



Prognóstico e Indicação de Cuidados Paliativos

Gustavo Henrique de Oliveira Caldas

Geriatra pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Título de Especialista em Geriatria pela SBGG

Geriatra do Hospital Universitário Onofre Lopes

Paliativista pelo Instituto Paliar – São Paulo

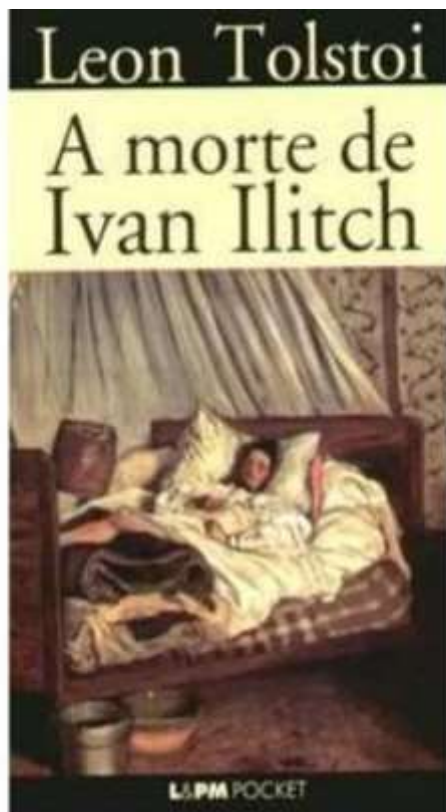
Mestrando da UFRN

Introdução

- “No dia seguinte ninguém morreu.... Quando muito, talvez pudesse empurrá-los um passo na direção aonde se supunha que a morte se encontraria, mas seria em vão, inútil, porque nesse preciso instante, inalcançável como antes, ela daria um passo atrás e guardaria a distância.”



Introdução



Introdução

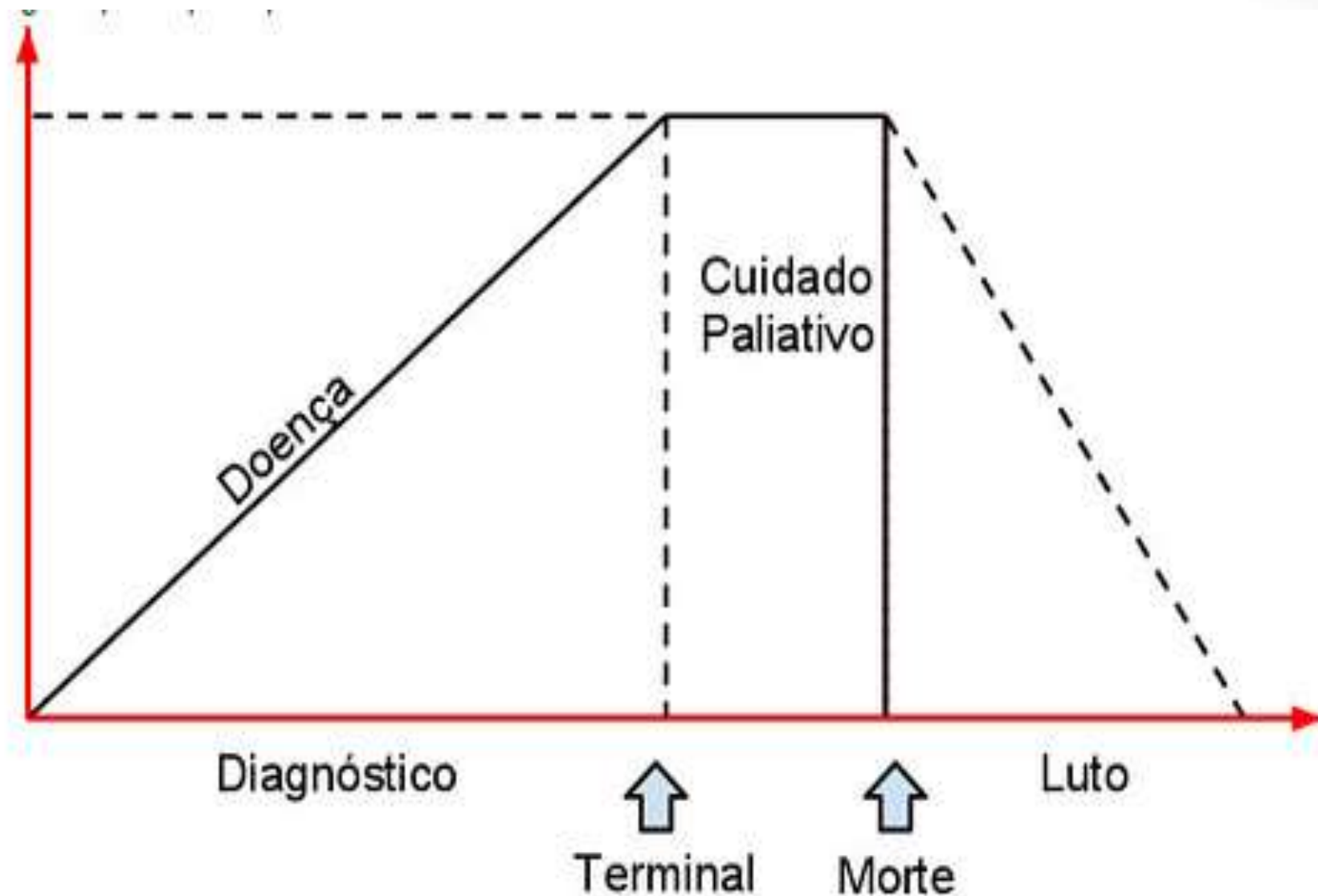
Constituem uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, possibilitados por identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.



