

Dispneia Refrataria em Cuidados Domiciliários

Protocolo especial COVID-19

Autores: Christian Villavicencio-Chávez; Xavier Sobrevia; Jordi Esquirol-Caussa; Laura Guerrero-Algara; Jesús Vaquero-Cruzado; Ylenia García-Navarro.

Tradução para o português: Abel García-Abejas

Sedação Paliativa: “Entende-se por sedação paliativa a **administração deliberada** de fármacos, nas doses e **combinações adequadas**, para **reduzir o nível de consciência** de um doente em situação de últimos dias tanto quanto possível para aliviar adequadamente um o mais dos sintomas refratários, como o consentimento informado do próprio ou do seu cuidador informal ou procurador dos cuidados de saúde, como indicado no guia da (SECPAL).

Sintoma Refratário: “Aquele que não pode ser controlado de forma adequada, com os tratamentos disponíveis, administrados por médicos peritos, num período de tempo razoável” (OMC).

Considerações ético e legais da sedação paliativa: (Adaptação da SECPAL)

1. **Existência de um sintoma refratário**, não só perante um sintoma de difícil controlo. É importante ter presente que a morbilidade da intervenção seja tolerável para o doente e esta proporcione alívio num período de tempo razoável.
2. **Registo detalhado no diário clínico:** Etiologia do sintoma e dos diferentes tratamentos que foram iniciados sem sucesso.
3. **Intenção de aliviar o sofrimento (duplo efeito):** garantir a utilização adequadas e proporcional ao sintoma a ser aliviado (dose mínima eficaz), ajustar a dose ao nível de consciência e a sua reversibilidade, usar fármacos de metabolização rápida e vida media curta.
4. **Adequar as doses e associação de fármacos** para a diminuição suficiente do nível de consciência. É fundamental a monitorização da resposta do doente aos fármacos, para conseguir aliviar o sofrimento causado por um sintoma refratário.
5. **É importante obter o consentimento informado do paciente.** Se o doente não estiver consciente ou estiver não competente para dar o seu consentimento, este pode ser dado por um familiar ou responsável.
6. **Avaliação interdisciplinar**, a decisão deve ser partilhada por toda a equipa assistencial.

A pandemia pelo SARS- COV2, que da lugar à COVID19, provoca uma sobrecarga dos serviços de saúde. Na incapacidade por parte dos serviços de saúde de dar resposta a esta excessiva procura, muitos dos doentes terão como ultimo recurso os cuidados domiciliários. Há doentes, que previamente podem estar em situação de últimos dias ou horas, por outras doenças de carater terminal e de prognostico vital limitado. Estes doentes, podem ficar infetados (COVID+), uma vez que não há qualquer tratamento para o coronavírus, terão de ficar no seu domicilio. Na grande maioria dos casos o tratamento da COVID19 é no domicilio mediante o controlo de sintomas. Após receber o tratamento ordinário (analgésicos, broncodilatadores e/o antibióticos em alguns casos) e avaliação

do doente, podemos verificar que o doente, não responde aos tratamentos (mantém saturações baixas, dispneia, tiragem, taquicardia) e que estamos perante um quadro clínico irreversível, o processo de morte esta próximo. Devemos iniciar medidas de conforto e controlo sintomático, quer ao doente quer a família, incluído o apoio psicológico e espiritual.

Devemos explicar ao doente, se estiver consciente, e a família de forma muito simples , para obter o seu consentimento verbal ou gestual:

- (*Nome do doente*), as coisas não estão a correr bem. Gostaria de ser medicado para não estar tão consciente desta situação? Para não se sentir com esta falta de ar e este grande desconforto? Preferiria fiar a dormir? Nós podemos procurar a forma de o ajudar para minimizar este sofrimento.

Se por algum motivo o doente não estiver competente podemos sempre explicar este processo a família para obter o seu consentimento.

Iniciar a sedação paliativa:

Após obter o consentimento utilizaremos três fármacos:

- Midazolam.** Ampola de 15mg (3ml). Objetivo: **sedação** o diminuição da consciência. Doses iniciais: 5mg (1ml) SC ó 10mg (2ml) SC caso o doente já tomasse habitualmente benzodiazepinas.
- Cloreto de morfina.** Ampolas de 10mg (1ml). Objetivo: controlo da **sensação de dispneia**, com efeito sedativo na sua administração que não é a sua primeira indicação. Dose inicial: 10mg SC.
- Butilescopolamina*** Ampolas de 20mg (1ml). Objetivo: **diminuição das secreções e estertor**. Oferece também conforto à família. Dose inicial 20mg SC. Dose mínima 40mg y máxima 120mg SC. / 24horas. Caso utilizar-mos **buscapina**, a dose pode ser de 1ml (20mg) a cada 8 ó 6 horas SC

Os **dos primeiros fármacos são necessários** ou el terceiro é opcional.

