

GUIA SINTÉTICO

ABORDAGEM DA

AGONIA

ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA

1ª Edição (Maio 2021)

Mariana Barosa
Tiago Neto Gonçalves
Isabel Galriça Neto

Autores

Mariana Barosa

Interna de Formação Específica em Medicina Interna – 2º ano

Serviço de Medicina IV, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Tiago Neto Gonçalves

Interno de Formação Específica em Medicina Interna – 2º ano

Serviço de Medicina Interna, Hospital da Luz Lisboa

Assistente convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Isabel Galriça Neto

Médica de Cuidados Paliativos

Diretora do Departamento de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz Lisboa

Presidente da Competência de Cuidados Paliativos da Ordem dos Médicos

Índice

• <u>Lista de Abreviaturas</u>	4
• <u>Apresentação</u>	5
• <u>Introdução</u>	6
• <u>Agonia – Definição e Manifestações</u>	7
• <u>Passos a não esquecer na abordagem do doente agónico</u>	8
• <u>Abordagem de Sintomas</u>	
1. <u><i>Delirium</i></u>	10
2. <u>Estertor</u>	13
3. <u>Dor</u>	14
4. <u>Dispneia</u>	15
5. <u>Náuseas e vómitos</u>	19
• <u>Uso Correto da Morfina</u>	21
• <u>Alterações da Nutrição e Hidratação</u>	23
• <u>Cuidados à Boca</u>	25
• <u>Gestão da Medicação e Desprescrição</u>	26
• <u>Comunicação e Apoio à Família</u>	27
• <u>Sedação Paliativa</u>	29
• <u>Bibliografia</u>	31
• <u>Anexos</u>	
• <u>Anexo 1: Recursos de apoio no tratamento do <i>Delirium</i></u>	33
• <u>Anexo 2: Recursos de apoio no tratamento da dor</u>	34

Lista de Abreviaturas

AVC: Acidente vascular cerebral

Bpm: Batimentos por minuto

Comp: Comprimido

CP: Cuidados paliativos

Cpm: Ciclos por minuto

CSCI: *Continuous subcutaneous infusion*

DDT: Dose total diária

DMD: Dose máxima diária

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crónica

EAP: Edema agudo do pulmão

ECD: Exames complementares de diagnóstico

EV: Endovenoso

IBP: Inibidores da bomba de prótons

MST: *Morphine slow release tablet* / Comprimido de libertação prolongada

NEMPai: Núcleo de estudos de Medicina Paliativa

PO: *Per os*

PRN: *Pro re nata* - quando necessário

RGE: Refluxo gastroesofágico

SC: Subcutâneo

SL: sublingual

SOS: *Si opus sit* - se necessário

SPMI: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

TD: Transdérmico

TEP: Tromboembolismo pulmonar

TID: 3x/dia

Apresentação

Este é um guia que visa melhorar as práticas dos cuidados clínicos prestados às dezenas de milhares de portugueses que morrem a cada ano por doenças crónicas, avançadas e irreversíveis. O período dos últimos dias ou horas é marcado por uma elevada complexidade sintomática e intensidade emocional associada, com adequação obrigatória ao objetivo da promoção de conforto.

Às intervenções clínicas meticolosas deve presidir um rigor técnico-científico e uma moldura ética consistente.

A evidência de investigação realizada nos vários serviços de saúde mostra-nos que podemos claramente melhorar o que oferecemos aos nossos doentes nesta fase. Não apenas aos que são tratados por equipas especializadas de CP mas a todos os que devem receber ações paliativas básicas.

Mérito para esta compilação sintética e pragmática que a Mariana Barosa e o Tiago Neto Gonçalves escreveram, me convidaram para rever e dar contributos, pois ela vai efetivamente de encontro àquilo que qualquer clínico que se confronte no seu dia a dia com estes doentes deve conhecer e saber aplicar.

Agradecemos o patrocínio do Senhor Bastonário nesta obra, revelando o empenho que a Ordem dos Médicos coloca na melhoria dos cuidados clínicos aos doentes vulneráveis e em fim de vida.

Esperamos bons frutos para este trabalho e desde já esperamos uma ampla divulgação, para que cada vez mais doentes tenham mais Qualidade de Vida até ao final dos seus dias.

Isabel Galriça Neto

Introdução

Pretende-se com este Guia sintético reunir informação de várias fontes relativamente à abordagem da agonia (últimos dias e horas de vida), como ferramenta prática orientadora no dia-a-dia, para médicos de todas as áreas clínicas.

Este Guia não substitui o aprofundamento do tema – nomeadamente, dos modelos de abordagem das doenças irreversíveis e em fim de vida (últimos 12 meses) - nem a consulta de médicos dedicados aos Cuidados Paliativos em situações complexas e sempre que existe indicação para tal.

A aplicação destas abordagens à agonia obriga a uma avaliação regular e cuidada do contexto clínico prévio e atual, a uma visão ético-clínica rigorosa – com a noção clara de proporcionalidade e de beneficência –, das vontades prévias do paciente, e a um trabalho interdisciplinar.

O objetivo maior deste Guia é a maximização do conforto do doente e da sua família, gerando benefícios e recorrendo a medidas proporcionadas.

A grande maioria dos conteúdos deste guia são da autoria (ou adaptados) dos vários artigos citados ou referidos na secção da bibliografia, nomeadamente, o Guia Prático da Abordagem da Agonia, RPMedicina Interna, 2017 e o Guia Prático de Controlo Sintomático, NEMPal, SPMI, 2017.

Desejamos poder contribuir para que, dos milhares e milhares de doentes que carecem de cuidados de saúde na agonia, mais e mais possam receber cuidados de saúde da melhor Qualidade.

Os Autores

Agradecemos a vários amigos e colegas que cuidadosa e generosamente reviram o documento e puderam contribuir para a sua publicação.

Agonia

OBJETIVOS DE CUIDADOS

PROMOÇÃO DO CONFORTO
TOMAR MEDIDAS PROPORCIONADAS

• Definição

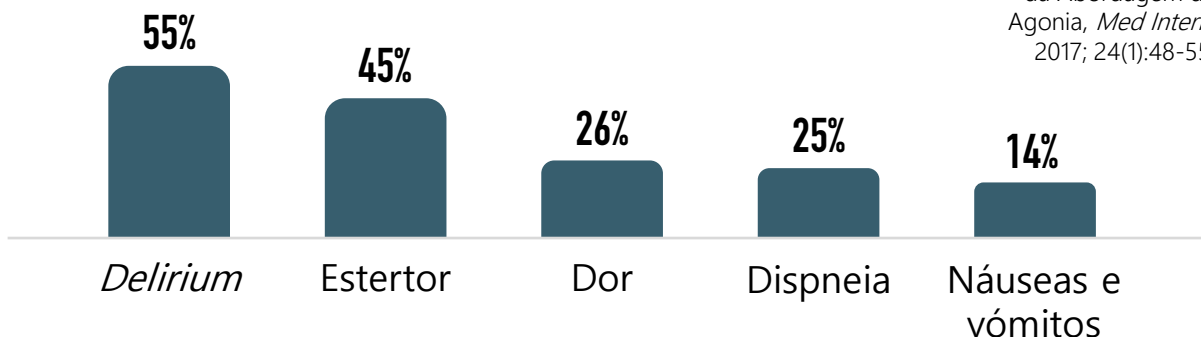
- Últimas horas ou dias de vida (habitualmente até 12-14 dias, por vezes mais prolongada em jovens);
- **É uma fase fisiológica** – surge na sequência de uma doença crónica avançada;
- **Ausência de causas reversíveis** – ex.: toxicidade opióide, desidratação, insuficiência renal, infeção e hipercalcémia.

