



ORIENTAÇÕES RÁPIDAS PARA SUPORTE E
CONTROLE DE SINTOMAS EM SITUAÇÕES DE
CONTAMINAÇÃO PELO SARS CoV2 – COVID 19

SEDAÇÃO PALIATIVA

Dr Zemilson Bastos*

* Representante Paliativos Sínt 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 do original em espanhol disponibilizado pela equipe de Medicina Paliativa da Universidad de Navarra-España. 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 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).

A sedação paliativa é uma conduta terapêutica que resulta na diminuição proporcional do nível de consciência, para aliviar os sintomas refratários ao tratamento de rotina empregado. É conduta utilizada em pacientes não recuperáveis que não são candidatos a terapia intensiva, que evoluem desfavoravelmente e têm um prognóstico ruim a curto prazo.

A refratariedade dos sintomas é estabelecida por médicos especialistas após a aplicação dos tratamentos usuais dentro de um período de tempo razoável para a condição clínica. Nos sintomas da COVID 19, esses períodos podem ser tão curtos como algumas horas.

As dificuldades mais frequentes no controle sintomático de pacientes com a COVID19 são a dispnéia e a ansiedade. Em uma situação de pandemia, uma dificuldade adicional é que alguns profissionais que trabalham com pacientes com a COVID19 têm menos experiência no uso de opióides e sedativos. Muitas vezes, eles serão agentes de reforço de outras unidades que não lidam com esses medicamentos e têm medo de usar doses inadequadas de Morfina e Midazolam. Consultar colegas mais experiente e consultar e estudar os protocolos ajudará a adquirir conhecimento e capacitação.

Caso, apesar das medidas básicas (ver procedimento), a condição for considerada refratária e o paciente não for candidato a medidas de suporte respiratório com admissão na UTI, a dispnéia será um motivo para analisar a indicação da sedação paliativa em pacientes com a COVID 19. Outras razões para sedar são a agitação terminal (delirium) ou sangramento maciço. A **angústia vital** geralmente está presente, complicando o quadro de sofrimento respiratório extremo e levando a antecipação do momento de sedação. A angústia vital gera sofrimento e pode evoluir para uma situação refratária e intolerável.

Os fármacos de escolha na sedação paliativa são, nessa ordem: benzodiazepínicos (Midazolam), neurolépticos sedativos (Levomepromazine SC ou Clorpromazina EV), anticonvulsivantes (fenobarbital IM ou SC) e anestésicos hipnóticos (Propofol EV).

OBJETIVO

Uma orientação rápida para a sedação paliativa é apresentada para uso nos casos relativos a pandemia da COVID 19. O contexto da insuficiência respiratória foi levado em consideração para propor o uso da morfina como adjuvante ao principal medicamento sedativo que é o midazolam. Também é proposto o uso do Brometo de N-butilescopolamina(Hioscina) para evitar secreções que causam estertores/roncos nas últimas horas de vida.

Uma alternativa com um perfusor que permite ajustes de dose por hora e outra com infusores subcutâneos descartáveis com doses fixas são apresentadas.

PROCEDIMENTO PARA SEDAÇÃO PALIATIVA

1. Certificar-se de que as medidas básicas para o alívio dos sintomas estão em vigor antes de tomar a decisão de sedar

a. A sensação de falta de ar é efetivamente aliviada com doses muito baixas de morfina (12 mg de morfina em 24 horas como uma infusão intravenosa ou subcutânea ou 2-3 mg a cada 4 horas por via subcutânea ou 4-6 mg a cada 4-6 horas por via oral).) Observa-se que essas doses melhoram não apenas a sensação irritante de falta de ar, mas também a mecânica respiratória: o paciente respira com mais calma e eficácia, sem alterar os gases sanguíneos.

b. A angústia ou a ansiedade estão presentes em muitos pacientes com a COVID 19, principalmente a ansiedade causada pelo medo de ter grande dificuldade em respirar ou afogar-se. Não poder contar com a presença e apoio contínuos da família e a incerteza sobre as consequências da doença também são fontes de ansiedade. Nessas situações, doses muito baixas de Midazolam (cerca de 10 ou 15 mg em 24 horas) são muito eficazes.

c. Na maioria dos casos, uma infusão intravenosa ou subcutânea de Midazolam nessas doses aliviará e evitará a sedação paliativa devido a sintomas refratários. Alguns desses pacientes podem se recuperar continuando as terapias estabelecidas e o suporte respiratório.

d. Como alternativa, se o Midazolam não estiver disponível, os neurolépticos sedativos em baixas doses também podem ser usados como a Levomepromazina¹ ou a Clorpromazina 4-6 mg a cada 8-12 horas por via oral ou 12 mg / dia como infusão intravenosa. Não é apropriado aumentar para doses mais altas de sedativos, pois isso pode diminuir a capacidade do paciente em colaborar com a terapia ventilatória de que precisará para recuperar-se em uma ou duas semanas.

2. Se o médico considerar que a situação é refratária, ele deve propor sedação paliativa ao paciente de maneira adequada (em pacientes muito confusos ou em delirium, isso não será possível, em pacientes com grande dificuldade respiratória pode ser inadequado)

e. Muitas vezes há a necessidade de informar-se com mensagens implícitas a esperar a análise e o consentimento explícito do paciente (por exemplo: “Entendo que você está tendo um momento muito ruim ”ou“ você está respirando com dificuldade ”ou“ você está muito sobrecarregado ”,“ nós pensamos que talvez você sinta-se melhor dormindo, o que você acha? ”).

f. Em equipe, a maneira de falar sobre a sedação deve ser clara e deve-se evitar que seja assimilada equivocadamente tal como algumas práticas antiéticas não médicas.

g. Deve-se anotar no prontuário o processo de decisão, as circunstâncias que o aconselham e o consentimento do paciente. A decisão deve ser multidisciplinar e deve envolver o paciente, seus familiares ou seu responsável legal e estar alinhada a Legislação e ao Código de Ética Médica/CFM.

