

Cássia Righy Shinotsuka^{1,2}

Implementando protocolos de sedação: aproximando a diferença entre evidência e prática

Implementing sedation protocols: closing the evidence-practice gap

1. Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

2. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Sedação e analgesia são frequentemente usadas na unidade de terapia intensiva (UTI). A dor já foi descrita como o “quinto sinal vital” e a maioria dos pacientes descreve a experiência dolorosa como grande fonte de estresse durante a permanência na UTI.^(1,2) A sedação é também utilizada para amenizar o desconforto, facilitar a adaptação à ventilação mecânica e prevenir lesões autoinfligidas.⁽³⁾ Contudo, apesar de seu uso humanitário, a sedação excessiva se associa a prolongamento do tempo de ventilação mecânica, aumento das taxas de *delirium*, maior tempo de permanência na UTI e aumento da mortalidade.^(4,5)

Nas últimas décadas, diversos estudos trataram dos riscos da sedação excessiva.⁽⁶⁾ Kress et al. foram os primeiros a demonstrarem que o protocolo de despertar diário leva a uma redução da duração da ventilação mecânica e do tempo de permanência na UTI.⁽⁷⁾ Subsequentemente, Girard et al. conduziram um estudo que comparou despertar diário mais tentativa diária de respiração espontânea com prática de sedação padrão mais tentativa diária de respiração espontânea, concluindo que o grupo de intervenção teve melhora da mortalidade em 1 ano com um impressionante NNT de 7.⁽⁸⁾ Recentemente, um estudo de “não sedação baseado em analgesia” também demonstrou mais dias livres de ventilação e reduziu o tempo de permanência na UTI e no hospital.⁽⁹⁾

Apesar do impressionante corpo de evidência disponível, existe uma ampla variação nos levantamentos mundiais sobre sedação. O relato de adesão à interrupção diária da sedação varia de 14%, na Malásia,⁽¹⁰⁾ a 78%, no Reino Unido.⁽¹¹⁾ Na América do Norte, Patel et al. mostraram que apenas 44% dos que responderam ao questionário realizavam interrupção da sedação em mais do que metade dos dias de UTI, e 29% não tinham um protocolo de sedação por escrito.⁽¹²⁾ O uso de um protocolo de sedação também varia entre os países, variando de 33%, na Dinamarca,⁽¹³⁾ a 80%, no Reino Unido.⁽¹⁴⁾ No Brasil, um levantamento recente demonstrou que apenas 52,7% dos que responderam ao questionário utilizavam um protocolo de sedação, e 68,3% dos médicos não praticavam qualquer interrupção da sedação.⁽¹⁵⁾

Qual a razão para que exista uma diferença tão grande entre a evidência e a prática? Há muitas explicações possíveis, como a falta de pessoas e equipamentos, preocupações referentes ao risco de remoção de dispositivos iniciada pelo paciente, medo de causar desconforto ao paciente e aumento da carga de trabalho.⁽¹⁶⁾ Nesse contexto, o estudo apresentado nesta edição por Buggedo et al. é muito elucidativo.⁽¹⁷⁾ Os autores realizaram um estudo nacional multicêntrico em 13 UTIs avaliando um protocolo de sedação baseado em analgesia, guiado por objetivos e cuidado por enfermeiros. Os autores demonstraram que, após um esforço educacional, a proporção de pacientes em sedação profunda ou coma pôde ser reduzida de 55,2 para 44%, sem aumento nos eventos de agitação. Este artigo nos mostra que a implementação de protocolos de sedação é factível, embora exija um esforço educacional persistente e a participação de toda a equipe de trabalho da UTI.

Conflitos de interesse: A autora declara ter recebido previamente honorários como palestrante da Hospira.

Autor correspondente:

Cássia Righy Shinotsuka
Rua Diniz Cordeiro, 30 - Botafogo
CEP: 22281-100 - Rio de Janeiro (RJ), Brasil
E-mail: cassiarighy@gmail.com

DOI: 10.5935/0103-507X.20130033

REFERÊNCIAS

1. Ballard KS. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues Ment Health Nurs*. 1981;3(1-2):89-108.
2. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med*. 2002;30(4):746-52.
3. Mehta S, McCullagh I, Burry L. Current sedation practices: lessons learned from international surveys. *Anesthesiol Clin*. 2011;29(4):607-24.
4. 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):541-8.
5. Salluh JI, Soares M, Teles JM, Ceraso D, Raimondi N, Nava VS, Blasquez P, Ugarte S, Ibanez-Guzman C, Centeno JV, Laca M, Grecco G, Jimenez E, Arias-Rivera S, Duenas C, Rocha MG; Delirium Epidemiology in Critical Care Study Group. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. *Crit Care*. 2010;14(6):R210.
6. Shinotsuka CR, Salluh JI. Percepções e práticas sobre delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(2):155-61.
7. Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med*. 2000;342(20):1471-7.
8. Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, Thomason JW, Schweickert WD, Pun BT, 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(9607):126-34.
9. Strøm T, Martinussen T, Toft P. A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet*. 2010;375(9713):475-80.
10. Ahmad N, Tan CC, Balan S. The current practice of sedation and analgesia in intensive care units in Malaysian public hospitals. *Med J Malaysia*. 2007;62(2):122-6.
11. Reschreiter H, Maiden M, Kapila A. Sedation practice in the intensive care unit: a UK national survey. *Crit Care*. 2008;12(6):R152.
12. Patel RP, Gambrell M, Speroff T, Scott TA, Pun BT, Okahashi J, et al. Delirium and sedation in the intensive care unit: survey of behaviors and attitudes of 1384 healthcare professionals. *Crit Care Med*. 2009;37(3):825-32.
13. Egerod I, Christensen BV, Johansen L. Trends in sedation practices in Danish intensive care units in 2003: a national survey. *Intensive Care Med*. 2000;26(7):922-8.
14. Murdoch S, Cohen A. Intensive care sedation: a review of current British practice. *Intensive Care Med*. 2000;26(7):922-8.
15. Salluh JI, Dal-Pizzol F, Mello PV, Friedman G, Silva E, Teles JM, Lobo SM, Bozza FA, Soares M; Brazilian Research in Intensive Care Network. Delirium recognition and sedation practices in critically ill patients: a survey on the attitudes of 1015 Brazilian critical care physicians. *J Crit Care*. 2009;24(4):556-62.
16. Tanios MA, de Wit M, Epstein SK, Devlin JW. Perceived barriers to the use of sedation protocols and daily sedation interruption: a multidisciplinary survey. *J Crit Care*. 2009;24(1):66-73.
17. Bugeo G, Tobar E, Aguirre M, Gonzalez H, Godoy J, Lira MT, et al. Implantação de um protocolo de redução de sedação profunda baseado em analgesia comprovadamente seguro e factível em pacientes submetidos a ventilação mecânica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(3):188-196.