Tabela 1. Manifestações da agonia

- Fadiga e fraqueza progressivas;
- Diminuição da ingestão de alimentos e fluidos;
- Dificuldade em deglutir (perda do reflexo da deglutição);
- Presença / Aumento de secreções orofaríngeas;
- Diminuição do nível de consciência;
- *Delirium* terminal ou agitação;
- Alterações respiratórias (períodos de apneia ou padrão Cheyne-Stokes);
- Retenção urinária aguda;
- Sintomas psico-emocionais (ex.: ansiedade, medo/angústia, etc...);
- Últimas horas com alterações cardiovasculares (hipoperfusão e hipotensão).

Sintomas mais frequentes

Adaptado de Braga B, et al. Guia Prático da Abordagem da Agonia, Med Intern. 2017; 24(1):48-55.



PASSOS A NÃO ESQUECER

NA ABORDAGEM DO DOENTE AGÓNICO

1. **Reconhecer** a fase de agonia e registar:
 - Estado mental / neurológico
 - Sintomas presentes
 - Capacidade de deglutição
 - Presença de sondas
 - Trânsito intestinal / obstipação
2. Abordar a **espiritualidade** e necessidade de **apoio emocional**;
3. **Comunicar** com o doente e família, expor a situação clínica, registar as preferências do doente (prévias e atuais);
4. Prescrever **medicação antecipatória** (PRN/SOS) e antecipar crises sintomáticas;
5. **Simplificar terapêutica**, manter fármacos com benefício a curto prazo. Evitar procedimentos e tratamentos geradores de desconforto;
6. Abordar questões de hidratação / nutrição / cuidados à boca;
7. Definir um plano individual de cuidados, com o doente e família (alterar objetivos e privilegiar **conforto**);
8. **Rever regularmente** o plano e informar os outros membros da equipa;
9. Não hesitar em pedir apoio da equipa de Cuidados Paliativos.

ABORDAGEM DE SINTOMAS

1. Delirium

- Grande parte dos doentes apresenta alterações flutuantes do estado de consciência no fim da vida;
- Agitação pré-terminal: agitação física mais grave no contexto da agonia;
- Até 80% dos doentes em agonia (maioria de etiologia multifatorial);
- **50% tem causas reversíveis** (*vide* tabela 2).

EXCLUIR
globo vesical ou obstipação

Tabela 2. Causas potenciais de *Delirium*

Fármacos (ex.: corticóides, benzodiazepinas)
Abstinência de tabaco, álcool ou toxicófila
Tumoral (ex.: metastização cerebral)
Metabólica (ex.: hipercalcemia, hipoglicémia, hiperglicémia)
Obstipação
Retenção urinária
Dor
Hipóxia
Infecção
Doença neurológica (AVC, epilepsia, doenças neuro-musculares, ...)
Outros (insuficiência cardíaca, anemia, trauma, ...)

• Avaliação de *delirium*

Considera-se ocorrer *delirium* se: A + B + C e/ou D.

Tabela 3. *Confusion Assessment Method* (CAM)

- A) Estado confusional agudo com flutuação marcante
- B) Défice de atenção marcante
- C) Pensamento e discurso desorganizados
- D) Alteração do nível de consciência (hipoativo ou hiperativo)

Medidas globais e intervenções dirigidas à causa (se identificada)

- Controlar a dor;
- Se **febre** – diminuir a temperatura corporal;
- Se **globo vesical** – algaliar;
- Se **desidratação** ou **toxicidade farmacológica** com repercussão clínica – iniciar hipodermóclise (500-1000 mL/dia).

Medidas não farmacológicas

- **EVITAR a contenção física!** NÃO pode corresponder a uma medida de primeira linha! (agrava a agitação e é potencial causa de trauma e de eventual ocorrência de aspiração; **manter doentes imobilizados sem recurso a contenção química corresponde a má prática clínica**);
- Assegurar **ambiente calmo** e iluminação adequada; mais próximo da equipa de enfermagem;
- Permitir a **presença de familiares**, desde que não agrave a agitação;
- Adaptar contacto pessoal e comunicação – utilizando-se instruções verbais, orientações simples e contacto visual;
- Encorajar o uso de acessórios para audição;
- **Proporcionar sono tranquilo** (redução de ruído e ajuste de horários das medicações, evitando administrações noturnas).
- O acompanhamento psicológico prévio, que promova a resolução de “assuntos mal resolvidos”, pode minimizar a intensidade das crises.

Medidas farmacológicas

- Morfina e outros opióides **NUNCA** devem ser dados como sedativos, nem deve ser justificado o seu uso com a doutrina do “duplo efeito”;
- Benzodiazepinas **NÃO** são eficazes a tratar *delirium*, podem agravá-lo e devem ser usadas com cuidado.

(Consultar Anexo 1 para informações adicionais da farmacocinética e efeitos adversos)

Tabela 4. Tratamento farmacológico do *Delirium* hiperativo

(adaptado de Manual do Curso de Cuidados Paliativos em Medicina Interna – 2017)

HALOPERIDOL, via oral / SC

Início: 2mg oral/SC 8/8h, 1mg a cada hora se necessário;

Idoso: iniciar 0,5-1mg a cada 4h;

1ª Linha

- Ajuste diário: aumentar dose em 50% até controlo da agitação;
- Dose máxima: 20-30mg/dia;
- Após controlo durante 3 dias: reduzir dose em 25% a cada 2 dias, enquanto se mantiver o controlo;
- Efeitos secundários: sedação, manifestações extrapiramidais e anticolinérgicos, efeitos cardiovasculares (hipotensão).

Ação mais sedativa; efeito anticolinérgico.

Clorpromazina 10-25mg oral ou EV 6/6h até 150mg/24h

2ª Linha

- Não deve ser administrada por via SC por ter efeito irritante.

Levomepromazina 12,5-25mg 12/12h oral/SC (ou 8/8h)

- Tem semivida mais longa, risco acumulação se utilização prolongada;
- Não deve ser administrada por via EV.

Podem ser utilizados em conjunto com os neuroléticos.

Midazolam ou Lorazepam 0,5-2mg oral 1/1h ou 4/4h

3ª linha

- Pode eventualmente agravar ou desencadear os sintomas de *delirium*; indicados quando os neuroléticos não são eficazes ou quando se pretende sedação profunda rapidamente; especialmente eficazes nos casos de abstinência alcoólica ou de benzodiazepinas.

4ª linha

Propofol ou fenobarbital em casos excepcionais, a ser usado apenas por especialistas em Medicina Paliativa.

2. Estertor

- Resulta da passagem de ar através das secreções e saliva acumuladas na orofaringe, na laringe e na traqueia, como consequência da depressão do estado de consciência;
- Bom preditor de proximidade do óbito (~16 horas).

Abordagem

Medidas não farmacológicas

- Tranquilizar a família – ruídos não implicam sofrimento ou asfixia;
- Posicionamento:
 - evitar decúbito dorsal;
 - elevar cabeceira a 30-45°;
 - decúbito lateral com cabeça inclinada para a frente.
- Usar compressas/esponjas para limpar;
- Limitar o aporte hídrico diário;
- Evitar aspiração de secreções! (**APENAS** em caso de secreções muito abundantes, devendo ser realizada de forma suave e só na cavidade oral).