OMS

Organização mundial da saúde

Introdução



Introdução

- A maioria dos pacientes permaneceria sem nenhuma assistência
- Esgotaram as possibilidades de tratamento
- Sofrimento moderado
- Manutenção do conforto e dignidade de vida
- Limite de 6 meses – MEDICARE americano



Caso 1



- Dona Judite, 65 anos, portadora de Síndrome demencial avançada provável Alzheimer encontra-se internada na enfermaria para o tratamento do terceiro episódio de Pneumonia em dois meses, além de apresentar úlcera de pressão sacral. Apresenta perda da capacidade de levantar a cabeça e um FAST 7F.

Caso 2



- Dona Maria, 75 anos, mora numa ILPI há 15 anos e é portadora de Esquizofrenia, HAS, IRC, demência leve. Nos últimos dias começou a apresentar dispneia em repouso e foi conduzida ao CTI da instituição para estabilização. Enquanto tomavam as condutas clínicas pertinentes chegou o resultado do ecocardiograma transtorácico solicitado o qual apresentou como resultado uma FE: 18%. A paciente não melhorou da dispneia em repouso com as condutas clínicas implementadas.

Caso 3



- Sr. João, 65 anos, portador de ELA, apresentou pneumonia, tendo sido entubado e conduzido a UTI. Após melhora do quadro, recebe alta pra enfermaria com traqueostomia. Encontrava-se com sonda nasoenteral, restrito ao leito, com dificuldade pra falar e, por vezes, ao longo de meses, apresentava dispneia de repouso, sendo necessário o uso de oxigênio suplementar e, em alguns momentos, era submetido a ventilação mecânica pela traqueostomia. Quando apresentava esses episódios de dispnéia, a enfermeira do setor já falava: “Deve ser Pneumonia novamente”

Caso 4



- Sr. Marcelo, 76 anos, era portador de neoplasia prostática e estava em tratamento apropriado. Consegue sua primeira consulta ambulatorial em certo hospital, mas a filha está muito apreensiva, porque seu pai, nos últimos dias, está muito desorientado. Foi internado na enfermaria e detectado metástases pulmonares e ósseas, além de delirium hipoativo resistente as medidas implementadas secundário à hipóxia. KPS: 10, PPS:10, PPI < 12 dias, PaP Score: probabilidade de sobreviver 30 dias <30%

Caso 5



- M.A.B., 83 anos, sexo feminino ocupava um leito da enfermaria após um episódio de AVC isquêmico há 10 dias. Era portadora de ICC sistólica, IRC e diabetes. Depois do episódio a paciente ficou restrita a cama e alimentando-se por SNE, embora anteriormente já tivesse perda de funcionalidade (ABVD: 2 em 6 – comia e andava, AIVD: 9 em 27). Durante a internação foi detectada piora da função cardíaca (ecocardiograma com FE: 20%) e da função renal (IRC agudizada em estágio 5), além de fibrilação atrial. Índice de comorbidade de Charlson modificado=15, mortalidade de 49%.

Prognóstico

- Morte social antes da morte física
- Médicos estimam de maneira otimista a sobrevida do paciente
- Relação médico-paciente: interfere no prognóstico



Prognóstico

- Valorização: avanço do diagnóstico e tratamento
- Medicina Paliativa: ressurgimento do prognóstico
- Família: expectativas para o cuidado
- Decisões clínicas
- Determinar elegibilidade do paciente para os diversos serviços de cuidados paliativos
- Pesquisas clínicas



Prognóstico

- Estudantes não são formados para realização de prognóstico
- Sentem-se intimidados, já que seus prognósticos podem ser errados.
- Melhorar a educação
- Hipócrates –

O livro do Prognóstico

- Culturas mais abertas ao prognóstico



Resultados do prognóstico

- Morte
- Doença progressiva
- Incapacidade

Três componentes do prognóstico:

- Formulação do prognóstico
- Comunicação do prognóstico
- O uso do prognóstico para tomar decisões clínicas

Formulação de prognóstico

- Julgamento clínico
- Julgamento atuarial
- Probabilidade



Julgamento subjetivo

- Performance Status
- Sintomas
- Testes laboratoriais
- Para melhorar:
 - Repetição de estimativas
 - Múltiplas perguntas ao estado do paciente
 - Médicos e enfermeiros
 - Acurácia menor de previsão em doenças que não sejam câncer

Julgamento clínico

- “Você ficaria surpreso se o paciente morresse nos próximos....?”
- Hospice começaram a desenvolver diretrizes de encaminhamento de pacientes.



GLARE, Paul et al. Predicting survival in patients with advanced disease. In: _____
Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5ª Ed. United Kingdom, 2015, p. 65-76, 1281p.

Julgamento Atuarial

- Performance Status
 - Preditor de sobrevivência
 - Necessidade de hospitalização do paciente
- PPS
 - Forte preditor de sobrevivência em pacientes com câncer
 - Prognostat

BARBARA, Head et al. Prognostication in hospice care: Can the palliative Performance scale help? **Journal of palliative medicine**, v. 8, n. 3, p. 492-502, 2005.

KPS (Escala de Performance de Karnofsky) (coluna 1 = há 3 meses; coluna 2 = agora):

Graduação		Significado
100	100	Normal; ausência de queixas, sem evidências de doença.
90	90	Capaz de realizar atividades normais; sinais e sintomas mínimos de doença.
80	80	Atividade normal com esforço; alguns sinais ou sintomas de doença. Incapacidade para grande esforço físico, consegue deambular.
70	70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais como tarefas caseiras e trabalhos ativos.
60	60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais.
50	50	Requer considerável assistência e frequentes cuidados médicos.
40	40	Incapacitado; requer cuidados especiais e assistência, auto-cuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vigil sentado ou deitado.
30	30	Severamente incapacitado, indicado hospitalização, embora a morte não seja iminente.
20	20	Muito doente, necessário internação hospitalar e tratamento de suporte. Completamente incapaz de realizar autocuidado. Confinado à cama.
10	10	Moribundo; processo de morte progredindo rapidamente.



Palliative Performance Scale - PPS:

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível da Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa.
60	Reduzida	Incapaz para o hobbies/trabalho doméstico. Dça significativa	Assistência ocasional.	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de Confusão.
50	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; Doença extensa.	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de Confusão.
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qlqr atividade. Doença extensa	Dependência Completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qlqr atividade. Doença extensa	Dependência Completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência. +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qlqr atividade. Doença extensa	Dependência Completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Julgamento atuarial

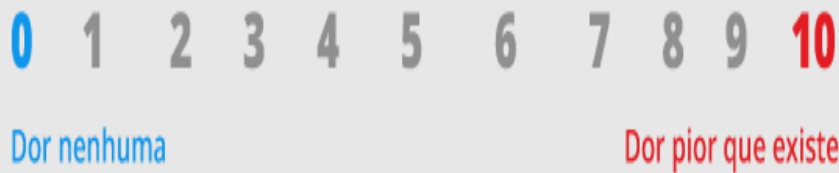
- Sintomas
 - Anorexia-caquexia
 - Dispneia e confusão
 - Opióides fortes.
 - ESAS – moderado a intensos escores
 - Dispneia, sonolência, falta de apetite e queda no bem-estar, cansaço.
 - Mecanismo final comum: aplica-se as doenças não- malignas.

ESCALAS USADAS PARA MEDIR INTENSIDADE DA DOR EM PACIENTES TERMINAIS

Escala de faces:



Escala Numérica:



Escala Descritiva Simples:



Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

Quadro 3 – ESAS-r na versão brasileira. Porto Alegre, RS, 2011.

Julgamento atuarial

- Sintomas: humor, qualidade de vida
 - 25% dos pacientes com sintomas depressivos
 - 40% com depressão maior ou menor
 - Auto-avaliação da saúde: sobrevivência
 - Risco de morte alto: pobre
 - Intermediário: justo
 - Baixo: bom ou ótimo



Julgamento Atuarial

- Comorbidades
 - Pior prognóstico: idosos
 - Pior sobrevida
 - Pouco avaliadas em estudos
- Biomarcadores
 - Interleucina-6, PCR, alfa-1-glicoproteína, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica
 - BCI>40.000: <10% de chance de sobrevivência em 3 meses.
 - BNP

Modelos para pacientes com câncer

- Estudo Support
 - Melhorar o tratamento e os cuidados no final de vida
 - APACHE
 - Primeiro grande estudo com a intenção de fornecer ao clínico uma acurácia prognóstica.
- Palliative Prognostic Index (PPI)
 - Edema, delirium, dispneia, ingesta oral, performance status
 - >4: previsão de morte em 6 semanas.

