

CONTROLE DE SINTOMAS E CUIDADOS PALIATIVOS DE CRIANÇA

Symptom Management and Palliative Care in Children

Com o progresso ocorrido no tratamento dos tumores malignos na infância, houve um aumento considerável da possibilidade de cura. Atualmente, considerando-se todos os tumores, 70% das crianças acometidas podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e tratadas por equipes especializadas. Porém, os cuidados paliativos também se fazem necessários às crianças com câncer. O tratamento paliativo deve ser instituído desde o diagnóstico e durante todo o curso da doença, visando dar maior conforto ao paciente, cura e melhor qualidade de vida. O maior medo enfrentado pelos pais é que as crianças sofram neste momento. É necessário desenvolver rotinas em consenso com a equipe multidisciplinar para assegurar aos pacientes e parentes que o alívio de sintomas, e especialmente da dor, é possível na maioria dos casos.

I - Dor

A dor em crianças com tumores malignos está relacionada à doença, aos procedimentos diagnósticos ou ao tratamento da neoplasia. Independentemente da causa, a criança deve ser adequadamente tratada da sua dor.

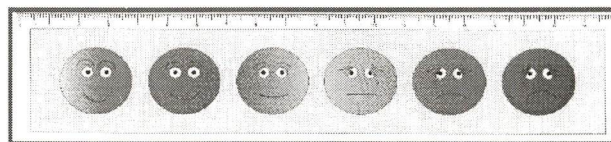
1. Avaliação da Dor em Criança

Toda criança deve ser avaliada em termos de dor potencial, pois crianças podem sentir dor sem que sejam capazes de verbalizar. Os seguintes tópicos devem ser considerados:

- Acreditar na queixa da criança;
- História e característica da dor;
- Aspectos psicológicos e sociais;
- Exame físico e exames de investigação (para estabelecer a causa da dor);
- Tratamento da causa primária.

2. Medida da Intensidade da Dor

- Auto-relato → Crianças com idade superior a 6 anos podem utilizar uma escala analógica visual com números, faces ou cor, expressando a intensidade da dor.



- Observação comportamental → Menos fidedigna, é utilizada em criança em fase pré-verbal ou com alterações cognitivas. Deve-se observar a expressão facial, movimentos dos membros, choro, sendo que, frequentemente, a criança fica imóvel na cama quando sente dor.
- Medida fisiológica → A frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória aumentam quando há dor e diminuem com a ação de analgésicos.

3. Mecanismos da Dor

- Ao diagnóstico (início do tratamento), predomina a dor relacionada ao tumor.
- Durante o tratamento, predomina a dor relacionada ao tratamento: mucosite, membro fantasma, infecção, pós-operatório, procedimentos (punção de medula óssea, punção lombar, retirada de cateter venoso central e venopunção).
- Durante a recaída e na fase terminal, a dor volta a ser relacionada ao tumor. O acometimento tumoral direto do osso, víscera oca ou nervos pode ocasionar, respectivamente, dor somática, visceral ou neuropática. A dor somática é tipicamente bem localizada, relacionada à doença óssea primária ou metastática ou após incisão cirúrgica. A dor visceral é mal localizada e resulta de infiltração, compressão, distensão ou estiramento de víscera abdominal ou torácica, por tumor primário ou metastático. A dor neuropática resulta mais comumente de compressão

tumoral ou infiltração de nervos periféricos ou do canal medular.

4. Normas para Tratamento Analgésico

Escada Analgésica

- A prescrição de medicamentos para criança com dor é baseada na escada analgésica da OMS, por sua vez feita de acordo com a intensidade da dor.

Escada Analgésica		
Degrau	Analgésico	Associação
1. Dor leve	Não opiáceos	± adjuvantes
2. Dor leve-moderada	Opiáceo fraco	+ não opiáceo ± adjuvantes
3. Dor moderada-forte	Opiáceo forte	± não opiáceo ± adjuvantes

OPIÁCEOS FRACOS - Codeína, Tramadol

OPIÁCEOS FORTES - Morfina, Metadona, Fentanila

Aspectos Importantes

- O esquema analgésico deve ser rigorosamente seguido nos horários e doses estipuladas. Nunca se deve esperar pelo aparecimento da dor para usar o analgésico. Não existem, assim, no contexto da dor do câncer, as prescrições "SOS", "EM CASO DE DOR", "SE NECESSÁRIO"...
- Não prescrever opiáceo forte + opiáceo fraco (ex.: morfina + codeína), pois eles competem pelos mesmos receptores.
- Derivados morfínicos como a meperidina NÃO devem ser prescritos para uso crônico em doente com câncer, pois o acúmulo do metabólito tóxico, normeperidina, pode causar excitação do SNC, incluindo tremores e convulsões.
- É importante orientar os parentes da criança, para desfazer a idéia falsa de que morfina é sinônimo de vício.
- A administração oral do analgésico deve ser usada sempre que possível.
- Na suspensão do opiáceo, as doses devem ser diminuídas gradualmente, para se evitar dor e sintomas de abstinência.

5. Posologia de Opiáceos para Crianças

Opiáceo	Dose inicial IV ou TD	Dose inicial oral
<i>Meia-vida curta</i>		
Codeína		0,5-1 mg/kg/dose 4/4h
Tramadol		1-2 mg/kg/dose 6/6h
Morfina	Dose em bolus: 0,1mg/kg a cada 2 - 4h - IV Infusão contínua : 0,03 mg/kg/h - IV	0,3 mg/kg/dose 4/4h
Fentanila	Uso contínuo: 0,5-2mcg/kg/h – TD	
<i>Meia-vida longa</i>		
Morfina de liberação lenta		0,6 mg/kg/dose 8/8h 0,9 mg/kg/dose 12/12h

- A dose total de morfina regular utilizada em 24 horas deve ser dividida em duas doses para utilização de morfina de liberação lenta.
- O comprimido de morfina de liberação lenta não pode ser partido. No caso de cápsula, abrir e dissolver em suco, sem triturar os grânulos.
- Há morfina disponível em gotas.
- Morfina não tem dose máxima, podendo ser gradativamente aumentada de acordo com a intensidade da dor.
- Doses de resgate ou doses de reforço de morfina de curta duração podem ser utilizadas em caso de dor intensa, apesar do uso de morfina de liberação lenta, com intervalo de até hora em hora (VO).
- A dose para lactentes menores que 6 meses deve ser de 25% - 30% da dose usual para crianças.

6. Posologia de Analgésicos Não Opiáceos e Medicamentos Adjuvantes

Analgésicos/Adjuvantes	Dose	Via de Administração
Adjuvantes		de Administração
Dipirona	12,5-25 mg/kg/dose cada 4 -6h	IV ou VO
Paracetamol	10 mg/kg/dose 4/4h	VO
Anti-depressivos tricíclicos	0,2-0,5 mg/kg/dose 24/24h	VO
Dexametasona	0,15-0,5 mg/kg/dose 6/6h	VO
Carbamazepina	<6anos 5-10 mg/kg/dia ÷ 2 doses >6anos 10 mg/kg/dia ÷ 2 doses	VO VO
Fenitoína	2,5 mg/kg/dose de 12/12 h	VO
Haloperidol	0,01- 0,1 mg/kg/dose cada 8 -12h	VO

7. Controle dos Efeitos Colaterais dos Opiáceos

Efeito colateral	Tratamento
Constipação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usar regularmente laxativos (do tipo estimulante da peristalse) 2. Manter ingestão adequada de água.
Sedação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcançada a analgesia, tentar a redução da dose. 2. Se não contra-indicado, associar analgésico não sedativo, como acetaminofeno ou aspirina, e reduzir a dose do opiáceo conforme tolerado. 3. Considerar troca do opiáceo.
Náusea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excluir causas (ex: obstrução intestinal, hipertensão intracraniana). 2. Anti-eméticos (metoclopramida, ondansetrona.) 3. Considerar troca do opiáceo.
Retenção urinária	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excluir causas (ex: obstrução tumoral, hipovolemia, insuficiência renal) 2. Evitar drogas com efeitos anticolinérgicos (ex: antidepressivos, tricíclicos, anti-histamínicos) 3. Cateterismo vesical de curta duração 4. Considerar redução da dose, se alcançada a analgesia; ou troca do opiáceo, se analgesia insuficiente.
Disforia/ Confusão/ Alucinações	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excluir outras causas 2. Trocar o opiáceo 3. Considerar a associação de neurolépticos como haloperidol (0,01-0,1 mg/kg VO/IV 8/8h; dose máxima de 30mg/dia).

8. Medicamentos – Analgésicos Especiais

Constituem um grupo heterogêneo de drogas que têm efeito analgésico em algumas condições dolorosas.

Antidepressivos Tricíclicos

- ✦ São usados para neuralgia herpética e pós-herpética e como analgésico adjuvante em caso de dor do câncer, inclusive na dor neuropática. São utilizados também na dor do membro fantasma.

Corticóides

- ✦ Têm ação analgésica em casos de câncer, por uma variedade de mecanismos, incluindo-se efeitos antiinflamatórios e redução do edema tumoral. Têm ação na dor óssea metastática, edema cerebral por doença primária ou metastática, compressão medular e dor neuropática. A dexametasona tem sido mais utilizada devido à sua alta potência, longa duração de ação e menor efeito mineralocorticóide.

Anticonvulsivantes

- ✦ Também utilizados na dor neuropática. A carbamazepina é a que tem melhor evidência de ação. Fenitoína e ácido valpróico podem também ter efeitos semelhantes. O mecanismo de ação é desconhecido, mas parece ser relacionado à diminuição das descargas paroxísiticas dos neurônios centrais e periféricos. São utilizados também na dor do membro fantasma e neuralgia herpética e pós-herpética.

9. Tratamentos Não Medicamentosos

Técnicas como distração, atenção, imaginação, relaxamento e condução do comportamento podem fazer a criança entender o que está ocorrendo e diminuir a sua ansiedade.

II- Outros sintomas que não dor

1. Sintomas gastrintestinais e distúrbios da alimentação

1.1. Alimentação

- A alimentação é orientada após avaliação do estado nutricional e das condições clínicas do paciente.

- Com o objetivo de evitar a broncoaspiração, deve ser orientada a alimentação posicionando-se o paciente em 30° com o pescoço flexionado. Em casos de distúrbios da deglutição, pode ser utilizada sonda nasointestinal, sendo a gastrostomia outra opção, em 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.

1.2. Anorexia

- 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.

Em alguns casos pode ser utilizado:

Metoclopramida - 0,1 a 0,2 mg/kg (máximo de 0,8mg/kg/24h), antes das refeições, para melhorar a motilidade gástrica.

1.3. Desconforto Bucal

- Candidíase bucal, úlceras aftosas, herpes e outras infecções acometem a criança submetida a tratamento oncológico, assim como pacientes sob cuidados paliativos e terminais.

Medidas Gerais:

- ✦ *Higiene bucal com solução bicarbonatada a 1%. Em casos selecionados pode-se utilizar solução de xilocaína viscosa a 2% diluída em água, tendo-se o cuidado de não ultrapassar 3mg/kg/dose e não repetir antes de 2 horas.*
- ✦ *Em casos de dor forte, utilizar morfina em infusão endovenosa contínua, em dose baixa.*

Infecções específicas:

- ✦ *Candidíase* - Constituem sintomas associados a *Cândida albicans*: alterações do paladar, dor, inflamação da mucosa e sangramento durante

a higiene bucal. A candidíase esofageana está associada a disfagia, dor retroesternal ou sensação de obstrução na deglutição.

Tratamento:

- *Nistatina* - 200.000 – 500.000 U em bochecho, gargarejo e deglutido 4X/dia.
- *Cetoconazol* - 5 a 10 mg/kg/dia, dose única ou
- *Fluconazol* - 3 a 6 mg/kg/dia, dose única.
- * *Observar interação medicamentosa do cetoconazol e fluconazol com cisaprida, pelo risco de arritmia cardíaca.*

▼ *Herpes oral*

Acyclovir - 750 mg /m²/dia 8/8h IV ou 200mg/dose 5x ao dia VO.

▼ *Infeção por anaeróbio*

Metronidazol - 7,5 mg/kg/dose 6/6h.

1.4. Náusea e Vômitos

A causa da náusea e do vômito deve ser determinada e tratada.

Oferecer alimentos em quantidade reduzida e em menor intervalo. Evitar alimentos de odor forte, salgados, ácidos, gordurosos ou condimentados.

Recomenda-se:

- ▼ *Metoclopramida* - 0,1 a 0,2 mg/kg/dose IV ou IM ou VO 8/8h
- ▼ *Ondansetrona* - 5mg/m²/dose cada 8 h VO ou IV. 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 6/6h IV
- ▼ *Prometazina* - 0,25 a 0,5 mg/kg/dose cada 4 a 6 horas VO ou IV
- ▼ *Haloperidol* - 0,01- 0,1 mg/Kg/dose VO a cada 8 -12 h
- ▼ *Obstruções mecânicas parciais causadas por tumores e aderências ou por refluxo gastrintestinal (frequente em pacientes neuropatas) podem ser tratadas com metoclopramida, com o objetivo de aumentar o esvaziamento gástrico.*

- ▼ *Associar antiácidos e bloqueadores de receptores H2.*

1.5. Constipação Intestinal

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

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

Tratamento:

- *Óleo mineral* – dose de ataque : 5 -11 anos – 30 ml para cada 10 kg dividido em 2 - 4 x dia
12 anos – 15 - 45ml/dia dividido em 1- 3 x dia
- *Deve-se ter cuidados especiais com pacientes neurológicos por causa da broncoaspiração de óleo. Nestes casos pode-se usar supositórios ou enemas, sendo que estes devem ser evitados sempre que possível.*
- *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. Em casos seletivos, pode ser utilizada a estimulação por enema.*

Resolvida a impactação, o tratamento de manutenção consiste de:

- *Aumento da ingestão de fibras na dieta.*
- *Aumento da ingestão de líquidos.*
- *Laxativos- devem ser sempre usados em pacientes que tomam opióceos:*
Óleo mineral - 5 a 10 ml/dose VO 1- 4 x dia

Supositórios e enemas estão contra-indicados em pacientes neutropênicos e plaquetopênicos.

1.6. Diarréia

Diarréia pode ocorrer por alteração da reabsorção de líquidos, por alteração de mucosa intestinal (desnutrição), hipersecreção de líquidos para a luz do intestino (endotoxina bacteriana, secreção de peptídeo intestinal vasoativo, em casos de em neuroblastoma), hipermotilidade ou hiperosmolaridade do intestino (laxativos).

A diarreia pode também ocorrer por infecção patológica da flora intestinal normal e patógenos comuns, e infecções oportunistas, como por *Cryptosporidium* e *Isospora 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*.

Tratamento:

- *Manter a alimentação com dieta branda. Evitar alimentos ácidos, gordurosos e condimentados.*
- *Suspender laxativos. Rever a medicação do paciente.*
- *Sempre que possível, tratar a causa básica.*
- *A terapia de reidratação oral, (TRO) pode prevenir e tratar alguns casos de desidratação nas crianças com câncer. Seu uso tão difundido em pediatria baseia-se no conhecimento do movimento da água, glicose e eletrólitos através da mucosa intestinal. Utiliza-se solução de reidratação oral (fórmula da OMS/UNICEF, produzida pelo MS).*

Criança com diarreia e sem sinais de desidratação

- Recomendar o aumento da ingestão de líquidos.
- Oferecer a TRO após cada evacuação:
Crianças < 12 meses - 50 a 100 ml
Crianças > 12 meses - 100 a 200 ml
- Ensinar os parentes ou cuidadores a reconhecer sinais de desidratação (boca seca, pouca urina, muita sede), para que sejam tomadas então outras medidas, caso evolua para a desidratação.

Criança com diarreia e sinais de desidratação

- TRO, 50 a 100ml/kg no período de 4 a 6 horas. Se o paciente vomitar, o volume administrado deve ser reduzido e a frequência de administração, aumentada. Se a criança se reidratar, segue-se como no esquema anterior repondo-se após cada evacuação diarreica.
- Se a criança tiver dificuldades para ingerir o soro ou estiver com vômitos persistentes ou distensão abdominal pode ser necessário o uso da reposição venosa conforme necessidades individuais.

2. Sintomas Respiratórios

2.1. Tosse

O tratamento da tosse cuja causa básica não pode ser combatida é controverso e baseia-se em experiências com adultos. São usados:

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

2.2. Controle de Secreções

Acometimento neurológico grave implica em dificuldade de deglutir saliva. Isto leva a desconforto por acúmulo de secreções salivares. Medicações anticolinérgicas podem ser usadas:

- Hioscina - 0,06125 a 0,250mg VO 4/4h
- Amitriptilina - 0,1 mg/kg VO ou IM
- Atropina - 0,01mg/kg/dose SC ou VO

Casos graves agudos:

- Hioscina - 0,1 a 0,5 mg a cada 15 min IV ou SC

2.3. Pneumonia e Outras Infecções

Dependendo da condição clínica da criança fora de possibilidades terapêuticas, considerar conduta no sentido de prover apenas tratamento sintomático: **Oxigênio, broncodilatadores e morfina** ou sedação para aliviar a dispnéia.

2.4. Dispnéia

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. Podem se utilizados:

- Oxigênio
- Cabeceira elevada
- Opiáceos (morfina)
- Benzodiazepínicos – Midazolam - 0,1 - 1 mcg/kg/h

Observação: utilizar a morfina associada a benzodiazepínico, quando houver taquipnéia com fâcies de sofrimento e uso dos músculos acessórios da respiração. Pode ser necessárias doses extremamente altas de morfina.

Situações específicas que devem ser consideradas para tratamento ou alívio da dispnéia:

- Derrame pleural – punção aliviadora ou drenagem pleural fechada e pleurodese.
- Anemia - Transfusão de concentrado de hemácias.
- Distensão abdominal – Se por ascite, considerar punção aliviadora; se por ar deglutido, pode ser utilizados dimeticona VO e sonda de alívio.
- Síndrome de compressão da veia cava superior - Pode ser considerada a radioterapia paliativa.
- Obstrução de vias aéreas superiores por tumor-Traqueostomia

3. Sintomas Neurológicos

3.1. Distúrbios do Sono

Esse 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 desestabiliza o familiar que a acompanha, uma vez que esse também fica com seu sono comprometido.

Conduta:

- ✔ *Suporte emocional à criança e aos seus familiares ou responsáveis;*
- ✔ *Uso de benzodiazepínico - 0,12 - 0,8/kg/24h dividido em 6/6h ou 8/8h .*

3.2. Ansiedade

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 sintá-se acolhida pela equipe.

O uso de corticóides por períodos prolongados pode causar sintomas psicóticos, que geralmente vêm acompanhados de intensa ansiedade.

Quando for necessário, pode ser introduzida medicação anti-ansiolítica.

Conduta:

- ✔ *Suporte emocional à criança e a seus familiares ou responsáveis.*
- ✔ *Uso de benzodiazepínico.*
- ✔ *Uso de haloperidol (somente em casos de sintomas psicóticos, tais como delírio e alucinações).*
- ✔ *Uso de prometazina para prevenir efeitos colaterais decorrentes do uso de haloperidol.*

3.3. Depressão

Os critérios diagnósticos são os mesmos utilizados para adultos, salientando-se que, 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 aos seus familiares ou responsáveis.*
- ✔ *Uso de amitriptilina ou imipramina- Começar com 10 mg/dia aumentando para 20mg/dia para crianças entre 5 e 8 anos; para até 50mg para crianças de 9 a 14 anos; e para maiores de 14 anos aumentar até 75mg/24h.*
- ✔ *Uso de citalopram, antidepressivo que provoca menos efeitos colaterais (só deve ser usado em pacientes acima de 15 anos) - 20mg/dia.*

3.4. Agressividade

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. Nesses casos, é necessário medicar.

Conduta:

- ✔ *Suporte emocional para a criança e seus familiares ou responsáveis.*
- ✔ *Uso de haloperidol 0,25mg duas vezes ao dia, podendo aumentar lentamente até 5mg.*
- ✔ *Uso de prometazina associada ao uso de haloperidol.*

3.5. Convulsões

Por progressão de doença neurológica ou alteração metabólica:

- Fenitoína dose de ataque - 15 mg/kg/dose
dose de manutenção - 5 a 7 mg/
kg/dia dividido em 2-3 doses.
- Fenobarbital dose de ataque - 10-20 mg/kg/dose.
dose de manutenção - 3 a 5 mg/
kg/dia dividido em 1-2 doses.
- Carbamazepina .. dose de manutenção - 10 a 40 mg/
kg/dia - 8/8 ou de 6/6 h.

3.6. Hipertensão Intracraniana

Pacientes terminais com tumores de SNC (sistema nervoso central)

- ▼ *Dexametasona*- Ataque: 1 a 2 mg/kg/dose VO, IV IM - dose única
Manutenção: 1- 1,5 mg/kg/24 h dividido a cada 4 ou 6h
- ▼ *Manitol* - 0,25g/kg/dose IV em 20-30 min e se preciso aumentar até 1g/kg/dose. Furosemida - 1mg/kg junto ou 5 min antes do manitol.
- ▼ *Acetazolamida (em caso de hidrocefalia)* - 25 mg/kg/dia dividido em 3 doses VO. Dose máxima - 100 mg/kg/dia. (Uso individualizado)
Observação: Em caso de cefaléia intensa em pacientes com doença avançada em fase não terminal, enquanto se aguarda o efeito das medidas anti-hipertensivas, opta-se por analgesia com cloridrato de tramadol, para evitar alteração do sensório.

3.7. Espasticidade

Pode estar associada a tumores de SNC:

- Diazepam - 0,12 - 0,8mg/kg/24h dividido 6/6h ou 8/8h VO (dose sedativa e miorrelaxante).
- Baclofeno - 10-15 mg/dia divididos cada 8 h. Dose máxima - 2 a 7 anos - 40 mg/dia e > 8 anos - 60 mg/dia. (Uso individualizado)
- Clonidina - começar com 0,05 mg/dose à noite e aumentar 0,05 mg em 24 h com intervalo de 1 semana. Dose máxima - 0,3 - 0,4 mg/dia. Retirada gradual em 4 dias. (Uso individualizado)

4. Outros

4.1. Sangramento

É estressante para a criança e para a família. Em caso de sangramentos externos, utilizar:

- Transfusão de concentrado de plaquetas, se houver trombocitopenia.
- Transfusão 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.

4.2. Úlceras Cutâneas

Problemas cutâneos são comuns na criança acamada por tempo prolongado. Úlceras podem ser prevenidas com:

- Mudança de decúbito
- Colchão em caixa de ovo
- Colchão d'água

Quando ocorrer infecção, pode ser necessário o uso de antibióticos tópicos.

Dermatite das fraldas em geral está associada com infecção por cândida, e agentes antifúngicos tópicos devem ser usados. Manter o paciente sem fraldas o maior tempo, e usar uma lâmpada para aquecê-lo por 20 minutos, a cada 4 horas. Utilizar creme de óxido de zinco e nistatina.

4.3. Prurido

Pode estar associado ao uso de opiáceos, pele seca, etc.

Prescrição:

- ▼ *Emolientes*
- ▼ *Anti-histamínicos:*
Prometazina - 0,25 - 0,5 g/kg/dose cada 4 a 6 h
- ▼ *Ácido ursodeoxicólico pode ser usado, em caso de obstrução biliar.*

III - Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Orientações para prescrição de analgésicos no tratamento do câncer. (mimeo)
2. WEISMAN S.J. Pediatric Palliative Care: A Field in Evolution. In: Portenoy/ Bruera, "Topics in Palliative Care", Volume 3, 1998. p.3

3. LEVETOWN, M. Treatment of symptoms other than pain in Pediatric Palliative Care. In: Portenoy/ Bruera, "*Topics in Palliative Care*", Volume 3, 1998. p.51
4. COLLINS, J.J. and BRED, C.B. Management of cancer pain in children. In: Pizzo and Poplack. "*Principles and Practice of Pediatric Oncology*". 3rd edition. Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers, 1997.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION COLLABORATING CENTER FOR POLICY AND COMMUNICATIONS IN CANCER CARE. Pain in Children with Cancer: The World Health Organization-IASP Guidelines. *Em Cancer Pain Relief*. Volume 12, nº 1, 1999.
6. BENITZ, Willian and TATRO, David. *The Pediatric Drug Handbook*. 3rd edition. Mosby-Year Book, Inc., 1995.