



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

UFF

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Caracterización de la sedación y analgesia en Unidad de Terapia Intensiva: estudio observacional

Karina Dantas dos Santos¹, Ivo da Costa Martins¹,
Fernanda Alves Ferreira Gonçalves¹

¹ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el proceso de sedación y analgesia en pacientes bajo ventilación mecánica invasiva (VMI).

Método: estudio transversal, observacional, realizado de septiembre de 2014 a febrero de 2015 en la UTI de una institución de educación de Goiânia/GO. La muestra fue constituida de 30 pacientes mayores de 18 años, intubados y sedados hace más de 24 horas (protocolo n°. 763.827/2014). **Resultados:** fueron utilizadas analgesia y sedación continua e intermitente, siendo el fentanil y el dormonid las drogas más usadas.

Discusión: el tratamiento estándar entre pacientes críticos y sometidos a la VMI fue la sedación continua, administrada debido a la ansiedad, para facilitar el cuidado del equipo de enfermería. La principal indicación para sedación fue el mantenimiento de VMI. **Conclusión:** falta estandarización de las conductas en el manejo de la sedación. Se recomienda la elaboración de protocolos con actuación del equipo multidisciplinar.

Descriptor: Hipnóticos y Sedantes; Vigilancia Intensiva; Analgesia; Sedación Profunda.

INTRODUCCIÓN

La internación en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) está asociada generalmente a diversos procedimientos invasivos (ventilación mecánica (VM), intubación orotraqueal, sondaje vesical y enteral, punciones venosas y arteriales). Ese ambiente es incomodo debido al uso de equipos de monitorización intensiva y ruidos ambientales⁽¹⁾.

Frecuentemente, los pacientes críticos se encuentran ansiosos, agitados, confusos, con dolor, ocasionados por la inmovilidad, lesiones y/o heridas, y, por lo tanto, por el ambiente adverso que circunda las UTIs. Muchas veces, hay necesidad de iniciar analgesia y sedación como forma de disminuir la incomodidad. En este contexto, deben ser consideradas las conductas terapéuticas, farmacológicas y ambientales, con el fin de minimizar las respuestas al ambiente y a los estímulos^(2,3).

Ante eso, se hace necesaria la identificación precoz y el manejo adecuado de las posibles causas subyacentes de la agitación (dolor, *delirium*, hipoxemia, hipoglicemia, hipotensión, síndrome de abstinencia del alcohol y otras drogas)⁽⁴⁾. Vale destacar que tanto el dolor como la ansiedad generan situaciones de intenso estrés agudo en el organismo humano; la respuesta humoral se caracteriza por un aumento en los niveles circulantes de catecolaminas, glucagon y cortisol. Los efectos metabólicos de la respuesta de las referidas hormonas al estrés resultan en el aumento del consumo de oxígeno, hiperglicemia, hipercatabolismo proteico y lipídico, retención hídrica y depuración renal de potasio. Por eso, el uso de sedo-analgesia exige el acompañamiento de forma criteriosa y rigurosa en la evaluación de los niveles de sedación alcanzados buscando evitar sedación profunda, promover disminución del tiempo de VM y de internación y, consecuentemente, reducción de los costos hospitalarios⁽⁵⁾.

La sedación atenúa la respuesta fisiológica al estrés favoreciendo positivamente el pronóstico del paciente. Cuando asociada a la analgesia, es una terapéutica esencial en la prevención del síndrome del estrés pos-traumático en la UTI⁽¹⁾. Ante eso, los sedantes son comúnmente usados como adyuvantes de la terapia de ansiedad y agitación; algunos pacientes necesitan de sedación para mantener la sincronía con la VM⁽⁶⁾.

Se debe destacar también que, en el contexto de la UTI, es habitual el mantenimiento de pacientes con alto nivel de sedación, totalmente desconectados del medio. Sin embargo, hoy es evidente la diferencia en el análisis de la sedación, pues se busca promover comodidad al paciente, pero manteniéndolo pasible de despertar fácilmente. Eso puede ser alcanzado cuando se objetiva llegar a un efecto sedativo con el mínimo de fármacos o en asociación. Sin embargo, alcanzar adecuada, pero no excesiva sedación en pacientes críticos es un proceso complejo debido, entre otros factores, al metabolismo de esos fármacos ser imprevisibles^(1,3).

