

X Programa de Educação Continuada em Fisiopatologia e Terapêutica da Dor

Equipe de Controle de Dor da Divisão de Anestesia do Hospital das Clínicas da FMUSP

Controle de Sintomas em Cuidados Paliativos em Oncologia

Dra. Sandra Caires Serrano - Pediatra, Neurologista Infantil, Clínica de Dor e Cuidados Paliativos

- Assistente de Ensino – Emergência Pediátrica Hospital Santa Marcelina – Itaquera
- Titular do Departamento de Terapêutica Antálgica e Cirurgia Funcional
- Responsável pelo Serviço de Cuidados Paliativos

CENTRAL DA DOR - HOSPITAL DO CÂNCER - A.C.CAMARGO / FAP – São Paulo

- Membro Comissão de Ética em Pesquisa – Fundação Antônio Prudente - desde 2006
- Mestre em Ciências da Saúde – Área de Concentração Oncologia – Fundação Antonio Prudente/SP

Cuidados Paliativos

Modalidades de tratamento para o paciente com câncer

	Modalidades Terapêuticas			
	Ativo	Ativo/Paliativo	Paliativo /sintomático	Tratamento de Suporte
Objetivo do tratamento	Cura	Aumento na sobrevida	Qualidade de Vida	Conforto
Impacto na doença	Erradicação	Deter a progressão	Resposta	Nenhum
Atitude psicológica	Vencedor	Luta	Acomodação	Entrega
Função do médico	Encorajar	Encorajar	Ouvinte	Suporte
Efeitos colaterais aceitáveis	Grandes	Grandes/moderados	Mínimos	Nenhum
Ressuscitação cardíaca	Sim	Provavelmente	Talvez	Nenhum
"Hospice"	Não	Não	Talvez	Sim

Fonte: Miller 1994.

Cuidados Paliativos

- “Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle de dor e outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares”

Primeira definição de Cuidados Paliativos OMS 1986

- Este conceito foi superado porque torna subjetivo o entendimento do momento de decretar falência de um tratamento
- À medida que a doença progride e o tratamento perde o poder de oferecer um controle razoável da doença, os Cuidados Paliativos crescem em significado
- Torna-se necessidade absoluta na fase da incurabilidade da doença

Cuidados Paliativos

- **“É a abordagem de cuidado**
 - que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares
 - diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida
 - através da prevenção e alívio do sofrimento
 - requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

Definição Atual revisada em 2002 - OMS

- objetivo de ampliação do conceito e torná-lo aplicável a todas as doenças, o mais precoce possível

Estudo Support – 1995/EUA

- Estudo multicêntrico
 - Realizado entre 1989-1994, 5 grandes hospitais americanos
 - 10 mil pacientes portadores de doenças incuráveis e prognóstico de vida estimado em 6 meses
-  Conclusões do estudo Support, 1995: questões fundamentais no final da vida:
- Comunicação entre pacientes e familiares com a equipe de saúde sobre o final da vida é pobre,
 - O custo da atenção no final da vida é elevado
 - Metade dos pacientes morrem com dor moderada a intensa, sem nenhuma prescrição analgésica

❑ **Necessários a mais de 33 milhões/pessoas/mundo e suas famílias**

❑ **Paliação**

- toda medida que resulte em alívio de um sofrimento do doente
- Fases da Paliação:
 - (1) Diagnóstico = controle de sintomas
 - (2) Incurabilidade = cuidados paliativos
 - (3) Morte inevitável = cuidados finais, últimos dias de vida
 - (4) Paciente e família = assistência ao luto

Cuidados Paliativos

Objetivos

- Os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos a qualquer paciente com doença crônica, conjuntamente com tratamentos curativos e também como o foco central da abordagem terapêutica
 - Exemplos: Falência cardíaca, renal, hepática, Lesões Medulares, etc.

Cuidados Paliativos - Objetivos

- ✓ Promove o alívio da dor e os outros sintomas estressantes
- ✓ Reafirma a vida e vê a morte com processo natural
- ✓ Não pretende antecipar nem postergar a morte
- ✓ Integra aspectos psicossociais e espirituais do cuidado
- ✓ Oferece suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até sua morte
- ✓ Oferece um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo de doença
- ✓ Deve ser iniciado o mais precoce possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas

Cuidados Paliativos

- Foco de atenção é o doente: indivíduo com história e autonomia de decisão
- Atenção individualizada ao doente e sua família
- Busca da excelência no controle de todos os sintomas
- Prevenção do sofrimento

Cuidados Paliativos

Controle impecável dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual

- Avaliar antes de tratar
- explicar as causas dos sintomas
- Não esperar que um doente se queixa
- Adotar estratégia terapêutica mista
- Monitorar os sintomas
- Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas
- Cuidar dos detalhes
- Estar disponível

