

Sedação Paliativa do Paciente Terminal

Fabíola Leite Nogueira ¹, Rioko Kimiko Sakata, TSA ²

Resumo: Nogueira FL, Sakata RK – Sedação Paliativa do Paciente Terminal.

Justificativa e objetivos: Apesar da ampla discussão sobre o assunto na literatura médica, a maioria das questões continua não respondida devido à falta de definições e orientações claras, além do grande número de contradições na literatura. O objetivo desta revisão é tentar verificar a melhor forma de sedação dos pacientes com câncer.

Conteúdo: Foram colhidos dados sobre sedação: definições, classificações, principais manifestações e critérios para indicação, seleção de medicamentos usados, os medicamentos mais empregados, doses e vias, duração da sedação, suporte nutricional e hidratação durante a sedação e sedação domiciliar.

Conclusões: Apesar de nos últimos anos a sedação paliativa estar sendo considerada prática médica normal, ainda existem várias lacunas em nossa compreensão atual. Não existe consenso sobre quais os fármacos padrões, manutenção ou não de alimentação, ingestão de líquidos, e hidratação. Além disso, faltam esclarecimentos éticos sobre possíveis efeitos no encurtamento da vida, e o processo de tomada de decisão.

Unitermos: Assistência Paliativa; DOENÇAS, Câncer; SEDAÇÃO, Profunda.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

O tratamento paliativo é indicado para o paciente com doença avançada, em fase terminal. O paciente terminal é aquele cuja doença é irreversível, quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. Entretanto, há dúvidas sobre o momento para o início, o medicamento, a dose, e a via a ser empregada para sedação paliativa.

No intuito de reduzir a consciência, oferecer conforto e aliviar a angústia intolerável do paciente, podem ser usadas medicações sedativas ^{1,2}. Há muito tempo, tem sido muito debatida a sedação do paciente terminal, tanto no campo dos cuidados paliativos, como fora dele. Alguns autores descrevem a sedação do paciente terminal como uma forma de eutanásia lenta ou misericordiosa ^{3,4}. De acordo com esses autores, a sedação está associada com importantes questões éticas. Apesar da ampla discussão sobre o assunto na literatura médica, a maioria das questões continua não respondida devido à falta de definições e orientações claras, além do grande número de contradições na literatura ^{4,5}.

Recebido da Disciplina de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva - Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

1. ME-4 em DOR; Especialização em Anestesiologia
2. Doutora; Coordenadora do Setor de Dor

Submetido em 8 de fevereiro de 2011.
Aprovado para publicação em 5 de setembro de 2011.

Correspondência para:
Dra. Rioko Kimiko Sakata
Rua Três de Maio 61/apto51
Vila Clementino
04044020 – São Paulo, SP, Brasil
E-mail: riokoks.dcir@epm.br

Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), a “sedação paliativa” do paciente terminal deve ser distinguida de eutanásia. Na sedação paliativa, o objetivo é aliviar o sofrimento, usando fármacos sedativos titulados apenas para controle dos sintomas. Na eutanásia, a intenção é tirar a vida do paciente, administrando-se um fármaco letal ^{1,6}. Significa que a sedação paliativa, corretamente indicada, na dose correta, por via adequada, não é um “atalho” para se atingir o mesmo objetivo da eutanásia ³. Não existe evidência de que a sedação paliativa administrada apropriadamente encurta a vida. Para sedação paliativa, portanto, é muito importante que a consciência seja reduzida apenas até o nível suficiente para o alívio dos sintomas, o que é individual e pode variar amplamente ³.

Definições

Muitos termos são utilizados nos estudos sobre sedação em pacientes em cuidados paliativos, e muitas vezes, confusos. Muitos termos são usados como sinônimos, dificultando a pesquisa bibliográfica ^{4,7}. Os termos utilizados para se indicar o uso da terapia com sedação paliativa muitas vezes causam dúvida, sendo que às vezes é para “sintomas intoleráveis”, e outras para “sintomas refratários”.

Alguns autores criticaram o uso do termo “sedação terminal” como sinônimo de “sedação paliativa”, considerando que o primeiro pode ser interpretado como se a intenção da sedação fosse “terminar” a vida, e não o alívio dos sintomas, como sugere o segundo ^{3,7}.

