

# Benefícios da Hipodermóclise na Clínica Paliativa de Pacientes com Câncer: Relato de Caso

*Benefits of Hypodermoclysis in Palliative Care of Cancer Patients: Case Report*

*Beneficios de la Hipodermoclysis en la Clínica Paliativa de Pacientes con Cáncer: Presentación de Caso*

Gislene Pontalti<sup>1</sup>; Caren de Oliveira Riboldi<sup>2</sup>; Ricardo Soares Gioda<sup>3</sup>; Isabel Cristina Echer<sup>4</sup>; Maria Alice Franzoi<sup>5</sup>; Wiliam Wegner<sup>6</sup>

## Resumo

**Introdução:** A hipodermóclise é uma via de infusão em pacientes com câncer nos casos em que os acessos oral e endovenoso não estão disponíveis. Considerando a sua utilidade no controle dos sintomas no final de vida, faz-se importante ampliar o conhecimento e a divulgação das experiências quanto aos seus benefícios. **Relato de caso:** Trata-se de dois relatos de caso de pacientes com câncer, nos quais a hipodermóclise foi utilizada para administração de medicamentos. **Conclusão:** Essa prática apresentou-se como uma via segura, minimamente invasiva e eficaz no tratamento sintomático dos pacientes com câncer em cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** Hipodermóclise; Conduta do Tratamento Medicamentoso; Cuidados Paliativos; Enfermagem.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Gerência em Serviço. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* gpontalti@hcpa.edu.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* criboldi@hcpa.edu.br

<sup>3</sup> Farmacêutico. Mestre em Ciências Médicas. HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* rgioda@hcpa.edu.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências Médicas. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS). Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* isabelecher@gmail.com

<sup>5</sup> Médica. Especialista em Clínica Médica. Residente do primeiro ano de cancerologia clínica. HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* franzoi.alice@gmail.com

<sup>6</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEUFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* wiliam.wegner@ufrgs.br

*Endereço para correspondência:* Gislene Pontalti, Rua Veríssimo Rosa, 321/201 - Partenon. Porto Alegre (RS), Brasil. CEP: 90610-280. *E-mail:* gpontalti@hcpa.edu.br

## INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo direcionado ao paciente e à sua família surge frente a doenças oncológicas avançadas em que a perspectiva de cura torna-se restrita e a ameaça à vida é iminente. A proposta terapêutica multiprofissional desse cuidado é o de controlar os sintomas que ocasionam o sofrimento físico, psíquico, espiritual e que passam a interferir significativamente na qualidade de vida e da morte dos pacientes<sup>1</sup>.

Pacientes com câncer em situação de doença fora de possibilidade terapêutica de cura tendem a apresentar alterações clínicas como vômitos incoercíveis, disfagia, obstrução intestinal, dispneia, desidratação, astenia, delírio e dor. Essas alterações predis põem a instabilidades hemodinâmicas e desequilíbrios hidroeletrólíticos que podem gerar sofrimento e desgaste no paciente com câncer<sup>1,2</sup>.

Estudos revelam que 53% a 70% dos pacientes necessitarão de via parenteral para controle eficaz dos sintomas, em decorrência da dificuldade de administração de medicamentos via oral. Esse percentual torna-se maior na medida em que o paciente evolui para fase agônica ou pré-morte<sup>1-3</sup>. A disponibilidade de uma via parenteral para administração de medicamentos, devido à evolução da doença e à precariedade de acesso venoso periférico, tem sido um constante desafio para as equipes de saúde no contexto dos cuidados paliativos.

Nos casos em que a via oral torna-se indisponível, a via de infusão de escolha para controle dos sintomas é a subcutânea, a qual visa à administração de soluções e fármacos evitando punções repetidas numa rede venosa frágil ou inacessível. Essa via apresenta a mesma eficácia da endovenosa, com a vantagem de ser menos dolorosa e com raros eventos adversos. Essa administração de fluidos pela via subcutânea é conhecida por hipodermóclise ou terapia subcutânea<sup>3-5</sup>.

