

Cuidados Paliativos - Sedação Paliativa

Todas Áreas

Objetivos:

Disponibilizar recomendações quando considerada sedação paliativa, para manejo de sofrimento intolerável secundário a sintomas refratários, em ambiente e tempo adequados.

Data da última alteração: quarta, 04 de novembro de 2020

Data de validade da versão: sexta, 04 de novembro de 2022

Autores e Afiliação:

Grupo de Cuidados Paliativos - Campus, HCFMRP-USP
Unidade de Emergência, HCFMRP-USP
Hospital Estadual de Ribeirão Preto - HERP

Definição / Quadro Clínico:

CONCEITOS

1. Sedação paliativa: é definida pelo uso de medicações sedativas para manejo do sofrimento secundário a sintomas refratários e intoleráveis, por meio da redução do nível de consciência.
2. Sintomas refratários: sintomas físicos, psicossociais ou existenciais não controlados, apesar dos extensos esforços terapêuticos, que apresentam efeito intolerável ao paciente, ou quando o tempo necessário para a terapêutica produzir efeitos é incompatível com o prognóstico.
3. Níveis de sedação: leve, moderada e profunda.
4. Duração de sedação: intermitente ou contínua.

A sedação paliativa é prática médica cuja intenção é, exclusivamente, o manejo do sofrimento secundário a sintomas refratários, diferentemente da eutanásia, cuja intenção é a morte para aliviar sofrimento. Diversos autores têm demonstrado que a sedação paliativa não reduz a sobrevida, se corretamente indicada.

VALIDADE ÉTICA

Resolução CFM Nº 1.805/2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169):
"Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal".

Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019:

Capítulo I, item XXII - Princípios fundamentais: "Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos

apropriados".

Capítulo V, Art. 41 - É vedado ao médico: "Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal".

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Diagnóstico:

INDICAÇÕES

Principais sintomas refratários com indicação de sedação paliativa, frente ao sofrimento observado e/ou referido pelo paciente/família:

- Delirium hiperativo com agitação psicomotora não controlada;
- Dispneia intratável e progressiva;
- Convulsão refratária;
- Dor intolerável e intratável;
- Secreção brônquica copiosa e refratária;
- Sangramentos não controlados;
- Náuseas e vômitos intratáveis;
- Aflição/angústia existencial (1,2) ou psicossocial (2) que compromete gravemente o conforto (Obrigatória a avaliação de diferentes dimensões do sofrimento, com avaliação multiprofissional da equipe de origem e da equipe de cuidados paliativos);
- Outras condições refratárias.

1. Definido por perda de sentido e propósito na vida (ex.: sentimento de vazio), desespero e dúvidas do que ocorrerá após a morte, sensação de rompimento da identidade, solidão profunda e isolamento, busca de respostas a perguntas relacionadas ao sentido maior da vida e conflitos com Deus/Ser Superior.

2. A sedação por sofrimento psicossocial e existencial ainda é controversa na literatura e na prática clínica devido sua natureza dinâmica e complexa, que pode indicar ocorrência de uma fase de enfrentamento comum ao processo do contexto paliativo. Por isso, é necessária avaliação dos profissionais citados, que estão treinados para lidar com a natureza deste tipo de sofrimento e oferecer intervenções específicas, que irão definir se realmente tal sofrimento seria refratário e necessitaria de sedação.

Tratamento:

CURSO DE AÇÃO

Quando considerada sedação paliativa, preferencialmente, consultar o Grupo de Cuidados Paliativos.

O prescritor deve conversar sobre a sedação paliativa com o paciente, sempre que possível, assim como com a família/responsável legal:

- Informar prognóstico;
- Informar natureza e objetivo da sedação paliativa (medida de conforto, com redução do nível de consciência), incluindo estimativa de tempo de sedação;
- Esclarecer possibilidade de suspensão da sedação paliativa, caso desejado.

