

Últimos dias de vida

Ferraz Gonçalves
2026

1

Últimos dias de vida

- Fase que precede a morte, em que a vida se extingue gradualmente
- O doente apresenta:
 - astenia profunda
 - acamado a maior parte do tempo
 - longos períodos de sonolência
 - desorientação no tempo
 - desinteresse em comer e beber
 - dificuldade em engolir

2

Sinais da fase agónica

- Um período de debilidade crescente de modo que a pessoa passa cada vez mais tempo na cama;
- Afastamento, passando a pessoa menos tempo acordada;
- Diminuição da interacção com os outros;
- Inconsciência, não acorda;
- Diminuição da ingestão de alimentos e medicação;
- Arrefecimento das extremidades à medida que a circulação do sangue é desviada para os processos centrais;
- Cianose das extremidades; pele manchada ou marmoreada;
- Irregularidades nos batimentos cardíacos; taquicardia;
- Rigidez devido à imobilidade;
- Alteração do padrão respiratório, podendo haver respiração de Cheyne-Stokes ou aumento da frequência respiratória;
- Estertor (respiração ruidosa).

3

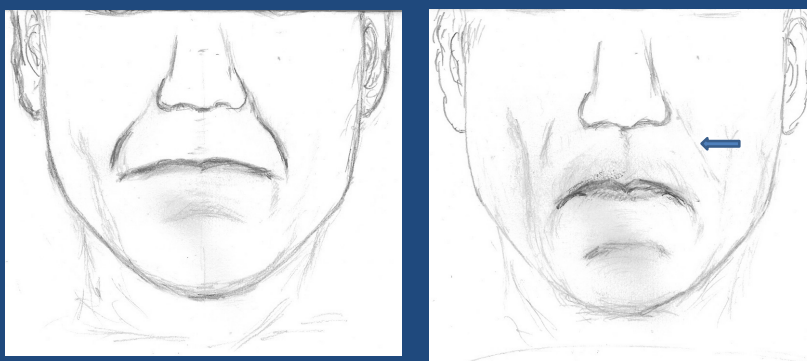


4

Sintomas em 300 doentes

| Symptom | n.º | (%) |
|----------------------|-----|------|
| Delirium | 146 | (49) |
| Incident pain | 141 | (47) |
| Death rattle | 139 | (46) |
| Fever | 118 | (39) |
| Dyspnea | 105 | (36) |
| Sweating | 93 | (31) |
| Nausea/vomiting | 51 | (17) |
| Cough | 48 | (16) |
| Hemorrhage | 45 | (15) |
| Background pain | 26 | (9) |
| Myoclonus | 18 | (6) |
| Seizures | 6 | (2) |
| Incontinence urinary | 66 | (22) |
| Retention urinary | 24 | (8) |

5



6

Palliative Performance Scale

| Nível PPS (%) | capacidade de deambular | actividade e evidência de doença | auto-cuidados | ingestão oral | nível de consciência |
|---------------|-----------------------------|---|-----------------|--|---------------------------------|
| 100 | total | actividade e trabalho normais sem evidência de doença | totais | normal | total |
| 90 | total | actividade e trabalho normais alguma evidência de doença | totais | normal | total |
| 80 | total | actividade normal com esforço sem evidência de doença | totais | normal ou reduzida | total |
| 70 | reduzida | incapaz de trabalho normal doença significativa | totais | normal ou reduzida | total |
| 60 | reduzida | incapaz de hobbies/actividade doméstica; doença significativa | ajuda ocasional | normal ou reduzida | total ou confusão |
| 50 | sobretudo sentado / deitado | incapaz de qualquer trabalho doença muito marcada | ajuda parcial | normal ou reduzida | total ou sonolento +/- confusão |
| 40 | sobretudo na cama | incapaz da maioria das actividades doença muito marcada | com ajuda | normal ou reduzida | total ou sonolento +/- confusão |
| 30 | totalmente acamado | incapaz de qualquer actividade doença muito marcada | ajuda total | normal ou reduzida | total ou sonolento +/- confusão |
| 20 | totalmente acamado | incapaz de qualquer actividade doença muito marcada | ajuda total | mínima | total ou sonolento +/- confusão |
| 10 | totalmente acamado | incapaz de qualquer actividade doença muito marcada | ajuda total | /pequenos golos apenas cuidados à boca | sonolento ou coma +/- confusão |
| 0 | morto | - | - | - | - |

Instruções: o nível PPS é determinado da esquerda para a direita no sentido de se encontrar a linha horizontal que melhor descreva a situação. Começando na coluna mais à esquerda vai-se descendo até ser encontrado o nível que se adequa à capacidade de deambular. Seguidamente, e partindo da mesma linha, toma-se em consideração a coluna "actividade e evidência de doença", descendo-se se necessário ao longo dessa coluna até ser encontrada a melhor descrição para o grau de actividade mantida e sinais de doença e assim sucessivamente.

7

Últimos dias de vida

- Existem vários sinais sugestivos de morte iminente
 - A associação de PPS \leq 20% e sulcos nasolabiais pendentes parece ser particularmente útil como indicadora de morte muito provável dentro de 3 dias.
- Esta associação deve, no entanto, ser confirmada noutros estudos.

8

Últimos dias de vida

- Esta associação parece ser específica mas não sensível de morte iminente
 - sua ausência não é informativa.
- Todos os sinais sugestivos de morte iminente devem ser considerados com prudência e a informação prestada baseada neles deve incluir a incerteza a eles inerente.

9

Princípios gerais de tratamento

- Simplificar o tratamento
- Evitar induzir toxicidade ou desconforto
- Eliminar medicação irrelevante
- Manter apenas fármacos de utilidade imediata
- Alterar as vias de administração dos fármacos, se for necessário
- Posicionamentos com objectivo apenas de conforto
- Manter cuidados orais

10

Geralmente inapropriados

- Medidas de suporte
 - infusões endovenosas
 - transfusões
 - sondas nasogástricas
 - antibióticos
 - reanimação cárdio-respiratória
- Medicação
 - ferro
 - vitaminas
 - potássio
 - laxantes
 - anti-hipertensores
 - anti-arrítmicos
 - diuréticos
 - anti-diabéticos orais
 - insulina

11

Confusão / agitação

- Midazolam:
 - 5 a 10 mg SC, repetindo a mesma dose a cada hora até ao controlo da situação,
 - Depois uma infusão contínua SC de 30 a 120 mg em 24 horas ou injeções repetidas cada 4 horas.
 - Se houver uma acesso venoso - 1 mg/min até ao controlo da agitação.
- Diazepam:
 - 10 a 20 mg cada 6 a 8 h por via R.
 - Particularmente útil nos doentes que estão no domicílio:
- Levomepromazina:
 - 12,5 a 25 mg cada 6 a 8 h por via SC ou em infusão contínua após a injeção inicial.
- Fenobarbital:
 - 100 mg por via SC, repetindo se necessário cada hora até ao controlo da situação,
 - seguindo-se uma infusão contínua ou injeções repetidas até 300 a 600 mg/24 h.

12

Dor

- Morfina SC

13

Estertor

- É praticamente patognomónico da agonia.
- Resulta da incapacidade de expulsar as secreções da orofaringe e da traqueia:
 - A oscilação dessas secreções para cima e para baixo, acompanhando os movimentos respiratórios, resulta muitas vezes em respiração ruidosa.
- A hidratação artificial tende a agravar este problema por aumentar o volume das secreções.
- Geralmente a respiração estertorosa é mais desconfortável para os familiares do que para o doente,
 - é necessário tranquilizá-los, explicando-lhes que não implica sofrimento porque o enfermo não tem consciência da situação.
 - Esta explicação é importante para evitar que sejam requeridas intervenções desnecessárias ou mesmo desconfortáveis para os doentes.
 - De facto, as intervenções fazem-se muitas vezes, não porque resultem em benefício para os doentes, mas porque a respiração ruidosa é vista como sinal de sofrimento por familiares e outros visitantes e por outros doentes internados.

14

Estertor

- Clarificar a situação perante a família
- Posicionamentos
- Butilescopolamina
 - 20 mg até cada 6 a 8 h, SC ou em ISCC.
- Antibiótico
 - Ceftriaxone, 250 – 1000 mg SC
- Aspiração de secreções
 - Menos possível.

15

Dispneia

- Morfina SC
- O2
- Ar fresco
- Companhia
- Sedação - midazolam

16

Náuseas/vómitos

- Metoclopramida SC
- Levomepromazina SC

17

Convulsões

- Se o doente já fazia medicação oral, esta mantém-se enquanto for possível.
- Depois, passar para uma infusão SC:
 - midazolam - 30mg/24 h
 - fenobarbital -300-600 mg/24 h,
 - pode aumentar-se ainda a dose em 50 a 100% se necessário.
- Se o doente começa com convulsões (administrar se >5 min):
 - midazolam 5 mg, SC;
 - diazepam 10-20 mg, R ou IV;
 - fenobarbital 100 mg, IV
 - De seguida deve iniciar-se uma infusão SC, como acima se indica.
 - Se não houver essa possibilidade podem usar-se injeções repetidas.

18

Hidratação artificial

- Argumentos contra:
 - diminuição do débito urinário
 - menor uso de arrastadeira
 - cama menos vezes molhada
 - redução das secreções pulmonares
 - menos tosse
 - menos estertor

19

Hidratação artificial

- Argumentos a favor:
 - sede/xerostomia
 - confusão
 - uremia
 - acumulação de metabolitos (morfina)

20

Hidratação artificial

- Na ausência de estudos conclusivos, recomenda-se:
 - hidratar (soros) se houver sintomas que se possam atribuir à desidratação
- Hidratação por hipodermoclise

21

Outras questões

- Alimentação
- Hidratação
- A família
 - a fase da vida do doente que mais recordará, durante muito tempo
 - manter o contacto com o doente mesmo que esteja em coma
- O domicílio

22

Conclusão

O objectivo do tratamento destes doentes deve ser o controlo de sintomas e o conforto.

Deve evitar-se tudo o que for supérfluo ou possa prolongar o processo de morte