PPI

PPI (Paliative Care Index):

I – KPS

(0) >50

(2.5) 30-50

(4.0) 10-20

II – Sintomas e sinais

Ingesta oral

(0) normal

(1.0) moderadamente reduzida

(2.5) muito reduzida

(1.0) Edema

(3.5) Dispneia de repouso

(4.0) Delirium

Escore total → sobrevida média em dias

□ 0 - 2.0 → 90 dias

□ 2.1 – 4.0 → 60 dias

□ >4.0 → 12 dias

Modelos para pacientes com câncer

- Palliative Prognostic (PaP Score)
 - Pacientes do hospice italiano
 - Karnofsky performance, anorexia, dispneia, contagem de leucócitos, percentagem de linfócitos, previsão clínica de sobrevivência.
 - É o mais robusto modelo prognóstico
 - Insatisfação: alta dependência da estimativa clínica subjetiva e omissão da função cognitiva.

PaP Score - Palliative Prognostic Score

Variável	Pontos
Dispneia Presente Ausente	1 0
Anorexia Presente Ausente	1,5 0
Estimativa clínica (semanas) > 12 11-12 9-10 7-8 5-6 3-4 1-2	0 2 2,5 2,5 4,5 5 8,5
Índice de Karnofsky ≥ 30 10-20	0 2,5
Leucócitos totais por mm³ < 8.500 8.501-11.000 > 11.000	0 0,5 1,5
Porcentagem de linfócitos < 12 12-19,9 ≥ 20	2,5 1 0
Grupos de risco A - probabilidade de sobreviver 30 dias > 70% B - probabilidade de sobreviver 30 dias 30 - 70% C - probabilidade de sobreviver 30 dias < 30 %	Total de pontos 0 - 5,5 5,6 - 11 11,1 - 17,5

Modelos para pacientes com câncer

- Modelo PiPS
 - Tenta solucionar problemas do PaP score
 - Inglaterra
 - Mental test score, presença de anorexia, de algum local de metástase óssea, presença de metástase hepáticas, contagem de plaquetas, de ureia, dispneia, disfagia....
 - www.pips.sgul.ac.uk
 - PiPS-A ou PiPS-B: melhores que previsões de médicos e enfermeiros.

This is PIPS-A

The PIPS-A score is at least as good as a multi-professional clinical estimate of survival. To calculate the PIPS-A score you must complete all of the items on this on-line form.

Please note - this scale should only be used if recent blood result data are not available. If recent blood results are available then you should use [PIPS-B](#) (since this provides a more accurate prediction of survival).

Diagnosis	Score
Breast cancer (No=0, Yes=1)	▼ ALL fields are required for correct scoring
Male Genital Organs (No=0, Yes=1)	▼
Distant mets (No=0, Yes=1)	▼
Liver mets (No=0, Yes=1)	▼
Bone mets (No=0, Yes=1)	▼
Symptoms	

This is PIPS-B

The PiPS-B score is as least as good as a multi-professional clinical estimate of survival and is significantly more accurate than a uni-professional estimate (i.e. doctor or nurse). To calculate the PiPS-B score you must complete all of the items on this on-line form.

Please note - this scale should only be used if recent blood result data are available. If recent blood results are not available then you should use [PiPS-A](#) (this will provide a prediction which is at least as accurate as a multi-professional survival estimate).

Diagnosis	Score
Male Genital Organs (No=0, Yes=1)	▼ ALL fields are required for correct scoring
Distant mets (No=0, Yes=1)	▼
Bone mets (No=0, Yes=1)	▼

Modelos para pacientes com câncer

- Nenhum modelo prognóstico para prever sobrevivência em pacientes em cuidados paliativos com câncer no ambulatório.
- Sobrevivem por anos
- População heterogênea do ambulatório
- Inovação urgentemente necessária.



Demência

- A incapacidade para caminhar sem ajuda indica que o paciente está entrando na fase final.
- Evento que precipita a morte, às vezes, não é tão claro.
- 7C do FAST: Pneumonia, infecção urinária, úlceras de pressão: 12 meses.
- 30% dos pacientes com demência estão vivos 3 anos depois.
- ADEPT

