

IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiopulmonar, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através dos manejos de sintomas presentes.

Estratos 6 e 7

INSTRUMENTOS:
AVALIAÇÃO
GRAVIDADE NO
CUIDADO
PALIATIVO



O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CrISTAL, NECPAL, etc).

Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

Estratos 9 e 10



FERRAMENTA
SPIKES PARA
COMUNICAÇÃO
DE NOTÍCIAS
DIFÍCEIS

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE E/OU FAMILIARES

DEIXAR BEM CLARO QUE SERÁ UTILIZADO TODO RECURSO DISPONÍVEL PARA SE ATINGIR O MÁXIMO POSSÍVEL DE CONTROLE DE SINTOMAS E CONFORTO DO PACIENTE E FAMÍLIA.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para os questionamentos e reações diversas, devendo acolher as emoções e reagir de forma profissional.

MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

FEBRE

DOR

DELÍRIUM

"Confusão Mental Aguda"

PROCESSO ATIVO DE MORTE ou SINTOMAS DE "MORTE IMINENTE"

DISPNEIA

TOSSE E SECREÇÃO



VÍDEO HIPODERMÓCLISE

Disponibilização de "Kits Básicos de Medicamentos Paliativos para Controle de Sintomas", com material para hipodermoclyse e alguns fármacos por via subcutânea, como morfina, dipirona, n-butilscopolamina e haloperidol e, em todos os níveis de atenção à saúde (APS, AAE, atenção domiciliar e atenção hospitalar), incluindo as ILPIs.

"Último contato" com o idoso (Despedida).

ASSISTÊNCIA AO LUTO

NOTA
TÉCNICA
ANVISA



Comunicação do óbito

Cuidados com o corpo e com o funeral

Declaração de óbito
CID: B34.2 (COVID-19)
U04.9 (COVID-19 + SARS)

Visita ou reunião virtual pós-óbito

Apoio emocional à família e monitoramento dos contatos domiciliares

TRATAMENTO DOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

DISPNEIA

TOSSE E SECREÇÃO

Medidas Não-Farmacológicas

Posicionamento no Leito
Respeitar o desejo do paciente. A cabeça elevada ou posição assentada pode ser mais confortável. Deixar ombros livres. Evitar hipertensão ou hiperflexão do pescoço com travesseiros ou almofadas. Oferecer técnicas de relaxamento. Panos frios na face pode atenuar a dispnéia (bom substitutivo do ventilador). Evitar contenção física no leito.

Medidas Farmacológicas

1. O_2 : se $Satp\ O_2 < 90\%$. Preferir cateter nasal.

2. MORFINA:

- Via oral (comprimido de liberação rápida de 10 e 30mg; solução oral 10mg/mL/32 gotas):** iniciar com 5mg, de 4/4 horas e ajustar a dose conforme resposta terapêutica. A dose terapêutica é individual, mas varia de 10 a 15 mg por dose. Os benefícios de doses maiores são controversos. Dose de resgate tem pouco impacto no controle da dispnéia.
- Via subcutânea ou intravenosa (ampola 10mg/mL, 1mL; 2mg/mL):** dose inicial 2mg, IV ou SC. Progredir a dose, conforme resposta terapêutica, com aumento de 1mg até 5mg, de 4/4 horas. Não há evidência de benefício em doses maiores. A morfina não deve ser usada para sedação. Nas doses recomendadas, raramente ocorre depressão respiratória.

Opção de morfina em BIC: 10 ampolas de 10mg/mL em 490mL de SF 0,9%, gerando uma solução com concentração de 1mg em 5mL. Iniciar com 5mL/hora. Prescrever doses de resgate de 2mg, em bolus, se necessário (evitar orientar à critério médico).

Pacientes com função renal abaixo de 15 mL/min/1,73 m²: aumentar o intervalo das doses (8/8h) de resgate ou substituir por fentanil ou metadona, em doses equivalentes (consultar tabelas).

O uso de lorazepam ou midazolam e corticoides pode ser necessários em algumas situações específicas:
MIDAZOLAM em BIC 0,5 mg/h, EV ou SC. Diluir 1 amp de 50 mg/10 mL em 490 mL de SF 0,9%, resultando em uma solução 0,1 mg/mL.
Lorazepam: 1 mg à noite, VO, podendo progredir até atingir a melhora da ansiedade. Uso limitado pela disponibilidade apenas em apresentação oral e sublingual.

O uso de antibiótico pode ser necessário para controle da hipersecreção respiratória, por infecção respiratória. Preferir a azitromicina, via oral.

Na presença de dispnéia refratária pode ser necessário o uso de **SEDAÇÃO PALIATIVA**. O midazolam e a clorpromazina são os fármacos mais utilizados. A sedação paliativa deve ser realizada ou supervisionada por médico paliativista.

Pacientes com rebaixamento do nível de consciência e secretivos devem ser posicionados de forma a facilitar a drenagem da secreção – cabeça elevada, decúbito lateral, cabeça levemente fletida. Observar os cuidados com as secreções, para se evitar o contágio.

MEDICAMENTOS ANTICOLINÉRGICOS PARA REDUÇÃO DE SECREÇÃO:

- N-BUTILESCOPOLAMINA (Buscopan®):** 20 mg via oral ou SC/IV (ampola com 20mg/mL) de 6/6 horas. Máximo: 120 mg/dia (40mg de 8/8h)
- Atropina 0,5%** tem indicação apenas para pacientes que necessitam reduzir a produção de saliva. Não tem benefício na broncorreia. Pingar 2 gotas sublingual até de 8/8 horas.

MUCOLÍTICOS (fluidificação da secreção), que não devem ser associados a anticolinérgicos para redução da secreção:

- Carbocisteína** 250 a 500 mg, 8/8 horas, VO.
- N-acetilcisteína** 400 mg 8/8 horas, VO.
- Eritromicina** (Estabilizadores de membrana de macrófago): 500 mg, 12/12 horas, VO.

OU

ANTITUSSÍGENOS DE AÇÃO CENTRAL:

- Codeína:** 15 mg, VO, 6/6 horas.
- Morfina** 2,5 a 5 mg de 4/4 h, que deve ser considerada de 1ª escolha na presença concomitante de dispnéia ou dor (VO, IV ou SC).

ANTITUSSÍGENOS DE AÇÃO PERIFÉRICA:

- Dropropizina**, 30mg, VO, 4 vezes ao dia (apresentação 3 mg/mL).
- Levodropropizina**, 60mg, VO, 3 vezes ao dia (apresentação 6 mg/mL).

O uso de corticoides e antibiótico pode ser indicado em situações específicas.

Evitar os seguintes procedimentos capazes de gerar aerossóis e aumentar o risco de contaminação dos profissionais de saúde e/ou familiares:

- Ventilador para alívio da dispnéia.
- Fluxo de oxigênio elevado ($\geq 6L/min$).
- Pressão positiva em vias respiratórias (CPAP ou BiPAP).
- Todos os tipos de nebulização.

FEBRE	DOR
• DIPIRONA: • VO: 2 comprimidos de 500mg ou 01 comprimido de 1g ou 40 gotas da solução oral de 500 mg/mL, de 6/6 horas. Dose Máxima: 1g de 4/4h. • IV (ampola de 2mL com 500mg/mL, totalizando 1g): aplicar 01 ampola, diluída em 8mL de ABD, de 6/6h, infusão lenta. • SC: vide tabela específica. • Há também a dipirona supositório de 300 mg, que pode ser administrada de 3/3 horas ou 2 supositórios de 6/6 horas. • Paracetamol: alternativa para pacientes intolerantes a dipirona. Iniciar com 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. Contra-indicado o uso do ibuprofeno ou qualquer outro anti-inflamatório não esteroidal (AINE), exceto se estiver com febre persistente e muito próximo do fim de vida.	DIPIRONA: • VO: 2 comprimidos de 500mg ou 01 comprimido de 1g ou 40 gotas da solução oral de 500 mg/mL, de 6/6 horas. Dose Máxima: 1g de 4/4h. • IV (ampola de 2mL com 500mg/mL, totalizando 1g): aplicar 01 ampola, diluída em 8mL de ABD, de 6/6h, infusão lenta. • SC: vide tabela específica. • Há também a dipirona supositório de 300 mg, que pode ser administrada de 3/3 horas ou 2 supositórios de 6/6 horas. PARACETAMOL: alternativa para pacientes intolerantes à dipirona. Iniciar com 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 • Via oral (comprimido de liberação rápida de 10 e 30mg; solução oral 10mg/mL/32 gotas; cápsulas de liberação prolongada de 30 e 60mg): iniciar com 10mg, de 4/4 horas, com aumento de 2,5mg por dose, conforme resposta terapêutica. Não há dose máxima para controle da dor. • Via subcutânea ou intravenosa (ampola 10mg/mL, 1mL; 1mg/mL com 2mL): dose inicial 3mg, IV ou SC, 4/4h, com progressão de 1mg por dose, até controle da dor. • Opção de morfina em BIC: 10 ampolas de 10mg/mL em 490mL de SF 0,9%, gerando uma solução com concentração de 1mg em 5mL. Iniciar com 5mL/hora. Prescrever doses de resgate de 2mg, em bolus, se necessário (evitar orientar à critério médico). Pacientes com função renal abaixo de 15 ml/min/1,73 m²: aumentar o intervalo das doses (8/8h) de resgate ou substituir por fentanil ou metadona, em doses equivalentes (consultar tabelas). Na presença de dor refratária ou intolerável, solicitar avaliação de especialista, por via presencial ou à distância.