Outros autores propuseram definições específicas para a sedação paliativa e os sintomas que indicam seu uso. Sedação paliativa, portanto, seria o uso de medicações sedativas com o objetivo de aliviar sintomas intoleráveis e refratários

a outros tratamentos, pela redução do nível de consciência. Sintomas intoleráveis deveriam ser determinados com base na evolução do paciente, em conjunto com equipe médica, cuidadores e familiares. Os sintomas seriam definidos como refratários quando todas as outras formas de tratamento tivessem falhado em controlá-los, sem comprometer o nível de consciência do paciente ^{4,7}.

Terapia de sedação paliativa é definida como uso de medicamentos sedativos específicos para aliviar sofrimento intolerável por sintomas refratários, por redução da consciência do paciente, usando titulação cuidadosa de medicamentos para cessar os sintomas ⁸.

Sedação paliativa não é eutanásia porque é uma intervenção proporcionada com intenção de promover alívio dos sintomas, e a morte do paciente não é um critério de sucesso ⁸.

A sedação paliativa pode ser classificada conforme o grau, em leve ou consciente, quando a consciência é mantida permitindo comunicação do paciente, e profunda, quando o paciente permanece semiconsciente ou inconsciente. De acordo com a duração é classificada em intermitente, quando o paciente tem alguns períodos de alerta, e contínua, quando inconsciente até o óbito ⁷. Para ser indicada a sedação contínua e profunda, a doença deve ser irreversível e avançada, com morte esperada para horas ou dias ⁸. A sedação paliativa não causa redução do tempo de sobrevivência ⁹.

Sobrevivência após o início da sedação

Alguns autores compararam o tempo de sobrevivência entre os pacientes sedados e os não sedados, não encontrando diferença estatística nos resultados ^{4,10,11}. Em estudo retrospectivo, entretanto, os pacientes que receberam sedação durante a última semana tiveram sobrevida significativamente maior do que os que foram sedados apenas nas últimas 48 horas de vida ¹¹. Além disso, em outro trabalho não foi encontrada relação entre o tempo de sobrevivência dos pacientes sedados e os fármacos utilizados ⁴.

Em uma unidade de cuidados paliativos, a sobrevida dos pacientes sedados foi maior do que os que não foram sedados ¹².

Indicações

As principais indicações para sedação são: dor, delírio, agitação, e dispneia ^{3,12-16}. Geralmente os pacientes apresentam pelo menos dois sintomas refratários e os mais importantes foram: dor, fadiga, vômito, depressão, moleza, cansaço, convulsões, hemorragia, insônia, sofrimento, angústia, e mal estar ^{9,15,17-19}. A sedação é indicada pela progressão do câncer com caquexia e falência de órgãos, e falha nos tratamentos paliativos como, esteroides para fadiga, opioides para dispneia, antissecretores para secreção brônquica, antipsicóticos para delírio e opioides para dor ¹⁷.

Existem alguns critérios para se indicar a sedação do paciente terminal, os quais devem ser rigorosamente seguidos, a fim de apenas aliviar o sofrimento do paciente (não da família), e não antecipar seu óbito ^{4,20}.

Foi realizada uma enquete entre os neurologistas da academia americana para saber a opinião dos mesmos em relação à sedação. Dos médicos que responderam, 96% acreditam que o objetivo da sedação é aliviar o sofrimento; 85% não consideram que seja equivalente a eutanásia e, 92% consideram aceitável para pacientes com câncer terminal ²¹.

A indicação deve ser definida, de preferência pela equipe multiprofissional, se a doença é irreversível, e a morte é esperada em uma ou duas semanas ³. A decisão de iniciar o tratamento com fármacos sedativos deve estar de acordo com a vontade do paciente, família ou responsável legal e em consenso com a equipe médica. As contraindicações, metas e expectativas com relação à sedação devem ser discutidas com a família, equipe assistencial e com o paciente, quando possível, assim como deve ser esclarecida a possibilidade de suspensão ou intermitência da sedação. Todas as pessoas envolvidas nos cuidados com o paciente devem ser informadas e agregadas. Os membros da família devem ser encorajados a permanecer ao lado do paciente. Apoio psicológico deve ser oferecido a todos os pacientes e familiares com indicação de sedação paliativa. O apoio ao processo de luto deve ser mantido após o óbito. A equipe assistencial mantém a avaliação de riscos e necessidades considerando o aspecto espiritual, emocional, cultural e social, respeitando as condições e as solicitações da família ²⁰.

Todas as etapas do processo de cuidado devem estar claramente descritas no prontuário do paciente e recomenda-se que um consentimento documentado seja obtido pelo paciente ou seu responsável legal ²⁰.

As manifestações das quais se busca alívio devem ser intoleráveis ao paciente, e também devem de ser claramente definidos e compreendidos como parte da doença pelo profissional de saúde. Em um estudo, baseado em índice de prognóstico paliativo, 94% dos pacientes teriam sobrevida menor que três meses ¹⁷.

A sedação paliativa é administrada somente quando o sofrimento refratário é evidente e para pacientes sem perspectivas ⁹. A equipe que acompanha o paciente deve ter experiência suficiente para saber quando o sintoma é refratário ⁸.

Tomada de decisão

A sedação deve ser considerada e discutida entre os profissionais de saúde, paciente e sua família, diante de uma situação de grave sofrimento causado pelos sintomas refratários. As condições do paciente devem ser minuciosamente avaliadas. A decisão de sedar ou não envolve o nível da sedação (superficial ou profunda), a escolha da medicação e da dose ³.

Em respeito à liberdade e o direito à autonomia, os autores recomendam um termo de consentimento esclarecido dirigido ao médico responsável, assinado por uma pessoa adulta, em conformidade com os requisitos legais, no qual ele se declara consciente das indicações, dos riscos e dos cuidados que serão tomados, autorizando o tratamento paliativo com sedativos. O

termo de consentimento também deve conter o pedido para não ser aplicadas medidas como reanimação cardiopulmonar, diálise, conexão a um respirador e transfusão de sangue ²⁰.

Em alguns países como a Holanda, a legislação permite que, em casos de desacordo entre a equipe médica e a família, o médico tenha a palavra final na tomada de tal decisão ³. Em situações de risco de vida, como insuficiência respiratória devido a crescimento tumoral ou sangramento, a equipe médica pode decidir iniciar a sedação paliativa sem consulta à família ³.

Os critérios específicos para sedação paliativa não são totalmente definidos na literatura, mas devem ser respeitados todos os seguintes:

- Presença de uma doença terminal com pelo menos um sintoma refratário;
- Esgotamento dos tratamentos dirigidos ao sintoma, incluindo o tratamento de depressão, delírios e ansiedade;
- Avaliação para as questões espirituais por um clínico especializado ou membro do clero;
- Debate sobre a continuidade do suporte nutricional e hidratação;
- Obtenção do consentimento livre e esclarecido;
- Ordem, por escrito, de não reanimar ²².

Seleção de fármacos

O início da sedação paliativa é uma ocasião de grande carga emocional para a família, especialmente, se ela induz uma rápida perda de consciência e da comunicação. No início da sedação algumas vezes são necessárias intervenções do médico. Nas fases subseqüentes, a administração dos fármacos pode ser legada a um enfermeiro ou a um cuidador ³.

Uma vez que a decisão de se sedar tenha sido tomada, os seguintes princípios devem ser seguidos ²²:

- Escolher apropriadamente o agente para iniciar a sedação, considerando os sintomas apresentados pelo paciente;
- Monitorar o nível de sedação, utilizando escalas específicas como a de Ramsay;
- Titular a dose dos sedativos até obtenção do nível de sedação desejado;
- Administrar doses adicionais em bolo ou associar outros agentes para manutenção do nível atingido.

A escolha do fármaco a ser utilizado para sedação, na maior parte das vezes depende da experiência dos profissionais e da instituição. As medicações mais usadas são os benzodiazepínicos, especialmente o midazolam, e os barbitúricos. Outras medicações amplamente usadas são os neurolepticos ²². Os benzodiazepínicos têm sido usados isolados ou em associação com neurolepticos e opioides ¹³.

Em uma revisão de sedação domiciliar, 93% dos pacientes receberam midazolam e 7% levomepromazina ¹⁴. Em outra, os medicamentos foram: midazolam, morfina, haloperidol, fentanil transdérmico e prometazina ¹⁵. Em uma unidade de cuidados paliativos, 70% dos pacientes receberam benzodiazepínicos, mas somente 3,1% sedação profunda e contínua ²³.

Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são considerados os medicamentos de primeira escolha na ausência de delírio. Eles devem ser administrados por via subcutânea ou venosa, em bolos intermitentes ou infusão contínua ²⁴.

