

CONDUTA CONSERVADORA E AÇÕES DE EMERGÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DA COVID 19

Ferramentas para avaliação :
Score de Alerta Precoce(EWR) e Score 3D-Ticino-Cov19 (3DTiCoS)

Dr Zemilson Bastos*



* Representante Paliativos Sin 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.

Este é um trabalho traduzido e adaptado. Foi desenvolvido com o objetivo de orientar e ajudar os profissionais que trabalham nas difíceis circunstâncias da pandemia da COVID -19.

Não substitui, em hipótese alguma, a avaliação clínica do profissional, que deve utilizá-lo com critério e sob sua própria responsabilidade.

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).

Os cuidados paliativos estão inseridos na linha de cuidado do paciente com a COVID 19, pois podem oferecer gerenciamento de sintomas, apoio às famílias e cuidados espirituais. As equipes de cuidados paliativos, intensivistas e os clínicos precisam estar a trabalhar lado a lado, pois sabe-se que a maioria dos pacientes com a Covid-19 precisam de cuidados paliativos devido à grande carga de sintomas e a necessidade de comunicação clara e aberta tanto com os pacientes quanto com as suas famílias. No entanto, devido ao potencial de rápida deterioração, é necessário tomar decisões rapidamente e os planos de tratamento precisam ser claros e simples de serem seguidos pelas equipes de médicos generalista que estão na linha de frente da assistência. O atendimento aos pacientes com a Covid-19 resulta em enormes dilemas éticos e um alto custo para as equipes de saúde que os assistem, principalmente devido à escassez de recursos, tanto de pessoal quanto farmacêuticos. Os cuidados paliativos precisam se adaptar a um estilo emergencial de cuidado e estar à frente para ajudar na tomada de decisões, cuidar das famílias e oferecer apoio espiritual.

As avaliações foram adaptadas considerando-se o tempo de contato limitado devido aos requisitos de enfermagem para o controle de infecção e redução do risco de contaminação³.

Foram considerados Parâmetros de Alerta Precoce(EWR)¹ para avaliar os pacientes com a Covid-19, conforme recomendado pela OMS².

Uma ferramenta de avaliação específica foi desenvolvida e utilizada para a Covid-19 o 3D-Ticino 2019-nCov Score (3DTiCoS), que se concentra nos principais sintomas observados nessa população, como Dispnéia, Distress (angústia) e Desconforto (Dor). A ferramenta é mostrada na Figura 1.

Quanto a escolha de medicamentos, as orientações consideraram as limitações de recursos, particularmente a disponibilidade de midazolam e fentanil e são apresentadas para cada categoria clínica em que se encontra o paciente (estável, instável, e em cuidados de fim de vida), conforme Tabela 1. Alternativas terapêuticas podem ser consultadas no protocolo de Delirium, Sedação e Controle dos Sintomas.

PACIENTE ESTÁVEL	Pacientes estáveis, ainda tem possibilidades de recuperação. Muito sintomáticos, incluindo dispnéia, febre, ansiedade e tremores. Devem ser avaliados com as ferramentas 3DTiCoS e EWR a cada turno de enfermagem. A oximetria de pulso é mais útil do que a ausculta pulmonar, pois reduz-se o risco de contaminação e visto que alguns pacientes não dispnéicos podem estar hipóxicos. A dispnéia pode ser persistente ou intermitente e pode ser controlada com morfina.
PACIENTE INSTÁVEL	Um paciente pode apresentar-se instável ou deteriorar-se e tornar-se instável. A deterioração pode ser rápida. Pacientes instáveis são classificados por um aumento no EWR para mais de 7 e níveis de saturação diminuídos abaixo de 88%, irresponsivo ao oxigênio suplementar. Esses pacientes não se recuperarão e precisarão ter os seus sintomas controlados. É dada alguma hidratação para mantê-lo confortável, bem como cuidados com a cavidade oral e boca. A família precisa ser informada da mudança da condição clínica e pode ser possível marcar uma visita. As visitas devem ser curtas (cerca de 15 minutos) para reduzir o risco de contaminação ⁵ .
CUIDADOS NO FIM DA VIDA	Esses pacientes têm níveis muito baixos de saturação e estão morrendo. Se o paciente não conseguir se comunicar a agitação, os tremores (hipertermia), a angústia, a taquicardia e a taquipnéia (ABDT2 do italiano- Agitazione, Brividi (ipertermia), Angústia, Taquicardia e Taquipnéia), devem ser avaliadas a cada turno. O delírio é um problema, especialmente em combinação com a demência, pois aumenta o risco de contaminação. Os pacientes precisam de sedação. Se houver limitações na disponibilidade do midazolam, soluções alternativas precisam ser utilizadas empregando o diazepam ou a clorpromazina. A sedação também é usada na presença de hemoptise, mas a hemoptise é vivenciada apenas por uma minoria de pacientes ⁶ . A terapia com oxigênio e outros tratamentos fúteis são interrompidos e os cuidados de conforto ofertados. O oxigênio neste contexto não é útil para paliar os sintomas, pois não melhora o conforto dos pacientes hipóxicos, os opióides são mais eficazes ⁷ . Por outro lado, a máscara pode causar desconforto, especialmente em pacientes com delirium. Se possível, deve-se organizar uma visita da família. Não é recomendado o contato virtual com as famílias usando o Skype ou outro sistema on-line.