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

DELIRIUM "Confusão Mental Aguda"
O <i>delirium</i> ou confusão mental aguda tem causa orgânica, associado à presença de causas reversíveis, como distúrbio hidroeletrólítico (desidratação, hiponatremia, etc), hiper ou hipoglicemia, retenção urinária (bexígoma), constipação intestinal e/ou fecaloma, dor subtratada, privação do sono e do uso de prótese auditiva ou óculos. Todavia, a própria instabilidade clínica do paciente pode ser a causa do <i>delirium</i>, que pode ser hiperativo ou hipoativo. O <i>delirium</i> hiperativo é causa de grande desconforto para o paciente e familiares e deve ser tratado com medidas não farmacológicas (causas reversíveis) e farmacológicas. Os antipsicóticos são os fármacos mais utilizados: • HALOPERIDOL: • Via oral (VO): comprimidos de 1 e 5mg; solução oral 2mg/mL (1gota=0,1mg; 1mL=20 gotas). Iniciar com 5 a 10 gotas (0,5 a 1mg) e titular a dose, conforme resposta terapêutica. • Via subcutânea (SC): ampola injetável 5mg/mL. A formulação intramuscular é comumente utilizada por via subcutânea, apesar de ser considerada <i>off label</i>. Administrar 0,5 a 1mg, de 30 em 30 minutos, até que o paciente fique calmo ou sedado. Pode ser administrado sem diluição, mas, se necessário, o diluente indicado é ABD, pois o fármaco pode precipitar com SF0,9%. A dose média é de 3,5mg/dia, preferencialmente até 4,5 mg/dia. Dose de manutenção 1 a 2 mg até de 8/8 h. • Via intravenosa (IV): o uso intravenoso da ampola 5mg/mL não é preconizada, pelo alto risco de prolongamento do intervalo QT e <i>torsades de points</i>. O uso IV é considerado <i>off label</i>. Pode ser utilizado em situações específicas. A administração é semelhante àquela indicada por via SC. • CLORPROMAZINA (comprimidos de 25mg e 100mg; solução oral 40mg/mL com 1gota=0,2mg; solução injetável (5mg/mL): iniciar com 25 mg de 6/6 horas oral ou parenteral, podendo ter progressão de 50% desta dose até controle sintomático. A solução injetável deve ser diluída em 500 mL de SF 0,9% e administrar lentamente. Sua utilização por via subcutânea não é aconselhada, pelo risco de necrose tecidual. É um antipsicótico com ação mais sedativa e com característica de auxílio no controle de dor, mas com alta ação anticolinérgica e hipotensora em idosos. • Outros antipsicóticos podem ser usados, como: • Risperidona (comprimidos de 0,25mg, 0,5mg, 1mg, 2mg e 3mg; solução oral de 1mg/mL com 1gota=0,05mg): iniciar com 0,5 a 1mg (10 a 20gotas) e titular a dose até resposta terapêutica ou surgimento de reação adversa intolerável (dose máxima 4 a 8mg, em uma a duas tomadas diárias). • Quetiapina (comprimidos 25mg, 50mg, 100mg, 200mg e 300mg): iniciar com 25mg, uma a duas vezes ao dia, e titular a dose, conforme resposta terapêutica (100 a 200mg). • Olanzapina (comprimidos de 2,5mg, 5mg e 10mg): iniciar com 2,5mg, uma a duas vezes ao dia, e titular a dose, conforme resposta terapêutica (5 a 20mg/dia). A dor pode ser a causa do <i>delirium</i>. Neste caso, recomenda-se a otimizar o uso de fármacos com ação analgésica (ver fluxograma da analgesia) O uso de midazolam pode ser indicado para sedação do paciente com <i>delirium</i> hiperativo, em processo de morte.