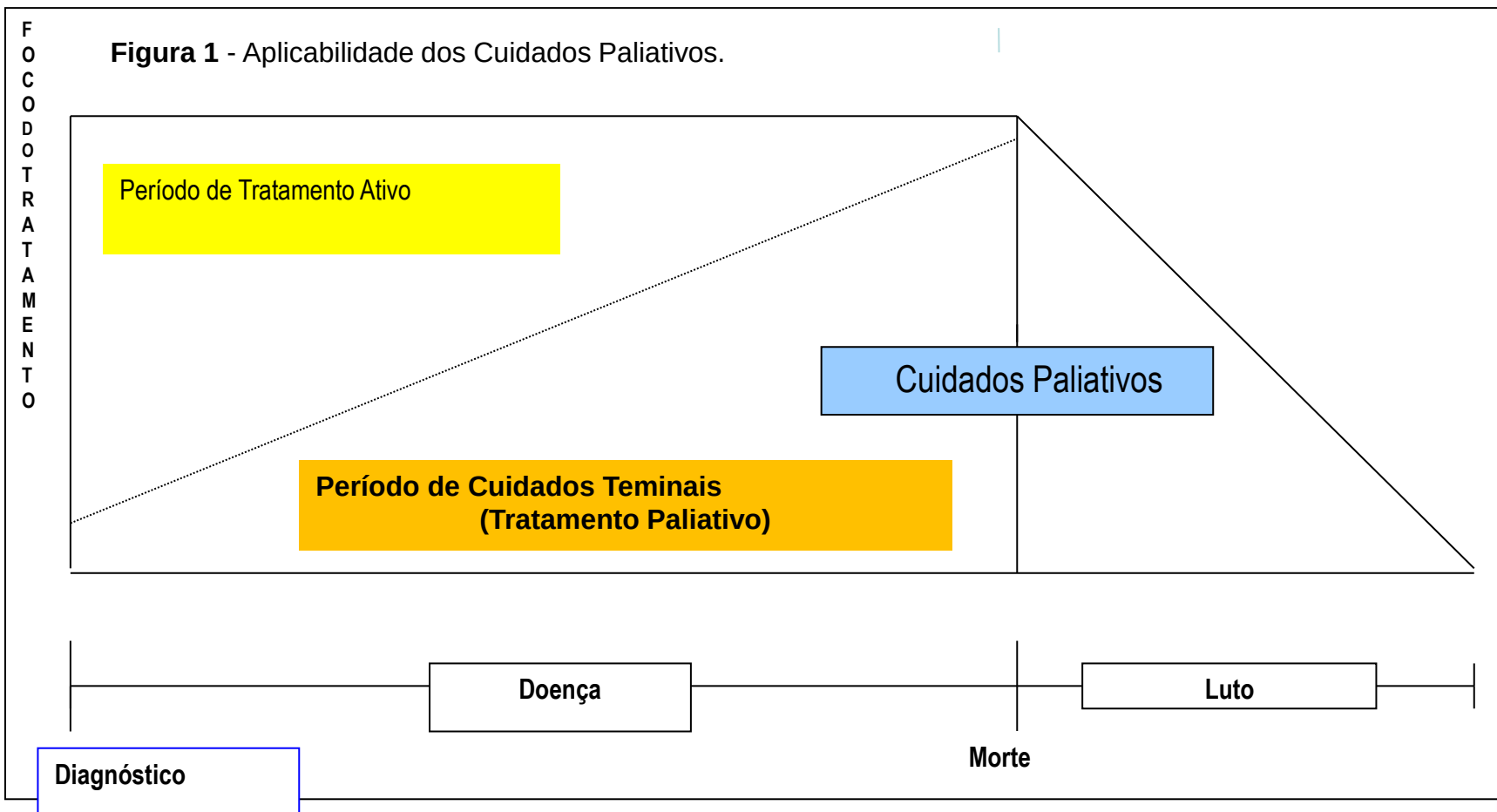
Cuidados Paliativos

Tratamento Ativo X Paliativo: não excludentes

- Período de tratamento ativo
 - Após o diagnóstico inicia-se terapia direcionada ao tratamento do câncer com objetivo primário de prolongar a sobrevida
 - Em cerca de 50% dos doentes diagnosticados com câncer o tratamento ativo se tornará ineficiente no decorrer do tratamento
 - Possibilidades
 - ✓ Cura
 - ✓ Remissão indefinida
 - ✓ Progressão para período de cuidados terminais
 - ✓ Morte
- Período de cuidados terminais
 - Há evidência de progressão de doença maligna
 - **Enfoque ativo, Cuidado redobrado**

