

REVISÃO/REVIEW

SEDAÇÃO PALLIATIVA DO PACIENTE TERMINAL – REVISÃO DE LITERATURA A PROPÓSITO DE UM CASO.

PALLIATIVE SEDATION IN END-OF-LIFE CARE – CASE REPORT

Bárbara Benevides Rehme¹, Natália Bassalobre Galli¹

RESUMO

Introdução: Sedação paliativa tem como finalidade o alívio de um ou mais sintomas refratários em pacientes com doença avançada terminal, por meio de fármacos que diminuem o nível de consciência e a percepção de sensações desagradáveis.

Relato de caso: apresentamos um caso fictício de câncer de mama metastático, que exemplifica o manejo de sintomas respiratórios em uma situação de fim de vida. **Discussão:** A revisão de literatura objetiva conceituar a sedação paliativa e seus critérios de indicação e ainda traz uma sugestão de medicações e doses a serem utilizadas para este fim. Salientamos também os cuidados a serem tomados durante este manejo, para garantir que, ao mesmo tempo em que o paciente permanece confortável e sem sintomas, seus familiares compreendam o processo em que ele se encontra.

Descritores: Paliativo, terminal, sedação.

ABSTRACT

Introduction: Palliative sedation has the purpose of relieving one or more refractory symptoms in patients with advanced disease, using drugs that decrease the level of consciousness and the perception of unpleasant sensations. **Case description:** The present case report of metastatic breast cancer exemplifies the management of respiratory symptoms in an end-of-life situation.

Discussion: The literature review aims to conceptualize palliative sedation and its indication criteria and also brings a suggestion of medications and doses to be used for this purpose. We also highlight what the doctor should be aware of during this management, to ensure that, while the patient remains comfortable and without symptoms, his family members understand what he is going through

Keywords: Palliative, advanced disease, sedation.

1- Residente de Clínica Médica do Complexo Hospital de Clínicas / Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil

Contato do Autor / Mail to:

Bárbara Benevides Rehme- ba.rehme@gmail.com

Rua General Carneiro, 181, Alto da Glória, Curitiba – PR – Brasil. CEP 80060-900.

INTRODUÇÃO

O tratamento paliativo é classicamente indicado para pacientes em fase terminal de uma doença avançada, ou seja, cujas possibilidades de reversão já foram esgotadas^{1,2}. Nesse momento, a prioridade para o médico passa a ser não a cura, mas sim o conforto de seu paciente. Em situações em que sua angústia se torne intolerável, pode-se lançar mão da sedação paliativa, procedimento que reduz o nível de consciência com o objetivo de aliviar o sofrimento¹. Por este tema ser pouco debatido entre médicos e leigos, frequentemente lhes gera dúvidas, portanto este artigo tem como objetivo esclarecer, por meio de um caso clínico fictício, a definição, indicações, princípios e cuidados da sedação paliativa.

RELATO DE CASO

Uma mulher de 36 anos, branca, do lar, foi admitida no Pronto Atendimento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) com queixa de dispneia súbita associada a dor torácica, que piorava à inspiração profunda. Negava febre ou tosse associadas. Notava-se na história médica pregressa que a paciente estava em acompanhamento no Serviço de Oncologia por câncer de mama, já com metástases ósseas e pulmonares. Até o momento havia realizado seis sessões de quimioterapia e 35 sessões de radioterapia, sendo a última há dois meses. Apesar do tratamento, apresentou progressão da doença. Antes do internamento, a paciente não necessitava de oxigênio suplementar, deambulava sem dificuldades e conseguia fazer atividades diárias sem necessidade de ajuda.

No momento do internamento, estava normotensa, taquicárdica, taquipneica, com frequência respiratória de 24 incursões por minuto e saturação de 82% em ar ambiente. As jugulares eram visíveis em posição supina, sem sinais de hipoperfusão periférica ou alteração na ausculta cardíaca. Exame pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente e simétrico, com estertores difusos, principalmente à esquerda. Exame abdominal, musculoesquelético e neurológico sem alterações.

Frente ao quadro de insuficiência respiratória aguda, foi realizada investigação das principais hipóteses diagnósticas: tromboembolismo pulmonar, pneumonia e evolução da doença metastática pulmonar. A gasometria arterial confirmou a presença de hipoxemia e a radiografia de tórax demonstrou infiltrado pulmonar difuso e pequeno derrame bilateral. Devido à falta de sinais de infecção no hemograma e ausência de sinais e sintomas compatíveis com pneumonia, este diagnóstico foi afastado. Foi realizada angiotomografia computadorizada de tórax que não mostrou alterações compatíveis com tromboembolismo, permanecendo como principal hipótese a evolução da doença metastática pulmonar.

