um estudo observacional americano com 242 pacientes de UTI de um hospital universitário em uso de ventilação mecânica verificou que o tempo de ventilação mecânica foi significativamente maior para os pacientes que receberam sedação contínua intravenosa em comparação com pacientes que não receberam sedação IV contínua (185 ± 190 h vs $55,6 \pm 75,6$ h, $p < 0,001$).¹¹

Outro estudo avaliou os impactos psicológicos em pacientes que foram submetidos à interrupção da sedação em UTI. Conclui-se que a IDS não resulta em resultados psicológicos adversos e reduz os sintomas de transtorno de estresse pós- traumático¹².

Apenas 13 UTIs referiram conhecer a interrupção diária da sedação e usar em alguns pacientes.

O sedativo mais utilizado nos pacientes da amostra foi o midazolam. Um estudo que compara a eficácia e segurança do uso de midazolam e dexmedetomidina em pacientes sob ventilação mecânica não mostrou diferença no tempo gasto dentro da faixa alvo de sedação, porém verificou que a dexmedetomidina reduziu o tempo de ventilação mecânica e a prevalência de delirium em relação ao midazolam.¹³

A grande maioria dos pacientes em uso de sedação estava com escore 1, não responsivos durante a avaliação. O objetivo da sedação ideal é o paciente vigil e confortável (SAS 4, por exemplo), embora alguns pacientes podem necessitar de um nível mais profundo de acordo com o caso. A ideia de que todos os pacientes sob ventilação mecânica devem receber sedação destinada a um escore de

sedação específico, como uma pontuação SAS de 3, levará ao excesso de sedação de muitos pacientes e pode retardar a recuperação ¹⁴. O baixo escore dos pacientes pode conotar uma sedação excessiva.

CONCLUSÃO

Foi verificado uso de sedação ou analgesia em 47,3% dos pacientes.

A infusão contínua em bomba foi a forma mais frequente de dispensar sedação e analgesia.

Foi referida interrupção diária da sedação em 13 (56,5%) das UTIs visitadas, totalizando 59,7% dos leitos de UTI da cidade.

Foi verificada IDS em 16,7% dos pacientes que estavam em uso de sedação. São necessários investimentos e treinamento as equipes de UTI para a utilização da IDS.

Predominaram níveis profundos de sedação.

REFERÊNCIAS

1. BENSENOR, FEM; CICARELLI, DD. Sedação e analgesia em terapia intensiva. Rev. Bras. Anesthesiol., Campinas, v. 53, n. 5, Sept. 2003
2. SESSLER CN, PEDRAM S - Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. Crit Care Clin, 2009;25:489-513.
3. MEHTA S, MCCULLAGH I, BURRY L - Current sedation practices: lessons learned from international surveys. Crit Care Clin, 2009;25:471-488.
4. RODRIGUES JGR, AMARAL JL. Influence of sedation on morbidity and mortality in the intensive care unit. Sao Paulo Med J. 2004;122(1):8-11.
5. SAKATA, RK. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Anesthesiol., Campinas, v. 60, n. 6, Dec. 2010 . .
6. KRESS JP, POHLMAN AS, O'CONNOR MF et al. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. N Engl J Med 2000; 342: 1471-1477
7. SCHWEICKERT WD, GEHLBACH BK et al. Daily interruption of sedative infusion and complications of critical illness in mechanically ventilated patients. Crit Care Med 2004; 27: 1272-1276
8. MEHTA S, BURRY L, FISCHER S et al. - Canadian survey of the use of sedatives, analgesics, and neuromuscular blocking agents in critically ill patients. CritCareMed, 2006;34:374-380.

9. GIRARD TD, KRESS JP, FUCHS BD, et al. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371:126.

10. JACKSON JC, GIRARD TD, GORDON SM, et al. Long-term cognitive and psychological outcomes in the awakening and breathing controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 182:183.

11. KOLLEF MH, LEVY NT, AHRENS TS, SCHAIFF R, PRENTICE D, SHERMAN G. The use of continuous i.v. sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation. *Chest* 1998; 114(2): 541-548

12. KRESS JP, GEHLBACH B, LACY M, PLISKIN N, POHLMAN AS, HALL JB. The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 168(12):1457-1461

13. RIKER RR, SHEHABI Y, BOKESCH PM, CERASO D, WISEMANDLE W, KOURA F et al. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial. *Jama* 2009; 301(5):489-499

14. RIKER RR, PICARD JT, FRASER GL. Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. *Crit Care Med* 1999; 27:1325.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Título do Projeto: INTERRUPTÃO DIÁRIA DA SEDAÇÃO NAS UTIS DE JOÃO PESSOA, PB

Pesquisador(a) Responsável: Iury Mota da Silva – Graduando em Medicina, pela Universidade Federal da Paraíba.

PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE JOÃO PESSOA – PB

DATA: _____ HORA: _____

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

SEXO: _____ IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

COR DA PELE: _____

2. DADOS DA INTERNAÇÃO

TEMPO DE INTERNAÇÃO NO HOSP: _____ TEMPO DE INTERNAÇÃO NA UTI: _____

DATA E HORA DA INT NO HOSP: _____ DATA E HORA DA INT NA UTI: _____

PROCEDÊNCIA: () DOMICILIO () ENFERMARIA () PA () OUTRO HOSPITAL

CAUSA DA INTERNAÇÃO _____

DIAGNÓSTICOS:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

4. DADOS DE MONITORIZAÇÃO

MONITOR LIGADO? () SIM () NÃO

PA x () FC SpO₂ FR TEMP DC

ECG: TRAÇADOS DE QUALIDADE? () SIM () NÃO

RITMO CARDÍACO (MONITOR):

5. SEDAÇÃO

-MIDAZOLAM -FENTANIL -PRECEDEX -PROPOFOL -HALDOL

-QUETAMINA -DIAZEPAM -OUTROS -NÃO

6. MODO DE SEDAÇÃO

- BOLUS - BIC

7. IDS

SIM NÃO

8.SAS: