

Analgo-sedação e *delirium* em unidades de terapia intensiva brasileiras: como estamos na atualidade. Estudo ASDUTI

Analgo-sedation and delirium in intensive care units in Brazil: current status. ASDUTI study

Ao Editor,

O manejo adequado da analgo-sedação e do *delirium* está relacionado a melhores desfechos em terapia intensiva.⁽¹⁻³⁾ O objetivo deste estudo foi avaliar como tem sido feito o manejo da analgo-sedação e do *delirium* na realidade brasileira atual.

Foi desenvolvido questionário na plataforma digital *SurveyMonkey*[®] (Apêndice 1), com 15 questões de múltipla escolha, com questões de opção única e outras de escolha múltipla. O instrumento foi disponibilizado de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. O método de seleção dos profissionais para coleta de dados incluiu diversas categorias multiprofissionais.

Responderam ao questionário 410 profissionais. Destes, 48,78% eram de hospitais públicos, 33,41% de hospitais privados e 17,80% de filantrópicos. Na avaliação do perfil da unidade, 81,23% trabalhavam em unidade de terapia intensiva (UTI) com perfil geral.

Na avaliação relacionada aos protocolos de analgo-sedação, 59,50% dos respondedores utilizavam protocolos em seus serviços, ou seja, observou-se discreto aumento em relação ao observado por Salluh et al.⁽⁴⁾ No entanto, os dados são bem inferiores aos de Patel et al.,⁽⁵⁾ que evidenciaram protocolos de analgo-sedação em 71% de sua amostra.

Dentre os participantes, 234 (59,24%) relataram realizar avaliação sistemática da dor em sua UTI. A dor foi avaliada até duas vezes por dia para 35,48% da amostra, sendo que o enfermeiro era o responsável por essa avaliação em 51,34% das vezes, seguido pelo médico (42,78%). Já a sedação foi avaliada até duas vezes ao dia em 49,35% dos casos.

Quando avaliado o manejo da sedação, a utilização de ferramentas validadas (*Richmond Agitation-Sedation Scale* - RASS e *Sedation-Agitation Scale* - SAS) foi evidenciada em 72,91% dos questionários, e a estratégia de sedação mais frequentemente adotada foi o despertar diário (60,11%), seguida pela sedação-alvo (23,94%). Quando comparado a dados nacionais, de 2009, houve grande progresso em relação à utilização de ferramentas validadas (12%).⁽⁴⁾

Foi questionada a disponibilidade de medicamentos de analgo-sedação nos serviços e sua incorporação nos protocolos, e observamos que midazolam, fentanil, propofol e morfina foram os medicamentos mais disponíveis nas instituições - os três primeiros foram também os mais utilizados nos protocolos institucionais, além da dexmedetomidina. Apesar de recomendações para se evitar o uso de benzodiazepínicos na escolha dos sedativos,⁽²⁾ a droga ainda permanece como a mais utilizada.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Fonte financiadora do projeto: AMIBNet, Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

Submetido em 21 de novembro de 2017
Aceito em 3 de dezembro de 2017

Autor correspondente:

Viviane Cordeiro Veiga
Hospital BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo
Rua Martiniano de Carvalho, 864,
conjunto 310 - Bela Vista
CEP: 01321-000 - São Paulo (SP), Brasil
E-mail: dveiga@uol.com.br

DOI: 10.5935/0103-507X.20180025



Tabela 1 - Características da avaliação e manejo da analgo-sedação e delirium

	n (%)
Frequência de avaliação da dor na UTI	
1 vez ao dia	52 (13,37)
2 vezes ao dia	46 (11,83)
3 vezes ao dia	78 (20,05)
A cada 12 horas	40 (10,28)
A cada 2 horas	54 (13,88)
A cada hora	11 (2,83)
Nenhuma das anteriores	108 (27,76)
Profissional que realiza a avaliação da dor	
Médico	160 (42,78)
Enfermeiro	192 (51,34)
Fisioterapeuta	3 (0,80)
Outro profissional	19 (5,08)
Frequência de avaliação da sedação na UTI	
1 vez ao dia	66 (17,14)
2 vezes ao dia	82 (21,30)
3 vezes ao dia	69 (17,92)
A cada 12 horas	42 (10,91)
A cada 6 horas	33 (8,57)
A cada 2 horas	29 (7,53)
A cada hora	10 (2,60)
Nenhuma das anteriores	54 (14,03)
Ferramenta utilizada na avaliação da sedação	
RASS	269 (70,05)
SAS	11 (2,86)
Ramsay	78 (20,31)
Nenhuma	19 (4,95)
Outra	7 (1,82)

Continua...

... continuação

	n (%)
Estratégia de sedação	
Despertar diário	226 (60,11)
Sedação-alvo	90 (23,94)
Sedação intermitente	25 (6,65)
Nenhuma	35 (9,31)
Ferramenta utilizada na avaliação do delirium	
CAM-ICU	211 (56,72)
ICDSC	8 (2,15)
Outra	14 (3,76)
Nenhuma	139 (37,37)
Frequência da avaliação	
Nenhuma	121 (32,88)
1 vez ao dia	109 (29,62)
2 vezes ao dia	85 (23,10)
3 vezes ao dia	31 (8,42)
Mais de 3 vezes ao dia	22 (5,98)
Profissional que realiza a avaliação	
Médico	214 (64,07)
Enfermeiro	87 (26,05)
Psicólogo	21 (6,29)
Outro profissional	12 (3,59)
Medicamento utilizado diante de um delirium hiperativo	
Haloperidol	264 (72,13)
Dexmedetomidina	45 (12,30)
Antipsicóticos	41 (11,20)
Outros	7 (1,91)
Nenhuma medicação	9 (2,46)

UTI - unidade de terapia intensiva; RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*; SAS - *Sedation-Agitation Scale*; CAM-ICU - *Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit*; ICDSC - *Intensive Care Delirium Screening Checklist*.