A técnica de punção é realizada pelo enfermeiro e consiste na introdução de um dispositivo de metal ou teflon calibre números 22 a 27, no tecido subcutâneo do paciente, fixado por um curativo transparente para visualizar a pele circundante, com recomendação de até sete dias de permanência. O enfermeiro elege o local de punção de acordo com o volume e tipo de fármacos prescritos, certificando-se da espessura do tecido subcutâneo e evitando a escolha de tecido irradiado, infectado, edemaciado ou próximo de estomas<sup>3</sup>.

O presente relato trata de dois casos em que a hipodermóclise foi utilizada para terapia medicamentosa no controle de sintomas de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Em ambos os casos, busca-se relatar os benefícios do uso dessa via em situações de rede venosa frágil e inviabilidade de uso da via oral. Alguns

estudos também apontam a hipodermóclise como uma opção eficaz para pacientes em cuidados paliativos que apresentam confusão mental, agonia e necessidade de sedação paliativa<sup>1-3,6,7</sup>.

As pacientes foram acompanhadas durante a internação, que ocorreu nos meses de junho e julho de 2016, em uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, sob o número de protocolo 13-0217, e todos os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup>. As pacientes e seus responsáveis concordaram com a participação assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RELATO DE CASO

O primeiro caso trata de uma paciente de 65 anos, sexo feminino, viúva. Em janeiro de 2014, apresentou diagnóstico de carcinoma epidermoide de esôfago distal, estágio clínico T2N3M0, tratado inicialmente com quimioterapia e radioterapia concomitantes. Após seis meses de conclusão do tratamento, apresentou quadro de estenose completa em esôfago distal e médio, não responsiva à dilatação endoscópica, sendo então submetida à gastrostomia. Em junho de 2016, após consulta ambulatorial, foi encaminhada para o setor de emergência do hospital apresentando sede, xerostomia, dor intensa em hemiface esquerda, dispneia, síncope, sudorese importante, palidez cutânea e pulsos filiformes. Os exames de imagem evidenciaram recidiva tumoral com progressão da doença em rinofaringe.

Ao exame físico, a paciente encontrava-se lúcida e orientada, respondendo às solicitações verbais, pele com turgor e elasticidade diminuída, rede venosa pouco visível, baixo débito urinário e constipação há quatro dias, em uso crônico de laxativos. Fazia uso prévio de morfina, amitriptilina, carbamazepina e dipirona, para dor mista e com características de neuralgia trigeminal. Convívio familiar amistoso, contando com as quatro filhas como principal rede de apoio; entre as quais, uma assumia a maior parte dos cuidados e acompanhamento do tratamento. Católica praticante, apoiando-se em sua crença para lidar com as questões da doença.

Os principais cuidados médicos e de enfermagem, ainda na emergência, abrangeram analgesia com opioides, oxigenioterapia suplementar por óculos nasal, hidratação, nutrição por gastrostomia, controle de diurese por sondagem vesical de demora e antibioticoterapia sistêmica em razão da suspeita de quadro infeccioso associado à progressão da doença. Devido à gravidade e ao prognóstico reservado, foi transferida para a UCP, com anuência da

família, onde manteve acompanhamento diário com a equipe multiprofissional do Programa de Cuidados Paliativos (PCP) da instituição.

Os medicamentos administrados durante a internação abrangeram antibióticos endovenosos (cefepime, clindamicina, meropenem), para tratamento de broncopneumonia aspirativa, conforme resultados de hemocultura. Além disso, a paciente recebeu hidratação com solução fisiológica (SF) 0,9% e medicações sintomáticas relacionadas à dor, constipação, náuseas e dispneia.

Durante 22 dias de internação, a paciente fez uso de acesso venoso periférico, sendo repuncionada várias vezes devido à fragilidade da rede venosa pelo uso de antibioticoterapia. Considerando-se a evolução clínica da paciente, a rede venosa periférica de difícil manutenção, a ingestão insuficiente de líquidos por via oral e a desidratação classificada como grau leve, optou-se pela hipodermóclise para a administração dos fármacos e fluidos prescritos.

A qualidade de vida da paciente estava visivelmente comprometida, evidenciada por sinais de infecção e desidratação. A punção subcutânea foi realizada pelo enfermeiro, na região torácica, por apresentar adequada drenagem linfática que maximizaria a absorção. A região abdominal estava indisponível pela presença da sonda de gastrostomia.