- No caso de faltar midazolam, podemos usar Levomepromazina, Ampolas de 25mg(1ml): Objetivo Sedación. Dose inicial 25mg (1ml) SC.
- No caso de falta de Buscapina *: a escopolamina pode ser utilizada: Procure diminuir os estertores e a sedação (atravessa a barreira hematoencefálica). Dose inicial: 0,5 mg (1 ml)

Explicado todo o processo devemos colocar a vis subcutânea e dar inicio à indução da sedação:

Indução:

- Iniciar com midazolam + morfina nas doses iniciais indicadas.

- Esperar 10 minutos e avaliar segundo a escala de RAMSAY, IV (adormecido com respostas leves à luz e ao som) , V (dormido com resposta ao estímulo doloroso) o VI (sem resposta).
- Caso não atingir o RAMSAY IV, V o VI administrar uma segunda dose de midazolam.
- O procedimento pode repetir se até chegar ao nível RAMSAY IV e avaliar que não existe sinais de desconforto.

Se por algum motivo foram utilizadas três ou mais doses de midazolam para induzir a sedação, a dose de manutenção a cada 4 horas será de 10mg (2ml).

No caso de ter iniciado a indução com Levomepromazina, a dose inicial sera de 25mg (1ml), esta deve repetir-se a cada 10 minutos até atingir o nível segundo a escala de RAMSAY IV, V o VI (o procedimento será igual que com o midazolam).

- **Exemplo:** inicio a indução com 5mg de midazolam (1ml) + 10mg (1ml) de morfina. Se o paciente continuar com desconforto, ele precisará de uma segunda e / ou terceira dose de 5mg (1ml) de midazolam.

Se, no final da indução, for necessário administrar 15 mg de midazolam ou mais, a dose a cada quatro horas será sempre 10 mg (2 ml) de midazolam.

** Se Levomepromazina 50 mg ou mais tiver sido usada, a dose a cada quatro horas será sempre 25 mg (1 ml)

O **bem-estar** do doente será avaliado pela escala visual (esgar da dor) expressão facial.. Os músculos da cara precisam de tão pouca energia que permitem facilmente avaliar o conforto ou desconforto do doente. Não se deve valorar por outros aspetos como os sons respiratórios, o tipo de respiração, a coloração da pele e as mucosas.

Uma vez conseguida o processo de sedação inicial devemos deixar no domicilio o material necessario para manter a sedação, de forma a poder ser administrada pelo cuidador principal.

- 9 seringas de 2ml com midazolam + 9 de 2ml com morfina
- Deixar os copos etiquetados, um para a morfina e outro para o midazolam.



- Explicar à família que os fármacos devem administrar-se a cada 4 horas:
 - 1 o 2ml de midazolam (dependente da dose de indução no caso do midazolam).
 - 1ml no caso da morfina, cada 4horas.
- Se observarem sinais de **desconforto** antes das 4 horas, pode ser administrada uma dose extra de midazolam + morfina. Deixar instruções das doses SOS. Manter as doses pautadas
- Explicar à família os cenários possíveis caso precisem de administrar uma dose SOS por **desconforto**:

- **Que mantenha o desconforto**, dose é insuficiente pelo que administrarmos uma outra dose SOS em 10 min. A dose que esta a fazer não é adequada.
- **Que fique confortável** até a dose seguinte. A dose é adequada
- **O doente pode falecer** nunca seria considerado um caso de eutanásia. O procedimento se correto, não há intenção de matar e sim de controlo de sintomas (duplo efeito) Não há intenção de matar na sedação paliativa.

*No caso de usar **Buscapina**, pode ser utilizado em doses de 1ml (20mg) a cada 8 ou 6 horas, pela mesma via subcutânea.

No caso de uso de escopolamina, pode ser usado em doses de 1 ml (0,5 mg) a cada 4 horas, juntamente com os outros medicamentos. Em caso de falta de “stock”, a cada 6 horas. Dose máxima de 3mg.

Cada doente vai precisar a sua dose farmacológica de sedação, mas o início do processo deve ser com as doses standardizadas. Devemos seguir os protocolos das revisões literárias, e conseguir as doses necessárias para cada doente em todo o processo.

Segundo o Código de Deontologia Médica, no capítulo da atenção médica no fim de vida: O medico tem o dever e intentar curar ao doente ou pelo menos a sua melhoria tanto como possível. Quando isto já não seja possível devera aplicar as medidas adequadas para conseguir o seu conforto, mesmo isto possa vir a diminuir o seu tempo de vida.

Este protocolo é aplicável sempre e quando se tenham em consideração todos os pontos expostos anteriormente e se prevê o proceso de morte como inevitável, perante o cenário de um processo infeccioso que a dia de hoje não tem cura, como é a infeção pelo SARS COV2 (COVID19).

Lisboa 31 de março de 2020.