



2ª Edição

de GUIA PRÁTICO Controlo Sintomático

Coordenação: Elga Freire
(coordenadora do NEMPal - núcleo de estudos de medicina paliativa)



PREFÁCIO

João Araújo Correia (Presidente da SPMI)

O valor dos livros, não tem a ver com o volume, o tamanho ou o peso. Agradam-me os pequenos e delicados, leves como os sentimentos, e tão profundos como eles. Conseguir transmitir conhecimento útil, em poucas páginas, é sinal que houve dedicação ao assunto, e que se conseguiu fazer uma síntese daquilo que vale a pena. Dá muito trabalho não ser prolixo, e só quem sabe, transmite a complexidade de forma simples e direta.

Os Cuidados Paliativos, traduzem a essência mais pura do tratamento médico. Às vezes, conseguimos a cura da doença, mas é cada vez mais raro que o consigamos fazer, devolvendo aquela pessoa ao estado de saúde completa. É mais frequente acabarmos com uma enfermidade e diagnosticarmos outra. Ou, melhoramos o prognóstico e prolongamos a vida, cada vez para mais longe! Mas, não pode ser a qualquer preço. É bom ter uma vida longa, sem que os anos nos pesem, contabilizados em queixas insuportáveis ou numa demência indigna.

Qualquer Médico pode cuidar de um doente, dar-lhe alento e bem-estar, mesmo sem lograr alterar o destino inexorável da sua patologia. A medicina sintomática, é pouco valorizada pelos médicos, mas muito querida pelos doentes. Eles, têm razão! Não podemos encontrar a paz, se a dor nos atormenta, a náusea e os vômitos nos afligem, ou a dispneia é permanente. O tempo, mesmo que seja curto, tem de ser valorizado e feliz, mesmo que seja etéreo, para que o sofrimento não seja consciente.

Foi com muito saber, que o Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa da SPMI (NEMPai), fez este livrinho. Talvez porque o polvilhou de carinho e paixão, tenha tido tanto êxito entre os Médicos de diversas especialidades, que o partilham sem reboço, porque todos queremos o bem do doente. Reconhecem-lhe a utilidade, na consulta rápida, para o alívio imediato do sintoma, mas também para uma leitura mais lenta, com tempo para refletir. Eu, trago-o na bata, sempre pronto para qualquer necessidade!

Porto, 14 de Janeiro de 2021



NOTA DA SEGUNDA EDIÇÃO

Ricardo Fernandes, Elga Freire

O que um dia foi sonho hoje é palpável, tem cor, tem forma, tem textura. Ondulam as suas páginas por entre os dedos dos curiosos que nas suas temáticas procuram respostas aos hercúleos desafios e enigmas criados pelos nossos mestres, os nossos doentes. Mestres da arte de bem-cuidar e bem-tratar. É hoje um companheiro de bolso, uma presença obrigatória nas nossas secretárias na qual passamos grande parte das nossas vidas, mas também um dos elementos da equipa do serviço de urgência. Que tamanha façanha para algo tão singular...

A apreciação que obtivemos com a primeira edição foi deveras favorável e proveniente de diferentes profissionais de saúde pintados entre distintos recantos do nosso Portugal. E quão gratificante foi perceber isso. Sabê-lo útil, sabê-lo real, sabê-lo sentido, sabê-lo atual. O nosso mais sincero e singelo obrigado à Angelini® pela possibilidade desta segunda edição. Obrigado por acreditarem no projeto e no sonho, mas acima de tudo por esta oportunidade de melhoria contínua decorrente da revisão atenta e atualização de conteúdos. Um especial agradecimento também a todos os autores que nestes tempos tão árduos dispensaram parte do seu escasso tempo embarcando em mais esta viagem. Porque tudo surgiu num contexto muito especial optamos por manter as filiações dos autores permitindo que aquela fotografia que se tirou se mantenha sempre, como uma boa recordação e um bilhete para que nunca esqueçamos a magia que rege os Cuidados Paliativos.

Índice

1.	Introdução	9
2.	Abreviaturas	13
3.	Conceitos gerais de cuidados paliativos em controlo sintomático	17
4.	Dor em cuidados paliativos	23
5.	Dispneia	35
6.	Tosse	43
7.	Sufocação	51
8.	Náuseas e vômitos	55
9.	Obstipação	65
10.	Oclusão intestinal maligna	73
11.	Síndrome anorexia-caquexia astenia	81

12.	Nutrição e hidratação em fim de vida	95
13.	Sintomas neuropsíquicos	109
14.	Sintomas neurológicos	129
15.	Sintomas cutâneos e das mucosas	141
16.	Úlceras de pressão e feridas malignas	147
17.	Últimas horas ou dias de vida	153
18.	Sedação paliativa	161
19.	Hipodermoclise e terapêutica subcutânea	167
20.	Comunicação em cuidados paliativos	175
21.	Urgências em cuidados paliativos	183
22.	Principais fármacos utilizados em cuidados paliativos	193



1.

INTRODUÇÃO

Elga Freire

Coordenadora do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEMPai)

Ricardo Fernandes

*Coordenador do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI);
Membro do Secretariado do NEMPai*



INTRODUÇÃO

A Medicina do século XXI é cheia de labirintos, enigmas e desafios, alguns muito velhinhos como a própria humanidade e outros tão novos como o avanço da técnica e da ciência. A Medicina Paliativa neste cenário não é exceção, não só pela complexidade dos casos que trata, mas também pela carência de formação diferenciada da grande maioria dos profissionais tanto a nível pré-graduado como pós-graduado. E, se a necessidade aguça o engenho, tornou-se imperativo trazer do mundo das ideias até ao mundo real um manual que pudesse responder à maior parte das questões diárias sobre esta temática, tanto em ambiente hospitalar como no ambulatório.

São alvo de abordagem neste guia uma grande variedade de sintomas, dos quais se destacam: dor, delirium, perturbação de ansiedade, dispneia, obstipação, náuseas e vômitos, fadiga e caquexia, entre outros.

É essencial na leitura deste guia que sejam assumidas algumas premissas – a vigilância atenta dos sintomas deve fazer parte da avaliação clínica dos nossos doentes; o seu controlo tem como intuito máximo reduzir o distress, aumentar a qualidade de vida e maximizar o conforto; a prestação de cuidados paliativos não se esgota com o controlo de sintomas; o doente e cuidadores sempre que possível devem ser incluídos nos planos e objetivos de cuidados; os cuidados paliativos são tão válidos para doentes oncológicos como não oncológicos e ninguém faz cuidados paliativos sozinho, pelo que a abordagem deve ser idealmente multidisciplinar.

Assim, esperamos que aqui sejam encontradas respostas para fechar a caixa de Pandora...

A concretização deste guia só foi possível graças à colaboração e empenhamento de todos os autores, maioritariamente internos de Medicina Interna ou

internistas, que prontamente aceitaram este desafio. A todos eles o nosso mais sincero agradecimento.

À Angelini Farmacêutica expressamos a nossa gratidão por terem possibilitado esta publicação.



2.

ABREVIATURAS



ABREVIATURAS

anti- CK - Anti-citocina

BID - Duas vezes por dia (bis die)

BZD - Benzodiazepinas

CCT - Corticosteroides

CI - Contra-indicação

CP - Cuidados Paliativos

DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crônica

DRGE - Doença do refluxo gastroesofágico

EAP - Edema Agudo do Pulmão

ECOG - Easter Cooperative Oncology Group (Escala de Desempenho)

Elim - Eliminação

EV/IV - Endo/intra-venoso

H - Hora

IBP - Inibidor bomba prótons

IECA - Inibidor da enzima de conversão da angiotensina

IM - Intra-muscular

IO - Intraósseo

ISC - Infusão subcutânea

MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Metab - Metabolização

Min - Minuto

Neb - Nebulização

PEG - Gastrostomia percutânea

PEJ - Jejunostomia percutânea

PO/VO - Via oral

QID - Quatro vezes por dia

QT - Quimioterapia

RA - Reação adversa

RT - Radioterapia

SAC - Síndrome anorexia-caquexia

SC - Subcutânea

SL - Sub-lingual

SNG - Sonda nasogástrica

SUD - Situação de últimos dias

SUH - Situação de últimas horas

T ½ - Semi-vida

TEP - Tromboembolismo pulmonar

TID - Três vezes por dia

VR - Via retal

3.

CONCEITOS GERAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS EM CONTROLO SINTOMÁTICO

Conceição Pires, Edna Gonçalves

Serviço de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar S. João, E.P.E.



CONCEITOS GERAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS EM CONTROLO SINTOMÁTICO

O controlo de sintomas é uma das ferramentas essenciais em Cuidados Paliativos (CP), a par da comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

Sintoma - Perceção somato-psíquica em resposta a um estímulo nódico, real ou potencial. Subjetivo, só pode ser descrito pelo próprio, sendo essa descrição modulada por aspetos como estado de ânimo, significado, ambiente, grau de adaptação emocional à situação.

Em CP os sintomas têm elevada prevalência, influenciando negativamente a qualidade de vida do doente e sua família, são múltiplos e combinados, evolutivos e cambiantes, têm caráter multidimensional e causas multifatoriais.

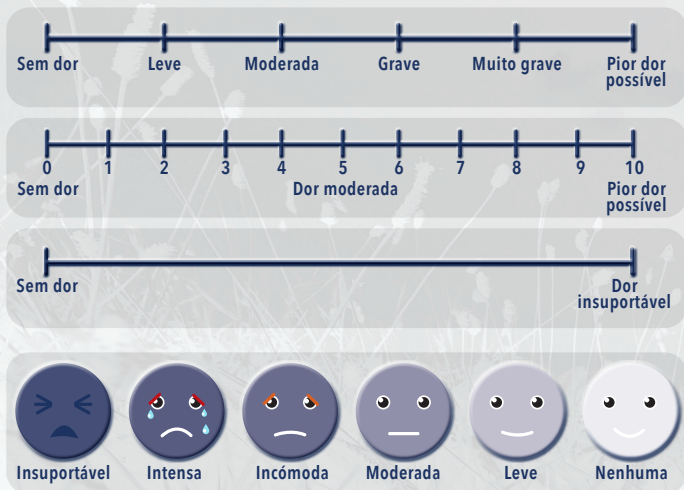
Segundo o *National Hospice Study* os 5 principais sintomas em CP são: anorexia, cansaço, dor, dispneia e obstipação, diferindo ligeiramente com a tipologia de doentes (ambulatório, domicílio, *Hospice* ou Unidade de Agudos).

Para controlar sintomas é necessário ter uma estratégia individualizada, gradual e planificada para cada doente que passa por:

1. Procurar os sintomas de forma sistematizada (ex: com listas de sintomas ou escalas como ESAS ou POS-S)
2. Avaliar antes de tratar
 - 2.1. Caracterizar o sintoma (localização, duração, intensidade, tipo, frequência, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas associados, impacto nas atividades diárias, impacto emocional no doente)
 - 2.2. Ponderando a realização de MCDT em função dos objetivos terapêuticos definidos para o doente

3. Tratar (em função do mecanismo etiopatológico e dos objetivos terapêuticos definidos para o doente);
4. Prevenir e tratar efeitos secundários;
5. Trabalhar em equipa interdisciplinar;
6. Informar o doente, família e equipa terapêutica

Para uma melhor caracterização e seguimento, a intensidade dos sintomas deve ser quantificada com recurso a escalas como a escala visual analógica (EVA), que pode ser transformada em categórica (ex: sem sintoma, leve, moderado, forte, muito forte, insuportável), numérica (0 a 10) ou de faces, sendo esta de mais fácil interpretação, para usar com crianças e indivíduos com défice cognitivo.



Nota: Qualquer destas escalas pode ser usada para quantificar qualquer sintoma e não apenas a dor.

Traduzida e adaptada para português¹, mas não validada, a *Edmonton System Assessment Scale* (ESAS) é uma escala multidimensional muito usada na prática clínica (*ver abaixo*), que inclui 9 sintomas (dor, cansaço, náusea, dispneia, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem estar), permite associar outros sintomas e pode ser preenchida pelo doente ou, na incapacidade deste, por cuidadores ou profissionais. A *Palliative Outcome Scale* (POS) e POS-S são exemplos de escalas já validadas em Portugal (<https://pos-pal.org/maix/pos-translations.php#portuguese>)

ESAS (Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton)

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea
Sem depressão / tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais deprimido possível / a maior tristeza possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais ansioso possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O mais sonolento possível
O maior apetite possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	O pior apetite possível
O melhor bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

A avaliação dos sintomas deve ser feita a intervalos regulares, em cada novo episódio ou alteração na qualidade e/ou intensidade do sintoma, e após intervenções farmacológicas ou não farmacológicas.

O plano terapêutico deve ser holístico e multidisciplinar, incluindo:

- Definição clara de objetivos, que devem ser realistas
- Medidas não farmacológicas: físicas (massagens, posturais, etc), relaxamento, distração, modificação de hábitos (nutricionais) e/ou ambiente, psicoterapia, entre outros
- Tratamento farmacológico deve, sempre que possível, ser orientado pela fisiopatologia associada, privilegiar a via oral, ser feito de forma regular e contemplar doses de resgate ("SOS") para episódios de maior intensidade do sintoma
- Informação e educação ao doente e cuidador (escrita, objetivos, posologia)
- Posologia e via de administração adequadas (na xerostomia evitar comprimidos, preferir formulações de paladar agradável, apresentações solúveis ou efervescentes)
- Explicação detalhada: posologia, efeitos laterais, objetivos terapêuticos
- Prevenção e tratamento de crises
- Seguimento individualizado
- *Rever, rever, rever... "... atenção ao pormenor..."*

BIBLIOGRAFIA

- 1- Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Galriça Neto I. Manual de Cuidados Paliativos 3ª edição; Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016
- 2- Bernardo, 2005 – Avaliação de Sintomas em Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina, 2005. Tese de mestrado

4.

DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS

Margarida Saavedra¹, Maria do Céu Rocha²

¹ Interna de Formação Específica, Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano

² Equipa de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Os autores escreveram ao abrigo da antiga ortografia.



DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS

"Dor consiste numa experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual actual ou potencial, ou assim percebida como dano", segundo a *International Association for the Study of Pain*.

Neste capítulo apresentamos um resumo dos principais aspectos relacionados com a dor em contexto de cuidados paliativos, desde a sua classificação, avaliação, aspetos clínicos relevantes e finalmente o tratamento.

1. Classificação da dor

1.1 Classificação quanto ao tipo de dor

Dor nociceptiva		Dor neuropática	
Associada a dano tecidual causado por lesões somáticas ou viscerais com estimulação de nociceptores.		Lesão nervosa com atingimento do sistema nervoso central ou periférico.	
Somática	Visceral	Disestésica	Lancinante
Em moedeira, bem localizada	Em aperto, mal localizada ou referida	Ardor constante, alodínia	Paroxismos, tipo choque
Ex: infiltração tumoral	Ex. hepatomegalia	Ex: Neuropatia pós-QT	Ex: Invasão do plexo braquial
Habitualmente boa resposta ao tratamento		Mais difícil de tratar	

Dor mista - Componente nociceptiva + Componente neuropática

Dor disfuncional - Sem lesão neuronal; sem inflamação; sintomas positivos

1.2 Classificação quanto à evolução temporal da dor

Aguda	Estímulo nociceptivo geralmente identificado Padrão temporal bem definido Função de advertência e protecção Duração de horas a semanas
Crónica	Persiste para além da eliminação do estímulo Padrão temporal mal definido Duração ≥ 3 meses. A sua intensidade não tem relação com o estímulo causal

A dor aguda inadequadamente tratada é muitas vezes a causa da doença dolorosa crónica.

2. Avaliação da dor

A dor é subjectiva é a que o doente diz ter. A dor deve ser avaliada como outro sinal vital. As escalas mais utilizadas na avaliação são a escala numérica e a escala de faces (esta quando é difícil o entendimento da primeira, ou em doentes pediátricos).

Ver escalas de avaliação de dor no capítulo 3.

3. História clínica

O sucesso no tratamento da dor, depende de uma história clínica bem sistematizada, uma caracterização da dor e um diagnóstico de acordo com a sua patogénese.

1. Caracterizar a dor

- a. Tipo/ qualidade: nociceptiva, neuropática, mista, idiopática
- b. Padrão temporal
- c. Local e irradiação
- d. Factores de alívio/ agravamento
- e. Intensidade
- f. Sinais e sintomas associados
- g. Impacto nas actividades de vida diária
- h. Resposta a tratamento prévio

2. Saber a causa da dor**3. Tratar de acordo com a causa****4. Avaliar a resposta ao tratamento****4. Tratamento da dor****4.1 Conceito de dor total**

É fundamental a consideração de factores psicológicos, sociais e espirituais para controlar eficazmente os sintomas físicos.

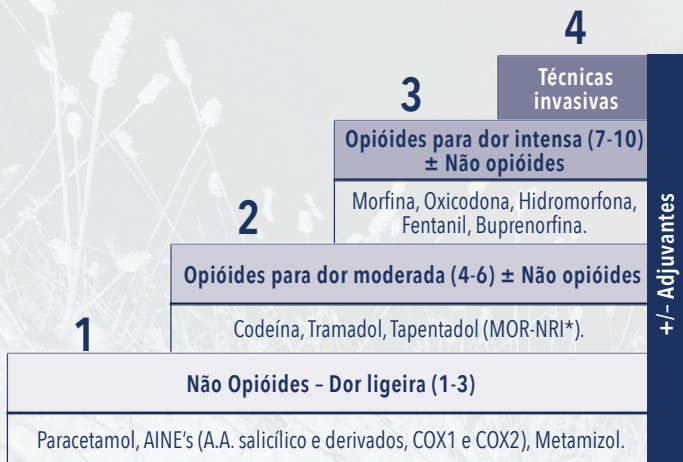


Considerando todos esses factores, o tratamento da dor pode combinar estratégias:

1. Farmacológicas
2. Não farmacológicas (ex: psicoterapia, fisioterapia, acupunctura, técnicas neuromodulação elétrica "TENS")
3. Medidas invasivas (ex: bloqueios nervosos, neuroestimulação)

4.2 Escada analgésica da OMS

A escada analgésica é particularmente útil quando não há experiência no tratamento da dor. Cerca de 75% a 85% das situações são controladas seguindo esta orientação.



* Tapentadol, fármaco MOR-NRI - opióide agonista dos recetores μ e inibidor da recaptação de noradrenalina - para tratamento de dor moderada a intensa.

** Adjuvantes: fármacos que têm indicações primárias que não a dor, mas que têm propriedades analgésicas (ex. amitriptilina, gabapentina, pregabalina, prednisolona, etc)

4.3 Dor irruptiva e dose de resgate

Definimos dor irruptiva como uma exacerbação da dor, despoletada ou não por um factor identificável, com dor basal controlada.

A dor irruptiva deve ser controlada por doses adicionais de opióides de libertação imediata, usando via oral, sublingual ou transmucosa, subcutânea ou intravenosa. As formulações transmucosas e sublinguais têm um início de acção mais rápido e uma duração de efeito mais curto em relação às formulações orais. Estas formulações são específicas para a dor irruptiva.

Doses adicionais de opióides de libertação imediata devem também ser utilizadas na prevenção de episódios de dor que são despoletadas em determinados contextos (ex. tratamento de úlceras).

Dose de resgate é a dose de opióide de libertação imediata prescrita para tratar ou prevenir episódios de dor não controlada. Corresponde a 1/6 a 1/10 da dose total do opióide basal nas 24h.

Opióides usados no tratamento de Dor Iruptiva:

	Pico plasmático	Início acção	Duração acção
Morfina oral – IR*	15-60 min	15-30 min	3-6h
Morfina sc	15 min	5-10 min	3-6h
Morfina iv		3-5 min	2-4h
Fentanilo SL	30-60min**	6-10 min***	±1h
Fentanilo transmucoso	20-240min***	10-15min	1-2h
Buprenorfina SL	30min-3.5h	10-20 min	6-8h

*Libertação imediata

** Variável (15-240 min); maior com doses mais altas

*** Consultar brochura depende de formulações e dose

4.4 Indicações gerais para uso de fármacos no tratamento da dor

1. Começar com doses baixas e formulações de libertação imediata e titular.
2. Não esquecer prescrição de dose de resgate.
3. Reavaliar regularmente até controlo da dor.
4. Quando controlo de dor usar formulações de libertação prolongada.
5. Nos doentes com dor moderada (4-6), ou naqueles que não têm dor controlada com os fármacos do 1º degrau, a adição de um opióide do 2º degrau por via oral pode permitir o controlo da dor. Em alternativa, pode-se iniciar uma dose baixa de um opióide do 3º degrau.
6. O fentanil e a buprenorfina têm metabolização hepática e podem ser usadas na insuficiência renal em alternativa à morfina. Pode também ser reduzida a dose ou alargado o intervalo entre as tomas de morfina.
7. Os adjuvantes são fármacos que têm indicações primárias para além do tratamento da dor, mas têm propriedades analgésicas. As respostas inter-individuais são variáveis e o seu efeito não é imediato. Devem ser utilizados de acordo com o plano individual e associados, um de cada vez. Ex. antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, corticosteroides.

4.5 Principais fármacos usados no tratamento da Dor

	Formulações existentes	Início de ação	Duração de ação	Dose máxima diária	Observações
NÃO- OPIÓIDES					
Paracetamol	Oral Rectal Endovenoso	Oral – 15-30 min EV – 5-10 min	6-8 h	3000mg	Analgésico e anti-pirético Toxicidade e hepática (em particular com álcool)
AINEs (ex.: A.salicílico e derivados, COX1 e COX2)	Várias formulações orais e injectáveis**	De acordo com o fármaco			Dor associada a inflamação Menor dose eficaz no menor tempo possível Efeitos adversos gastrointestinais, renais, cardiovasculares
Codeína	Oral	30-60min	3-6 h	360mg	Combinação com paracetamol oral
Tramadol	Oral - Libertação imediata - Libertação prolongada Subcutâneo Endovenoso	30-60min	4-6 h 12-24 h	400mg	Combinação com paracetamol oral
Tapentadol	Oral		12 h	500mg	
Morfina	Oral - Libertação imediata - Libertação prolongada Subcutâneo Endovenoso	15-30 min 5-10 min 3-5 min	4h 12-24 h 3-6 h 2-4 h	*	Opióide de referência Em dose <30mg/dia tem efeito semelhante a um opióide do 2º grau
Oxycodona	Oral	10-15 min	4-6 h	*	Em dose <20mg/dia tem efeito semelhante a um opióide do 2º grau
Hidromorfona	Oral	30 min	24 h	*	<4mg/dia semelhante a opióide do 2º grau
Buprenorfina	Transdérmico	11-21 h	96 h	140 ug/h	
Fentanyl	Transdérmico Sublingual	8-16 h 5-15min	72 h 2h	*	
Amitriptilina	Oral	1-3 semanas	24 h	150mg	Começar com dose baixa 25-50mg Efeitos adversos: xerostomia, sonolência, retenção urinária, efeito condução cardíaca.
Venlafaxina	Oral	1-3 semanas	24 h	375mg	Iniciar dose baixa 37,5 a 75mg e ir titulando
Gabapentina	Oral	2-4 h	5-7 h	3600mg	Começar com dose baixa 100mg ³ vezes/dia e ir titulando
Pregabalina	Oral	1 semana	6 h	600mg	Começar com dose baixa 75mg 2 vezes/dia e ir titulando
Confitosteróides	Oral EV SC (dexametasona***)	De acordo com o fármaco			Efeitos adversos: eventos cardiovasculares, hiperglicemia, osteoporose, psicose
ADJUVANTES					

*dose máxima é a dose que controlar a dor/ que o doente tolerar

**cetorolac e diclofenac podem ser utilizados por via subcutânea

*** dexametasona sempre usada em cateter independente.

4.6 Tabela de doses equianalgésicas (potência em relação à morfina oral)

Opióides para dor ligeira a moderada	Codeína	1:6	120	180	240																
	Tramadol oral	1:5	100	200	300	400															
Opióides para dor moderada a forte	Tramado ev/ sc	1:3,3	66	100	132	165	198	231	264	330	396 <th colspan="10"></th>										
	Morfina oral	1:1	20	30	40	50	60	70	80	100	120	140	160	180	200	220	240	280	300	320	
	Morfina sc	2:1	10	15	20	25	30	35	40	50	60	70	80	90	100	110	120	140	150	160	
	Morfina ev	3:1	7	10	13	17	20	23	27	33	40	47	53	60	67	73	80	93	100	106	
	Oxicodona	1,5:1	10	20	40		60		80		100										
	Hidromorfona	5:1	4	8	12		16		20	24	28	32	36	40	44	48	56	60	64		
	Buprenorfina TD	75:1			35		52,5		70		105		140								
	Fentanil TD	100:1	12,5		25		50		75		100										
	Tapentadol	1-2,5	50	100	150		200		250	300	350	400	450	500							

Nota: o fator de conversão apresentado é um valor aproximado, variando ligeiramente entre diferentes publicações

4.7 Rotação de opióides

a. Quando fazer

1. Redução da capacidade analgésica por tolerância.
2. Efeitos adversos incontroláveis / toxicidade.
3. Alteração de via de administração por perda de via oral ou comodidade.

b. Como fazer

1. Determinar a dose diária total do opióide utilizado (incluindo os resgates).
2. Consultar as tabelas de conversão para calcular a dose equivalente do opióide que pretendemos passar a utilizar, ou utilizar a fórmula:
Dose diária total do novo opióide = Dose total diária do opióide em uso X (Factor equianalgésico do novo opióide / Factor equianalgésico do opióide em uso).
3. Reduzir 1/3 na dose total diária do equivalente que vamos usar.
4. Dividir a nova dose total diária obtida pelo número de tomas/ aplicações diárias de acordo com a formulação.
5. Na mudança de formulação, ter em atenção o tempo de eliminação do opióide anterior em uso, para não haver sobredosagem nem período sem analgesia (ex. ao rodar de TTS para perfusão parentérica não esquecer que o opióide TTS demora 12h a 24h para ser eliminado).
6. Calcular a dose de resgate (SOS) que corresponde cerca de 1/10 a 1/6 da dose total diária.

4.8 Tratamento dos efeitos adversos induzidos pelos opióides

Os efeitos adversos dos opióides afetam a qualidade de vida e podem levar a não aderência à terapêutica. Para alguns destes efeitos, como as náuseas e sonolência, desenvolve-se tolerância, mas outros, como a obstipação, permanecem. As náuseas devem ser prevenidas associando um anti-emético nos 3 primeiros dias de toma de opióide; a prevenção/tratamento da obstipação deve manter-se durante todo o período de terapêutica.

Obstipação	Hidratação Picossulfato de sódio, lactulose, macrogol, senosídeo, sorbitol, leite de magnésio, bisacodilo*
Náuseas e vômitos	Metoclopramida, domperidona, ondansetron, dexametasona, haloperidol
Prurido	Cetirizina, hidroxizina, loratadina, troca opióide
Sedação	Descontinuar outros sedativos, rotação opióide
Mioclonias	Rotação opióide, benzodiazepinas
Delirium	Rotação opióide, haloperidol, benzodiazepinas
Depressão respiratória	Naloxona (0,4ml (1 ampola) em 10ml de NaCl 0,9% - administrar 1ml de cada vez e ver resposta), em casos excepcionais na existência da tríade clássica (frequência respiratória <8 ciclos/min; pupilas punctiformes; depressão do estado de consciência)

* Ver capítulo Obstipação

BIBLIOGRAFIA

1. Use of Opioid Analgesics in the Treatment of Cancer Pain: Evidence-based Recommendations from the EAPC Lancet Oncol 2012; 13: 58-68.
3. Controlo de Sintomas no Cancro Avançado, F. Gonçalves, Coisas de Ler 2ª edição, 2011
4. Palliative Care Formulary, Setembro 2014
5. Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor Crónica na Pessoa Idosa, DGS 2010
6. Principles of Pain Management, Book Chapter, Bradley's Neurology in Clinical Practice, 54, 720-741.e2
7. A randomized, placebo controlled study of a new sl formulation of fentanyl citrate for breakthrough in opioid-treated patients with cancer, Stanislava Novotna et al, Clinical Therapeutics, Vol.36, Issue 3, pp 357-367, 1 March 2014

5.

DISPNEIA

Patricia Cipriano¹, Nuno Ferreira Monteiro², Sara Vieira Silva³,
Elga Freire³

¹ *Interna de Formação Específica, Medicina Interna, Hospital de Cascais*
Dr. José de Almeida

² *Interno de Formação Específica, Medicina Interna, Hospital Egas Moniz,*
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

³ *Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar*
Universitário do Porto



DISPNEIA

Um dos sintomas mais frequentemente descritos por doentes em fase terminal (29-74%), associado a mau prognóstico.

É um sintoma de quantificação difícil; não existe ferramenta ou escala *gold standard*.

