

Tabela 35 – Sedação e analgesia. Resumo das publicações encontradas

Referência bibliográfica	Delineamento do ensaio	Amostra	Intervenção / Desfechos	Resultados
86	Revisão sistemática 2000	Dois ECR 113 recém-nascidos pré-termo	Midazolam, morfina ou placebo. Nível de consciência, efeitos adversos, tempo de UTI e tempo de ventilação mecânica.	O nível de sedação foi melhor com midazolam nos dois estudos. Hemorragia peri e intra-ventricular (RR 1,68; IC 95% 0,87 a 3,24). Mortalidade foi maior com midazolam em um dos estudos, mas na metanálise não houve diferença (RR 0,77; IC 95% 0,26 a 2,32). Não houve diferença para efeitos neurológicos adversos, tempo de ventilação mecânica, dependência de oxigênio, internação em UTI e desenvolvimento neuropsicomotor (apenas um estudo). A efetividade e segurança do midazolam em pré-termos ainda não pode ser recomendada com estes

				dados.
87	Revisão sistemática 2000	32 ECR, 20 comparando propofol e midazolam. 2453 adultos em ventilação mecânica.	Benzodiazepínicos, opiáceos , neurolépticos (haloperidol, metotrimeprazine) e anestésicos (propofol e agentes inalatórios Sedação, tempo de extubação e de internação em UTI.	Sedação \leq 24 h: em cardíacos meperidina e alfentanil foram semelhantes na sedação e tempo de extubação em um estudo; propofol sedou melhor que midazolam em 2/7 ensaios e reduziu tempo de extubação em 5/8 ensaios. Propofol encurtou a duração de ventilação mecânica em 1/7 ensaios. Tempo em UTI: semelhante para propofol e midazolam em 2 estudos. Pacientes cirúrgicos em UTI: propofol foi melhor que midazolam em melhorar a sedação em 3/6 estudos e para encurtar o tempo de extubação nos 3 ensaios avaliados. Midazolam e lorazepam não diferiram quanto à qualidade de sedação. Isoflurano foi melhor que midazolam para sedação e encurtou o tempo de extubação em

				<p>1 estudo. Propofol e solução com meperidina, prometazina e diidroergotamina tiveram a mesma qualidade de sedação, mas propofol encurtou o tempo de extubação. Sedação > 24 h: propofol e midazolam foram semelhantes quanto à sedação em 3/6 ECR. Tempo de extubação foi menor com propofol em 3/4 ensaios. Tempo de permanência em UTI foi semelhante em um ensaio. Midazolam e lorazepam tiveram a mesma qualidade de sedação em um ensaio. Tempo de extubação foi mais curto com isoflurano do que com Midazolam, mas o tempo de internação e a qualidade de sedação foi semelhante (1 ECR). A associação alfentanil e propofol proporcionou melhor sedação e menor</p>
--	--	--	--	--

				tempo para extubação do que morfina e midazolam (1 ECR).
88	Guidelines 2000	Sedação e reanimação	Recomendações	Sedação: melhora o conforto e a segurança do paciente e a dos que o cercam, permite a realização de atos terapêuticos e diagnósticos, melhora alguns distúrbios ligados diretamente à doença de base, assegura relaxamento muscular. Hipnóticos mais recomendados para reanimação: midazolam e propofol. Analgésicos recomendados: opiáceos
89	Guidelines 1996		Conceitos e recomendações	Recomendações semelhantes às da AAP ¹ e maior detalhamento sobre pessoal, equipamentos, cuidados e monitorização.
90	Guidelines 1995	Adultos em UTI	Analgesia intravenosa e sedação	Analgesia deve ser um dos objetivos principais na atenção ao paciente grave. Analgesia: morfina é o analgésico mais usado em UTI; se houver

				<p>instabilidade hemodinâmica a droga de escolha passa a ser fentanil.</p> <p>Sedação: Midazolam ou Propofol preferidos apenas para ansiólise por tempo <24h; Lorazepam para ansiólise de longa duração.</p> <p>Haloperidol é a escolha para delírios.</p> <p>Não recomendados: meperidina, antiinflamatórios não esteróides, etomidate, ketamina, barbitúricos, clorpromazina e droperidol.</p>
91	Guidelines 1992	Crianças	Conceitos e recomendações	<p>Informa sobre conceitos, pessoal e equipamentos para monitorização e intervenção de urgência. Recomenda consentimento e informações sempre que possível ao paciente ou responsáveis, anamnese e exame físico dirigidos à sedação. Jejum de pelo menos 2 h (desejável 4-6 h); para emergências, especialmente na presença de fatores de risco (trauma,</p>