É de fundamental importância que a evolução médica seja devidamente preenchida com

as seguintes informações:

- Condição clínica do paciente no momento da indicação da sedação paliativa;
- Todos os tratamentos realizados anteriormente;
- Critérios utilizados para indicação;
- Metas de cuidados discutidas pelas equipes;
- Anotar a conversa com paciente/família/responsável legal e registrar que houve explicação, esclarecimento de dúvidas, confirmação do entendimento do prognóstico do paciente e dos objetivos da sedação paliativa;
- Concordância do paciente e/ou família/representante legal;
- Anotar a medicação que será utilizada, incluindo concentração, via de administração e dose;
- Anotar qualquer alteração na dose da medicação sedativa ou adição de outra medicação, explicando os motivos para tal conduta.

- Orientar a equipe multiprofissional envolvida nos cuidados do paciente quanto à condição clínica do mesmo e ao objetivo da sedação paliativa.
- Manter na prescrição médica as medicações para controle de dor, outros sintomas e demais medidas para conforto do paciente.
- Manter higienização, cuidados com a boca, manejo de secreções, mobilização no leito, cuidado com feridas, monitorização de lesão por pressão, avaliação do trânsito intestinal e esvaziamento vesical.
- Avaliar possibilidade de suspensão da monitorização de pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, glicosimetria, etc.
- Suspender medicações via oral.
- Confirmar necessidade das medicações já prescritas e adequar via de administração.
- Promover ambiente confortável para paciente e família (redução de ruídos, respeito da privacidade, entre outros).
- Disponibilizar suporte psicossocial e espiritual para a família (psicólogo, terapeuta ocupacional, capelão e terapias complementares).
- Esclarecer a família quanto à possibilidade de estar com o paciente, falar com ele e tocá-lo gentilmente.
- Informar familiares quanto ao possível acúmulo de secreção nasofaríngea, respiração ruidosa, cianose periférica e redução do volume urinário.

MEDICAÇÕES (Figura 1):

- Benzodiazepínico (midazolam) - Principal medicação utilizada para sedação paliativa
- Neuroléptico (clorpromazina, levomepromazina)
- Barbitúrico (fenobarbital)
- Anestésico (propofol, ketamina)

Via preferencial: subcutânea (SC) * / intravenosa (IV)

*Consultar protocolo de Hipodermóclise, disponível via intranet HCFMRP-USP (download/DAS-Protocolo de Hipodermóclise)

Recomendações

- Opioides não devem ser utilizados com objetivo de sedação paliativa. Caso paciente faça uso de opioide para manejo de dor ou dispneia, o mesmo deve ser mantido.
- Na presença de agitação paradoxal ou taquifilaxia com uso de benzodiazepínico, avaliar substituir medicação ou associação com outras drogas, como neuroléptico.
- Na presença de delirium como sintoma predominante, considerar uso de neuroléptico para sedação paliativa, se disponível.

PREPARAÇÃO DE MIDAZOLAM

1. Obtenha a preparação para a infusão contínua: SG5% ou SF0,9% - 80ml + 2 ampolas de midazolam 50mg/10ml (concentração=1mg/ml).
2. Obtenha a bomba para infusão e material necessário para infusão contínua.
3. Caso utilize a via subcutânea, recomenda-se a punção de novo sítio.
4. Prepare ampola com midazolam 15mg/3ml + SF0,9% 12ml (concentração=1mg/ml) para dose de indução e resgate, se necessário.

INFUSÃO DE MIDAZOLAM

1. O médico prescritor deve estar a beira-leito no início da sedação paliativa.
2. Caso haja necessidade de início rápido da sedação, utilizar dose de indução de 2,5 a 5mg de midazolam, intravenoso, lento.
3. Iniciar infusão contínua a 1ml/h (1mg/h). Titular dose, com aumento de 1mg a cada 15 minutos, até atingir o conforto do paciente. Manter esta dose em bomba de infusão contínua. Caso necessário, pode ser administrado 2,5 a 5mg para resgate com intervalo de 30 minutos.
4. Alcançado conforto do paciente, o mesmo deverá ser reavaliado pelo médico a cada 8 horas, ou antes se necessário.
5. A avaliação da equipe de enfermagem deverá priorizar a identificação de sinais de desconforto, comunicando a equipe médica na presença destes.

MONITORIZAÇÃO DA SEDAÇÃO PALIATIVA

Grau de sedação:

- O conforto do paciente pode ser obtido com graus mais leves de sedação, sempre considerando que a melhor forma de avaliação do sofrimento é o auto-relato do paciente, quando possível. Para avaliar o grau de sedação, sugere-se a utilização da escala de "Richmond Agitation-Sedation Scale" (RASS) com escore variando de +4 a -5 (Figura 2).
- Quando necessária sedação paliativa profunda e contínua, deseja-se RASS entre -3 (sedação moderada) a -4 (sedação profunda), a depender de cada caso.
- Para avaliação de dor, sugere-se a escala "Critical-Care Pain Observation Tool" (Figura 3) ou "Behavioral Pain Scale" (BPS) (Figura 4).
- Para avaliação de dispnéia, recomenda-se a escala "Respiratory Distress Observation Scale" (RDOS) (Figura 5), com escore desejado ≤ 3 .

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

- Nutrição e hidratação devem ser discutidos em separado do tópico sedação. No final de vida, não há conclusão definitiva na literatura de que a nutrição e a hidratação sejam benéficas ou danosas. Sabe-se que não aumentam a sobrevida e podem causar desconfortos, como: edema peritumoral, gatilho para dor, piora de ascite, de derrame pleural e aumento de secreções (salivar, brônquica, gastrointestinal).
- Sugere-se ponderar a redução ou mesmo suspensão de nutrição e hidratação, de acordo com prognóstico e valores do paciente e família.

CUIDADOS COM A EQUIPE DE SAÚDE

- A equipe de saúde pode sentir desconforto durante a administração da sedação paliativa. Por isso, é de extrema importância que todos os envolvidos nos cuidados com o paciente recebam treinamento para que tenham entendimento de todos os aspectos envolvidos na sedação paliativa (ético, familiar, social, físico, psicológico e espiritual).

- Sempre que possível, estimular o encontro da equipe de saúde envolvida nos cuidados após o óbito do paciente para que seja ouvida e possa falar a respeito de dúvidas, desconfortos, emoções, crenças espirituais e assim reduzir tensões e fortalecer o grupo que presta cuidados.

Referências Bibliográficas Externas:

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Sedação Paliativa. Manual de Cuidados Paliativos. 2a. ed., Rio de Janeiro, RJ, 2012.

Albert Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Sedação Paliativa. São Paulo, SP: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, 2012.

Alberta Health Services, Edmonton Zone Palliative Care Program. Palliative Sedation Guideline, 2015.

Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 41 ,n. 3, p. 604-618, 2011.

Cherny N, Radbruch L. The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, v. 23 (7). p. 581-593, 2009.

Ciancio A.L. et al. The use of palliative sedation to treat existencial suffering: a scoping review on practices, ethical considerations, and guidelines. *Journal of Palliative Care*, v. 20 (10), p.1-18, 2019.

Collège Des Médecins Du Québec. Palliative Sedation at the End of Life, 2016.

Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). *JAMA* 2003; 289:2983-2991.

ESMO Clinical Practice Guidelines for the Management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Annals of Oncology*, supp 3, 2014.

Fortunato, J.G.S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, 2013;12(3):110-117

Frankl VE. O sofrimento de uma vida sem sentido: caminhos para encontrar a razão de viver. Tradução de Karleno Bocarro. 1 ed. São Paulo: É Realizações, 2015.

Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care*. 2006;15(4):420-7

Gélinas C, Fillion L, Puntillo K. Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults. *J Adv Nurs*. 2008;65(1):203-216

Hospice & Palliative Care Federation of Massachussets. Palliative Sedation Protocol: A report of the Standards and Best Practices Commitee. Norwood, MA: Hospice and

Palliative Care Federation of Massachussets, 2004.

Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Rosati M et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol*, 2012; 30:1378-1383

Campbell ML, Templin T, Walch J. A Respiratory Distress Observation Scale for Patients Unable To Self-Report Dyspnea. *J Palliat Med*. 2010;13(3): 285-90.

Campbell ML, Templin T. Intensity cut-points for the Respiratory Distress Observation Scale. *J Palliat Med*, 2015; 29(5): 436-442.

