

FAST HUG MAIDENS BID: FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA O ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO E SUAS ATUALIZAÇÕES

Andreza Silva Sales¹;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/5313039903640002>

Danielle Maciel Diniz²;

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/4342307846944989>

Elayne Costa da Silva¹;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/2212924159691872>

Leandra Marla Aires Travassos Viana²;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/7138354149817328>

Neudimar Chagas Carvalho³;

Hospital Universitário Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/7745411699779323>

Mírian Brasil Magalhães de Oliveira⁴;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/5246690677885465>

Ana Beatriz Azevedo Pereira⁵;

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/2408128304376415>

Ludimyla Bezerra Souza⁶;

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/7394877415085312>

Adrianne Moraes de Almeida Matos⁷;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/4619642320425875>

Luciene Silva Sousa⁸;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/8639192456593907>

Luna Mayra da Silva e Silva⁹;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH), São Luís, Maranhão.

<http://lattes.cnpq.br/2681502025315457>

RESUMO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por suas características peculiares, é considerada um cenário assistencial de alto risco. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mortes por erros ou complicações decorrentes da assistência contribuíram para o início de um movimento mundial para a criação das metas internacionais com vistas a promover a segurança do paciente. Dessa forma, o FAST HUG é um checklist de sete itens essenciais na prescrição médica em UTI, visando um cuidado seguro e eficaz. Esse checklist ajuda a identificar problemas e otimizar a assistência, cobrindo pontos como: Alimentação, Analgesia, Sedação, Profilaxia de Trombose, Controle do Delirium, Profilaxia de Úlcera de Estresse e Controle da Glicose. Este trabalho busca evidenciar a eficácia do FAST HUG e trazer suas atualizações, como MAIDENS e BID, na melhoria dos desfechos clínicos em pacientes com trauma grave. A metodologia consistiu na compilação de bibliografias e estudos sobre a aplicação da ferramenta em UTI. A pesquisa concentrou-se em dados que demonstram o impacto do protocolo na comunicação da equipe e nos resultados clínicos de pacientes gravemente enfermos. A análise da literatura compilada associou a implementação do checklist a resultados clínicos significativamente superiores, com taxas de mortalidade e complicações intra-hospitalares mais baixas, além de menor tempo de internação. A aplicação do FAST HUGS BID é uma estratégia comprovada para melhorar os desfechos clínicos, reduzir o tempo de hospitalização e diminuir a mortalidade de pacientes críticos.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de terapia Intensiva. checklist. Melhoria da qualidade.

FAST HUG MAIDENS BID: THEORETICAL FOUNDATIONS FOR PHARMACOTHERAPEUTIC MONITORING AND ITS UPDATES

ABSTRACT: The Intensive Care Unit (ICU), due to its unique characteristics, is considered a high-risk care setting. According to the World Health Organization (WHO), deaths from errors or complications arising from care contributed to the start of a global movement to establish international goals to promote patient safety. Thus, FAST HUG is a checklist of seven essential items for medical prescriptions in ICUs, aiming for safe and effective care. It helps identify problems and optimize care, covering topics such as: Nutrition, Analgesia, Sedation, Thrombosis Prophylaxis, Delirium Management, Stress Ulcer Prophylaxis, and Glucose Control. This study seeks to demonstrate the effectiveness of the FAST HUG and its updates, such as MAIDENS and BID, in improving clinical outcomes in patients with severe trauma. The methodology consisted of compiling bibliographies and studies on the application of the tool in the ICU. The research focused on data demonstrating the protocol's impact on team communication and clinical outcomes in critically ill patients. Analysis of the compiled literature associated the implementation of the checklist with significantly better clinical outcomes, including lower mortality and in-hospital complication rates, as well as shorter hospital stays. The application of FAST HUGS BID is a proven strategy to improve clinical outcomes, reduce hospital stays, and decrease mortality in critically ill patients.

KEY-WORDS: Intensive care units. Checklist. Quality improvement.

INTRODUÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por suas características peculiares, é considerada um cenário assistencial de alto risco. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mortes por erros ou complicações decorrentes da assistência contribuíram para o início de um movimento mundial para a criação das metas internacionais com vistas a promover a segurança do paciente (OMS, 2022).

Entre as ferramentas sugeridas para a melhoria contínua da qualidade e da segurança, está a introdução de checklists e a prática diária de visitas à beira-leito. Para a prevenção de incidentes, o checklist tem sido um instrumento disponível para auxiliar no planejamento para redução de eventos adversos. Foi lançado pela OMS e teve inicialmente sua implementação em centro cirúrgico, mostrando redução de complicações de 11% para 7% após sua introdução (OMS, 2002).

Sob aspectos apresentados, essas ferramentas têm potencial para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes nos serviços à saúde e de reduzir custos na UTI, além de facilitar a aplicação de tarefas complexas, diminuir a variabilidade, melhorar a comunicação entre a equipe e ajudar a garantir que tudo o que deve ser feito realmente seja feito. Um exemplo notável de sua eficácia é o estudo de

Dehbi et al., que demonstrou uma redução estatisticamente significativa na pneumonia nosocomial pós-operatória com a aplicação dessa abordagem.