- Escalas analógicas visuais (semelhantes à da dor)
- Escalas numéricas (0-10)
- Escalas verbais (ligeira -> insuportável)

Escala de Borg modificada:	
0	Sem dispneia
0,5	Quase impercetível
1	Muito ligeira
2	Ligeira
3	Moderada
4	Algo severa
5	Severa
6	-
7	Muito severa
8	-
9	Quase insuportável
10	Máxima

Medical Research Council (mMRC)	
0	Sem dispneia
1	Dispneia ocasional. Atividade habitual normal, sem necessidade de controlo sintomático
2	Dispneia moderada, dias maus ocasionais. Alguma limitação funcional
3	Dispneia intensa e frequente. Atividade diária e concentração muito afetadas.
4	Dispneia contínua e insuportável. Incapaz de pensar noutras coisas.

Mesmo em situações terminais, equacionar sempre causas reversíveis de dispneia (ex: Infecção, DPOC agudizada, TEP, EAP, etc.).

Terapêutica

Medidas Gerais

- Técnicas de relaxamento, distração e apoio psicossocial
- Adaptação do nível de atividade diária, medidas de suporte para as rotinas mais desgastantes (p.e. higiene pessoal)
- Otimização nutricional
- Uso de ventoinhas para direcionar ar para a cara (melhoria subjetiva da dispneia com a sensação de ar em movimento)
- Dispositivos de insuflação-exsuflação mecânica (p.e. *cough assist*) para facilitar a mobilização de secreções brônquicas

Reabilitação pulmonar; fisioterapia respiratória	Benefício comprovado sobretudo em doentes com DPOC avançada (estádio GOLD C/D). Raramente apropriada se esperança de vida estimada muito curta.
Ar medicalizado	Alívio parece derivar da <u>sensação de ar em movimento</u> (não do débito de O ₂).
Oxigenoterapia	A testar nos doentes hipoxémicos, nos restantes, testar previamente outras estratégias como a ventoinha portátil e/ou o opióide.
Ventilação Não Invasiva	Benefício demonstrado em situações de acidose respiratória aguda (exacerbações de DPOC, hipoxémia no EAP cardiogénico). Potencial opção paliativa no doente moribundo com dispneia severa (↓ esforço respiratório, ↓ dispneia, ↓ necessidade de opióide); permite prolongar a vida para objetivos a curto prazo (p.e. até visita de familiares) Assente em objetivos previamente definidos → importância de <u>plano antecipado de cuidados</u>.

Medidas Farmacológicas

OPIÓIDES

Grupo farmacológico mais estudado e com eficácia comprovada no tratamento da dispneia de qualquer causa. Nenhum opióide é claramente superior aos restantes no controlo da dispneia.

Formulações nebulizadas sem vantagem comprovada; não estão recomendadas.

Não está comprovado o benefício de transdérmicos no controlo agudo (início de ação tardio), podem ser úteis como terapêutica basal.

Morfina

Em esquema fixo ou SOS.

Dose inicial: 2.5-5mg de 4/4h sc ou oral (no caso de solução oral Oramorph® 4 gotas = 5mg), ou 1-2.5 mg 4/4h ev;

- duplicar a última dose da noite para reduzir dispneia irruptiva durante o sono (saltando a toma do meio da noite).

Na dispneia terminal ponderar perfusão ev ou sc. Em doente já sob morfina p/ controlo de dor: aumento em 1/6 a 1/2 da dose total diária (DTD).

MST menos eficazes que morfina de ação rápida (Oramorph, Sevredol) na fase aguda; Ajuste de dose em doentes com insuficiência renal grave.

NOTAS: Estão amplamente descritos efeitos secundários de náusea (inicial, pode requerer procinético) e obstipação (persistente, requer sempre laxante).

Em caso de depressão respiratória por acumulação excessiva de fármaco (intercorrência rara), tem como antídoto Naloxona - 0.4 mg em 10mL SF, 1mL a cada 2 minutos; no caso particular de intoxicação por buprenorfina, a naloxona deve ser feita 2 mg ev a cada 90 segundos seguido de perfusão a 4mL/h.

BENZODIAZEPINAS

Utilizadas no controlo da ansiedade associada à sensação de falta de ar; admite-se também efeito relaxante ao nível dos músculos respiratórios.

Midazolam

Dose inicial 2.5-5mg 4/4h sc bólus ou 10-30mg/d sc em perfusão; Quando toma única, ponderar bólus lento a 1 mg/min sc ou ev.

O mais utilizado. Ação rápida e breve.

Lorazepam

Dose inicial 0.5-1.0 mg 6/6h ou 8/8h oral/SL

Via sublingual de absorção e efeito mais rápidos

NOTA: Em caso de sedação excessiva, têm como antídoto o Flumazenil - ampola de 500µg/5mL, dado puro, 1/2 ou 1 fórmula em bólus seguido infusão rápida de pequeno volume de soro fisiológico; vigiar ocorrência de convulsões após administração.

OUTROS**Broncodilatadores**

Úteis em algumas situações reversíveis de dispneia associadas a broncoconstrição (ex. DPOC)
Suspender se ausência de resposta sintomática.