Frente a eso, el paciente en terapia sedativa debe ser evaluado diariamente por el equipo multidisciplinario para que el tratamiento sea benéfico a su recuperación. La necesidad de monitorización constante de los parámetros de dolor, sedación y agitación refleja la naturaleza dinámica de los pacientes críticos. Además de eso, la reevaluación frecuente promueve un acompañamiento riguroso de la respuesta al tratamiento, favoreciendo en el manejo de señales y síntomas indeseables y evitando la sedación excesiva⁽³⁾. En este ámbito, se destaca la actuación del equipo de enfermería al prestar cuidados al paciente sedado y el uso de protocolos de sedación establecidos, que pueden disminuir la mortalidad, el tiempo de VM y de hospitalización^(1,7,8).

La evaluación de esos pacientes necesita de medidas objetivas, confiables y reproducibles

para el control de la profundidad de la sedación y para la eficacia de la analgesia. Tanto la sedación excesiva como la insuficiente son deletéreas, siendo así para la mayoría de los pacientes, las metas de sedación buscan amenizar la ansiedad, promover el sueño, viabilizar los cuidados de enfermería y la VM e disminuir el consumo de oxígeno por el miocardio^(3,9). Por lo tanto, la escala ideal para evaluar los niveles de sedación debe orientar la titulación de terapia y poseer validez y confiabilidad^(6,10).

La Escala de *Ramsay* es la más utilizada en UTI y como un instrumento unidimensional basado en criterios clínicos. Se caracteriza numéricamente con puntuaciones que varían de 1 a 6 y, así, evalúa las respuestas del paciente graduadas conforme el nivel de sedación^(1,6,10).

La escala de agitación-sedación de Richmond (*Richmond Agitation-Sedation Scale* – RASS) abarca de forma precisa el nivel de agitación y ansiedad; esto se configura como ventaja sobre la escala de Ramsay⁽⁵⁾. Además de eso, es uno de los instrumentos de evaluación más válidos, aplicables y confiables para medir la calidad y profundidad de la sedación en pacientes adultos críticamente enfermos. También es posible de ser utilizado en la práctica clínica y en protocolos, con el objetivo de minimizar los impactos negativos de la sedación excesiva y agitación^(4,10).

Como meta de la sedación, se espera paciente calmo que puede ser fácilmente despertado con mantenimiento del ciclo sueño-vigilia normal, aunque algunos necesiten de sedación profunda para promover sincronía con la VM⁽⁶⁾.

En la práctica clínica aún hay un estigma relacionado al hecho de la sedación profunda ser supuestamente mejor para el paciente crítico soportar los estímulos inherentes a la UTI. Es común asociarla a las condiciones convenientes para la práctica de enfermería; así no hay una legítima consideración de las reales necesidades

de los pacientes. Por lo tanto, se hace necesario mantener niveles de sedación adecuada, estandarizar conductas y realizar monitorización neurológica criteriosa buscando garantizar asistencia calificada, lo que justifica la realización de este estudio.

Esta investigación objetiva evaluar el proceso de sedación en pacientes bajo ventilación mecánica invasiva (VMI).

MÉTODO

Estudio transversal, observacional, realizado entre septiembre de 2014 y febrero de 2015 en la UTI de una institución pública de educación de grande porte, localizada en Goiânia/GO. En ese período fueron admitidos 278 pacientes.

Se incluyeron pacientes con edad mayor de 18 años, admitidos para tratamiento clínico y/o quirúrgico, intubados y sedados hace más de 24 horas y con necesidad de VMI. Fueron excluidos los mayores de 18 años en uso de bloqueadores neuromusculares de forma continua en bomba infusora, con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), *Miastenia gravis*, *Guillain Barré* y otras enfermedades neuromusculares.

La colecta de datos fue realizada por medio de observación estructurada y participante, utilizando un instrumento designado como "Formulario de Monitorización de los Pacientes Sedados" después de realización previa del test piloto. Para efecto de caracterización de la muestra estudiada fueron colectados datos generales como nombre, fecha de nacimiento, sexo, etnia, número del archivo, fecha de internación en el hospital y en la UTI, co-morbilidades, tipo de admisión, causa de la admisión, datos de alta e índices de pronóstico y gravedad. Se evaluó también con ese instrumento la analgo-sedación, tipo checklist que incluyó informaciones diarias de cada paciente sobre el nivel de consciencia

(por medio de la escala de RASS(12) y Escala de Coma de Glasgow(13)), agentes utilizados, tipo de infusión (continua o intermitente) y motivo de la sedación.

En la escala de RASS, el paciente alerta y calmado recibe la puntuación 0 (cero) en el score. Hay cuatro niveles de agitación (que van del inquieto al agresivo) graduados en el orden creciente de uno a cuatro, y hay cinco niveles más de sedación puntuados de uno a cinco negativos, donde, por ejemplo, la sedación profunda (cuando el paciente se mueve o abre los ojos apenas con estimulación física) equivale a -4 y, si no es despertable, el paciente obtiene RASS -5 (12).

Los índices de gravedad y pronóstico son herramientas importantes que posibilitan analizar minuciosamente de las condiciones clínicas de los pacientes gravemente enfermos. En este ámbito, se destacan el *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II), por ejemplo, que clasifica los pacientes conforme el desvío de 12 variables fisiológicas medidas y verifica riesgo de mortalidad; el *Simplified Acute Physiology Score 3* (SAPS 3), que también hace una estimativa del riesgo de óbito; y el *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA), que evalúa el riesgo de disfunción orgánica^(13, 14, 15). En este estudio, tales índices fueron colectados a partir de los prontuarios en el día de la admisión en la UTI (Día 0).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Goiás, protocolo n°. 763.827/2014. Los responsables legales por los pacientes fueron aclarados sobre la investigación y solamente después de la liberación formal, por medio de la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), se completaron los instrumentos de colecta de datos.

La colecta fue digitada en el programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión

20 para Windows. Se realizó análisis de los datos mediante frecuencias absolutas y relativas, bien como de medidas de tendencia central (medias y desvíos-estándar).

RESULTADOS

Fueron incluidos en ese estudio 30 pacientes, totalizando 565 días de internación (correspondientes al resultado de la suma de los días de internación de los 30 pacientes incluidos en el estudio) y 263 días de uso continuo de sedantes (resultado de la suma del tiempo que los 30 pacientes estuvieron en uso de sedativos). Es característica de esta UTI admitir pacientes predominantemente en el pos-operatorio inmediato provenientes del centro quirúrgico y hemodinamia. La mayoría de ellos permaneció menos de 24 horas en la UTI, lo que justifica el número reducido de la muestra y el período de colecta de los datos.

Hubo predominio de hombres, con media de edad de 61 años ($\sigma \pm 15,4$ años), en insuficiencia respiratoria aguda (**Tabla 1**).

Tabla 1 - Características socio-demográficas y clínicas de los pacientes internados en la UTI en el período de septiembre de 2014 a marzo de 2015 (n=30). Goiânia, 2015.

Características	n (%)
Sexo	
Masculino	16 (53,3)
Femenino	14 (46,7)
Edad (años)	
20-35	02 (6,7)
36-50	06 (20,0)
51-65	09 (30,0)
>65	13 (43,3)
Tipo de admisión	
Clínica	21 (70,0)
Cirugía emergencia	05 (16,7)
Cirugía electiva	04 (13,3)
Motivo de la internación	

Insuficiencia Respiratoria	
Aguda	06 (20,0)
Sepsis	05 (16,7)
Afecciones neurológicas	04 (13,3)
Afecciones cardiovasculares	04 (13,3)
Monitorización pos-operatoria	03 (10,0)
Afecciones hepáticas	02 (6,7)
Vascular	02 (6,7)
Afecciones digestivas	01 (3,3)
Afecciones renales/metabólicas	01 (3,3)
Afecciones hematológicas	01 (3,3)
Pos-parada cardiorrespiratória	01 (3,3)
Tiempo de internación en la UTI (días)	
2-7 días	09 (30,0)
8-15 días	07 (23,3)
>15 días	14 (46,7)
Tipo de Alta	
Óbito	19 (63,3)
Transferencia	11 (36,7)
Comorbilidades	
Si	20 (66,7)
No	10 (33,3)
Diabetes Mellitus*	14 (42,4)
Hipertensión Arterial Sistémica*	10 (30,3)
Insuficiencia Renal Crónica*	03 (9,1)
Accidente Vascular Encefálico*	02 (6,1)
Neoplasia*	02 (6,1)
Insuficiencia cardiaca congestiva*	01 (3,0)
Cirrosis Hepática*	01 (3,0)

*n= 33 Fuente: *Elaboración propia, 2015.*

El score SOFA obtuvo mediana general de 11 ($\sigma \pm 3,8$); la mediana del APACHE II fue de 28,5 ($\sigma \pm 9,4$) y del SAPS3 fue equivalente a 75 ($\sigma \pm 14,5$). Se verificó que la media del SOFA y la probabilidad de óbito generada por los índices pronósticos APACHE II y SAPS3 no tuvieron medias significativamente diferentes en los pacientes que evolucionaron para óbito en comparación con los que recibieron alta de la UTI. Sin embargo, la mayor media de SAPS 3 entre los pacientes que evolucionaron para óbito puede

ser justificada, pues el perfil de pacientes de esta muestra era formado por mayoría de ancianos y en estado más grave (**Tabla 2**).

Tabla 2 - Relación de los índices pronóstico y mortalidad entre los pacientes que evolucionaron para óbito versus pacientes que recibieron alta de la UTI. Goiânia, 2015.

Escores	Medias en el grupo de óbito	Medias en el grupo de alta
SOFA	10	9,7
SAPS3	73,7	68,8
APACHE II	27,6	26,8

Fuente: *Elaboración propia, 2015.*

Los factores relacionados a la indicación de la sedación son presentados en la Tabla 3.

Tabla 3 - Factores para indicación* de la sedación en 30 pacientes. Goiânia, 2015.

Motivo de la sedación	n (%)
Ventilación Mecánica	28 (80,0)
Comodidad	03 (8,6)
Prevenir aumento de la PIC**	02 (5,7)
Agitación	01 (2,8)
Cuidados Paliativos	01 (2,8)

*En ese análisis, se verificó que algunos pacientes presentan más de un motivo para indicación de la sedación (n=35).

**PIC – presión intracraniana

Fuente: *Elaboración propia, 2015.*

La modalidad de administración por infusión continua estuvo presente en 30 pacientes (100%), siendo que 19 (63,3%) de ellos recibieron también sedación intermitente durante algún momento de la internación en la UTI (**Tabla 4**).

Fármacos	n (%)
Fentanil	23 (56,1)
Midazolam y Fentanil	17 (41,5)
Midazolam	01 (2,4)

*Se verificó que, algunos pacientes fueron sometidos a más de un esquema de sedación durante ese análisis (n=41).

Fuente: *Elaboración propia, 2015.*

La dosis media del fentanil fue de 130 mcg/kg/día ($\sigma \pm 80$ mcg/kg/día), mientras que la dosis media del midazolam fue de 4,68 mg/kg/día ($\sigma \pm 4,04$ mcg/kg/día) (**Tabla 5**).

Tabla 5 - Esquemas de analgosedación* intermitente evaluados en 30 paciente. Goiânia, 2015.