Cuidados Paliativos

Diferentes fases do tratamento para os pacientes com câncer - OMS



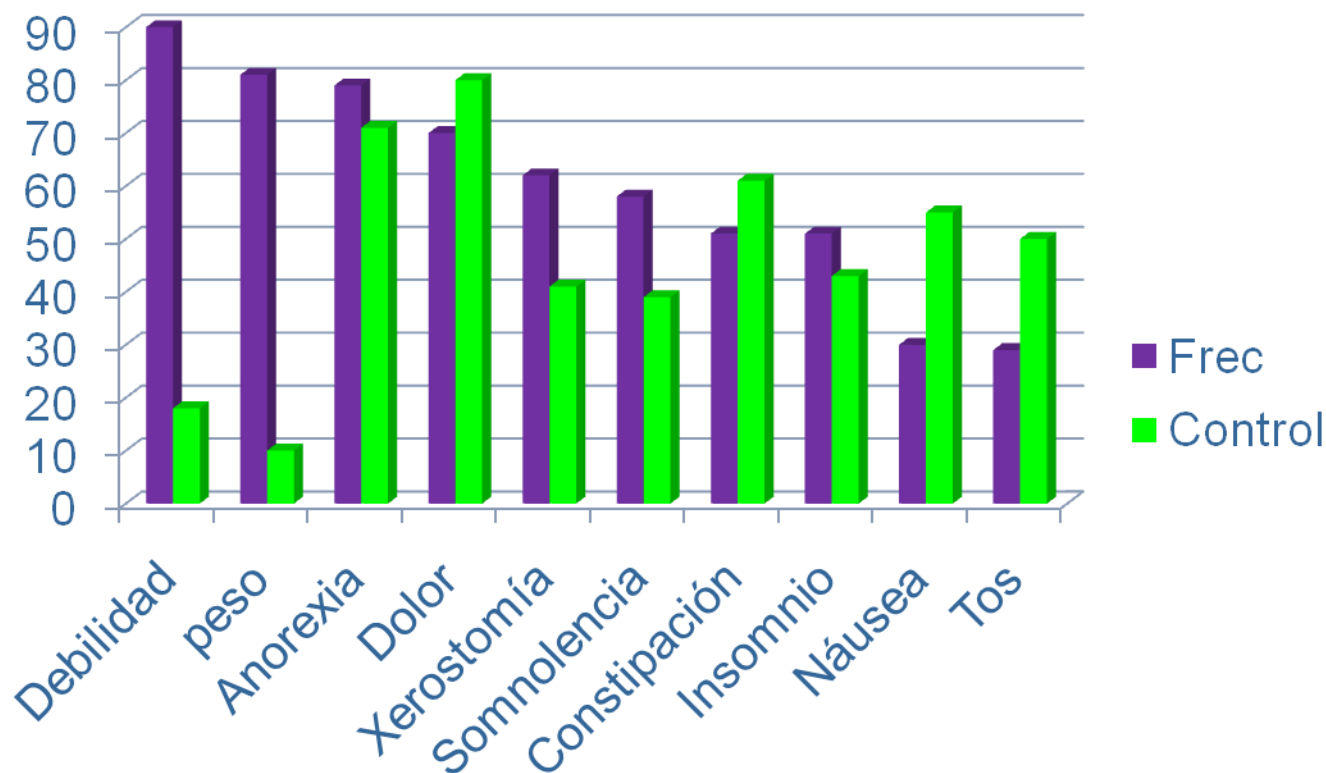
Quadro 1 – Palliative Performance Scale (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	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	–	–	–	–

ÍNDICE DE PROGNÓSTICO PALIATIVO (PPI)

			Máximo possível
PPS (%)	10-20	4,0	4,0
	30-50	2,5	
	60 ou mais	0	
ingesta oral	Muito reduzida	2,5	2,5
	reduzida	1,0	
	normal	0	
edema	presente	1,0	1,0
	ausente	0	
dispnéia em repouso	presente	3,5	3,5
	ausente	0	
delirium	presente	4,0	4,0
	ausente	0	
	TOTAL		15,0

PPI escore	Estimativa de sobrevida
0 a 2,0	Sobrevida mediana de 90 dias
2,5 – 4,0	Sobrevida mediana de 61 dias
> 4	Sobrevida mediana de 12 dias
> 6	20% sobrevida em 6 semanas

Frequência e grau de controle de dez sintomas no estudo “Morrer de Câncer”



Gómez-Batiste. Principios de la terapéutica y la organización de los Cuidados Paliativos, en Gómez-Batiste et al. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. España, Ed. Arán 2005: 21-55.

Sintomas

Explicar sintoma
ao paciente, cuidadores
e familiares

Identificar a causa do sintoma

consequência da própria enfermidade,
tratamento ou outra causa? Causas conjuntas?

Atenção

Aspectos
Emocional, Sofrimento
e Espiritualidade

Dispneia

- Dificuldade para respirar ou sensação de falta de ar **[OXIMETRIA NÃO DEFINE]**
- Prevalência aumenta à medida que avança a doença
- Depende da localização do tumor
- Causas mais comuns

Em função do tratamento

- Cirurgias

Secundária

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- Asma
- Insuficiência cardíaca...

Secundárias à doença/ tratamento

- Anemia...
- Infecções pulmonares...

Relacionadas ao próprio câncer

- Derrames pleurais, pericárdicos, ascite
- Destruição tumoral do parênquima pulmonar
- Linfangite carcinomatosa
- Compressão traqueal/estridor
- Obstrução brônquica, ...

