



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

POLÍTICA DE SEDAÇÃO PARA MÉDICOS NÃO ANESTESIOLOGISTAS

Versão eletrônica atualizada em
Março - 2009

POLÍTICA DE SEDAÇÃO PARA MÉDICOS NÃO ANESTESIOLOGISTAS

Definição

Diretriz que expressa os limites entre os diferentes níveis conceituais de sedação (leve, moderada ou consciente e profunda), delineando cuidados desde o planejamento, execução e alta dos pacientes, baseado em evidências e parâmetros clínicos, assim como habilitações profissionais requeridas e condições estruturais para realização dos procedimentos com sedação no HIAE pelos médicos não especializados em anestesiologia.

Objetivos

Orientar os médicos não especializados em anestesiologia a realizar procedimentos de sedação com segurança.

Proporcionar clareza na identificação de situações onde o planejamento anestésico não atingiu os objetivos esperados

Indicação

Esta Política se aplica a todos os departamentos do HIAE e MDP onde são realizados procedimentos diagnósticos, terapêuticos e invasivos, com sedação realizada por médicos não especializados em Anestesiologia.

Essa Política não se aplica a pacientes intubados em Ventilação Mecânica em Unidades de Terapia Intensiva visto que a vigilância e monitorização do ponto de vista respiratório e hemodinâmico é contínua e guiada pela condição clínica e protocolos de consenso locais.

Não se aplica aos pacientes incluídos na Política de Assistência ao Paciente em Estado Terminal de Doença Grave e Incurável.

Instruções Específicas

DEFINIÇÕES

I. NÍVEIS DE SEDAÇÃO

SEDAÇÃO

É um estado de depressão do nível de consciência induzida por drogas, em diferentes níveis de intensidade. De acordo com doses administradas e respostas individuais do paciente, o resultado variar desde a consciência com leve tranquilidade até a inconsciência. É classificada em 3 níveis:

ANSIÓLISE (SEDAÇÃO MÍNIMA)

É o estado de tranquilidade e calma induzido por drogas, durante a qual, o paciente responde normalmente aos comandos verbais. Embora as funções cognitivas e de coordenação possam estar comprometidas, a função cardiovascular e ventilatória estão preservadas.

SEDAÇÃO MODERADA ("SEDAÇÃO CONSCIENTE")



É uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente desperta intencionalmente a um comando verbal e/ou um leve estímulo tátil. Nenhuma intervenção é necessária para manter a via aérea permeável e a ventilação espontânea está adequada. A função cardiovascular está preservada.

Os reflexos de retirada aos estímulos dolorosos não são válidos como resposta esperada nesse nível de sedação

□ SEDAÇÃO PROFUNDA

É uma depressão da consciência induzida por droga, durante a qual o paciente não acorda facilmente, porém responde aos estímulos dolorosos repetidos. A habilidade de manter a função ventilatória espontânea pode estar comprometida. Paciente pode requerer assistência para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e/ou suporte ventilatório. A função cardiovascular está frequentemente preservada.

Os reflexos de retirada aos estímulos dolorosos não são válidos como resposta esperada nesse nível de sedação.

De acordo com respostas individuais e doses de medicações administradas, a depressão do nível de consciência pode ser ainda mais profunda, atingindo o nível de anestesia geral.

ANESTESIA GERAL

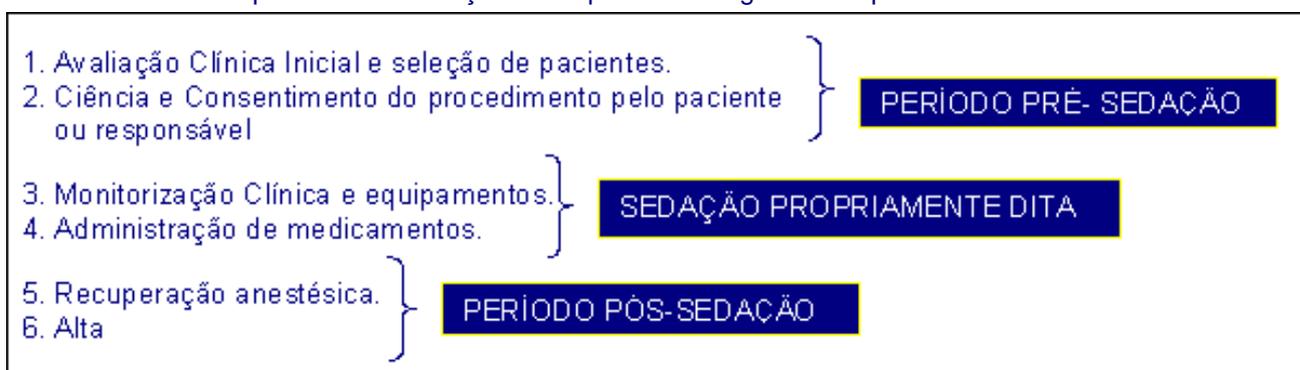
É um estado de depressão do nível de consciência durante o qual o paciente não é despertado, mesmo por estímulos dolorosos. a habilidade de manter a ventilação é frequentemente comprometida, necessitando de assistência respiratória para manutenção da permeabilidade da via aérea, e uso de ventilação com pressão positiva devido à depressão da ventilação espontânea por drogas e/ou relaxantes musculares. A função cardiovascular pode estar comprometida

RESGATE

É a capacidade de retirar o paciente que entre em nível de sedação mais profunda em relação ao planejado e retorná-lo para o nível mais superficial através do uso de medidas clínicas e/ ou farmacológicas.

II. COMPONENTES DO PROCESSO DE SEDAÇÃO:

O processo de sedação é composto das seguintes etapas



1. 1 Avaliação Clínica Inicial

Deve ser realizada uma história clínica enfatizando:

- Ocorrência de doenças pregressas.
- Experiências adversas com procedimentos realizados com anestesia.
- Antecedentes alérgicos e uso de medicações habituais.
- Hábitos sociais.
- Checagem do tempo de jejum (Tabela 1)

Prematuros	Leite materno- 2h Leite não- materno-3h	
0- 6 meses	Leite materno- 3h Leite não materno-4h	Líquidos claros* - 3h
6-36 meses	Leite materno- 4h Leite não materno-6h Sólidos-6h	Líquidos claros* - 3h
> 36 meses-Adultos	Leite- 8 horas Sólidos-8 horas	Líquidos claros* - 3h

Tabela 1: Tempo de Jejum para procedimentos sob anestesia e sedação.

(*)Líquidos claros: chá, água, leite materno, refrigerante, gatorade, suco coado, contraste, manitol. Líquidos com resíduos: leite de vaca, leite em pó, suco com grumos.

1.2. Seleção de pacientes

Devem ser selecionados pacientes com boa condição clínica geral e adequada reserva ventilatória.

Os pacientes que apresentarem problemas clínicos significativos (doença sistêmica severa, obesidade mórbida, apnéia do sono e anormalidades das vias aéreas) que necessitem de sedação moderada deverão ser avaliados por um anesthesiologista e conduzidos pelo mesmo.

Crianças prematuras (nascidas com menos de 37 semanas de idade gestacional) e que apresentam menos que 50 semanas de idade pós-conceptual deverão permanecer monitoradas por um período de 12 horas.

2. Consentimento Informado do Paciente ou Responsável

Procedimentos eletivos = a realização de procedimentos com sedação por médicos não anesthesiologistas poderá ser realizada após o esclarecimento do paciente ou seu **responsável legal** quanto aos riscos, benefícios, alternativas e limitações e o preenchimento do Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias (impresso PZ1K0.) É fundamental constar a data e horário que o termo foi assinado, (preenchido pelo paciente ou responsável legal).

Procedimento de Emergência = É dispensado a assinatura do Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias (impresso PZ1K0), sendo que o Médico responsável deverá notificar no referido termo "EMERGÊNCIA" a data, horário e validar a assinatura com carimbo contendo o CRM e anexar ao prontuário. Na primeira oportunidade em que o médico responsável e os familiares estiverem presentes, os devidos esclarecimentos serão prestados.

SEDAÇÃO PROPRIAMENTE DITA

1. Monitorização

1.1 Clínica

- Nível de consciência:** o paciente submetido à sedação moderada deve ser

freqüentemente avaliado quanto a suas respostas verbais e a estímulos leves. A necessidade de estímulos repetidos, tanto verbais como táteis, com demora na resposta pelo paciente pode sugerir a ocorrência de sedação profunda.

❑ **Ventilação**

A observação clínica da expansibilidade torácica e o padrão respiratório devem ser constantemente avaliados. A ocorrência de padrão respiratório obstrutivo e movimento paradoxal do tórax e abdome pode evidenciar aprofundamento do nível de sedação.

Na ocorrência de parada cardiorespiratória, iniciar as manobras de ressuscitação e acionar o CÓDIGO AZUL (7000). Em outras situações de urgência e emergência, acionar a unidade de referência (CTI-A,P, UPA) de acordo com a localização geográfica, descrita na Política de Atendimento a Urgência e Emergências. Nas unidades avançadas Alphaville, Jardins e Vila Mariana, deve ser seguido o protocolo local para atendimento de Urgências e Emergências. É obrigatória a presença de um profissional capacitado (enfermeiro/técnico de enfermagem ou médico) na sala além do médico executor do exame, para o monitoramento clínico do paciente. O médico deve ter treinamento em suporte avançado de vida (ACLS), e o enfermeiro e técnico de enfermagem devem ter curso de capacitação interna para situações de emergência.

1.2 Equipamentos

Os procedimentos de devem ser obrigatoriamente realizados com a monitorização de:

- Eletrocardiografia contínua (ECG).
- Oximetria de pulso (SpO₂).
- Pressão arterial não invasiva (PNI), mensurada em intervalos regulares.

A verificação dos dados vitais deve ser realizada antes da administração de drogas e mensurada em intervalos regulares não superiores há 10 minutos.

1.3. Time out

O médico responsável pela sedação deve participar ativamente do time out, quando aplicável.

2. Administração de Medicamentos

As medicações utilizadas para sedação moderada e profunda estão definidas na tabela 2, assim como os profissionais autorizados a manuseá-las.

3. Recuperação anestésica

1. Todos os pacientes submetidos à sedação deverão seguir rotina evidenciando o processo de recuperação anestésica para monitoramento dos dados vitais, oximetria de pulso e eletrocardiografia em intervalos de 15 minutos para sedação consciente.

2. Nas Unidades de Terapia Intensiva a escala de sedação de Ramsay deve ser utilizada, associada a monitorização da pressão arterial, eletrocardiografia e oximetria de Pulso com a mesma periodicidade.

4. Critérios de alta

1. Os critérios de alta da recuperação anestésica para pacientes adultos e pediátricos é baseado através do " Score para Avaliação dos Pacientes Adultos no Período Anestésico-Cirúrgico Imediato". Os scores de referência para alta da recuperação anestésica para adultos e crianças estão definidos na tabela 2.

Paciente	Valor Mínimo - Score de Alta
Adulto Ambulatorial	10 pontos*
Adulto Internado	08 pontos*

Pediátrico Ambulatorial	09 pontos*
Pediátrico Internado	06 pontos*

Tabela 2. Score mínimo de alta para recuperação anestésica em adultos e crianças. A ocorrência de padrões de avaliação em negrito (ítem 7) impossibilitam a alta da recuperação anestésica. *Déficits Neurológicos, Motores e Auditivos prévios não contra- indicam a alta.

2.A alta da PACU poderá ser validada pelo anesthesiologista com o Score mínimo, desde que **não haja ocorrência de padrões avaliados em negrito :**

- Saturação de oxigênio pela oximetria menor que 90%
- Variação de pressão arterial diastólica menor ou maior que 30% em relação ao valor pré-anestésico
- Náuseas e vômitos presentes
- Ausência de resposta a estímulos auditivos*
- Incapacidade de movimentar as 4 extremidades*

*Déficits Neurológicos, Motores e Auditivos prévios não contra-indicam a alta.

3. Em procedimentos ambulatoriais, além da aplicação dos critérios de alta descritos no item 7, devem ser considerados que os pacientes apresentem:

- Orientação no tempo e no espaço.
- Estabilidade dos sinais vitais.
- Ausência de vômitos
- Ausência de dificuldade respiratória.
- Capacidade de ingerir líquidos.
- Capacidade de locomoção como antes, se o procedimento permitir.
- Sangramento mínimo ou ausente.
- Ausência de dor de grande intensidade.
- Dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

4. A prescrição da alta anestésica do processo de recuperação anestésica é de responsabilidade intransferível do médico responsável pela sedação.