Fármacos	n (%)
Midazolam	13 (27,1)
Morfina**	12 (25,0)
Haldol***	09 (18,7)
Clonazepam	08 (16,7)
Propofol	02 (4,2)
Diazepam	02 (4,2)
Fentanil	01 (2,1)
Lorazepam	01 (2,1)

* En las evaluaciones, se constató que los pacientes recibieron esquemas variados de analgosedación (n=48).

** Administrada para confort y control del dolor (antes del curativo y del baño en la cama).

*** Utilizado como terapéutica para agitación y ansiedad.

Fuente: Elaboración propia, 2015.

El RASS medio observado fue de -4 ($\sigma \pm 2,02$). Entre las 263 evaluaciones realizadas, fueron verificados niveles excesivamente altos de sedación en 162 días (61,6%) por la escala de RASS (RASS -4 o -5).

Se evidenciaron niveles inadecuadamente bajos de sedación (RASS > 0) en 10 evaluaciones (3,8%). Se verificaron también complicaciones asociadas a la agitación durante las cuales la contención mecánica fue implementada cuatro veces (**Tabla 6**).

Tabla 6 - Eventos adversos asociados a la agitación durante el período de sedación (n=16). Goiânia, 2015.

Complicaciones	n (%)
Retirada inadvertida de sonda enteral	07 (43,7)
Asincronía con la VM	05 (31,2)
Extubación accidental	03 (18,7)
Acodamiento de DVE*	01 (6,2)

*Drenaje ventricular externo

Fuente: Elaboración propia, 2015.

La media del número de días con y sin uso continuo de sedativo fue de 16,96 ($\sigma \pm 6,56$) y 6,86 ($\sigma \pm 8,3$) respectivamente, siendo que la Escala de Coma de Glasgow alcanzó una media de 7 ($\sigma \pm 5,6$).

DISCUSIÓN

Se estima que 42% a 52% de las admisiones en UTI son de pacientes ancianos⁽¹⁷⁾. El análisis de la edad de los participantes del estudio permitió verificar que los datos observados corroboraron con estudios anteriores y apuntaron para una clientela con mayoría de ancianos en las UTIs^(18,17).

El tiempo de internación predominante en la muestra fue encima de 15 días, sin embargo no hay consenso en la literatura sobre el tiempo prolongado de internación en la UTI. Esto supuestamente se justifica por el hecho de que la mayoría de los estudios fueron realizados en unidades con muestra mixta, o sea, clínica y quirúrgica⁽¹⁹⁾.

La sedación es un componente fundamental en el cuidado a los pacientes críticamente enfermos y sometidos la VM^(20,19,9). Los sedantes en pacientes intubados generalmente son administrados debido a la ansiedad y para facilitar el cuidado del equipo de enfermería⁽⁹⁾. El presente estudio observó como principal indicación para la sedación mantener la ventilación artificial.

Los sedantes deben ser administrados de forma intermitente o conforme necesidad del paciente. La infusión en *bolus* de ciertas drogas debe ser hecha con cautela, principalmente en pacientes en respiración espontánea, debido a la probabilidad de provocar depresión respiratoria⁽⁶⁾. La sedación intermitente fue utilizada, sin embargo no fueron constatadas complicaciones relacionadas a esa modalidad de infusión.

En Brasil, un estudio transversal identificó que el midazolam y el fentanil eran los agentes sedantes más utilizados (97,8% e 91,5%, respectivamente), con el propofol en tercer lugar (55%)⁽²²⁾.

La sedación con benzodiazepínicos puede aumentar el tiempo de permanencia en UTI y los opioides pueden producir efectos sedativos,

pero no disminuyen vigilia intensa y no tiene efecto de amnesia en caso de procedimientos estresantes. Sin amnesia, la mayoría de los pacientes que salen de la UTI presentan síntomas de estrés pos-traumático^(4,6). El fentanil, opioide de acción corta, puede tener el efecto inmediato de sedación y dar comodidad al paciente⁽⁶⁾ y ha sido ampliamente utilizado en la unidad estudiada.