Dispneia

- INDICAÇÃO = MORFINA
 - Morfina liberação imediata 5 mg 4/4 horas via subcutânea ou venosa
 - Se paciente já em uso de morfina, aumentar a dose em 30-50%
 - Dexametasona PODE AJUDAR
 - DOSE MÁXIMA 16 mg/dia
 - Melhora a sensação de dispnéia associada a obstrução da via aérea
Ex.: Linfangite carcinomatosa
- Oxigênio: uso discutível
 - Indicado na dispnéia aguda tratável e reversível
 - Considerar desejos de paciente (benefícios psicológicos X placebo)
 - Considerar pleurodese com talco em caso de Derrame Pleural de repetição com indicação de punção pleural de alívio de repetição

Dispneia

Ansiedade associada

- Associar benzodiazepínicos:
Diazepam 5-10 mg imediatamente
e 5-20 mg à noite
- Pode-se usar dose fixa a cada 6
ou 8 horas
- Opções: Clonazepam, Midazolam
- LORAZEPAM ESTA EM
RETIRADA DO MERCADO

Na asfixia pré-agônica

- Midazolam 20-40 mg via venosa ou
subcutânea ou em infusão contínua
ou com intervalos de até 4/4 horas
- Sedação com Morfina, Hioscina e
Midazolam (2,5-5 mg via venosa ou
subcutânea até 4/4 horas)

Estertores – Medidas Farmacológicas

- Muito frequente nas últimas horas ou dias de vida
- É um ruído percebido com os movimentos respiratórios de paciente
- Causa: acúmulo e vibração de secreções na árvore brônquica
- **Provoca mais angústia na família do que no paciente**
- Acomete 70% dos pacientes agônicos com doença pulmonar prévia
- **Importante**
 - **iniciar tratamento farmacológico o mais precocemente possível**
 - **posicionar cabeça e língua do paciente**
 - **restringir volume**

- **Medidas Farmacológicas**
 - Hioscina = dose inicial 10-20 mg cada 6 horas via venosa ou subcutânea
 - Colírio de Atropina 0,5% 02 gt SL 2xdia até 4xdia.
 - Propantelina 10% tópico em glândulas parótidas 2 – 3xdia

- Sintoma muito incômodo ao paciente
 - presente em 50% dos pacientes com câncer avançado
 - presente em 80% das neoplasias broncopulmonares
 - se possível, eliminar causa subjacente
- Causas
 - relacionadas ao câncer: irritação traqueal, brônquica, pleural, pericárdica e diafragma
 - relacionadas ao tratamento: fibrose pós-radioterapia
 - infecções
 - outras: asma, DPOC, tabagismo
- Tosse persistente causa desconforto
 - Anorexia, náuseas e vômitos, insônia, dor músculo-esquelética, cansaço, dificuldade de deglutição, mal-estar...

Tipo de Tosse e Medidas Farmacológicas

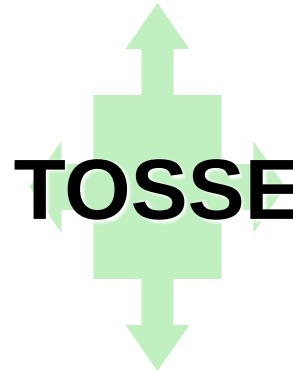
Tosse Isolada

- Dextrometorfano 15-30 mg cada 6-8 horas via oral
- Menos efeitos centrais e gastrointestinais: escolha para tosse isolada

Úmida e Produtiva (Tosse efetiva)

- Umidificar o ar inspirado
- Fisioterapia respiratória
- Mucolíticos não irritantes

TOSSE



Úmida e não Produtiva (Incapacidade para tosse efetiva)

- Codeína 30-60 mg oral cada 4-6h
- Morfina 5-10 mg cada 4 horas ou
- Morfina liberação lenta 30 mg 12/12h

Seca

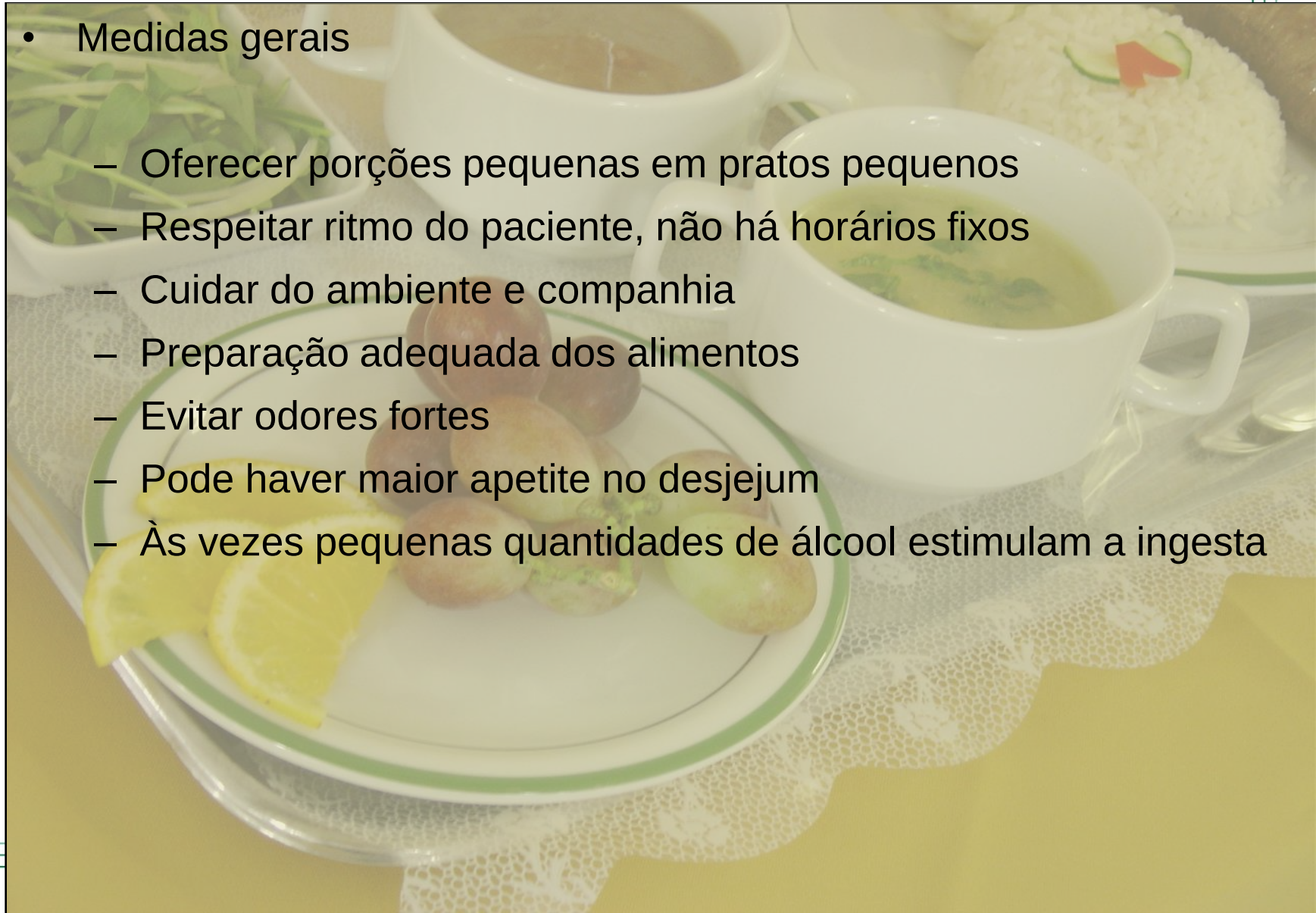
- Antitussígenos de ação central (Codeína, Morfina)
- Se o paciente já estava em uso de morfina = aumentar a dose

CUIDADO COM ACETILCISTEINA

Anorexia

- Incapacidade do paciente comer normalmente
- **Provoca angústia no paciente e familiares**
 - ❑ Família passa a pressionar o paciente para aceitar alimentação
 - ❑ Necessário convencer familiares que comer mais não prolongará a vida
 - ❑ Estratégia terapêutica: garantir bem-estar do paciente
- Medidas gerais
- Tratamento farmacológico
 - **Suporte nutricional enteral e parenteral (?)**
 - **Suplementos alimentares (?)**
 - iniciados somente após consenso
 - não há benefício em sobrevida

- Medidas gerais
 - Oferecer porções pequenas em pratos pequenos
 - Respeitar ritmo do paciente, não há horários fixos
 - Cuidar do ambiente e companhia
 - Preparação adequada dos alimentos
 - Evitar odores fortes
 - Pode haver maior apetite no desjejum
 - Às vezes pequenas quantidades de álcool estimulam a ingestão



Anorexia - Tratamento farmacológico

- **Corticosteróides (Dexametasona)**
 - Iniciar dose baixa 4 mg/dia + proteção gastrointestinal
 - Indicação: expectativa de vida inferior a 1 mês
 - Risco = surto psicótico, distúrbio de comportamento
 - Efeito orexígeno máximo 4 semanas
 - aumento do apetite, melhora do humor e aumento de peso por retenção hídrica
- **Acetato de Megestrol = EM DESUSO**
 - Em pacientes com tumores hormônio-dependentes
 - Dose orexígena = 320 mg/dia (cp =160 mg)
- **Hidratação (pode ser necessário)**
 - Desidratação pode provocar confusão, agitação, falência pré-renal, com acúmulo de metabólitos farmacológicos ativos que causam mioclonias, náuseas e delírio
 - Via oral, hipodermóclise ou venosa