A avaliação sistemática, no paciente em estado crítico, denomina-se como FAST HUG o “abraço rápido”, um checklist o qual é amplamente utilizado em unidade de tratamento intensivo que objetiva a verificação diária e busca de evidências que auxiliam na seleção da terapêutica aplicada, promovendo a sua eficácia e minimização dos erros e descuidos no atendimento ao paciente crítico (MAIOLI et al, 2018).

O Fast-Hug, conceitualmente, significa uma expressão inglesa criada pelo Dr. Vincent, médico intensivista, que em sua experiência profissional notou a existência de erros e descuidos que poderiam ser evitados com uma simples medida de verificação diária (BRASIL, 2018).

Sob esse prisma, o FAST HUG é um checklist composto por sete itens essenciais na prescrição médica diária em pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), permitindo a identificação de problemas relacionados com medicamentos nessas unidades, e que busca garantir uma assistência segura, eficiente e eficaz para os pacientes. São eles: Feeding (Alimentação), Analgesia, Sedation (Sedação), Thromboembolic Prevention (Profilaxia de trombose venosa), Hyperactive or hypoactive delirium (Delirium hipoativo ou hiperativostress), Ulcer Prophylaxis (profilaxia de úlcera de estresse) e Glucose control (controle glicêmico).

Dessa forma, a sua simplicidade permite rápido aprendizado e otimização do tempo pela equipe (MAIOLI et al, 2018). Somado a isso, uma publicação de Mabasa, 2011, sugere a adição de MAIDENS ao check list FAST HUG para um cuidado farmacêutico mais amplo ao paciente crítico.

A resolução 675/2019 regula as atribuições do farmacêutico clínico em unidades de terapia intensiva e define como uma de suas atribuições a análise da prescrição do paciente quanto aos aspectos legais e técnicos, de modo a promover o uso adequado de medicamentos, nutrientes e de outros produtos para a saúde (BRASIL, 2019). Desta forma, o presente trabalho busca descrever o processo de aplicação do FAST HUG MAIDENS, visando auxiliar na prática clínica e na segurança do paciente.

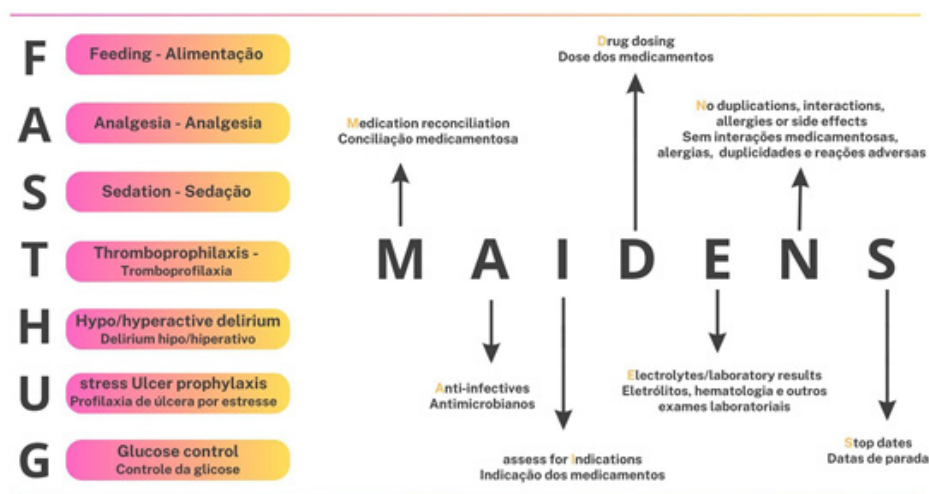
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-descritivo, de abordagem qualitativa, que descreve a ferramenta utilizada pelos farmacêuticos clínicos na terapia intensiva, “FAST HUG MAIDENS” e suas atualizações “BID” visando um cuidado amplo e minucioso aos pacientes no acompanhamento farmacoterapêutico, com base na literatura científica disponível e em diretrizes de segurança do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A utilização do FAST HUG (Figura 1) por farmacêuticos possibilitou uma óptica clínica aumentada sobre assistência ao paciente, corroborando em atenção dirigida para o cuidado detalhado aos pacientes, buscando acima de tudo uma assistência à saúde efetiva e garantia da segurança do paciente. Por conseguinte, a segurança do paciente pode ser explicada como a redução do risco, e da minimização de danos desnecessários associados ao entendimento em saúde (MAIOLI et al, 2018).

Figura 7. Registro de evolução farmacêutica em prontuário.



Fonte: Elaborado pelos autores.

FEEDING- ALIMENTAÇÃO

A administração de medicamentos em pacientes hospitalizados é um processo complexo, intimamente ligado à via de alimentação do paciente. Dessa forma, como descrito por Madasa (2011), a diversidade de métodos nutricionais que incluem desde a nutrição parenteral e alimentação por sonda até a ingestão oral restrita ou completa possibilita obter múltiplas alternativas para a otimização da farmacoterapia.

Em consequência disso, exige uma avaliação contínua e a capacidade de se adequar às estratégias de administração de medicamentos para garantir eficácia e segurança. Além disso, a desnutrição ou a perda de peso aumenta as complicações e piora os resultados em pacientes gravemente enfermos, e é por isso que a alimentação enteral precoce em pacientes com trauma na UTI foi associada a menor mortalidade e menor tempo de internação, conforme aponta Ortiz-Reyes (2022).

