



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



**LINHA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HC-UFMG – EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS
ADULTO DO HC-UFMG**

NÚCLEO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DO HC-UFMG



**MANEJO DE SINTOMAS DE PACIENTES ADULTOS E IDOSOS COM SÍNDROME
RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE E SUPORTE À FAMÍLIA.**

SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA NA SAÚDE PANDEMIA COVID-19 – MARÇO E ABRIL DE 2020.

ROTEIRO 3 – DELIRIUM

Belo Horizonte, 28 de março de 2020.

Os pacientes adultos e idosos que apresentarem síndrome respiratória aguda grave devem ter os sintomas adequadamente tratados independentemente do local onde estiverem, CTI ou enfermaria.

Dentre os pacientes que contraírem COVID-19, 15% necessitará de internação e 5% necessitará de terapia intensiva, ou seja, 20% dos casos necessitarão de leito hospitalar.

Uma parcela significativa dos pacientes evoluirá para o óbito, a maior parte deles idosos e pacientes com doença crônica prévia. Contudo, pacientes previamente hígidos também podem ter desfecho desfavorável e, assim, todos que necessitarem de internação estarão sob risco de morte. Desta forma, todos os pacientes e seus familiares devem receber adequado controle de sintomas e suporte neste frágil momento de vida.

Com objetivo de prover esses cuidados a Equipe de Cuidados Paliativos Adulto do Hospital das Clínicas da UFMG e o Núcleo de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da UFMG apresentam roteiros simplificados para controle dos principais sintomas apresentados pelos pacientes.

A síndrome respiratória aguda grave (SRAG) normalmente é precedida de sintomas moderados, quando uma abordagem gentil e empática deve ser feita com objetivo de identificação dos desejos dos pacientes e dos familiares e permitir ao paciente e familiares participarem das metas do tratamento.

Essa forma grave da evolução do COVID-19, a SRAG, tem como sintomas mais frequentes: dispneia, tosse, delirium e febre.

O objetivo deste material é o controle de sintomas decorrentes da infecção pelo coronavírus. O controle de sintomas e o tratamento otimizado das comorbidades dos pacientes não deve ser negligenciado.

DELIRIUM

Medidas não farmacológicas

Fazer busca ativa dessa síndrome

Avaliar orientação temporal e espacial.

Avaliar a atenção – sugestão: solicitar contar de 1 a 10 e de 10 a 1.

Avaliar abstinência de droga, alcoólica ou tabágica.

Pesquisar a condição cognitiva prévia.

Avaliar medicação em uso

Avaliar medicação de uso habitual no domicílio – identificar falta de medicamento de uso habitual.

Prover informações de hora e dia.

Manter um familiar quando possível – disponibilidade do familiar, disponibilidade de EPI para familiar, regras de redução de circulação da instituição.

Oferecer contato visual com familiares através de dispositivos eletrônicos.

Correção de causas reversíveis

Correção de distúrbios hidroeletrólíticos.

Avaliar retenção urinária (bexigoma), principalmente se sob efeito de opioide.

Avaliar constipação intestinal, incluindo o toque retal quando a história não for confiável – lembrar que as fezes têm vírus viáveis e a transmissão fecal-oral é uma possibilidade.

Adequada iluminação e propiciar ambiente adequado para o sono.

Modelo HELP

Impedir privação do sono;

Impedir desidratação;

Corrigir deficiência visual;

Corrigir deficiência auditiva;

Avaliar medicamentos sedativos ou psicoativos;

Tratamento Farmacológico

Antipsicóticos

Haloperidol 0,5 a 1,0 mg por via parenteral ou oral de 30 em 30 minutos até que o paciente fique calmo ou sedado. Média de 3,5 mg ao dia, preferencialmente até 4,5 mg/dia. Dose de manutenção 1 a 2 mg de 6/6 h ou 4/4 h. Apresentação do haloperidol é ampola de 5 mg/mL, ampola de 1 ml diluído em 4 mL de ABD e fazer IM ou SC (a via subcutânea está padronizada no HC-UFMG). A apresentação solução oral é 2 mg/mL, 1 gota = 0,1 mg.

Clorpromazina 25 mg de 6/6 horas oral ou parenteral, podendo ter progressão de 50% desta dose até controle sintomático. Ampola de 25 mg/5 mL, diluída em 500 mL de SF e administrar lentamente. Segurança por subcutâneo é duvidosa. Comprimidos de 25 mg. Solução oral 4% (40 mg/mL), 1 gota = 1 mg. 40 gotas = 1 mL. Um antipsicótico com ação mais sedativa e com característica de auxílio no controle de dor, mas com efeito hipotensor. Olanzapina disponível apenas via oral, iniciar com 2,5 mg, podendo progredir até dose de 20 mg ao dia.

Quetiapina disponível apenas via oral, iniciar com 25 mg, podendo progredir até dose de 200 mg ao dia.

Benzodiazepínicos – indicado para pacientes com abstinência alcoólica ou pacientes com síndrome parkinsoniana.

Lorazepam 2-4 mg VO até de 12/12 horas.

Diazepam 10-20 mg EV ou VO até 12/12 horas.

Midazolam em BIC 0,5 mg/h. Diluir 1 amp de 50 mg/10 mL em 490 mL de SF 0,9%, resultando em uma solução 0,1 mg/mL.



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Analgesia **contínua** principalmente para pacientes com comprometimento cognitivo prévio.

Dipirona 1 g de 6/6 horas – 1 ampola de 500 mg/2 mL diluída em 8 mL de ABD EV lento, 2 comp de 500 mg, 1 comp de 1 g ou 40 gotas da solução oral de 500 mg/mL. Ainda há a disponibilidade de dipirona supositório de 300 mg, podendo ser administrado 1 supositório de 3/3 horas ou 2 supositórios de 6/6 horas.

Paracetamol como alternativa para pacientes intolerantes a dipirona. 1 comp de 500 mg ou 750 mg de 6/6 horas. Disponível ainda em solução oral de 200 mg/mL, cada mL equivale a 15 gotas, portanto, 500 mg = 37 gotas, 750 mg = 48 gotas.

Morfina 3 mg EV/SC ou 10 mg VO de 4/4 horas para pacientes com função renal preservada. Progressão de 1 mg EV/SC até evidência de controle da dor ou progressão de 2,5 mg VO de 4/4 horas até evidência de controle da dor. 10 mg da solução oral de morfina equivale a 32 gotas.

Opção de morfina em BIC: Diluir 1 amp de 10 mg/mL em 90 mL de SF e iniciar a 5 mL/h. Outra opção de diluição para pacientes com restrição hídrica é 10 amp de 10 mg/mL em 90 mL de SF e iniciar a 0,5 mL/h (neste caso verificar a precisão de infusão da bomba).

Antibióticos, de acordo com a avaliação clínica.

Sedação Paliativa

Indicação de sedação paliativa: delirium refratário definida por 2 médicos.

Paciente SEM comprometimento cognitivo grave e consciente.

Conversar previamente com a família a proposta do tratamento.

Ter concordância do paciente.

Registrar no prontuário.

Paciente com comprometimento cognitivo grave.

Oferecer à família e ter concordância desta.

Registrar no prontuário.

Não há indicação de sedação paliativa para pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

Esquema Farmacológico no delirium tem a clorpromazina como medicamento de primeira escolha.

Clorpromazina – segunda escolha ou dispneia associada a delirium: diluir 1 amp de 25 mg/5mL em 100 mL de SF e fazer em bolus lento (infundir em 15 min = 400 mL/h) ou diluir 4 ampolas em 230 mL de SF e fazer a 10 mL/h. Progredir até atingir a sedação proposta.

Midazolam – medicamento de escolha: Diluir 1 amp de 50 mg/10 mL em 490 mL de SF 0,9%, resultando em uma solução 0,1 mg/mL. Fazer bolus de 20 ml (2 mg) e seguir com infusão de 5 mL/h (0,5 mg/h), com progressão até atingir sedação proposta, o que habitualmente será atingida 14 mL/h (1,4 mg/h).

Avaliar a sedação com escala RASS. Objetivo da sedação ficar entre -1 e -2.

Para maiores detalhes vide roteiro de sedação.

ESCALA DE RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)



Escore	Termos	Descrição
+ 4	Combativo	Francamente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde
+ 3	Muito agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos não-intencionais freqüentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)
+ 1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
- 1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por ≥ 10 seg
- 2	Sedado leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por < 10 seg
- 3	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
- 4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
- 5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico