

TECNOLOGIA BIS™ EM UTI



TITULAÇÃO INADEQUADA DE SEDATIVOS

A administração das doses individualizadas de sedação é um desafio na prática diária, podendo sua titulação inadequada causar quadros de¹:

SEDAÇÃO PROFUNDA¹⁻⁴

- Demora no despertar;
- Aumento do tempo em ventilação mecânica;
- Aumento dos custos com drogas;
- Aumento de tempo de permanência.

SEDAÇÃO SUPERFICIAL¹⁻⁴

- Ansiedade;
- Agitação;
- Dificuldade na ventilação mecânica;
- Remoção não intencional de dispositivos médicos.

02 a 31% de incidência
de sedação superficial^{3,5}

40 a 60% de incidência
de sedação profunda^{3,5}



MONITORIZANDO COM BIS™

O BIS™ promoverá uma avaliação direta do efeito dos agentes sedativos no cérebro, auxiliando o corpo clínico a avaliar a sedação de forma individualizada.

Através de tecnologia de processamento de sinais de EEG, o monitor BIS™ fornecerá uma escala numérica de fácil interpretação dos níveis de sedação e juntamente com outros parâmetros que auxiliará o corpo clínico a atingir as metas terapêuticas traçadas para cada paciente.

APLICAÇÃO CLÍNICA DO BIS™²

Com sensores específicos é possível monitorizar, além de pacientes adultos, também pacientes pediátricos. Veja abaixo em quais situações o BIS™ é indicado segundo a literatura:

- Ventilação mecânica;
- Bloqueio neuromuscular;
- Coma induzido;
- Procedimentos à beira leito;
- Hipotermia terapêutica.

BENEFÍCIO CLÍNICO DO BIS™ EM UTI^{3,4,6-9}

- Prevenção de episódios de sedação profunda e superficial;
- Diminuição do uso de drogas;
- Menor tempo de recuperação;
- Menor tempo em ventilação mecânica;
- Redução de incidência e custos associados a complicações;
- Menor stress pós-traumático;
- Evita/reduz o uso de bloqueadores neuromusculares.

PARA MAIS INFORMAÇÕES ACESSE:

<https://centraldeconteudo.medtronic.com/monitorizacao-medtronic>

Referências

1. Rowe K, Fletcher S. Sedation in the intensive care unit. Cont Ed Ana Crit Care & Pain, Vol 8, Issue 2, Apr 2008, Pag 50–55. 2. Kress JP, Pohlman SA, Hall JB. Sedation and Analgesia in the Intensive Care Unit. Am J Respir Crit Care Med. 2002; 166(8), pp. 1024–1028. 3. Kaplan L, Bailey H. Bispectral Index (BIS) monitoring of ICU patients on continuous infusions of sedatives and paralytics reduces sedative drug utilization. Crit Care. 2000;4(suppl 1):S110. 4. Olson DM, Gurram AR, Zomorodi MG. Bispectral index monitoring in critical care: What's the science? Nursing Crit. Care. 2009;4(4):19–21. 5. Jackson DL, Proudfoot CW, Cann KF, Walsh TS. The incidence of sub-optimal sedation in the ICU. Crit Care. 2009; 13:R204 (doi:10.1186/cc8212). 6. Arbour R. Using bispectral index monitoring to detect potential breakthrough awareness and limit duration of neuromuscular blockade. Am J Crit Care. 2004 Jan;13(1):66–73. 7. Devlin JW, Fraser GL, Ely EW, Kress JP, Skrobik Y, Dasta JF. Pharmacological Management of Sedation and Delirium in Mechanically Ventilated ICU Patients: Remaining Evidence Gaps and Controversies. Semin Respir Crit Care Med 2013;34:201–215. 8. Rowe K, Fletcher S. Sedation in the intensive care unit. Contin Educ Anaesth Crit Care Pain. 2008;8(2):50–55. 9. Simpson JR, Katz SG, Vander Lann T. Oversedation in postoperative patients requiring ventilator support greater than 48 hours: A 4-year national surgical quality improvement program-driven project. The Am Surgeon 2013;79:1106–1110.