Astenia

- Cansaço facial, debilidade generalizada
- É um dos sintomas mais difíceis de aliviar
- Reduz progressivamente capacidade funcional
- Síndrome Caquexia / Constitucional:
= **Anorexia + Astenia + Emagrecimento**
 - Causa de extremo sofrimento
 - Altera imagem corporal
 - Perda da identidade e de pertencer ao meio sócio-familiar

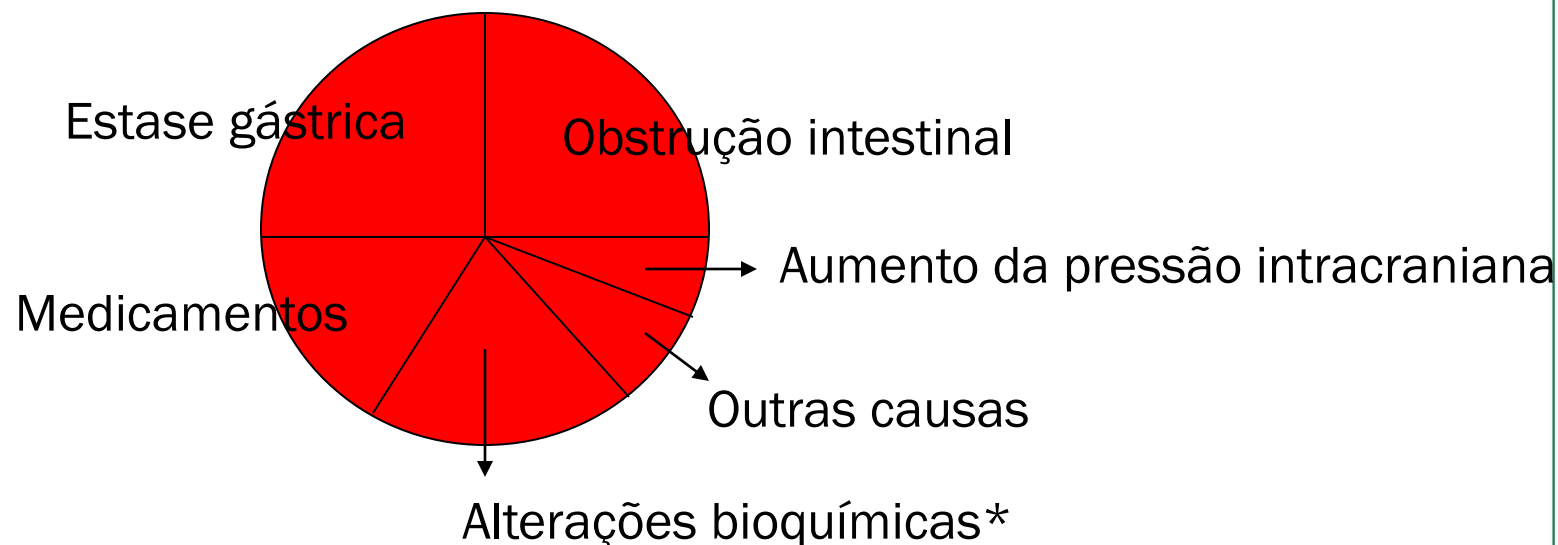
Náuseas e Vômitos

- **Náuseas** - Sensação desagradável na parte alta gastrointestinal, e que pode estar acompanhada ou não de vômito
- **Vômito** - Expulsão potente do conteúdo gastrointestinal através da boca
- **Chave: prevenção**
- Inúmeras possíveis causas
 - hepatomegalia ou tumores de grande tamanho,
 - compressão gástrica por ascite,
 - obstipação/obstrução intestinal
 - Quimioterapia e Radioterapia
- Correção de causas reversíveis
 - hipercalcemia, gastrite,
 - fármacos irritantes da mucosa gástrica (corticóides, AINH, opióides, etc)

Outras causas

- Metástases
- Irritação meníngea
- Movimento
- Ansiedade
- Irritação em mucosa
- Medicamentos
- Alteração da motilidade intestinal
- Obstrução mecânica
- Metabólico, etc

Causas comuns de náuseas e vômitos em câncer avançado



*a correção da hipercalemia nem sempre é apropriada no moribundo

Ansiedade exacerba náuseas e vômitos de qualquer etiologia

Medidas gerais

- Adequar dieta: branda, fracionada, líquidos
- Mostrar e oferecer alimento em pequena quantidade cada vez
- Posição em decúbito lateral: prevenção da broncoaspiração
- Observar TIPO do vômito: “borra de café”, bilioso, alimentar...
- Cuidado com odores e **cores!!!!**

Farmacológico

- Haloperidol 1,5-3 mg via venosa, subcutânea ou oral (ou Clorpromazina)
- Metoclopramida 10-20 mg cada 6-8 horas via venosa, subcutânea ou oral
- Bromoprida, dexametasona, difenidramina...

