22º CONGRESSO BRASILEIRO DE
PERINATOLOGIA
IX SIMPÓSIO INTERNACIONAL
de Medicina Fetal da SGOB

CENTRO DE CONVENÇÕES
ULISSES GUIMARÃES . BRASÍLIA . DF
19 A 22 DE NOVEMBRO DE 2014

Trabalhos Científicos

Título: Apresentação Do Protocolo Para Abordagem Da Síndrome De Abstinência Por Opióides Adotado Em Uma Unidade De Terapia Intensiva Neonatal De Belo Horizonte

Autores: SÍURA A. BORGES SILVA (MATERNIDADE ODETE VALADARES); MARCUS VINÍCIUS GONÇALVES MOREIRA (UNIVERSIDADE DE ITAÚNA); CAROLINA CRISTINA REZENDE FERREIRA (UNIVERSIDADE DE ITAÚNA)

Resumo: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Abstinência (S.A), causada pelo uso de opióides para abordagem da dor e stress do recém nascido (RN), é uma condição clínica que, por interferir negativamente na evolução do RN, deve ser diagnosticada, prevenida e tratada adequamente, devendo fazer parte dos protocolos de dor de cada unidade.OBJETIVO:Apresentar o protocolo de abordagem da S.A por opióide em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de Belo Horizonte. MÉTODOS: Descrição do protocolo elaborado com base em revisão bibliográfica e na experiência do serviço com o protocolo de dor e abstinência. RESULTADOS: Como regra geral, minimizar o uso contínuo de opióides. Para RN que usaram opióide contínuo por período < 3 dias: suspender o uso abruptamente. Para RN que usaram opióide contínuo por 3 a 7 dias: reduzir a dose do opióide venoso em 25 a 30% por dia e suspender conforme tolerância em 72 horas. Para RN que usaram mais de 7 dias de opióide contínuo: fazer a conversão da dose máxima usada de fentanil para metadona e usá-la a cada 12h. Realizar a escala de Finnegan a cada 12h até que se atinja a dose controle de metadona (aquela capaz de deixar o RN sem sinais de abstinência: score Finnegan <8 em 3 avaliações consecutivas). Atingida a dose controle, administrá-la a cada 24h e iniciar a redução de 0,05 mg/kg/dia, conforme tolerância, até sua retirada. Para RN com suspeita de abstinência e já não estão mais em uso de opióide: confirmar a suspeita da SA pela escala de Finnegan, iniciar metadona na dose empírica de 0,05 a 0,1mg/kg a cada 6h, podendo ser aumentada em 0,05mg/kg até o controle dos sintomas. Atingida a dose controle, aumentar o intervalo da metadona até de 24 em 24h e iniciar a redução de 0,05 mg/kg/dia, conforme tolerância, até sua retirada. CONCLUSÃO: Tão importante quanto abordar a dor nas UTIN é estar atento aos RN de risco para a S.A e estabelecer uma abordagem padronizada para tais RN, baseada no uso criterioso de opióides e na utilização de uma droga padrão para prevenção e tratamento dos sintomas.

http://www.sbp.com.br/trabalhos-de-congressos-da-sbp/22-congresso-brasileiro-de-perinatologia/0021-apresentacao-do-protocolo-para-abordagem-da-sindrome.pdf