3. Como dose de indução, aconselha-se administrar 5 mg de morfina e 5 mg de midazolam, por via subcutânea ou por via intravenosa lentamente.

¹ A levomepromazina esta disponível em apresentação oral, não há apresentação venosa disponível no Brasil

4. Em seguida, a medicação é administrada em infusão contínua de um dia:

A. Alternativa se for usada a apresentação de Midazolam 5 mg/5 ml (Clínica Universidad de Navarra-*Madrid*)

MEDICAÇÃO	DOSE PARA 24 HORAS	APRESENTAÇÃO	AMPOLA	VOLUME
Morfina	30 mg	Amp. de 10mg/1ml	3	3 ml
Midazolam	50 mg	Amp. de 5 mg/5ml ⁽²⁾	10	50 ml
Hioscina	60 mg	Amp. de 20 mg/1ml	3	3 ml
Volume total				56 ml

2-Há também outra apresentação de ampolas de Midazolam 50mg em 10ml.

B. Alternativa se for utilizada a apresentação de Midazolam 15 mg/3 ml (Clínica Universidad de Navarra- *Pamplona*)

MEDICAÇÃO	DOSE PARA 24 HORAS	APRESENTAÇÃO	AMPOLA	VOLUME
Morfina	30 mg	Amp. de 10mg/1ml	3	3 ml
Midazolam	45 mg	Amp. de 15 mg/3ml ⁽²⁾	3	9 ml
Hioscina	60 mg	Amp. de 20 mg/1ml	3	3 ml
Volume total				15 ml

2-Há também outra apresentação de ampolas de Midazolam 50mg em 10ml.

5. A solução pode ser infundida em bomba de infusão, por via intravenosa ou subcutânea, diluindo essas quantidades para 100 ml de volume total com soro fisiológico a 0,9%. A infusão contínua será iniciada com 4 ml/h (aproximadamente 2 mg/h de midazolam). Se necessário, devido à sedação insuficiente, a taxa de infusão poderá ser aumentada em +1 ou +2 ml / hora, até a cada hora ou pode ser usada medicação de resgate (veja abaixo).

6. A solução também pode ser infundida em um infusor descartável de uso único (bomba elastomérica), com administração em uma taxa fixa de 2 ml / h,

- Com as ampolas de Midazolam 5 mg / 5 ml, é obtido um volume total de 56 ml, para ser colocado por via subcutânea ou intravenosa. A infusão desse volume a 2 ml / h dura 28 horas.
- Com ampolas de Midazolam 15 mg / 5 ml, os medicamentos somam um volume de 15 ml. São adicionados 35 ml de soro fisiológico a 0,9% para completar um volume total de 50 ml. Dura 25 horas.
- Com as ampolas de Midazolam 50 mg / 10 ml, 35 ml de soro fisiológico a 0,9% devem ser adicionados à mistura de medicamentos proposta para completar um volume total de 50 ml. A infusão desse volume dura 25 horas.
- Estima-se que uma dose básica de Midazolam para sedação profunda moderada seja de 2mg / h na maioria dos pacientes. Para facilitar a preparação do infusor, os volumes foram arredondados.
- No caso de colapso no estoque de Midazolam, uma das alternativas é a **clorpromazina**.

Clorpromazina

3 a 5 mg/hora EV

**Vasodilatação dose dependente
resultando em redução da pressão arterial.
Preparo da soluções EV com solução salina normal.**

A report of the Standards and Best Practices Committee Hospice & Palliative Care Federation of Massachusetts

- Se o nível de sedação desejado não for atingido após 8 horas, um SEGUNDO infusor descartável pode ser ADICIONADO com uma solução de 50 mg de Midazolam em 50 ml de volume total, infundindo a 2 ml / h em 24 horas.

7. Existem outros infusores descartáveis de uso único que administram taxas variáveis em ml / hora fixas ou variáveis. Os cálculos são sempre feitos, de acordo com o ritmo e o volume total que será infundido em 25 horas. O medicamento indicado na tabela é diluído até esse volume total, que é completado com solução salina.

8. O midazolam na dose de 5 mg subcutâneo ou intravenoso de resgate, pode ser administrado lentamente a qualquer momento. Podem ser administradas doses de resgate de morfina 3 mg SC ou EV, até a cada hora se o componente respiratório predominar e pode ser adicionada a clorpromazina caso o paciente evolua com agitação.

9. Se o paciente não estiver confortável, deve-se solicitar ajuda ao médico especializado em Medicina Paliativa ou ao médico Anestesiologista.

REFERÊNCIAS

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. Comunicaciones personales de Eduardo Bruera, Johan Menten y Sebastiano Mercadante
8. Recomendaciones de la AEMPS para la gestión de medicamentos para el manejo de pacientes en fase terminal COVID-19 (30.Marzo.2020)
9. Palliative Sedation Protocol. A report of the Standards and Best Practices Committee Hospice & Palliative Care Federation of MA. April 2004