La escala de *Ramsay* es criticada por su falta de discriminación clara y descriptores específicos para diferenciar entre los varios niveles, sin embargo es ampliamente usada en la práctica clínica⁽⁶⁾. En la UTI estudiada, es la escala predominante en los registros médicos y de enfermería. RASS es tal vez la escala más extensivamente estudiada; fue validada para capacidad de detectar alteraciones en el estado de sedación en días consecutivos de cuidados en la UTI, bien como *delirium*⁽⁸⁾.

Se torna imperioso destacar que la implementación de la escala de RASS posibilita conductas terapéuticas más direccionadas para los variados estados de agitación y ansiedad - visto que es más precisa, posee mayor validez y confiabilidad para medir la calidad y profundidad de la sedación en pacientes adultos críticamente enfermos^(4,5), lo que justificó su implementación en la evaluación de los pacientes incluidos en ese estudio.

Los niveles adecuados de sedación (Ramsay 2 a 4 e RASS 0 a -3) están asociados a la alta de la UTI, por lo tanto mantener niveles mínimos de sedación está relacionado a resultados clínicos favorables^(5,4). Sin embargo, se observó mayor tendencia para el mantenimiento de niveles profundos de sedación lo que puede relacionar a la mortalidad, prolongación en el tiempo de internación en la UTI, tornándola dispendiosa.

Se recomienda que los medicamentos sedantes sean adaptados y mantenidos a un nivel leve de sedación en pacientes adultos de

UTI, excepto haya contraindicación clínica. Por ejemplo, en pacientes con aumento de la presión intracraniana o pacientes de difícil ventilación se hace necesaria completa sedación (Ramsay 5-6). Además de eso, el nivel de sedación recomendado puede variar conforme la gravedad de la enfermedad^(4,3).

La sedación extremadamente profunda y analgesia deficiente en procedimientos dolorosos deben ser evitadas. Así como en ese estudio, hay otras evidencias de grande proporción de pacientes en sedación profunda^(23,22,25,26).

En una revisión sistemática, se constató que 40 a 60% de las evaluaciones de sedación realizadas son consideradas profundas y que más de 20% de los pacientes tienen una sedación sub-óptima (muy profunda o muy leve). Los autores sugirieron un abordaje uniforme en monitorizar la profundidad y la calidad de la sedación que irá a mejorar el cuidado de salud⁽²⁵⁾. El riesgo de los pacientes desarrollar alteración psicológica subsecuente a la internación en la UTI fue mayor en aquellos pacientes sedados y sometidos a niveles de sedación profunda y/o prolongada⁽²⁶⁾. En esa perspectiva, se puede considerar que los pacientes incluidos en ese estudio están susceptibles a ese riesgo.

Bajo el enfoque histórico, ha sido común la utilización de benzodiazepínicos (o sea, midazolam y el lorazepam) para sedación de pacientes en la UTI. Mientras tanto, se deben utilizar, preferencialmente, los esquemas de sedación que incluyen sedantes no benzodiazepínicos (propofol o dexmedetomidina) con el fin de beneficiar los resultados clínicos en pacientes críticos que están bajo VM⁽⁴⁾. No obstante, en la práctica clínica, los benzodiazepínicos son los sedantes más usados y tienen efecto ansiolítico, hipnótico y amnésico⁽²⁵⁾, pues se verificó aún la preferencia por la utilización de benzodiazepínicos como el midazolam, en los esquemas de sedación continua en asociación y, principalmente, en la modalidad de infusión

intermitente. Se percibe la divergencia entre lo que es recomendado en los *guidelines* y lo que es implementado en la práctica.

En este estudio, la media del número de días con uso continuo de sedativo fue de 16,96; lo que puede ser considerado alto, pues pacientes que hacen uso de opioides o sedantes por una semana más pueden desarrollar dependencia y la rápida retirada de esos agentes puede provocar abstinencia⁽⁶⁾.