Risk Calculator

1. Has your patient been admitted to the nursing home in the past 90 days?

☐ Yes

☐ No

2. How old is your patient?

Select ▼

3. What is the sex of your patient?

☐ Male

☐ Female

4. Does your patient have shortness of breath?

☐ Yes

☐ No

5. Does your patient have at least one pressure ulcer that is greater than or equal to Stage 2?

☐ Yes

☐ No

6. Is your patient totally dependent for all Activities of Daily Living, including bed mobility and eating?

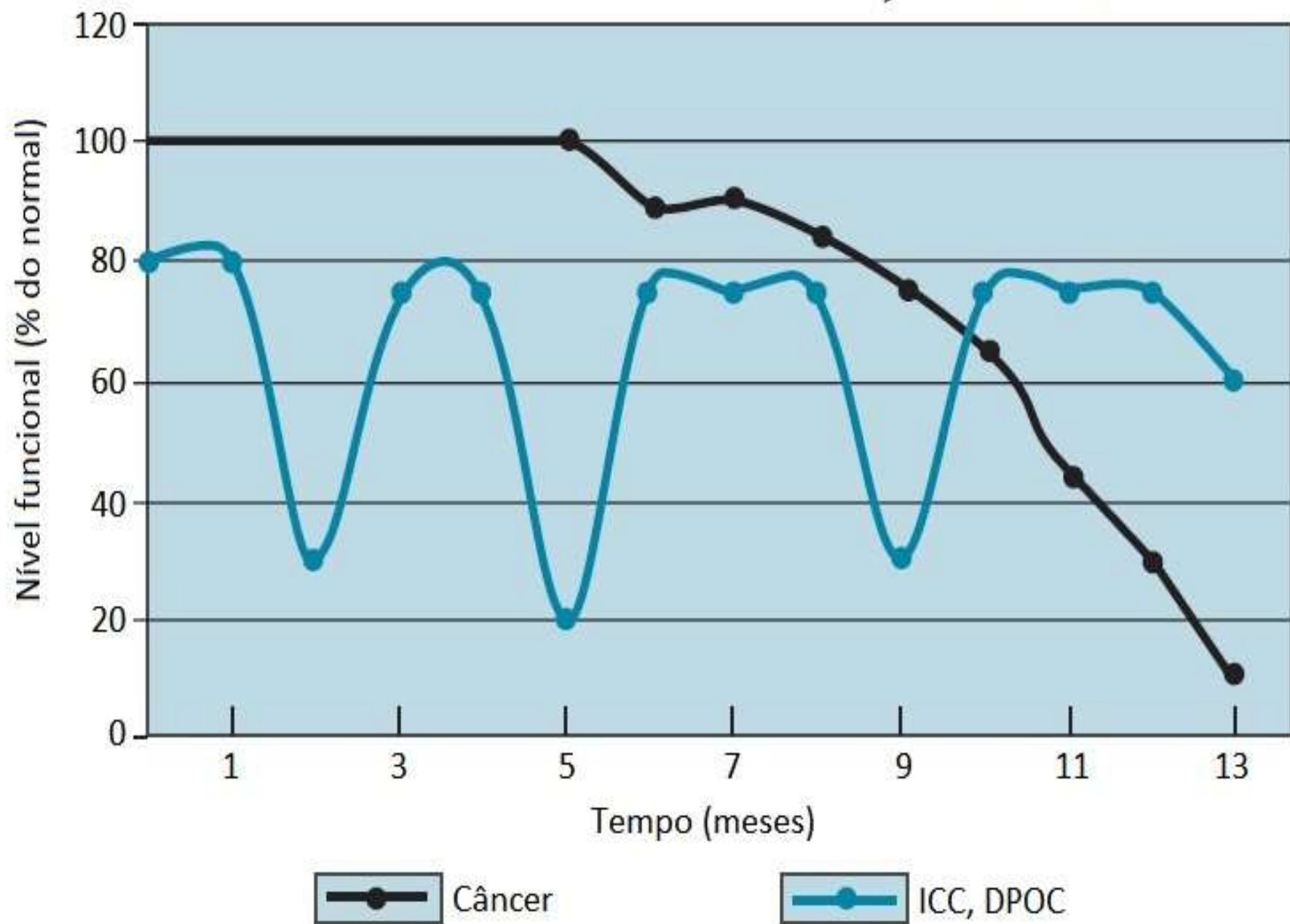
☐ Yes

☐ No

Estadiamento funcional (Functional Assessment Staging — FAST)

Estágio	Características	Diag. Clínico
1	Nenhuma dificuldade objetiva ou subjetiva	Adulto normal
2	Queixas de esquecimento de locais ou objetos. Dificuldades subjetivas no trabalho	Idoso normal
3	Decréscimo do funcionamento no trabalho, evidente para os colegas. Dificuldade nas viagens para novas localidades.	Compatível com DA incipiente
4	Decréscimo na habilidade de execução de tarefas complexas, manejo de finanças pessoais, execução de compras, etc.	DA leve
5	Requer assistência na escolha de trajes adequados	DA moderada
6 _ A	Dificuldade em vestir-se adequadamente	DA moderada a grave
6 _ B	Incapaz de banhar-se adequadamente, pode desenvolver medo do banho	
6 _ C	Incapacidade de manuseio da toalete	
6 _ D	Incontinência urinária	
6 _ E	Incontinência fecal	
7 _ A	Capacidade de falar limitada a meia dúzia de palavras ou menos, no curso médio de um dia	DA grave
7 _ B	Capacidade de falar limitada a uma única palavra inteligível no curso médio de um dia	
7 _ C	Capacidade de deambulação perdida	
7 _ D	Perda da capacidade de se sentar sem assistência	
7 _ E	Perda da capacidade de sorrir	
7 _ F	Perda da capacidade de levantar a cabeça	
7 _ G	Postura fletida	

