

REGRAS DE OURO DA TERAPIA INTENSIVA

GERAL

1. Quando um paciente se deteriora subitamente, pense no ABCs, ressuscite e estabilize o paciente. Após a estabilização, tente determinar a causa do episódio. Faça o que o paciente necessita para se manter vivo primeiro, e sempre tente estabelecer a causa posteriormente.
2. Deve sempre existir uma pessoa responsável durante a ressuscitação cardiopulmonar. O time de ressuscitação deve aceitar as tarefas delegadas e focar nas suas responsabilidades.
3. Todos os membros do time devem conhecer as recomendações do ACLS e FCCS.
4. Não diminua a frequência cardíaca de uma taquicardia sinusal com drogas. Identifique e trate a causa.
5. Choque diz respeito a perfusão e não a pressão arterial. Sempre avalie sinais de perfusão: débito urinário, nível de consciência, extremidades aquecidas, SvO₂, lactato.
6. Quando você não estiver certo se o paciente está séptico ou não, pergunte a si mesmo quão doente o paciente está. Inicie antibiótico imediatamente se o paciente estiver muito doente (hemodinamicamente instável, sinais de hipoperfusão, etc.). Se não, colha culturas e observe a evolução constantemente.
7. Quando avaliando um paciente com agitação e/ou confusão mental, sempre considere antes as possibilidades de hipoxemia, hiper carbia, hipoglicemia, hipoperfusão, reação medicamentosa, etc., antes de simplesmente sedar o paciente.
8. Quando frente a um paciente com oligúria ou uma latente insuficiência renal de etiologia incerta, é mais prudente assumir a causa como pré-renal e administrar volume em desafios, a menos que haja sinais de sobrecarga de volume com comprometimento respiratório associado.
9. Quando frente a um paciente com trauma craniocéfálico, tente minimizar a possibilidade de injúria cerebral secundária. Trate imediatamente e evite hipoxemia, hiper carbia, hipotensão arterial, hipoglicemia ou hiperglicemia, febre, ou anormalidades eletrolíticas.
10. Lembre que a maioria dos tratamentos têm efeitos benéficos e efeitos adversos. É importante titular o tratamento maximizando os efeitos benéficos e minimizando os efeitos deletérios.
11. Ser inteligente é fundamental em terapia intensiva, mas preste atenção nos pequenos detalhes.
12. Trate o paciente, não o monitor.
13. Nunca assuma o óbvio. Um certo grau de suspeita permanente é útil.
14. Nada em medicina permanece constante.
15. Antes de solicitar um teste, avalie o que você faria se o teste for positivo e se o teste for negativo. Se as respostas forem as mesmas, não solicite o teste.
16. Nenhum órgão falha de forma isolada.
17. Lembre das 3 regras cardinais da anestesia: não confie em ninguém, não acredite em nada e dê oxigênio.

ACESSOS CENTRAIS, CATETERES, MONITORIZAÇÃO

18. Lembre que os acessos centrais são invasivos e têm riscos relacionados com a inserção. Esteja certo que os benefícios superam os riscos.

19. Lembre que os acessos centrais são invasivos e o risco de infecção aumenta a cada dia. Examine diariamente os locais de inserção e remova-os imediatamente se houver sinais locais ou sistêmicos de infecção.
20. Avalie diariamente a necessidade de manter o acesso central. Remova-o assim que for possível.
21. Sempre que um cateter não estiver mais funcionando, pergunte “O paciente ainda precisa dele?”.
22. Os cateteres de Swan-Ganz fornecem dados, e não decisões!
23. Tendências são mais importantes que valores isolados.

COMUNICAÇÃO

24. Preste atenção e respeite o que as enfermeiras dizem sobre o paciente. Como você, elas algumas vezes estão certas, outras vezes não.
25. Nunca ignore uma observação de um outro profissional da saúde.
26. Seja gentil com todos e eles serão gentis com você. Seja descortês com eles e eles tornarão sua vida um inferno.
27. As enfermeiras, os fisioterapeutas, as nutricionistas, os farmacêuticos, as psicólogas, todos têm uma agenda. Comunique-se bem com eles, respeite as agendas de todos e assegure que todos estão perseguindo a agenda do paciente.
28. Se um paciente estiver acordado e alerta, faça um esforço para conversar com ele durante as visitas clínicas e assegurar que ele está ciente do que está acontecendo.
29. Converse com os familiares no mínimo uma vez por dia.
30. Qualquer coisa que não puder ser lida, não escreva.
31. Se uma solicitação puder ser mal compreendida, será mal compreendida!

COMPLICAÇÕES

32. Lave suas mãos.
33. Assegure-se que você esteja fazendo tudo que for necessário para minimizar as complicações na UTI, como pneumonia nosocomial, sangramento digestivo, trombose venosa profunda, escaras de decúbito, infecções relacionadas com cateter, etc.
34. Muitos pacientes na UTI perdem a capacidade de regular seus eletrólitos. O paciente que vem à UTI com eletrólitos normais e desenvolve alterações significativas (sódio, potássio, magnésio, cálcio) geralmente é vítima de iatrogenia.

MEDICAÇÕES

35. Revise diariamente os antibióticos do paciente e os resultados de cultura. Sempre que possível, tente cobrir as infecções com antibióticos de espectro estreito ao invés de antibióticos de largo espectro. A cobertura antibiótica inicial deve ser alargada somente se o paciente estiver se deteriorando. Pare os antibióticos assim que possível.
36. Revise todas as medicações todos os dias. Veja quais medicações podem ser descontinuadas e elimine-as da prescrição. Ajuste as doses conforme a situação clínica e as funções renal e hepática.
37. Quando um paciente se deteriorar, considere a possibilidade de reação adversa de alguma medicação.
38. Não há nenhuma manifestação que não possa ser causada por droga.
39. Se uma droga não estiver funcionando, retire-a.

40. É muito mais difícil retirar uma medicação que acrescentar.

VIAS AÉREAS

41. Mantenha um respeito saudável pelas vias aéreas. Problemas com elas são a maior fonte prevenível de desastres na UTI.
42. As indicações para intubação são manutenção da patência das vias aéreas, proteção das vias aéreas, fornecer ventilação por pressão positiva e oxigenação, permitir aspiração de secreções. Assegure-se da indicação da intubação e se esta razão foi corrigida antes de extubar o paciente.
43. Quase qualquer um pode ser ventilado e oxigenado com um ambú e máscara.
44. A arte de usar um ambú deve ser dominada antes da arte da intubação.
45. A primeira ação quando falhar uma ventilação com ambú é melhorar a ventilação com ambú.
46. Se você não conseguir intubar na primeira tentativa, volte para a ventilação com ambú e pense porque você falhou (língua grande, boca pequena, laringe anteriorizada, etc.) e planeje a segunda tentativa antes de tentar novamente.
47. Confirme a posição do TOT com todas as manobras possíveis (visualização, ausculta, radiografia, capnografia).
48. A colocação de um TOT no esôfago é uma complicação aceitável; a falha de reconhecer e corrigir é inaceitável.
49. Se você não puder intubar ou ventilar adequadamente, prepare-se para cricotireoidostomia.
50. Chame auxílio precocemente.
51. Nem todas as dificuldades são evitáveis. Sempre tenha um plano alternativo.

VENTILAÇÃO MECÂNICA

52. A maioria dos pacientes sob ventilação mecânica não necessitam de bloqueio neuromuscular. Aqueles que necessitam, raramente necessitam por mais de 48 horas. Descontinue os BNM assim que possível.
53. Um paciente intubado e sob ventilação mecânica que subitamente se agita, não deve ser sedado até que o seguinte tenha sido checado: patência do TOT, sons pulmonares, pressões nas vias aéreas, SaO₂.

Critical Care Medicine
McGill University, Montreal, Canada
<http://www.mcgill.ca/criticalcare/teaching/files/rules>