El potencial para la abstinencia de opioides, benzodiazepínicos, propofol debe ser considerado después uso por más que siete días de tratamiento continuo. Los *guidelines* afirman aún que la reevaluación frecuente de la sedación del paciente como a la necesidad de infusión puede prevenir la prolongación de los efectos de la sedación⁽⁶⁾. En ese sentido, se destaca como fundamental la actuación del enfermero en la evaluación continua del nivel de consciencia del paciente crítico sedado y, se torna necesario movilizar ese profesional como participante junto al equipo multidisciplinario en las decisiones terapéuticas en relación a los esquemas de sedación utilizados.

Cuando la sedación es hecha sin estandarización y cuando es manejada a criterio del clínico, los pacientes permanecen más tiempo en VM y en la UTI. Además de eso, esos pacientes permanecen menos tiempo despiertos, dificultando una evaluación neurológica adecuada⁽²⁷⁾. Se configura como problemática encontrada la inexistencia de estrategias y de metas de sedación⁽²⁵⁾.

Estudios recientes han sido realizados para mejorar el plan de sedación y analgesia con pacientes sometidos a la VM, y los resultados muestran que estrategias sencillas, como el uso de protocolos institucionales y, la interrupción diaria de la sedación por infusión continua, resulta en la disminución del tiempo de VM y de internación en la UTI^(7,8,25,26). Aunque existan

evidencias disponibles, las mejores prácticas de sedación aún son heterogéneas e implantadas de forma diminuta mundialmente. Es imperativo modificar esa notoria divergencia entre la investigación y la práctica⁽²⁸⁾.

CONCLUSIÓN

Ese estudio evidenció que la sedación hizo parte de la terapéutica del paciente en ventilación mecánica. La muestra predominante fue de hombres y con edad media de 61 años.

En relación a los esquemas de sedación, no hubo estandarización en el servicio en lo que se refiere a dosis y tipos de medicamentos, fueron usados principalmente la infusión continua de fentanil, midazolam aisladamente y de forma asociada fentanil y midazolam.

Los pacientes en esquema de sedación continua tuvieron RASS medio de -4, lo que significa que los mismos tenían niveles excesivamente altos de sedación en 162 días, lo que puede interferir en el desmame ventilatorio, aumento del tiempo de ventilación mecánica, riesgo de infecciones y *delirium*.

Se percibe que hay cierto distanciamiento del equipo multidisciplinario en lo que se refiere a la sedación. Vale resaltar que, los enfermeros de ese servicio utilizan en sus evaluaciones las escalas de *Ramsay* para evaluar la sedación y *Glasgow* para evaluar el nivel de consciencia.

En la unidad donde fue realizado el estudio, se recomienda la elaboración de protocolo de sedación o interrupción que incluya la actuación del equipo multidisciplinario con el fin de evitar sedación profunda y/o prolongada que es deletérea. Sin embargo, es imprescindible la sensibilización del equipo para adhesión al protocolo, pues así podrán trazar estrategias que viabilicen ese proceso para la calidad de la asistencia y la disminución de los costos hospitalarios.

Se recomenda la elaboración de estudios con muestra mayor y que incluyan asociaciones entre los escores de gravedad y el Nursing Activities Score (NAS) ⁽²⁹⁾.