Medidas farmacológicas

NÃO atuam nas secreções já existentes (mas reduzem formação de secreções);

- **Butilescopolamina: bólus 20mg q6-8h** ou, se grave, perfusão contínua (máx. 120mg/dia), via SC;
- **Atropina** (gotas oftálmicas a 1%): 1 gota por via SL, q4-6h;
- Se secreções já estão presentes, em especial com evidência de congestão pulmonar, iniciar **furosemida** 10-20mg via SC pode ser útil.

3. Dor

- A agonia, por si só, não implica a presença de dor;
- A presença de gemido não é sinónimo de dor.

1. Classificar a dor

- **Tipo de dor**
 - Nociceptiva, neuropática ou mista;
 - Dor disfuncional (sem lesão neuronal, sem inflamação, sintomas positivos).
- **Evolução temporal**
 - Dor basal;
 - Dor irruptiva (incidental, i.e. despoletada ou espontânea);
Critérios: dor basal > 12h/dia + dor basal controlada + exacerbações transitórias da dor.

CONSIDERAR

Globo vesical
Obstipação
Posição desconfortável
Infeção
Úlcera de pressão

2. Avaliar a dor – escala numérica e escala de faces

Abordagem

(Consultar Anexo 2 para informações adicionais)

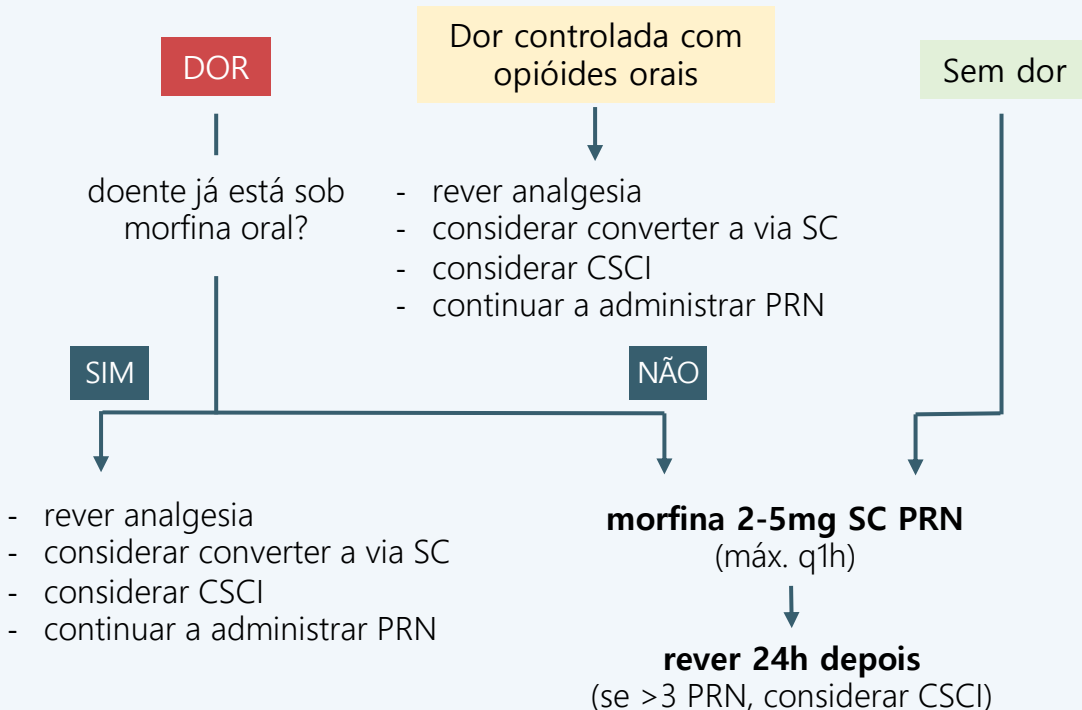


Figura 1.
Adaptado de Sleeman, K.E. and Collis, E. BMJ, 2017. "Algorithm for control of pain at the end of life, adapted from the Liverpool care pathway.

4. Dispneia

- Sintoma de avaliação difícil por não existir uma ferramenta ou escala *gold standard*;
- Algumas formas de respiração (apneias, Cheyne-Stokes) são habituais e não implicam desconforto;
- A avaliação não deve depender apenas da frequência respiratória ou saturação periférica de oxigénio.

Em doentes que conseguem comunicar:

Escala Visual

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dispneia						Dispneia insuportável				

Tabela 5. Escala mMRC
(modified Medical Research Council)

0	Sem dispneia
1	Dispneia ocasional. Atividade normal, sem necessidade de controlo sintomático.
2	Dispneia moderada. Dias maus ocasionalmente. Alguma limitação funcional.
3	Dispneia intensa e frequente. Atividade diária e concentração muito afetadas.
4	Dispneia contínua e insuportável. Incapaz de pensar noutras coisas.

Tabela 6. Escala de Borg modificada

0	Sem dispneia
0,5	Quase impercetível
1	Muito ligeira
2	Ligeira
3	Moderada
4	Algo grave
5	Grave
6	-
7	Muito grave
8	-
9	Quase insuportável
10	Máxima

Em doentes que NÃO conseguem comunicar:

Tabela 7. Escala RDOS (*Respiratory Distress Observation Scale*)

	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Frequência cardíaca	<90bpm	90-109bpm	>110bpm
Frequência respiratória	≤18cpm	19-30cpm	>30cpm
Agitação	Nenhuma	Ocasional	Frequente
Olhar amedrontado	Ausente		Olhos muito abertos, tensão muscular
Respiração paradoxal	Ausente		Presente
Tiragem supraclavicular	Nenhuma	Ligeira	Pronunciada
Adejo nasal	Ausente		Presente
Gemido no final da expiração	Ausente		Presente

Score ≥ 3 pontos traduz dispneia moderada. Score ≥ 7 pontos traduz dispneia grave.

Abordagem

- Considerar causas reversíveis ou agravantes (infecção, TEP, EAP, ...).

Medidas não farmacológicas

- Medidas gerais, incluindo técnicas de relaxamento/distração e apoio psicossocial, ou uso de ventoinhas para direcionar ar para a face;
- Reposicionar o doente, elevando a **cabeceira a 45°**;
- **Oxigenoterapia** – se hipoxémia sintomática; óculos nasais são melhor tolerados do que máscaras faciais;
- **VNI** – pode ter benefício na acidose respiratória aguda / hipercapnia;
 - Potencialmente na dispneia grave (diminui esforço respiratório e necessidade de opióide), podendo prolongar a vida para objetivos a curto prazo (ex.: visita de familiares);
 - Com base num plano antecipado de cuidados definido.

Medidas farmacológicas

- **Opióides** são o grupo farmacológico mais estudado e com eficácia comprovada. **Não há** evidência de que encurtem a sobrevida!

Tabela 8. Uso de Opióides na dispneia

	Dose inicial	Observações
'Virgem' de opióide	Oral/SC – 2,5-5mg q4-6h EV – 1-2,5mg q4-6h Não exceder 30mg/dia	Se dispneia não melhorar em 15 minutos (se dose EV) ou 1 hora (se dose PO), repetir dose inicial aumentada em 50%; Se >2 bólus em 6 horas, considerar início de perfusão contínua (EV/SC).
Sob opióides	Calcular dose equianalgésica de morfina nas últimas 24h e incrementar 1/6 a 1/2 DDT	Considerar iniciar perfusão contínua EV/SC – dividir DDT por 24 para obter ritmo de infusão (mg/h); Prescrever dose de resgate; Se >2 bólus em 6 horas, ajustar ritmo de perfusão (recalcular dose nas últimas 6h e dividir por 6).