5. Nas Unidades de Terapia Intensiva, utilizar a escala de sedação de Ramsay.

6. Dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito: das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos e pós-operatórios, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.(**anexo 2**).

III Estrutura

Para procedimentos de sedação moderada e profunda é obrigatória a presença dos seguintes itens:

- a. Dispositivo para ventilação com pressão positiva (AMBU) e máscara facial.
- b. Acessórios para vias aéreas como cânulas de Guedel e máscaras laríngeas.
- c. Laringoscópio com lâminas adequadas para a idade.
- d. Aspirador de secreções.
- e. Fonte de oxigênio independente com fluxômetro.
- f. Carrinho de parada e desfibrilador.
- g. Presença de drogas antagonistas (flumazenil e naloxone).

Registro

A tabela abaixo descreve os momentos fundamentais do processo de sedação e os

documentos que evidenciam cada etapa

Tabela 2

Período do processo de sedação	Responsável	Documentação	Observações
Avaliação Clínica Inicial	Médico executor da sedação	Impresso anamnese e exame físico para internados. Pacientes externos avaliação medica do MDP.	Fundamental a leitura da avaliação inicial de enfermagem.
Esclarecimento e Consentimento ao paciente e/ou responsável legal.	Médico executor da sedação	Termo de Consentimento Informado para procedimentos invasivos.	Fundamental a data e horário.
Monitorização.	Médico/Enfermagem	Evolução Médica/ ficha de controle de dados de enfermagem. MDP impresso padrão	UTI: controle na ficha multiprofissional
Administração de drogas	Médico/ Enfermagem	Evolução Médica	
Recuperação anestésica	Enfermagem	Ficha de Recuperação anestésica.	UTI controle na ficha multiprofissional com acompanhamento pela escala de Ramsay
Alta da Recuperação anestésica	Enfermagem e Médico	Ficha de Recuperação anestésica. UTI na ficha de evolução multiprofissional.	Anotar a condição clínica de alta evidenciando os critérios após a obtenção dos Scores
Orientações pós-alta	Enfermagem e Médico	Ficha de orientação de cuidados após sedação para pacientes externos.	

IV Habilitações.

A prática da Sedação leve ou ansiólise é permitida a todos os médicos regularmente cadastrados no HIAE, os quais devem apresentar conhecimentos básicos de farmacologia das drogas padronizadas para tal finalidade.

A prática da Sedação moderada é permitida aos médicos não anesthesiologistas contratados e regularmente cadastrados no HIAE e devem estar habilitados para medidas de suporte avançado de vida no grupo de pacientes aos quais procederá a sedação, sendo para adultos (ACLS) e crianças (PALS). Os médicos do corpo clínico autônomo não especializados em anesthesiologia não estão autorizados a realizar sedação moderada

A prática da Sedação Profunda é permitida somente aos médicos especializados em anesthesiologia contratados ou autônomos. Em situações emergenciais (intubação traqueal e



uso de ventilação mecânica, cardioversão em pacientes hemodinamicamente instáveis), a sedação deverá ser administrada por médicos emergencistas ou intensivistas(habilitados com ACLS para adultos e PALS para crianças), seguindo protocolos de consenso da unidade,e com monitoração contínua dos dados vitais de acordo com o quadro hemodinâmico e respiratório. Os médicos não anesthesiologistas deverão ser treinados no curso " Sedação em Medicina Diagnóstica" mediante supervisão do Departamento de Anestesiologia e do TRSA (Treinamento em Saúde).

A realização de protocolos de consenso referentes ao uso de medicações como referência para os setores devem respeitar as regras estabelecidas na Política

A checagem da habilitação dos médicos não anesthesiologistas dos diversos setores para prática de sedação é de responsabilidade do Gestor Médico da área, que deverá observar as regras estabelecidas na presente política.

V. Locais

Essas diretrizes se aplicam a todos os Setores da SBIBAE onde os procedimentos de sedação são realizados por médicos não anesthesiologistas, incluindo:

- Centros Cirúrgicos.
- Centro Obstétrico.
- Centros de Terapia Intensiva (adulto, pediátrico e neonatal)
- Ecocardiografia.
- Excimer Laser
- Hemodinâmica
- Neurofisiologia Clínica
- Radiologia Vasculare
- Unidades Alphaville e Jardins
- Unidade de Primeiro Atendimento (UPA)

VI. Indicadores

As unidades onde os procedimentos de anestesia e sedação sejam realizados por médicos não anesthesiologistas devem estabelecer indicadores de qualidade para o acompanhamento do processo de sedação.