CITAS

1. Luna, AA, Sousa WA, Ferraz VM. Avaliação de delirium em pacientes em uso de sedativos. *Rev Rede de Cuidados em Saúde*. 2011; 5(1): 1- 11.
2. Nasraway SAJ, Jacobi J, Murray MJ, Lumb PD. Sedation, analgesia, and neuromuscular blockade of critically ill adult: Revised clinical practice guidelines for 2002. *Critical Care Med*. 2002; 30(1): 117-118.
3. Miranda ML, Bersot CD, Villela NR. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular na unidade de terapia intensiva. *Rev HUPE*. 2013; 12(3): 102-109.
4. Barr J, Fraser LG, Puntillo K, Ely WE, Devlin JW, Kress JP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Med*. 2013; 41(1): 263-306.
5. Mendes CL, Vasconcelos LCS, Tavares JS, Fontan SB, Ferreira DC, Diniz LAC, et al. Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. *Rev Bras Terap Intensiva*. 2008; 20(4): 344-348.
6. Jacobi J, Gilles LF, Douglas BC, Richard RR, Dorrie F, Eric TW, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Med*. 2002; 30(1): 119-141.
7. Minhas MA, Velasquez AG, Kaul A, Salinas PD, Celi LA. Effect of Protocolized Sedation on Clinical Outcomes in Mechanically Ventilated Intensive Care Unit Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Mayo Clinic Proceedings*. 2015; 90(5): 613-623. [included in the review]
8. Scott B, Eckle T. The impact of sedation protocols on outcomes in critical illness. *Annals of Translational Medicine*. 2016; 4(2): 33-36. [included in the review]
9. Kress JP, Hall JB. Sedation in the mechanically ventilated patient. *Critical Care Med*. 2006; 34(10): 2541-2546.
10. Barra DCC, Nascimento RP, Bernardes JFL. Analgesia e sedação em terapia intensiva: recomendações gerais. *Rev Min Enferm*. 2006; 10(2): 176-180.
11. Yousefi H, Toghiani F, Yazdannik AR, Fazel K. Effect of using Richmond Agitation Sedation Scale on duration of mechanical ventilation, type and dosage of sedation on hospitalized patients in intensive care units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015; 20(6): 700-704. [included in the review]
12. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *Journal of The American Medical Association (JAMA)*. 2003; 289(22): 2983-2991. [included in the review]
13. Teasdale G, Jennett B. Assessment of Coma and Impaired Consciousness. *Lancet*. 1974; 304(7872): 81-84. [included in the review]
14. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985; 13(10): 818-829. [included in the review]
15. Metnitz PG, Moreno RP, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. – SAPS 3 – From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 1: Objectives, methods and cohort description. *Intensive Care Med*. 2005; 31:1336-1344. [included in the review]
16. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*. 1996; 22(7): 707-710. [included in the review]
17. Schein LE, Cesar JA. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(2): 289-301.
18. Juncal VR, Britto LAN, Camelier AA, Messeder OHC, Farias AMC. Impacto clínico do diagnóstico de sepse à admissão em UTI de um hospital

- privado em Salvador, Bahia. *J Bras Pneumol*. 2011; 37(1): 85-92.
19. Oliveira ABF, Dias OM, Mello MM, Araújo S, Drago-savac D, Nucci A, et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(3): 250-256.
 20. Strom 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.
 21. Tanaka LMS, Azevedo LCP, Park M, Schettino G, Nassar APJ, Réa-Neto A, et al. Early sedation and clinical outcomes of mechanically ventilated patients: a prospective multicenter cohort study. *Critical Care*. 2014;18(4):R156.
 22. Salluh JI, Dal-Pizzol F, Mello PV, Friedman G, Silva E, Teles JM, et al. 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.
 23. Mehta S, McCullagh I, Burry L. Current sedation practices: lessons learned from international surveys. *Anesthesiol Clin*. 2011; 29(4): 607-624.
 24. Shehabi Y, Chan L, Kadiman S, Alias A, Ismail WN, Tan M, et al. Sedation depth and long-term mortality in mechanically ventilated critically ill adults: a prospective longitudinal multicentre cohort study. *Intensive Care Med*. 2013; 39: 910-918.
 25. Jackson DL, Proudfoot CW, Cann KF, Walsh TS. The incidence of sub-optimal sedation in the ICU: a systematic review. *Critical Care*. 2009; 13(6): 1-14.
 26. Costa JB, Marcon SS, Macedo CRL, Jorge AC, Duarte PAD. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014; 26(2): 122-128.
 27. Trikha A, Rewari, V. Sedation, Analgesia and Muscle Relaxation in the Intensive Care Unit. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2008; 52(5): 620-631.
 28. Shinotsuka CR, Salluh JIF. Percepções e práticas sobre delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013; 25(2): 155-161.
 29. Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009; 43(esp): 1018-1025. [incluída na revisão]

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 15/05/2015
Revisado: 28/03/2016
Aprobado: 05/04/2016