

DOR, AGITAÇÃO e DELIRIUM na UTI

Dr. Bram Rochweg Assistant Professor

Department of Medicine & Department of Health Research Methods, Evidence and Impact

**Tradução livre e narração por Fernanda Weber*



Baseado no PADIS Guideline

Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU

John W. Devlin, PharmD, FCCM (Chair)^{1,2}; Yoanna Skrobik, MD, FRCP(c), MSc, FCCM (Vice-Chair)^{3,4}; Céline Gélinas, RN, PhD⁵; Dale M. Needham, MD, PhD⁶; Arjen J. C. Slooter, MD, PhD⁷; Pratik P. Pandharipande, MD, MSCI, FCCM⁸; Paula L. Watson, MD⁹; Gerald L. Weinhouse, MD¹⁰; Mark E. Nunnally, MD, FCCM^{11,12,13,14}; Bram Rochweg, MD, MSc^{15,16}; Michele C. Balas, RN, PhD, FCCM, FAAN^{17,18}; Mark van den Boogaard, RN, PhD¹⁹; Karen J. Bosma, MD^{20,21}; Nathaniel E. Brummel, MD, MSCI^{22,23}; Gerald Chanques, MD, PhD^{24,25}; Linda Denehy, PT, PhD²⁶; Xavier Drouot, MD, PhD^{27,28}; Gilles L. Fraser, PharmD, MCCM²⁹; Jocelyn E. Harris, OT, PhD³⁰; Aaron M. Joffe, DO, FCCM³¹; Michelle E. Kho, PT, PhD³⁰; John P. Kress, MD³²; Julie A. Lanphere, DO³³; Sharon McKinley, RN, PhD³⁴; Karin J. Neufeld, MD, MPH³⁵; Margaret A. Pisani, MD, MPH³⁶; Jean-Francois Payen, MD, PhD³⁷; Brenda T. Pun, RN, DNP²³; Kathleen A. Puntillo, RN, PhD, FCCM³⁸; Richard R. Riker, MD, FCCM²⁹; Bryce R. H. Robinson, MD, MS, FACS, FCCM³⁹; Yahya Shehabi, MD, PhD, FCICM⁴⁰; Paul M. Szumita, PharmD, FCCM⁴¹; Chris Winkelman, RN, PhD, FCCM⁴²; John E. Centofanti, MD, MSc⁴³; Carrie Price, MLS⁴⁴; Sina Nikayin, MD⁴⁵; Cheryl J. Misak, PhD⁴⁶; Pamela D. Flood, MD⁴⁷; Ken Kiedrowski, MA⁴⁸; Waleed Alhazzani, MD, MSc (Methodology Chair)^{16,49}

Objetivos Educacionais

Revisão do PADIS guideline com foco em:

- Dor
- Agitação/sedação
- Delirium

A decorative background on the left side of the slide, featuring a pattern of overlapping, semi-transparent teal and light blue polygons of various shapes, creating a mosaic-like effect.

DOR

DECLARAÇÃO DE BOA PRÁTICA

Manejo de dor em pacientes adultos em Terapia Intensiva deve ser guiado por avaliação rotineira da dor e a dor deve ser tratada antes de um agente sedativo ser considerado.

A decorative background on the left side of the slide, featuring a pattern of overlapping, semi-transparent teal and light blue polygons of various shapes, creating a mosaic-like effect.

SEDAÇÃO

Sedação

Sedação precedida por Analgesia:

-Um analgésico (geralmente um opioide) é usado antes dos sedativos para alcançar o objetivo da sedação

Sedação baseada em analgesia:

-Um analgésico (geralmente um opioide) é usado no lugar de um sedativo para alcançar o objetivo da sedação

Conceitos Chave sobre Sedação baseada em Analgesia

Vantagens de algumas propriedades dos opioides

- Reduz/elimina a necessidade de sedativos e seus efeitos adversos
- Melhora dos escores de sedação-agitação
- Dispneia e depressão respiratória

Podem acentuar efeitos adversos relacionados aos opioides

- Dismotilidade gástrica, delirium, hipotensão, mioclonia

Podem não ser apropriados para pacientes com necessidade de agonista/sedativo GABA:

- Álcool/abstinência por drogas e intoxicação por drogas
- Bloqueio neuromuscular
- Pressão intracraniana aumentada e status epilepticus

RECOMENDAÇÃO

Sugerimos o uso de uma estratégia motivada por avaliação clínica, baseada em protocolos (analgesia/analgo-sedação), de escalonamento para manejo de dor/sedação em doentes críticos adultos

(recomendação condicional, qualidade de evidência moderada)

Analgesia multimodal - definição

Combinação de diferentes analgésicos que agem por mecanismos diversos e em locais diferentes do sistema nervoso central

Resulta em analgesia aditiva ou sinérgica com menos efeitos adversos quando comparado com administração de um único agente analgésico

Analgesia multimodal

Adjuvantes:

Acetaminofeno (IV/VO/via retal)

Nefopam

Cetamina (Neuropática)

Analgesia com Lidocaína IV

AINEs (IV/VO)

RECOMENDAÇÃO

Sugerimos uso de acetaminofeno/paracetamol como adjuvante ao para diminuir a intensidade da dor e o consumo de opioides para manejo da dor em doentes críticos adultos

(recomendação condicional, qualidade de evidência muito baixa)

Dose baixa de Cetamina adjuvante

Considerações:

- Apenas um ECR disponível (com alto risco de viés)
- Dados limitados a apenas pacientes de cirurgia abdominal
- Segurança não relatada (particularmente relacionada a delírio)
- Seu papel como sedativo não é claro
- Baseia-se em dados observacionais de populações pós-operatórias fora da UTI

RECOMENDAÇÃO

Sugerimos uso de dose baixa de Cetamina (0.5 mg/kg IV x 1; 1 -2 mcg/kg/min) como adjuvante a terapia com opioide para reduzir o consumo de opioides em pacientes **adultos em pós-operatório** admitidos na UTI

(recomendação condicional, qualidade de evidência muito baixa)

RECOMENDAÇÃO

Sugerimos uso de medicação para dor neuropática (ex. gabapentina, carbamazepina e pregabalina) com opioides para manejo da dor em pacientes adultos em UTI após cirurgia cardiovascular

(recomendação condicional, qualidade de evidência muito baixa)

AGITAÇÃO/SEDAÇÃO

RECOMENDAÇÃO

Sugerimos uso de sedação leve (vs. profunda) em doentes críticos adultos em ventilação mecânica

(recomendação condicional, qualidade de evidência baixa)

Interrupção da sedação diária/Sedação Controlada pela Enfermagem

5 ECR não cegos compararam Interrupção da Sedação Diária (ISD) ao cuidado usual e à Sedação Controlada pela Enfermagem (SCE)

Embora existam diferenças entre cada ECR, a capacidade da ISD (vs. seus comparativos) e da SCE de atingir uma sedação leve é similar

Instrução não classificada:

Protocolos de IDS e SCE podem atingir e manter um nível de sedação leve

Outcomes	Participants (Studies) Follow-Up	Quality of the Evidence (Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation)	Estimated Benefit With Nonbenzodiazepine
ICU Length of stay	1,235 (6) Up to 45 d	⊗⊗⊗○ Moderate due to imprecision ^a	-1.64 d (-2.57, -0.70)
Duration of mechanical ventilation	1,101 (4) Up to 45 d	⊗⊗⊗○ Moderate	-1.87 d (-2.51, -1.22)
All-cause mortality	1,101 (4) Up to 45 d Control rate: 25%	⊗⊗⊗○ Moderate due to imprecision ^b	1.01 (0.78, 1.30)
Delirium	469 (2) During ICU stay Control rate: 70%	⊗⊗○○ Low due to imprecision, inconsistency ^{c,d}	0.82 (0.61, 1.11)

RECOMENDAÇÃO

Sugerimos o uso tanto de propofol como dexmedetomidina ao invés de benzodiazepínicos para sedação em doentes críticos adultos em ventilação mecânica

(recomendação condicional, qualidade de evidência baixa)

A decorative background on the left side of the slide, featuring a pattern of overlapping, semi-transparent teal and light blue polygons of various shapes and sizes, creating a mosaic-like effect.

DELIRIUM

RECOMENDAÇÃO

NÃO sugerimos o uso de Haloperidol, antipsicóticos atípicos, dexmedetomidina, estatina, ou cetamina para **prevenir** delirium em todos os doentes críticos adultos

(recomendação condicional, qualidade de evidência muito baixa)

RECOMENDAÇÃO

Sugerimos o uso **NÃO** rotineiro de Haloperidol e antipsicóticos atípicos no tratamento de delirium

(recomendação condicional, qualidade de evidência baixa)

Dexmedetomidina vs. Placebo (Tratamento)

Racional: 1 ECR (71 pct)

Aumento significativo de horas livres de ventilação

Diferença Média de 17 hrs (95% CI, 4 a 33 hrs);

muito baixa qualidade, SEM efeito em Tempo de Permanência em UTI/hospital ou local de alta

RECOMENDAÇÃO

Sugerimos uso de dexmedetomidina para **tratamento** de delirium em adultos em Ventilação Mecânica quando a agitação estiver impedindo o desmame/extubação (recomendação condicional, qualidade de evidência baixa)

Assess, Prevent and Manage Pain
(Avaliação, prevenção e manejo da Dor)

Both SAT and SBT
(Ambos Teste de Despertar Diário e Teste de Respiração Espontânea)

Choice of analgesia and Sedation
(Escolha da analgesia e sedação)

Delirium: Assess, Prevent and Manage
(Avaliação, prevenção e manejo do Delirium)

Early Mobility and Exercise
(Mobilização precoce e exercícios)

Family Engagement and Empowerment
(Envolvimento e empoderamento da família)

ABCDEF
Elementos do
Bundle

Vasilevskis EE, et al. *Chest*. 2010;138(5):
1224-1233. Davidson JE, et al. *Am Nurse Today*.
2013;8(5):32-38.

Pontos Chave



- Trate a dor antes de sedar
- Quando estiver tratando dor, considere adjuntos não-opioides
- Use o mínimo de sedação possível/seguro para cada paciente
 - Sedação de ação curta (Propofol e Dex) é melhor do que de longa
- Drogas não funcionam para prevenir ou tratar delirium
 - Medidas de prevenção/tratamentos não farmacológicos são a chave
 - Mas pode usar neurolépticos (ex. Haldol) se paciente apresentar risco contra os cuidadores ou a si mesmo

Referências e Recursos

<https://www.sccm.org/ICULiberation/Guidelines>
(guideline em inglês)

<https://www.sccm.org/getattachment/Research/Guidelines/Guidelines-for-the-Prevention-and-Management-of-Pa/Diretrizes-de-Dor-Agitacao-Delirium-Imobilidade-e-Sono-PADIS-Guidelines-Portuguese-Translation.pdf?lang=en-US>
(guideline em português)