				obesidade, gravidez, rebaixamento de nível de consciência, disfunções da motilidade intestinal) promover esvaziamento gástrico e pesar risco e benefícios da sedação.
92	ECR 2000	266 crianças em setor de emergência	Ketamina com e sem midazolam Efeitos adversos	Não houve diferença significativa entre os efeitos adversos (pesadelos, agitação e alucinações), diferença de taxa de ocorrência 0,8 (IC 95% -5,3 a 7,0) com o uso isolado de ketamina ou associada a midazolam; os vômitos diminuiram com a associação de drogas, mas aumentaram as insaturações (-5,7%; IC 95% -10,9 a 0,9).
93	ECR 2000	80 crianças pós tonsilectomia	Morfina ou ketamina por via intramuscular Analgesia e sedação	Aos 30min após a extubação o escore de dor foi mais alto para o grupo ketamina (P<0,05), mas a seguir os resultados foram semelhantes. Não houve diferença na ocorrência de vômitos ou

				alucinações.
94	ECR 1999	102 crianças em pós- operatório em UTI	Ketorolac e morfina como analgésicos	A proporção de pacientes que tiveram alívio da dor na primeira e segunda horas foi semelhante, mas mais pacientes que tomaram morfina voltaram a ter dor nas horas seguintes. Vômito foi mais freqüente com ketorolac.
95	ECR 1998	130 crianças em procedimentos ortopédicos de urgência.	Midazolam e fentanyl (F/M), ou midazolam e ketamina (K/M) Analgesia e sedação	Resultados semelhantes para sedação e tempo de indução. Satisfação dos ortopedistas foi maior (P=0,0001) e o tempo de recuperação foi menor (P=0,02) para K/M. Nenhum paciente atingiu estado de anestesia. Amnésia completa foi semelhante. Hipoxia, ventilação com pressão positiva (P=0,001) e necessidade de oxigenioterapia (P=0,04) foram mais comuns com F/M. Vômitos ocorreram mais com K/M (0,03).

96	ECR 1997	18 crianças em procedimentos oncológicos dolorosos	Ketamina/atropina/ midazolam vs meperidina /midazolam. Eficácia, recuperação e segurança	Ketamina/midazolam associou-se a menor ocorrência de desconforto durante os procedimentos quando comparadas com meperidina/midazolam ($P < 0,05$) e a menor ocorrência de efeitos adversos (hipóxia e hipotensão).
97	ECR 1997	40 crianças em UTI	Hidrato de cloral +prometazina (HC/P) e midazolam (M). Sedação	Sedação satisfatória em 61% dos casos com HC/P e 48% com M. Autor observa que a sedação não foi bem aplicada de um modo geral, embora tenha sido mais satisfatória com HC/P.
98	ECR 1992	30 recém-nascidos em pós-operatório de cirurgia cardíaca.	Anestesia profunda (sulfentanil) + opiáceos no 1º. pós-operatório vs anestesia mais superficial (halotano e morfina) + morfina	Anestesia profunda resultou em menor resposta à beta-endorfina, norepinefrina, epinefrina, glucagon, cortisol, aldosterona e hormônios esteróides. Anestesia menos profunda associou-se a mais hiperglicemia e acidose metabólica

			e diazepam no pós-operatório.	(P<0,0025) durante a cirurgia e, no pós-operatório, à maior incidência de sepse (P=0,03), coagulação intravascular disseminada (P=0,03) e morte.
99	Estudo prospectivo não controlado 2000	50 procedimentos oncológicos eletivos em 28 crianças em UTI	Propofol Qualidade de anestesia e danos	Estado de anestesia adequada. Hipotensão sistólica transitória sem alteração da perfusão periférica em 64% dos procedimentos, tratada com fluidos em 31%.
100	Estudo prospectivo não controlado 1996	350 procedimentos em 68 crianças de 4-17 anos	Midazolam e ketamina Segurança e efetividade	Sedação aceitável em todas; 90% foram otimamente sedadas. Nenhuma complicação grave incluindo hipotensão. Efeito adverso mais comum (em 70%) foi queda leve da saturação de oxigênio, 1-2 minutos após ketamina. Todos tiveram algum grau de sialorréia, mas não foi necessária a administração de anti-sialogogos.

				Recuperação de 15-120 minutos.
--	--	--	--	--------------------------------