

SEDAÇÃO

Diante de sintomas refratários em pacientes com mau prognóstico a curto prazo que não são candidatos a terapia intensiva.

Dr Zemilson Bastos*

23/03/2020



ATENÇÃO

Todo e qualquer procedimento de sedação paliativa, requer discussão e tomada de decisão de uma equipe multidisciplinar, incluindo-se o paciente, seus responsáveis legais e seus familiares. Respeitando-se todos os princípios e garantias de autonomia e segurança do paciente, alinhamento aos princípios bioéticos, ao código de ética médica e a legislação brasileira.

Deverá estar alinhado ao Capítulo I, inciso XXII do Código de Ética Médica (Resolução 2217/2018 e a Resolução 1805/2006, ambas do Conselho Federal de Medicina).

PROTOCOLO DE SEDAÇÃO

SEDAÇÃO diante de sintomas refratários em pacientes com mau prognóstico a curto prazo que não são candidatos a terapia intensiva.

Sedação por dispnéia ou tosse refratária no caso de insuficiência respiratória secundária à infecção por coronavírus em paciente não candidato a medidas invasivas, que evoluem desfavoravelmente e apresentam prognóstico ruim a curto prazo. Dispnéia ou tosse que não pode ser adequadamente controlada com os tratamentos disponíveis, aplicados por médicos especialistas, dentro de um período de tempo razoável. Nesses casos, o alívio do sofrimento do paciente requer uma diminuição da consciência.

Os medicamentos de escolha na sedação paliativa são, nessa ordem, benzodiazepínico, neurolépticos sedativos, anticonvulsivantes e hipnóticos anestésicos.

Indicações para iniciar a sedação com midazolam e haloperidol

Caso não consiga com estes fármacos, é aconselhável pedir ajuda especializada para um paliativista, um intensivista ou um anestesiológico, profissionais mais familiarizados com a utilização dessas medicações.

1. MIDAZOLAN

É sempre a primeira opção, exceto quando o sintoma refratário é o delírio, neste caso esta indicada a utilização de antipsicóticos (Haloperidol).

O midazolam pode ser usado por via subcutânea ou intravenosa, tem uma dose máxima de aproximada de 150 a 200 mg por dia, a partir da qual podem ocorrer reações paradoxais. Existem formulações com concentrações diferentes, por isso é recomendável e trata-se de um cuidado de segurança, sempre prescrever em mg e não em ml.

PROTOCOLO DE SEDAÇÃO

SEDAÇÃO diante de sintomas refratários em pacientes com mau prognóstico a curto prazo que não são candidatos a terapia intensiva.

Sedação com midazolam intravenoso

- A dose de indução é calculada através da administração entre 1,5 e 3,5 mg em bolus lento, repetindo a dose a cada 5 minutos até atingir o nível mínimo de sedação com o qual é alcançado o alívio do sintoma refratário. A soma das doses necessárias é chamada de dose de indução. A referida dose de indução, multiplicada por seis, será a dose a ser administrada em infusão contínua durante as 24 horas seguintes. As doses de resgate serão iguais à dose de indução e serão adicionada quantas vezes for necessário.
- Após 24 horas, a taxa da bomba de infusão intravenosa contínua será calculada em mg / h. É preparada uma infusão intravenosa contínua de 50 mg de Midazolam em 100 ml de solução salina (0,5 mg / ml). Se necessário, pode ser aumentado até 0,5 mg / h (= 1 ml / h) a cada hora, a critério do médico assistente.

Fármaco	Dose de indução	Cálculo da dose a cada 24 horas	Dose em infusão contínua (SC ou EV)	Atenção
MIDAZOLAN	Bolus EV lento de 3 mg, repetir a cada 5 a 10 minutos até que o paciente tenha o grau de sedação esperado	Dose de indução necessária para obter conforto multiplicado por seis. Dose em mg/24h	50 mg de Midazolam em 100 ml de solução salina (0,5 mg / ml)	Checar a apresentação das ampolas (mg/ml)
	(não estamos procurando sedação profunda, mas sedação que permita conforto)	Se dividirmos o valor obtido por 24, teremos a taxa de infusão em mg/h	Se necessário, 0,5 mg / h (= 1 ml / h) pode ser aumentado a cada hora.	Na dose máxima de 150 a 200 mg por dia, podem ocorrer reações paradoxais

PROTOCOLO DE SEDAÇÃO

SEDAÇÃO diante de sintomas refratários em pacientes com mau prognóstico a curto prazo que não são candidatos a terapia intensiva.

