

## Trabalhos Científicos

**Título:** Sedoanalgesia Difícil Em Pediatria: Estratégias Para Manejo E Complicações Associadas - Relato De Caso

**Autores:** RAABE DE JESUS SOUZA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), TAYANE DE SEABRA PEREIRA GIOSEFFI (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN), RAIMUNDO DIEGO FERREIRA AMORIM (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN)

**Resumo:** A sedoanalgesia (SDA) em terapia intensiva objetiva controlar dor e agitação, reduzir desconforto e perda de dispositivos e melhorar o acoplamento à ventilação mecânica. Na presença de fatores predisponentes de SDA difícil, alcançar tais metas pode ser um desafio, exigindo a adoção de estratégias assertivas. Paciente de 6 anos, com diagnóstico de Proteinose Alveolar Pulmonar Juvenil associada ao gene CSF2RA, patologia que causa acúmulo alveolar de substância surfactante por déficit de atividade macrofágica. Tem como tratamento padrão-ouro a Lavagem Pulmonar Total (LPT) por broncoscopia, que remove produtos proteináceos alveolares e geralmente necessita ser repetida. Foi admitida em UTI após primeira LPT, já com programação de readmissões sucessivas. Apresentou SDA difícil, estando sob sedação inadequada por períodos significativos, com uso de esquema inicial triplo (Fentanil + Precedex + Cetamina) e aumento da dose inicial em > 90%. Realizado também protocolo de rodízio de drogas. Devido à condição pulmonar de base e à dificuldade de obter SDA adequada, fez uso de bloqueador neuromuscular no início do quadro. Ainda, apresentou delírium hiperativo, sendo associada Quetiapina, com posterior melhora nos escores de avaliação. Ademais, desenvolveu síndrome de abstinência, necessitando introdução de drogas enterais e lenta redução de SDA endovenosa, com melhora gradual após receber alta da UTI. A SDA difícil não se define por critério único, mas associa-se a um conjunto de variáveis de risco, que podem estar relacionadas às características do paciente, à sedação e aos efeitos adversos apresentados. Seis fatores predisponentes estavam presentes no caso relatado. Como estratégias para manejo, inclui-se o uso de drogas alternativas - como a Levomepromazina -, a moderada exposição precoce a altas doses e o rodízio de sedativos e analgésicos, todas estratégias utilizadas neste caso. Ademais, em contextos semelhantes ao relatado, é comum a associação de delírium, muitas vezes interpretado como dificuldade de sedação e não tratado adequadamente. É imprescindível a instituição de medidas não farmacológicas, como orientação temporo-espacial, mobilização precoce e presença de familiares e de objetos de conforto, o que foi realizado neste caso, mas nem sempre se aplica à realidade das UTIs brasileiras. Por fim, a síndrome de abstinência é uma complicação frequente, que pode ser manejada com transição gradual para fármacos enterais e cautela na redução de doses, estratégia adotada no referido caso. A SDA difícil é uma condição frequente, geralmente acompanhada de complicadores como a abstinência e o delírium. O uso frequente de instrumentos validados para diferenciar tais condições é fundamental, e medidas assertivas para seu manejo devem ser dominadas por profissionais da terapia intensiva pediátrica. Assim, endossa-se o desenvolvimento de mais estudos relacionados ao tema, visando à melhor assistência e às menores complicações no cuidado de crianças com SDA difícil