Doença grave → Processo ativo de morte



Comunicando um Prognóstico

- Pacientes querem informações sobre prognóstico
- Médicos subestimam os pacientes
- Foca-se em tratamento e investigações: consultas
- Pacientes almejam e temem as informações de prognóstico.

Comunicando um Prognóstico

- Ser honesto
- Evitar rodeios
- Dar informações mais detalhadas do que deseja o paciente
- Estimular metas realistas
- Pacientes querem discutir prognóstico, outros querem negociar.
- Mulheres e jovens: mais informações

Comunicando um Prognóstico

- Biomarcadores e citocinas pró-inflamatórias são os principais focos de pesquisas atuais.
- Julgamento clínico permanece importante
 - Algumas ferramentas não estão validadas para certa população.



Doença Cardíaca



- Insuficiência Cardíaca
 - NYHA II – 60% morre subitamente
 - 25% dos pacientes NYHA IV
 - Prognóstico de incerteza: menor compreensão de sua condição e menor envolvimento no processo de tomada de decisão
 - Um processo gradual de deterioração
 - Os que menos recebem assistência domiciliar e cuidados paliativos
 - Estágio D ou Classe funcional IV

Classificação Funcional da ICC

Classe Funcional I	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitações de atividades. A atividade física diária não provoca dispnéia, fadiga acentuada, palpitações nem angina no peito.
Classe Funcional II	Pacientes com doença cardíaca, que são assintomáticos quando em repouso, mas às atividades físicas comuns apresentam dispnéia, fadiga, palpitações ou angina no peito
Classe Funcional III	Pacientes com a doença cardíaca, que apresentam acentuada limitação nas atividades físicas. Eles se sentem bem em repouso, porém pequenos esforços provocam dispnéia, fadiga acentuada, palpitações, sem angina do peito.
Classe Funcional IV	Pacientes com insuficiência cardíaca e que têm incapacidade para executar qualquer atividade física. Os sintomas de dispnéia, fadiga acentuada, palpitações e angina do peito existem mesmo em repouso, e se acentuam com qualquer atividade física.

Quadro 1. Classificação funcional da Insuficiência Cardíaca segundo a NYHA⁽¹⁾.

Doença Pulmonar



- Tabagismo, idade, baixo IMC, hipertensão pulmonar, VEF -1 inferior a 30%
- Idosos: debilidade física, idade avançada, uso de oxigênio a longo prazo, internações decorrentes de exacerbações de DPOC, presença de comorbidades, depressão maior.
- Difícil identificar quando está entrando na fase final de evolução.

FOX, Ellen et al. Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with advanced lung, heart, or liver disease. **JAMA**, v. 282, n. 17, p. 1637-1645,

Doença Hepática



- Doença hepática
 - Controle de sintomas tanto na espera, como nos cuidados após o transplante.
 - 10-15% dos pacientes morrem sem receber um órgão.
 - Hepatopatas com ascite, hemorragia digestiva, peritonite bacteriana espontânea
 - Child-Turcotte-Pugh e MELD em 3 meses: 40 ou mais:100%, 30-39:83%, 20-29:76%,10-19:27%,<10:4%

Classificação Child-Turcotte-Pugh

TABELA 1. Classificação de Child-Pugh: parâmetros avaliados e pontuação correspondente

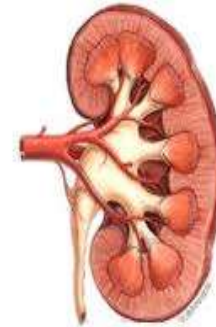
	1	2	3
Encefalopatia	Ausente	Graus 1 e 2	Graus 3 e 4
Ascite	Ausente	Leve/moderada	Tensa
Bilirrubinas	<2	2-3	>3
Albumina	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Atividade/tempo de protrombina	>70% <4 seg	50%-70% 4-6 seg	<50% >6 seg

5-6: A; 7-9: B; 10-15: C

TABELA 41.3 Classificação de Child-Pugh – sobrevida em um ano – mortalidade cirúrgica

Classificação	Sobrevida em 1 ano	Mortalidade cirúrgica
Child A (5-6 pontos)	100%	80%
Child B (7-9 pontos)	80%	30%
Child C (10-15 pontos)	45%	10%

Doença Renal



- Infecções intratáveis, múltiplas admissões em hospital com complicações da doença, perda de peso não intencional superior a 10% nos últimos 3 meses, KPS<50%, presença de úlceras por pressão progressivas, disfagia que resulta em desnutrição e infecção pulmonar recorrente.
- Pacientes com dano neurológico irreversível
- Pacientes sem condições de acesso vascular e peritoneal para realização do tratamento dialítico e o transplante renal não é factível.
- Hipotensão persistente e problemática em hemodiálise.

Índice de Comorbidade de Charlson Modificado

Comorbidades (pontos)

1 ponto cada para doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência vascular periférica, doença cerebrovascular, demência, doença pulmonar crônica, doença do tecido conjuntivo, úlcera péptica, doença hepática leve, diabetes.

1 ponto para cada década acima de 40anos (por exemplo, 65anos recebe 3 pontos)

2 pontos cada para hemiplegia, doença renal moderada a severa, diabetes com lesão de órgão-alvo, câncer (incluindo leucemia e linfoma)

3 pontos para doença hepática moderada a severa

6 pontos cada para tumor sólido metastático e AIDS

ICC modificado Escore Total	Baixo <=3	Moderado 4-5	Alto 6-7	Muito Alto >=8
Taxa de mortalidade anual(%)	3	13	27	49

Unidade de Terapia Intensiva

Admissão proveniente de ILPI com várias comorbidades

Duas ou mais admissões na UTI na mesma internação

Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha no desmame

Falência de múltiplos órgãos

Paciente candidato à retirada de suporte ventilatório com possibilidade de óbito

Câncer metastático

Encefalopatia anóxica

Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões

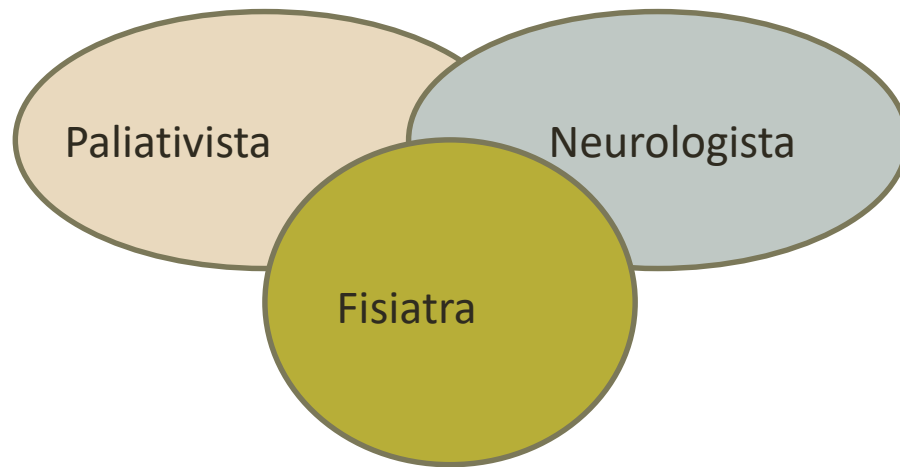
HIV - SIDA



- Critérios na fase terminal:
 - CD4+ <25 células
 - Carga viral persistente >100.000 cópias/ml
 - Com algumas das condições abaixo:
 - Linfoma de SNC
 - Perda de 33% de massa corporal magra
 - Mycobacterium avium que não responde ao tratamento
 - Leucoencefalopatia progressiva multifocal
 - Linfoma sistêmico
 - Toxoplasmose e Sarcoma de kaposi que não responde a terapêutica.

Doença Neurológica

- Curso de evolução longo
- Disfunção cognitiva, comportamental, de comunicação, além de limitações físicas.



Doença Neurológica

- Acidente Vascular Encefálico
 - PPS<40
 - História atual de aspiração pulmonar
 - Perda de peso de 7,5kg em três meses
 - Albumina sérica <2,5g/dl
 - Estado de consciência
- Demência
 - FAST estágio 7: delirium, pneumonia, úlceras de pressão.