2. Haloperidol

É usado como primeira linha em casos de delirium refratário e como segunda opção associado ou não ao midazolam. Medicação com ampla janela terapêutica. Pode ser usado por via subcutânea ou endovenosa.

Dose inicial sugerida	Dose usual de manutenção	Aumento da dose para titulação
0,5-1 mg SC ou EV Para infusão contínua: dose inicial de 1,0 mg, seguida por infusão de 0,5 mg a 1,0 mg / h	5 to 15 mg por dia	Evite exceder a dose de 20 mg / dia para minimizar o risco de síndrome neuroléptica maligna. Aumentar a taxa de infusão em 0,5 mg / h

Nota 1 : Os intervalos de doses são altamente variáveis, determinados pelo peso do paciente, função renal e hepática, estado de hidratação, uso simultâneo de medicamentos e outras variáveis. Comece com baixas doses, titule a dose até o ponto de equilíbrio clínico desejado. As doses devem ser aumentadas em aproximadamente 30% a cada hora até que a sedação seja alcançada. Uma vez atingida a sedação desejada, a dose geralmente é mantida nesse nível, desde que o paciente esteja confortável. Caso o paciente esteja em uso de opióides e outros medicamentos para o alívio dos sintomas, estes devem ser continuados.

Nota 2 : No caso de sedação paliativa no paciente agônico, deve-se avaliar a retirada de medicamentos que não são mais necessários, mas devem ser mantidos aqueles que foram prescritos para controlar a dor, a dispnéia, a tosse ou a febre.

Morfina: Caso o paciente necessite de morfina para dispnéia ou dor, manter a dose que o paciente estava a receber antes da sedação ser iniciada.

Antipiréticos: prescritos a cada 6 ou 8 horas

Prevenir secreções: escopolamina

Hidratação mínima necessária, excesso de aporte de líquidos na falência de múltiplos órgãos pode levar ao agravamento dos estertores terminais e ao surgimento ou piora do edema.

PROTOCOLO DE SEDAÇÃO

SEDAÇÃO diante de sintomas refratários em pacientes com mau prognóstico a curto prazo que não são candidatos a terapia intensiva.

REFERENCIAS

1. Downar, J. & Seccareccia, D. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 39, 291–295 (2010).
2. Leong, I. Y.-O. *et al.* The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care. *Palliat. Med.* 18, 12–8 (2004).
3. Johnson, R. F. & Gustin, J. Acute lung injury and acute respiratory distress syndrome requiring tracheal intubation and mechanical ventilation in the intensive care unit: impact on managing uncertainty for patient-centered communication. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* 30, 569–75 (2013).
4. Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL)
5. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook sixth edition 2019
6. Textbook of Palliative Care. 2018. Springer International Publishing
7. Manifiesto Sepcal-Mallorca. Por una clínica que acoja la experiencia espiritual del ser humano, en el final de su vida. 2011
8. Goldstein & Morrison: Evidence-based practice of palliative medicine, 215-217, Elsevier, 2013.
9. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en situaciones de COVID-19, versión 1.0/20.3.2020, Clínica Universidad de Navarra.
10. A report of the Standards and Best Practices Committee Hospice & Palliative Care Federation of MA, April 2004. <https://www.palliativedrugs.com/download/Protocol1.pdf>

* Representante Paliativos Sín Fronteras no Brasil

Médico Anestesiologista – SBA/AMB/MS/CFM

Medicina Paliativa - SBA/AMB/CFM

Clínico de Dor – SBA/AMB/SBED/CFM

Medicina Paliativa em Crianças e Adolescentes – Junta de Castilla y León - OMC - Espanha

Professor do Curso de Pós graduação em Medicina Paliativa pela Organización Médica Colegial de España

Coordenador do Curso de Pós Graduação em Dor e Cuidados Paliativos - Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino.