

Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas*

Cancer palliative care in oncology symptom control

INTRODUÇÃO

O otimismo sobre o controle das doenças não parece ser fiel, visto o crescente de doenças crônicas que temos vivenciado, talvez em muito devido ao envelhecimento da população.

Cientes de nossa limitação como profissionais da saúde, devemos deixar de pensar a finitude ou a doença crônica como um fracasso da medicina, visto ser o alívio da dor e do sofrimento uma das metas da medicina.

A finitude digna pode ser definida como aquela sem dor e com sofrimento minimizado mediante os cuidados paliativos adequados, onde cabe equilibrar as necessidades do paciente e a integridade médica.

Nesta habilidade pressuposta da medicina estão inclusos os cuidados paliativos. Cuidados totais prestados ao paciente e à sua família, os quais se iniciam quando a terapêutica específica curativa deixa de ser o objetivo.

A terapêutica paliativa é voltada ao controle sintomático e preservação da qualidade de vida para o paciente, sem função curativa, de prolongamento ou de abreviação da sobrevivência.

A empatia, bom humor e compreensão são integrantes fundamentais da terapêutica. A abordagem é multidisciplinar, contando com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e voluntários.

Certamente o fracasso na remissão de sintomas ocorrem, em muitas vezes, pela não abordagem do paciente como um todo, envolvido em seu contexto social.

Acompanhamos a evolução clínica através da escala de capacidade funcional *performance status* (Tabela 1), o que nos permite definir as condutas a seguir relacionadas.

ESCALA DE CAPACIDADE FUNCIONAL

Tabela 1. *Performance status (PS)*

Escala de Zubrod (ECOG)	Escala de Karnofsky (%)
PS 0 - Atividade normal	100 - nenhuma queixa: ausência de evidência da doença 90 - capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintoma da doença
PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	80 - alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço 70 - capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo	60 - necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades 50 - requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes
PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	40 - incapaz; requer cuidados especiais e assistência 30 - muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
PS 4 - Preso ao leito	20 - muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo 10 - moribundo, processos letais progredindo rapidamente

Obs.: otimizar e revisar sempre a medicação prescrita. Avaliar o benefício almejado.

PRINCIPAIS SINTOMAS E MEDIDAS TERAPÊUTICAS

AGITAÇÃO PSICOMOTORA / CONFUSÃO MENTAL

Estado confusional resultante da queda da função mental em curto espaço de tempo. Pode ser caracterizado por distúrbio da consciência, alteração da cognição ou ter etiologia orgânica.

- Evitar opiáceos;
- Observar corticoterapia (Tabela 2). O corticóide geralmente favorece uma sensação de bem estar, porém pode causar insônia, psicose, agitação e depressão. Não tem estes efeitos dependentes da dose, porém é mais comum quando o uso é crônico e em dose alta, tendo ocorrido alteração abrupta da dosagem;

* Esta é uma edição atualizada e ampliada do Controle de sintomas e cuidados paliativos de criança: condutas do INCA. Publicada na Revista Brasileira de Cancerologia 2000;v.46,n.2,p.137-45; e do Controle de sintomas do câncer avançado em adulto: normas e recomendações do INCA/MS. Publicada na Revista Brasileira de Cancerologia 2000;v.46,n.3,p.243-56, coordenada pela Doutora Cláudia Burlá.

· Buscar causas desencadeantes, geralmente multifatorial:

- hemorragia, metástase cerebral, interação de medicamentos, infecção, alterações metabólicas e nutricionais (hipoglicemia, hipercalcemia, hipocalcemia, hiponatremia), impactação fecal, retenção urinária, hipoxemia, dor, hospitalização, doença e idade avançadas.

Conduta:

· Corrigir alterações desencadeantes na medida do possível;
· Avaliar e suspender drogas possíveis e reduzir as que não podem ser suspensas. Se em uso de opióide, promover rodízio do mesmo; se com suspensão abrupta do corticóide, retornar à dose prévia;
· Proceder orientação do paciente e cuidador e tranquilizar o ambiente. Prevenir acidentes.

Medicações:

· haldol - casos leves: 1mg 3x dia VO;
· casos severos - 2,5 a 5mg SC ou IM ou 1 a 10 mg;
· diluídos em 10ml ABD IV até 3x dia;
· clorpromazina 25 a 75mg/dia;
· midazolam até 30mg/dia (infusão EV ou SC em casos graves);
· dexametasona - 16 a 36mg /dia VO (se com metástase cerebral).

CORTICÓIDE / EFEITOS ADVERSOS

· Neuropsiquiátricos: alucinações, paranóia, delírio, depressão e ansiedade;
· Úlcera péptica: o risco aumenta na associação com anta inflamatórios não hormonais;
· Miopatia: uso crônico pode levar a miopatia proximal, especialmente nas pernas. Eventualmente podem afetar a musculatura respiratória;
· Hiperglicemia: o aumento da glicemia se dá por aumentar a resistência à insulina e por afetar o transporte muscular de glicose não insulino dependente. Paciente com diabetes induzido por uso de corticóides aumentam muito o risco de desenvolver comorbidades, como infecções, e agravar seu estado com um quadro severo de hiperglicemia. O acompanhamento regular de pacientes de risco deve reduzir as complicações por

hiperglicemia. Além do controle específico para diabetes, uma hidratação adequada deve ser observada de forma criteriosa;

· Dor: o corticóide aumenta a osteoporose. Sua contribuição para o aumento da do óssea metastática é incerta, mas sabe-se que podem induzir a necrose asséptica da cabeça do fêmur, além de mialgias a artralguas quando da redução da dosagem;

· Queimação perineal: só ocorre quando fazemos infusão rápida de dexametasona, em dose de 20 a 100 mg. Este sintoma é de caráter transitório;

· Pseudoreumatismo: síndrome álgica que afeta músculos e articulações, associada a redução rápida ou lenta de corticóides, após períodos longos ou curtos de tratamento. Seu tratamento consiste em retornar a dose mais elevada do que estava sendo usada, seguido de uma lenta retirada;

· Pacientes de risco: os que recebem o equivalente a 20 mg/dia ou menos de prednisolona tem baixo risco de desenvolver as complicações descritas. A miopatia ocorre mais freqüentemente com o uso da dexametasona, betametasona e triamcinolona. Assim, pacientes que necessitam de tratamento a longo prazo devemos dar preferência a prednisolona, reduzindo a dose o mais breve possível. O uso em dias alternos também reduz a incidência de efeitos adversos.

Tabela 2. Equivalência de doses

Cortisona	25mg	Triancinolona	4mg
Hidrocortisona	20mg	Fluocortolona	5mg
Prednisona	5mg	Metilprednisolona	6mg
Prednisolona	5mg	Parametasona	2mg
Metilprednisolona	4mg	Betametasona	0,75mg
Dexametasona	0,75mg		

ALTERAÇÕES DA MUCOSA ORAL

Comum após radio e quimioterapia. Acarreta perda da ingestão oral, aumenta doença periodontal, causa desconforto social e predispõe a infecções.

Ocorre devido a debilidade orgânica, diminuição da ingesta oral, uso de drogas, ansiedade, respiração oral e tumorção local.

Conduta:

· Aumentar ingesta hídrica;

- Manter a boca sempre úmida;
- Higiene bucal com escovação de dentes e língua. Usar colutório freqüentes;
- Evitar alimentos ácidos;
- Evitar jejum prolongado;
- Controle da dor.

Medicações:

- Úlcera infectada - metronidazol 250mg 8/8h VO mucosite - nistatina 5 a 10ml com 5ml de lidocaína gel em 10 ml de água (diluir, bochechar e engolir 4 x dia);
- Candidíase - nistatina 3 conta-gotas 4 a 5 x dia VT ou fluconazol 150 mg dose única VO;
- Herpes Zoster e Simples - acyclovir 200 mg 5 x dia por 5 dias; estomatite aftosa - corticóide tópico.

DESCONFORTO BUCAL NA CRIANÇA

Candidíase bucal, úlceras aftosas, herpes e outras infecções acometem a criança submetida a tratamento oncológico, e sob cuidados paliativos na fase avançada da doença, provocando desconforto bucal.

Tratamento:

- Higiene bucal com solução bicarbonatada a 1%;
- Solução de xilocaína viscosa a 2% diluída em água. Não ultrapassar 3mg/Kg/dose e não repetir antes de 2 horas;
- Morfina em infusão endovenosa contínua pode ser utilizada em caso de dor forte, em dose baixa;
- Morfina 0,03mg/Kg/h - IV.

AGRESSIVIDADE NA CRIANÇA

Pode ser de intensidade variada e muitas vezes é decorrente de alterações metabólicas e neurodegenerativas. Deve-se atentar para o risco de auto-agressão e de agressão a terceiros, e também para o impacto que causa aos familiares.

Conduta:

- Suporte emocional para a criança e seus familiares e cuidadores;
- Haloperidol 0,25mg duas vezes ao dia, podendo aumentar até 5mg;
- Prometazina para prevenir os efeitos colaterais decorrentes do uso do haloperidol

- 0,5mg/Kg/dose IM ou IV em 30 minutos ou a cada 8-12 horas VO.

ANOREXIA

Perda do apetite é o 2º sintoma mais comum em pacientes com câncer avançado, presente em 65% - 85% dos casos.

Estudos demonstram que o apetite e a habilidade de comer são mais importantes do que a força física e habilidade de trabalhar. (Padilla, 1986).

Apetite e ingesta alimentar são fatores importantes na qualidade de vida para o paciente.

- Descartar candidíase oral, dor, impactação fecal, náuseas, uso de fármacos e hipercalcemia.

Conduta:

- Permitir a ingestão em pequenas quantidades e a intervalos regulares de alimentos de seu agrado. Incentivar as refeições junto à família.

Medicação:

- dexametasona 6mg/dia ou prednisona 5 a 15mg/dia - ação por curto prazo (cerca de 1 mês);
- metoclopramida 10mg VO antes das refeições (favorece o esvaziamento gástrico) megestrol 160mg/dia.

Anorexia é normal nos últimos dias de vida e é necessário que a família do paciente aceite essa limitação.

ORIENTAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

A alimentação é orientada após avaliação do estado nutricional e das condições clínicas do paciente. Com o objetivo de evitar broncoaspiração, deve ser oferecida posicionando-se o paciente em 30 graus, com o pescoço flexionado para frente. Em casos de distúrbios da deglutição, pode ser utilizada sonda naso-enteral, sendo a gastrostomia outra opção para casos selecionados.

Em pacientes terminais, a alimentação está indicada para todos que tenham fome e algum grau de consciência. Pacientes comatosos, em geral, não requerem alimentação. Entretanto, mesmo sabendo que a criança não sente fome ou do real perigo de pneumonite por aspiração, os pais ou

responsáveis podem querer alimentar a criança, o que deve ser considerado e discutido.

A anorexia pode derivar de desconforto bucal, náuseas, dificuldade de deglutir, constipação, dor, doença avançada, depressão, uso de fármacos ou disfunção neurológica irreversível. Se possível, deve-se tratar a causa.

· Aconselhar aos pais oferecer à criança pequenas quantidades dos alimentos preferidos, independentemente dos valores nutricionais.

· Metoclopramida 0,1 a 0,2mg/Kg, pode ser utilizada em alguns casos, antes das refeições para melhorar a motilidade gástrica. Dose máxima de 0,8mg/Kg/24 horas.

ASCITE

Efusão líquida ou quilosa na cavidade peritoneal. Acarreta desconforto abdominal, aumento do volume abdominal, ortopnéia, náuseas e vômitos.

Consideramos ascite pequena /média a que necessita drenagem a cada 15 dias ou mais; e ascite volumosa: é a que necessita drenagem com intervalo menor do que 15 dias.

Conduta:

· Paracentese - é o método de retirar líquido da cavidade abdominal;

· No procedimento deve-se evitar aderências, órgãos parenquimatosos ou massas, alças intestinais distendidas e bexiga.

· Indicações - ascite com desconforto abdominal ou respiratório;

· Contra-indicações - distensão importante de alças; diátese hemorrágica; parede abdominal com celulite ou furunculose; falta de colaboração do paciente.

Obs.: explicar o procedimento ao paciente e ao familiar.

· Pessoal e material:
profissional de saúde treinado;
equipo de soro e coletor de drenagem;
cateter venoso tipo jelco 14 ou 12;
solução anti-séptica (álcool a 70%);
gazes estéreis;
luva estéril;

xilocaína a 1 ou 2 % sem adrenalina;
agulha 40x 12; 25x 8 e 13x 4,5;
seringa de 10ml;
esparadrapo;
gorro e máscara.

· Técnica:

paciente em decúbito dorsal;
local de punção mais seguro: quadrante inferior esquerdo;
preparar a pele com anti-séptico;
usar luvas estéreis;
anestesiá-la a pele e os tecidos mais profundos;
aplicar o cateter perpendicularmente a parede abdominal, percebendo a passagem para cavidade peritoneal;
retirar a agulha mantendo fixo o cateter;
conectar o cateter ao equipo e este ao coletor (que deve ser fixado abaixo do nível de punção);
após drenagem desejada, retirar o cateter e proceder ao curativo.

Obs.: descrever no prontuário o volume e o aspecto do líquido retirado.

· Terapêutica: clínica sugerida pelo serviço.
Ascite pequena/média: é a que necessita drenagem a cada 15 dias ou mais. Avaliação quinzenal;
Ascite volumosa: é a que necessita drenagem com intervalo a menor que 15 dias. Avaliação semanal.

Aos intervalos determinados:

1ª etapa: espironolactona 200mg + furosemida 40mg

2ª etapa: espironolactona 400mg + furosemida 80mg

Obs.: observar o aumento da ingesta ou reposição de cloreto de potássio.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Evacuação em intervalo menor que 3 dias, ou menos freqüente que o habitual para o paciente.

Este sintoma muito comum, debilitante está presente em aproximadamente 40% dos casos de câncer avançado, sendo prevalente

em 90% dos pacientes usando opióide.

Fatores de risco: imobilidade, baixa ingestão hídrica, dieta com pouca fibra, hipocalcemia, hipercalcemia, uso de opiáceos, uso de antidepressivos tricíclicos, uso de hioscina, uso de clorpromazina.

Pode ser causado por compressão tumoral do intestino ou invasão do plexo.

Desconforto familiar e falta de privacidade também podem ser agentes causadores.

Usualmente pode ser identificado por queixa de anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia paradoxal e incontinência urinária, tenesmo, obstrução intestinal delírio em idosos.

Conduta:

- Prevenir sempre;
- Orientação nutricional;
- Proceder ao toque retal, palpação e ausculta abdominal. Desimpactação e retirada digital de fecaloma se necessário;
- Hidratação.

Medicação:

- laxativos - priorizar quando em uso de opióides;
- óleo mineral 20 a 40ml 1 a 3x dia;
- supositório de glicerina 2/2 dias - principalmente em pacientes paraplégicos;
- clister glicerinado - quando as medidas anteriores não surtirem o efeito desejado ou como medida inicial para esvaziamento do cólon.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NA CRIANÇA

Imobilidade, disfunção muscular, síndromes pseudo-obstrutivas, estenose anal adquirida, distúrbios metabólicos e medicamentos podem causar constipação intestinal.

Considerar se há distúrbio metabólico reversível; caso não haja, estão indicados lubrificantes e laxativos.

- Óleo mineral - deve-se ter cuidados especiais com pacientes neurológicos pelo risco de broncoaspiração. Nestes casos pode-se usar supositórios ou enemas.

Dose de ataque:

5 a 11 anos = 30ml para cada 10Kg,

dividido em 2 a 4 vezes ao dia.

12 a 15 anos = 45ml/dia dividido em 1 a 3x ao dia.

- Deve ser sempre utilizado para pacientes em uso de opiáceos: 5-10ml/dose - VO 1-4 vezes ao dia;
- Aumento da ingestão de fibras na dieta e aumento da ingestão de líquidos;
- Fibras, supositórios e enemas: são contraindicados em pacientes neutropênicos e plaquetopênicos.

Causas neuro-musculares não melhoram com laxativos osmóticos (óleo mineral) e estes ainda aumentam a incontinência fecal. Nestes casos, usar mais fibras na dieta e supositórios para estimular a defecação. Casos individualizados, em pacientes não neutropênicos e não plaquetopênicos, após discussão com a equipe, pode ser utilizada a estimulação por enema.

CONVULSÃO

Causas mais comuns: tumor, acidente vascular encefálico, doença pré existente.

Causas menos comuns: hipóxia, metabólica (uremia, hipoglicemia, hiponatremia, sepse), uso de drogas ou álcool.

Metástase cerebral não seu tratamento profilático (exceto quanto o primário é melanoma).

Tratamento deve ser iniciado quanto e se ocorrer crise convulsiva.

Medicação:

- fenitoína 100mg 3x dia VO;
- carbamazepina 100 a 200mg 2x dia VO - convulsão focal;
- dexametasona 16 a 24mg/dia VO se com hipertensão intracraniana.

Quando grave, em coma profundo a medicação é suspensa. Se com sobrevida de dias, havendo necessidade, usar fenobarbital 100 a 200mg IM/dia ou 200 a 300mg/dia SC.

CONVULSÃO NA CRIANÇA

Ocorre por progressão de doença neurológica ou alteração metabólica.

Conduta:

- Diazepam - 0,2mg/Kg/dose, até 3 doses.
Seguido de: fenitoína;
Dose de ataque: 15mg/Kg/dose
Dose de manutenção: 5 a 7mg/Kg/dia
dividido em 2-3 doses.
- Caso não cessem, associar:
 - Fenobarbital
Dose de ataque: 10-20mg/Kg/dose
Dose de manutenção: 3-5mg/Kg/dia
dividido em 1-2 doses.
- Caso a criança já faça uso prévio de um dos anticonvulsivantes:
 - Carbamazepina
Dose de ataque: 10mg/Kg/dose via retal, nasogástrica ou nasoduodenal
Dose de manutenção: 10-40mg/Kg/dia
dividida em 8/8 ou 6/6 hora.

DEPRESSÃO

Sintoma muito comum em pacientes com câncer. Pode mimetizar outras doenças.

Deve ser tratado mesmo em fase avançada da doença se houver perspectiva de melhora da qualidade de vida do paciente.

Fatores de risco: câncer avançado; dor; história prévia de depressão ou alcoolismo; uso de corticóides, bloqueadores H2, benzodiazepínico, neurolépticos, levodopa, desordens endócrinas, doenças neurológicas como AVE e Parkinson; deficiência nutricional (folato, B12).

Dos critérios de avaliação de depressão, os somáticos (anorexia, perda de peso, fadiga, insônia, constipação e perda da libido) são menos importantes no câncer avançado, quando priorizamos os sintomas psicológicos:

- sensação de perda;
- sentimento de culpa;
- diminuição do prazer;
- pensamento suicida.

Conduta:

- Abordagem médica e psicológica ao paciente e família.

Medicação:

- *tricíclicos (podem causar boca seca, constipação intestinal, retenção urinária, hipotensão postural, sedação, taquicardia, dentre outros)
- amitriptilina 75 a 150mg / dia em 3 tomadas

- como tem efeito sedativo, a maior fração da dosagem deve ser feita à noite
- imipramina 25 a 150mg / dia em 3 tomadas
- bons resultados na incontinência urinária

* inibidores da recaptação de serotonina (menos efeitos colaterais);

- sertralina 25 a 200mg/dia;
- citalopram 20 a 60mg/dia.

As drogas antidepressivas tem efeito iniciado a partir da 2ª semana de uso e os efeitos colaterais precedem os terapêuticos.

Obs.: evitar com anorexia, cefaléia, náusea e insônia (usar preferencialmente).

DEPRESSÃO NA CRIANÇA

A observação de seu comportamento e de suas reações é particularmente importante. Quando a psicoterapia não for suficiente, deve-se usar medicação antidepressiva.

Conduta:

- Suporte emocional à criança e a seus familiares e cuidadores;
- Amitriptilina ou Imipramina - iniciar com 10 mg/dia, aumentando para 20 mg/dia para crianças entre 5 e 8 anos; para até 50mg para crianças de 9 a 14 anos; e para maiores até 75 mg/dia;
- Citalopram - 20mg/dia somente para pacientes acima de 15 anos. Provoca menos efeitos colaterais.

DERRAME PLEURAL

Volume anormal de líquido na cavidade pleural.

A toracocentese é o método de aspiração de líquido pleural, através de uma agulha ou cateter, introduzido através da pele e parede torácica.

Indicação terapêutica: alterações da função respiratória devido ao derrame pleural volumoso, com conseqüente colapso pulmonar e disfunção respiratória.

Contra indicações: diátese hemorrágica incorrigível ou terapêutica anticoagulante.

Avaliação e preparo do paciente: obter exame radiológico do tórax pósterior anterior, perfil e decúbito lateral (Laurel) quando possível.

Obs.: explicar o procedimento ao paciente e familiar.

· **Pessoal e material:**

Profissional de saúde treinado;

Equipo de soro, cateter 14 ou 18, solução anti-séptica, gases estéreis, luvas estéreis, xilocaína a 1% ou a 2% sem adrenalina, agulhas nº 25 ou 23, seringas de 5 e 10ml, esparadrapo, gorro e máscara.

· **Técnica:**

Colocar o paciente sentado, com as costas retas e os braços apoiados em uma mesa a sua frente, no encosto de sua cadeira ou nos joelhos;

Localizar o derrame através de exame físico e identificar a margem superior da macicez;

Deverá ser introduzida a agulha a dois espaços intercostais abaixo da margem superior da macicez na região posterolateral do tórax. Guiar sempre a agulha sobre a borda superior da costela inferior. O ponto escolhido para punção deve ser marcado por pressão com a unha ou outro objeto que marque a pele sem ser removido pelo anti-séptico;

Luvas estéreis;

Preparar a pele com anti-séptico;

Anestésiar a pele e os tecidos mais profundos no local desejado e marcado anteriormente até a pleura parietal (aspirar a seringa antes de cada injeção, para certificar-se de que o anestésico não está sendo injetado diretamente em um vaso;

Se alcançar o periósteo da costela, anestesiá-lo. Em seguida dirigir a agulha para cima da costela, avançando-a, aspirando e anestesiando o trajeto, até que ocorra refluxo de líquido pleural para dentro da seringa. Se não conseguir obter líquido pleural, tentar fazer com que o paciente se incline para trás em direção à agulha;

Retirar a agulha e aplicar o cateter na mesma direção e profundidade da agulha até a saída do líquido pleural;

Conectar o equipo a extremidade do cateter;

Abrir o equipo e abaixar para um depósito coletor;

Após retirar o líquido desejado, retirar o cateter e fazer um curativo, tomando cuidado

de manter o cateter com seu orifício tampado para evitar a formação de pneumotórax.

Cuidados no procedimento:

- Drenagem lenta;

- Deve-se interromper ou diminuir a drenagem temporariamente quando apresentar tosse ou desconforto, devido ao risco de desenvolvimento de um quadro de edema agudo de pulmão após uma rápida expansão do parênquima pulmonar;

- Percutir e auscultar hemitórax, verificando se existe pneumotórax;

- Obter um exame radiológico do tórax, expirado pósterio anterior, para verificar se existe pneumotórax (se possível).

Complicações:

- Pneumotórax: por entrada de ar externo pelo cateter ou lesão do parênquima pulmonar pela agulha;

- Hemotórax por lesão de artéria intercostal;

- Hipoxemia, ocorre após toracocentese, mais pode ser evitado pela administração temporária de oxigênio.

A pleurodese é um procedimento cirúrgico no qual se introduz no espaço pleural substâncias irritantes químicas, que levam a forte aderência entre as pleuras viscerais (pulmão) e parietais (superfície interna da cavidade torácica).

Indicações:

PS até 3;

Efusão pleural que reacumule rapidamente ou repetidamente após três toracocenteses;

Expectativa de vida > 1 mês;

Derrame pleural livre (não septado) e periférico (decorrente da inflamação da superfície pleural com aumento da permeabilidade capilar e transudação de líquido no espaço pleural).

· **Técnica (profissional de saúde médico):**

Paciente em decúbito dorsal ou lateral;

Assepsia e anti-sepsia. Anestesia local com lidocaína a 2% sem adrenalina;

Colocação de dreno de tórax (28 ou 32 F), em linha axilar média, no 6º ou 7º espaço intercostal, em selo d'água (pressão negativa

de 15 a 20cm H²O);

Permanecer drenado por 2 a 3 dias, buscando o contato entre a superfície pleural parietal e visceral e com drenagem < 200ml / 24 horas;

RX de tórax para certificar de que todo o líquido foi evacuado;

Analgesia central;

· Instilação de solução esclerosante através do dreno de tórax:

Tetraciclina 2g diluído em 80ml de solução salina + 20ml lidocaína 1% sem adrenalina.

Deixar dreno fechado por 6 horas;

Mobilizar o paciente a cada 2 horas para "distribuir" o agente esclerosante;

Abrir o clampe do dreno após as 6 horas e deixá-lo em selo d'água (15cm H²O) por 48 horas;

Retirar o tubo.

Complicações:

A não re-expansão completa do pulmão é uma complicação que pode dificultar futuras tentativas de pleurodese devido a aderência irregular provocada, o que permite a formação de um novo derrame pleural desta vez possivelmente septado;

A infecção da cavidade pode propiciar a formação de um empiema pleural e até o encarceramento pulmonar, o que provoca o agravamento do quadro clínico do doente;

A dor é um sintoma comum, mas é de fácil controle com o uso de opiáceos nos pós operatório imediato.

DIARRÉIA

Evacuação líquida de 3 ou mais episódios ao dia. Ocorre em 5% a 10% dos pacientes com câncer avançado.

Excluir a falsa diarreia causada por fecaloma, obstrução intestinal parcial, intolerância alimentar, cólon irritável, ansiedade ou medo.

Conduta:

· Se pós gastrectomia, orientar ingestão de pequenos volumes de alimento.

· Excluir uso de: antiinflamatório não hormonal, diuréticos, antiácido com magnésio, beta-bloqueadoras, laxativos, reposição de ferro e antibioticoterapia.

· Descartar concomitância de Diabetes mel-litus, colite ulcerativa ou doença de Crohn.

· Rever dieta inadequada ou alimentação através de cateter nasoentérico ou gastrostomia, presença de tumor no intestino, fístula gastrocólica ou enterorretal, insuficiência do sistema nervoso autônomo;

· Hidratação, seja pelo tubo gastrointestinal, venosa ou subcutânea. Avaliar necessidade de repor potássio;

· Se após radioterapia, indicado uso de antiinflamatório não hormonal;

· Síndrome carcinóide - indicado bloqueador H₂ - 150 a 300mg/dia;

· Alça cega com crescimento bacteriano-metronidazol 1,5g/dia por 2 a 4 semanas;

· Sangramento tumoral por lesão baixa (reto) - ácido épsilon aminocaprício 100 a 200mg/kg 3 a 4x dia;

· Se infecciosa - tratar causa base.

DIARRÉIA NA CRIANÇA

Pode ocorrer por alteração da reabsorção de líquidos, por alteração da mucosa intestinal (desnutrição), hipersecreção de líquidos para a luz do intestino, por endotoxina bacteriana, secreção de peptídeo intestinal vasoativo (em casos de neuroblastoma), hipermotilidade ou hiperosmolaridade do intestino (laxativos). Pode também ocorrer por infecção patológica da flora intestinal normal e infecções oportunistas, como por *Cryptosporidium* e *Isohora belli*. Outros agentes causadores de diarreia são os protozoários *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*, bactérias como a *Salmonella*, vírus como os *Rotavírus* e *Citamegalovírus* e fungos, particularmente a *Candida albicans*.

- Manter a alimentação com dieta branda.

- Evitar alimentos ácidos, gordurosos e condimentados.

Conduta:

· Tratar a causa, sempre que possível;

· Suspender laxativos e rever a medicação.

Terapia de reidratação oral (TRO):

Pode prevenir e tratar alguns casos de desidratação.

· Solução de reidratação oral: fórmula da OMS/UNICEF, produzida pelo Ministério da Saúde (MS).

Diarréias sem sinais de desidratação:

- Ensinar parentes e cuidadores a reconhecer sinais de desidratação: boca seca, pouca urina, muita sede;
- Aumento da ingestão de líquidos;
- Oferecer TRO após cada evacuação:
 - < 12 meses - 50 a 100ml;
 - > 12 meses - 100 a 200ml.

Diarréias com sinais de desidratação:

- Instituir TRO - 50 a 100ml/Kg no período de 4 a 6 horas;
- Com vômitos reduzir o volume administrado e aumentar a frequência de administração;
- Com dificuldade de ingerir o soro, vômitos persistentes ou distensão abdominal: reposição venosa conforme necessidades individuais.

DISPNÉIA

O grau da dispnéia pode não estar diretamente relacionado a severidade do quadro clínico, visto ser um sintoma subjetivo.

Avaliar sempre a causa base.

Ocorre em aproximadamente 60 a 70% dos pacientes com câncer avançado.

Conduta:

- Na dispnéia do câncer avançado é preconizado o uso de nebulização com morfina;
- Usar morfina 2,5mg associado a dexametasona 2mg (a dose da morfina pode ser aumentada até 50mg) diluído em 2,5ml de SF 0,9% para evitar o causado pela ABD;
- Associar fenoterol se houver ausculta com broncoespasmo não aliviado pelo corticóide;
- Quando sem resposta à morfina tentar nebulização com furosemida 20mg.
- Manter a cabeceira elevada, preferencialmente o paciente sentado e o ambiente bem ventilado;
- Se com hipoxemia, indicar oxigenioterapia:
 - A indicação é definida pela coleta de amostra de sangue arterial, com o paciente em ar ambiente, para a realização de gasometria;
 - critério único para indicação da necessidade de oxigenioterapia foi

definido como o hipóxia em ar ambiente com $PaO_2 < 85\text{mmHg}$;

- A administração de O_2 é feita sob cateter naso faringe.

Condições associadas à indicação e suas conseqüências:

- Associada ao diagnóstico de hipóxia por gasometria arterial, são adotados os seguintes critérios clínicos:

Lesões pulmonares múltiplas ou extensas, primárias ou secundárias aqui incluída linfangite carcinomatosa.

Obstrução de vias aéreas extrínsecas ou intrínsecas.

Contra-indicações:

Anemia, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, corpo estranho, infecções, insuficiência cardíaca congestiva, entre outras causas agudas que possam acarretar hipoxemia, deverão ser tratadas primariamente a causa base.

Coleta de sangue para gasometria arterial:

- Puncionar preferencialmente da artéria radial e manter comprimido pós punção por 10 minutos;
- Usar sempre luva de procedimento;
- Colher em seringa de 5ml descartável previamente heparinizada;
- Vedar a agulha com rolha de borracha;
- Manter refrigerado em caixa de isopor com gelo - separar a seringa do contato direto do gelo;
- Entregar direto no laboratório.

Descartar possibilidade de embolia pulmonar, quando é indicado heparinização plena (1000UI/h) e controlar o Tempo de Coagulação em 2 a 3x o normal. Proteger mucosa gástrica.

- Se obstrutiva, desobstruir vias aéreas superiores e avaliar necessidade e indicação de traqueostomia (critério de PS até 3 e avaliação clínica);
- Checar possibilidade de síndrome de veia cava superior - é recomendado o uso de dexametasona 24mg IV + 8 a 12mg/dia ou prednisona 1mg/kg/dia - avaliar RXT (vide protocolo anexo);
- Solução - indicado uso de clorpromazina 25

mg 4/4h VO ou 12,5 mg IV 4/4 horas ou 6/6 horas; metoclopramida 10mg 8/8 horas; midazolam 2 a 10mg IV/dia;

· Broncoespasmo - aminofilina 6mg/kg em 200ml de SG 5% em 30 minutos + manutenção 0,25 a 0,75mg/kg/h;

Associar hidrocortisona 300 a 500mg IV.

Após crise aminofilina 100 mg 3 X dia VO.

· Checar necessidade de punção aliviadora para ascite ou derrame pleural - vide capítulo;

· Insuficiência cardíaca congestiva - indicado o uso de furosemida 20 a 80mg IV ou VO + inibidor da enzima de conversão da angiotensina em dose baixa (6,25 a 12mg 2 x dia);

· Tosse - indicado codeína suspensão aquosa 30 a 60mg / dia - manter por cerca de 1 semana após remissão de sintomas. Não associar morfina;

Associar broncodilatador e manter paciente hidratado (avaliação clínica).

· Afastar possibilidade insuficiência cardíaca congestiva e efeito colateral do inibidor da enzima de conversão da angiotensina.

· Excesso de secreção brônquica - indicado mucolítico 3 a 4 x dia e nebulização com salina com ou sem fenoterol;

· Rever se há anemia severa - indicado hemotransfusão se Hb < 7 e com sangramento controlável;

· Ansiedade crônica - indicado uso de benzodiazepínico 5mg IV ou 10mg VO;

· Dor;

· Obstrução tumoral:

- Rever RXT;

- Dexametasona 8 a 12mg - evoluindo para 4mg/dia pela manhã após melhora dos sintomas.

· Linfangite - dexametasona 4 a 12mg/dia. Rever associação com diurético devido a retenção fluida. Considerar uso de opióides e ansiolíticos;

· Dispnéia persistente - iniciar morfina 5 a 10mg 4/4 horas;

· Pneumonia - vide protocolo de uso de antibióticos.

DISPNÉIA NA CRIANÇA

Sintomas de insuficiência respiratória incluem irritabilidade, medo de dormir, sonolência diurna, cefaléia matutina, palpitações e náuseas. Na angústia da

dificuldade respiratória é muito importante a confiança na equipe terapêutica

Pode-se utilizar:

- Oxigênio;

- Cabeceira elevada;

- Opiáceos (morfina);

- Benzodiazepínicos:

Midazolam - 0,1-1mcg/Kg/hora.

Associada à morfina quando houver taquipnéia, com fáceis de sofrimento e uso dos músculos acessórios da respiração.

- Punção aliviadora ou drenagem pleural fechada e pleurodese em caso de derrame pleural;

- Transfusão de concentrado de hemácias em caso de anemia;

- Punção aliviadora ou paracentese em caso de distensão abdominal por ascite;

- Dimeticona VO e sonda de alívio, em caso de deglutição de ar e estase gástrica;

- Radioterapia paliativa em caso de síndrome de compressão medular de veia cava superior;

- Traqueostomia em caso de obstrução de vias aéreas superiores por tumor.

DISTÚRPIO DO SONO

É comum a inversão do ciclo sono-vigília. A insônia ocorre em 29% a 59% dos pacientes com câncer avançado.

Rever causa base (dor, náusea, dispnéia, medo ou ansiedade, medicação - corticóide, teofilina, diuréticos, propranolol e metildopa, sedação diurna uso de álcool, cafeína e cigarro).

Conduta:

· Tentar eliminar causas desencadeantes;

· Promover tranquilidade no ambiente.

Medicações:

· Benzodiazepínico 10mg;

· Associar opióide noturno se com dor;

· Associar antidepressivo se com dor (amitriptilina 25mg 2h antes de deitar);

· Haldol 0,5 a 2mg a noite se com delírio.

Obs.: se usar corticóide ou diurético, fazer dose única pela manhã.

DISTÚRPIO DO SONO NA CRIANÇA

Este tipo de distúrbio pode ter causas variadas, como depressão, alterações metabólicas ou uso de alguns medicamentos. A insônia pode causar ansiedade e irritabilidade na criança, e muitas vezes também desestabilizar o familiar ou cuidador uma vez que seu sono fica comprometido.

Conduta:

- Suporte emocional à criança e aos familiares cuidadores;
- Benzodiazepínico - 0,12- 0,8/Kg/24h dividido em 6/6 horas ou 8/8 horas.

ANSIEDADE NA CRIANÇA

Pode ser manifestada pela criança de diversas formas como inquietude, irritabilidade, agitação e angústia, sendo que essa é muitas vezes verbalizada pela criança. É necessário que a criança esteja acompanhada por alguém que seja afetivamente significativo para ela e que sintase acolhida pela equipe. O uso de corticóides por períodos prolongados pode causar sintomas psicóticos, que geralmente vêm acompanhados de intensa ansiedade. Quando necessário pode ser introduzida medicação anti-ansiolítica.

Conduta:

- Suporte emocional à criança e a seus familiares cuidadores;
- Benzodiazepínico: 0,12 - 0,8/Kg/24h dividido em 6/6 ou 8/8 horas;
- Haloperidol: 0,01 - 0,1mg/Kg/dose a cada 8-12 horas VO. Somente em casos de sintomas psicóticos como delírio e alucinações;
- Prometazina para prevenir efeitos colaterais decorrentes do uso de haloperidol - 0,5mg/Kg/dose - IM ou IV em 30 minutos ou a cada 8-12 horas VO.

FADIGA

É a sensação de cansaço extremo devido a combinação de sintomas físicos e mentais. Praticamente universal nos estágios finais da doença.

Fatores desencadeantes: pós quimio e radioterapia, uso de corticóides, distúrbios metabólicos (por exemplo: hipoglicemia,

hipopotassemia, hipercalcemia, insuficiência hepática ou renal, distúrbios tireoidianos), sangramento, sedação, sepse, depressão, deficiência nutricional, medicamentos, dentre outros.

Conduta:

- Embora fadiga seja o sintoma mais comum em pacientes com câncer avançado, é o sintoma para o qual temos as soluções menos satisfatórias;
- Identificar e reverter, se possível, a causa base;
- Quando a fadiga ainda é leve, estimular pequenas atividades físicas para preservar força muscular;
- Ajudar o paciente a estabelecer prioridades.

FRATURA PATOLÓGICA

Ocorre mais comumente em câncer de mama (53%), de rim (11%), pulmão (8%) e tireóide (5%).

Comum em região cervical, fêmur e úmero.

O paciente apresenta dor, deformidade no membro acometido com, por vezes, equimose.

Os objetivos são: aliviar a dor, preservar mobilidade quanto possível e facilitar o cuidado ao paciente.

Conduta:

- Analgesia apropriada;
- Fixação interna e radioterapia paliativa.

Na impossibilidade de outra conduta, prover calha gessada anti rotatória na fratura de fêmur ou tipóia canadense para dar maior conforto ao paciente.

- Bi fosfonatos podem reduzir eventos no esqueleto, sendo indicado para progressão das metástases ósseas e fraturas patológicas, (dose = 60 a 90mg diluídos em 500ml de solução salina, infundida em 4 - 12 horas).

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Avaliada por níveis tensóricos não ocasionais acima de 150 x 90mmHg.

Sintoma pouco freqüente.

Avaliar presença de ansiedade, dor ou qualquer desconforto do paciente, quando é

necessário minimizar a causa base.

Medicação:

- hidrocortizida 25 a 50 mg/dia;
- bloqueador - propranolol 80 a 240 mg /dia;
- atenolol 50 a 100 mg/dia;
- evitar no broncoespasmo, ICC, bloqueio átrio ventricular, bradicardia, sangramento, diabetes mellitus;
- IECA - captopril 25 a 50 mg 2 a 3xdia;
- pode ocorrer rash cutâneo, tosse irritativa, angioedema, proteinúria, leucopenia;
- bloqueador do canal de cálcio - nifedipina 10 a 30 mg 3 a 4x dia;
- não associar a bloqueadores. Pode causar edema de MMII.

HIPERTENSÃO INTRACRANIANA NA CRIANÇA

Ocorre em pacientes terminais com tumores de sistema nervoso central.

Conduta:

- Dexametasona
dose de ataque: 1mg/Kg/dose VO ou IV;
dose de manutenção: 1mg/Kg/24h dividida em 4/4 ou 6/6 horas.
- Manitol
0,25g/Kg/dose IV em 20-30 minutos e, se preciso, aumentar até 1g/Kg/dose.
- Furosemida
1mg/Kg junto ou 5 minutos antes do manitol.
- Em caso de hidrocefalia
- Acetazolamida - 25 mg/Kg/dia VO, dividido em e doses. Máximo de 100 mg/Kg/dia. Uso individualizado.
- Em caso de cefaléia intensa em pacientes não terminais, enquanto se aguarda o efeito das medidas antihipertensivas, opta-se pela analgesia com cloridrato de tramadol para evitar alteração do sensorio.

ESPASTICIDADE NA CRIANÇA

Pode estar associada a tumores do sistema nervoso central.

Conduta:

- Diazepam
0,12 a 0,8mg/Kg/dia, dividido em 6/6 ou 8/8 horas, VO;
dose sedativa e miorelaxante.
- Baclofeno

10 a 15 mg/dia a cada 8 horas;
dose máxima: uso individualizado;
2 a 7 anos = 40 mg/dia;
maiores de 8 anos = 60 mg/dia.

- Clonidina: uso individualizado.
dose inicial de 0,05mg/dose à noite e aumentar para 0,05mg em 24 horas, com intervalo de 1 semana;
dose máxima de 0,3 a 0,4 mg/dia.
Retirada gradual em 4 dias.

HIPERCALCEMIA

É a emergência metabólica mais comum em oncologia ocorrendo em 10% a 20% de todas as neoplasias.

Definido pelo cálcio sérico corrigido > 11mg/dl.

Sinais e sintomas: desidratação, anorexia, fadiga, dor, prurido, apatia, irritabilidade, hiporreflexia, dentre outros.

Mais freqüente: mieloma múltiplo, câncer brônquico, metástases ósseas, câncer de mama, tumor de células escamosas de cabeça e pescoço e câncer de tireóide.

Imobilidade, uso de diuréticos tiazídicos e desidratação podem contribuir para esta ocorrência.

Conduta:

- Hidratação - 2 a 3 ISF 0,9%/24 horas - respeitando a avaliação clínica do paciente - pode ser suficiente para pacientes assintomáticos com cálcio sérico corrigido em até 12mg/dl;
- Repor potássio se necessário;
- Pamidroato - iniciar após hidratação e adequado débito urinário (se cálcio corrigido >12mg/dl) 15 a 90mg IV em 500ml SF 0,9% por 4 horas - efeito em 4 a 5 dias.

Acetaminofen 500mg para prevenir febre após infusão do pamidroato.

cálcio corrigido = cálcio mg/dl+ 0,8 (4-albumina sérica)

	DOSE RECOMENDADA
Cálcio sérico até 13 mg/dl	15 a 30mg
13 a 15mg/dl	30 a 60mg
> 15mg/dl	60 a 90mg

- Na hipercalcemia crônica:
incentivar deambulação, se possível
aumentar a ingesta hídrica;
evitar diuréticos tiazídicos, bloqueador H₂
e preparações que contenham cálcio;
corticóide - prednisona 20 a 40 mg /dia se
diagnóstico de mieloma ou linfoma;
clodronato 1600 mg/dia.

HIPERGLICEMIA

A intolerância à glicose é uma das primeiras anormalidades metabólicas descritas em pacientes com câncer avançado. Ocorre antes mesmo da perda de peso e da caquexia. Com a progressão do câncer, piora a resistência periférica à insulina, determinando dificuldades no controle glicêmico.

Conduta:

- Duas ou mais dosagens da glicemia de jejum >110mg/dl;
- Observar corticoterapia crônica;
- Orientar dieta;
- Hipoglicemiante oral - clorpropamida 125 a 1000mg /dia dividido em até 3 tomadas (observar menor concentração da divisão da dose na possibilidade de hipoglicemia noturna);
- Insulina NPH - indicada se não houver controle com hipoglicemiante oral.

Obs.: após titulação da dose de insulina regular de acordo com a glicemia capilar pré prandial 4x dia.

Aplicar insulina regular SC de acordo com o intervalo de variação da glicemia capilar (atenção aos diferentes valores orientados pelas diversas marcas de fita).

Em geral:

- até 180mg % não fazer;
- 81 a 240mg % 2 a 4UI;
- 241 a 300mg % 3 a 6UI;
- 301 a 400mg % 4 a 8UI;
- acima de 400mg % 6 a 10UI.

Cálculo de NPH: somar o total de unidades usadas de insulina regular/dia administrada em 3 dias consecutivos e dividir por 3. Do quarto ao sexto dias aplicar 1/3 a 1/2 da dose da insulina NPH calculada antes do desjejum e manter o mesmo esquema de controle com a insulina regular.

Ao término do sexto dia, somar as unidades de insulina regular necessárias nesta segunda etapa, dividir por 3 e acrescentar 1/3 a 1/2 das unidades calculadas de insulina NPH ao primeiro cálculo.

LINFEDEMA

A ocorrência nos MMSS está em 40% dos casos relacionada a linfadenectomia axilar e RXT; nos MMII geralmente decorre de tumoração pélvica.

Na indisponibilidade de realizar color doppler e outros complementares, devemos excluir tumoração, cisto, ascite, trombose venosa profunda, insuficiência cardíaca congestiva e baixa acentuada da dosagem sérica de albumina.

Conduta:

- Observar se há queixa do paciente;
- Observando a função renal, aumentar, se possível, a ingesta protéica;
- Antibióticos (critérios já estabelecidos) - devemos dar ênfase em prevenir (por ex. com uso de penicilina V - 0,5 a 1 g a cada 6 ou 8 h). Para tratamento usamos por 14 dias conforme sensibilidade apresentada.
- Drenagem postural:
Compressão - visa manter diminuído o volume do membro;
Suporte - quando a diminuição do membro não é prevista ou é desnecessária;
Exercício - visando preservar o movimento do membro acometido;
Se linfedema de MMII - compressão, se MMSS - compressão e suporte;
Higiene - sugerimos uso de permanganato de potássio.
- Uso de diurético: furosemida 40 a 80mg/dia associado a espironolactona 200 a 400mg/dia no caso de edema generalizado;
- Se sem sucesso após 2 a 3 dias o uso de diuréticos, iniciar dexametasona 16mg/dia (caso de compressão linfática);
- Quando com comprometimento venoso associado (tumor ou trombose), acrescentar corticóide ao diurético. Usar anticoagulante (cumarínico ou Acido acetil salicílico). Não esquecer do bloqueador H²;
- Infiltração tumoral - suporte;
- Pele frágil - suporte e compressão;
- Linforrêia - rever perda da continuidade.

Fazer compressão por cerca de 48h (aplicando vaselina). Prevenir infecção;

· Por tumor abdominal ou pélvico - usar corticóide (dexametasona 16 mg) e diurético (furosemida 40 a 80 mg + aldactone 200 e 400 mg).

NÁUSEA E VÔMITOS

Ocorrem em 60% dos pacientes com câncer avançado.

Particularmente prevalente em tumor de mama, estômago ou tumores ginecológicos.

Sessenta por cento dos pacientes recebendo opióides, especialmente no início da terapêutica apresentam esses sintomas que desaparecem em poucos dias.

Quando possível reverter a causa base (fármacos, constipação ou obstrução intestinal, alteração metabólica, tosse, uremia, molinhasse oral, quimio e radioterapia, medo ou ansiedade, dentre outras).

Conduta:

· Aconselhamento nutricional.

Medicação:

· 1º metoclopramida 10 a 20mg 3 a 4x dia IV ou SC - acelerar o esvaziamento gástrico;

· 2º haldol 0,5 a 2mg 4x dia IM ou 5 a 15 mg/dia SC - casos com uremia e hipercalcemia;

· 3º prometazina 25mg 2 a 3x dia - ação central e de receptores colinérgicos periféricos;

· 4º dexametasona 4mg/dia. Caso com hipertensão intracraniana - 16 a 36 mg /dia;

· 5º ondansetron 8mg IV ou VO 2 a 3x dia - principalmente após radioterapia.

Obs.: plenitude pós prandial - bromoprida 20 a 60 mg/dia;

Rever: necessidade de CNG (se + de 2 episódios de vômitos a cada 6 horas);

GTO descompressiva - o procedimento tem como critérios: PS até 3, avaliação clínica e ausência de insuficiência renal).

NÁUSEA E VÔMITOS NA CRIANÇA

A causa deve ser determinada e tratada.

· Oferecer alimentos em quantidade reduzida e em menor intervalo.

· Evitar alimentos de odor forte, salgados, ácidos,

gordurosos e condimentados.

Tratamento:

· Metoclopramida - 0,1 a 0,2mg/Kg/dose -IV ou IM ou Vo de 8/8 horas;

· Ondansetrona - 5mg/m²/dose - IV ou VO a cada 8 horas. É altamente ativo para o tratamento da náusea e do vômito induzido por QT, mas experiências sugerem ser menos efetivo para estes sintomas, quando não devidos à quimioterapia;

· Dexametasona:

dose inicial: 10mg m²/dose - IV (máximo de 20 mg);

doses subsequentes: 5mg/m²/dose - IV de 6/6 horas.

· Prometazina - 0,25 a 0,5 mg/Kg/dose - IV ou VO a cada 4- 6 horas;

· Haloperidol - 0,01 a 0,1 mg/Kg/dose -VO a cada 8-12 horas.

Obstrução intestinal

Situação na qual o trânsito através do trato gastro intestinal é retardado ou obstruído.

· Maior causa é carcinomatose peritoneal - mais freqüente no tumor de ovário - 40%, seguida de tu de cólon e retal - 20%, e pâncreas, estômago e colo de útero;

· 30% dos pacientes tem patologia obstrutiva benigna;

Sintomas:

- vômitos;

- dor;

- distensão abdominal;

- peristalse aumentada;

- parada de eliminação de gases e fezes.

Exame físico: inclui toque vaginal e retal, rotina de abdome agudo e exames laboratoriais (rever distúrbios metabólicos, a ex.: potássio e cálcio).

Conduta:

· Diferenciar entre abdome agudo clínico e cirúrgico.

Clínico:

· Dieta zero;

· CNG em sifonagem se ocorrerem mais de 3 episódios em 6 horas (avaliar a vontade do paciente);

· HV (40 a 50ml/kg/dia) + reposição

eletrolítica;

- Observar indicação do haloperidol 0,5mg 3x dia, como tratamento sintomático.

Cirúrgico:

- PS até 3 (correção de prolapso - PS até 2);
- Metástase hepática, ascite ou insuficiência renal contra-indicam o procedimento cirúrgico;
- Dieta zero;
- CNG - conforme já descrito;
- HV - conforme já descrito;
- Anti-espasmódico - hioscina até 240mg / dia IV;
- Bloqueador H² - ranitidina 50mg IV 8/8 horas;
- Metoclopramida - 1 ampola IV até 6/6 horas;
- Transfusão de hemáceas se necessário - manter Hb > 7mg %;
- Demais sintomáticos.

Obs.: PS até 3, sem indicação de colostomia, rever benefício de GTO descompressiva (considerar se com uso permanente do CNG após 2 semanas).

Tabela 3. Obstrução intestinal maligna - (não cirúrgica)

INDICAÇÕES	DOSE SC OU IV
Metoclopramida	10mg - 6/6 h
Brometo de N. Butil Escopolamina	20mg até 4/4 h
Haloperidol	5mg - 2x dia
Octreotide	150 a 300mg/infusão contínua

OBSTRUÇÕES MECÂNICAS PARCIAIS NA CRIANÇA

Causadas por tumores e aderências ou, por refluxo gastrointestinal. Frequente em pacientes neuropatas.

Tratamento:

- Metoclopramida para aumentar o esvaziamento gástrico, 0,1 a 0,2mg/Kg/dose - (IV ou IM ou VO) de 8/8 horas;
- Hidróxido de alumínio com magnésio - 5-15ml VO a cada 3 - 6 horas;
- Ranitidina 1 - 2mg/Kg/dia, dividido em 3 doses IV ou 2 - 4mg/Kg/dia dividido em 2 doses VO.

SANGRAMENTO

Excluir trauma, coagulopatia, fármacos, insuficiência hepática grave, coagulação in-

travascular disseminada, plaquetopenia etc.

Conduta:

- Sedação se necessário com benzodiazepínico 5 a 20 mg IV ou - midazolam 5 mg IM ou IV.

Medicação:

- reposição com SF 0,9%;
- TGI - suspender AINH e corticóide. Caso de vômito, iniciar antiemético;
- usar ranitidina 300mg 12/12 horas;
- considerar uso de ácido épsilon aminocaproico.
- transvaginal - avaliar uso tampão vaginal;
- iniciar ácido épsilon aminocapróico 100 a 200mg/kg 3 a 4x dia (IV diluir em 250 a 500ml de SF 0,9% ou SG 5%);
- hemoptise severa - ácido épsilon aminocapróico (dose descrita acima);
- hemoptise discreta - iniciar codeína;
- epistaxe - tamponamento nasal anterior e gelo local;
- sangramento oral - soro gelado;
- considerar ácido épsilon aminocapróico;
- sangramento do estoma - compressão local;
- transretal - avaliar uso de ácido épsilon aminocapróico 100 a 200mg/kg 3 a 4x dia (IV diluir em 250 a 500ml de SF 0,9% ou SG 5%);
- hematúria - irrigação com cateter de triplo lúmen;
- Compressão local e curativo compressivo;
- RXT - vide protocolo;
- Ligadura de carótida externa - procedimento de urgência realizado em pacientes que possam se beneficiar. Evitar lesão cervico oral extensa e congelamento cervical;
- Em cuidados paliativos, entendemos que o procedimento de transfusão deva ser avaliado com critério, tendo definido quando o paciente estiver severamente sintomático, podendo se beneficiar do procedimento.

Anemia e astenia são sintomas comuns em pacientes com câncer avançado.

É questionada a relação entre a diminuição dos níveis de Hb e a fadiga.

Hemotransfusão:

- dispnéia: pacientes alertas Hb < 7,0 mg %;
- sangramento TGI, TGU, CP: sintomas severos decorrentes da perda sangüinea,

quando esta pode ser controlada.

Obs.: o ácido épsilon aminocapróico é um poderoso inibidor da fibrinólise. Trombos formados durante seu uso não sofrem lise.

Vitamina K tem seu uso ligado a tendência de sangramento associada à sua deficiência (alimentar, má absorção, obstrução do trato biliar intra ou extra - hepático, uso de drogas). Dose 10 a 20mg, IM, obtendo resposta em cerca de 24 horas.

SANGRAMENTO NA CRIANÇA

Constitui situação estressante para a criança e para a família.

Conduta:

Em caso de sangramentos externos

- Transusão de concentrado de plaquetas - se há trombocitopenia;
- Transusão de concentrado de hemácias - em caso de anemia aguda;
- Ácido épsilon-aminocapróico - em caso de sangramento de mucosa bucal;
- Vitamina K e plasma fresco - em caso de insuficiência hepática.
- Ranitidina - em caso de sangramento digestivo.

SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR

Quadro com início de dor, seguido de alteração sensorial, fraqueza muscular e, evolutivamente, disfunção esfinteriana.

Conduta:

- Controlar a dor;
- Dexametasona 24mg IV em dose de ataque, seguida de 18mg/dia por 3 semanas;
- Rever protocolo de radioterapia;
- Cirurgia para descompressão (corporectomia), em cuidados paliativos, é reservada a pacientes com compressão medular sem diagnóstico de câncer; tumor primário controlado; metástase de vértebra sem paraplégia e PS até 2.

TOSSE E SECREÇÕES NA CRIANÇA

Tosse: o tratamento da tosse cuja causa não pode ser combatida é controverso e baseia-se em experiências com adultos.

Conduta:

- Codeína - 1 - 1,5mg/Kg/24h dividido em 4/4 ou 6/6 horas.
Dose antitussígena.
- Nebulização com broncodilatadores:
Fenoterol - 1 gota/3Kg.
- Corticosteróides:
Prednisona - 1mg/Kg dividido em 12/12 horas VO.

Secreções:

Acometimento neurológico grave implica em dificuldade de deglutir saliva. Isso leva a desconforto por acúmulo de secreções salivares. Medicamentos anticolinérgicos podem ser usados.

- Hioscina - 0,06125 a 0,250mg VO de 4/4 horas; ou
- Atropina - 0,01mg/Kg/dose SC ou VO.

NOTA FINAL

Para o INCA, qualquer conduta aplicada em suas unidades hospitalares que se encontre fora das aqui especificadas é considerada experimental ou irregular.

SIGLAS ADOTADAS

- ABD - água bidestilada
- AVE - acidente vascular encefálico
- AINH - anti-inflamatório não hormonal
- CNE - cateter naso-entérico
- CNG - cateter naso-gástrico
- CP - cabeça e pescoço
- dl - decilitro
- g - grama
- gt- gota
- GTO - gastrostomia
- H - hora
- Hb - hemoglobina
- HV - hidratação venosa
- IECA - inibidor da enzima de conversão da angiotensina
- IM - intramuscular
- IV - intra-venoso
- Kg - quilograma
- mg - miligrama
- ml - mililitro
- MMII - membros inferiores
- MMSS - membros superiores
- MRSA - S. aureus multi-resistente

PS - "performance status" (capacidade funcional)

RXT - radioterapia

SC - subcutâneo

SF - soro fisiológico

SG - soro glicosado

SMT - sulfametoxazol trimetropim

SMZ - sulfametoxazol

TGI - trato gastro-intestinal

TGU - trato genito-urinário

TRO - terapia de reidratação oral

UI - unidade internacional

VO - via oral

VT - via tópica

ANEXO 1

RADIOTERAPIA PALIATIVA

Priorizar pacientes com PS até 3.

Metástase óssea: 80% dos pacientes respondem em 1 a 2 semanas, independente da radio sensibilidade. Também melhora a dor da fratura patológica.

Maior benefício nos tumores de mama, próstata, tireóide e pulmão.

Toxicidade varia com o sítio e extensão irradiada. Geralmente com duração curta e auto - limitada (se estômago e fígado no campo - náusea e vômitos; se intestino delgado - cólica e diarreia).

Caso necessário radiação do hemitorço, usar pré tratamento: hidrocortisona 100 mg + metoclopramida 10 a 20 mg + hidratação.

Metástase cerebral: alívio da cefaléia em 70% dos casos. Confusão, déficit motor e sensitivo respondem em > 50% casos.

Após radiação, desmamar corticoterapia.

Obstrução brônquica: tosse e hemoptise - casos persistentes ou que piorem a despeito do tratamento conservador.

Dispnéia: responde em 90% dos casos.

Compressão de medula: sem instabilidade da coluna. Necessário diagnóstico e conduta nas primeiras 72 horas do início dos sintomas.

Síndrome de veia cava superior: após tratamento conservador. Manter corticóide após RXT.

Tumores exofíticos: visa controle do crescimento tumoral, do exsudato e do sangramento.

Hemorragia: casos de hemoptise,

metrorragia, hematúria, sangramento retal e sangramento de estoma.

ANEXO 2

ANTIBIOTICOTERAPIA

Estas são sugestões de antibioticoterapia quando para início empírico, nos casos em que a evidencia da literatura tradicional já denota o germe provável. Noutro sim, é preferencial haver coleta de culturas para tratamento específico e discernimento do valor quantitativo de colônias bacterianas.

A avaliação da eficácia do tratamento proposto advém da resposta clínica e laboratorial específica.

Alertamos para as correções que se façam necessárias com relação a função renal ou hepática

Erros passíveis de ocorrerem:

- seleção inapropriada da droga ou via de administração;
- drenagem incorreta de abscesso;
- superinfecção;
- resistência à droga estabelecida;
- associação não identificada de 2 ou mais agentes etiológicos;
- imunodeficiência do paciente;
- causas não infecciosas.

Em alguns casos, a infecção é parte natural do processo de morte e o uso de antibióticos não altera o prognóstico.

O uso de antibióticos está associada a reações adversas sérias. Com isso, a decisão do uso deve ser baseada na evidência da presença de uma infecção tratável.

· Bacteriúria é comum em pacientes com câncer avançado e universal em pacientes cateterizados, com isso devem ser tratados se houver sintomas de infecção do trato urinário (febre e disúria).

· Grande desvio para esquerda no diferencial de células brancas só nos autoriza a iniciar antibioticoterapia se o paciente estiver sintomático e for se beneficiar do procedimento.

1. Pneumonia:

comunitária	cefalexina (0,5 a 1g 6-8h) ou cefalotina (1 a 2g 6/6h)
hospitalizado	ceftriaxona (1 a 2g /dia IM ou IV)
paciente neutropênico	amicacina (15mg/kg/dia) + ceftazidime (1 a 2g 8-12h) com infiltrado localizado (associar vancomicina - 30 a 50mg/kg/dia em 2 doses IV em 250ml SG 5% ou SF 0,9 % /125 a 500mg 6/6h VO - se história de MRSA) considerar fungos
paciente neutropênico com infiltrado bilateral difuso	associar SMT (SMZ = 100mg/kg/ dia IV 4/4h) considerar tuberculose
paciente neutropênico infiltrado focal ou difuso tardio	considerar fungo;
broncoaspiração	ciprofloxacina (250 a 750mg 12/12h VO – 200 a 400mg 8-12h IV) + ampicilina (0,5 a 1g a cada 6-8h).

2. Infecção urinária:

comunitária	SMT (2 cp 12-12h VO)
hospitalizado	ampicilina + amicacina

3. Úlcera de decúbito:

12h	ampicilina + amicacina + metronidazol (250 a 750mg 8-12h VO ou IV)
-----	--

4. Colangite colecistite:

ampicilina + amicacina

5. Diarréia:

com febre, hemorragia, desidratação	SMT (sem antibiótico prévio) metronidazol (com antibiótico prévio)
-------------------------------------	---

6. Diverticulite:

sem perfuração Abscesso Periretal	ceftriaxona + metronidazol
--------------------------------------	----------------------------

7. Celulite erisipela:

não complicada	cefalotina
complicada	ciprofloxacina + metronidazol
recorrente com linfedema	pen. Benzatina (1,200.000 a 2,400.000UI IM 2-3 semanas)

8. Vascular:

tromboflebite séptica	oxacilina (0,5 a 1g, 4 - 6 h) + amicacina
-----------------------	---

9. Ouvido:

otite externa	polimixina B + neomicina + Hidrocortisona (gts 4x dia)
otite	ciprofloxacina
mastoidite	cefalotina

10. Boca:

celulite	ceftriaxona
estomatite herpética	acycovir (100 a 200mg 6/6h VO)

11. Sinusite:

SMT

12. Candidíase:

sistêmica com metástase	fluconazol (50 a 800mg/d VO ou VI)
mucocutâneo	cetoconazol (200 a 400mg/d VO)
oral	fluconazol
urinária	fluconazol
vaginal	fluconazol + tópico

13. Tumor exsudativo:

pomada de metronidazol a 0,8%

Obs.:

Tuberculose:

- 2 meses:rifampicina 600mg/dia;
- isoniazida 400mg/dia;

pirazinamida 2g/dia.

- 4 meses:rifampicina 600mg/dia;

isoniazida 400mg/dia.

- se extra-torácica: + 6 meses de isoniazida.

ANTIBIOTICOTERAPIA NA CRIANÇA

Infecções	Sintomas	Tratamento	Observações
Infecções específicas			
Candidíase	Alteração do paladar, Dor, inflamação da mucosa e sangramento bucal	Nistatina – 200.000 – 500.000U em bochecho, gargarejo e deglutido 4x/dia	
	A candidíase esofageana está associada à esofagite, dor retroesternal ou sensação de obstrução na deglutição	Cetoconazol – 5 a 10mg/Kg/dia em dose única	Observar a interação medicamentosa do cetoconazol e fluconazol com cisaprida, pelo risco de arritmia cardíaca
Herpes oral		Aciclovir – 750mg/m ² /dia – IV de 8/8h ou 200mg/dose 5x/dia VO	
Infecção por anaeróbio		Metronidazol – 7,5mg/Kg/dose de 6/6h	
Pneumonia		Antibiótico, oxigênio, broncodilatadores, e morfina ou sedação para aliviar a dispnéia	Dependendo da condição clínica da criança, prover apenas tratamento sintomático

Profilaxia Antimicrobiana em Cirurgias Oncológicas

Cirurgia de tumores necrosados ou ulcerados:

A coleta de material para cultura em superfícies abertas ou ulceradas (swab) deve ser precedida de limpeza mecânica utilizando-se soro fisiológico. O antibiótico a ser utilizado no pré-operatório deve ser iniciado de acordo com o antibiograma e mantido em doses elevadas durante o ato cirúrgico, afim de controlar a disseminação da infecção durante o manuseio cirúrgico. Qualquer material, de aspecto purulento ou não, encontrado durante o ato operatório deve ser encaminhado para cultura e antibiograma. A manutenção deste antibiótico no pós-operatório deve ser discutido.

Profilaxia Antimicrobiana

Gastrostomia e transversostomia:
cefazolina 2g;

Colostomia terminal e fistula mucosa:
cafazolina 2g + metronidazol 1g.

Obs.: a 600mg pri2gm 600mg e 400mg ira dose deve ser feita na indução anestésica, caso a intervenção seja longa (acima de 2 horas) ou existir perda de sangue maior que 1 litro, administrar a 2ª dose intra-operatória (1g de cefazolina 2g). Se necessário a 3ª dose, fazer após 3 horas a 2ª dose.

A associação com metronidazol é indicada quando os patógenos anaeróbios constituírem grande parte da flora residente. A presença de drenos não justifica, normalmente, a manutenção além do período crítico do ato operatório (contaminação grosseiramente estende a profilaxia em 24 horas).

A dose de cafazolina 2g para peso menor que 50kg = 30mg/kg/IV.

· Em casos de alergia a betalactâmicos:
vancomicina 1g 1g IV 30mg em1g, dose única;

· Em caso de cultura de urina positiva recente, considerar o processo cirúrgico como infectado.

BIBLIOGRAFIA

Baines MJ. Intestinal obstruction. *Cancer Surv* 1997;21:147-56.

Benitz W, Tatro D. *The pediatric drug handbook*. 3rd ed. St. Louis: Mosby-Year Book.

Bennett, Plum. *Cecil textbook of medicine*. 20th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1996.

Collins JJ, Bred CB. Management of cancer pain in children. In: Pizzo, Poplack. *Principles and practice of pediatric oncology*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.

Dickerson, Duke. The 20 essential drugs in palliative care. *Eur J Palliat Care* 1999;6(4).

Doyle D, Hanks G, Mac Donald N. *Textbook of palliative care*. 2nd ed. Oxford University Press; 1999.

Gibbon, David C, Sabiston Jr, Spencer FC. *Surgery of the chest*. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1983.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle de sintomas do câncer avançado em adultos: normas e recomendações do INCa. *Rev Bras Cancerol* 2000;46(3):243-56.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Normas e condutas da CCIH/HCI/INCA. 2000. Disponível em: ccih@inca.org.br.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Orientações para prescrição de analgésicos no tratamento do câncer [mimeografado].

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Int Med* 1982;96(Pt 1):766-71.

Kaye P. *Pocketbook of symptom control*. EPL; 1996.

Komurcu S, Nelson KA, Walsh D, Donnelly SM, Homsy J, Abdullah O. Common symptoms in advanced cancer. *Semin Oncol* 2000;27(1):24-33.

Levetown M. Treatment of symptoms other than pain in pediatric palliative care. In: Portenoy, Bruera. *Topics in palliative care: pediatric palliative care the management of bone*. Oxford University Press; 1998. p. 51.

Muir JC, von Gunten CF. Antisecretory agents in gastrointestinal obstruction. *Clin Geriatr Med* 2000;16(2):327-34.

Murad A, Katz A. *Oncologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

Nelson, KA. The cancer anorexia-cachexia syndrome. *Semin Oncol* 2000; 27(1):64-8.

Salvajoli JV, Weltman E. *Princípios de radioterapia*.

- 1st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- Sanford J, Gilbert D, Sande M. Guide to antimicrobial therapy. 1995.
- Tierney L, Mc Phee S, Papadakis M. Medical diagnosis and treatment. Appleton & Lange; 1999.
- Waller, Caroline. Handbook of palliative care in cancer. 2nd ed. Butterworth-heinemann; 2000.
- Webb M, Moody LE, Mason LA. Dyspnea assesment and management in hospice patients with pulmonary disorders. Am J Hosp Palliat Care 2000;17(4):259-64.
- Welsh J, Fallon M. Handbook of palliative care. 3rd ed. Blackwell Science; 2000.
- Weisman SJ. Pediatric palliative care: a field in evolution. In: Portenoy, Bruera. Topics in palliative care: pediatric palliative care the management of bone. Oxford University Press; 1998. p. 3.
- World Health Organization Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Pain in children with cancer: The World Health Organization-IASP guidelines. Cancer Pain Rellief 1999;12(1).