CUIDADO COM METOCLOPRAMIDA NO IDOSO

Uso de antieméticos de primeira linha

- **Antiemético procinético**
 - para gastrite, estase gástrica, obstrução intestinal funcional
 - **Metoclopramida > 30 Kg 10 mg dose inicial e 40-100 mg/24h infusão SC**
 - Bromoprida
- **Antiemético com ação principal na região quimiorreceptora desencadeadora (área póstrema)**
 - na maioria das causas químicas dos vômitos, ex.: morfina, hipercalcemia, insuficiência renal
 - **Haloperidol > 30 Kg = 1,5-3 mg/dose ou 2mg a 5 mg SC e 2,5-10mg/24h infusão SC**
 - a metoclopramida também é efetiva nestes casos
- **Antiespasmódico e antiemético anti-secretório**
 - caso cólicas intestinais e/ou necessidade de reduzir secreções do TGI
 - **Butilbrometo de hioscina > 30 Kg = 20 mg SC/dose e 80-160 mg/24h infusão SC**
- **Antiemético que atua principalmente no centro do vômito**
 - para obstrução intestinal orgânica, aumento da pressão intracraniana, enjôo do movimento
 - **Ciclizina > 30 Kg = 50 mg via oral/dose**

- **Corticosteróides**
 - Dexametasona = 8-16 mg/DIA /(considerar redução da dose em 7 dias)
- **Antagonista dos receptores 5HT₃**
 - Usar quando houver liberação maciça de serotonina a partir de células enterocromafins ou plaquetas, por exemplo, quimioterapia, radioterapia, insuficiência renal
 - **Ondansetrona: antagonista potente altamente seletivo dos receptores 5HT₃**
 - Qxt/Rxt = liberação de 5-HT no intestino delgado, iniciando reflexo de vômitos pela ativação dos aferentes vagais nos receptores 5-HT₃ – a ondansetrona bloqueia o início desse reflexo

- O sistema vestibular está relacionado com o vômito por discinesia e outras alterações vestibulares propriamente ditas, como compressão tumoral e hipertensão intracraniana
 - Os principais mediadores do sistema vestibular são:
 - Histamina
 - Acetilcolina muscarínica
- NESTES CASOS, O DIMENIDRATO É A MEDICAÇÃO COM MELHOR INDICAÇÃO, EM ESPECIAL NA PREVENÇÃO DO VÔMITO RELACIONADO COM A DISCINESIA**

Constipação Intestinal

- Sintoma frequente
- Opióides causam mais constipação por via oral que por via subcutânea
- Associar laxantes com diferentes mecanismos de ação diferentes é mais eficaz
- Se preciso = realizar exames
- Várias causas possíveis:

Causas diretas

- Obstrução
- Lesão neurológica
- Hipercalcemia

Causas secundárias

- Dieta pobre em fibra
- Desidratação
- Astenia
- Baixa ingestão
- Confusão mental
- Inatividade, acamados

Fármacos

- Opióides
- Antiácidos
- Anticolinérgicos
 - Hioscina
 - Fenotiazinas
 - Antidepressivos tricíclicos
 - Antiparkinsonianos....

Sintomas

- Grau de dificuldade e frequência
- Náuseas, flatulência, cefaléia, halitose, dor abdominal, confusão mental
- Incontinência urinária secundária à fecaloma

Prevenção

- Manter bom controle de sintomas
 - Aumentar atividade física
 - Ingesta hídrica adequada
 - Dieta rica em fibra
 - Considera-se uso de laxantes por via retal um fracasso da via oral
 - **Primeira linha = sena+docusato sódico**

Laxantes via oral

- Emolientes: lactulose
- Estímulo de Peristaltismo:
 - Dulcolax
 - Senosídeo: induz cólicas

Laxantes via retal

- Osmóticos: supositório de glicerina
- Salinos: enema de fosfato sódico (pode causar hipocalcemia e hiperfosfatemia)

Tratamento fecaloma

- Enema ou supositório
- Lavado retal com soro fisiológico

ESCALA DE BRISTOL de formas de matéria fecal

TIPO 1



BOLINHAS DURAS

TIPO 2



FORMA DE SALSICHA

TIPO 3



RACHADA

TIPO 4



SERPENTE LISA MOLE

TIPO 5



CÁPSULAS AMOLECIDAS

TIPO 6



PASTOSA IRREGULAR

TIPO 7



AQUOSA SEM SOLIDEZ

Depressão

- Sintoma frequente: aumento da incidência ao evoluir da doença
- **Considerar tristeza / depressão reacional / transtorno de ajustamento**
- Considerar a influência da dor não controlada sobre o quadro depressivo
- **Sintomas mais frequentes**
 - baixa autoestima, pouco ou nenhum interesse, gesto inexpressivo, idéias de morte ou suicídio, alterações do sono, irritabilidade
- Tratamento farmacológico
 - Iniciar com dose mínima 1 vez/noite e aumentar dose lentamente
 - Psicologia, escuta ativa, antecedentes pessoais e familiares
 - Na depressão com ataques de pânico considerar Alprazolam 0,75-4 mg/dia via oral
 - CLONAZEPAM SL É UMA OPÇÃO QUANDO VIA ORAL BLOQUEADA
- ❑ **Mais usados: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), Antidepressivos Tricíclicos ou Atípicos**
- ❑ **Efeito desejado**
 - dias: psicoestimulante – **CONSIDERAR METILFENIDATO**
 - semanas a meses: ISRS, antidepressivos tricíclicos