O midazolam é o fármaco mais utilizado para sedação paliativa, sendo considerado medicamento de primeira escolha ^{8,18,25}. Não foi encontrado, por essa revisão, nenhum estudo comparando o midazolam com outros fármacos. Mas por suas características farmacodinâmicas acredita-se que ele tenha vantagens em relação aos outros benzodiazepínicos. É um ótimo ansiolítico, tem efeito anticonvulsivante, promove amnésia e causa poucos efeitos adversos. Suas características farmacocinéticas também são favoráveis. A meia-vida de eliminação é curta (fator importante, principalmente na sedação intermitente), a dose é fácil de ser titulada, pode ser combinado com outros medicamentos usados em cuidados paliativos e ainda pode ser administrado por via parenteral. Ademais, seu efeito pode ser antagonizado pelo flumazenil ^{4,24}. Em uma unidade de cuidados paliativos, o midazolam foi usado em 10% dos pacientes em sedação ¹⁶.

Os benzodiazepínicos foram administrados por via oral ou sublingual em 71.8% dos pacientes ²³. Lorazepam foi administrado principalmente para ansiedade e agitação, oxazepam para induzir sono e midazolam para sedação ²³. A agitação pelo delírio pode ser aliviada com midazolam ¹². Foram prescritos diazepam e clonazepam para prevenção ou tratamento de convulsões ²³.

O uso de benzodiazepínicos para sedação, no entanto, nem sempre implica no adequado controle dos sintomas ²⁶.

Opioides e tramadol

Os sintomas do paciente devem ser levados em conta na escolha dos sedativos. Se o paciente tem dor, que é o sintoma mais frequente no paciente em estágio terminal, é indicado o uso de opioides para seu alívio. Às vezes, os opioides são usados isolados para sedação ¹³. Quando o paciente tem dor esse medicamento pode ser suficiente para aliviar a dor e promover a sedação paliativa. A ação dessa classe de fármaco é sinérgica com a da maior parte dos hipnóticos e neurolepticos. A escolha do opioide mais adequado deve basear-se, a princípio, na intensidade da dor. Entre os opioides disponíveis destaca-se a morfina como o padrão-ouro no tratamento da

dor moderada e intensa, sendo indicada na literatura ²⁵. Em uma unidade de cuidados paliativos, os pacientes receberam com maior frequência a morfina por via venosa ²⁷.

Alguns opioides não devem ser usados. O propoxifeno, um derivado sintético da metadona, tem ação opioide fraca e meia-vida longa, é metabolizado no fígado em norpropoxifeno, que pode causar aumento da excitabilidade do sistema nervoso central, provocando tremores, mioclonia, e convulsões. A meperidina é um opioide com absorção oral errática, meia-vida relativamente curta e metabólitos tóxicos. Esse fármaco é metabolizado no fígado em normeperidina, que tem metade da potência analgésica do composto original, mas causa duas vezes mais efeitos tóxicos no sistema nervoso central. A neurotoxicidade da normeperidina pode ocorrer rapidamente, sobretudo nos pacientes com insuficiência renal. Outros fatores que podem contribuir para excitabilidade do sistema nervoso central, induzida pela meperidina são tratamentos prolongados, doses altas, história pregressa de convulsões e administração concomitante de outros agentes potencialmente neurotóxicos ²⁸.

A utilização do tramadol, agonista opioide fraco e inibidor da recaptção da serotonina e noradrenalina, é limitada em medicina paliativa, por sua potência (mais de 600 mg.dia⁻¹ não são recomendáveis). Porém, pode ser usado, quando a dor não é intensa, em associação com outros medicamentos.

O fentanil transdérmico não é indicado para sedação, mas existe relato de seu uso na literatura ²⁵. Quando o paciente está recebendo analgesia através desse medicamento deve-se trocá-lo por morfina por via venosa.

A administração de opioides com o objetivo de produzir apenas sedação, em paciente sem dor, é considerada imprópria, pois a sedação pode ocorrer associada com efeitos indesejáveis, ou ainda, não ser atingida a despeito do uso de grandes doses ^{3,29}. Quando o paciente tem dor, presente na grande maioria dos pacientes com câncer em fase terminal, a morfina é o primeiro medicamento a ser administrado e, às vezes é suficiente para analgesia e sedação. A administração de opioide não alterou a duração da sedação ¹².

Outros

A sedação de pacientes com delírio deve ser considerada apenas após tratamento com neurolépticos. Nos casos refratários, deve ser considerada associação de benzodiazepínicos e neurolépticos. Os neurolépticos utilizados são clorpromazina ¹⁸, levomepromazina ²⁴ e haloperidol ^{18,25,30}. Outros medicamentos empregados são prometazina ²⁵ e escopolamina ¹⁸. Para pacientes com agitação intensa, pode ser usado barbitúrico ou propofol ²⁴.