Durante o internamento, foi realizada uma reunião do Setor de Cuidados Paliativos do Departamento de Clínica Médica do HC-UFPR com a paciente e seus filhos sobre a não adoção de medidas invasivas, como reanimação cardiopulmonar e intubação orotraqueal. Foi também abordada a possibilidade de sedação para alívio de sintomas refratários a condutas usuais. Na sequência do caso foram adotadas algumas medidas, como utilização de cateter nasal de oxigênio e analgesia. A paciente evoluiu com piora, apresentando aumento de secreção em vias aéreas superiores, desconforto respiratório e agitação. Devido ao quadro de sofrimento apresentado pela paciente, apesar da terapia otimizada, optou-se pela sedação com bolus de midazolam (*bolus* de 15mg em 10ml de SF 0,9% a 1ml/min), evoluindo com melhora significativa dos sintomas. Após 24 horas, a paciente, mesmo sob sedação, apresentou novo quadro de esforço respiratório. Assim, fez-se necessário administrar nova dose de midazolam, primeiramente em *bolus* seguido de bomba de infusão contínua (50mg em 250ml de SF 0,9% a 11ml/h). Com isso, houve melhora total da dispneia e a paciente apresentava estar plenamente confortável. Após algumas horas, no entanto, a paciente foi a óbito, não sendo realizada nenhuma medida invasiva como já previamente acordado com família.

DISCUSSÃO

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), sedação paliativa é a “administração deliberada de fármacos em doses e combinações necessárias para reduzir o nível de consciência, que tem como objetivo o alívio de um ou mais sintomas refratários em pacientes com doença avançada terminal”¹.

Muitos profissionais de saúde se questionam se, ao indicar a sedação paliativa, não estariam praticando eutanásia. É certo que ambas, sedação paliativa e eutanásia, têm como finalidade cessar o sofrimento do paciente, porém, na primeira, objetiva-se a diminuição do nível de consciência, enquanto a segunda consiste no incremento da dose da medicação até que o paciente venha a falecer. Assim, além de ter possibilidade de reversão, diversos estudos têm concluído que a administração titulada de sedativos não interfere na expectativa de vida do paciente.^{2,3,4}

O nível de sedação é determinado de acordo com a percepção pelo paciente de seus próprios sintomas, de forma que é possível manter doses da medicação tão baixas que permitam que o paciente se comunique: é o que se chama de sedação *superficial*. A sedação pode ser primária ou secundária. Na primária, o objetivo primordial é o rebaixamento do nível de consciência e na secundária a sedação é consequência do tratamento de outro sintoma (opioides no tratamento da dor, por exemplo). O paciente pode ter períodos de alerta na chamada sedação *intermitente*; caso contrário, ela é chamada *contínua*.¹

O médico assistente deve indicar a sedação paliativa quando estiver diante de um sintoma refratário,

que necessariamente envolve um dos seguintes critérios: (1) *incapacidade de promover alívio adequado*, (2) *associação com morbidade crônica ou aguda intolerável e/ou* (3) *impossibilidade de promover alívio dentro de um tempo tolerável*. Antes de indicá-la, deve sempre se perguntar se já foram feitos todos os esforços para identificar e tratar possíveis causas reversíveis geradoras do sofrimento, abordar especialistas da área e considerar terapêuticas não farmacológicas. Esta indicação não deve ser uma decisão precipitada e deve ser discutida com a equipe médica, com os familiares e, quando possível, com o próprio paciente. O conhecimento adequado da doença pode fazer o médico assistente prever a necessidade de sedação em futuro próximo, assim torna-se prudente abordá-la com o paciente e seus familiares enquanto ela ainda não é necessária. As diretrizes em medicina paliativa propõem um fluxograma para que nenhuma etapa seja desconsiderada antes de iniciar a sedação (figura 1).⁵

A literatura propõe quatro classes de fármacos para a sedação: benzodiazepínicos, neurolepticos, barbitúricos e anestésicos. A meperidina não deve ser utilizada devido aos seus diversos efeitos adversos e seu baixo poder analgésico. No Brasil, opta-se principalmente pelo midazolam, que, associado à morfina, tem sido o padrão para dispneia refratária. Em caso de delírio agitado, é mais indicado iniciar com um neuroleptico como a clorpromazina. O uso de anestésicos como o propofol tem sido descrito em casos de resposta inadequada ao midazolam.¹

