

II FÓRUM DE CUIDADOS PALIATIVOS

DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Data: 30 de novembro de 2016

Horário: das 08h às 18h

Local: Tivoli Hotel | São Paulo - SP





- Paciente com 71 anos, fumante de 2 carteiras de cigarro ao dia por 30 anos. História de DPOC e insuficiência cardíaca.
- Uma rápida história permite a constatação de que este senhor estava aposentado, conseguia andar pouco em sua casa.
- O seu último ecocardiograma mostrava uma FE = 25%. Quanto a sua função pulmonar o VEF1 era 28%.
- No último mês estava se alimentando pouco e necessitava da ajuda da mulher para sua higiene pessoal.
- Sua esposa notou que havia emagrecido muito neste período. (IMC 18)
- Na última semana estava acamado e apresentava febre associada a piora da dispnéia tosse e expectoração purulenta.



O médico assistente solicita vaga na UTI.
Acredita que a piora do quadro seja devido
a PN comunitária e que deve ser instituída
terapia curativa/restaurativa plena.

Estratificação prognóstica : seria benéfica
internação na UTI?

Qual conduta deve ser tomada pelo
intensivista?



Estratificação prognóstica :

1. Funcionalidade
2. Doença de base
3. Intercorrência aguda da doença de base
4. Evolução da doença crítica



Estratificação prognóstica: Funcionalidade

1. Há 1 mês ajuda para higiene pessoal (assistência quase completa – 50-40)
2. Maior parte do tempo sentado ou acamado (50)
3. Emagrecimento

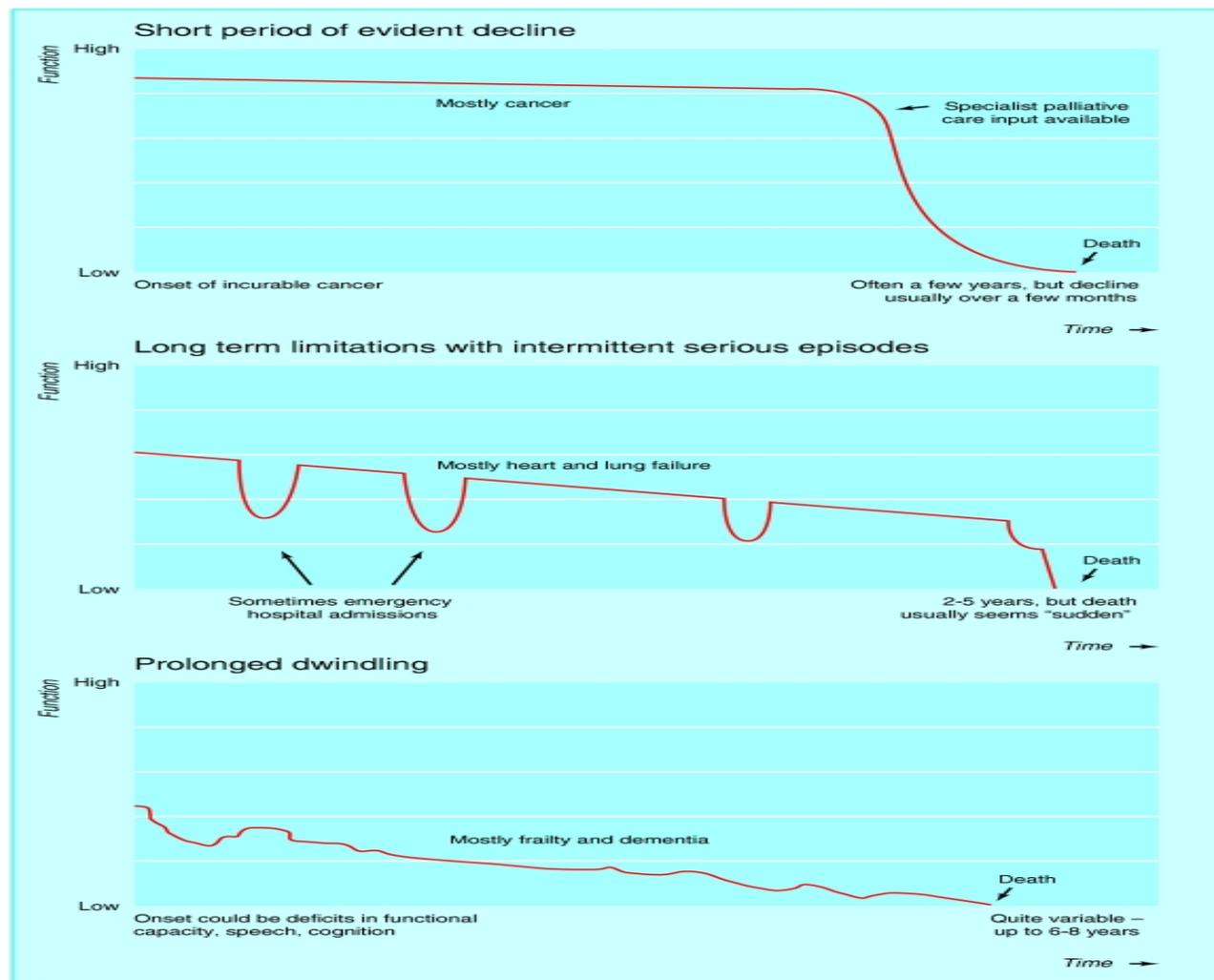
Escala de Performance Paliativa

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> / trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão
0	Morte	–	–	–	–



Estratificação prognóstica: Doença base

Análise da evolução das doenças



Murray AS, et al.
Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005 April 30; 330(7498): 1007–1011.



Estratificação prognóstica: Doença base **Insuficiência Cardíaca Congestiva**

- Diminuição da Fração de Ejeção (FE \leq 45%) **25%**
- PAS < 100 ou FC >100 (dobra chance de morte em 12 meses)
- Arritmias ventriculares resistentes a tratamento
- Hiponatremia (Na \leq 135 mEq/l)
- Insuficiência Renal - Creatinina \geq 1,4 mg/dl
- Anemia (cada 1g/dl na redução da Hb aumenta 16% na mortalidade)
- Co-morbidades (DPOC, Cirrose, Doença Cérebro vascular, Diabetes, neoplasias, depressão, cardiomiopatia do HIV)

*Reisfield G.M. et al. Fast Facts and Concepts. Prognostication in Heart Failure 143.
Edited by Rosielle D.A., Palliative Care Center, Medical College of Wisconsin.*



Estratificação prognóstica: Doença base **Insuficiência Cardíaca Congestiva**

- Hospitalização por causa cardíaca recente (triplica a chance de morte próximo ano)
- Caquexia
- Capacidade Funcional Reduzida



Estratificação prognóstica: Doença base **DPOC - Alto Risco de Morte em 6 meses**

- Volume Expiratório Forçado no 1º segundo (VEF1) < 30 %
- Dependência de Oxigênio **28%**
- Uma ou mais admissões no último ano por uma exarcebação aguda do DPOC
- Insuficiência **Cardíaca Esquerda** ou outras Comorbidades
- Idade > **70 anos**
- Tempo internação hospitalar e idade < 1 ano de sobrevida



Estratificação prognóstica: Doença base **DPOC - Alto Risco de Morte em 6 meses**

- Perda de Peso ou **Caquexia**
- Diminuição do **Estado Funcional**
- Aumento de **Dependência**

ATS: Dois ou mais indicadores desencadeiam uma discussão sobre “Cuidados de Fim de Vida” em DPOC



Estratificação prognóstica :

Funcionalidade / Doença de base

Intercorrência aguda da doença de base

Qual fase assistência paliativa em UTI?

Seria importante estabelecimento de metas?

Qual atitude paliativa neste momento?



Qual fase assistência paliativa em UTI?

1. Devem ser oferecidos a todo o enfermo admitido em UTI.

2. Fases da Assistência Intensiva:

2.1. **Primeira** - maior possibilidade para a recuperação. A **prioridade é o tratamento que busca a cura/restabelecimento**. Os cuidados paliativos serão prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento intensivo. (**Morte pouco provável**)

2.2. **Segunda** - falta de respostas aos recursos utilizados. Crescente tendência ao desfecho morte ou irreversibilidade. Estabelecido o consenso, a prioridade passa a ser a melhor qualidade de vida possível, e os **cuidados que modifiquem a doença podem ser oferecidos quando julgados proporcionais** pela equipe e paciente/família. (**Morte prevista para dias, semanas ou meses**).

2.3. **Terceira** – reconhecimento da irreversibilidade da doença e morte iminente. **O Cuidado paliativo passa a ser exclusivo**, e todas as medidas introduzidas buscam a melhor qualidade de vida possível e o conforto do paciente e de seus familiares. (**Morte prevista para horas ou dia**).



Qual fase assistência paliativa em UTI?

Seria importante estabelecimento de metas?

Qual atitude paliativa neste momento?



Cenário 1

Em conjunto com o médico assistente a terapêutica proposta é a introdução de BIPAP com antibiótico terapia.

O paciente está desconfortável com a máscara.

Qual prescrição irá ser definida para o controle dos sintomas deste paciente ?



Cenário 2

Após 24 horas com ventilação não invasiva o paciente apresenta períodos de agitação intercalados com sonolência. Tenta retirar a máscara.

Qual hipótese diagnóstica para esta agitação?

Como controlar o sintoma?

Diante desta piora seria indicada entubação?

Por que?



Cenário 3

No último boletim, a esposa do paciente referiu que o mesmo dizia que não desejava ser internado em UTI e que estava cansado de sofrer.

Você acredita que a decisão por entubação deva persistir?

Caso positivo - Qual seria a escolha da terapia para a melhor adaptação a VM e para o controle dos sintomas?



Cenário 4

Caso você acredite, em conjunto com a esposa da paciente, que a autonomia do mesmo deva ser respeitada qual seria sua conduta terapêutica?

Como os sintomas seriam controlados?

Qual sua conduta caso não houvesse aquiescência do médico assistente?





Paciente europeu, com 70 anos, previamente hígido, PPS 100. Apache: índice 25.2%.

Internou na UTI no pós-operatório de rafia de úlcera (HAD). Evoluiu com IAM (pelo baixo débito) e deiscência de sutura – após 10 dias feita relaparotomia com rafia.

Tornou-se cronicamente crítico evoluindo com choque séptico → IR em hemodiálise → baixas doses nora.

No 30º dia de internação estava em coma (Glasgow 3), há uma semana sem sedoanalgesia, sob diálise, e apresentava nova infecção abdominal (Fournier?).

Levado à discussão na reunião de Cuidados Paliativos



Estratificação prognóstica :

1. Funcionalidade
2. Doença de base
- 3. Intercorrência aguda da doença de base**
- 4. Evolução da doença crítica**



Long-Term Association Between Frailty and Health-Related Quality-of-Life Among Survivors of Critical Illness: A Prospective Multicenter Cohort Study. Bagshaw , Stelfox MD, McDermid, et al.

Fragilidade : Síndrome caracterizado pela perda de reservas fisiológicas e cognitivas que conferem vulnerabilidade a resultados adversos.

- Avaliados 421 pacientes críticos idade \geq com 50 anos, + 24h e não moribundos.
- Fragilidade = maior pontuação de 4 na escala de fragilidade.
- Resultados:
 - A prevalência de fragilidade foi de 32,8% .
 - Pacientes frágeis eram mais velhos, estavam mais propensos a ser do sexo feminino, com mais comorbidades e maior dependência funcional.
 - A mortalidade hospitalar foi maior (6 meses) entre os pacientes frágeis e manteve-se superior a um ano.
 - **Em comparação com os sobreviventes não frágeis, os frágeis eram mais propensos a tornar-se funcionalmente dependentes, com menor qualidade de vida e foram mais frequentemente readmitidos em 1 ano.**

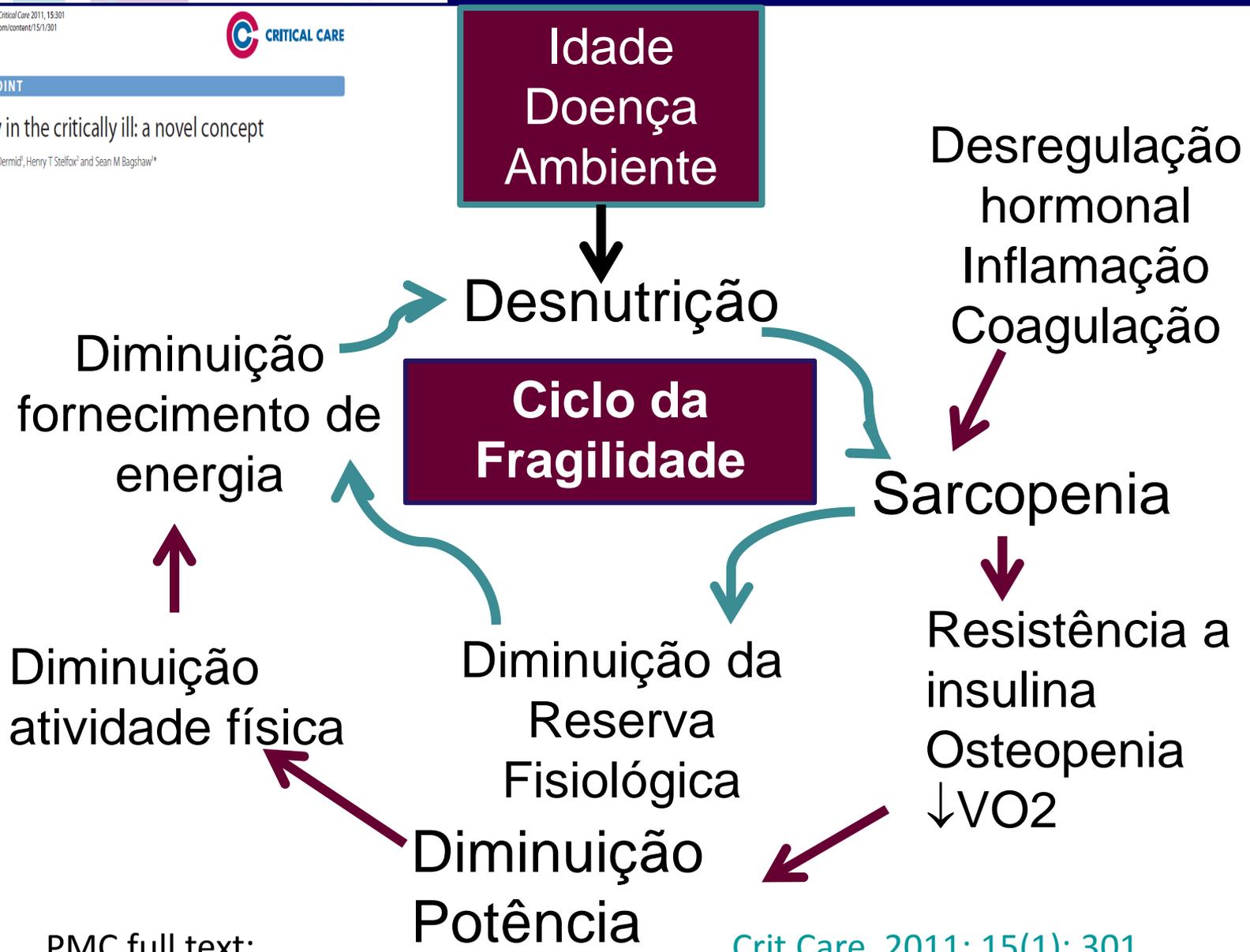


McDermid et al. Critical Care 2011, 15:301
<http://ccforum.com/content/15/1/301>



VIEWPOINT

Frailty in the critically ill: a novel concept
Robert C. McDermid¹, Henry T. Stelfox² and Sean M. Bagshaw^{1*}



PMC full text:

[Crit Care. 2011; 15\(1\): 301.](#)



Crit Care Med. 2015 Feb;43(2):282-7. The epidemiology of chronic critical illness in the United States*. Kahn JM, et al; ProVent Study Group investigators.

Consenso para definição do Cronicamente Crítico (DCC)

Inclui uma das seis condições : ventilação mecânica prolongada, traqueostomia, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, sepse, ou ferimentos graves + no mínimo 8 dias em UTI.

3.235.741 admissões em UTI - 246.151 (7,6%) preencheram critérios para DCC

As condições mais comuns foram ventilação mecânica prolongada aguda (72,0% das internações elegíveis) e sepse (63,7% das internações elegíveis) : 48,5% adquiridas na comunidade e 51.5% no hospital.

CONCLUSÕES: Usando uma definição consensual a prevalência, a mortalidade hospitalar e os custos da DCC são substanciais.

DCC é particularmente comum em idosos (muito idosos morrem antes de se tornarem CC)



Instrumentos Validados de Prognóstico – HU/UFSC

Variáveis Clínicas	Análise Bruta		Análise Ajustada Hierarquizada	
	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)
1. Falência >2 órgãos > 5 dias	0,001	5,09 (3,0-8,6)	0,001	3,49 (1,9-6,2)
2. Pergunta Surpresa	0,001	4,14 (2,1-7,9)	0,009	2,56 (1,2-5,2)
3. Doença Renal Crônica	0,001	2,24 (1,4-3,5)	0,01	1,86 (1,1-2,9)
4. Fragilidade/PPS<60	0,01	2,72 (1,2-5,9)	0,03	2,22 (1,0-4,6)
5. Insulto neurológico agudo não traumático	0,03	1,64 (1,0-2,5)	0,03	1,62 (1,0-2,5)
6. Tempo de UTI>5 dias	0,02	2,18 (1,1-4,3)	0,04	1,94 (1,0-3,6)
7. Idade >60 anos	0,02	1,72 (1,0-2,7)	0,04	1,59 (1,0-2,5)



Decidido por otimizar terapia e reavaliar após 4 dias
Só tinha uma filha, presente, referindo que achava que seu pai estava sofrendo e que seria melhor que morresse.

Diálogo com a filha que é a favor da ortotanásia e acredita que os médicos estão obstinados.

Após 1 semana foi novamente discutido com o Grupo de Paliativos - no 10º dia de diálise abria os olhos ao comando, apresentava quadro de delirium e tetraplegia possivelmente por polineuropatia do doente crítico

Decidido por manter diálise, retirar At (completou tratamento), não tratar novas complicações e explicar a discussão para a filha – RECUSA NOVAS TERAPIAS



Após 1 semana foi novamente discutido na reunião com o Grupo de Paliativos (48º. Dia de UTI)

Abre os olhos, sem movimentar membros

Com noradrenalina 10ml/h , sem antibióticos, leucocitose

IR anúrica – 3 semanas de hemodiálise

Sepse abdominal – abscesso – punção guiada??

Punção irá interferir na evolução da doença??

Tem certeza prognóstica?

O quadro neurológico irá influir na decisão?

Hemodiálise pode ser considerada obstinação?

