

Apêndices

Apêndice A - Protocolo “Controlo da dor - utilização de opióides fortes”



PROTOCOLO

CONTROLO DA DOR

-Utilização de opióides fortes-

ELABORADO POR:

Lúcia Gonçalves, durante o estágio de Mestrado em Cuidados Paliativos nesta
equipa

SOB ORIENTAÇÃO:

Enf.^a Catarina Pazes e Dr.^a Cristina Galvão

Beja 2018

MEDICAR COM OPIÓIDES FORTES

- **Doente sem opióides prévios:** Iniciar com Morfina 2,5 - 5mg por via oral de 4/4horas;
- Se dor não controlada dar mais 5mg 1 hora depois;
- Se doente não tiver via oral ⇒iniciar da mesma forma, por via subcutânea, mas ½ da dose oral.

- **Doente já com opióide fraco:** Normalmente uma dose de Morfina 5-10mg de 4/4horas é razoável no entanto: Calcular dose diária ⇒ Calcular dose equivalente para opióide forte ⇒ Dose em libertação normal ou rápida de 4/4 horas ou ponderar fórmula de libertação prolongada de 12/12 horas ou 24/24horas.

IMPORTANTE:

Nas primeiras 24/48 horas monitorizar a resposta e os efeitos adversos.

TITULAR A DOSE DE MORFINA

- **Dor controlada:**
 - Passar a morfina de ação prolongada, metade da dose diária de 12/12 horas.
- **Dor não controlada:**
 - Se está a recorrer a 3/4 SOS por dia ⇒ subir 25% a 50% da dose diária.
- **Dor intensa:**
 - Pode ser necessário aumentar a dose para o dobro.

IMPORTANTE:

Deve ficar sempre com medicação em SOS de ação rápida = 1/6 da dose diária de 4/4 horas.

Se fizer mais de 3 SOS/dia poderá ser necessário ajustar a dose de base.

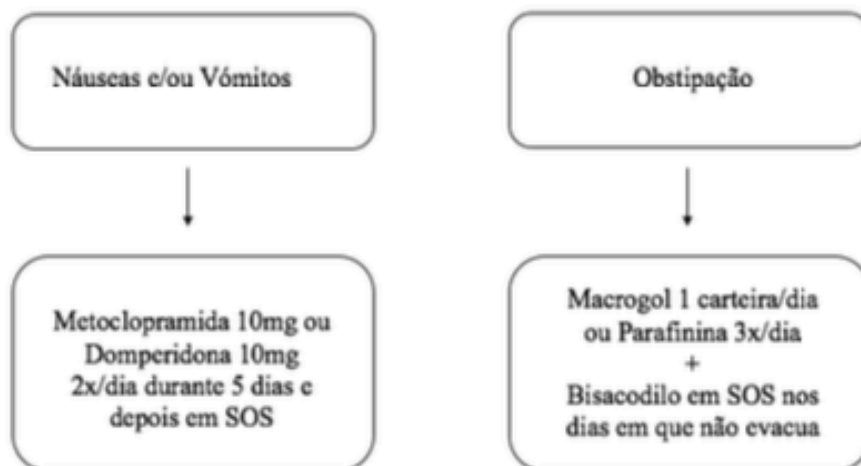
Às 48horas verificar a dose total administrada (medicação base + SOS) e reavaliar a intensidade da dor e os efeitos adversos.

Se sonolência ⇒ reduzir a dose.

Titulação termina quando a dor é aliviada.

PREVENÇÃO DE EFEITOS ADVERSOS

➤ Para prevenir efeitos adversos dos opióides:



ROTAÇÃO DE OPIÓIDES

Quando é necessário trocar de opióide (efeitos adversos incontroláveis, agravamento da situação, insuficiência renal, perda da via oral, dose máxima alcançada, preço, entre outros) devem ser respeitados os seguintes passos:

1. Determinar a dose total diária de opióides, incluindo a de resgate (SOS);
2. Converter para a dose equivalente de morfina oral;
3. Determinar a dose equivalente do novo opióide que se pretende prescrever;
4. Reduzir 25-30% da dose calculada, ou 30-50% no caso do doente idoso;
5. Deixar opióide de ação rápida prescrito em SOS;
6. Reavaliar o doente e titular a dose até ao controlo sintomático.

TABELA EQUIANALGÉSICA

Dose Diária Total																		
Morfina oral	20	30	40	50	60	70	80	100	120	140	160	180	200	220	240	280	300	320
Hidromorfona oral	4	8		12		16	20	24	28	32	36	40	44	48	56	60	64	
Tramadol oral	100	200		300		400												
Codeína oral	120	180	240	dose máxima em associação com Paracetamol: 180mg/dia														
Tapentadol oral	50		100		150		200	250	300	350	400	450	500					
Oxicodona oral	10	20		30		40		60		80								
Naloxona oral	5	10		15		20		30		40								
Morfina EV	7	10	13	17	20	23	27	33	40	47	53	60	67	73	80	93	100	106
Morfina SC	10	15	20	25	30	35	40	50	60	70	80	90	100	110	120	140	150	160
Tramadol EV/SC	66	100	132	165	198	231	264	330	396									
Fentanilo transd.			12,5 µg/h			25 µg/h			50 µg/h			75 µg/h			100 µg/h			
Buprenorfina transd.						35 µg/h		52,5 µg/h	70 µg/h		105 µg/h				140 µg/h			

REDUZIR OU SUSPENDER OPIÓIDES

- Reduzir 1/4 da dose e manter por 2 dias;
- Se a dor continuar controlada: reduzir metade a cada 2 dias, até 10mg/dia e suspender ao fim de 2 dias.

Apêndice B - Documento para registo de conferências familiares



CONFERÊNCIA FAMILIAR



Nome do utente: _____

Idade: _____ Diagnóstico: _____

Data: _____ Local da Conferência: _____

1. Objetivos da Conferência:

- Clarificar os objetivos dos cuidados;
- Reforçar a resolução de problemas;
- Prestar apoio e aconselhamento;
- Outro: _____

2. Motivos da Conferência Familiar:

- Existência de agravamento do quadro clínico;
- Questões que possam surgir com a aproximação da morte;
- Conflitos familiares e/ou problemas com a equipa;
- Exaustão familiar;
- Integração em unidade;
- Transmissão de informação;
- Conspiração do silêncio;
- Questões éticas: _____
- Outro: _____

3. Pessoas Presentes:

- Médico(a) _____
- Enfermeiro(a) _____
- Psicólogo(a) _____
- Assistente Social _____
- Familiares: _____
- Outro: _____

Apêndice C - Questionário



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Projeto de Intervenção – Serviço de Medicina Interna

“Adequação de cuidados a doentes em fim de vida em contexto hospitalar”

Caros médicos e enfermeiros,

Este questionário tem como objetivo identificar o nível de conhecimentos sobre Cuidados Paliativos da equipa médica e de enfermagem do serviço de Medicina Interna.

As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, sendo exclusivamente utilizadas para uso académico e para adequação das formações que serão lecionadas acerca da temática em questão.

Grata pela colaboração.

Lúcia Gonçalves

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS (CP)

Responda às seguintes questões colocando Verdadeiro (V) ou Falso (F) em frente de cada afirmação.

1. Os CP são uma área especializada dos cuidados de saúde. _____
2. Os CP são uma resposta somente para os doentes em fim de vida. _____
3. Os CP nunca devem ser combinados com os tratamentos curativos. _____
4. Os CP funcionam apenas se existir uma equipa multidisciplinar. _____
5. Todos os profissionais de saúde devem ter formação em CP. _____
6. Em CP, é o médico que define o plano de cuidados e posteriormente o comunica à restante equipa multidisciplinar. _____
7. OS CP destinam-se apenas a doentes oncológicos. _____
8. Um doente paliativo é um doente terminal. _____
9. A filosofia dos CP está assente em quatro pilares: comunicação, trabalho em equipa, controlo de sintomas e apoio à família. _____
10. A filosofia dos CP preconiza que não sejam utilizadas intervenções com o intuito de prolongar a vida. _____
11. Os CP não antecipam nem atrasam a morte. _____
12. Os CP preconizam a eutanásia e a distanásia. _____
13. O objetivo principal dos CP é o bem-estar e a qualidade de vida do doente. _____
14. Os princípios éticos, nomeadamente, autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência, não se aplicam ao nível da prestação de CP. _____
15. Quando a possibilidade de cura não existe, a nível hospitalar não há mais nada a fazer pelo doente. _____
16. As questões éticas em fim de vida devem ser discutidas entre a equipa multidisciplinar. _____
17. Os CP baseiam-se na futilidade terapêutica. _____
18. Em CP, os cuidados são centrados no diagnóstico e prognóstico do doente. _____



19. Doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e progressiva. _____
20. Doente em situação agónica é aquele que, pelas características clínicas que apresenta, se encontra nos últimos dias/horas de vida. _____
21. O controlo de sintomas não é um critério de admissão em CP. _____
22. Ao transmitir más notícias, o profissional deve encobrir algumas informações. _____
23. A conspiração do silêncio é algo essencial em CP. _____
24. As competências em comunicação podem ser aprendidas. _____
25. Os profissionais de saúde devem comunicar com o doente ansioso e seus familiares com o intuito de transmitir segurança. _____
26. Os CP mantêm-se após a morte do doente na assistência à família durante o luto. _____
27. A dor só se considera pela sua manifestação física. _____
28. As terapias não farmacológicas (por ex. a fisioterapia) são importantes no tratamento da dor. _____
29. Não existem instrumentos para avaliação da dor em CP. _____
30. Náuseas e vômitos não são sintomas frequentes em CP. _____
31. A família não deve ser englobada na prestação de cuidados ao doente em acompanhamento por equipas de CP. _____
32. Para o familiar é sempre importante permanecer junto do doente nas últimas horas de vida. _____
33. O apoio à família deve ter início quando o doente morre. _____
34. A família não deve ser integrada nos cuidados ao doente em fase agónica. _____
35. Quando um doente não tem via oral para alimentação deve sempre optar-se pela possibilidade de alimentação artificial e colocar uma sonda nasogástrica. _____
36. Em CP a via de eleição para administração de terapêutica é a via oral. _____
37. A via subcutânea reúne condições para ser utilizada em caso de perda da via oral. _____
38. A administração de fluidos por via subcutânea denomina-se hipodermoclise. _____
39. A região infraclavicular é contra-indicada para colocação de cateter subcutâneo. _____
40. O midazolam não pode ser administrado por via subcutânea. _____
41. A administração de soros por via subcutânea não é indicada se o doente estiver desidratado. _____
42. A morfina é o fármaco de eleição para sedação paliativa. _____
43. A utilização de morfina em doentes com dias/horas de vida é essencial, mesmo que não haja dor ou dispneia. _____
44. A via subcutânea só deve ser utilizada em contexto hospitalar. _____
45. A dexametasona pode ser administrada por via subcutânea. _____
46. A via subcutânea permite administração de fármacos em bólus e em perfusão. _____
47. A utilização de uma bomba elastomérica para administração de terapêutica é uma prática comum nas equipas de CP domiciliários. _____
48. Os fármacos adjuvantes não são necessários quando o tratamento da dor é efetuado com opióides. _____
49. Os cuidados de saúde devem ser sempre adequados às necessidades dos doentes. _____
50. O enfermeiro tem um papel de extrema importância na identificação das necessidades do doente e família, devendo participar na definição do plano terapêutico _____

Obrigada pela participação.

Apêndice D - Planos de formação para a equipa de enfermagem

TEMA CENTRAL/TEMA DA SESSÃO

- Cuidados Paliativos.

FORMADORA

- Enfermeira Lúcia Gonçalves. Mestranda em Cuidados Paliativos do VI Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Exerce funções no serviço de Medicina II do Hospital José Joaquim Fernandes, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE. Contacto: lucia.goncalves@ulsba.min-saude.pt.

DURAÇÃO

- A duração da formação será de 120 minutos, das 10 às 12 horas.

DIA

- Dias 11 e 12 de Abril e 16 e 23 de Maio. Esta sessão de formação é realizada em vários dias para que seja possível abranger toda a população-alvo e não interferir com as dinâmicas do serviço.

LOCAL

- Sala de formação do Centro de Formação Multiprofissional da ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.

POPULAÇÃO ALVO

- A população alvo da formação é a equipa de enfermagem do serviço de Medicina II que é constituída por 22 elementos.

DIVULGAÇÃO DA SESSÃO

- Divulgação interna, no gabinete de enfermagem do serviço de Medicina II, através de um cartaz informativo.