Se não for obtido nível adequado a sedação, outros fármacos podem ser associados, com objetivo de potencializar o efeito ^{22,24}. A associação de fármacos é muito útil, mas requer a redução das doses utilizadas, devido ao efeito sinérgico que a maioria dos sedativos apresenta. São utilizados com frequência antidopaminérgicos e anti-histamínicos, fármacos que,

além de sedativos, possuem efeito antiemético ²⁶. Há relato de uma série de casos sobre o uso da cetamina combinado com opioides e benzodiazepínicos para sedação no paciente terminal ^{31,32}, e relato de um caso sobre sua utilização como monoterapia para sedação paliativa ³³.

Às vezes, os sintomas são refratários aos benzodiazepínicos e antipsicóticos, havendo necessidade de medicação alternativa. O propofol, um sedativo e hipnótico, pode promover alívio da agitação e fadiga refratária ³⁴. Em uma revisão sistemática, foram encontrados somente quatro artigos sobre efeito favorável do uso de propofol para sedação nos últimos dias de vida, e apenas relato de caso ou casos ³⁵. Esse medicamento foi administrado quando outros medicamentos falharam.

Dose e vias de administração

As medicações podem ser administradas por via venosa, subcutânea, oral (até o paciente perder a consciência), enteral, sublingual, retal, dependendo da via que vem sendo utilizada ²².

A dose inicial de sedativos pode ser pequena com o paciente capaz de comunicar-se periodicamente ⁸. A dose dos medicamentos deve ser aumentada progressivamente, conforme a necessidade ³⁶.

A literatura é restrita e ainda não consensual em relação à dose de sedativos, mas alguns autores recomendam os seguintes fármacos para indução e manutenção da sedação ^{14,17,22,27}:

- Morfina: 20-80 mg.dia⁻¹.
- Midazolam: 0,5-0,7 mg.kg⁻¹, seguida por infusão de 0,5-2 mg.h⁻¹ IV ou 10 mg seguida de 1-6 mg h⁻¹ por via subcutânea.
- Lorazepam: 0,5-5 mg por via oral, sublingual ou subcutânea, ou 4-40 mg.dia⁻¹ em infusão venosa ou subcutânea.
- Clorpromazina: 10-25 mg.(2-8) h⁻¹ por via oral, sublingual, ou retal, ou infusão venosa.
- Haloperidol: 0,5-5 mg.(2-4).h⁻¹ por via oral ou subcutânea, ou 1-5 mg.dia⁻¹ em infusão.
- Pentobarbital: 2-3 mg.kg⁻¹ por via venosa, seguida de infusão de 1 mg.kg⁻¹.
- Fenobarbital: 200 mg em bolo venoso ou subcutâneo seguido de 600-1.600 mg.dia⁻¹.
- Tiopental: 5-7 mg.kg⁻¹ em bolo por via venosa seguido de infusão de 70-180 mg.h⁻¹.
- Levomepromazina: 12,5-25 mg.d⁻¹ por via subcutânea.

A respeito da dose de escalonamento das medicações sedativas, não existem protocolos ou guias existentes; entretanto, a não ser que exista evidência de sedação inadequada, a dose do sedativo não deve ser aumentada ²². Doses maiores de midazolam foram necessárias para sedação de jovens,

que usaram o medicamento previamente e durante tempo maior³⁷. A dose inicial de opioide depende da história de uso de analgésicos do paciente³⁸.

A vias de administração foram subcutânea e venosa em infusão¹⁷. A via de administração mais frequente é venosa, pois proporciona concentração plasmática adequada rapidamente e pode ser mantida.

Duração da Sedação

A duração da sedação é variável. Em uma revisão de sedação domiciliar, os autores relatam que varia de uma a mais de uma semana^{9,12-15,25,36}. O tempo para obter controle dos sintomas foi de 24 horas¹⁵.

A sedação não significa necessariamente que o paciente será mantido até a morte. Em uma unidade de cuidados paliativos, 23% dos pacientes que receberam sedação paliativa, tiveram alta¹⁶.

Monitoração

Infelizmente, ainda não existem escalas específicas para auxiliar o manejo da profundidade da sedação em doentes em estado terminal. Assim sendo, muitos clínicos tem utilizado as escalas de avaliação do nível de sedação-agitação, como a de Ramsay e a de Richmond, embora não tenham sido validadas para sedação paliativa²².

A sedação paliativa é eficaz e segura para a maioria dos pacientes com câncer em fase terminal e sintomas refratários³⁷. Entretanto complicações (respiratórias e circulatórias) ocorrem em pequeno número de pacientes. Dessa forma há necessidade de comparar estudos de diferentes tipos de sedação para determinar o protocolo mais eficaz e seguro³⁷.

Suporte nutricional e hidratação

Durante a evolução da doença terminal a necessidade de nutrição e hidratação é variável. Enquanto existem inúmeros trabalhos na literatura sobre nutrição e hidratação em pacientes em cuidados paliativos com câncer, não há nenhuma orientação específica para o paciente em estágio terminal. Não existe evidência de que a nutrição artificial prolongue a vida desses pacientes, e devido aos riscos associados alguns autores sugerem que não deve ser prescrita nutrição artificial para esses pacientes, devendo ser proscrita a partir do momento que se inicia a sedação^{24,39,40}. Na prática clínica, a nutrição por via enteral muitas vezes é mantida.

Existe uma diversidade de opiniões sobre a hidratação no paciente terminal. Em uma revisão sistemática da literatura sobre o assunto, o autor concluiu que não existe benefício ou prejuízo da hidratação nesses pacientes. Alguns autores argumentam contra o uso de fluidos no paciente em estado terminal pois a restrição hídrica pode resultar em diminuição da secreção pulmonar, salivar ou gastrointestinal e conse-

quentemente redução de tosse e vômito, diminuindo a necessidade de intervenções como aspiração para alívio. Menos hidratação gera diminuição da diurese e, portanto, menos necessidade de cateterização vesical. Há também, teoricamente, diminuição de sintomas causados por ascite e edema em volta do tumor. Os defensores da hidratação no paciente terminal afirmam que no paciente bem hidratado há menor risco de sedação, convulsão, obstipação, úlceras de pressão, boca seca, e toxicidade por opioides, especialmente se ocorrer falência renal. Alguns autores também acreditam que a hidratação diminui a ocorrência de delírio, apesar de dois estudos randomizados não mostrarem influência da hidratação sobre sua ocorrência. Alguns autores acreditam que, no paciente do qual se espera o óbito após mais de uma semana, a desidratação pode apressá-lo⁴¹.

As implicações legais, éticas e culturais do suporte nutricional e hídrico nos doentes paliativos devem também ser consideradas. Embora o suporte nutricional e hídrico possa ser fisiologicamente desnecessário nessas condições, sua manutenção pode trazer benefícios culturais e psicológicos. A heterogeneidade de atitudes em relação à hidratação no paciente terminal reflete a falta de consenso na opinião dos especialistas. Não há nenhuma evidência para apoiar uma ou outra opinião²⁴.

Em uma unidade de cuidados paliativos somente três pacientes de 266 receberam hidratação artificial após o início da sedação⁹. Em um estudo, 63% receberam hidratação após sedação, e o restante não recebeu hidratação devido à retenção de líquidos ou solicitação do paciente¹⁷.

A decisão sobre a hidratação ou não deve ser feita separadamente da sedação, sendo oferecida se seu benefício for maior que o prejuízo⁸.

Sedação paliativa para o paciente em cuidados domiciliares

Muitos pacientes preferem estar em casa na hora da morte e, portanto, a sedação paliativa para pacientes não internados pode ser uma importante área de pesquisa. No entanto, poucos trabalhos sobre o assunto foram publicados.

Apesar de ser muito propagada a ideia de que a sedação domiciliar é melhor, onde o paciente tem conforto entre os familiares, os autores de uma revisão mostram que a mesma é realizada em 5%-36% dos pacientes¹³.

Alguns autores consideram que são candidatos para sedação paliativa no domicílio, os pacientes com sintomas intoleráveis e refratários, com curta expectativa de vida, que residam a menos de 20 minutos do hospital, e que já estão em acompanhamento com a equipe médica há longo período, de preferência durante todas as fases da doença. Também consideraram como critérios para se indicar sedação em casa a ausência de quaisquer outras fontes de sofrimento para a família, tais como: doença crônica grave, alcoolismo, e abuso de drogas⁴².

Para sedação paliativa em casa, pode ser seguido protocolo de indução e manutenção. A indução da sedação pode ser feita com midazolam 0,07 mg.kg⁻¹ em bolo por via venosa.

A manutenção é iniciada com 1 mg.h⁻¹ de midazolam administrados por via subcutânea; em caso de falha, é aumentado para 2 mg.h⁻¹. Se ainda houver falha, são adicionados 3 mg.h⁻¹ de clorpromazina, e 3 mg.h⁻¹ de prometazina; em caso de falha, são administrados 2 mg.h⁻¹ de midazolam, 6 mg.h⁻¹ de clorpromazina, e 6 mg.h⁻¹ de prometazina. Segundo alguns autores, o médico e a enfermeira devem acompanhar a indução da sedação^{3,43}.

O nível de sedação deve ser monitorado durante a indução e, após a estabilização, duas vezes ao dia por médicos ou enfermeiras utilizando a escala de sedação de Ramsay. É considerada falha na sedação se o escore pela escala de Ramsay for menor do que 5 após 12 horas de tratamento^{22,42}.

Os opioides devem ser mantidos e a dose deve ser ajustada quando a dor não for controlada. O opioide de escolha é a morfina, por ser mais fácil de titular a dose. Opioides transdérmicos ou orais devem ser trocados por morfina em doses equivalentes^{38,42}.

Deve ser feita hidratação do paciente, mas de forma restritiva, em geral até 1.000 mL de solução fisiológica por dia, e inserir uma sonda vesical, para controle da diurese e prevenção de retenção urinária^{41,42}. Durante a sedação, a equipe médica e de enfermagem deve estar de plantão em caso de emergência⁴².

CONCLUSÃO

Apesar de nos últimos anos a sedação paliativa estar sendo considerada prática médica normal, ainda existem várias lacunas em nossa compreensão atual. Não existe consenso sobre quais os fármacos padrões, manutenção ou não de alimentação, ingestão de líquidos, e hidratação. Além disso, faltam esclarecimentos éticos sobre possíveis efeitos no encurtamento da vida, e o processo de tomada de decisão. É importante definir critérios explícitos e as condições de uso de sedação no paciente terminal a fim de contribuir à boa prática médica nesta área.

Por enquanto, é essencial que haja debates sobre o assunto, e que médicos e outros profissionais de saúde estejam conscientes das normas e dos pontos de partida para poderem oferecer ao paciente, frente ao momento do fim da vida, condutas adequadas que possam aliviar sua dor e sofrimento.

REFERÊNCIAS/REFERENCES

- Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T – Sedation in palliative care- a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care*, 2003;2(1):2.
- Gonçalves JAF – Sedation and Expertise in Palliative Care. *J Clin Onc*, 2006;24(25):44-45.
- Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J et al. – A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage*, 2007;34(6):666-670.
- Claessens P, Menten J, Schotsmans P et al. – Palliative sedation: A review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*, 2008;36(3):310-333.

- Kettler D, Nauck F – Palliative care and involvement of anaesthesiology: current discussions. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2010;23:173-176.
- Hoven B. What to do when a competent ICU patient does not want to live anymore but is dependent on life-sustaining treatment? Experience from the Netherlands. *Intensive Care Med*, 2010;36:2145-2148.
- Morita T, Tsuneto S, Shima Y – Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage*, 2002; 24(4):447-453.
- De Graeff A, Dean M – Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med*, 2007;10(1):67-85.
- Claessens P, Menten J, Schotsmans P et al. – Palliative sedation, not slow euthanasia: A prospective, longitudinal study of sedation in Flemish Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage*, 2010 Sep 9. [Epub ahead of print].
- Vitetta L, Kenner D, Sali A – Sedation and analgesia-prescribing patterns in terminally ill patients at the end of life. *Am J Hosp Pall Care*, 2005;22:465-473.
- Sykes N, Thorns A – Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*, 2003;163:341-344.
- Mercadante S, Intravaia G, Villari P et al. – Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage*, 2009;37(5):771-779.
- Mercadante S, Porzio G, Valle A et al. – Palliative Sedation in Patients with Advanced Cancer Followed at Home: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Jan 11. [Epub ahead of print]
- Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I et al. – At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients. *Palliat Med*, 2010;24(5):486-492.
- Rosengarten OS, Lamed Y, Zisling T, Feigin A, Jacobs JM. – Palliative sedation at home. *J Palliat Care*, 2009;25(1):5-11.
- Elsayem A, Curry Iii E, Boohene J et al. – Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*, 2009;17(1):53-59.
- Morita T, Chinone Y, Ikenaga M et al. – Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage*, 2005;30(4):308-319.
- Kohara H, Ueoka H, Takeyama H et al. – Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress. *J Palliat Med*, 2005;8(1):20-25.
- Santasuanan AV, Jiménez NC, Salvador S et al. – The final week of life in an acute care hospital: review of 401 consecutive patients. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2008;43(5):284-290.
- Marín JLM, Reta IS, Campos RAI et al. – Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient. *Med Intens*, 2008;32(3):121-133.
- Russell JA, Williams MA, Drogan O – Sedation for the imminently dying: survey results from the AAN Ethics Section. *Neurology*, 2010;74(16):1303-1309.
- Rousseau P – Palliative sedation in the management of refractory symptoms. *J Support Oncol*, 2004; 2:181-186.
- Stiel S, Krumm N, Schroers O et al. – [Indications and use of benzodiazepines in a palliative care unit]. *Schmerz*, 2008;22(6):665-671.
- De Graeff A, Dean M – Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med*, 2007;10:67-85.
- Rosengarten OS, Lamed Y, Zisling T et al. – Palliative sedation at home. *J Palliat Care*, 2009;25(1):5-11.
- Krakauer EL, Penson RT, Truog RD et al. – Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect. *Oncologist*, 2000;5:1:53-62
- Mercadante S, Ferrera P, Casuccio A – The use of opioids in the last week of life in an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010;27(8):514-517.
- Hasselaar JGJ, Verhagen SCAHVM, Wolff AP et al. – Changed patterns in Dutch palliative sedation practices after the introduction of a National Guideline. *Arch Intern Med*, 2009;169(5):430-437.

