

CARTA AO EDITOR

Analgesia Regional em Medicina Intensiva: Posição de Consenso no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Regional Analgesia in Intensive Care Medicine: Consensus Position at Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Mariano Veiga^{1*} , João Galacho¹ , João Silva¹ , João Ribeiro¹ , Lucindo Ormonde¹ 

Afiliação

¹Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

²Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

Palavras-chave

Anestesia e Analgesia; Medicina Intensiva; Unidades de Cuidados Intensivos

Keywords

Anesthesia and Analgesia; Critical Care; Intensive Care Units

CARTA AO EDITOR

A qualificação dos serviços de saúde representa um objetivo nuclear, inscrito na demanda da melhoria contínua dos cuidados. Definir modelos de intervenção com impacto incontornável na qualidade da medicina é, pois, um imperativo de atuação. A gestão da dor, sintoma nuclear com maior capacidade de afetar a qualidade de vida dos doentes, é determinante na prossecução desse objetivo. Em Medicina Intensiva, a dor é universal. Visível ou mitigada, é fundamental existir uma estratégia multidisciplinar, diferenciada e profissionalizada que entenda a dor como uma expressão dominante de doença crítica. A dor não controlada deteriora a qualidade de cuidados e tem efeitos clínicos conhecidos, como aumento do tempo de internamento, incidência de delírium ou stress pós-traumático¹, condicionando pressão acrescida sobre o sistema de saúde.

Na visão tradicional, a mitigação da dor dependia da gestão de uma farmacopeia bem definida. Este modelo é arcaico, porque é clinicamente ineficaz e exclui novas linhas de ação multimodal.

A inclusão de equipas especializadas parece, portanto, difícil de contestar. A capacidade de implementar modalidades terapêuticas analgésicas multimodais, privilegiando técnicas de analgesia regional (AR), associa-se a ganhos clínicos, traduzidos em métricas de qualidade e de desempenho assistencial. É, no entanto, necessário reconhecer a inerente complexidade e a especificidade destes algoritmos, exigindo-se o envolvimento de anestesiolistas com diferenciação específica e reconhecida na área da AR aplicada ao doente crítico. A capacidade na execução de técnicas guiadas por ecografia ou o conhecimento

rigoroso das inovações na área da AR são apenas exemplos de competências core exigíveis a estes profissionais. Fundamentando-nos neste racional, foi implementada em 2020, na dependência do Serviço de Anestesiologia, em articulação protocolada com o Serviço de Medicina Intensiva, o núcleo profissional autónomo de Dor em Medicina Intensiva. A premissa funcional deve ser fluida, com definição de um circuito de referência, discussão precoce à cabeceira do doente, com prescrição e implementação de planos preventivos e personalizados de analgesia multimodal. A evidência de ganhos clínicos e de qualidade de cuidados é evidente, pelo que defendemos a criação de sistemas orgânicos similares nos diversos hospitais com serviços de Anestesiologia e Medicina Intensiva. Teríamos, com uma rede de cuidados médicos assim definida, forte possibilidade de impactar favoravelmente sobre a doença crítica aguda, estimulando adicionalmente a criação de registos multicêntricos, desenvolvimento de planos formativos partilhados entre a Medicina Intensiva e a Anestesiologia e promover a investigação clínica de qualidade.

LETTER TO THE EDITOR

The qualification of health services represents a core objective, inscribed in the demand for continuous improvement of care. Pain management, a core symptom with the greatest capacity to affect the quality of life of patients, is crucial in the pursuit of this objective. In Intensive Care Medicine, pain is universal. Visible or mitigated, it is essential to have multidisciplinary, differentiated and professionalized strategies that understand pain as a dominant expression of critical illness. Uncontrolled pain deteriorates the quality of care and has known clinical effects, such as increased length of stay, incidence of delirium or post-traumatic stress,¹ putting additional pressure on the health system. Traditionally, pain mitigation depended on

Autor Correspondente/Corresponding Author:

João Galacho

Morada: Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Avenida Professor Egas Moniz, 1649-035 Lisboa, Portugal.

E-mail: joagalacho@gmail.com

managing an extensive pharmacopeia. This archaic model is clinically ineffective and excludes new lines of action. The ability to implement multimodal analgesic modalities, privileging regional analgesia (RA) techniques, is associated with clinical gains, translated into quality metrics and care performance. However, it is necessary to recognize the inherent complexity and specificity of these algorithms, requiring the involvement of anesthesiologists with specific and recognized differentiation in the field of RA applied to critically ill patients. The ability to perform ultrasound-guided techniques or the rigorous knowledge of innovations in the field of RA are just examples of core competencies required of these professionals. Based on this rationale, it was implemented in 2020, depending on the Anesthesiology Department, in conjunction with the Intensive Care Medicine Department, the autonomous professional nucleus of Pain in Intensive Care Medicine. The functional premise must be fluid, with the definition of a referral circuit, early discussion at the patient's bedside, with the prescription and implementation of preventive and personalized plans for multimodal analgesia. Evidence of clinical gains and quality of care is evident, which is why we advocate the creation of similar organic systems in the various hospitals with Anesthesiology and Intensive Care Medicine departments. With such a defined medical care network, we would have a strong possibility of having a favorable impact on acute critical illness, additionally stimulating the creation of multicenter registries, the development of training plans shared between Intensive Care Medicine and Anesthesiology and promoting quality clinical research.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio o bolsa ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Submissão: 06 de março, 2022 | Received: 6th of March, 2022

Aceitação: 16 de março, 2022 | Accepted: 16th of March, 2022

Publicado: 21 de março, 2022 | Published: 21st of March, 2022

© Author(s) (or their employer(s)) and SPA Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista SPA 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

REFERÊNCIAS

1. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018;46:e825-73. doi: 10.1097/CCM.0000000000003299.