- Formas de ação rápida são mais eficazes (Oramorph® - cada gota equivale a 1,25mg; Sevredol®);
- Prevenção de efeitos secundários (vide "Abordagem dos efeitos secundários dos opióides", Anexo 2).
- **Benzodiazepinas** – APENAS se existir ansiedade associada.
 - **Midazolam** (o mais utilizado):

Dose inicial: **2,5–5mg bólus q4h SC PRN**;

Se ansiedade persistente após vários bólus, pode ser iniciada perfusão de 10-30mg/d SC.
 - **Lorazepam**:

Dose inicial: **0,5–1mg oral/SL q6-8h PRN**;

A via SL tem absorção e efeito mais rápidos.

- **Combinação Opióide + Benzodiazepina**

- Aumenta o alívio sintomático e diminui a frequência de administrações;
- Permite utilizar doses mais baixas de cada um dos fármacos:

- **2,5mg morfina + 5mg midazolam SC q4h**

- (aumento de dose em 25% se doente sob opióide para controlo de dor; resgates com 2,5mg morfina).

Outros fármacos:

- **Corticóides**

- Se obstrução da via aérea, linfangite carcinomatosa, síndrome da veia cava superior, pneumonite rádica ou exacerbações da DPOC;
- **Dexametasona** 8mg PO/SC 1-2x/dia (evitar administrar ao final do dia);
- Início de ação em 8 a 24 horas, com duração de 36 a 54 horas.

- **Broncodilatadores**

- Úteis em algumas situações reversíveis de dispneia, como DPOC ou asma agudizada.

- **Diuréticos**

- Potencialmente úteis na insuficiência cardíaca descompensada;
- **Furosemida** pode ser utilizada por via subcutânea (20-140mg/dia).

5. Náuseas e vômitos

- Etiologia é frequentemente **multifatorial** – ex.: causas físicas (ex.: obstrução intestinal, obstipação), metabólicas (ex.: hipercalcemia), farmacológicas (ex.: opióides, quimioterapia), centrais (ex.: tumor cerebral);
- Anamnese e exame físico - permitem determinar a(s) causa(s) na maioria dos doentes;
- Para avaliar a intensidade das náuseas pode ser usada uma escala numérica.

Abordagem

Medidas não farmacológicas

- Promover boa higiene oral;
- Garantir um ambiente tranquilo, sem odores intensos;
- Refeições pequenas e ligeiras escolhidas pelo doente, dando preferência a alimentos frios;
- Ingerir líquidos em pequena quantidade fora das refeições (caso esteja há mais de duas horas sem vomitar).

Medidas farmacológicas – vide tabela na página seguinte.

- O antiemético apropriado depende da etiologia subjacente e da presença de outros sintomas. Se etiologia desconhecida, a metoclopramida é uma escolha inicial adequada;
- Se náuseas/vômitos já estão controlados com fármaco por via oral, converter para via SC;
- Deixar medicação prescrita em PRN/SOS.

Tabela 9. Tratamento de náuseas e vômitos

	Fármaco	Dose inicial	DMD (para náuseas/vômitos)	Comentários
1ª linha	Metoclopramida	5-20mg PO/SC q8h	PO: 30mg SC: 60mg	<i>Antagonista dopaminérgico</i>
	Haloperidol	0,5-4mg PO/SC q6h	5mg	<i>Antagonista dopaminérgico</i> Risco de efeitos extrapiramidais baixo com esta dose
	Olanzapina	2,5-5mg PO 1x/dia	10mg	<i>Antagonista dopaminérgico, serotoninérgico, recetores α1 e acetilcolina</i> Mais sedativo, com tonturas, xerostomia e cefaleia
2ª linha	Ondansetron	4-8mg PO/SC q4-8h	32mg	<i>Antagonista serotoninérgico</i>
	Dexametasona	4-8mg PO/SC	8-16mg	Maior agitação e insónia

Tabela 10. Escolha do antiemético em função da etiologia identificada

Causa	Agentes a considerar
Central (ex.: aumento da pressão intracraniana)	Haloperidol; Dexametasona – nas doses indicadas acima
Bioquímica (ex.: hipercalcémia)	Haloperidol – nas doses indicadas acima Levomepromazina 6,25mg 1x/d PO/SC
Secundário a opióides	Haloperidol; Metoclopramida – nas doses indicadas acima Levomepromazina 6,25mg 1x/dia PO/SC
Obstrução intestinal	Haloperidol 2,5-5mg q8-12h SC Dexametasona, metoclopramida – nas doses indicadas acima Considerar butilescopolamina (20mg q8h) se dor tipo cólica Suspender metoclopramida, se oclusão completa
Estase gástrica	Metoclopramida – nas doses indicadas acima Descontinuar se dor tipo cólica
Ansiogénica	Alprazolam 0,25-0,5mg q8h PO Lorazepam 1-2mg q8h PO/SL

Uso Correto da Morfina

Adaptado de Neto I. Manifesto pela Morfina. *Acta Med Port*, 2016; 29(3):161-3.

Tem como principais indicações os 3 D's:

1. **Dor intensa refratária;**
2. **Dispneia refratária;**
3. **Diarreia refratária.**

Via de administração:

- Preferencialmente: **via ORAL ++**
- Doentes frágeis, em fim de vida: **via SC**
(não é necessária a via EV!)

$t_{1/2}$: ~3h

Metabolização: hepática

Eliminação: renal (90%),
intestinal (10%)

DOSES:

- **'Virgem de opióides'**

Iniciar com **5-10mg morfina oral de libertação rápida de 4-4 / 6-6 horas (ou 2,5-5mg se dispneia)**.

(atenção aos idosos e insuficientes renais e hepáticos).

- **Não virgem de opióides**

Ter em conta as doses prévias!

Adaptar a nova dose de morfina através de fatores de conversão (o que obriga a doses superiores às atrás apresentadas habitualmente, 10 mg cada 4/6 horas).

- Se **sintoma não controlado** - aumentar dose em 30-50%;
- **Vigiar sinais de toxicidade opióide;**
- A morfina não tem dose máxima (a maioria dos doentes controla-se com doses não superiores a 200 mg/oral/24 horas).

- Se **via SC** ou **EV**:
 - início de tratamento com formulações de ação rápida em bólus;
 - depois de devidamente titulada e estabilizada a dose total nas 24 horas (incluindo as doses de resgate administradas), e mantendo-se persistência sintomática, passar à administração em perfusão contínua.
- Se **insuficiência renal**, intervalo recomendado é de 6/6 ou 8/8h, e deve-se evitar morfina de libertação prolongada;
- **Associar concomitantemente antiemético (em SOS) e laxante.**

“Perfusões de conforto de morfina” usadas na agonia por via EV, a 2 cc/ hora → **má-prática!!**

- X O conforto **não** é indicação para a morfina (são sim os 3 D’s);
- X Se um doente está desconfortável, nomeadamente na agonia, haverá que perceber o verdadeiro motivo para tal;
- X Os sintomas mais expectáveis e possíveis causadores de desconforto na agonia são o **delirium com agitação psicomotora**, o **estertor** ou a **dispneia**. Assim, não é expectável que se tenha que recorrer obrigatoriamente à morfina, mas antes e sobretudo a neurolépticos, benzodiazepinas e a anticolinérgicos;
- X Um doente poderá ter terapêutica administrada em bólus ou, em situações com indicações precisas, em perfusão contínua. Estas perfusões, no caso da prática correta dos Cuidados Paliativos, **maioritariamente SC** e só pontualmente EV, respeitam as titulações, e não são medidas de primeira linha;
- X É falso que a maioria dos doentes tratados em Cuidados Paliativos venha a falecer sob perfusões de morfina;
- X A morfina não tem como indicação a sedação, ainda que saibamos que existe um efeito sedativo reconhecido – transitório, cessa ao fim das primeiras 48-72 horas, e pode ser até contrariado, se indicado, pela utilização de metilfenidato.