Ansiedade

- Compreender o contexto: é esperado que exista certo grau de ansiedade
- Na maioria dos casos dor e dispnéia são acompanhados por ansiedade
 - insônia, hiperatividade, dificuldade de concentração, sensação de falta de ar ou dispnéia

Tratamentos

- Amitriptilina 25-75 mg/noite via oral – em caso de depressão (Nortriptilina)
- Lorazepam 0,5-1 mg/12 horas via oral na ansiedade diurna (escolha na Insuficiência Hepática)
- Diazepam 2-10 mg/noite via oral se necessário relaxamento muscular
- Haloperidol 0,5-3 mg/12 horas se houver evidências de paranóia
- Alprazolam 0,25 mg/noite via oral indicado se insônia

ATENÇÃO

- Maioria dos pacientes respondem bem às medidas de escuta e suporte
- **CUIDADO COM IATROGENIA = NÃO MEDICALIZAR UM PROBLEMA**
 - Técnicas de relaxamento e massagem
 - Favorecer a comunicação família-paciente
 - Atenção psicológica

Insônia

- Tratar as causas reversíveis X Conhecer o antecedente
Ansiedade, Dor, Dispnéia Como é o sono?

Medidas gerais

- Aumento da atividade diária (terapia ocupacional)
- Diminuição de ruídos noturnos (luz indireta)
- Ambiente agradável – HIGIENE DO AMBIENTE
- Tratar o medo: relaxamento, companhia, explicações e transmitir segurança ao doente

Tratamentos

- Lorazepam 1-2 mg/12 horas via oral se a ansiedade for diurna
- Clonazepam 0,5-2 mg/noite via oral ou sublingual (ANSIEDADE ANTECIPATÓRIA)

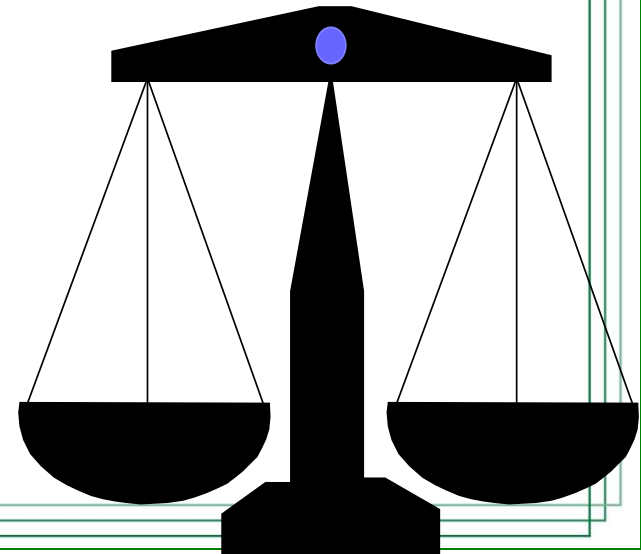
Outros

- Antihistamínicos, Benzodiazepínicos, Neurolépticos, Antidepressivos, etc
- Atenção em relação à doses e efeitos adversos

CUIDADO REDOBRADO EM IDOSOS

Confusão ou Delírio

- Estado de claudicação mental
 - Há redução da atenção e deterioração da consciência, memória, emoções e ciclo vigília-sono
 - sintoma muito prevalente
 - em 20% dos casos o diagnóstico necessita de investigação etiológica
- **Identificar se a causa é reversível**
- Desafio = identificar “Agitação Terminal”: **delírio ocorrido nas últimas horas**
- Possíveis causas (método mneumônico)
 - **D – Drugs**
 - **E – Electrolytes**
 - **L – Liver failure**
 - **I – Ischemia or hypoxia**
 - **R – Renal failure**
 - **I – Impaction of stool**
 - **U – Urinary tract**
 - **M – Metastases to brain**



LEMBRETES



Hospital
A.C. Camargo

- Não substima técnicas não farmacológicas para controle de sintomas, por mais simples que possam parecer
- Polifarmácia com segurança exige conhecimento profundo das interações medicamentosas, da doença, e do plano de cuidado a ser adotado para cuidar do paciente e de seus familiares
- Nem tudo é DEPRESSÃO = pode ser tristeza, medo, fuga, negação...
- Nunca medicalize um problema = NÃO FAZ EFEITO!
- Religião ≠ Espiritualidade
- Atenção aos mecanismos de enfrentamento do doente e seus familiares
- DOR + SEDAÇÃO = AGITAÇÃO MOTORA
- **“Não existe paciente ou família difícil, existem expectativas não correspondidas.**