Doença Neurológica

- Esclerose Lateral Amiotrófica
 - Dispneia em repouso
 - Oxigênio suplementar em repouso
 - Dificuldade para falar
 - Pneumonia aspirativa
 - Perda de peso



Critérios de terminalidade

Neoplasias	Geralmente pacientes com câncer metastático
Doenças Cardíacas	Sintomas de Insuficiência Cardíaca durante o repouso, FE<20%, idas frequentes ao PS devido aos sintomas, sem indicação de transplante.
Demência	Incapacidade para andar, incontinência, idas frequentes ao OS, FAST estágio 7 associado a condições secundárias
Doença Hepática	Ascite refratária, peritonite bacteriana espontânea recorrente, icterícia, desnutrição, perda de massa muscular, albumina<2,5, TP>5segundos
Doenças renais	Não candidato à diálise, creatinina sérica>6,0, clearance de creatinina<15

Caso 1



- Dona Judite, 65 anos, portadora de Síndrome demencial avançada provável Alzheimer encontra-se internada na enfermaria para o tratamento do terceiro episódio de Pneumonia em dois meses, além de apresentar úlcera de pressão sacral. Apresenta perda da capacidade de levantar a cabeça e um FAST 7F.

Caso 2



- Dona Maria, 75 anos, mora numa ILPI há 15 anos e é portadora de Esquizofrenia, HAS, IRC, demência leve. Nos últimos dias começou a apresentar dispneia em repouso e foi conduzida ao CTI da instituição para estabilização. Enquanto tomavam as condutas clínicas pertinentes chegou o resultado do ecocardiograma transtorácico solicitado o qual apresentou como resultado uma FE: 18%. A paciente não melhorou da dispneia em repouso com as condutas clínicas implementadas.

Caso 3



- Sr. João, 65 anos, portador de ELA, apresentou pneumonia, tendo sido entubado e conduzido a UTI. Após melhora do quadro, recebe alta pra enfermaria com traqueostomia. Encontrava-se com sonda nasoenteral, restrito ao leito, com dificuldade pra falar e, por vezes, ao longo de meses, apresentava dispneia de repouso, sendo necessário o uso de oxigênio suplementar e, em alguns momentos, era submetido a ventilação mecânica pela traqueostomia. Quando apresentava esses episódios de dispnéia, a enfermeira do setor já falava: “Deve ser Pneumonia novamente”

Caso 4



- Sr. Marcelo, 76 anos, era portador de neoplasia prostática e estava em tratamento apropriado. Consegue sua primeira consulta ambulatorial em certo hospital, mas a filha está muito apreensiva, porque seu pai, nos últimos dias, está muito desorientado. Foi internado na enfermaria e detectado metástases pulmonares e ósseas, além de delirium hipoativo resistente as medidas implementadas secundário à hipóxia. KPS: 10, PPS:10, PPI< 12 dias, PaP Score: probabilidade de sobreviver 30 dias <30%

Caso 5



- Sra. Luiza., 83 anos, sexo feminino ocupava um leito da enfermaria do HUOL após um episódio de AVC isquêmico há 10 dia. Era portadora de ICC sistólica e IRC. Depois do episódio a paciente ficou restrita a cama e alimentando-se por SNE, embora anteriormente já tivesse perda de funcionalidade (ABVD: 2 em 6 – comia e andava, AIVD: 9 em 27). Durante a internação foi detectada piora da função cardíaca (ecocardiograma com FE: 20%) e da função renal (IRC agudizada em estágio 5), além de fibrilação atrial. Índice de comorbidade de Charlson modificado=15, mortalidade de 49%.

Referências Bibliográficas

- ARANTES, Ana Cláudia de L. Q. Indicações de cuidados paliativos. In:_____ **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 56-74, 590p.
- BARBARA, Head et al. Prognostication in hospice care: Can the palliative Performance scale help? **Journal of palliative medicine**, v. 8, n. 3, p. 492-502, 2005.
- BURLÁ, Claudia; AZEVEDO, Daniel Lima. Palição: Cuidados ao Fim da Vida. In:_____ **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 1226-1241, 1741p.
- **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas/** Franklin Santana Santos – São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

Referências bibliográficas

- FOX, Ellen et al. Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with advanced lung, heart, or liver disease. **JAMA**, v. 282, n. 17, p. 1637-1645, 2009.
- GLARE, Paul et al. Predicting survival in patients with advanced disease. In: _____ **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 5ª Ed. United Kingdom, 2015, p. 65-76, 1281p.
- MACIEL, Maria G. S. Definições e Princípios. In: _____ **Cuidado Paliativo**. 1ª Ed. São Paulo: conselho regional de medicina do estado de São Paulo, 2008, p.15-32, 689p.

Referências bibliográficas

- PIROVANO, Marcos et al. A new palliative prognostic score: a first step for the staging for terminally ill câncer patients. **Journal of pain and management**, v.17, n.4, p. 231-239, 1999.
- STONE, Carol et al. Prospective validation of the palliative prognostic index in patients with cancer. **Journal of pain and management**, v. 35, n. 6, p. 617-622, 2008.
- VICUNA, Maria et al. Estimación en la supervivência em cuidados paliativos: El valor de la impressão clínica. **Medicina Paliativa**, v. 09, n. 1, p 10-12, 2002.

Obrigado!
gustavohocaldas@yahoo.com.br

