

Cuidados paliativos na emergência

Autores e Afiliação:

Equipe do Serviço de Cuidados Paliativos da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto: André Filipe Junqueira dos Santos (médico), José Carlos dos Santos (médico), Rita de Cássia Quaglio (enfermeira), Frederica Montanari Lourençato (assistente social), Mariana Honorato Giardini (farmacêutica), Ana Maria Fortaleza Teixeira Fischer (psicóloga) e Josirlei Aparecido da Silva (capelão).

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica

Data da última alteração: segunda, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: quinta, 30 de agosto de 2018

Objetivos:

Identificar pacientes em situações de emergência médica que apresentem indicação de atenção paliativa. Muitas vezes uma a equipe de uma Sala de Emergência não tem tempo suficiente para atender plenamente as necessidades do paciente em fase final de vida ou alterar desfechos agudos desses pacientes. A atuação de uma equipe de Cuidados Paliativos tem um papel vital na Sala de Emergência para discussões iniciais sobre más notícias e a introdução de Cuidados Paliativos no tratamento do paciente. A percepção de necessidades de Cuidados Paliativos para com os pacientes, por parte da equipe da Sala de Emergência é ponto fundamental.

Definição / Quadro Clínico:

Três fatores que sugerem que os pacientes estão chegando ao fim da vida são:

1. A questão surpresa: "Você ficaria surpreso se este paciente fosse morrer nos próximos meses, semanas, dias '?

2. Indicadores gerais de declínio - deterioração, aumentando a necessidade ou escolha por não ter mais tratamentos intensos.
3. Indicadores clínicos específicos relacionados com doenças crônicas degenerativas.

Diagnóstico:

1 - Pergunta surpresa

A indicação de Cuidados Paliativos em situações de emergência deve partir da percepção da equipe de saúde sobre a sobrevida do paciente. Para pacientes com doença avançada com condições limitantes de vida a equipe deveria fazer a auto avaliação através da pergunta surpresa: “Você ficaria surpreso se o paciente fosse morrer nos próximos meses, semanas, dias?”.

A resposta a esta questão deve ser intuitiva, reunindo uma série de condições clínicas, comorbidade, fatores sociais e outras que dão um quadro completo de deterioração. Caso a equipe considere que NÃO ficaria surpresa com a possibilidade de óbito do paciente em um intervalo de tempo reduzido ou apresente dúvidas sobre essa possibilidade, deve-se em seguida avaliar a presença de indicadores gerais de declínio funcional.

Exames Complementares:

2 - Indicadores Gerais de Indicação de Cuidados Paliativos.

- Diminuição do nível de atividade funcional: desempenho funcional em declínio (ex: auto cuidado limitado, na cama ou cadeira mais de 50% do dia) e aumento da dependência na maioria das atividades da vida diária;
- Co-morbidade é considerado como o maior indicador preditivo de mortalidade e morbidade;
- Declínio físico geral e crescente necessidade de apoio;
- Doença avançada - instável, deteriorando com sintomas intensos;
- Diminuição da resposta ao tratamento, reversão diminuída;
- Escolha de nenhum tratamento invasivo;
- Perda de peso progressiva (> 10%) nos últimos seis meses;
- Repetidas admissões não planejadas;

- Presença de evento sentida (ex: quedas, luto, transferência para instituição de longa permanência);
- Albumina sérica $<2,5$ g / l.

Tratamento:

3 – Indicadores clínicos específicos de gravidade e progressão de doenças - avaliar a presença de critérios objetivos de mau prognóstico para as seguintes doenças selecionadas.

- Doença Oncológica (presença de somente um critério);
- Diagnóstico confirmado de câncer metastático (estágio IV) e, em alguns casos, como nos tumores do pulmão, pâncreas, estômago e esôfago também em estágio III, que apresentem: má resposta ou contra-indicação a tratamento específico, manifestação evolutiva da doença ou envolvimento metastático de órgãos vitais (SNC, fígado, pulmão, etc);
- Deterioração funcional significativa (Palliative Performance Status (PPS) $<50\%$);
- Sintomas persistentes mal controlados ou refratários, apesar de tratamento específico otimizado;
- Doença pulmonar crônica (presença de dois ou mais critérios);
- Dispneia em repouso ou com esforço mínimo entre exacerbações;
- Sintomas físicos ou psicológicos difíceis de manejar, apesar do tratamento ótimo bem tolerado;
- No caso de dispor de provas de função respiratória (com aviso sobre a qualidade das provas) avaliar presença de critérios de obstrução grave: FEV1 $<30\%$ ou critérios de déficit restritivo grave: CV forçado $<40\%$ / DLCO $<40\%$;
- Em caso de dispor de gasometria arterial de base, presença de critérios de oxigenoterapia domiciliar ou estar atualmente realizando este tratamento em casa Insuficiência cardíaca sintomática associada;
- Hospitalizações recorrentes (> 3 internações em 12 meses por exacerbação do DPOC);
- Doença cardíaca crônica (presença de dois ou mais critérios);
- Insuficiência cardíaca estágio III ou IV, doença grave valvar ou doença coronária extensa não revascularizável;

- Dispnéia ou angina de repouso a mínimos esforços;
- Sintomas físicos ou psicológicos difícil de gerir, apesar do tratamento otimizado bem tolerado;
- Em caso de dispor de ecocardiograma: fração de ejeção severamente deprimida (<30%) ou HAP grave (PSAP > 60 mmHg);
- Insuficiência renal associada (TFG <30 l / min);
- Admissões hospitalares com sintomas de insuficiência cardíaca / isquêmica, doença recorrente (> 3 nos últimos 12 meses);
- Acidente Vascular Cerebral (presença de somente um critério);
- Durante a fase aguda e subaguda (menos de 3 meses após o AVC): estado vegetativo persistente ou minimamente conscientes por mais de 3 dias;
- Durante a fase crônica (mais de 3 meses após o AVC): complicações de saúde com repetição (pneumonia por aspiração, apesar de medidas antidisfagia), infecção do trato urinário superior (pielonefrite) de repetição (> 1), febre recorrente apesar de antibióticos (pós febre persistente após uma semana de antibioticoterapia), úlceras de decúbito estágio 3 ou 4 refratárias ou demência com critérios de gravidade pós AVC;
- Doença do neurônio motor: Esclerose Múltipla e Doença de Parkinson (presença de dois ou mais critérios);
- Deterioração progressiva da função física e / ou cognitivo, apesar de tratamento otimizado;
- Sintomas complexos e de difícil controle;
- Problemas de fala / maior dificuldade para comunicar-se Disfagia progressiva;
- Pneumonia por aspiração recorrente, dispnéia ou insuficiência respiratória Doença Hepática Crônica Grave (presença de somente um critério);
- Cirrose avançada: estadiamento Child C (determinada na ausência de complicações ou tendo recebido tratamento otimizado), pontuação de MELD-Na acima de 30 ou com uma ou mais das seguintes complicações médicas: ascite refratária, síndrome hepato-renal ou sangramento gastrointestinal alto por hipertensão portal persistente com fracasso do tratamento farmacológico e endoscópico e paciente não é candidato para TIPS ou não é candidato a transplante;

- Carcinoma hepatocelular: presente, em estágio C ou D;
- Doença Renal Crônica Grave - fase 4 ou 5 (presença de dois critérios);
- Pacientes que escolhem a opção que não desejem terapia dialítica ou descontinuação da diálise ou que não estejam optando por diálise se seu transplante renal falhou;
- Pacientes com sintomas físicos ou psicológicos refratários decorrentes da doença renal apesar de tratamento renal otimizado ou em terapia dialítica;
- Insuficiência Renal Sintomáticas: náuseas e vômitos, anorexia, prurido, desempenho funcional reduzido, sobrecarga de líquidos;
- Demência (presença de dois ou mais critérios);
- Critérios de gravidade: incapacidade de se vestir, lavar ou comer sem ajuda (FAST 6c), o aparecimento de dupla incontinência (FAST 6d-e) ou incapacidade de falar ou comunicar com sentido, 6 ou menos palavras inteligíveis - (Fast 7);
- Critérios de progressão: perda de 2 ou mais ABVD (atividades básicas da vida diária) nos últimos 6 meses, apesar de intervenção terapêutica adequada (não considerar na situação aguda) ou surgimento de dificuldade em engolir, de recusa em se alimentar, em pacientes que não recebem nutrição enteral ou parenteral;
- Critérios de uso de recursos: múltiplas internações (mais de 3 nos últimos 12 meses, por eventos como pneumonia aspirativa, pielonefrite, septicemia, dentre outros que levem a deterioração funcional e/ou cognitiva);
- Síndrome da fragilidade;
- Indivíduos que apresentam múltiplas comorbidades com prejuízo significativo no dia-a-dia e desempenho funcional reduzido, por exemplo, Barthel / ECOG / Karnofsky/PPS;
- Combinação de pelo menos três dos seguintes sintomas:
 - Fraqueza;
 - Velocidade de marcha reduzida;
 - Perda de peso significativa;
 - Baixa atividade física espontânea;
 - Depressão.

Metas e Indicadores:

Caso os pacientes avaliados pelo fluxograma apresentem critérios positivos, eles devem ser considerados elegíveis para ações paliativas, sendo que tais medidas devem ser correlacionadas ao tratamento terapêutico em vigor e potencializadas com base na ausência de resposta ao tratamento em vigor, aumentando a probabilidade de óbito do paciente.

As recomendações básicas para o cuidado paliativo de pacientes identificados são:

1. Identificar as suas necessidades multidimensionais (física, psicológica, espiritual e social);
2. Praticar um modelo de atenção impecável, com atenção a todos as necessidades e acompanhamento regular;
3. Desenvolver um plano terapêutico multidimensional e sistemática (Meta de Cuidados). As metas devem ser definidas através da discussão com o paciente (se consciente e com desejo de participar de tal conversa) e seu responsável. As metas pode compreender a ordem de não reanimar (manutenção de todas as medidas curativas até que a morte ocorra por parada cardiorrespiratória), a ordem de retirada (suspensão de uma ou várias medidas que estejam prolongando o processo de morrer) e a ordem de não oferta (não iniciação de medidas de suporte curativo que possam prolongar o processo de morte de um indivíduo);
4. Identificar valores e preferências do paciente: bioética e documentar decisões de planejamento antecipado (Diretiva Antecipada de Vontades);
5. Envolver a família e o cuidador principal;
6. Realizar a gestão dos casos, com atenção contínua, coordenando e integrando equipes envolvidos no atendimento.

Referências Bibliográficas:

1. Gómez-Batiste X1, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Villanueva A, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Constante C. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care*. 2013 Sep;3(3):300-8.
2. <http://www.goldstandardsframework.org.uk> Acessado em 01 de agosto de 2016
3. <http://www.mypcnow.org/blank-h3y60>. Acessado em 01 de agosto de 2016
4. Grace Kelly Paranhos, Sergio Rego “Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas” *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014; 22 (3): 519-28