A hipodermóclise foi utilizada por 14 dias, com rodízio de locais entre tórax direito e esquerdo para minimizar o dano ao tecido subjacente, com tempo médio de permanência do cateter por sete dias, conforme recomendado pelo procedimento operacional padrão da instituição. A cada utilização da via, a equipe de enfermagem realizava desinfecção do lúmen de acesso e das conexões com álcool 70%, a fim de prevenir e reduzir o risco de infecções. Também, o local da punção era inspecionado diariamente observando-se sinais de irritação, inflamação ou qualquer outro desconforto.

De acordo com a proposta terapêutica de alívio da dor, náuseas e dispneia, a paciente fez uso de medicamentos por infusão intermitente e bólus. De forma contínua, foi administrada SF 0,9% 1.000 ml a cada 24 horas, por bomba de infusão gotejo 100 ml/h, e, de forma intermitente, dipirona 1.000 mg a cada 6 horas, diluída em bolsa de 50 ml de SF 0,9%, conectada em equipo gotas, com infusão por ação gravitacional em 15 minutos. As demais medicações, morfina 6 mg a cada 4 horas e metoclopramida 10 mg a cada 6 horas, foram administradas em bólus, lentamente, sem necessidade de reconstituição.

Todas as medicações constavam em prescrição médica baseada na lista de medicamentos para hipodermóclise padronizada pela instituição<sup>2,3,7,8</sup>. A administração das infusões foi realizada pela equipe de enfermagem, em

via única, visto que não havia incompatibilidades nem evidências de irritação local. Além disso, cada medicação era administrada isoladamente realizando-se a infusão de 0,5ml de SF 0,9% no pertuito do cateter entre uma medicação e outra. No caso de medicamentos concomitantes com a infusão contínua de SF 0,9%, a mesma era interrompida, e após retomada a velocidade de infusão.

Apesar do tratamento inicialmente instituído, a paciente apresentou piora clínica progressiva, incluindo impossibilidade de uso da gastrostomia devido ao extravasamento da dieta secundária à gastroparesia e ao trânsito intestinal lentificado. Evoluiu também com piora da sepse, comprometimento do sensorio (sonolência e torpor) e esforço ventilatório (tiragem e uso de musculatura abdominal acessória) associado à gemência e sinais de sofrimento.

Os familiares foram orientados durante toda a internação sobre o plano terapêutico e, posteriormente, concordaram com a suspensão da hidratação e em maximizar o conforto da paciente por meio de morfina contínua em bomba de infusão, 10ml/h na concentração: 250 ml de solução glicosada 5% e morfina 50 mg, buscando controlar a dor, crises de dispneia e/ou outro eventual desconforto. Paciente evoluiu para óbito após 34 dias de internação, sem sinais de desconforto.

O segundo caso trata de um paciente de 52 anos, sexo feminino, casada. Em junho de 2016, após consulta ambulatorial de rotina, foi encaminhada para a emergência devido dor em hipocôndrio direito com irradiação para o abdômen, febre e hematúria. Após investigação inicial por meio de exames de imagem, constatou-se lesão expansiva na vesícula biliar compatível com neoplasia primária de vias biliares com metástases hepáticas e peritoneais, sem possibilidade de ressecção cirúrgica. Após período de dez dias de internação na UCP e manejo dos sintomas de dor e desconforto abdominal, recebeu alta hospitalar.

Retornou uma semana após, via emergência, apresentando piora clínica e agravamento importante no estado geral, desorientada, gemente, ictérica, com febre alta, dor torácica, dispneia e desidratação. A paciente foi novamente encaminhada à UCP por estar vinculada e em acompanhamento pelo PCP. Os principais cuidados médicos e de enfermagem realizados abrangeram terapêutica sintomática com analgésicos, antitérmicos e antieméticos, oxigenioterapia suplementar por óculos nasal, hidratação e controle de diurese por sondagem vesical de demora.

Para a administração de fármacos e fluidos, o enfermeiro da unidade instalou um cateter para hipodermóclise em região torácica direita devido rede venosa frágil, além da indisponibilidade da via oral devido

instabilidade clínica e comprometimento do sensorio. A paciente manteve uma única punção subcutânea até a conclusão da terapêutica e desfecho final após três dias de internação, sem apresentar sinais flogísticos locais como edema, dor e/ou rubor, considerando inspeção diária do local pela equipe de enfermagem.

A paciente fez uso de morfina 3mg a cada 4 horas, em bólus, lentamente e sem necessidade de reconstituição. A dipirona 1.000 mg a cada 6 horas foi administrada de forma intermitente, seguindo as mesmas recomendações descritas no caso 1, assim como a ondansetrona 8 mg a cada 8 horas, reconstituída em 20 ml de SF 0,9%. Assim como no relato anterior, as medicações foram administradas isoladamente pela equipe de enfermagem, em via única, visto que não havia incompatibilidades e, a cada utilização, realizava-se a desinfecção do lúmen de acesso e das conexões, além da injeção de 0,5 ml de SF 0,9% no pertuito do cateter. Também, as medicações constavam em prescrição médica com base na lista de medicamentos para hipodermóclise padronizada pela instituição<sup>9</sup>.

Devido à gravidade e à piora clínica da paciente, apesar das medidas instituídas, implementou-se sedoanalgesia contínua com morfina e midazolam em bomba de infusão, 10 ml/h na concentração 240 ml de SF 0,9%, morfina 70 mg e midazolam 10 mg, conforme protocolo institucional recomendado pelo PCP e anuência da família. A paciente faleceu após 72 horas de internação, confortável e sem prolongamento do sofrimento, acompanhada por seus familiares em tempo integral e com participação ativa na tomada de decisões durante todo o processo assistencial.

## DISCUSSÃO

Nas últimas duas décadas, estudos têm sido publicados tanto no cenário da medicina paliativa quanto da geriatria, divulgando a hipodermóclise como um método eficaz para a infusão de líquidos e administração de fármacos para o controle de sintomas, em especial, nos pacientes em final de vida que apresentam limitações para via oral ou precariedade da rede venosa periférica<sup>2-7,9,10</sup>.

A hidratação para pacientes em fase terminal é tema de controvérsias na literatura, porém existe consenso de que a reposição de líquidos deve ser individualizada para cada paciente, com base no exame clínico e avaliação dos benefícios e prioridades terapêuticas. A escolha da área para a punção subcutânea, preferencialmente, é a região abdominal ou torácica devido à capacidade extensional<sup>2,4,6,7,11,12</sup>.

Estudos relatam que a desidratação fisiológica decorrente da terminalidade contribui para uma diminuição na percepção de dor e dispnéia, porém

potencializa sintomas de sede e xerostomia<sup>2,11-16</sup>. Nessas situações, a reposição hídrica pode ser realizada tanto com solução salina quanto glicofisiológica, num volume diário entre 500 a 1.500 ml por sítio de punção<sup>2,3,11-14,16,17</sup>. Os medicamentos podem ser administrados em bólus, de 2 a 3 ml para evitar endurecimento, eritema e dor local, ou em infusão contínua. Se houver incompatibilidade de medicamentos ou a prescrição de volumes superiores a 1.500 ml em 24 horas, será necessária a instalação de um acesso adicional<sup>3,9</sup>.

É fundamental destacar que a administração de medicamento via hipodermóclise é uma prática que vem sendo estimulada na assistência de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Entre os benefícios dessa via, destaca-se que é de fácil aplicabilidade, mais confortável e menos dolorosa quando comparada com a perfusão intravenosa, além de apresentar menos eventos adversos e assegurar o controle sintomático decorrentes da doença<sup>1,3,6,7,11</sup>.

## CONCLUSÃO

Este estudo apresentou os benefícios da hipodermóclise, ressaltando a utilização da via para a administração de fármacos indicados em cuidados paliativos no controle algico e no equilíbrio hidroeletrólítico, ambos fundamentais para a manutenção da qualidade de vida de pacientes com câncer. Nos dois relatos de caso, a hipodermóclise mostrou-se uma técnica segura, pouco invasiva, de fácil inserção e manutenção, possibilitando qualidade e conforto no tratamento sintomático. Por tratar-se de uma via alternativa de infusão para pacientes com inviabilidade oral e endovenosa, recomenda-se que a terapia subcutânea seja amplamente divulgada na prática clínica paliativa entre a equipe multiprofissional.

## CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram nas etapas de concepção, redação, análise e revisão crítica do manuscrito.

**Declaração de conflitos de interesse: Nada a declarar**

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. Guia de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL; [acesso em 2015 set 23]. Disponível em: <http://www.secpal.com/%5C%5Cdocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>
2. Hernández Pérez B, López López C, García Rodríguez MA. Vía subcutánea: utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. Medifam. 2002;12(2):104-10.

3. Pontalti G, Rodrigues ESA, Firmino F, Fabris M, Stein MR, Longaray VK. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Rev HCPA*. 2012; 32(2):199-207.
4. Toro R, Bruera E. Hipodermoclisis en pacientes con cáncer avanzado. *Rev Venez Anestesiol*. 1998;3(2):72-7.
5. Takaki CYI, Klein GFS. Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação. *ConScientiae Saúde*. 2010;9(3):486-96.
6. Azevedo DLO, organizador. O uso de via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBBG e da ANCP para profissionais. Rio de Janeiro: SBBG, 2016.
7. Bruno VG. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. *Einstein*. 2015;13(1):122-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
9. Pontalti G, Santos L, Americo AC, Longaray VK, Echer IC, Gomes FE. Medicamentos para hipodermóclise em cuidados paliativos: relato de experiência. *Prat Hosp*. 2015;17(97):39-45.
10. Torriani MS, Santos L, Echer IC, Barros E. Medicamentos de A a Z 2016/2018: enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2016.
11. Temboury Ruiz F, Mons Checa E. Manejo del paciente oncológico em situacion terminal [Internet]. Málaga: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria; [acesso em 2016 jun 21]. Disponível em: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/terminal.pdf>
12. Vázquez Mascato A, Rivera González MG, Hernández Tuda C, Maestro Saavedra FJM. El uso de la vía subcutánea en la práctica clínica de la Atención Primaria. *Cad Aten Primaria*. 2010;(17)2:108-11.
13. Burge FI. Dehydration and provision of fluids in palliative care. What is the evidence? *Can Fam Physician*. 1996;42:2383-8.
14. Bruera E, Sala R, Rico MA, Moyano J, Centeno C, Willey J, et al. Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study. *J Clin Oncol*. 2005;23(10):2366-71.
15. Good P, Richard R, Syrmiss W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD006273.
16. Palma A, Said JC, Taboada P. ¿Es necesario hidratar artificialmente a los pacientes terminales? *Rev méd Chile*. 2011;139(9):1229-34.
17. Dantas MMF, Amazona MCLA. A experiência do adoecer: os cuidados paliativos diante da impossibilidade da cura. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(n.esp):47-53.
18. Nogueira FL, Sakata RK. Sedação paliativa do paciente terminal. *Rev Bras Anestesiol*. 2012;(62)4:580-92.

### **Abstract**

**Introduction:** Hypodermoclysis is an infusion route for cancer patients for whom oral and intravenous routes are not available. Considering its usefulness in the control of end-of-life symptoms, it is important to share knowledge and experiences about its benefits. **Case Report:** Two cases of cancer patients for whom hypodermoclysis was used as route of drug administration. **Conclusion:** This practice proved to be a safe route, less invasive and effective in the symptomatic treatment of cancer patients in palliative care.

**Key words:** Hypodermoclysis; Medication Therapy Management; Palliative Care; Nursing.

### **Resumen**

**Introducción:** Hipodermocclisis es una vía de infusión para los pacientes con cáncer en aquellos casos en que administración oral y intravenosa se hacen inviables. Em vista de su utilidad en el control de los síntomas en el fin de vida, es importante ampliar el conocimiento y la difusión de experiencias de sus beneficios. **Caso clínico:** Se trata de dos casos de pacientes que se utilizó la hipodermocclisis para la administración de medicamentos. **Conclusión:** Esta práctica demostró ser una ruta segura, menos invasiva y eficaz en el tratamiento sintomático de los pacientes con cáncer en cuidados paliativos.

**Palabras clave:** Hipodermocclisis; Administración de Terapia de Medicación; Cuidados Paliativos; Enfermería.