Recomenda-se induzir a sedação com 2,5 a 5 mg de midazolam e infundir cerca de 0,6 a 1,0 mg/hora, respeitando a dose máxima de 120 a 160 mg/dia. Assim, se for utilizado o esquema de diluição proposto na figura 2, infundem-se 3 a 5 ml/hora. É importante destacar que drogas antifúngicas e alguns antibióticos podem potencializar o efeito do midazolam, atingindo-se sedação profunda mesmo em dose baixa. O uso crônico de anticonvulsivantes (carbamazepina, fenitoína) e rifampicina promove diminuição da atividade sedativa.^{6,7}

Uma vez que o paciente esteja sedado, faz-se necessário monitorizá-lo para ajustar a dose sedativa por meio de escalas como a de Ramsay, por exemplo. Deve-se atentar para fatores passíveis de causar desconforto, como dor, retenção urinária ou constipação. Nesse momento, a conversa com familiares é fundamental para o seu entendimento de que não estamos apressando a morte do paciente, ao mesmo tempo em que devemos oferecer a eles suporte psicológico e espiritual. A partir daí, considera-se suspender os tratamentos fúteis, ou seja, aqueles que já não são capazes de contribuir com a qualidade de vida do paciente.⁸

Assim, a sedação paliativa, quando bem indicada, é uma importante medida de conforto para os pacientes no fim da vida e deve ser um consenso entre a equipe médica e a família. Deve ser iniciada com a menor dose possível, uma vez que seu objetivo primordial não é o rebaixamento do paciente, mas sim, o alívio de seu sofrimento.

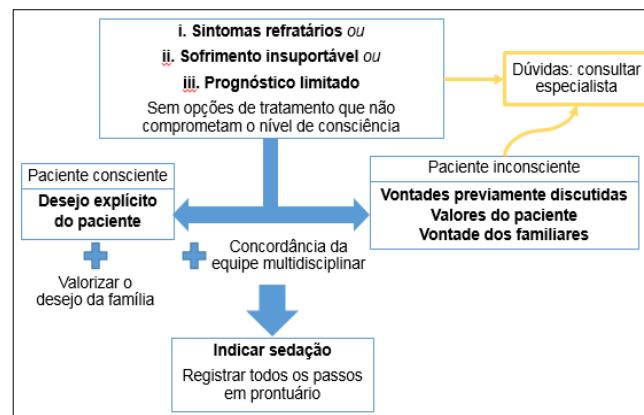


Figura 1: Fluxograma da sedação paliativa. Adaptado de: Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos – Cap. 10

Midazolam -----	10 ml (50 mg)
SF ou SF -----	240 ml
Concentração de midazolam = 0,2 mg/ml	

Figura 2: Sugestão de diluição do midazolam

REFERÊNCIAS

1. Sedação Paliativa. Em Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), pg 517-528, Capítulo 7, 2012.
2. Sykes, N.; Thorns, A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. Arch Intern Med;163:341-344, 2003.
3. Maltoni, M.; Pittureri, C.; Scarpi, E. et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. In the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. Annals of Oncology; 20:1163-1169, 2009.
4. Mercadante S, Intravaia, G.; Villari et al. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients in Taiwan. J Pain Symptom Manage;37:771-779, 2009.
5. Sedación Paliativa . In Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, pg 200, Capítulo 8, 2008. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/msc-guiacuidadospaliativos-01.pdf>. Acesso em 22 de março de 2017.
6. Ferreira , S. P. Sedação paliativa: experiência do programa de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Revista Prática Hospitalar;47:55-58, 2006.
7. Fürst , C. J.; Doyle , D. The terminal phase. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. (Orgs) Oxford textbook of Palliative Medicine. 3th Ed. Oxford University Press, 2005. Chapter 18, p. 1128.

8. Capital Health/Caritas Health Group Regional Palliative Care Program 2005; Palliative Sedation Guideline
9. Nogueira, F.; Sakata, R. Sedação paliativa do paciente terminal. Rev Bras Anestesiol; 62: 4: 580-592, 2012.
10. As últimas 48 horas de vida. Em: Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, Editora Diagraphic, pg 290-298, 2010.