

Manejo na evidência de morte iminente





Identificação

Diagnóstico:

- O diagnóstico de morte iminente deve ser feito preferencialmente por dois médicos;
- Essa fase pode durar de poucas horas a poucos dias, não havendo um período de tempo definido.

Sinais de morte iminente:

- Redução do nível de consciência não induzida por medicamento;
- Redução da interação com o meio;
- Ingestão oral mínima ou ausente;
- Redução do débito urinário;
- Comprometimento hemodinâmico, incluindo taquicardia, hipotensão, pulso fino, extremidades frias ou cianose;
- Alterações do padrão respiratório, incluindo taquipneia ou bradipneia, respiração de Cheyne-Stokes, respiração ruidosa ou respiração agônica.



Medidas não farmacológicas

Posicionamento do paciente no leito:

- Cabeceira com inclinação de 45° a 60°;
- Cabeça parcialmente fletida. Essa posição permite que a língua fique adequadamente posicionada na cavidade oral e reduz o ronco terminal;
- Manter travesseiros na cabeça e não no ombro do paciente;
- Manter uma compressa para conter a saliva e a secreção que possivelmente cairão da boca.

Cuidados com a pele e higiene:

- Avaliar a integridade da pele e instituir medidas para prevenção de lesões;
- Avaliar o grau de hidratação da pele diariamente e alterar a conduta sempre que necessário;
- Proteger a pele em torno da boca com creme de barreira quando houver disponibilidade;
- Aplicar óleo mineral ou hidratante labial se os lábios estiverem ressecados;
- Higiene oral com gaze embebida em clorexidina 0,12%;
- Higiene íntima – banho de leito se a condição clínica permitir;
- Manter o leito livre de umidade e realizar a troca de fraldas sempre que necessário.
- Usar coletor urinário para homens pode reduzir a necessidade de troca de fraldas;
- Utilizar lençóis para a movimentação do paciente.

Conforto e adequações:

- Proteger o paciente contra o frio;
- Verificar a prescrição de enfermagem e adequar ao estado atual do paciente;
- Avaliar a necessidade de mudança de decúbito, priorizando o conforto e fazendo uso de medidas analgésicas (analgesia prévia se indicado, mobilização em bloco, utilização de coxins para melhor acomodação e proteção das extremidades ósseas);
- Proteger a córnea contra ressecamento – considerar manter as pálpebras fechadas com micropore ou utilizar colírios ou soro fisiológico;
- Respeitar a hiporexia – forçar a alimentação e até mesmo passar sonda nasoentérica serão medidas prejudiciais devido à gastroparesia presente neste momento;
- Hipodermoclise (infusão de medicação pela via subcutânea) à menor dificuldade de acesso venoso;
- Reduzir ao máximo a solicitação de exames, que deverão ser feitos apenas quando houver chance de alguma mudança no tratamento. Não solicitar exames de rotina;
- Reduzir ao máximo as medidas de dados vitais quando o objetivo for o controle de sintomas em final de vida;
- Avaliar os sintomas do paciente e manejá-los conforme recomendado.

Comunicação:

- Manter uma comunicação empática com a família;
- Abordar com a família estratégias para reconhecimento do corpo, conforme o documento “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19”, do Ministério da Saúde.



Tratamento farmacológico

- Hidratação parcimoniosa. As evidências científicas mostram que pacientes congestos têm pior qualidade de vida e de morte;
- Limitar a hidratação a 1000 ml por dia;
- Oferecer glicose na hidratação para evitar hipoglicemia decorrente da baixa ingestão oral (se for por via subcutânea, utilizar baixas concentrações como a glicose 5%);
- Midazolam em caso de mioclônias, que precedem crises convulsivas. Sugestão de infusão em BIC* 0,5 mg/h. Diluir 1 amp de 50 mg/10 ml em 490 ml de SF 0,9% ou SG 5% resultando em uma solução 0,1 mg/ml;
- Morfina se houver sinais de dor. Manter o tratamento já em uso ou iniciar. Dose inicial para pacientes virgens de opioide: 2 mg EV/SC* para pacientes com função renal preservada. Pacientes já em uso de opioide, progredir a dose atual. Opção de morfina em BIC*: Diluir 1 amp de 10 mg/ml em 90 ml de SF ou SG 5% e iniciar a 5 ml/h. Prescrever doses de resgate de 2 mg se necessário (evitar ACM – a critério médico);
- Para o tratamento do delirium e controle de secreção, recomendamos consultar os fluxogramas disponíveis em: <https://paliativo.org.br/ancp/covid19/>;
- Considerar sedação paliativa sob orientação de equipe de especialistas em caso de sintoma refratário, conforme o fluxograma apresentado em: <https://paliativo.org.br/ancp/covid19/>.

*ABD: água bidestilada; BIC: bomba de infusão contínua; SC: subcutâneo; IV: intravenoso; VO: via oral



IDENTIFICAÇÃO DA MORTE IMINENTE

A identificação deve ser feita preferencialmente por 2 médicos.
Não há duração exata: pode ser de poucas horas a poucos dias.
Principais sinais:

- Redução do nível de consciência não induzida por medicamento
- Redução da interação com o meio.
- Ingesta oral mínima ou ausente.
- Redução do débito urinário.
- Comprometimento hemodinâmico – taquicardia, hipotensão, pulso fino, extremidades frias, cianose.
- Alterações do padrão respiratório – taquipneia ou bradipneia, Cheyne-Stokes, respiração ruidosa, respiração agônica.

Medidas Não-Farmacológicas

Posicionamento no leito: Cabeceira a 45-60°. Cabeça parcialmente fletida - Essa posição permite que a língua fique adequadamente posicionada na cavidade oral e reduz o ronco terminal.
Óleo mineral ou hidratante labial se lábios ressecados.
Higiene oral com gaze embebida em Clorexedina 0,12%.
Higiene íntima. Banho de leito se a condição clínica permitir.
Usar coletor urinário para homens pode reduzir a necessidade de troca de fraldas.
Proteger contra o frio.
Manter o leito livre de umidade, realizar trocas de fralda sempre que necessário
Verificar prescrição de enfermagem e adequar ao estado atual do paciente;
Avaliar a necessidade de mudança de decúbito, priorizando o conforto e fazendo uso de medidas analgésicas antes da mobilização
Proteger a córnea contra ressecamento – considerar manter pálpebras fechadas com micropore ou utilizar colírios ou soro fisiológico.
Respeitar a hiporexia (evitar passar sonda nasoentérica pois será prejudicial devido à gastroparesia presente neste momento.)
Comunicação empática com a família.

Medidas Farmacológicas

Hidratação parcimoniosa.
Limitar a hidratação a 1000 mL no dia.
Oferecer glicose na hidratação para evitar hipoglicemia decorrente da baixa ingestão oral. (se for por via subcutânea utilizar baixas concentrações como a glicose 5%)
Midazolam em caso de mioclônias, que precedem crises convulsivas. Sugestão de infusão em BIC* 0,5 mg/h. Diluir 1 amp de 50 mg/10 mL em 490 mL de SF 0,9% ou SG 5% resultando em uma solução 0,1 mg/mL.
Morfina se sinais de dor. Manter o tratamento já em uso ou iniciar. Dose inicial para pacientes virgens de opioide: 2 mg EV/SC* para pacientes com função renal preservada. Pacientes já em uso de opioide, progredir a dose atual. Opção de morfina em BIC*: Diluir 1 amp de 10 mg/mL em 90 mL de SF ou SG 5% e iniciar a 5 mL/h. Prescrever doses de resgate de 2 mg se necessário.
Controle de secreção e delírium (vide fluxogramas específico)
Considerar sedação paliativa sob orientação de equipe de especialistas em caso de sintoma refratário. (vide fluxograma específico)

*ABD: água bidestilada; BIC: bomba de infusão contínua; SC: subcutâneo; IV: intravenoso; VO: via oral



- CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: s. n., 2012. Disponível em: <https://paliativo.org.br/download/manual-de-cuidados-paliativos-ancp>.
- Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R. Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. Mar. 2016. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011008.pub2/full>.
- CHERNY, N. I.; RADBRUCH, L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine. V. 23 (7), p. 581-93, out. 2009.
- MALTONI, M. et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. Annals of Oncology. V. 20(7), p. 1163-9, jul. 2009. Disponível em: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)41010-7/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)41010-7/fulltext).
- PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. Journal of Palliative Medicine. V. 17 (6), p. 642-56, jun. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038982/>.
- Cherny, N., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R.K., Currow, D.C. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5. ed. Oxford University Press, 2015.
- CHERNY, N. I. et al. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Annals of Oncology. Set. 2014. Disponível em: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)34085-2/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)34085-2/fulltext).



- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19. Brasília, DF, v. 1, mar. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>.
- PEREIRA, F. M. et al. Recomendações dos serviços de Geriatria e Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da UFMG para manejo (acolhimento e classificação) do idoso e adulto com comorbidade grave com infecção pelo coronavírus. Abr. 2020. Disponível em: encurtador.com.br/dmpK3.

Caso tenha sugestões para o material ou dúvidas, por favor, entre em contato conosco pelo:

covid@paliativo.org.br

Autores:

Sarah Ananda Gomes

Fabiano Moraes Pereira

Colaborador:

Fabiana Chino



ANCP

ACADEMIA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS

Rua Artur de Azevedo, 289, Sala 03 - Pinheiros – São Paulo, SP - Brasil

www.paliativo.org.br