29. Von Roenn JH, Von Gunten CF – Are We Putting the Cart Before the Horse? *Arch Intern*, 2009;169(5):429.
30. Morita T, Tsunoda, J, Inoue S, Chihara S et al. – Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 2001;21(4):281-289.
31. Berger JM, Ryan A, Vadivelu N et al. – Ketamine-fentanyl-midazolam infusion for the control of symptoms in terminal life care. *Am J Hosp Palliat Care*, 2000;17(2):127-132.
32. Okon T – Ketamine: an introduction for the pain and palliative medicine physician. *Pain Phys*, 2007;10:493-500.
33. Carter MJ, Thomas S, Forbes K et al. – Ketamine: does it have a role in palliative sedation? *J Pain Symptom Manage*, 2008;36:1-3
34. Herndon CM, Zimmerman E – High-dose propofol drip for palliative sedation: a case report. *Am J Hosp Palliat Care*, 2008 Dec-2009;25(6):492-495.
35. McWilliams K, Keeley PW, Waterhouse ET – Propofol for terminal sedation in palliative care: a systematic review. *J Palliat Med*, 2010;13(1):73-76.
36. Sykes N, Thorns A – Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*, 2003;163(3):341-344.
37. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M et al. – Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage*, 2005;30(4):320-328.
38. Américo AFQ – As últimas 48 horas de vida. Em: Carvalho RT - *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro, Editora Diagraphic, 2010;290-298.
39. Hawryluck LA, Harvey WR, Lemieux-Charles L, Singer PA. Consensus guidelines on analgesia and sedation in dying intensive care unit patients. *BMC Med Ethics*, 2002;3:1-9.
40. Quill TE, Lo B, Brock DW – Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA*, 1997;278:2099-2104.
41. Craig GM – On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? *J Med Ethics*, 1994;20:139-143.
42. Porzio G, Aielli F, Verna L et al. – Efficacy and safety of deep, continuous palliative sedation at home: a retrospective, single-institution study. *Support Care Cancer*, 2010;18:77-81.

Resumen: Nogueira FL, Sakata RK – Sedación Paliativa del Paciente Terminal.

Justificativa y objetivos: A pesar de la amplia discusión sobre el asunto en la literatura médica, la mayoría de las cuestiones continúa sin respuesta a causa de la falta de definiciones y orientaciones claras, además del gran número de contradicciones en la literatura. El objetivo de esta revisión, fue intentar verificar la mejor forma de sedación de los pacientes con cáncer.

Contenido: Se recogieron datos sobre la sedación: definiciones, clasificaciones, principales manifestaciones y criterios para la indicación, selección de medicamentos usados, los medicamentos más empleados, las dosis y vías, la duración de la sedación, la ayuda nutricional y la hidratación durante la sedación y sedación domiciliaria.

Conclusiones: Pese a que en los últimos años la sedación paliativa se considere como una práctica médica normal, todavía existen varias lagunas en nuestra comprensión actual sobre el tema. No existe un consenso sobre cuáles son los fármacos estándares, el mantenimiento o no de la alimentación, la ingesta de líquido y la hidratación. Además, faltan clarificaciones éticas sobre los posibles efectos en el acortamiento de la vida y el proceso de toma de decisión.

Descriptor: Asistencia Paliativa; ENFERMIDAD, Cancer; Sedación Profunda.