OBJETIVOS PEDAGÓGICOS

- Objetivos gerais
 - Sensibilizar para a importância dos Cuidados Paliativos;

- Contribuir para a aquisição de mais conhecimentos sobre cuidados paliativos por parte da equipa de enfermagem.
- Objetivos específicos
 - Definir os Cuidados Paliativos (CP);
 - Enumerar os pilares dos CP;
 - Identificar os princípios dos CP;
 - Referir a quem se destinam os CP;
 - Descrever abordagem paliativa;
 - Definir CP generalistas.

PLANO PEDAGÓGICO

- Introdução – 20 minutos
 - Conversa introdutória sobre o questionário realizado antecipadamente acerca da temática da formação para compreender os conhecimentos prévios dos formandos.
- Desenvolvimento– 80 minutos
 - Definição E filosofia dos CP;
 - Pilares dos CP;
 - Valores E princípios;
 - Clarificação de conceitos;
 - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017/2018.
- Conclusão – 20 minutos
 - Debate reflexivo com os formandos acerca dos conteúdos abordados;
 - Esclarecimento de dúvidas;
 - Preenchimento da ficha de avaliação da formação.

METODOLOGIA LETIVA

- A metodologia utilizada será variada com o intuito de ir ao encontro dos diferentes estilos de aprendizagem dos formandos;
- Os métodos utilizados serão:
 - Método expositivo oral e interativo.

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

- A avaliação irá decorrer ao longo da formação, uma vez que o objetivo principal é sensibilizar a equipa acerca da temática. No final da sessão, será aplicada uma ficha de avaliação da formação.

RECURSOS NECESSÁRIOS

- A sala de formação já se encontra equipada para este tipo de sessões, pelo que já possui mesas, cadeiras e projetor multimédia. Será necessário apenas computador, que, neste caso específico, será de uso pessoal da formadora.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA E RECOMENDADA

- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016). Manual de Cuidados Paliativos (3a Ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (s.d.). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017/2018. Consultado a 26 de Novembro de 2017. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1.pdf;
- Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos (2a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

A bibliografia recomendada será facultada aos formandos no início da sessão, quer através da informação completa da bibliografia, quer através da disponibilização dos livros/artigos pela sala.

TEMA CENTRAL/TEMA DA SESSÃO

- Adequação de cuidados a doentes em fim de vida em contexto hospitalar.

FORMADORA

- Enfermeira Lúcia Gonçalves. Mestranda em Cuidados Paliativos do VI Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Exerce funções no serviço de Medicina II do Hospital José Joaquim Fernandes, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE. Contacto: lucia.goncalves@ulsba.min-saude.pt.

DURAÇÃO

- A duração da formação será de 180 minutos, das 14 às 17 horas.

DIA

- Dias 11 e 12 de Abril e 16 e 23 de Maio. Esta sessão de formação é realizada em vários dias para que seja possível abranger toda a população-alvo e não interferir com as dinâmicas do serviço.

LOCAL

- Sala de formação do Centro de Formação Multiprofissional da ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.

POPULAÇÃO ALVO

- A população alvo da formação é a equipa de enfermagem do serviço de Medicina II que é constituída por 22 elementos.

DIVULGAÇÃO DA SESSÃO

- Divulgação interna, no gabinete de enfermagem do serviço de Medicina II, através de um cartaz informativo.

OBJETIVOS PEDAGÓGICOS

- Objetivos gerais
 - Sensibilizar para a adequação de cuidados a doentes em fim de vida em contexto hospitalar;
 - Contribuir para a aquisição de novos conhecimentos por parte da equipa de enfermagem no sentido de melhorar a sua prestação de cuidados a doentes em fim de vida em contexto hospitalar.
- Objetivos específicos
 - Identificar doentes em fim de vida;
 - Mencionar os princípios da prestação de cuidados ao doente em fim de vida;
 - Identificar sintomas na agonia;
 - Enumerar terapêutica e vias de administração utilizada para controlo de sintomas em fim de vida.

PLANO PEDAGÓGICO

- Introdução – 20 minutos
 - Visualização de um excerto de um filme;
 - Reflexão acerca do filme visualizado.
- Desenvolvimento– 145 minutos
 - Identificação de doentes em fim de vida;
 - Princípios da prestação de cuidados ao doente em fim de vida;
 - Sinais E sintomas em fim de vida;
 - Cuidados na agonia;
 - Adequação da terapêutica e vias de administração;
 - Reflexão sobre o que foi abordado na formação e aquilo que é efetivamente realizado na prática diária;
 - Reflexão sobre ações que podem ser adequadas por parte da equipa no sentido de melhorar a prestação de cuidados a doentes em fim de vida.
- Conclusão – 15 minutos
 - Esclarecimento de dúvidas;
 - Preenchimento da ficha de avaliação da formação.

METODOLOGIA LETIVA

- A metodologia utilizada será variada com o intuito de ir ao encontro dos diferentes estilos de aprendizagem dos formandos;
- Os métodos utilizados serão:
 - Método expositivo oral e interativo;
 - Visualização de um excerto de um filme.

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

- A avaliação irá decorrer ao longo da formação através da participação ativa uma vez que o objetivo principal é sensibilizar a equipa acerca da temática. No final da sessão será aplicada uma ficha de avaliação da formação.

RECURSOS NECESSÁRIOS

- A sala de formação já se encontra equipada para este tipo de sessões, pelo que já possui mesas, cadeiras e projetor multimédia. Será necessário apenas computador, que, neste caso específico, será de uso pessoal da formadora.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA E RECOMENDADA

- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016). Manual de Cuidados Paliativos (3a Ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (s.d.). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017/2018. Consultado a 26 de Novembro de 2017. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1.pdf;
- Jorge, M. (2015). Doentes adultos com necessidades paliativas em serviços de internamento, num hospital distrital: números e adequação dos cuidados nos últimos dias de vida. Consultado a 5 de Dezembro de 2017. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20012/1/Final_192411020_Dissertação_o_%2001.09.2015.pdf;

- Nicolau, C. (2013). Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar. Consultado a 3 de Dezembro de 2017. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11059/1/700702_Tese.pdf;
- Pulido, I., Batista, I., Brito, M. & Matias, T. (2010). Como morrem os doentes numa enfermaria de medicina interna. *Medicina Interna – Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 17 (4): 222-226;
- Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos (2a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores;
- Vilhena, R. (2013). Cuidados Paliativos e Obstinação Terapêutica - Decisões em Fim de Vida. Consultado a 5 de Dezembro de 2017. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16391/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

A bibliografia recomendada será facultada aos formandos no início da sessão, quer através da informação completa da bibliografia, quer através da disponibilização dos livros/artigos pela sala.


Apêndice E - Diapositivos da sessão de formação - equipa de enfermagem






CUIDADOS PALIATIVOS

Serviço de Medicina Interna
Lúcia Gonçalves
Abril/Maio 2018




OBJETIVOS GERAIS

- Sensibilizar para a importância dos Cuidados Paliativos(CP);
- Contribuir para a aquisição de mais conhecimentos sobre Cuidados Paliativos por parte da equipa de enfermagem.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS


- Definir CP;
- Enumerar os pilares dos CP;
- Identificar os princípios dos CP;
- Referir a quem se destinam os CP;
- Descrever abordagem paliativa;
- Definir CP generalistas.



O QUE SÃO OS CUIDADOS PALIATIVOS?

"Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais."


Organização Mundial de Saúde (2002)



O QUE SÃO OS CUIDADOS PALIATIVOS?

"Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais."

Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012)



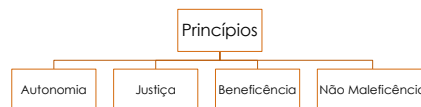
CUIDADOS PALIATIVOS

- Afirmam a vida e aceitam a morte;
- Têm como objetivo principal o bem-estar e qualidade de vida do doente;
- Promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes;
- São centrados nas múltiplas necessidades dos doentes e das suas famílias;
- Não devem ser restringidos aos moribundos;
- Prolongam-se pelo período do luto;
- Pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde.

PILARES DOS CUIDADOS PALIATIVOS



PRINCÍPIOS ÉTICOS



CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE/FAMÍLIA E NAS SUAS NECESSIDADES

MAIS DO QUE NO DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO!!!!

NÃO SE DESTINAM APENAS A DOENTES EM FASE AGÓNICA



Um doente paliativo não é inevitavelmente um doente terminal!!!

Doente Paliativo

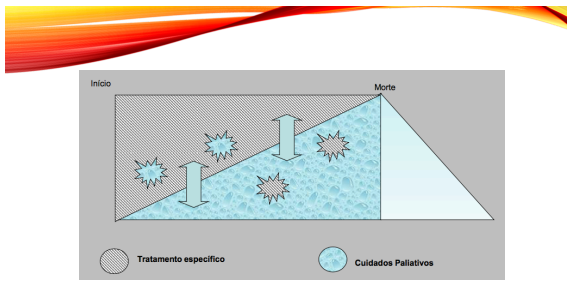


Doente Terminal



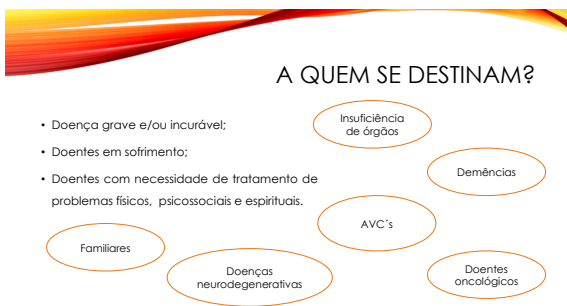
Doente Agónico

OS **CUIDADOS PALIATIVOS** DEVEM SER **INICIADOS** O **MAIS PRECOCEMENTE POSSÍVEL** E NÃO SOMENTE NOS ÚLTIMOS DIAS DE VIDA!!



"Fases" da prestação dos Cuidados Paliativos

	Duração	Mobilidade	Intenção Trat. Paliativo	Princípios
Reabilitação	Meses/anos	Mantida	Restaurar autonomia; controlo sintomático	Possibilidade de Tratamentos agressivos
Pré-terminal	Semanas/meses	Limitada	Qualidade de vida possível; controlo sintomático	Apoio Social
Terminal	Dias/semanas	Maior parte do tempo acamado	Máximo conforto	Expectativas realistas; reduzir impacto da Doença
Final	Horas/dias	Essencial/ acamado	Cuidados Activos de Conforto	Valorizar, aceitar; aliviar



A **Organização Mundial de Saúde** estima que mais de **40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos** em todo o mundo.

É **urgente encontrar respostas** e oferecer à população uma **abordagem adequada** aos seus problemas.

PLANO ESTRATÉGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Béniro 2017-2018

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP)
 paliativos@nccs.mn.gov.br

1.3 - Níveis de Diferenciação

De acordo com o **Manual Brasileiro de Palliative Care (2013)**, devem considerar-se quatro níveis de cuidados: **A Abordagem Paliativa** e **CF especializado**. **A Abordagem Paliativa** é utilizada em sempre, sendo essencialmente de caráter preventivo, com ênfase na educação, enquanto o **CF especializado** são prestados por equipes multidisciplinares, com especialização especializada, tendo em consideração a qualidade de vida dos doentes. (1)

Na ausência em algum ponto, este modelo de dois níveis foi substituído em 2016 no mesmo quadro pelo seguinte: (2)

- **Abordagem Paliativa**
 Integra atividades preventivas, sendo em CF realizada farmacológica e de forma paliativa de controle de sintomas, estratégias de comunicação, e no planejamento de doentes, em abordagem especializada em CF. Deve estar presente em todo sistema de saúde, seja em nível de atenção primária ou secundária, com ênfase na educação, com o objetivo de identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de cuidados paliativos e garantir o acesso adequado para todos os níveis de diferenciação.
- **Cuidados Paliativos Gerais**
 Prestados por profissionais de saúde em nível de atenção primária de doentes com doença avançada e progressiva e alta, com o objetivo de cuidar de saúde primária (CF) e apoiar serviços hospitalares (doentes, famílias, cuidadores). O nível profissional, embora não seja em CF a base principal de sua atuação profissional, devem estar de conhecimento e competência para responder a estas necessidades básicas de seus pacientes após a morte em qualquer nível (1,4) - fornecido em CF.
- **Cuidados Paliativos Especializados**
 Prestados em nível especializado de CF, nos quais os profissionais atuam no seguinte âmbito: acompanhamento clínico de doentes e famílias, com objetivos de alta qualidade de cuidados paliativos em pacientes em fase avançada de diferenciação, articulados com os serviços de atenção de atenção primária, com o objetivo de garantir o acesso à investigação e abordagem em CF (de profissionais de saúde) de forma adequada em CF em qualquer nível de atenção, com ênfase em cuidados paliativos de qualidade para a vida.
- **Equipa de Assistência**
 Prestado em nível especializado em áreas complexas (doenças raras e doenças infecciosas e em ambulatório, apoio técnico e consultoria a outros serviços) e de suporte a atividades educativas no âmbito de formação e de investigação. Os Centros de Formação são a referência a nível de educação, investigação e abordagem de CF, desenvolvendo atividades e serviços relacionados.

1.2. Níveis de Diferenciação

De acordo com a European Association Of Palliative Care (EAPC), devem considerar-se pelo menos dois níveis de cuidados: a **Abordagem Palliativa** e o **Cuidado Palliativo**. A **Abordagem Palliativa** é utilizada nos casos em que o doente necessita de cuidados paliativos, enquanto o **Cuidado Palliativo** é prestado por profissionais especializados, nomeadamente enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc. (1).

No entanto, em alguns países, este modelo de dois níveis foi substituído por outro modelo, segundo o qual os cuidados paliativos são prestados por profissionais de saúde com formação específica em cuidados paliativos.

Abordagem Palliativa

Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP. Deve estar presente em todo o sistema de saúde, pelo que todos os profissionais de saúde devem terminar o curso com formação básica em CP, sendo capazes de identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de foro paliativo e encaminhar os casos complexos para outro nível de diferenciação.

Cuidados Palliativos Generalistas

Prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, como por exemplo os cuidados de saúde primários (CSP) e alguns serviços hospitalares (Oncologia, Medicina Interna, Hematologia...). Estes profissionais, embora não façam dos CP o foco principal da sua atividade profissional, devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área, nomeadamente formação de nível intermédio obtida a nível pós-graduado [ver 1.4 – Formação em CP].

Cuidados Palliativos Especializados

Prestados por recursos especializados de CP, nos quais os profissionais exercem as seguintes funções: acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação; articulação com as Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos CP. Estes profissionais devem ter formação avançada em CP (pós-graduação e/ou mestrado), com estágio em Unidades/Equipas devidamente certificadas para o efeito.

Centros de Excelência

Prestam CP especializados em vários contextos (nomeadamente a doentes internados e em ambulatório, apoio no domicílio e consultadoria a outros serviços) e desenvolvem atividade académica no domínio da formação e da investigação. Os Centros de Excelência são a referência a nível de educação, investigação e divulgação dos CP, desenvolvendo standards e novos métodos.

Abordagem Palliativa

Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP. Deve estar presente em todo o sistema de saúde, pelo que todos os profissionais de saúde devem terminar o curso com formação básica em CP, sendo capazes de identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de foro paliativo e encaminhar os casos complexos para outro nível de diferenciação.

1.2. Níveis de Diferenciação

De acordo com a European Association Of Palliative Care (EAPC), devem considerar-se pelo menos dois níveis de cuidados: a **Abordagem Palliativa** e o **Cuidado Palliativo**. A **Abordagem Palliativa** é utilizada nos casos em que o doente necessita de cuidados paliativos, enquanto o **Cuidado Palliativo** é prestado por profissionais especializados, nomeadamente enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc. (1).

No entanto, em alguns países, este modelo de dois níveis foi substituído por outro modelo, segundo o qual os cuidados paliativos são prestados por profissionais de saúde com formação específica em cuidados paliativos.

Abordagem Palliativa

Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP. Deve estar presente em todo o sistema de saúde, pelo que todos os profissionais de saúde devem terminar o curso com formação básica em CP, sendo capazes de identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de foro paliativo e encaminhar os casos complexos para outro nível de diferenciação.

Cuidados Palliativos Generalistas

Prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, como por exemplo os cuidados de saúde primários (CSP) e alguns serviços hospitalares (Oncologia, Medicina Interna, Hematologia...). Estes profissionais, embora não façam dos CP o foco principal da sua atividade profissional, devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área, nomeadamente formação de nível intermédio obtida a nível pós-graduado [ver 1.4 – Formação em CP].

Cuidados Palliativos Especializados

Prestados por recursos especializados de CP, nos quais os profissionais exercem as seguintes funções: acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação; articulação com as Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos CP. Estes profissionais devem ter formação avançada em CP (pós-graduação e/ou mestrado), com estágio em Unidades/Equipas devidamente certificadas para o efeito.

Centros de Excelência

Prestam CP especializados em vários contextos (nomeadamente a doentes internados e em ambulatório, apoio no domicílio e consultadoria a outros serviços) e desenvolvem atividade académica no domínio da formação e da investigação. Os Centros de Excelência são a referência a nível de educação, investigação e divulgação dos CP, desenvolvendo standards e novos métodos.

Cuidados Palliativos Generalistas

Prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, como por exemplo os cuidados de saúde primários (CSP) e alguns serviços hospitalares (Oncologia, Medicina Interna, Hematologia...). Estes profissionais, embora não façam dos CP o foco principal da sua atividade profissional, devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área, nomeadamente formação de nível intermédio obtida a nível pós-graduado [ver 1.4 – Formação em CP].

1.2. Níveis de Diferenciação

De acordo com a European Association Of Palliative Care (EAPC), devem considerar-se pelo menos dois níveis de cuidados: a **Abordagem Palliativa** e o **Cuidado Palliativo**. A **Abordagem Palliativa** é utilizada nos casos em que o doente necessita de cuidados paliativos, enquanto o **Cuidado Palliativo** é prestado por profissionais especializados, nomeadamente enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc. (1).

No entanto, em alguns países, este modelo de dois níveis foi substituído por outro modelo, segundo o qual os cuidados paliativos são prestados por profissionais de saúde com formação específica em cuidados paliativos.

Abordagem Palliativa

Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP. Deve estar presente em todo o sistema de saúde, pelo que todos os profissionais de saúde devem terminar o curso com formação básica em CP, sendo capazes de identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de foro paliativo e encaminhar os casos complexos para outro nível de diferenciação.

Cuidados Palliativos Generalistas

Prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, como por exemplo os cuidados de saúde primários (CSP) e alguns serviços hospitalares (Oncologia, Medicina Interna, Hematologia...). Estes profissionais, embora não façam dos CP o foco principal da sua atividade profissional, devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área, nomeadamente formação de nível intermédio obtida a nível pós-graduado [ver 1.4 – Formação em CP].

Cuidados Palliativos Especializados

Prestados por recursos especializados de CP, nos quais os profissionais exercem as seguintes funções: acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação; articulação com as Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos CP. Estes profissionais devem ter formação avançada em CP (pós-graduação e/ou mestrado), com estágio em Unidades/Equipas devidamente certificadas para o efeito.

Centros de Excelência


Prestam CP especializados em vários contextos (nomeadamente a doentes internados e em ambulatório, apoio no domicílio e consultadoria a outros serviços) e desenvolvem atividade académica no domínio da formação e da investigação. Os Centros de Excelência são a referência a nível de educação, investigação e divulgação dos CP, desenvolvendo standards e novos métodos.

Cuidados Palliativos Especializados

Prestados por recursos especializados de CP, nos quais os profissionais exercem as seguintes funções: acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação; articulação com as Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos CP. Estes profissionais devem ter formação avançada em CP (pós-graduação e/ou mestrado), com estágio em Unidades/Equipas devidamente certificadas para o efeito.

Centros de Excelência

Prestam CP especializados em vários contextos (nomeadamente a doentes internados e em ambulatório, apoio no domicílio e consultadoria a outros serviços) e desenvolvem atividade académica no domínio da formação e da investigação. Os Centros de Excelência são a referência a nível de educação, investigação e divulgação dos CP, desenvolvendo standards e novos métodos.



ADEQUAÇÃO DE CUIDADOS A DOENTES EM FIM DE VIDA EM CONTEXTO HOSPITALAR

Serviço de Medicina Interna
Lúcia Gonçalves
Abril/Maio 2018

OBJETIVOS GERAIS

- ▶ Sensibilizar para a adequação de cuidados a doentes em fim de vida em contexto hospitalar;
- ▶ Contribuir para a aquisição de novos conhecimentos por parte da equipa de enfermagem no sentido de melhorar a sua prestação de cuidados a doentes em fim de vida em contexto hospitalar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

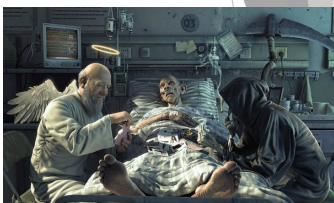
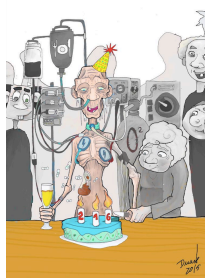
- ▶ Identificar doentes em fim de vida;
- ▶ Mencionar os princípios da prestação de cuidados ao doente em fim de vida;
- ▶ Identificar sintomas na agonia;
- ▶ Enumerar terapêutica e vias de administração utilizadas para controlo de sintomas.

COMO SE MORRE HOJE EM DIA?

10% MORTE SÚBITA



90% DOENÇA CRÓNICA AVANÇADA



É urgente encontrar respostas adequadas!



É urgente modificar comportamentos!



COMO DEVEMOS PROCEDER MEDIANTE UM DOENTE EM FIM DE VIDA

1. Reavaliar objetivos terapêuticos;
2. Redefinir o plano terapêutico;
3. Suspender medidas terapêuticas desajustadas/adequar as intervenções;
4. Adequar e simplificar a medicação;
5. Adequar a via de administração de fármacos;
6. Estabelecer um conjunto de medidas gerais de conforto.

1. REAVALIAR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

- ▶ É fundamental que os objetivos terapêuticos sejam focados na promoção do conforto do doente e da sua família;
- ▶ O objetivo máximo da prestação de cuidados deve centrar-se em dar ao doente a melhor qualidade de vida possível independentemente do tempo que será vivido;
- ▶ Nos doentes em fim de vida, os objetivos terapêuticos devem ser avaliados e redefinidos.

2. REDIFINIR O PLANO TERAPÊUTICO

- ▶ As decisões não devem ser baseadas em parâmetros laboratoriais;
- ▶ Os exames complementares de diagnóstico devem ser realizados com objetivo terapêutico definido;
- ▶ Não se tomam medidas terapêuticas "porque a família pede para fazer tudo pelo doente..." ou porque se pretende acalmar o sofrimento e/ou ansiedade dos familiares.

O médico e os enfermeiros estão obrigados ética e legalmente a tomar todas as medidas que visem o benefício do doente e a evitar as que lhe possam causar malefício.

3. SUSPENDER MEDIDAS TERAPÊUTICAS DESAJUSTADAS/ADEQUAR AS INTERVENÇÕES

- ▶ A suspensão de medidas terapêuticas desajustadas **NÃO** é desinvestimento ou desistência;
- ▶ Algumas situações podem colocar aparentes problemas éticos, nomeadamente a suspensão de tratamentos considerados fúteis, inadequados e desproporcionados (ex. entubação nasogástrica para alimentação artificial);
- ▶ Futilidade terapêutica e obstinação terapêutica **SÃO MÁ PRÁTICA!!!**

Futilidade Terapêutica

Procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis face à situação clínica do doente.

Obstinação Terapêutica

Persistência em medidas terapêuticas fúteis que não fazem mais do que acrescentar sofrimento ao sofrimento já existente.

4. ADEQUAR E SIMPLIFICAR A MEDICAÇÃO

- ▶ Suspender medicamentos cujo efeito esperado seja a médio-longo prazo por ausência de benefício (Estatinas, multivitamínicos, ADO, etc);
- ▶ Manter fármacos com intuito de manter o bom controlo de sintomas (analgésicos, antieméticos, antipsicóticos, etc.);
- ▶ Os antibióticos e os corticóides têm indicação limitada.

5. ADEQUAR A VIA DE ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS

- ▶ A via de eleição para administração de fármacos é a via oral;
- ▶ Utilizar medicamentos hidrossolúveis ou orodispersíveis por exemplo;
- ▶ A via subcutânea pode ser uma boa alternativa;
- ▶ A via endovenosa passa para terceira opção, a não ser que exista má absorção a nível subcutâneo.

6. ESTABELECEER UM CONJUNTO DE MEDIDAS GERAIS DE CONFORTO

- ▶ Controlo de sintomas;
- ▶ Posicionamentos frequentes (de acordo com tolerância e conforto/desconforto que os mesmos provocam);
- ▶ Cuidados de higiene oral.

DOENTE EM AGONIA

DOENTE EM AGONIA

- ▶ Subgrupo de doentes em fim de vida;
- ▶ Doente em período de últimos dias ou horas de vida;
- ▶ Deterioração evidente e progressiva do estado físico.

RECONHECER O DOENTE EM AGONIA

- ▶ Doente muito debilitado;
- ▶ Quase sempre acamado;
- ▶ Com alterações no estado de consciência;
- ▶ Com alterações no padrão respiratório;
- ▶ Desinteresse pelos alimentos, sem sensação de fome e com recusa alimentar;
- ▶ Falência multiorgânica.

COMO PROCEDER MEDIANTE UM DOENTE EM AGONIA

- ▶ Redefinir os objetivos terapêuticos;
- ▶ Maximizar o conforto;
- ▶ Controlar os sintomas;
- ▶ Intensificar os cuidados à família;
- ▶ Antecipar e explicar.

PRESTAR CUIDADOS ADEQUADOS E EVITAR INTERVENÇÕES DESNECESSÁRIAS

CONTROLO DE SINTOMAS

- ▶ Nos últimos dias de vida pode ocorrer um agravamento de sintomas ou aparecimento de novas queixas;
- ▶ Os sintomas podem variar consoante a patologia de base;
- ▶ Sintomas frequentes nos últimos 3 dias de vida:



CONTROLO DE SINTOMAS Dispneia

- ▶ Não acontece obrigatoriamente na agonia mas é dos sintomas que causa mais mal-estar ao doente e família;
- ▶ O objetivo da intervenção será diminuir a percepção de dificuldade respiratória por parte do doente, através da diminuição da frequência respiratória;
- ▶ O fármaco de eleição é a Morfina por VO ou SC, utilizada com intuito de diminuir a frequência respiratória e o esforço ventilatório.

CONTROLO DE SINTOMAS Dispneia

- ▶ Se o doente já estiver medicado anteriormente com Morfina por outro motivo → aumenta-se a dose ou metade da dose de resgate que o doente tem para a dor;
- ▶ No caso de iniciar Morfina apenas por esse motivo é necessário adequar e titular a dose → 2,5 - 5mg VO 4/4horas;
- ▶ Não é boa prática iniciar perfusões em doentes em que as doses não foram previamente tituladas e ajustadas.

CONTROLO DE SINTOMAS Dispneia - Utilização de Oxigénio

- ▶ É utilizado com frequência como único meio ou como meio prioritário para controlar a dispneia;
- ▶ No entanto não constitui uma intervenção de primeira linha → muitas vezes não tira a sensação de falta de ar;
- ▶ A sua utilização não é obrigatória e chega a ser desnecessária (e desadequada) em muitos doentes;
- ▶ Está indicado apenas em doentes hipoxémicos → no caso desta hipoxemia constituir desconforto para o doente.

CONTROLO DE SINTOMAS Respiração Ruidosa - "Estertor"

- ▶ Muito frequente;
- ▶ Ruído produzido durante a inspiração e expiração, com a passagem do ar, pela incapacidade que o doente tem de expulsar ou deglutir secreções da orofaringe e traqueia;
- ▶ Causa habitualmente grande inquietação nos familiares;
- ▶ O doente não tem consciência desta situação e não representa sofrimento para o próprio.

CONTROLO DE SINTOMAS Respiração Ruidosa - "Estertor"

- ▶ As primeiras medidas passam pelo correto posicionamento do doente e por adequar ou suspender o aporte de fluidos e/ou alimentação entérica;
- ▶ Utilização de fármacos anticolinérgicos, por exemplo, butilscopolamina 20mg a cada 6-8 horas por via SC em bólus ou perfusão contínua nos casos de mais difícil controlo.

CONTROLO DE SINTOMAS Agitação

- ▶ Situação em que o doente se encontra agitado e angustiado, com possível percepção da sua debilidade crescente, alguma consciência da proximidade da morte ou mesmo problemas emocionais/conflitos;
- ▶ É necessário facilitar a comunicação em fases precedentes de forma a abordar determinadas questões enquanto o doente ainda se encontra lúcido;
- ▶ Fármaco de eleição para agitação nestas situações: haloperidol;
- ▶ Pode ser necessário recorrer a fármacos mais sedativos como o midazolam ou levomepromazina.

CONTROLO DE SINTOMAS Dor

- ▶ O controlo da dor deve ser uma prioridade;
- ▶ Mesmo que o doente não esteja consciente pode ser perturbado pela ocorrência de dor não controlada;
- ▶ Devem ser utilizadas escalas especialmente dirigidas a doentes não comunicantes (Doloplus, PAINAD);
- ▶ Na maioria dos doentes, se o controlo da dor estava a ser eficaz, deve ser mantido o mesmo esquema terapêutico;
- ▶ Nos restantes casos são utilizados os princípios gerais para controlo da dor.

CONTROLO DE SINTOMAS Dor

ESCALA DOLPLUS		0	1	2	3	4	5
Respiração independente	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	0	1	2	3	4	5
Respiração dependente	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração Cheyne-Stokes.	0	1	2	3	4	5
Vocalização negativa	Queixume ou gemido ocasional. Gem de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação. Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	0	1	2	3	4	5
Vocalização positiva	Sorrisos ou suspiros. Sussurros. Ametnorridada. Sobresustos/risadas.	0	1	2	3	4	5
Esforço facial	Esforço facial. Retensão.	0	1	2	3	4	5
Linguagem corporal	Tensão. Abdor para cá e para lá de forma angustiosa. Irracional. Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fechados. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	0	1	2	3	4	5
Consciabilidade	Sem necessidade de consolo. Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque. Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	0	1	2	3	4	5

CONTROLO DE SINTOMAS Dor

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente de vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração Cheyne-Stokes.	2
Vocalização negativa	Nenhuma	0
	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Gem de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação. Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Esforço facial	Sorrisos ou suspiros.	0
	Sussurros. Ametnorridada. Sobresustos/risadas.	1
	Esforço facial.	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0
	Tensão. Abdor para cá e para lá de forma angustiosa. Irracional.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fechados. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consciabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque. Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

CONTROLO DE SINTOMAS Náuseas e Vômitos

- ▶ Incrementam o desconforto;
- ▶ A frequência varia consoante a patologia de base;
- ▶ Fármacos de eleição: metoclopramida, ondasetron, haloperidol.

CONTROLO DE SINTOMAS Confusão/Delirium

- ▶ Sintoma frequente (prevalência de cerca de 80% em doentes terminais) e gerador de sofrimento e angústia nos doentes e suas famílias;
- ▶ Diminuição do nível de consciência, atividade psicomotora anormalmente aumentada ou diminuída, perturbação do sono-vigília e outras perturbações cognitivas;
- ▶ Fármacos de eleição: haloperidol, levomepromazina, olanzapina, risperidona, midazolam.

ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

- ▶ Comer e beber são atos elementares da vida, respondem a uma necessidade fisiológica;
- ▶ Do ponto de vista social, alimentar representa cuidar;
- ▶ “Morrer à fome e à sede” é um fantasma presente nas famílias mas muitas vezes também nos profissionais;
- ▶ A decisão de administração de alimentação e hidratação artificial deve ser individualizada e baseada numa avaliação rigorosa de cada situação;
- ▶ Existem evidências de que no doente com doença avançada a alimentação forçada não melhora o prognóstico, não melhora a qualidade de vida!

Poderá haver uma diminuição da qualidade de vida (após entubação nasogástrica) porque a SNG requer frequentemente o uso de restrições mecânicas para evitar que os doentes se extubem, limita a interação social e leva à necessidade de institucionalização.

Monteleoni C, Clark E. (2004) Using rapid-cycle quality improvement methodology to reduce feeding tubes in patients with advanced dementia: before and after study. *BMJ* 329:491-494

Adaptado Apresentação Dra. Cristina Galvão

Os deficits nutricionais persistem mesmo quando suficientes e generosas quantidades de alimentos eram administradas por SNG.

Henderson C.T, Trumbore L.S, Mobarhan S, Benya R, Miles T.P. (1992) Prolonged tube feeding in long-term care: nutritional status and clinical outcomes. *J Am Coll Nutr* 11:309-325

Kaw M, Sekas G. (1994) Long-term follow-up of consequences of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes in nursing home patients. *Dig Dis Sci* 39:738-743

Adaptado Apresentação Dra. Cristina Galvão

A alimentação por sonda não está associada com a sobrevivência. A taxa de mortalidade dos doentes é idêntica com ou sem sonda colocada.

Meier D.E, Ahronheim J.C, Morris J, Baskin-Lyons S, Morrison S. (2001) High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia. *Arch Intern Med* 161:594-599

Adaptado Apresentação Dra. Cristina Galvão

Quando alguém está a morrer, a hidratação e alimentação artificiais são potencialmente prejudiciais, trazem pouco ou nenhum benefício ao doente e tornam por vezes a agonia mais desconfortável para o doente e para a família. Por esta razão, a AAHPM crê que suspender a alimentação e hidratação artificiais próximo do final da vida corresponde aos mais adequados e benéficos cuidados de saúde.

American Academy of Hospice and Palliative Medicine [AAHPM] (2001). Statement on the use of nutrition and hydration

Adaptado Apresentação Dra. Cristina Galvão

VIA SUBCUTÂNEA

- ▶ Via de administração de medicação e/ou soroterapia através da colocação de um cateter no tecido subcutâneo.



Agulha Butterfly



Cateter de Vialon

VIA SUBCUTÂNEA Indicações

- ▶ Disfagia grave ou odinofagia;
- ▶ Náuseas e vômitos persistentes;
- ▶ Incapacidade de controlo de sintomas por outra via;
- ▶ Megadoses orais ou dúvidas acerca do cumprimento da medicação por via oral;
- ▶ Sedação;
- ▶ Agonia.

VIA SUBCUTÂNEA Contra-indicações

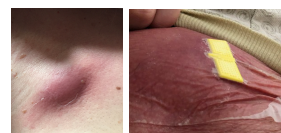
- ▶ Anasarca ou edema grave;
- ▶ Alterações locais como zonas infiltradas por um tumor ou locais onde tenha sido administrada radioterapia;
- ▶ Má adaptação do doente;
- ▶ Hipoperfusão periférica.

VIA SUBCUTÂNEA Vantagens

- ▶ Menor risco de formação de hematomas por ser um tecido menos vascularizado;
- ▶ Punção menos dolorosa devido ao menor calibre da agulha;
- ▶ Absorção mais lenta o que permite uma cobertura contínua da medicação ainda que a administração seja intermitente.

VIA SUBCUTÂNEA Desvantagens

- ▶ Reações locais;
- ▶ Saída accidental da via;
- ▶ Reação adversa ao material ou à medicação.



VIA SUBCUTÂNEA Locais de Punção



Vídeo Técnica de Punção

VIA SUBCUTÂNEA Locais de Punção

- ▶ Ter sempre em consideração as posturas habituais do doente bem como a mobilidade individual de cada um;
- ▶ Evitar: tecido mamário, locais com edema, pele previamente irradiada, zonas de pregas, articulações ou proeminências ósseas;
- ▶ Recomenda-se a aplicação em zonas mais centrais evitando as distais.

VIA SUBCUTÂNEA

Duração dos Locais de Punção

- ▶ A duração do local de punção para além da zona escolhida depende do tipo de cateter utilizado;
- ▶ Butterfly → +/- 6 dias;
- ▶ Cateter de vialon → +/- 12 dias.

VIA SUBCUTÂNEA

Medicação que pode ser administrada

- ▶ Metoclopramida
- ▶ Haloperidol
- ▶ Morfina
- ▶ Midazolam
- ▶ Butilescopolamina
- ▶ Ranitidina
- ▶ Ondasetron
- ▶ Tramadol
- ▶ Furosemida
- ▶ Dexametasona
- ▶ Diclofenac
- ▶ Octreotido
- ▶ Levomepromazina
- ▶ Ceftriaxona

VIA SUBCUTÂNEA

Medicação não recomendada

- ▶ Não deve ser administrada a medicação que não é recomendada por **risco de necrose tecidual**.



VIA SUBCUTÂNEA

Hipodermoclise

- ▶ É o método de administração de soroterapia por via subcutânea;
- ▶ Permite a administração de soros de 500ml a 1500ml/dia por cada via, no total de 3000ml/dia com duas vias diferentes;
- ▶ Infusão contínua em 24 horas a uma velocidade de 40-60ml/h;
- ▶ Infusão noturna durante 12 horas a 80ml/h;
- ▶ Em bólus de 500ml em aproximadamente 1hora, 2 a 3 vezes/Dia.

VIA SUBCUTÂNEA

Hipodermoclise

- ▶ Recomenda-se a utilização de soros fisiológicos a 0,9% ou dextrose 5% com soro fisiológico;
- ▶ A dextrose causa dor por atrair os líquidos adjacentes ao local de injeção;
- ▶ É aconselhável utilizar vias diferentes para a Hipodermoclise e para a administração de medicação;
- ▶ Pode juntar-se 20 a 40 mEq de cloreto de potássio ao soro.

VIA SUBCUTÂNEA

Perfusão



VIA SUBCUTÂNEA

Fármacos Compatíveis

QUADRO I	
Compatibilidades entre fármacos administrados via subcutânea	
Fármaco	Compatível com:
Butilscopolamina	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Ocloridol
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, exceto se for em doses muito baixas (1mg/24h)
Diclofenac	Não é compatível com nenhum outro fármaco em perfusão, administrar isoladamente
Haloperidol	Morfina, Tramadol, Butilscopolamina, Metoclopramida, Levomepromazina, Midazolam, Ocloridol
Levomepromazina	Morfina, Butilscopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Midazolam, Ocloridol
Metoclopramida	Morfina, Tramadol, Haloperidol, Midazolam, Ocloridol
Midazolam	Midazolam
Misoclam	Morfina, Butilscopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Ocloridol
Morfina	Butilscopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Ocloridol
Ocloridol	Morfina, Butilscopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam
Tramadol	Haloperidol, Metoclopramida

(Atualizado de Dickman, 2002)

SEDAÇÃO PALIATIVA

- ▶ Importante no tratamento de sintomas refratários nos doentes claramente em fim de vida;
- ▶ Tem indicações específicas e deve ser devidamente ponderada;
- ▶ O objetivo não é abreviar a vida do doente;
- ▶ Implica o uso de fármacos específicos e rigorosamente titulados;
- ▶ Os fármacos utilizados são: haloperidol, midazolam e levomepromazina.

Usar morfina para sedar doentes em perfusões “ditas de conforto” é **MÁ PRÁTICA!!!**

CUIDADOS À FAMÍLIA

- ▶ Compreender relações familiares;
- ▶ Estimular a família a fazer questões e escutar;
- ▶ Transmitir informações claras e evitar crises;
- ▶ Antecipar situações e explicar;
- ▶ Avaliar as expectativas dos familiares.

Ter em consideração que algumas coisas que para nós podem tornar-se rotina são únicas para cada família!

CASO CLÍNICO

- Doente de 41 anos, sexo feminino, casada, com uma filha de 4 anos;
- AP: várias pessoas com neoplasia na família;
- Recorre ao SU por astenia, dor no hipocôndrio direito e perda acentuada de peso;
- Diagnosticado adenocarcinoma do cólon com múltiplas metástases pulmonares e hepáticas;
- Faz QT e RT;
- Internamento em Janeiro de 2018 por dor não controlada - tem alta com dor controlada com recurso a terapêutica opióide + corticóide;
- 2º internamento em Fevereiro de 2018 por agravamento do quadro clínico, astenia acentuada, sonolência, crise convulsiva - RNM crânio: Metástases Cerebrais;
- Após algumas sessões de QT doente mais sonolenta, prostrada, com períodos de agitação, com hiperglicemia, icterícia, não deglute...
- Realizados vários ajustes terapêuticos sem benefício... Mantem-se declínio do estado geral.

- ▶ O que está a acontecer?
- ▶ O que fariam nesta situação?
- ▶ Como administravam a medicação prescrita?
- ▶ O que diziam à família?
- ▶ O que sentem como profissionais?

IMPORTANTE REFORÇAR Código Deontológico do Enfermeiro

Artigo 87.º

Do respeito pelo doente terminal

O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

- Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhar na fase terminal da vida;
- Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

IMPORTANTE REFORÇAR Código Deontológico do Enfermeiro

Artigo 82.º

Dos direitos à vida e à qualidade de vida

O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;
- Respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa;
- Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.

IMPORTANTE REFORÇAR Código Deontológico do Enfermeiro

Artigo 88.º

Da excelência do exercício

O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

- Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que requeiram mudanças de atitude;
- Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- Mantê-la atualizada continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nos cuidados humanísticos;
- Avaliar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer o perfilado com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados;
- Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que detém, assegurando a responsabilidade pelos mesmos;
- Abster-se de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais.

SUGESTÕES



Livros



Filmes

BIBLIOGRAFIA

- Alves, I., Machado, M., Cortes, M., Almeida, R. & Couceiro, L. (2011). A Morte e o Morir em Portugal. Coimbra: Edições Almedina SA.
- Apacirio, M. Material didático fornecido nas aulas lecionadas do Mestrado em Cuidados Paliativos em Março de 2017 na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Castelo Branco;
- Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, Vol. XXXVIII (166), 35-49;
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3a Ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Código Deontológico dos Enfermeiros - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Consultado a 5 de Abril de 2018. Disponível em <http://www.enfermagem.edu.pt/imagens/leis/codigo-deontologico.pdf>;
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (c.n.c.p.). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biotrio 2017/2018. Consultado a 29 de Novembro de 2017. Disponível em: <https://www.uns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/09/Plano-Estrategico-CP-2017-2018-1.pdf>;
- Henezel, M. (2002). *Diálogo com a Morte*. Lisboa: Editorial Notícias;
- Henezel, M. (2006). *Morrer de Olhos Abertos*. Alfragide: Casa das Letras;
- Jorge, M. (2015). Doentes adultos com necessidades paliativas em serviços de internamento, num hospital distrital: número e adequação dos cuidados nos últimos dias de vida. Consultado a 5 de Dezembro de 2017. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400/10400/14/20012/1/Tral_19241020_Diss_estrada_2001_09_2015.pdf;
- Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora;
- Lei de Bases dos Cuidados Paliativos nº2/2012 de 05 de Setembro in Diário da República 1a Serie Nº172;

BIBLIOGRAFIA

- Macedo, J. (2011). *Educar para a Morte: Uma abordagem a partir de Elisabeth Kubler-Ross*. Coimbra: Edições Almedina SA;
- Marquez, M. & Prado, M. (2008). *Guias de cuidados paliativos - Utilização e recomendações da via subcutânea em cuidados paliativos*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.;
- Mendes, A. (2010). *Rostos da morte na era da técnica*. Consultado a 3 de Dezembro de 2017. Disponível em: <http://repositorio.isp.pt/bitstream/10400/21734/1/Rostos12066120mortel20na120era120da120técnica.pdf>;
- Neto, I. Material didático fornecido nas aulas lecionadas do Mestrado em Cuidados Paliativos em Outubro de 2016 na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Castelo Branco;
- Nicolau, C. (2013). *Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar*. Consultado a 3 de Dezembro de 2017. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11059/1/700702_Tese.pdf;
- Perera, S. (2010). *Cuidados Paliativos - Confrontar a morte*. Consultado a 6 de Dezembro de 2017. Disponível em: <http://www2.lisboa.pt/resources/Documentos/UCESLH/Indices/Cuidados20.pdf>;
- Pulido, L., Batista, L., Brito, M. & Mastias, T. (2010). Como morrer os doentes numa enfermaria de medicina interna. *Medicina Interna - Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 17 (4): 222-226;
- Sapeta, P. (2011) *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência;
- Sapeta, P. Material didático fornecido nas aulas lecionadas do Mestrado em Cuidados Paliativos em Outubro de 2016 na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Castelo Branco;
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores;
- Vilhena, R. (2013). *Cuidados Paliativos e Obstinação Terapêutica - Decisões em Fim de Vida*. Consultado a 5 de Dezembro de 2017. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400/14/16391/1/Disserta1C31A79C33A3o.pdf>;

OBRIGADA ☺

lucia.goncalves@ulsba.min-saude.pt

Apêndice F - Cartaz de divulgação da sessão de formação - equipa médica

SESSÃO FORMATIVA



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

SALA DE CONFERÊNCIAS

HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - BEJA

7 JUNHO 2018

09H - 13:00H

ADEQUAÇÃO DE CUIDADOS

A DOENTES EM FIM DE VIDA

EM CONTEXTO HOSPITALAR

Dra. Cristina Galvão (Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja +)

Dra. Rita Abril (Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz)

DESTINATÁRIOS

Médicos do Serviço de Medicina e outros profissionais da ULSBA

INSCRIÇÕES ATRAVÉS DA EXTENSÃO 1970 OU EMAIL rosario.simao@ulsba.min-saude.pt

ORGANIZAÇÃO

Projeto Formativo da Enf.^a Lúcia Gonçalves, com apoio da ECSCP Beja + e Serviço de Medicina.

COLABORAÇÃO

Centro de Formação Profissional da ULSBA (CFM)



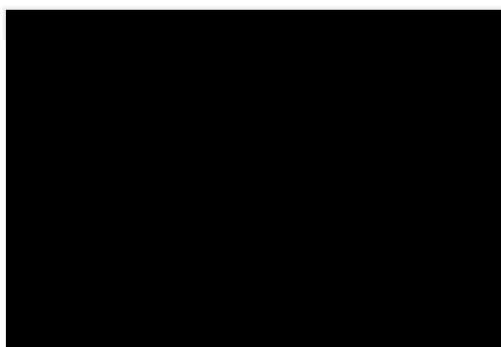
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Apêndice G - Diapositivos da sessão de formação - equipa médica



ADEQUAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE EM FIM DE VIDA

Rita Abril
 Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos
 Hospital da Luz
 Cristina Galvão
 Equipa de Suporte Comunitário de Cuidados Paliativos, Beja +



OBJETIVOS

- Identificar doentes em fim de vida;
- Mencionar os princípios da prestação de cuidados ao doente em fim de vida;
- Identificar sintomas na agonia;
- Enumerar terapêutica e vias de administração utilizadas para controlo de sintomas.



CUIDADOS PALIATIVOS - DEFINIÇÃO

Abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável, com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais.

Fonte: OMS adaptado para Portugal no PNCP 2004



CUIDADOS PALIATIVOS - NECESSIDADES

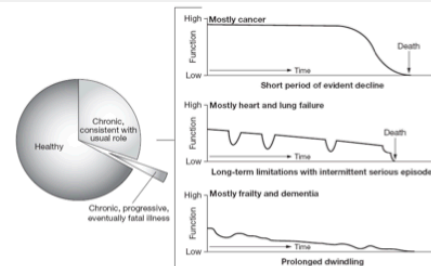
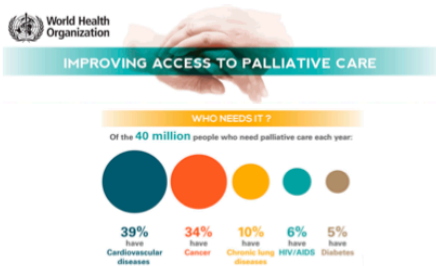


Figure 1 Different disease trajectories for different illnesses. Permission obtained from RAND Corporation © Lynn J (2001) Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: The role of hospice and other services. JAMA 285: 925-932.



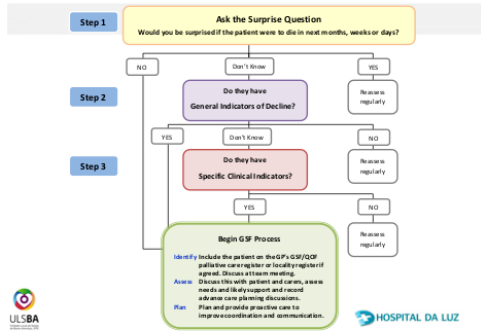
CONTEXTUALIZAÇÃO – DOENÇA AVANÇADA

QUEM SÃO OS DOENTES EM FIM DE VIDA?



The GSF Prognostic Indicator Guidance
 The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier recognition of patients nearing the end of life





More details of Indicators - the intuitive surprise question - general and specific clinical

Step 1 The Surprise Question

For patients with advanced disease or progressive life-limiting conditions - Would you be surprised if the patient were to die in the next few months, weeks, days?

The answer to this question should be an intuitive one, pulling together a range of clinical, co-morbidity, social and other factors to give a holistic picture of deterioration. If you would not be surprised, then what measures might be taken to improve the patient's quality of life now and in preparation for possible further decline?

Step 2 General Indicators

Are there general indicators of decline and increasing needs?

- Decreasing activity - functional performance status declining (e.g. Barthel score) limited self care, in bed or chair 50% of day and increasing dependence in most activities of daily living
- Comorbidity is regarded as the biggest predictive indicator of mortality and morbidity
- General physical decline and increasing need for support
- Advanced disease - unstable, deteriorating complex symptom burden
- Decreasing response to treatment, decreasing reversibility
- Choice of no further active treatment
- Progressive weight loss (>10% in past six months)
- Repeated acute/medical admissions
- Serious Event e.g. serious fall, bereavement, transfer to nursing home, Sarcopenia (<25g)
- Considered eligible for DSS100 assessment

Functional Assessment: Barthel score describes basic Activities of Daily Living (ADL) as 'core' to the functional assessment, e.g. feeding, bathing, grooming, dressing, continence, toileting, transfers, mobility, coping with stairs etc. - PULS 'screening' assessment, P (physical condition), U (upper limb function), L (lower limb function), S (sensory), E (emotional), K (Karnofsky Performance Status Score 0-100 ADL score), WOODCOCK Performance Status, D.S. scale of activity.

Step 3 Specific Clinical Indicators - flexible criteria with some overlaps, especially with Those with frailty and other co-morbidities.

a) Cancer - rapid or predictable decline

Cancer

- Metastatic cancer
- More exact predictors for cancer patients are available e.g. PIPS (UK validated Prognosis in Palliative Care Study), PPI, PPS etc. Prognosis tools can help but should not be applied blindly
- The single most important predictive factor in cancer is performance status and functional ability - if patients are spending more than 50% of their time in bed/lying down, prognosis is estimated to be about 3 months or less.

b) Organ Failure - erratic decline

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

At least two of the indicators below

- Disease assessed to be severe (e.g. FEV1 <30% predicted)
- Recent hospital admissions (at least 3 in last 12 months due to COPD)
- Fulfills long term oxygen therapy criteria
- MRC grade 4/5 - shortness of breath after 100 metres on the level of confined to house
- Signs and symptoms of right heart failure
- Combination of other factors - i.e. anorexia, previous ICU/NIV resistant admissions
- More than 6 weeks of systemic steroids for COPD in preceding 6 months.

Heart Disease

At least two of the indicators below

- CHF NYHA Stage 3 or 4 - shortness of breath at rest on minimal exertion
- Patient thought to be in the last year of life by the care team - The 'surprise question'
- Repeated hospital admissions with heart failure symptoms
- Difficult physical or psychological symptoms despite optimal tolerated therapy.

Renal Disease

Stage 4 or 5 Chronic Kidney Disease (CKD) whose condition deteriorating with at least 2 of the indicators below:

- Patient for whom the surprise question is applicable
- Patients choosing the 'no dialysis' option, discontinuing dialysis or not opting for dialysis if their transplant has failed
- Patients with difficult physical symptoms or psychological symptoms despite optimal tolerated renal replacement therapy
- Symptomatic Renal Failure - nausea and vomiting, anorexia, pruritus, reduced functional status, intractable fluid overload.

General Neurological Diseases

- Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy
- Symptoms which are complex and too difficult to correct
- Swallowing problems (dysphagia) leading to recurrent aspiration pneumonia, sepsis, breathlessness or respiratory failure
- Speech problems: increasing difficulty in communications and progressive dysphasia. Plus the following:

Motor Neurone Disease

- Marked rapid decline in physical status
- First episode of aspiration pneumonia
- Increased cognitive difficulties
- Weight loss
- Significant complex symptoms and medical complications
- Low vital capacity (below 70% of predicted using standard spirometry)
- Dyskinesia, mobility problems and falls
- Communication difficulties

Parkinson's Disease

- Drug treatment less effective or increasingly complex regime of drug treatments
- Reduced independence, needs ADL help
- The condition is less well controlled with increasing 'off' periods
- Dyskinesias, mobility problems and falls
- Psychiatric signs (depression, anxiety, hallucinations, psychosis)
- Similar pattern to frailty - see below

Multiple Sclerosis

- Significant complex symptoms and medical complications
- Dysphagia + poor nutritional status
- Communication difficulties e.g. Dysarthria + fatigue
- Cognitive impairment notably the onset of dementia.

c) Frailty / Dementia - gradual decline

Frailty

Individuals who present with Multiple co-morbidities with significant impairment in day to day living and:

- Deteriorating functional status e.g. performance status - Barthel/ECOG/Karnofsky
- Combination of at least three of the following symptoms:
 - Weakness
 - Slow walking speed
 - Significant weight loss
 - Exhaustion
 - Low physical activity
 - Depression.

Stroke

- Persistent vegetative or minimal conscious state or dense paraplegia
- Medical complications
- Lack of improvement within 3 months of onset
- Cognitive impairment / Post-stroke dementia.

Dementia

There are many underlying conditions which may lead to diagnosis of dementia and these should be taken into account. Triggers to consider that indicate that someone is entering a later stage are:

- Unable to walk without assistance and
- Urinary and faecal incontinence, and
- No consistently meaningful conversation and
- Unable to do Activities of Daily Living (ADL)
- Barthel score <3.

Plus any of the following:

- Weight loss
- Severe pressure sores - stage three or four
- Recurrent fever
- Reduced oral intake
- Aspiration pneumonia.

It is vital that discussions with individuals living with dementia are started at an early to ensure that what they have mental capacity they can discuss how they would like the later stages managed.



INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO®
(Versão em Português)

INSTRUMENTO PARA A IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ENFERMEZAD AVANÇADA - TERMINAL E NECESSIDADE DE ATENÇÃO PALIATIVA EM SERVIÇOS DE SAÚDE Y SOCIALES

1. LA PREGUNTA SORPRESA - una pregunta intuitiva que integra comorbilidade, aspectos sociais y otros factores

¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses? SI NO SI

2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD - explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa

Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado, recibido o implementado la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa? SI NO

Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos? SI NO

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO®
(Versão em Português)

3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN - explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema

Marcadores nutricionales: cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses:

- Severidad: albúmina sérica < 2,5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda SI NO
- Proteína: pérdida de peso > 10%
- Impresión clínica de debilidad muscular o postural sostenida, intenso / severo, progresivo, inmovilizable o no relacionado con proceso intercurrente

Marcadores funcionales: cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses:

- Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2, Karnofsky < 50%)
- Progresión: caídas de 2 o más AVEIC (excluyendo lesiones de la vida diaria) o pesar de intervención terapéutica adecuada
- Impresión clínica de debilidad funcional sostenida, intenso / severo, progresivo, inmovilizable o no relacionado con proceso intercurrente

Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema: al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses:

- Óscara por decúbito persistente (estado III - IV) SI NO
- Infecciones con repetición sistémica de repetición (> 3) SI NO
- Síndrome confusional agudo SI NO
- Delirio persistente SI NO
- Delirio (> 3) SI NO

Presencia de **distress emocional** con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/relevantes, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo SI NO

Factores adicionales de uso de recursos: cualquiera de los siguientes:

- 2 o más ingresos urgentes (sin programación) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año SI NO
- Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio SI NO

Comorbilidade: 2 patologías concomitantes SI NO

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO®
(Versão em Português)

4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS - explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas

ENFERMEZAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de un criterio): SI NO

- Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estado IV) y en algunos casos - como en los metastásicos pulmonares, gástricos y medulares - también en estado III, que presenten: escasa respuesta o contribución de tratamiento específico, toxicidad excesiva en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (DNC, hígado, pulmón, médula, etc.)
- En caso de diagnóstico de prostatectomía radical (con adenectomía sobre la salud de los próstata), criterios de obstrucción urinaria: FEV1 < 30% o criterios de déficit rectorio severo: CV forzada > 40% / DUCD > 40%
- En caso de diagnóstico de carcinoma cervical basal, cumplimiento de criterios de radioterapia definitiva o estar actualmente realizando este tratamiento en casa
- Ingresos hospitalarios con intención paliativa
- Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)

ENFERMEZAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios): SI NO

- Dinámica de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones
- Sistema físico o psicológico de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- En caso de diagnóstico de bronquiectasia irreversible (con adenectomía sobre la salud de los próstata), criterios de obstrucción urinaria: FEV1 < 30% o criterios de déficit rectorio severo: CV forzada > 40% / DUCD > 40%
- Ingresos hospitalarios con intención paliativa
- Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)

ENFERMEZAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios): SI NO

- Insuficiencia cardíaca NYHA estado III o IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable
- Dinámica o angustia de reposo o a mínimos esfuerzos
- Sistema físico o psicológico de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- En caso de diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica con evolución severa: DUCD > 60 mmHg
- Insuficiencia renal asociada (EG < 30 l/min)
- Ingresos hospitalarios con intención paliativa
- Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 últimos año)

ENFERMEZAD NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de un criterio): SI NO

- Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días
- Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (memoria por aspiración, a pesar de medidas estabilizadoras), infección urinaria de uso abusivo (antibióticos de repetición (> 1)), hiperrecurrencia a pesar de antibióticos (efecto persistente por > 1 semana de ATE), úlcera por decúbito estado 3-4 refractaria o demencia con criterios de severidad post-AVC

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO®
Traducción de Paganini et al.

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de **dos o más** de los siguientes criterios) Sí No

- Definitivo progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo
- Síntomas complejos y difíciles de controlar
- Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse
- Déficit progresivo
- Neuronias por adaptación recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria

ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de **un criterio**) Sí No

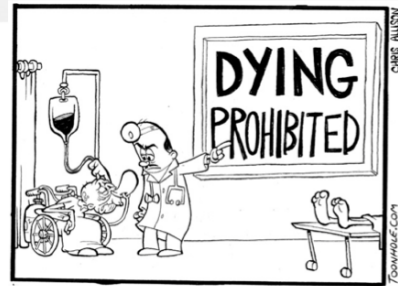
- Cirrosis avanzada: estadio Child C (definida en ausencia de complicaciones o haberlas tratado y optimizado el tratamiento), puntación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hiperfibrinólisis persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante
- Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de **un criterio**) Sí No

- Insuficiencia renal grave (Fu < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante

DEMENCIA (presencia de **dos o más** de los siguientes criterios) Sí No

- Criterio de severidad: incapacidad para meditar, leer o comer sin asistencia (DSOSFAST 4), pérdida de memoria reciente (DSOSFAST 6a) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (DSOSFAST 7)
- Criterio de progresión: período de 2 o más meses (incluyendo lasca de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no viable en situación hiperglada por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negaba a comer, en pacientes que no recibían nutrición enteral o parenteral
- Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes: neumonía aguda, pielonefritis, sepsis, etc.; que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)



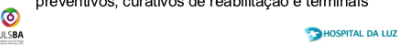
OBJETIVOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

- ◆ Prevenir e tratar sintomas indesejáveis
- ◆ Reduzir o sofrimento, através de uma abordagem global do mesmo
- ◆ Promover a **Dignidade** e a Qualidade de Vida
- ◆ Respeitar de forma inquestionável o valor da Vida Humana
- ◆ Permitir o morrer...mas não matar



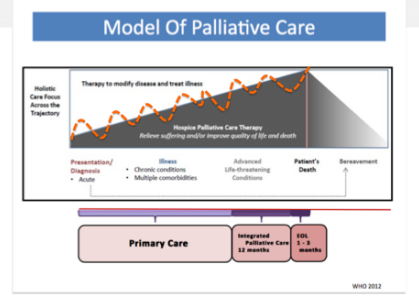
DIREITOS DOS DOENTES

- ◆ Direito a serem tratados no respeito pela **dignidade humana**
- ◆ Direito a **não serem abandonados**
- ◆ Direito a receber os **cuidados apropriados ao seu estado de saúde**, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos de reabilitação e terminais



ORIGINAÇÃO ÉTICA DOS PROFISSIONAIS

- ◆ Treino e Formação específica alargada sobre cuidados em fim de vida
- ◆ Existência de Equipas de Referência especializadas em Cuidados Paliativos
- ◆ Compromisso do **NÃO ABANDONO**

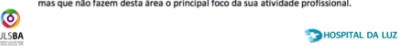


Representative Skill Sets for Primary and Specialty Palliative Care.

Primary Palliative Care
• Basic management of pain and symptoms
• Basic management of depression and anxiety
• Basic discussions about Prognosis
• Goals of treatment
• Suffering
• Code status
Specialty Palliative Care
• Management of refractory pain or other symptoms
• Management of more complex depression, anxiety, grief, and existential distress
• Assistance with conflict resolution regarding goals or methods of treatment
• Within families
• Between staff and families
• Among treatment teams
• Assistance in addressing cases of near futility

TIPOLGIAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

1. **Ações Paliativas**, que correspondem a cuidados que integram os princípios e filosofia dos cuidados paliativos em qualquer serviço não especializado nestes cuidados, no sentido de alívio do sofrimento devido à situação clínica do doente. Inclui não só medidas não-farmacológicas e farmacológicas para o controlo sintomático, mas, também, comunicação com o doente e família assim como com outros profissionais de saúde, apoio na tomada de decisão e respeito pelos objetivos e preferências do doente. Devem ser implementados por todo e qualquer profissional de saúde, devendo para tal possuir formação básica em cuidados paliativos, preferencialmente pré-graduada;
2. **Cuidados paliativos gerais**, que são aqueles prestados, primordialmente, por profissionais dos cuidados de saúde primários ou especialistas em doenças limitadoras da vida, que possuem boas competências e conhecimentos em cuidados paliativos, mas que não fazem desta área o principal foco da sua atividade profissional.



TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA - DOR

ALGUMAS MENSAGENS A REVER:

- Doses equianalógicas
- Rotação opióide
 - Rotação de transdérmico: 12 horas de ação após retirar TD
 - Morfina ação prolongada: 4 horas até pico de dose
 - Início de transdérmico: 12 horas até pico de dose após colocar TD
- PATCHWORK
- Perfusão de morfina → dose ajustada (50mg/50cc/24h) (3Ds), titulada e só se existir sintomas em conformidade (3Ds)

Atenção! Na rotação de opióides, se Morfina → transdérmico TD, manter morfina no primário 12 horas após colocação do novo; se Fentanil → Morfina, manter o mesmo "pac" de morfina 12 horas após remoção do primário (poderá utilizar doses SOS nesse intervalo de tempo).

O Cansaço tem o seu tratamento? 2016

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Tratamentos Farmacológicos Utilizados em Medicina Paliativa	
Sintoma	Tratamento Farmacológico
2. Depressão	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepressivos tricíclicos – amitriptylina, mirtazapina (potencia adicionalmente o sono e apetite) • Inibidores seletivos da recaptação de serotonina – sertralina, escitalopram, fluoxetina (pode provocar ansiedade e perda de apetite) • Benzodiazepinas – alprazolam, lorazepam, clonazepam (componente ansioso)

Tratamentos Farmacológicos Utilizados em Medicina Paliativa	
Sintoma	Tratamento Farmacológico
3. Agitação e Delírio	<ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol, Levomepromazina • Olanzapina, Clozapina, Quetiapina, Risperidona • Midazolam

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Tratamentos Farmacológicos Utilizados em Medicina Paliativa	
Sintoma	Tratamento Farmacológico
4. Dispneia	<ul style="list-style-type: none"> • Morfina • Corticosteróides • Midazolam • Broncodilatadores (câmara expansora) • Oxigenoterapia – SÓ SE HIPOXÊMIA (avaliada de acordo com contexto de base)

Tratamentos Farmacológicos Utilizados em Medicina Paliativa	
Sintoma	Tratamento Farmacológico
5. Anorexia	<ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona • Acetato de megestrol • Mirazapina

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Tratamentos Farmacológicos Utilizados em Medicina Paliativa	
Sintoma	Tratamento Farmacológico
6. Náuseas e vômitos	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão intra-craniana: Dexametasona • Obstrução intestinal maligna: Corticosteróides, Butilscopolamina, Octeóido • Origem vestibular: Anti-histamínicos: Prometazina • 2ª opióides: Metoprolol, Haloperidol, Corticosteróides • Estase gástrica: Metoclopramida, Domperidona, Eritromicina • Metabólico: Haloperidol, Levomepromazina • Pica-Q/T/R/T: Ondansetron, Granisetron, Corticosteróides, Aprepitant • Vômitos anti-cipróticos: Aprepitant, Lorazepam

Tratamentos Farmacológicos Utilizados em Medicina Paliativa	
Sintoma	Tratamento Farmacológico
7. Obstipação	<ul style="list-style-type: none"> • Laxantes de contacto (senosidos, bisacodilo); • Laxantes osmóticos (lactulose e lactulol); • Supositórios de glicerina e bisacodilo e enema de fosfato para situações de impação; • Metilmetilxetona (SOS)

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Tratamentos Farmacológicos Utilizados em Medicina Paliativa	
Sintoma	Tratamento Farmacológico
8. Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas: Lorazepam, Alprazolam • Antidepressivos: Paroxetina, Sertralina, Duloxetina

Tratamentos Farmacológicos Utilizados em Medicina Paliativa	
Sintoma	Tratamento Farmacológico
9. Diarreia	<ul style="list-style-type: none"> • Loperamida • Butilscopolamina • Octeóido • Saccharomyces boulardii

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Tratamentos Farmacológicos Utilizados em Medicina Paliativa	
Sintoma	Tratamento Farmacológico
10. Fadiga	<ul style="list-style-type: none"> • Psico-estimulantes: Metilfenidato ou modafinil (astenia do doente oncológico) • Dexametasona (4-8mg/dias)

Tratamentos Farmacológicos Utilizados em Medicina Paliativa	
Sintoma	Tratamento Farmacológico
11. Farfalheira	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-colinérgicos: Brometo de Ipratropio, Butilscopolamina (sc) • Octeóido • Diuréticos (sobrecarga volume) • SIALORREIA – atropina (colírio)

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

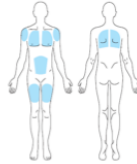
- **Especial atenção:**
 - | Idosos
 - | Insuficiência renal / hepática
 - | "Plurisintomatologia"
 - | SNG / PEG
 - | Sudorese ou alterações cutâneas (↓ absorção)
- | START LOW AND GO SLOW
- | Titulação

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

- **Especial atenção:**
 - | DESPRESCRIÇÃO
 - | ADEQUAÇÃO TERAPÊUTICA
- | Estatinas
- | Antibióticos de largo espectro
- | Hipoglicemiantes
- | Anticoagulantes
- | Suplementação (ferro, vitaminas, alimentar)
- | Quimioterapia, imunoterapia, outras

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA – VIA SUBCUTÂNEA

- **Via oral é a VIA DE ELEIÇÃO!**
- Em circunstâncias específicas utiliza-se a via subcutânea versus via intravenosa / intramuscular / rectal / transdérmica
 - ✓ Náuseas e vômitos
 - ✓ Necessidade de rapidez de início de acção farmacológica
 - ✓ Ausência de via oral
 - ✓ Fase agónica
 - ✓ Crianças
 - ✓ Maus acessos intravenosos
 - ✓ Alguns fármacos (levomepromazina)
 - ✓ Domicílio
 - ✓ ...



TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA – VIA SUBCUTÂNEA

Artigo de Revisão: Utilização da via subcutânea na prática clínica Using the subcutaneous route in clinical practice

Artigo de Revisão: Subcutaneous Drug Infusion Compatibility Guidelines

Protocolos de Utilização e Administração Subcutânea de Fármacos (Hospital da Luz)

Monografias SECPAL: Uso de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos



TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA – SEDAÇÃO PALIATIVA

EAPC – Indicações:

1. Sedação transitória para procedimentos invasivos
2. Sedação como parte do tratamento de feridas
3. Sedação no desmame de VNI
4. Sedação no manejo de sintomas refractários
5. Sedação de emergência
6. Sedação para alívio transitório
7. Sedação para Sofrimento Existencial / Dor de Alma

- ✓ Em conceito, distingue-se de eutanásia ou suicídio assistido, não tendo como objectivo ou consequência antecipar a morte
- ✓ Deve ser discutida com o doente e família, sendo que esta não toma a decisão



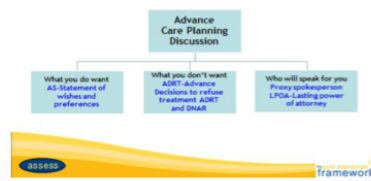
TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA – SEDAÇÃO PALIATIVA

	Dose Indução	Dose resgate	Dose máxima
Midazolam	2,5 – 5mg sc (5-10mg)	2,5 – 5 mg sc (5-10mg)	60-100 mg sc
Haloperidol	5 – 10mg sc 1/1h (2,5 – 5mg sc 4/4h)	5 – 10mg sc	20-30 mg sc
Levomepromazina	12,5 – 25 mg sc 6/6h ou 8/8h	12,5 mg sc	300mg/dia sc
Propofol	1-1,5 mg/Kg/iv 1-3'	50% dose inicial	---
Fenobarbital	100-200mg iv ou sc 1/1h	100 mg sc ou iv	600mg/dia (1*dia)

- ✓ Fenobarbital – incompatível com outros fármacos
- ✓ Podem ser utilizados diversos fármacos, mas não se utilizam OPIÓIDES como sedativos – má prática!



Advance Care Planning discussions



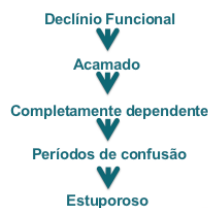
10 de Outubro de 2016



CUIDADOS NOS ULTIMOS DIAS DE VIDA FASE AGÓNICA

FASE AGÓNICA

- A Agonia é uma fase fisiológica, que exige cuidados específicos e adequados
- 2-14 dias



FASE AGÓNICA – SINAIS/SINTOMAS DE MORTE IMINENTE

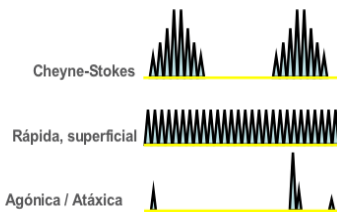
1. Nariz afilado
2. Extremidades frias
3. Lábios cianóticos
4. Livores
5. Estertor
6. Apneia
7. Oligúria (<300 ml/24h)
8. Prostração (> 15h/24h)



Objectively observable signs of imminently dying in palliative patients – Johan Menten (Belgium), 2004



FASE AGÔNICA – PADRÕES RESPIRATÓRIOS



FASE AGÔNICA

SYMPOSIUM ON CARE OF DYING PEOPLE IN HOSPITAL

Recognizing dying in terminal illness

Recognizing dying in terminally ill patients is a complex clinical skill. This article outlines the approach to the decision, common difficulties encountered in patients with both malignant and non-malignant disease, and a simple approach to considering the question 'Is this patient dying?'

Recognizing dying in the last few hours or days of life. Liverpool, 2009). In this situation, dying is more difficult to define and identify in advance even with the

British Journal of Hospital Medicine, August 2011, Vol 72, No 8



BMJ 2013;346:f1714. doi:10.1136/bmj.f1714 (Published 17 April 2013)

COMPETENT NOVICE

Caring for a dying patient in hospital

Recognising the dying phase shifts focus of care from disease management to the patient's priorities and symptoms

Katherine E Sleeman clinical lecturer in palliative medicine¹, Emily Collis consultant in palliative medicine²

Key points

- Junior doctors are often required to care for dying patients
- Early recognition of dying facilitates meeting patients' and relatives' preferences for end of life care
- Communication is the cornerstone of good end of life care
- The principles of end of life prescribing are: to stop non-essential drugs; convert essential drugs to the subcutaneous route; and use anticipatory prescribing



Symptom Management and Supportive Care

Clinical Signs of Impending Death in Cancer Patients

David Hsu,¹ Michael J. Scahill,¹ Gary Conroy,¹ Brett Bonnell,¹ Thomas Booth-Sims,¹ Kelly Brouder,¹ Camela Souza Cavalcanti,¹ Xianrong Yu,¹ Michael D. Searles,¹ Fionnuala P. O'Connell,¹ Ruyana de Almeida Leite,¹ Maria Salles de Almeida Nascimento,¹ Susanna Bazzani,¹ Pamela Sericolo,¹ Sarah Yennell,¹ Carlos Eduardo Pavao,¹ Rony Dey,¹ Stacy Hall,² Jaleta Fainman,² Esmeralda Brizola³

Departments of ¹Palliative Care and Rehabilitation Medicine and ²Neurobiology, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas, USA; ³Department of Palliative Care, Barrow Cancer Hospital, Barrow, Alaska; ⁴Division of Biostatistics, University of Texas Health Science Center at Houston, Houston, Texas, USA; ⁵Programa Medicina Palliativa, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Ohio, Santiago, Chile

ABSTRACT

Background: The physical signs of impending death have not been well characterized in cancer patients. A better understanding of these signs may improve the ability of clinicians to diagnose impending death. We examined the frequency and onset of 10 bedside physical signs and their diagnostic performance for impending death.

Methods: We systematically documented 10 physical signs every 12 hours from admission to death or discharge in 357 consecutive patients with advanced cancer admitted to two acute palliative care units. We examined the frequency and median onset of each sign from death backward and calculated their likelihood ratios (LR) associated with death within 3 days. **Results:** In total, 203 of 357 patients (52 of 151 in the U.S., 151 of 206 in Brazil) died. Decreased level of consciousness, Palliative Performance Scale <20%, and dysphagia of liquids appeared at high frequency and >3 days before death and had

low specificity (<50%) and positive LR (<1) for impending death. In contrast, apnea periods, Cheyne-Stokes breathing, death rattle, peripheral cyanosis, pulselessness of radial artery, respiration with mandibular movement, and decreased urine output occurred mostly in the last 3 days of life and at lower frequency. Five of these signs had high specificity (>95%) and positive LR for death within 3 days, including pulselessness of radial artery (positive LR 15.1; 95% confidence interval [CI] 11.3–17.2), respiration with mandibular movement (positive LR 10.9; 95% CI 8.1–10.7), decreased urine output (positive LR 13.9; 95% CI 12.4–11.1), Cheyne-Stokes breathing (positive LR 12.4; 95% CI 10.8–11.9), and death rattle (positive LR 96% CI 8.1–9.8).

Conclusion: We identified highly specific physical signs associated with death within 3 days among cancer patients. The *Oncologist* 2014;19:581–587

FASE AGÔNICA



JÁ PENSARAM EM COMO ESTÃO A CUIDAR DESTES DOENTES?



Doença de Charcot-Marie-Tooth avançada com estado de consciência mínimo

- Enterocolite infecciosa devida a Clostridium difficile, 1ª recidiva - resolvida
- Coloatização urinária a K. pneumoniae produtora de ESBL
- Hipotireoidismo subclínico
- Epilepsia
- Caquexia / Desnutrição calórico-proteica
- Portador de PEG e algália crónica
- Dependência total de terceiros nas actividades de vida

Doente agónico mas boa função renal e cardíaca! Mulher com exaustão do cuidador! Peço que venhas avaliar para decidir a melhor opção. Obrigada Beijinhos

CONSULTA INTERNA

Observações

Evolução para respiração agónica e pouco eficaz. Oxissat 90%. Bradicardizou em relação ao habitual

Anasarca

Discuti o caso com UCI (sem vagas) - decidido em conjunto, dadas as múltiplas intercorrências mecânicas e infecciosas, opta-se por atitude conservadora e perf morfina. Zcoff



FASE AGÓNICA – COMO ATUAR?

1. Maximizar o conforto, garantindo o controlo dos sintomas

Frequência de sintomas nos 3 últimos dias de vida :

- Confusão 55%
- Respiração ruidosa / “estertor” 45%
- Agitação 43%
- Dor 26%
- Dispneia 25%
- Náuseas e vômitos 14%



adapt. F. Naucek et al.; EJP Care 2000

FASE AGÓNICA – COMO ATUAR?

1. Maximizar o conforto, garantindo o controlo dos sintomas

SINTOMA	MEDICAÇÃO
Dor	Opióide
Dispneia	Opióide
Estertor	Butilescopolamina
Delírio	Haloperidol Ou Levomepromazina E / ou Midazolam



FASE AGÓNICA – COMO ATUAR?

- Adequar a via de administração
- Simplificar a MEDICAÇÃO
 - Fármacos a suspender
 - Terapêutica oral
 - Exemplo: Hipotensores / antibióticos / antidiabéticos orais / correcções iónicas / outros
 - Fármacos a manter
 - Opióide
 - Neuroléptico
 - Antieméticos
 - Benzodiazepinas
 - Fármacos a introduzir
 - Antisecretores
 - Antipiréticos
 - Anticonvulsivantes



FASE AGÓNICA – COMO ATUAR?

2. Redefinir os objectivos terapêuticos

- Curar infecção? Encerrar úlcera? Corrigir alterações iónicas?
- Cumprir mobilizações 2/2 horas? Avaliar sinais vitais 1x turno?
- Exames complementares de diagnóstico??
- Alimentar? Hidratar?
- Oxigénio? Ventilação não invasiva?
- CUIDADOS PARA OPTIMIZAR CONFORTO E DIGNIDADE!

3. Reavaliar a terapêutica

- Ajuste de doses (titulação crescent ou decrescente)
- Bolus versus perfusão continua

PERFUSÕES DE CONFORTO?????



FASE AGÓNICA – COMO ATUAR?

4. Intensificar os cuidados à família

- antecipar a explicação e prescrição
- OUVIR
- FAMÍLIA NÃO É DECISORA!
- Deve ser ouvida no melhor interesse do doente, mas não tem poder legal de substituição do doente

5. Cuidados pós morte

- Doente / Família / Equipa

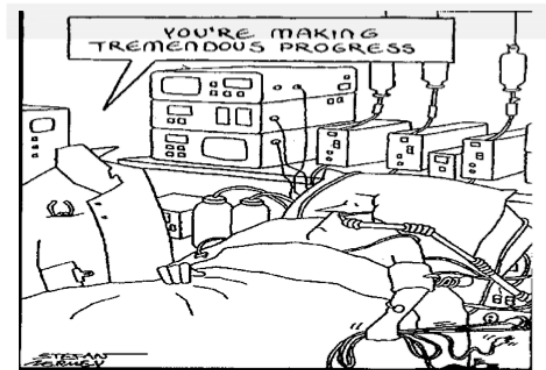
6. Cuidados espirituais



PERMITIR O “ENCERRAR”... 5 TAREFAS

*Amo-te
 Perdoa-me
 Perdoa-te
 Obrigada
 Adeus*

Adaptado de Twycross e Byock



FAZER TUDO?

Potential underlying meaning of "everything" in patients with an advanced serious illness who request that "everything be done"

Domain	Concept	What "everything" might mean	Questions to ask
Affective	Absolvement	"Don't give up on me."	"What worries you the most?"
	Fear	"Keep going for me."	"What are you most afraid of?"
	Anxiety	"I don't want to leave my family."	"What does your doctor say about your prognosis?"
Cognitive	Depression	"To extend of going."	"What is the hardest part for you?"
	Incomplete understanding	"I would feel like I'm going on."	"What are you hoping for?"
	Working resources that best medical care has been given	"I do not really understand how sick I am."	"What are your most important goals?"
Spiritual	Working resources that all possible life-prolonging treatments is given	"Do everything you think is a doctor's workbooks."	"What is your understanding of your condition/prognosis?"
	Strain	"Don't have any more concerns."	"What have others told you about what is going on with your illness?"
	Faith in God's will	"I really want every possible treatment that has a chance of helping me live longer."	"What have they said for the most of these treatments would be?"
Family	Offering perspectives	"I will go through anything, regardless of how hard it is."	"But the most about what you mean by 'everything'?"
	Family conflict	"I value every moment of life, regardless of the pain and suffering (which has changed meaning for me)."	"Does your religion (faith) provide any guidance in these matters?"
	Children or dependents	"I cannot bear the thought of leaving my children (wife/husband)."	"How might we know when God thinks it is your time?"
		"My husband will never let me go."	"How is your family handling this?"
		"My family is only after my money."	"What do your children know?"
		"I don't want to bother my children with all this."	"Have you made plans for your children (other dependents)?"
			"Have you discussed why all make decisions for you, if you cannot?"
			"Have you considered a will?"

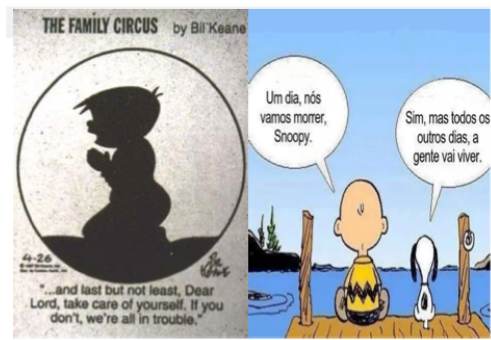
From Annals of Internal Medicine, Quill TE, Arnold R, Bush AL. Decoding treatment preferences with patients who want "everything." JGIM. Copyright © 2009 American College of Physicians. All Rights Reserved. Reprinted with the permission of American College of Physicians, Inc.

ADEQUAÇÃO DE CUIDADOS

- **PROPORCIONALIDADE** – medidas terapêuticas ligadas a um resultado final considerado aceitável pelo médico e pelo doente
- **DESPROPORCIONALIDADE** – medidas / intervenções que são geradoras de malefício sem real benefício terapêutico
- **FUTILIDADE** – "procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis face à situação evolutiva e irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família."



PNCP 2010



OBRIKADA PELA ATENÇÃO
 rabil@hospitaldaluz.pt



Apêndice H - Guia de consulta rápida sobre via subcutânea



VIA SUBCUTÂNEA

- GUIA DE CONSULTA RÁPIDA -



VIA SUBCUTÂNEA?

Via de administração de medicação e/ou soroterapia através da colocação de um cateter no tecido subcutâneo.

LOCAIS DE PUNÇÃO

- Região anterior do tórax;
- Região escapular;
- Região abdominal;
- Face externa da coxa;
- Face externa do braço.

Ter sempre em consideração as posturas habituais do doente bem como a mobilidade individual de cada um;

Evitar zonas de pregas, articulações, proeminências ósseas, pele previamente irradiada, tecido mamário, pele com infeção ou alteração da integridade.

DURAÇÃO DA PUNÇÃO

A duração do local de punção para além da zona escolhida depende do tipo de cateter utilizado e da administração ou não de medicação;

Butterfly +/- 6 dias e cateter de vialon +/- 12 dias.

FÁRMACOS MAIS UTILIZADOS

FÁRMACO	MODOS DE AÇÃO	INDICAÇÕES
MORFINA	Analgésico	Dor, Dispneia, Diarreia.
TRAMADOL	Analgésico	Dor.
HALOPERIDOL	Antiemético/Antipsicótico	Agitação, Náuseas, Vômitos.
LEVOMEPRIMAZINA	Antiemético/Sedativo	Vômitos, Agitação.
MIDAZOLAM	Ansiolítico/Sedativo	Agitação, Convulsões, Dispneia.
OCTREOTIDO	Antiespasmódico/Anti-secretor	Estertor, Cólicas.
DEXAMETASONA	Esseróide	Dispneia, Dor, Vômitos.
METOCLOPRAMIDA	Antiemético	Náuseas, Vômitos.
BUTILESCOPOLAMINA	Antiespasmódico/Anti-secretor	Estertor, Cólicas.
DICLOFENAC	Anti-inflamatório	Dor óssea, Febre.
FUROSEMIDA	Diurético	Edemas, Crise hipertensiva.
ONDASETRON	Antiemético	Náuseas, Vômitos.
RANITIDINA	Antiulceroso	Profilaxia da hemorragia.

Adaptado de Azeite (2007)

COMPATIBILIDADE DE FÁRMACOS

FÁRMACO	COMPATÍVEL COM:
BUTILESCOPOLAMINA	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido.
DEXAMETASONA	Não deve ser misturada com outros fármacos.
DICLOFENAC	Não é compatível com nenhum outro fármaco em perfusão. Deve ser administrado isoladamente.
HALOPERIDOL	Morfina, Tramadol, Butilescopolamina, Metoclopramida, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido.
LEVOMEPRIMAZINA	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Midazolam, Octreotido.
METOCLOPRAMIDA	Morfina, Tramadol, Haloperidol, Midazolam, Octreotido.
MIDAZOLAM	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Octreotido.
MORFINA	Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido.
OCTREOTIDO	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam.
TRAMADOL	Haloperidol, Metoclopramida.

Adaptado de Marques & Prado (2008)

HIPODERMOCLISE

É o método de administração de soroterapia por via subcutânea;

Permite a administração de soros de 500ml a 1500ml/dia por cada via, no total de 3000ml/dia com duas vias diferentes;

Infusão contínua em 24 horas a uma velocidade de 40-60ml/h;

Infusão noturna durante 12 horas a 80ml/h;

Em bólus de 500ml em aproximadamente 1 hora, 2 a 3 vezes/dia;

Recomenda-se a utilização de soro fisiológico a 0,9% ou dextrose 5% com soro fisiológico;

A dextrose causa dor por atrair os líquidos adjacentes ao local de injeção;

É aconselhável utilizar vias diferentes para a Hipodermoclise e para a administração de medicação;

Pode juntar-se 20 a 40 mEq de cloreto de potássio ao soro.

ELABORADO POR: Lúcia Gonçalves, durante a realização do Mestrado em Cuidados Paliativos - Projeto de intervenção para o Serviço de Medicina Interna.

ORIENTADO POR: En.ª Catarina Pazes e Dr.ª Cristina Galvão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Aparício, M. (2017). Cuidados na Agonia (comunicação pessoal); Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016) Manual de Cuidados Paliativos (3a Ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Marques, M. & Prado, M. (2008) Guia de cuidados paliativos - Utilização e recomendações de via subcutânea em cuidados paliativos. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo, L.P.

Anexos

Anexo A - Escala numérica para avaliação da dor



AVALIAÇÃO DA DOR

ESCALA NUMÉRICA

NOME: _____

Data: _____

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Data: _____

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Data: _____

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Data: _____

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Data: _____

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Anexo B - Edmonton Symptom Assessment System Revised



ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON

Nome: _____ Idade: _____

Centro de Saúde: _____

Por favor assinale o número que descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (ou a média nas últimas 24 horas).

Data: _____ Hora: _____

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Data: _____ Hora: _____

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo C - Palliative Performance Scale



PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE – V2

Nome: _____ Idade: _____

Centro de Saúde: _____

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/ trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo sentado acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- Confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- Confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- Confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma +/- Confusão
0	Morte	*****	*****	*****	*****

Data:									
% PPS									
Avaliador									