Alterações da Nutrição e Hidratação

- Assiste-se habitualmente a um **desinteresse pela alimentação e redução da ingesta** não acompanhada de sensação de fome (relaciona-se com a progressão da doença e é consequência desta, não a sua causa);
- Associada frequentemente a alterações da deglutição (com origem na debilidade crescente ou nas alterações do estado de consciência).

Abordagem

- **Explicar aos familiares** – o doente não está a “morrer à fome ou à sede”; forçar a alimentação não só não reverte a progressão da doença de base, como proporciona mais mal-estar e incorre risco de aspiração;
- Alimentar e hidratar, se o doente manifestar fome/sede:
 - Desde que isso não constitua um malefício para o doente.
- **Situações particulares:** a hidratação estar indicada para ajudar no controlo de alguns sintomas ou para minimizar os efeitos secundários de alguns fármacos;
- Doente mantém a capacidade de deglutição?

SIM



VIA ORAL > via de eleição para nutrição e hidratação, se tolerar, e não há restrições na alimentação e ingestão de líquidos, devendo ser respeitado o gosto do doente.

NÃO, ou parcialmente



a água pode ser administrada sob a forma semilíquida (com espessante ou gelatina) ou sob a forma de gelo em pequenas quantidades.

- Na impossibilidade de manter a via oral, se houver indicação, o doente pode ser hidratado por via SC – **hipodermóclise**. É uma via eficaz, segura e de fácil manipulação, podendo ser utilizada no domicílio pelo cuidador, desde que seja devidamente ensinado;
- Habitualmente a administração de soros não resolve a sensação de sede ou boca seca;
- É necessário **alertar a família** para o perigo de aspiração de conteúdo alimentar e asfixia ao forçar a alimentação oral.

- **Nutrição parentérica, sondas nasogástricas ou percutâneas?**

- **NÃO** estão indicadas (pelo desconforto, risco de aspiração e infecção associados, bem como ausência de benefício para o doente);
- Não existe evidência científica de que estes procedimentos melhorem o estado geral, qualidade de vida ou aumentem a sobrevivência do doente, podendo a hidratação em excesso contribuir para o aumento das secreções respiratórias e do edema periférico.

Cuidados à Boca

- **FUNDAMENTAIS** no período da agonia, pois garantem o conforto geral do doente.

Abordagem

- Manter **hidratação oral regular** com um antisséptico bucal;
- **Capacidade de deglutição:**
 - **mantida:** oferecer líquidos frios, sumos de fruta, gelatinas ou pedaços de ananás, de acordo com o gosto pessoal;
 - **ausente:** pequenas porções de água semilíquida, gelo, uma gaze húmida ou, em alternativa, o uso de um humidificador ou de um nebulizador, poderão ser uma opção viável.
- Placa dentária? No caso do doente utilizar placa dentária, esta deve ser regularmente limpa e humedecida. Caso o doente esteja muito sonolento, a placa deve ser removida;
- Se capacidade reduzida de ingestão oral, **os cuidados à boca devem ser feitos a cada hora;**
- **Evitar!**
 - X Utilização de pastas de dentes comerciais;
 - X Compressas de glicerina;
 - X Saliva artificial.

Gestão da Medicação e Desprescrição

- Focar na **QUALIDADE DE VIDA** e na promoção do **CONFORTO**.

Abordagem

- **Descontinuar** medicamentos sem benefício a curto prazo e medicação sem objetivo de garantir o conforto do doente.
 - **Antibioterapia** (ainda que possa haver algum papel na melhoria de conforto em casos de infeção urinária, úlceras cutâneas com cheiro fétido ou secreções respiratórias exacerbadas por infeção);
 - **Tratamentos dirigidos** a doença oncológica, tratamento de suporte de órgão (ex.: ventilação, diálise);
 - **Medicação crónica** (antidiabéticos orais, estatinas, antihipertensores, anticoagulação, IBP, laxantes, suplementos vitamínicos, antidepressivos).
- **Posicionamento adequado** – pode ser fonte de conforto.
- **SUSPENDER** (geralmente):
 - X **Monitorização de sinais vitais** – manter apenas avaliação da temperatura (e tratar febre sintomática);
 - X **Glicémia capilar** – manter apenas um registo diário na Diabetes mellitus tipo 1 (evitar cetoacidose – alvo glicémia capilar <360mg/dL);
 - X **Algáliação** - exceto se retenção urinária prévia;
 - X **Exames complementares de diagnóstico**;
 - X **Cateterização endovenosa** – preferir via SC.
- Se portador de dispositivo cardíaco, desativar a função de cardioversão/desfibrilhação.

Comunicação e Apoio à Família

- Discurso deve ser simples e empático,
- **EVITAR termos técnicos;**
- **ENVOLVER A FAMÍLIA desde cedo.**

Ter capacidade e **DISPONIBILIDADE** para ouvir as preocupações

Abordagem

Tabela 11. Método “ask-tell-ask” – método facilitador da comunicação

(adaptado de Freire E., *Guia Prático de Controlo Sintomático*, NEMPAl, SPMI, 2017.)

Ask	<p>Explorar que informação doente e familiares têm relativamente à sua doença, tratamento e vontade de obter informações.</p> <p>Ex.: “O que lhe disseram relativamente ao seu problema? Sobre o prognóstico e opções de tratamento?”</p>
Tell	<p>Fornecer informação de forma simples e compreensível, dando “tiros de aviso” que permitam a preparação emocional do doente/família.</p> <p>Ex.: “Nós também estamos preocupados e tudo faremos para promover o melhor bem estar.”; “Gostávamos de lhe dar mais informações e rever algumas medidas que podemos oferecer.”; “Estamos preocupados que ele tenha um agravamento clínico....”</p>
Ask	<p>Compreender qual a informação que foi retida e compreendida pelo doente/família e quais os pontos que necessitam de esclarecimento adicional.</p> <p>Ex.: “Sabemos que é muita informação nova. A quem irá falar sobre esta reunião? Que informação lhe irá transmitir?”; “Tem outras questões?”</p>

- Na abordagem dos familiares, quando o doente não se encontra capaz de comunicar, é importante compreender quem é o seu doente e quais os seus valores e lembrar que **o compromisso ético é em primeiro lugar com o doente** e não com a família;
- A **comunicação não-verbal** deve ser também utilizada de forma consciente, sendo um instrumento tão ou mais poderoso como a comunicação verbal;
- A avaliação da **componente espiritual** (presente em todas as pessoas e que não deve ser confundida com a dimensão religiosa) pode ser abordada:
 - Questões abertas como “Está em paz consigo, está tranquilo?” Muitas pessoas têm crenças que moldam as suas vidas e são importantes em períodos como este;
 - Mnemónica para colheita de história espiritual: **SPiRiT**
 - *Spiritual belief system*
 - *Personal spirituality*
 - *Integration with a spiritual community;*
 - *Ritualized practices and restrictions*
 - *Implication of medical care*
 - *Terminal-events planning*
 - Do ponto de vista religioso, não é expectável que se conheça todas as perspetivas das várias religiões relativamente à morte, no entanto este componente não pode ser negligenciado e devem conhecer-se os principais rituais de fim de vida. **Pode ser útil a presença do assistente religioso apropriado**, para avaliação do sofrimento existencial, rever o percurso de vida e proporcionar conforto religioso dos crentes.