TABELA 1- CUIDADOS PALIATIVOS NO PACIENTE COM A COVID 19

FASES DA DOENÇA	MONITORIZAÇÃO (ENFERMAGEM)	CONTROLE DOS SINTOMAS
ESTÁVEL SCORE DE ALERTA PRECOCE (EWR¹) ≤7 FR ≤ 25/min Sat O₂: > 88% (Com máscara de Venturi até 60%)	 Avaliação uma vez por turno. - Avaliar áreas de pressão e a necessidade de colchão especial para aliviar a pressão. - Intensifique a comunicação com a família e o paciente, informe quanto aos riscos⁴.	Dispnéia / dor: Morfina por via oral 2-5 mg, 4/4 horas com doses de resgate (10% da dose diária total) ou SOS. Ansiedade: Lorazepam sub-lingual 1-2,5 mg, 8/8 horas ou SOS ou Levomepromazina VO 7,5 mg SOS. Febre: Paracetamol VO 1 g ou 600 mg via retal, 6/6 horas ou SOS. Calafrios: morfina 2-5 mg VO SOS Prescrição de opióides na insuficiência renal: Solicitar avaliação de um especialista. Reavaliar a necessidade de manutenção dos medicamentos de uso rotineiro e, se possível, temporariamente suspendê-los.
INSTÁVEL SCORE DE ALERTA PRECOCE (EWR¹) > 7 FR > 25 / min Sat O₂: <88%	 Avaliação duas vezes por turno. - Administração de O₂ (máximo 4 litros) - Observar o esforço respiratório - Informar a família sobre a condição clínica e propor visita.	Dispnéia / dor: Morfina EV / SC 5 mg, 4/4 horas com doses de resgate (10% da dose diária total) ou SOS . Ansiedade / delírio / angústia: Diazepam 2,5-5 mg EV ou retal 10 mg 8-12 horas com doses de resgate SOS ou clorpromazina 12,5-25 mg EV SOS . ALTERNATIVAS: CONSULTAR PROTOCOLO DE DELIRIUM Febre: Diclofenaco 75 mg EV SOS (máximo 12/12 horas) ou Paracetamol retal 600 mg SOS (máximo 6/6 h) Calafrios: morfina 5 mg EV SOS Hidratação -250 ml / dia . SUSPENDER TRATAMENTOS INÚTEIS/FÚTEIS
CUIDADOS NO FIM DA VIDA Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto (SARA) O₂ Sat: < 70%	 Avaliação três vezes por turno. - Avalie o ABDT* uma vez por turno se o paciente não se comunicar. - Suspender o O₂ - Informe a família e reavalie a visita do familiar - Cuidados básicos e cuidados orais	DISPNÉIA TERMINAL – DIFICULDADE RESPIRATÓRIA: - Morfina 5 mg EV / SC, 4/4 horas com doses de resgate (10% da dose diária total) ou SOS. Diazepam: 2,5-5 mg EV ou retal 10 mg de 8/8 h ou de 12/12 horas com doses de resgate SOS. Delirium hiperativo: - Diazepam 2,5-5 mg EV ou retal 10 mg 8/8 H OU 12/12 horas com doses de resgate SOS. - Clorpromazina 12,5-25 mg EV SOS. ALTERNATIVAS: CONSULTAR PROTOCOLO DE DELIRIUM Febre: Diclofenaco 75 mg EV SOS (máx. 12/12 horas) ou Paracetamol retal 600 mg SOS (máximo 6/6 horas) Calafrios: morfina 5 mg EV SOS