Concomitante a isso, a transição de medicamentos entre as vias oral e parenteral, por exemplo, é uma decisão clínica de grande relevância, influenciada diretamente pelo estado nutricional e pela capacidade de ingestão do paciente. Um paciente que progride da nutrição parenteral para a alimentação oral pode ter seus medicamentos intravenosos

substituídos por formulações orais, o que pode reduzir riscos associados a cateteres, otimizar custos e facilitar processo de alta hospitalar. Em contrapartida, pacientes com dificuldades de deglutição ou inapetência severa exigem que seus medicamentos orais sejam administrados via sonda ou substituídos por formulações parenterais (REID, 2004).

Diante desse cenário exposto, uma série de indagações são essenciais para nortear a equipe de saúde na busca pela farmacoterapia ideal:

- Como otimizar a alimentação deste paciente? Esta pergunta norteadora busca entender o plano nutricional mais adequado, considerando o estado clínico e as necessidades específicas do paciente.
- Há boa aceitação da dieta via oral? A aceitação da dieta oral é um indicador analítico da capacidade do paciente de receber medicamentos por essa via.
- Há necessidade de suplementação? Identificação de deficiências nutricionais pode impactar a absorção de certos medicamentos e exigir intervenções.
- A dieta está ajustada para a necessidade desse paciente? Uma dieta inadequada pode influenciar o metabolismo e a eficácia de medicamentos, tornando essencial um ajuste visando a otimização do plano alimentar;
- Necessita-se de dieta por sonda nasointestinal devido à inapetência? A incapacidade de ingestão oral de alimentos pode indicar a necessidade de uma via alternativa para a administração de medicamentos.
- Se em dieta zero, há possibilidade de retornar a alimentação? A antecipação do retorno à alimentação é crucial para planejar a transição da medicação. (avaliação das equipes de fonoaudiologia e nutrição)
- Se em jejum por pouco tempo, está com glicose de manutenção? A manutenção da glicemia é primordial para pacientes em jejum, impactando a estabilidade e a segurança de diversas terapêuticas empregadas
- Possui necessidade de nutrição parenteral? A nutrição parenteral é uma intervenção de alto custo e risco para o hospital, justificada apenas em casos de falha ou impossibilidade de outras vias, e sua necessidade repercute de maneira intrínseca na escolha de formulações medicamentosas.

Analgesia / Analgesia

A analgesia eficaz é um componente central no manejo de pacientes admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e em ambientes clínicos, objetivando aliviar a dor decorrente de diversas etiologias, não se limitando apenas a condições preexistentes, trauma ou procedimentos cirúrgicos. Sob o aspecto apresentado, é crucial reconhecer que os procedimentos de rotina, como a aspiração de vias aéreas ou a troca de curativos, também podem ser fontes significativas de desconforto (Madasa et al., 2011).

Sob esse prisma, o manejo ideal da dor busca um equilíbrio delicado, visto que a dor pode afetar a recuperação psicológica e fisiológica do paciente, e o alívio adequado da dor é parte integrante do tratamento eficaz a fim de garantir que o paciente receba uma quantidade adequada de analgésico para eliminar o desconforto, sem, contudo, exceder a dose necessária, a fim de evitar sedação indesejada, depressão respiratória e, em pacientes ventilados, facilitar o desmame bem-sucedido (Seo et al, 2024)

A avaliação de rotina da dor é primordial para atingir esse equilíbrio. Dessa maneira, há ferramentas como a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala de Dor Neuropática de Leeds (LANSS) permitem uma mensuração consistente do nível de dor do paciente, fornecendo dados essenciais para o ajuste da terapia analgésica. Nesse contexto, o farmacêutico clínico desempenha um papel indispensável, avaliando a situação individual do paciente e fazendo sugestões informadas sobre o método mais adequado para administrar medicamentos analgésicos (MORAN,2022):

- Infusões contínuas: Para dores persistentes e intensas, garantindo níveis plasmáticos estáveis do analgésico.
- Doses intermitentes programadas regularmente: Para dor moderada a intensa com picos previsíveis.
- Formas de ação mais longa combinadas com doses “de resgate” (SOS): Uma estratégia que oferece cobertura analgésica basal com a flexibilidade de doses extras para dores de curta duração.

Pontos importantes para o Manejo da Terapêutica Analgésica

A complexidade da analgesia em pacientes críticos exige uma abordagem sistemática, pautada em questionamentos essenciais que guiam a conduta terapêutica:

- O paciente está sentindo dor? A primeira e mais fundamental pergunta, que deve ser respondida através de escalas de avaliação e observação do comportamento do paciente.
- A analgesia multimodal está sendo empregada? A combinação de diferentes classes de analgésicos com mecanismos de ação complementares (ex: opioides, AINEs, paracetamol, gabapentinoides) pode resultar em melhor controle da dor com menores doses de cada fármaco, minimizando efeitos adversos.
- Métodos objetivos ou subjetivos estão sendo usados na avaliação da dor? É imprescindível empregá-los; enquanto escalas fornecem dados quantificáveis, a comunicação direta com o paciente (quando possível) ou a observação de sinais não verbais (em pacientes sedados ou não responsivos) oferecem uma análise qualitativa.
- Cuidado com os Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINEs): Embora eficazes, os

AINEs exigem cautela em pacientes críticos devido ao risco de nefrotoxicidade, sangramento gastrointestinal e efeitos cardiovasculares adversos. A avaliação do risco-benefício é imperativa.

- Avaliar o uso de opioides quando houver necessidade no caso: Os opioides são a base da analgesia para dor intensa, mas seu uso deve ser monitorado de perto devido ao potencial de depressão respiratória, sedação, náuseas, constipação e desenvolvimento de tolerância ou dependência. A titulação cuidadosa e o desmame gradual são práticas cruciais para garantir a segurança e o bem-estar do paciente.

Sedation / Sedação

A sedação adequada em pacientes hospitalizados, em especial na UTI, é tão crucial quanto a analgesia, e compartilha princípios similares de otimização. A importância do farmacêutico clínico nesse processo é inegável, pois ele assegura que os sedativos mais apropriados sejam utilizados nas indicações corretas. Sob o aspecto apresentado, o manejo da sedação é um equilíbrio sensível entre garantir o conforto do paciente e evitar sedação excessiva, que pode prolongar a ventilação mecânica, aumentar o risco de delirium e outros desfechos negativos (FRASER et al, 2013)

Tradicionalmente, os benzodiazepínicos, como midazolam e lorazepam, têm sido amplamente empregados. Entretanto, sedativos não benzodiazepínicos, como o aumento do uso de dexmedetomidina ou propofol contribuíram para uma diminuição na duração da ventilação mecânica, tempo de permanência e agitação na UTI, além de reduzir a incidência de delírio e mortalidade geral (FRASER et al, 2013)

O envolvimento do farmacêutico é fundamental na decisão de iniciar, suspender e ajustar as doses de sedativos, sempre em alinhamento com a situação clínica do paciente e com base em escalas de sedação validadas, como a Escala de Sedação de Ramsay e a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). Por exemplo, o propofol, com seu rápido início e curta duração de ação, é ideal para sedação de curta duração, quando a extubação precoce é o objetivo.

Em contraste, benzodiazepínicos podem ser mais adequados para sedação prolongada ou em pacientes com síndrome de abstinência (FRASER et al, 2013). A avaliação diária da sedação é imperativa para individualizar a terapia e ajustar o plano de acordo com a evolução do paciente. Madassa et al. (2011) ressaltam a necessidade de determinar se o paciente se beneficia de uma infusão contínua, com um regime de dosagem intermitente ou de doses “se necessário” (SOS). Para guiar essa avaliação, alguns questionamentos-chave são essenciais:

- O paciente está confortável ou com RASS -5 (escala de avaliação da sedação e agitação)? Este é o ponto de início, buscando garantir que o paciente não esteja agitado ou em sofrimento, mas também evita o estado de hipersedação. Um RASS

de -5 indica sedação profunda e deve ser justificado.

- Há possibilidade de reduzir a sedação? A pausa diária da sedação ou a titulação para o mínimo necessário são estratégias comprovadamente eficazes para diminuir o tempo de ventilação mecânica e a incidência de delirium.
- Procure minimizar o uso de benzodiazepínicos. Embora úteis, o uso prolongado de benzodiazepínicos tem sido associado a maior risco de delirium e prolongamento da internação. Recomenda-se priorizar agentes não benzodiazepínicos, sempre que clinicamente apropriada.
- Se for um paciente idoso, é necessário procurar medidas para diminuir o risco de delirium: Pacientes idosos são particularmente vulneráveis ao delirium induzido por sedação. A utilização cautelosa de sedativos, a priorização de analgésicos e a adoção de medidas não farmacológicas (como mobilização precoce, reorientação e manutenção de ciclo sono-vigília) são fundamentais.
- Considerar a via da hipodermóclise, em situações específicas, especialmente em pacientes idosos com acesso venoso difícil ou que necessitam de medicações com boa absorção subcutânea e volume limitado, essa via de administração pode ser mais confortável e segura para alguns sedativos, contribuindo para o bem-estar do paciente.

Thromboprophylaxis / Tromboprofilaxia

A profilaxia tromboembólica (PTE) é uma pedra angular no manejo da vasta maioria dos pacientes admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e em ambientes clínicos gerais. Considerando a alta prevalência de eventos tromboembólicos em pacientes hospitalizados, especialmente aqueles com mobilidade reduzida ou condições pro-trombóticas, a implementação de estratégias preventivas é crucial para reduzir a morbidade e mortalidade (YORKGITIS et al, 2022).

Contudo, a aplicação da tromboprofilaxia não é universal e requer uma avaliação individualizada. Alguns pacientes, particularmente aqueles com condições clínicas graves como sangramento intracraniano ativo ou hemorragia gastrointestinal, apresentam contraindicações significativas à profilaxia química. Nesses casos, o farmacêutico clínico desempenha um papel fundamental, trabalhando em colaboração com a equipe multidisciplinar para formular um plano estratégico para o momento ideal do início dos medicamentos profiláticos tromboembólicos apropriados. Essa habilidade envolve uma linha tênue entre o risco de sangramento e de trombose (BRASIL,2019).

Opções de Terapia Profilática

A gama de opções para a PTE é diversificada, incluindo:

- Heparinas de baixo peso molecular (HBPM): Como a enoxaparina, são amplamente utilizadas devido à sua previsibilidade, menor necessidade de monitoramento laboratorial e menor incidência de trombocitopenia induzida por heparina (TIH) em comparação com a heparina não fracionada.
- Heparina não fracionada (HNF): Continua sendo uma opção valiosa, especialmente em pacientes com disfunção renal grave, devido à sua curta meia-vida e reversibilidade rápida.
- Dispositivos de compressão sequencial (DCS): São uma alternativa mecânica vital para pacientes com alto risco de sangramento, proporcionando compressão intermitente nas pernas para promover o fluxo sanguíneo.
- Filtros de veia cava inferior (FVCI): Reservados para pacientes com contraindicações absolutas à anticoagulação ou falha da profilaxia farmacológica, esses filtros previnem a migração de trombos para a circulação pulmonar.

Questionamentos Cruciais para a Avaliação Diária da Profilaxia

Para otimizar a PTE e garantir a segurança do paciente, uma série de questionamentos devem ser continuamente avaliados:

- O uso de heparina está de acordo com o ajuste da função renal? A depuração renal é um fator crítico, especialmente para as HBPM, que podem se acumular em pacientes com insuficiência renal, aumentando o risco de sangramento. O ajuste da dose ou a escolha de HNF pode ser necessária.
- Existem outras alternativas sendo usadas para pacientes com alto risco de sangramento? Para esses pacientes, a profilaxia mecânica deve ser priorizada enquanto as contraindicações à profilaxia química persistem. O farmacêutico pode auxiliar na avaliação e seleção dessas alternativas.
- Há a possibilidade de estimular a deambulação precoce? A mobilização precoce é uma medida profilática mecânica eficaz e de baixo risco. Em pacientes cirúrgicos e clínicos, a deambulação (mesmo que assistida) deve ser incentivada o mais rapidamente possível para reduzir o risco de estase venosa.
- Em pacientes cirúrgicos, a profilaxia para tromboembolia venosa é necessária, seja ela mecânica ou medicamentosa? Pacientes submetidos a cirurgias, especialmente ortopédicas, abdominais e pélvicas, apresentam risco elevado de tromboembolismo venoso (TEV) e necessitam de avaliação rigorosa para a implementação da tromboprophilaxia.

Head-up / Cabeceira e conforto

A elevação da cabeça e do tronco do paciente, em comparação com a posição de decúbito dorsal, é uma intervenção simples, de baixo custo e com benefícios comprovados para a segurança do paciente. Essa prática que pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde, reduz a incidência de refluxo gastroesofágico e a aspiração de secreções, fatores implicados diretamente no desenvolvimento da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), uma complicação grave que aumenta a morbidade e mortalidade em UTIs. Dessa forma, segundo as diretrizes recomendam essa medida para a prevenção da PAV (WANG et al, 2016).

Além disso, em pacientes que apresentam lesão cerebral aguda, a elevação da cabeça é uma estratégia que visa promover a diminuição da Pressão Intracraniana (PIC), com a otimização do fluxo sanguíneo cerebral e prevenção de lesões secundárias. Apesar da acessibilidade e eficácia dessa prática, a adesão a essa prática requer a conscientização e o engajamento de toda a equipe de saúde. A rotina exaustiva dos profissionais pode levar à negligência dessa medida, tornando essencial a lembrança constante dos riscos envolvidos (WANG et al, 2016).

Para incentivar essa conscientização, a equipe pode ser norteadas por questionamentos como:

- A cabeceira da cama está elevada de maneira adequada? A verificação visual e a educação contínua são imprescindíveis.
- Esse paciente possui risco para broncoaspiração? Pacientes com alteração da consciência, disfagia ou ventilação mecânica são exemplos de alto risco.
- Se o paciente está restrito ao leito, verifica se está sendo mudado de posição a cada duas horas? A mudança de decúbito previne a formação de úlceras por pressão e otimiza a ventilação da perfusão pulmonar.
- Há possibilidade de uso de colchão, casca de ovo ou outros dispositivos para alívio de pressão? Essas tecnologias, embora não possam substituir a mudança de decúbito, são importantes para a estimulação da circulação sanguínea e prevenção de lesões de pele.

Ulcer prophylaxis / Proteção Gástrica

Pacientes em unidades de terapia intensiva, especialmente aqueles sob ventilação mecânica, apresentam risco aumentado de desenvolver úlceras de estresse, lesões agudas da mucosa gastrointestinal que podem levar a sangramentos clinicamente significativos. A administração de medicamentos profiláticos apropriados é, portanto, uma estratégia fundamental.

Os agentes mais comumente empregados para a proteção gástrica são os antagonistas do receptor H2 de histamina (bloqueadores H2) e os inibidores da bomba de prótons (IBP), como apontado por Madassa et al. (2011). O farmacêutico clínico desempenha um papel importante nessa área.

É fundamental, à medida que há a melhora da condição do paciente e o risco de úlceras por estresse diminuir, o farmacêutico deve reavaliar se o agente profilático pode ser descontinuado. A profilaxia sem necessidade pode aumentar o risco de infecções por *Clostridium difficile* e pneumonia, além de custos desnecessários (Saeed et al, 2022).

Questionamentos importantes para a avaliação contínua incluem:

- Esse paciente tem a necessidade de profilaxia de Úlcera Gástrica de Estresse neste momento? Reavaliar os fatores de risco (ex: ventilação mecânica prolongada, coagulopatia, história de úlcera péptica) é fundamental.
- Quando podemos suspender a profilaxia? Com os fatores de risco atenuados ou resolvidos pode-se avaliar a descontinuação da profilaxia.
- Há sensação de empachamento pós-prandial? Embora não seja um sintoma direto de úlcera de estresse aguda, pode indicar dismotilidade gástrica ou outras condições que requerem avaliação.
- Se há histórico de úlceras ativas no período de internação, há necessidade de Inibidor de Bomba de Prótons em dose plena? Nesses casos, a terapia pode ser mais agressiva e exigirá monitoramento rigoroso.

Glycemic control / Controle Glicêmico

O controle glicêmico minucioso é um aspecto crítico do atendimento ao paciente em clínicas e UTIs, pois a hiperglicemia, mesmo em pacientes não diabéticos, associa-se aos piores desfechos clínicos, incluindo maior risco de infecções, tempo de internação prolongado e aumento da mortalidade (YAO et al, 2020).

É importante reconhecer que a concentração de glicose no sangue de um paciente pode flutuar por diversos motivos durante a internação. O farmacêutico pode ajudar a identificar causas relacionadas a medicamentos, como o uso de glicocorticóides, propofol (que pode causar hipertrigliceridemia e hiperglicemia), e antipsicóticos atípicos, que podem exacerbar a resistência à insulina (YAO et al, 2020).

Questionamentos essenciais para a gestão do controle glicêmico incluem:

- OHGT (Hemoglicoteste) está sendo realizado nos horários corretos e com a frequência adequada? A monitorização regular é a base para qualquer ajuste terapêutico.
- A glicemia deste paciente está nos níveis adequados (entre 80 e 180 mg/dL ou conforme meta individualizada)? Definir e atingir a meta glicêmica é essencial.

- O paciente é diabético com uso de medicações antes da internação? O histórico prévio de diabetes e o regime medicamentoso habitual devem ser considerados.
- Analisar a possibilidade de iniciar Insulina Regular ou NPH de horário? Em pacientes com hiperglicemia persistente, regimes de insulina basal-bolus ou de correção podem ser necessários para otimizar o controle.

MAIDENS

É sugerido, o “M” para a reconciliação medicamentosa, onde este processo envolve rever os medicamentos que o paciente estava recebendo antes da admissão e decidir quais drogas precisam ser reiniciadas para garantir a continuidade dos cuidados.

O “A” para antibióticos, pois os pacientes internados na UTI apresentam uma infecção ou apresentam grande risco de contrair, e os farmacêuticos podem desempenhar um papel crucial na antibioticoterapia através da seleção do agente antimicrobiano, escala de tratamento, controle da dose através da função renal e acompanhamento dos resultados. Na maioria dos hospitais, a monitorização terapêutica de antibióticos é realizada por farmacêuticos (MADASSA, 2011).

O “I” é para avaliar as indicações de medicamentos. A partir disso, dada a natureza complexa da assistência na UTI, não é incomum que pacientes sejam tratados com muitos medicamentos, a maioria dos quais são iniciados durante a permanência na UTI. O farmacêutico deve reavaliar todas as indicações regularmente e conforme a necessidade pode sugerir a suspensão ou a alteração.

O “D” é para dosagem das drogas. Em pacientes criticamente enfermos, a função renal e hepática pode se alterar com frequência. O farmacêutico está em uma posição ideal para sugerir ajustes de dose com base em parâmetros clínicos, incluindo os indicadores da função renal e hepática, com objetivo de evitar toxicidade por acúmulo de drogas, assegurando adequação das doses para alcançar os objetivos clínicos.

O “E” é para eletrólitos, monitoramento de hemograma, e outros testes laboratoriais. Os farmacêuticos devem monitorar os pacientes frequentemente para anormalidades em eletrólitos, resultados de hematologia ou outros valores laboratoriais que podem ser decorrentes do uso de medicamentos e discutir alternativas de tratamento com outros membros da equipe de saúde.

O “N” é para garantir nenhuma interação medicamentosa, alergias ou efeitos colaterais. Com o grande número de medicamentos que o paciente recebe na UTI, o risco de interações medicamentosas aumenta significativamente. É importante identificar estes problemas imediatamente e recomendar terapia alternativa.

O “S” é para datas de suspensão das drogas. Nem todos os medicamentos prescritos para um paciente são destinados a uso contínuo, o farmacêutico deve discutir a duração

do tratamento com determinado medicamento com outros membros da equipe de cuidados de saúde.

ATUALIZAÇÃO DO FAST HUG

INCLUSÃO BID

As ferramentas de otimização de cuidados em unidades de terapia intensiva (UTI) e clínicas estão em constante evolução, buscando o aprimoramento e a segurança na qualidade do cuidado. A inclusão da sigla BID (Bowel movement, Indwelling Catheter, Drug de-escalation) reflete uma mudança de paradigma, reconhecendo que a avaliação e o manejo do trânsito intestinal, dos cateteres e sondas, além do descalonamento de antibióticos devem ser incorporados de forma rotineira na avaliação diária do paciente, assim como outros parâmetros vitais. Essa atualização e aprofundamento das práticas visam não apenas abordar os sintomas, mas também antecipar e prevenir complicações, otimizando o desfecho clínico (TAITO et al, 2019).

