

Lilian Maria Sobreira Tanaka¹, Rodrigo Bernardo Serafim², Jorge Ibrain Figueira Salluh³

O que todo intensivista deveria saber sobre sedação leve em pacientes em ventilação mecânica

What every intensivist should know about light sedation for mechanically ventilated patients

INTRODUÇÃO

Dor, agitação e ansiedade são frequentes em pacientes que necessitam de internação na unidade de terapia intensiva (UTI). Esses eventos frequentemente se associam com intubação traqueal, ventilação mecânica (VM) e intervenções junto ao leito.⁽¹⁾ Para isso, podem ser utilizados sedativos e analgésicos, com a finalidade de diminuir o desconforto e obter melhor sincronia com o ventilador, assim como diminuir o trabalho respiratório.⁽²⁾ Na última década, foram publicados diversos estudos fundamentais, que melhoraram nossa compreensão no que se refere à escolha de sedativos e o impacto da sua utilização nos desfechos de pacientes críticos, tanto em curto quanto em longo prazo.^(2,3) Um dos principais conceitos baseados em evidência que emergiram de estudos observacionais e ensaios randomizados controlados, incluído nas diretrizes mais recentes,⁽³⁾ é a abordagem por protocolo com metas de sedação leve. Nessa abordagem, uma sedação leve seria considerada como meta ideal para a maioria dos pacientes mecanicamente ventilados, nos quais um estado “calmo, confortável e colaborativo” asseguraria uma ventilação sincrônica, com um mínimo de dor e ansiedade, em combinação com preservação cognitiva. Os potenciais benefícios centrados no paciente para sedação leve incluiriam também a possibilidade de estimulação ativa cognitiva ou motora (inclusive intervenções de mobilização precoce), assim como melhora da interação com a equipe de profissionais de saúde e familiares.⁽⁴⁾

Qual a evidência por trás da sedação leve?

Forte evidência demonstra que a sedação excessiva se associa com piores desfechos clínicos e, mais recentemente, tem se dado especial atenção à intensidade da sedação na fase inicial da VM. Estudos demonstram que permitir sedação profunda, mesmo após as primeiras 48 horas de VM, pode ser prejudicial. Em ensaio prospectivo multicêntrico longitudinal relativo a práticas de sedação, compreendendo pacientes sob VM por um período de 24 horas ou mais, Shehabi et al. demonstraram que sedação profunda inicial teve associação independente com maior demora para extubar, mais óbito hospitalar e maior índice de mortalidade em 180 dias.⁽⁵⁾ Semelhantemente, ensaio multicêntrico observacional prospectivo, que incluiu 322 pacientes de 43 UTIs brasileiras, demonstrou que sedação profunda nas primeiras 48 horas de VM tem associação independente com uma duplicação da mortalidade hospitalar.⁽⁶⁾ Como “sedação leve” utiliza menos fármacos e reduz o uso geral de recursos, essa intervenção pode ser considerada custo-efetiva na UTI. Além disso, sedação profunda se associa com piores desfechos funcionais e cognitivos, já que diminui a possibilidade de mobilização precoce e aumenta significativamente o risco de *delirium*.⁽⁷⁾

1. Departamento de Terapia Intensiva, Hospital Copa D'Or - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

2. Departamento de Medicina Interna, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

3. Departamento de Terapia Intensiva e Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional, Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 23 de abril de 2021

Aceito em 23 de maio de 2021

Autor correspondente:

Jorge Ibrain Figueira Salluh
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino
Rua Diniz Cordeiro, 30, 3º andar
CEP: 22281-100 - Rio de Janeiro (RJ), Brasil
E-mail: jorgesalluh@gmail.com