Sedação Paliativa

- A sedação paliativa ou terapêutica **está indicada em sintomas refratários a medidas de primeira linha e sofrimento intolerável** (que não consegue ser adequadamente controlado com a terapêutica instituída ou se a terapêutica gerar efeitos secundários intoleráveis);
- Implica já terem sido utilizadas as opções de controlo sintomático descritas previamente neste Guia;
- A sedação paliativa **NÃO VISA acelerar a morte do doente**, nem implica o uso de doses letais de fármacos. O objetivo é o alívio do sofrimento;
- Dada a complexidade de gestão do doente nestas situações, **DEVE existir referência e discussão** com a equipa local de Cuidados Paliativos.

Abordagem

Medidas gerais

- **Informar e obter consentimento informado do doente:**
 - Se o doente não tiver capacidade de decisão, a discussão deve ser feita com o seu representante legal – **plano antecipado de cuidados;**
- **Nutrição e hidratação** – devem ser mantidas apenas se forem consideradas pela equipa médica, doente e familiares como um modo de redução do sofrimento (não existem orientações neste tópico);
- A **medicação** usada antes da sedação paliativa para controlo de sintomas deve ser mantida a menos que seja ineficaz ou tenha efeitos secundários intoleráveis.

Figura 2. Esquema de sedação paliativa

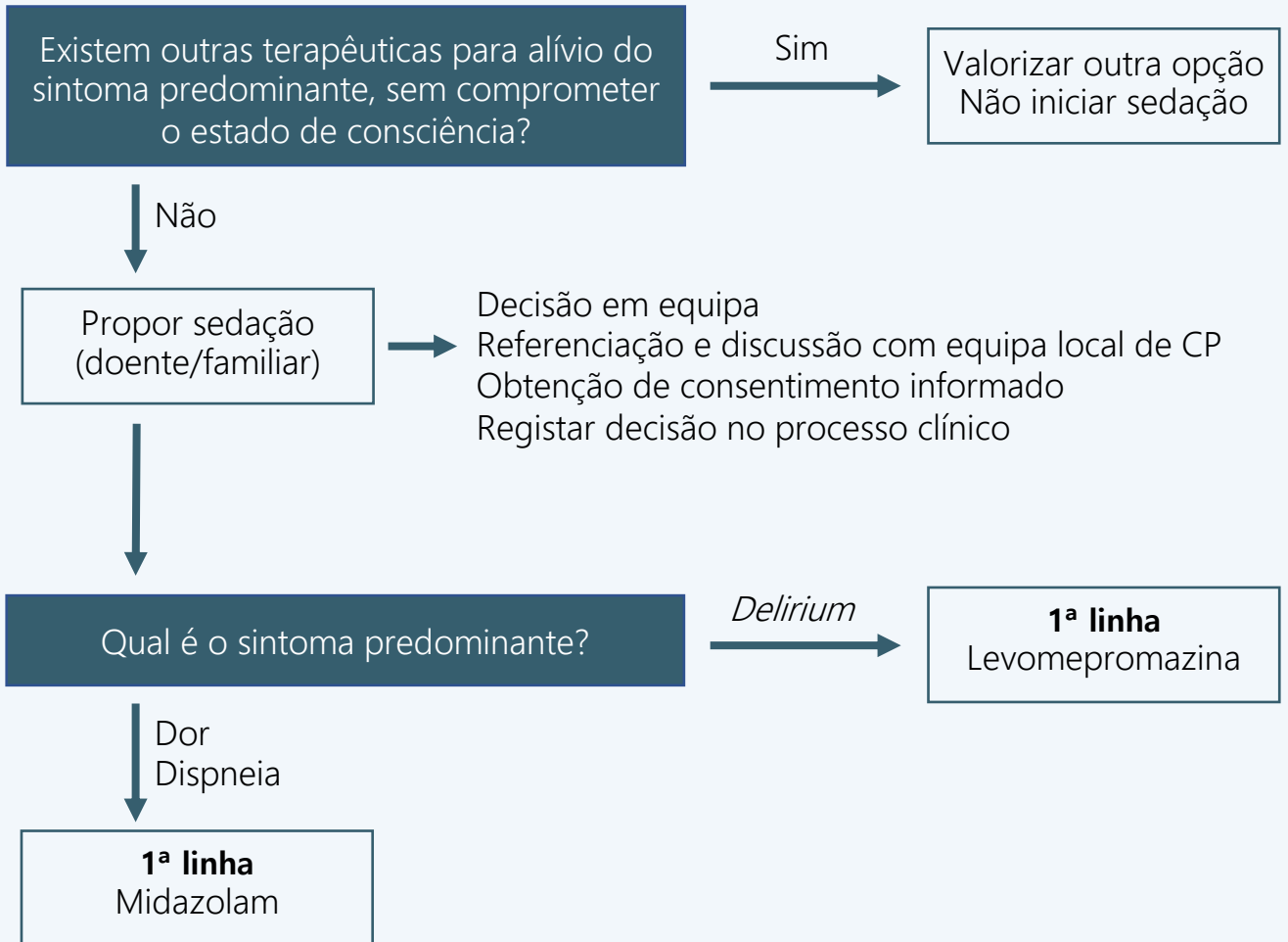


Tabela 12. Fármacos de primeira linha para sedação paliativa

Fármaco	Dose indução/ resgate	Perfusão	Pico de ação	Comentário
Midazolam	2,5-5mg SC* Resgate - q1h	15-30mg/d*	SC: 20 min	Se efeito insuficiente às 4h, titular em 50%
Levomepromazina	12,5-25mg SC Resgate - q1h	50-100mg/d	30 min a 1,5h	Dose máxima: 300mg

* Em doentes previamente sob benzodiazepinas, utilizar dose de indução/resgate 5-10mg e perfusão de 30-60mg/d

Bibliografia

Barbosa A, Pina PR, Neto IG. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016.

Bhatnagar M, Pruskowski J. (2020). *Palliative Care Symptom Guide*, UPMC Palliative and Supportive Institute, UPMC-1486-0416.

Braga B, Rodrigues J, Alves M, Galriça IG. Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Medicina Interna*. 2017; 24(1):48-55.

Cherny, NI, Radbruch L, Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative medicine*. 2009; 23(7):581-93. doi: 10.1177/0269216309107024.

Cherny, NI. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol*. 2014; 25 Suppl 3:iii143-iii152. doi: 10.1093/annonc/mdu238.

Cuervo Pinna MA, Encinas Martínez, Hernández Gil. *I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura*. Mérida: Junta de Extremadura; 2019.

Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Curtis JR. Palliative care: a core competency for stroke neurologists. *Stroke*. 2015; 46:714-9. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.008224.

Freire E. *Guia Prático de Controlo Sintomático*. Lisboa: NEMPAl – SPMI; 2017.

Gonçalves JF. *Controlo de sintomas no cancro avançado*. Lisboa: Coisas de Ler; 2011.

Neto, IG. Manifesto pela Morfina. *Acta Med Port*. 2016; 29(3):161-63. doi: 10.20344/amp.7663.

Sleeman KE, Collis E. Caring for a dying patient in hospital. *BMJ*. 2013; 346:f2174. doi: 10.1136/bmj.f2174.

Smith TJ, Longo DL. Talking with patients about dying. *NEJM*. 2012; 367:1651-2. doi: 10.1056/NEJMe1211160.

ANEXOS

ANEXO 1

Recursos de apoio no tratamento do *Delirium*

Tabela 13. Tabela de Neurolíticos

(Adaptado de *Palliative Care Symptom Guide 2020*, UPMC, University of Pittsburgh)

Fármaco	Dose inicial	Dose máx./dia	Efeitos secundários			
			EPS	Anti-colinérgico	Sedação	Prolong. cQT
Haloperidol	0,5-1mg (ou 2mg) BID até q8h	20mg	PO: ++ EV: +++	+	0/-	PO: + EV: ++
Risperidona	0,25-1mg BID, até q6h	6mg	++	+	++	++
Olanzapina	2,5 – 10mg 1x/dia	20mg	+	++	+++	+
Quetiapina	12,5 – 50mg BID	800mg	+	++	+++	++
Aripiprazol	5-15mg qAM	30mg	++	+	++	0/-

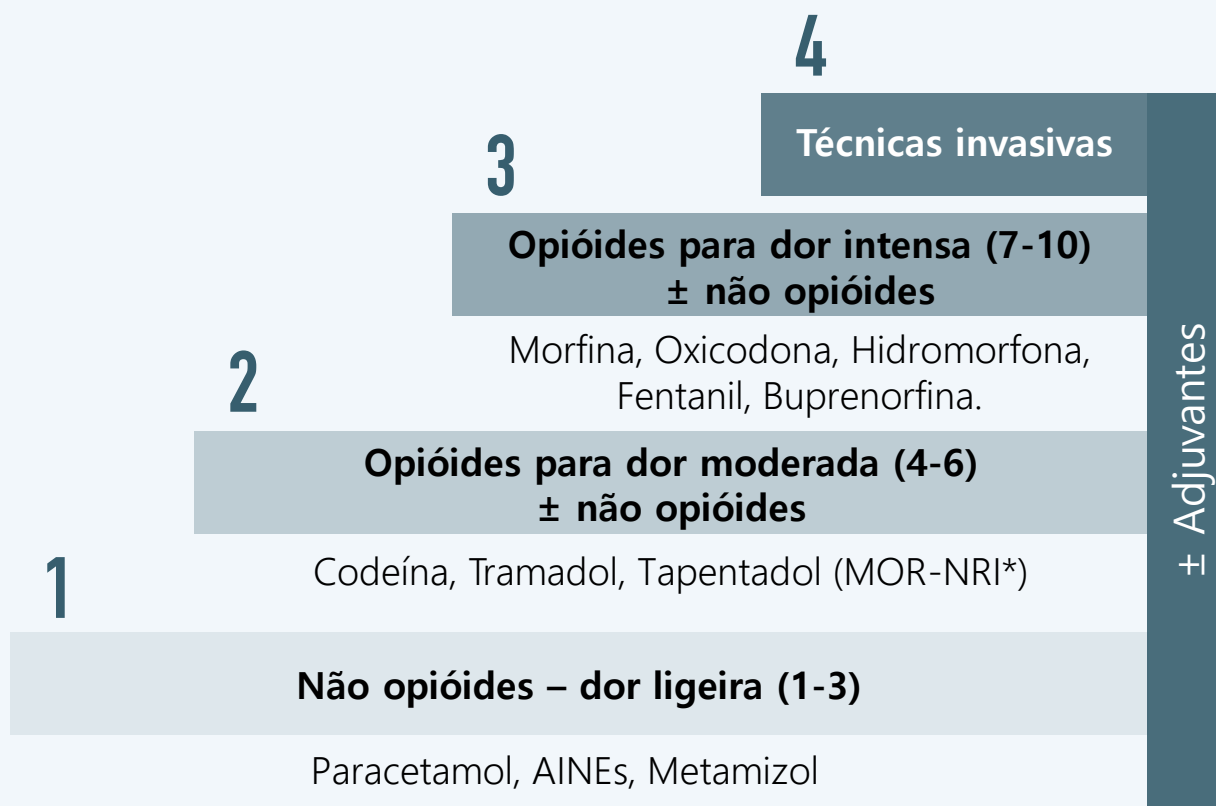
EPS: sintomas extrapiramidais

ANEXO 2

Recursos de apoio no tratamento da dor

Figura 3. Escada analgésica da OMS

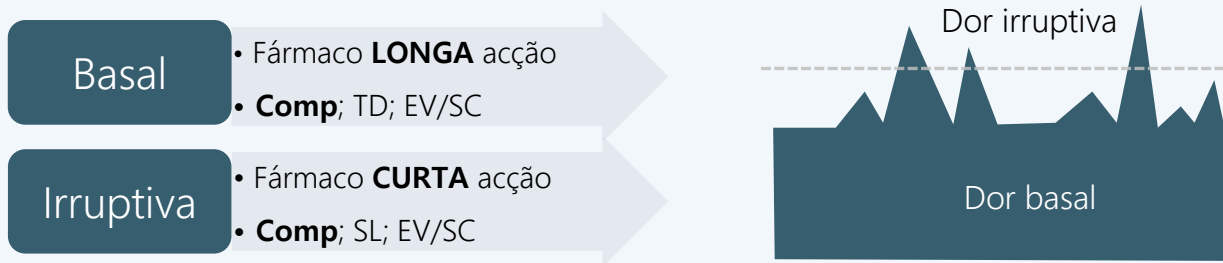
(Adaptado de Freire E., *Guia Prático de Controlo Sintomático*, NEMPAl, SPMI, 2017)



Tapentadol, fármaco MOR-NRI (agonista do recetor opióide μ e inibidor da recaptção de noradrenalina) – para tratamento de dor moderada a intensa.

** Adjuvantes: fármacos que têm indicações primárias que não a dor, mas que têm propriedades analgésicas (ex.: amitriptilina, gabapentina, pregabalina, prednisolona, etc) – descritos na Tabela 18.

Esquema resumo – dor:



REGRAS DE OURO

NA PRESCRIÇÃO DE OPIÓIDES

1. Iniciar com **doses baixas** e **TITULAR**
2. Conversão de morfina:
Via Oral para SC = 1/2
Via Oral para EV = 1/3
3. **Dor irruptiva = 1/10 a 1/6 da dose diária total (DDT)**
4. Atenção a populações especiais (**idosos, insuficiência renal, insuficiência hepática...**)
5. NUNCA subir degraus na tabela de equivalências
6. Prevenir efeitos secundários!
 - Obstipação: **laxantes durante TODO o período de terapêutica**
 - Náuseas: **antiemético em SOS/PRN**

Tabela 14. Opióides fortes

(Adaptado de 1º Curso Básico de Cuidados Paliativos, Hospital Fernando Fonseca, 2017)

Ação LENTA	Tempo até equilíbrio	Frequência de administração	Via
Morfina AP	1-3 dias	12h-24h	oral
Tapentadol	36h (após 3ª dose)	12h	oral
Hidromorfona	3ª dose	24h	oral
Oxycodona	24-36h	12h	oral
Fentanil	A partir do 3º patch	3 dias	TD
Buprenorfina	A partir do 3º patch	3-4 dias	TD

Ação RÁPIDA	Início de analgesia	Tempo até efeito máx.	Duração do efeito
Morfina AR/ EV	30-45min	1,5h	4h
Fentanil SL	10-15min	20-30min	6h

Tabela 15. Doses equianalgésicas de opióides (Fator de conversão (FC) em relação à morfina PO)

(Adaptado de Freire E., *Guia Prático de Controlo Sintomático*, NEMPAl, SPMI; 2017)

		FC	Dose (mg, ou mcg no caso da buprenorfina/fentanil)																		
Opióides para dor ligeira a moderada	Codeína	1:6	120	180	240																
	Tramadol oral	1:5	100		200	300		400													
	Tramadol ev/ sc	1:3,3	66	100	132	165	198	231	264	330	396										
Opióides para dor moderada a forte	Morfina oral	1:1	20	30	40	50	60	70	80	100	120	140	160	180	200	220	240	280	300	320	
	Morfina sc	2:1	10	15	20	25	30	35	40	50	60	70	80	90	100	110	120	140	150	160	
	Morfina ev	3:1	7	10	13	17	20	23	27	33	40	47	53	60	67	73	80	93	100	106	
	Oxycodona	1,5:1	10	20		40		60		80		100									
	Hidromorfona	5:1	4		8	12		16	20	24	28	32	36	40	44	48	56	60	64		
	Buprenorfina TD	75:1					35			52,5			70			105			140		
	Fentanil TD	100:1	12,5			25				50				75				100			
	Tapentadol	1:2,5	50	100		150		200		250	300	350	400	450	500						

Nota: o fator de conversão apresentado é um valor aproximado, variando ligeiramente entre diferentes publicações.

Dor irruptiva e dose de resgate

- Deve ser controlada por doses adicionais de opióides de libertação imediata – **dose de resgate**:
 - Favorecer formulações **transmucosas** e **SL**;
 - **Prevenção** de episódios de dor que são despoletados em certos contextos (ex.: tratamento de úlceras).

Dose de resgate
1/10 a 1/6
da dose total do
opióide basal nas 24h

Tabela 16. Opióides usados no tratamento da dor irruptiva

(Adaptado de Freire E., *Guia Prático de Controlo Sintomático*, NEMPAl, SPMI; 2017)

	Pico plasmático	Início ação	Duração ação
Morfina oral – IR*	15-60 min	15-30 min	3-6 h
Morfina SC	15 min	5-10 min	3-6 h
Morfina EV		3-5 min	2-4 h
Fentanilo SL	30-60 min**	6-10 min***	± 1h
Fentanilo transmucoso	20-240 min***	10-15 min	1-2 h
Buprenorfina SL	30min – 3.5 h	1'-20 h	6-8 h

* Libertação imediata (*immediate release*)

** Variável (15-240 min); maior com doses mais altas

*** depende de formulações e dose

Tabela 17. Abordagem dos efeitos secundários dos opióides

(Adaptado de Freire E., *Guia Prático de Controlo Sintomático*, NEMPAl, SPMI, 2017)

Obstipação	Hidratação Picossulfato de sódio, lactulose, macrogol, senosídeo, leite de magnésio, bisacodilo
Náuseas e vómitos	Metoclopramida, domperidona, ondansetron, dexametasona, haloperidol
Prurido	Cetirizina, hidroxizina, loratadina, rotação opióide
Sedação	Descontinuar outros sedativos, rotação opióide
Mioclónias	Rotação opióide, benzodiazepinas, hidratação
Delirium	Rotação opióide, haloperidol, benzodiazepinas
Depressão respiratória	Naloxona (0,4 ml (1 ampola) em 10ml NaCl 0.9% - administrar 1ml e avaliar resposta), em casos excepcionais, na existência da tríade clássica (FR < 8 ciclos/min, pupilas punctiformes, depressão do estado de consciência); se intoxicação por buprenorfina, naloxona 2mg EV cada 90 segundos, seguido de perfusão a 4ml/hora.

Tabela 18. Fármacos adjuvantes no controlo da dor

(Adaptado de 1º Curso Básico de Cuidados Paliativos, Hospital Prof. Fernando Fonseca, 2017)

Classe	Fármaco	Dose terapêutica
Anticonvulsivante	Pregabalina	150 – 600mg/dia, dividida por 2x/d
	Gabapentina	150 – 3600mg/dia, dividida por 3x/d
Antidepressivo	Duloxetina	30 – 60mg/dia
	Amitriptilina	25 – 150mg/dia
	Fluoxetina	20 – 40mg/dia
Neurolético	Haloperidol	1 – 5mg/dia
Benzodiazepina	Lorazepam	4,5 – 15mg/dia
	Midazolam	0,5 – 5mg/h EV ou SC
Anticolinérgico	Biperideno	2 – 6mg/dia oral
		5 – 10mg/dia EV

Rotação de Opióides

a) Quando fazer

1. Redução da capacidade analgésica por tolerância;
2. Efeitos adversos incontroláveis / toxicidade;
3. Perda de via oral ou para maior comodidade do doente.

b) Como fazer

1. Determinar a DDT do opióide utilizado (incluindo resgates);
2. Consultar tabelas de conversão para calcular a dose equivalente de opióide que pretendemos passar a utilizar, ou utilizar a fórmula:

$$DDT \text{ do novo opióide} = DDT \text{ do opióide em uso} \times \frac{\text{fator equianalgésico do novo opióide}}{\text{fator equianalgésico do opióide em uso}}$$

4. Reduzir 1/3 na DDT obtida do equivalente que vamos usar;
5. Dividir a nova DDT pelo nº tomas/aplicações diárias de acordo com formulação;
6. Ter atenção ao tempo de eliminação do opióide anterior em uso, para não haver sobredosagem ou período sem analgesia (ex.: ao rodar de transdérmico para perfusão parentérica, não esquecer que o opióide transdérmico demora 12-24h para ser eliminado);
7. Calcular a dose de resgate (PRN) que corresponde a cerca de 1/10 a 1/6 da DDT.

Tabela 19. Tabela de fármacos utilizados no tratamento da dor

(Adaptado de Freire E., *Guia Prático de Controlo Sintomático*, NEMPAl, SPMI, 2017)

	Formulações existentes	Início de acção	Duração de acção	Dose máxima diária	Observações
NÃO-OPÍOIDES	Paracetamol	Oral - 15-30 min EV - 5-10 min	6-8 h	3000mg	Analgésico e antipirético Toxicidade hepática (em particular com álcool)
	AINÉs (ex.: A.A.salicílico e derivados, COX1 e COX2)	De acordo com o fármaco			
OPÍOIDES	Codeína	Oral	3-6 h	360mg	Dor associada a inflamação Menor dose eficaz no menor tempo possível Efeitos adversos gastrintestinais, renais, cardiovasculares
	Tramadol	Oral	4-6 h 12-24 h	400mg	Combinação com paracetamol oral
	Tapentadol	Oral	12 h	500mg	Combinação com paracetamol oral
	Morfina	Oral	4h 12-24 h 3-6 h 2-4 h	*	Opióide de referência Em dose <30mg/dia tem efeito semelhante a um opióide do 2º grau
	Oxicodona	Oral	10-15 min	*	Em dose <20mg/dia tem efeito semelhante a um opióide do 2º grau
	Hidromorfona	Oral	30 min	*	<4mg/dia semelhante a opióide do 2º grau
	Buprenorfina	Transdérmico	11-21 h	140 ug/h	
	Fentanil	Transdérmico Sublingual	8-16 h 5-15min	*	
	Amitriptilina	Oral	1-3 semanas	150mg	Começar com dose baixa 25-50mg Efeitos adversos: xerostomia, sonolência, retenção urinária, efeito condução cardíaca.
	Venlafaxina	Oral	1-3 semanas	375mg	Iniciar dose baixa 37,5 a 75mg e ir titulando
Gabapentina	Oral	2-4 h	3600mg	Começar com dose baixa 100mg ³ vezes/dia e ir titulando	
Pregabalina	Oral	1 semana	600mg	Começar com dose baixa 75mg 2 vezes/dia e ir titulando	
Corticosteróides	Oral EV SC (dexametasona ^{***})	De acordo com o fármaco			Efeitos adversos: eventos cardiovasculares, hiperglicemia, osteoporose, psicose

dose máxima = dose que controla a dor / que o doente tolera

** ceterolac e diclofenac podem ser utilizados por via SC

*** dexametasona sempre usada em cateter independente

ADJUVANTES