A constipação e suas complicações são problemas frequentes e impactantes em pacientes críticos, podendo levar à distensão abdominal, dor, náuseas, vômitos, obstrução intestinal e até mesmo perfuração. Uma medida não tão estimada no cenário clínico, a avaliação do trânsito intestinal agora é reconhecida como um componente vital da monitorização diária. A inclusão do “BID” nesse contexto representa a importância de uma avaliação diária e proativa das necessidades do paciente em relação à evacuação (TAITO et al, 2019).

Para otimizar o manejo do trânsito intestinal, a equipe de saúde deve ser guiada por questionamentos que permitam uma intervenção precoce e eficaz:

- Há quantos dias este paciente está sem evacuar? A identificação precoce da constipação é fundamental para evitar complicações.
- Se em pós-operatório, lembre-se do íleo dinâmico! A redução da motilidade intestinal após cirurgias podem necessitar de abordagens específicas para evitar a constipação e o desconforto.
- Analisar a possibilidade de dieta laxativa ou de soluções medicamentosas? A escolha entre medidas dietéticas (se o paciente tiver ingestão oral) ou o uso de laxantes e procinéticos deve ser individualizada.
- A deambulação está sendo estimulada? A mobilização precoce, quando clinicamente possível, é uma das medidas não farmacológicas mais eficazes para a estimulação do peristaltismo intestinal.
- Se já está com intervenções aplicadas, elas estão surtindo efeito ou precisam de otimizações? A reavaliação contínua da eficácia das intervenções é essencial, ajustando o plano conforme a resposta do paciente.

O acompanhamento diário ao trânsito intestinal pode reduzir o desconforto do paciente, visando diminuir a necessidade de intervenções mais invasivas e contribuir para uma recuperação mais rápida.

Cateteres e Sondas: Otimização e Desprescrição Diária

A utilização de cateteres e sondas é indispensável no manejo de pacientes críticos, permitindo o acesso vascular, a monitorização hemodinâmica, a nutrição enteral e o manejo da diurese. No entanto, cada dispositivo carrega consigo um risco inerente de infecções (como infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres ou infecções do trato urinário associadas a cateteres), trombozes e outros eventos adversos (XIONG, 2018).

A atualização e aprofundamento da prática nesses pontos implicam não apenas em revisar a presença e o estado de todos os cateteres que o paciente possui (cateter central, cateter de hemodiálise, cateter vesical, Swan-Ganz, cateter arterial, sonda nasogástrica, gastrostomia - incluindo data de inserção, condição do sítio, permeabilidade etc.), mas, essencialmente, em avaliar necessidade diária de cada um deles. Essa revisão sistemática visa reduzir o tempo de permanência de dispositivos desnecessários e, conseqüentemente, diminuir os riscos associados (XIONG, 2018).

Questionamentos vitais para essa avaliação incluem:

- A Sonda Vesical de Demora ainda é necessária? Avaliar a diurese espontânea do paciente e o risco de retenção urinária. Avaliar a possibilidade de remoção, visto que reduz drasticamente o risco de infecção urinária.
- Acessos Venosos Centrais já podem ser removidos? Considerar a necessidade de infusões contínuas, medicações vasoativas e acesso para coleta de exames. Se o paciente está estável e com acesso periférico viável, o cateter central pode ser removido.
- As medicações empregadas podem ser convertidas de endovenosas para via oral, visando à remoção de acessos periféricos? A conversão de medicamentos para a via oral sempre que possível otimiza o conforto do paciente e permite a remoção de acessos venosos periféricos, diminuindo o risco de flebites e infecções.

Essa abordagem de desprescrição de cateteres e sondas é um pilar da prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e contribui para uma recuperação mais segura e rápida.

O Descalonamento de antibióticos

O descalonamento de antibióticos é um elemento-chave nos programas de administração de antimicrobianos (stewardship antimicrobiano) e representa uma estratégia fundamental no combate à resistência microbiana. Essa prática consiste em interromper e/

ou reduzir o número e/ou espectro dos antibióticos que foram iniciados empiricamente, com base nos resultados dos estudos microbiológicos (OHJI et al, 2016).

A razão fundamental para a inclusão explícita e o aprofundamento dessa prática é que ela permite alcançar um tratamento antibiótico inicial eficaz, garantindo que o paciente receba o tratamento adequado para a infecção presumida, enquanto, simultaneamente, evita o uso desnecessário de antibióticos de amplo espectro, que são os principais promotores do desenvolvimento de resistência bacteriana (OHJI et al, 2016).

O farmacêutico clínico exerce um papel crucial nesse processo, conduzindo a revisão diária da antibioticoterapia e formulando questionamentos críticos:

- Foram coletadas culturas antes do início da antibioticoterapia? A coleta de culturas é essencial para identificar o patógeno e seu perfil de sensibilidade, para guiar o descalonamento.
- De acordo com o antibiograma, há possibilidade de descalonamento? Se o patógeno é sensível a um antibiótico de espectro mais estreito, a terapia pode ser ajustada para esse agente, reduzindo a pressão seletiva sobre outros microrganismos.
- Avaliar até quando será necessário manter o antibiótico? A duração da antibioticoterapia deve ser a mais curta possível para ser eficaz, evitando tratamentos prolongados que aumentam o risco de resistência e eventos adversos.

A implementação rotineira do descalonamento de antibióticos não só melhora os desfechos do paciente, mas também desempenha um papel crucial na saúde pública, preservando a eficácia dos antimicrobianos para as gerações futuras.

CONCLUSÃO

A lista de verificação utilizada na Unidade de Terapia Intensiva, FAST HUGS MAIDENS BID, é uma ferramenta eficaz para melhorar a comunicação e o cuidado de pacientes com quadros clínicos críticos. Sua aplicação demonstrou melhora em todos os componentes do checklist. Além disso, a implementação foi associada à redução da mortalidade, do tempo de internação na UTI e do tempo de hospitalização geral. Essas descobertas corroboram o potencial do checklist para reduzir riscos e melhorar resultados clínicos em terapia intensiva.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Boletim da Farmácia Clínica. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS. Diretoria de Assistência Farmacêutica - DIASF. **FAST HUG MAIDENS: cuidado farmacêutico ao paciente crítico.** Ano I, nº 05 - Outubro/2018.

Brasil. (2019). Resolução nº 675 de 31 de outubro de 2019. Regulamenta as atribuições do farmacêutico clínico em unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Conselho Federal de Farmácia.

Dehbi, Safae^{1,2}; Benabdelouahab, Nada^{1,2}; El Hernoussi, Zakaria^{1,2}; Dafali, Larbi^{1,2}; Bentalha, Aziza^{1,2}; El Kettani, Salma Ech Cherif^{1,2}. "FAST HUGS BID:" Give your pediatric intensive care unit patient at least one fast hug in bed each day. *Journal of Pediatric Critical Care* 12(2):p 57-63, Mar–Apr **2025**. | DOI: 10.4103/jpcc.jpcc_20_25.

Fraser, G.L.; Devlin, J.W.; Worby, C.P.; Alhazzani, W.; Barr, J.; Dasta, J.F.; Kress, J.P.; Davidson, J.E.; Spencer, F.A. Benzodiazepine versus nonbenzodiazepine-based sedation for mechanically ventilated, critically ill adults: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Crit. Care Med.* **2013**, *41* (Suppl. S1), S30–S38

Ohji, G.; Doi, A.; Yamamoto, S.; Iwata, K. Is de-escalation of antimicrobials effective? A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Infect. Dis.* **2016**, *49*, 71–79.

Ortiz-Reyes, L.; Patel, J.J.; Jiang, X.; Coz Yataco, A.; Day, A.G.; Shah, F.; Zelten, J.; Tamae-Kakazu, M.; Rice, T.; Heyland, D.K. Early versus delayed enteral nutrition in mechanically ventilated patients with circulatory shock: A nested cohort analysis of an international multicenter, pragmatic clinical trial. *Crit. Care* **2022**, *26*, 173.

Reid, C.L. Nutritional requirements of surgical and critically-ill patients: Do we really know what they need? *Proc. Nutr. Soc.* **2004**, *63*, 467–472.

Seo, D.; Heo, I.; Moon, J.; Kwon, J.; Huh, Y.; Kang, B.; Song, S.; Kim, S.; Jung, K. Impact of a Rounding Checklist Implementation in the Trauma Intensive Care Unit on Clinical Outcomes. *Healthcare* **2024**, *12*, 871. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090871>.

Saeed, M.; Bass, S.; Chaisson, N.F. Which ICU patients need stress ulcer prophylaxis? *Cleve Clin. J. Med.* **2022**, *89*, 363–367.

Taito, S.; Kawai, Y.; Liu, K.; Ariie, T.; Tsujimoto, Y.; Banno, M.; Kataoka, Y. Diarrhea and patient outcomes in the intensive care unit: Systematic review and meta-analysis. *J. Crit. Care* **2019**, *53*, 142–148.

Yao, R.Q.; Ren, C.; Wu, G.S.; Zhu, Y.B.; Xia, Z.F.; Yao, Y.M. Is intensive glucose control bad for critically ill patients? A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Biol. Sci.* **2020**, *16*, 1658–1675.

Yorkgitis, B.K.; Berndtson, A.E.; Cross, A.; Kennedy, R.; Kochuba, M.P.; Tignanelli, C.; Tominaga, G.T.; Jacobs, D.G.; Marx, W.H Ashley, D.W.; et al. American Association for the

Surgery of Trauma/American College of Surgeons-Committee on Trauma Clinical Protocol for inpatient venous thromboembolism prophylaxis after trauma. *J. Trauma Acute Care Surg.* 2022, 92, 597–604.

Wang, L.; Li, X.; Yang, Z.; Tang, X.; Yuan, Q.; Deng, L.; Sun, X. Semi-recumbent position versus supine position for the prevention of ventilator-associated pneumonia in adults requiring mechanical ventilation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016, Cd009946.

Xiong, Z.; Chen, H. Interventions to reduce unnecessary central venous catheter use to prevent central-line-associated bloodstream infections in adults: A systematic review. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* **2018**, 39, 1442–1448.