Editor responsável: Viviane Cordeiro Veiga

DOI: 10.5935/0103-507X.20210069



A mudança do conceito de um paciente profundamente sedado e imobilizado para um paciente desperto e cooperativo é parte essencial da implantação de melhores práticas na UTI. Contudo, isso tem seus desafios. A equipe da UTI deve assegurar, de forma multidisciplinar, controle apropriado de potencial desconforto e redução de resultados adversos. O monitoramento da dor e da agitação é essencial para o bem-estar do paciente, assim como para sua segurança, já que um paciente agitado pode inadvertidamente remover seus acessos vasculares ou o tubo endotraqueal. Em estudo com utilização de sedação leve, o paciente pôde melhorar sua contribuição para avaliação da dor e *delirium* por relato confiável, além de envolvimento em programas precoces de reabilitação.^(3,4) Sedação leve também se associou com menor tempo de permanência na UTI e menor duração da VM, sem incrementos na ocorrência de ansiedade e depressão,⁽⁸⁾ e, em estudos que relataram o seguimento em longo prazo, não se observaram sinais de aumento de desfechos neuropsicológicos negativos.⁽⁹⁾

Quem deveria receber sedação leve na unidade de terapia intensiva?

As diretrizes *Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep disruption* (PADIS), de 2018, sugeriram avaliação em fases com base em protocolo para controle da dor e para gestão da sedação em pacientes críticos adultos.⁽³⁾ Claramente a ênfase deve ser não na sedação, mas em abordagens multidisciplinares, para monitorar, prevenir e tratar prontamente dor e agitação, ao mesmo tempo em que se assegura a manutenção de um estado de vigília. Foi recomendada sedação leve para a maioria dos pacientes, com o fim de reduzir ansiedade e estresse, controlar os sintomas de *delirium* hiperativo e facilitar procedimentos invasivos e a VM.^(3,10) Além disso, recomendam-se o uso precoce de analgesia para conforto, o uso mínimo de sedativos e máximo de cuidados humanos (eCASH),⁽⁴⁾ o conjunto de medidas ABCDF-R (R corresponde a controle do *drive* respiratório),^(11,12) a ênfase no uso de analgesia primeiramente com sedação mínima, os auxílios para comunicação, a redução de ruídos para facilitar o sono, a mobilização precoce, o monitoramento de *delirium* e o envolvimento da família, como estratégias para promover o cuidado centrado no paciente e seu conforto na UTI.

Apesar de não haver definição universal para sedação leve, as diretrizes consideram um escore segundo a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS - *Richmond Agitation Sedation Scale*) entre +1 (ligeiramente inquieto) a -2 (desperto com contato visual à voz), ou escore pela

Escala de Sedação-Agitação de Riker (SAS - *Sedation-Agitation Scale*) entre 4 (calmo e cooperativo) a 3 (dificuldade para despertar e obedece a comandos simples) como adequados para a maioria dos pacientes.^(3,10) Podem ser utilizadas estratégias para obter sedação leve como sedação com interrupção diária, sedação por metas ou mesmo ausência de sedação, sem clara superioridade de uma sobre as demais.^(10,13) Uma preferência pela utilização de sedativos de ação rápida pode permitir titulação da dose e ajuste do nível-alvo de consciência.⁽¹⁴⁾

Recomenda-se uma preferência por propofol ou dexmedetomidina, em relação aos benzodiazepínicos, em pacientes com necessidade de sedação contínua para obter sedação leve precoce^(3,5,15) e contínua,^(3,16) assim como para minimizar o risco de *delirium*.⁽¹⁵⁾ Quando se teve como meta uma sedação leve em pacientes com sepse, propofol e dexmedetomidina demonstraram ser comparáveis, em termos de desfechos clínicos.⁽¹⁷⁾ O uso de opioides persiste como arma fundamental no controle da dor na UTI,^(3,18) porém o uso de medicação analgésica adjuvante, como paracetamol, clonidina, dexmedetomidina, gabapentina, cetamina, pregabalina e tramadol, promove redução dos escores de dor, assim como diminuição do consumo de opioides, como demonstrou recente metanálise.⁽¹⁸⁾ Apenas minoria dos pacientes admitidos à UTI têm clara indicação para sedação profunda contínua: pacientes com insuficiência respiratória grave, estado epiléptico, hipertensão intracraniana e necessidade de bloqueio neuromuscular.⁽¹⁹⁾ Pacientes com essas condições podem ter sido sub-representados nos estudos relacionados à analgesia e à sedação, por serem frequentemente excluídos dos protocolos de pesquisa.^(10,19) Contudo, mesmo quando é necessária sedação profunda, esta deve ser considerada uma estratégia transitória, e o uso de combinações de sedativos pode ser feito para minimizar a utilização de benzodiazepínicos.⁽¹⁹⁾

Na figura 1, apresenta-se uma sugestão esquemática de abordagem para analgesia e sedação.

CONCLUSÃO

Estudos recentes demonstram que a utilização de sedação leve é factível e segura na maioria dos pacientes mecanicamente ventilados na unidade de terapia intensiva. A mudança de um paciente profundamente sedado para um paciente calmo, confortável e colaborativo associa-se com diminuição do tempo de permanência na unidade de terapia intensiva, da duração da ventilação mecânica e da incidência de *delirium*, assim como melhores taxas de sobrevivência. O uso de sedação leve é uma estratégia custo-efetiva, baseada em evidência, que deve ser considerada como o padrão de cuidado na unidade de terapia intensiva.

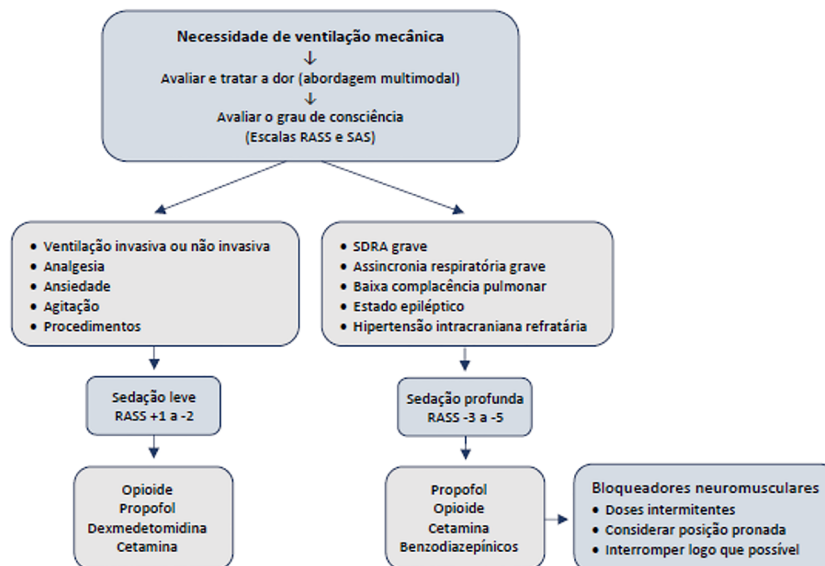


Figura 1 - Abordagem esquemática para analgesia e sedação.

RASS - Escala de Agitação e Sedação de Richmond; SAS - Escala de Sedação-Agitação de Riker; SDRA - síndrome do desconforto respiratório grave. O uso de benzodiazepínicos deve ser a última opção para sedação e interrompido assim que possível.