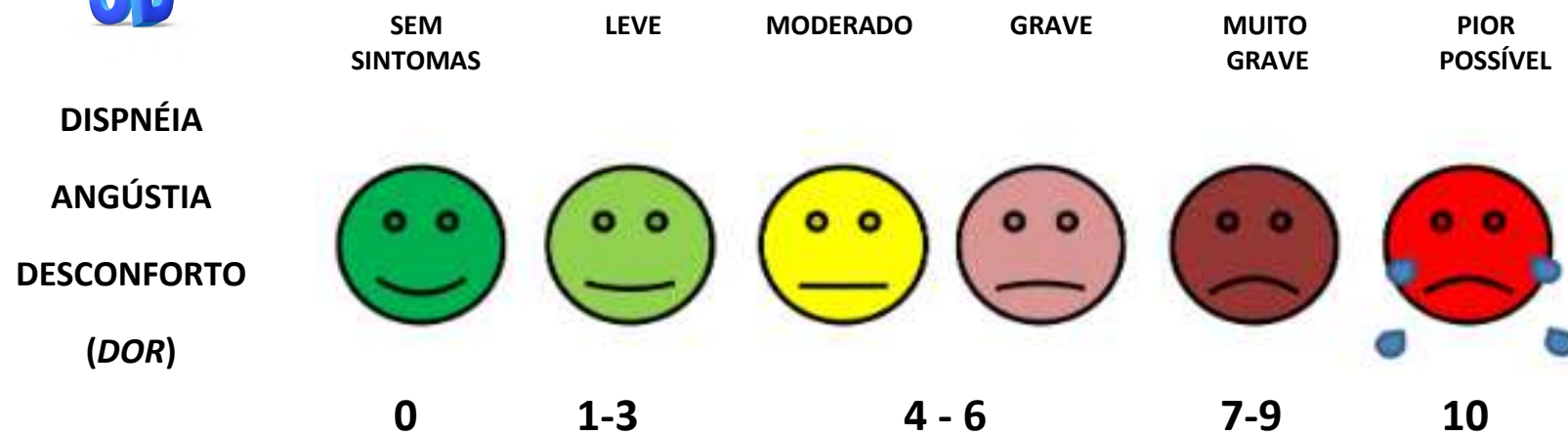
EWR¹-Pontuação e regras de alerta precoce para pacientes com a COVID 19.
FR-Frequência respiratória
O₂-Saturação de oxigênio



Dispnéia, Distress (Angústia), Desconforto(Dor).

*ABDT- Agitação, Tremores (hipertemia), Angústia, Taquicardia e Taquipnéia (Do italiano: Agitazione, Brividi (ipertermia), Distress, Tachicardia e Tachipnea).

SCORE 3D-TICINO PARA A COVID 19 (S- 3D-TiCo)



SCORE DE ALERTA PRECOCE (EWR¹- RECOMENDAÇÃO OMS²)

PARÂMETRO FISIOLÓGICO	PONTUAÇÃO						
	3	2	1	0	1	2	3
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA POR MINUTO	≤8	*****	9-11	12-20	*****	21-24	≥25
SpO2 ESCALA (1%)	≤91	92-93	94-95	≥96	*****		≥97 com oxigênio
SpO2 ESCALA (2%)	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 com ar	93-94 com oxigênio	95-96 com oxigênio	*****
AR OU OXIGÊNIO	*****	OXIGÊNIO	*****	AR	*****	*****	≥220
PRESSÃO SANGUÍNEA SISTÓLICA(mmHG)	≤90	91-100	101-110	111-219	*****	*****	≥131
PULSO POR MINUTO	≤40	*****	41-50	51-90	91-110	111-130	
CONSCIÊNCIA	*****	*****	*****	Alerta	*****	*****	Confuso, não responsivo aos comandos verbais e a dor
TEMPERATURA (°C)	≤ 35,0	*****	35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥ 39,1	*****

Referências

1. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP, 2017.
2. WHO (2020) Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Available at [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected) (Accessed 20 March 2020)
3. Sun, Q., Qiu, H., Huang, M., & Yang, Y. (2020). Lower mortality of COVID-19 by early recognition and intervention: experience from Jiangsu Province. *Annals of Intensive Care*, 10(1), 1-4.
4. Oliver, D. (2019). David Oliver: What to say when patients are “sick enough to die”. *British Medical Journal*, 367, l5917.
5. Ghinai I et al. (2020) First known person-to-person transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in the USA. *Lancet*. Available at [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30607-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30607-3) (Accessed 26 March 2020)
6. Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy: Report based on available data on March 20th, 2020 https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_20_marzo_eng.pdf (Accessed 25th March 2020)
7. Clemens et al. (2008) Use of oxygen and opioids in the palliation of dyspnoea in hypoxic and non-hypoxic palliative care patients: a prospective study. *Supportive care in cancer*, 17:367-377.

Material traduzido e adaptado de: Conservative management of Covid-19 patients – emergency palliative care in action Fusi-Schmidhauser Tanja¹, Preston Nancy², Nikola Keller¹, Gamondi Claudia¹

1- Palliative and Supportive Care Clinic, Institute of Oncology of Southern Switzerland and Ente Ospedaliero Cantonale, Switzerland

2- International Observatory on End of Life Care, Lancaster University, Lancaster, LA1 4YG, United Kingdom