VII. Quadro resumo e estratificação de risco e medicações

A tabela 2 representa os aspectos principais em relação aos conceitos dos níveis de sedação, habilitações e medicamentos padronizados no HIAE utilizados e evidencia e estratifica o risco em escala de cores.

Tabela 2. Estratificação de Risco de níveis de Sedação

PARÂMETRO	ANSIÓLISE	SEDAÇÃO MODERADA	SEDAÇÃO PROFUNDA	ANESTESIA GERAL
Resposta ao estímulo	Paciente calmo e tranqüilo, responde normalmente aos comandos verbais.	Responde PRONTAMENTE * a estímulos verbais e táteis leves.	Responde a estímulos repetidos ou dolorosos*.	Não responde, inclusive a estímulos dolorosos.
Permeabilidade da via aérea	Não afetada	Não é necessária a intervenção	Pode ser afetada e necessitar de intervenção	Intervenção freqüentemente necessária
Ventilação espontânea	Não afetada	Adequada	Pode ser inadequada	Freqüentemente inadequada
Função cardiovascular	Não afetada	Freqüentemente mantida	Freqüentemente mantida	Pode estar alterada
Profissionais autorizados	Médicos regularmente cadastrados no HIAE	Médicos contratados com habilitação ACLS para adultos e PALS para crianças. Treinamento em Sedação em Medicina Diagnóstica (TRSA) Adesão a protocolos de consenso elaborado pelo setor	Médicos anesthesiologistas.	Somente médicos anesthesiologistas
Medicamentos psicotrópicos padronizados no HIAE	Diazepan Alprazolam Midazolam	Diazepan** Morfina Meperidina Midazolam ** Hidrato de cloral 10% até 100 mg Antagonistas: Flumazenil Naloxone	Propofol Etomidato Midazolam Fentanil Antagonistas: Flumazenil Naloxone	Propofol Etomidato Midazolam Alfentanil Remifentanil Sufentanil Agentes inalatórios: N2O, isoflurano e sevoflurano. Antagonistas: Flumazenil Naloxone

■ Baixo Risco ■ Médio Risco ■ Alto Risco

- não são válidos reflexos de retirada aos estímulos dolorosos**
- em sedação intermitente as doses devem ser repetidas cautelosamente (cada 5 minutos) até o efeito desejado

Anexos



Referências

- I. Resolução do Conselho Federal de Medicina No. 1802/2006 - Avaliação Pré, durante e pós, anestesia; vigilância constante do anestesista (em sala), necessidades de monitoração e equipamentos.
- II. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº1.670/03 - Sedação Profunda
- III. Resolução SS-169 de 19/06/96 - procedimentos ambulatoriais
- IV. American Society of Anesthesiologists - www.asahq.org
- V. Sociedade Brasileira de Anestesiologia www.sba.com.br
- VI. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures - A Report by the American Society of Anesthesiologists developed by the Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk on Pulmonary Aspiration.

Links

HOSD.BI.GE.004 Orientação de Alta ao Paciente Submetido a Procedimentos
DPPC.PO.CO.004 com Anestesia ou Sedação
Assistência ao Paciente em Estado Terminal de Doença Grave e
Incurável

Dados do Documento

Código	DPCI.PO.CO.003	Versão	6
Autor	Antonio Silva B. Neto	Status	Ativo
Digitador	Sandra Denise Kuhl	Criado em	19/11/2002
Revisor	Antonio Silva B. Neto	Revisado em	13/03/2009
ISO		Joint Comission	GERAL

Descrição Resumida da Revisão

Protocolo de normatização para pacientes submetidas à sedação e analgesia praticada por médicos não anesthesiologistas
Alteração de título. Atualização da normatização do protocolo. Alteração de parágrafo de código azul. Alteração da tabela de risco
Inclusão do processo de time out. Inclusão da necessidade de treinamento em " Sedação em Medicina Diagnóstica" coordenado pelo Serviço de Anestesia e TRSA; Adequação do Score de alta da RA; Atualização do parecer CFM 1802

Aprovado por Miguel Cendoroglo Neto em 13/03/2009.

Última Validação em 13/03/2009.