REFERÊNCIAS

- Puntillo KA, Max A, Timsit JF, Vignoud L, Chanques G, Robleda G, et al. Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The European® study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;189(1):39-47.
- Arroliga AC, Thompson BT, Ancukiewicz M, Gonzales JP, Guntupalli KK, Park PK, Wiedemann HP, Anzueto A; Acute Respiratory Distress Syndrome Network. Use of sedatives, opioids, and neuromuscular blocking agents in patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med.* 2008;36(4):1083-8.
- Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018;46(9):e825-e873.
- Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med.* 2016;42(6):962-71.
- Shehabi Y, Bellomo R, Reade MC, Bailey M, Bass F, Howe B, McArthur C, Seppelt IM, Webb S, Weisbrodt L; Sedation Practice in Intensive Care Evaluation (SPICE) Study Investigators; ANZICS Clinical Trials Group. Early intensive care sedation predicts long-term mortality in ventilated critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012;186(8):724-31.
- Tanaka LM, Azevedo LC, Park M, Schettino G, Nassar AP, Réa-Neto A, Tannous L, de Souza-Dantas VC, Torelly A, Lisboa T, Piras C, Carvalho FB, Maia Mde O, Giannini FP, Machado FR, Dal-Pizzol F, de Carvalho AG, dos Santos RB, Tierno PF, Soares M, Salluh JI; ERICC study investigators. Early sedation and clinical outcomes of mechanically ventilated patients: a prospective multicenter cohort study. *Crit Care.* 2014;18(4):R156.
- Shehabi Y, Bellomo R, Kadiman S, Ti LK, Howe B, Reade MC, Khoo TM, Alias A, Wong YL, Mukhopadhyay A, McArthur C, Seppelt I, Webb SA, Green M, Bailey MJ; Sedation Practice in Intensive Care Evaluation (SPICE) Study Investigators and the Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group. Sedation intensity in the first 48 hours of mechanical ventilation and 180-day mortality: a multinational prospective longitudinal cohort study. *Crit Care Med.* 2018;46(6):850-9.
- Treggiari MM, Romand JA, Yanez ND, Deem SA, Goldberg J, Hudson L, et al. Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness. *Crit Care Med.* 2009;37(9):2527-34.
- 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):1457-61.
- Olsen HT, Nedergaard HK, Strøm T, Oxlund J, Wian KA, Ytrebø LM, et al. Nonsedation or light sedation in critically ill, mechanically ventilated patients. *N Engl J Med.* 2020;382(12):1103-11.
- Devlin JW, O'Neal HR Jr, Thomas C, Barnes Daly MA, Stollings JL, Janz DR, et al. Strategies to optimize ICU liberation (A to F) Bundle performance in critically ill adults with coronavirus disease 2019. *Crit Care Explor.* 2020;2(6):e0139.
- Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for critically ill patients with the ABCDEF Bundle: results of the ICU liberation collaborative in over 15,000 adults. *Crit Care Med.* 2019;47(1):3-14.
- Hughes CG, Girard TD, Pandharipande PP. Daily sedation interruption versus targeted light sedation strategies in ICU patients. *Crit Care Med.* 2013;41(9 Suppl 1):S39-45.
- Devlin JW, Roberts RJ. Pharmacology of commonly used analgesics and sedatives in the ICU: benzodiazepines, propofol, and opioids. *Crit Care Clin.* 2009;25(3):431-49, vii.
- Shehabi Y, Howe BD, Bellomo R, Arabi YM, Bailey M, Bass FE, Bin Kadiman S, McArthur CJ, Murray L, Reade MC, Seppelt IM, Takala J, Wise MP, Webb SA; ANZICS Clinical Trials Group and the SPICE III Investigators. Early sedation with dexmedetomidine in critically ill patients. *N Engl J Med.* 2019;380(26):2506-17.
- Jakob SM, Ruokonen E, Grounds RM, Sarapohja T, Garratt C, Pocock SJ, Bratty JR, Takala J; Dexmedetomidine for Long-Term Sedation Investigators. Dexmedetomidine vs midazolam or propofol for sedation during prolonged mechanical ventilation: two randomized controlled trials. *JAMA.* 2012;307(11):1151-60.
- Hughes CG, Mailloux PT, Devlin JW, Swan JT, Sanders RD, Anzueto A, Jackson JC, Hoskins AS, Pun BT, Orun OM, Raman R, Stollings JL, Kiehl AL, Duprey MS, Bui LN, O'Neal HR Jr, Snyder A, Gropper MA, Guntupalli KK, Stashenko GJ, Patel MB, Brummel NE, Girard TD, Dittus RS, Bernard GR, Ely EW, Pandharipande PP; MENDS2 Study Investigators. Dexmedetomidine or propofol for sedation in mechanically ventilated adults with sepsis. *N Engl J Med.* 2021;384(15):1424-36.
- Wheeler KE, Grilli R, Centofanti JE, Martin J, Gelinas C, Szumita PM, et al. Adjuvant analgesic use in the critically ill: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Explor.* 2020;2(7):e0157.
- Murray MJ, DeBlock H, Erstad B, Gray A, Jacobi J, Jordan C, et al. Clinical Practice Guidelines for Sustained Neuromuscular Blockade in the Adult Critically Ill Patient. *Crit Care Med.* 2016;44(11):2079-103.