Na avaliação do delirium, 44,68% dos respondedores a realizam de forma sistemática, sendo que 56,72% utilizam o *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU) como ferramenta, e 37,37% não utilizam ferramenta validada. No estudo de Patel et al., 59% dos respondedores avaliavam delirium de forma sistemática.⁽⁵⁾

Em 29,62% da amostra, houve avaliação diária do delirium e, para 23,10%, a avaliação foi feita duas vezes ao dia. O médico foi responsável pela avaliação em 64,07% dos respondedores, seguido pelo enfermeiro (26,05%). Diante do delirium hiperativo, o haloperidol foi a droga de escolha para 72,13% dos participantes, e 12,30% utilizaram dexmedetomidina e 11,20%, antipsicóticos (Tabela 1).

Foram limitações do estudo a não consideração da distribuição geográfica das UTI dos respondedores na pesquisa; a ausência de diferenciação de respostas entre hospitais públicos, privados e filantrópicos; a não comparação das respostas entre as equipes multiprofissionais.

Em conclusão, este estudo evidencia a necessidade de avanços em relação às rotinas aplicadas no manejo da analgo-sedação e delirium, apesar de evidências consistentes na literatura que determinam melhores desfechos, quando aplicados protocolos e estratégias recomendadas.

Viviane Cordeiro Veiga

Unidade de Terapia Intensiva Neurológica, Hospital BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil e Comitê de Neurointensivismo, Associação de Medicina Intensiva Brasileira - São Paulo (SP), Brasil.

Salomón Soriano Ordinola Rojas

Unidade de Terapia Intensiva Neurológica, Hospital BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.

REFERÊNCIAS

- Jackson DL, Proudfoot CW, Cann KF, Walsh T. A systematic review of the impact of sedation practice in the ICU on resource use, costs and patient safety. *Crit Care*. 2010;14(2):R59.
- Shehabi Y, Bellomo R, Mehta S, Riker R, Takala J. Intensive care sedation: the past, present and the future. *Crit Care*. 2013;17(3):322.
- Shinotsuka CR, Salluh JI. Percepções e práticas sobre delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma visão narrativa. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(2):155-61.
- 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.
- 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.

Apêndice 1 - Questionário do estudo ASDUTI. Avaliação de analgossedação e delirium em unidades de terapia intensiva

Dados institucionais:

Perfil do hospital: público privado filantrópico

Perfil da unidade: geral trauma cardiológica neurológica outro

1. No seu serviço, há protocolo de analgesia e sedação?

Sim

Não

2. Há avaliação sistemática de dor em sua UTI?

Sim

Não

3. Com que frequência é realizada a avaliação da dor em sua UTI?

1 vez ao dia

2 vezes ao dia

3 vezes ao dia

A cada 12 horas

A cada 2 horas

A cada hora

Nenhuma das anteriores

4. Quem realiza avaliação de dor em sua unidade?

Médico Enfermeiro Fisioterapeuta Outro profissional

5. Há avaliação sistemática de sedação em sua UTI?

Sim

Não

6. Quantas vezes ao dia é avaliada a sedação em sua UTI?

1 vez ao dia

2 vezes ao dia

3 vezes ao dia

A cada 12 horas

A cada 6 horas

A cada 2 horas

A cada hora

Nenhuma das anteriores

7. Qual ferramenta é utilizada para avaliação de sedação em sua unidade?

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Sedation-Agitation Scale (SAS)

Ramsay

Não é utilizada nenhuma escala para avaliação da sedação

Outra

8. Quais destes medicamentos estão DISPONÍVEIS para utilização em seu hospital?

Assinale todas as alternativas aplicáveis.

Midazolam Morfina Fentanil Remifentanil

Sufentanil Alfentanil Dexmedetomidina Clonidina

Cetamina Propofol

9. Quais destas drogas estão CONTEMPLADAS em seu PROTOCOLO de analgossedação? Assinale todas as alternativas aplicáveis.

Midazolam Morfina Fentanil Remifentanil Sufentanil

Alfentanil Dexmedetomidina Clonidina Cetamina Propofol

10. Qual estratégia de sedação você aplica em sua unidade?

Sedação intermitente

Despertar diário

Sedação-alvo

Nenhuma das estratégias acima

11. Sua unidade avalia delirium de forma sistemática?

Sim

Não

12. Qual ferramenta você utiliza para avaliação de delirium?

Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit (CAM-ICU)

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Outra

Não utilizo nenhuma ferramenta para avaliação de delirium

13. Quantas vezes ao dia é realizada avaliação de delirium em sua unidade?

Nenhuma

1 vez ao dia

2 vezes ao dia

3 vezes ao dia

Mais de três vezes ao dia

14. Qual profissional realiza avaliação de delirium em sua UTI?

Médico Enfermeiro Psicóloga Outro profissional

15. Diante de um paciente com delirium hiperativo, qual (is) medicamentos você utiliza?

Haloperidol Antipsicóticos Dexmedetomidina

Outros Não utilizo nenhuma medicação