Muller-Bush HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care-a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care*, 2003; 2:2 (<http://www.biomedcentral.com/1472-68X/2/2>)

Rodrigues P. et al. Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 55 No. 6, 2018

Schildmann EK, Schildmann J, Kiesewetter I. Medication and monitoring in palliative sedation therapy: a systematic review and quality assessment of published guidelines. *J Pain Symptom Manage*, 2015; 49:734-746

Sessler CN, Grap MJ, Brophy GM. Multidisciplinary management of sedation and analgesia in critical care. *Semin Respir Crit Care Med*. 2001;22(2):211-26.

Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*, 2003; 163:341-4

Waterloo Wellington Interdisciplinary HPC Education Committee; PST Task Force. The Waterloo Wellington Palliative Sedation Protocol, 2016.

Anexos:

Figura 1: Figura 1: Medicamentos, dose inicial e dose média efetiva para sedação paliativa.

Figura 1: Medicamentos, dose inicial e dose média efetiva para sedação paliativa.			
Medicação	Via de administração	Dose inicial	Dose média efetiva
<u>Midazolam</u>	subcutâneo/intravenoso	1mg/h	1 a 20mg/h
<u>Clorpromazina</u>	subcutâneo/intravenoso*	12,5 a 50mg cada 4-12h ou 3 a 5mg/h	25 a 37,5mg/24h
Fenobarbital	subcutâneo/intravenoso	SC: bolus 2mg/kg lento. Infusão SC continua 600mg/24h IV: 1 mg/kg/h	50 a 100mg/h
<u>Propofol</u>	intravenoso	1 a 1,5mg/kg (<u>bolus</u>), seguido de 2mg/kg/h	1 a 5mg/kg/h
*Não disponível no complexo HC para uso SC/IV			

Figura 2: Figura 2: Richmond agitation-sedation scale (RASS)

Figura 2: Richmond agitation-sedation scale (RASS)

Nível	Descrição	Definição
+4	Combativo	Combativo, violento, perigo imediato para a equipe
+3	Muito agitado	Puxando tubos e cateteres e/ou agressivo com a equipe
+2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, e/ou "brigando com ventilador"
+1	Inquieto	Ansioso ou apreensivo, mas com movimentos despropositados infrequentes, não vigorosos, não agressivo
0	Alerta e calmo	
-1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual)
-4	Sedação profunda	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Figura 3: Figura 3: Critical-Care Pain Observation Tool (tradução livre)

Figura 3: *Critical-Care Pain Observation Tool* (tradução livre)

Expressão facial: Relaxada, neutra = 0 / Tensa = 1 / Careta = 2
Movimentos corporais: Ausentes = 0 / Movimentos de proteção = 1 / Inquietação = 2
Tensão muscular: Relaxado = 0 / Tenso, rígido = 1 / Muito tenso ou rígido = 2
Acoplamento à ventilação mecânica (pacientes intubados): Tolerando ventilação ou movimentos = 0 / Tossindo mas tolerando = 1 / Combatendo ventilador = 2
Vocalização (pacientes não intubados): Conversa em tom normal ou sem som = 0 / Suspiro, <u>gemência</u> = 1 / Choro, soluço = 2
Total = 0 (sem dor) a 8 (pior dor)

Figura 4: Figura 4: Behavioral Pain Scale

Figura 4: *Behavioral Pain Scale*

Expressão Facial	
Relaxada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Fazendo careta	4
Movimentos dos membros superiores	
Relaxado	1
Parcialmente flexionado	2
Totalmente flexionado	3
Totalmente contraído	4
Ventilação mecânica	
Tolerando movimentos	1
Tossindo, mas tolerando a maior parte do tempo	2
Lutando contra o ventilador	3
Impossibilidade de controle do ventilador	4

Figura 5: Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)

<i>Figura 5: Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)</i>			
	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Frequência cardíaca (/min)	<90	90-109	≥110
Frequência respiratória (/min)	<19	19-29	≥30
Inquietação: movimentos despropositados	não	ocasional	frequente
Respiração paradoxal: movimentos abdominais na inspiração	não		sim
Utilização de musculatura acessória: elevação da clavícula durante inspiração	não	levemente	pronunciado
Grunhido ao final da expiração	não		sim
Batimento nasal: movimento involuntário das narinas	não		sim
Aparência de medo: Olhos arregalados Tensão da musculatura facial Fronte franzida Boca aberta Dentes cerrados	não		sim