



Comentário ao artigo “O uso de pré-medicação na intubação traqueal não emergente do recém-nascido em Portugal”

Micaela Serelha

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia. Centro Hospitalar de Lisboa Central

O artigo “O uso de pré-medicação na intubação traqueal não emergente do recém-nascido em Portugal” de Marilene Eusébio e Eduardo Fernandes do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio é um estudo importante, realizado através de inquérito às Unidades de Apoio Perinatal e Unidades de Apoio Perinatal Diferenciado, com o objectivo de investigar a utilização de pré-medicação na entubação traqueal urgente do recém-nascido (RN). Penso que é a primeira vez que é feita no nosso País a tentativa de conhecermos quais são as nossas práticas sobre o uso de analgesia/sedação na entubação traqueal.

Realmente, como afirmam os autores, a entubação é provavelmente dos actos médicos mais dolorosos e causadores de “stress” para o RN. Não é só a entubação que causa dor e stress, são múltiplos os procedimentos invasivos que realizamos, várias vezes ao dia, sem nos lembrarmos que existem medidas não farmacológicas e farmacológicas que permitem diminuir ou mesmo evitar a dor^{1,2}.

Apesar de termos hoje grandes conhecimentos sobre a dor no RN, são raras as unidades onde existem protocolos sobre a dor no RN: como avaliar, prevenir e controlar a dor.

A avaliação da dor, dada a inerente subjectividade, deve ser padronizada usando escalas sensíveis, validadas no RN de diferentes idades gestacionais, relativamente à dor aguda, contínua ou recorrente. As escalas devem ser de fácil utilização para que sejam exequíveis à cabeceira do doente, devendo cada Unidade usar uma escala e avaliar a dor em todos os procedimentos e técnicas³, desde os mais simples aos mais complicados, como após a grande cirurgia. A intensidade da dor vai condicionar o nível de intervenção – medidas não farmacológicas nos casos de dor ligeira, associadas a medidas farmacológicas como a sacarose e/ou paracetamol, ou o uso de opióides na dor moderada e a associação de analgesia com sedação na dor intensa.

Deve haver formação dos médicos e enfermeiros e a avaliação da dor deve fazer parte da rotina dos cuidados prestados ao recém-nascido³.

Concretamente em relação aos números referidos no artigo, conclui-se que nas 40 Unidades em que é prescrita terapêutica por rotina ou ocasionalmente, 18 usam sedação isolada, doze usam analgesia e sedação e em dez unidades é utilizada apenas analgesia (morfina).

É difícil decidir quais são as drogas mais indicadas, pois apesar de já existirem muitos estudos, por vezes não são conclusivos ou são muito recentes e não temos experiência com os fármacos neles referidos. Concordo com os autores quanto ao uso de analgesia e sedação; em relação à prescrição de relaxantes musculares continua a haver alguns problemas, nomeadamente: paralisia residual após o seu uso, grande sensibilidade das vias aéreas superiores, não conhecermos os seus efeitos a longo prazo e ainda o facto de haver poucos estudos neonatais com os novos agentes bloqueantes neuromusculares.

Em relação à morfina, no estudo de Lemyre *et al.*, no qual foi usada morfina 0,2 mg/kg *vs.* placebo 5 minutos antes da entubação, verificou-se que a hipoxémia, o número de tentativas e o aumento da pressão arterial foi semelhante nos dois grupos e houve bradicardia em 94% dos RN; os autores concluíram que a morfina não é efectiva⁴. Para se obter efeito são necessários mais de 5 minutos, surgindo entretanto efeitos secundários, pelo que não deve ser recomendado o seu uso.

No inquérito não foi perguntado o modo de administração dos fármacos, se em *bolus* ou em perfusão e qual a duração da perfusão prévia à entubação; é importante que a administração seja em perfusão de 5 minutos nos casos do fentanil e midazolam e não em *bolus* rápido.

Penso que devemos dar mais atenção a este problema e fazer um esforço para que exista em todas as Unidades um protocolo onde são definidos os procedimentos de avaliação e controlo da dor no RN, em todas as situações e não só na entubação traqueal não urgente¹.

Correspondência:

Micaela Serelha
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
Hospital de Dona Estefânia
Rua Jacinto Marto
1150 Lisboa
micaela_serelha@hdestefania.min-saude.pt

Referências

1. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Analgesia e sedação no recém-nascido. *Acta Pediatr Port* 2006;37:168-73.
2. Batalha L, Almeida Santos L, Guimarães H. Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediatr Port* 2007;38:144-51.
3. Direcção-Geral da Saúde. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº9/DGCG de 14/06/2003.
4. Lemyre B, Doucette J, Kalyn A, Gray S, Marrin ML. Morphine for elective endotracheal intubation in neonates: a randomized trial. *BMC Pediatr* 2004;5:20.