Corticóides

Dexametasona 8-16 mg/dia ev/sc/oral (consoante etiologia e gravidade) ou prednisolona ev/oral em dose equivalente

Usado em situações pontuais: obstrução de via aérea, linfangite carcinomatosa, síndrome da veia cava superior, pneumonite rádica, exacerbações de DPOC.

Diuréticos

Potencialmente úteis na dispneia em contexto congestivo
Não se recomenda formulação nebulizada.

Casos particulares:**Anemia:**

- Transusão de concentrado eritrocitário pode aliviar sintomas durante algumas semanas, consoante o plano antecipado de cuidados traçado para o doente.

Derrame pleural:

- Ponderar: toracocentese terapêutica, pleurodese com talco, *shunt* pleuroperitoneal (se esperança de vida estimada em várias semanas/meses)

Pneumotórax:

- Assintomático: **aguardar** drenagem espontânea se pequeno ou moderado
- Sintomático: **drenar** independentemente das dimensões
Aspiração simples com agulha de grande calibre/cânula plástica 16 Fr ou maior; 2º EIC ao nível da LMC, com torneira de 3 vias. Ponderar dreno torácico se persistência sintomática.

Tromboembolismo pulmonar:

- Decisão terapêutica com base no prognóstico a curto prazo (p.e. se dias, privilegiar controlo sintomático e não insistir em MCDTs para diagnóstico definitivo de TEP)
- Ponderar hipocoagulação p/ controlo da dor pleurítica, dispneia ou dor em MI com TVP. Heparina de baixo peso molecular SC ajustada ao peso, 1x/d.

Síndrome da veia cava superior:

Ver capítulo das urgências em CP

BIBLIOGRAFIA

Palliative Care Guidelines: Breathlessness, NHS Lothian, March 2012 revision

Kamal et al, Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options, J. Palliative Medicine, Vol 15 Nr 1, 2012

Brennan C.W., Mazanec P., Dyspnea Management Across the Palliative Care Continuum, Journal of Hospice & Palliative Nursing, Vol 13, Nr 3, 2011

Kloke M., Cherny N., Annals of Oncology 26 (Supplement 5), v169-173. 2015

Dudgeon D., Shadd J., Assessment and management of dyspnea in palliative care, UpToDate, acessido a 8/11/2016

Booth S, et al. Nonpharmacological interventions for breathlessness. Current Opin In Support Palliat care 2011

McCarthy B, et al, Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2015

Abernethy AP, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. Lancet 2010

Ekstrom M, et al. Oxygen for breathlessness in patients with chronic obstructive pulmonary disease who do not qualify for home oxygen therapy. Cochrane Database Syst Rev 2016

Ekström, et al. One evidence base; three stories: do opioids relieve chronic breathlessness? Thorax 2018

Barnes H, et al. Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. Cochrane Database Syst Rev 2016

Simon ST, Higginson IJ, Booth S, et al. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016



6.

TOSSE

Nuno Ferreira Monteiro¹, Patricia Cipriano², Sara Vieira Silva³,
Elga Freire³

¹ Interno de Formação Específica, Medicina Interna, Hospital Egas Moniz,
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

² Interna de Formação Específica, Medicina Interna, Hospital de Cascais
Dr. José de Almeida

³ Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar do Porto



TOSSE

Reflexo protetor desencadeado pela irritação das vias respiratórias. Em doenças terminais a irreversibilidade dos estímulos, a astenia ou a fraqueza muscular resultam frequentemente numa tosse ineficaz e persistente e pode ser disruptiva, angustiante e fisicamente extenuante, levando ao agravamento de outros sintomas como a dor, dispneia, hemoptises, perturbações do sono, vômitos, incontinência ou até mesmo fratura de costelas.

Causas de Tosse refratária:

- Neoplásica - Pode estar presente em até 50% dos doentes com neoplasias terminais e em 80% dos doentes com neoplasia do pulmão.
 - Obstrução da via aérea, derrame pleural ou pericárdico, atelectasia, infecção, linfangite carcinomatosa, síndrome veia cava superior, tosse induzida por RT ou QT (pneumonite e fibrose);
- Não-neoplásica - DPOC, fibrose pulmonar, insuficiência cardíaca, VIH, insuficiência renal crónica, fármacos (IECAs), infeções respiratórias, fatores psicogénicos, etc.

Anamnese

Tipo de tosse (seca ou produtiva), fatores desencadeantes, início e duração, predomínio de horário, repercussão na qualidade de vida, receios (sufocação). Classificação da gravidade com uma escala validada (Ex: escala visual analógica, numérica, *Leicester Cough Questionnaire*). Revisão da história medicamentosa e terapêutica (RT), outros antecedentes pessoais.

Terapêutica

Medidas gerais

A) Tratar causas reversíveis e sintomas potenciadores:

- Tratar adequadamente a dor: a dor pode inibir um reflexo da tosse eficaz;
- Ponderar iatrogenia se introdução recente de IECAs;
- IBP e/ou procinéticos (metoclopramida, domperidona) na DRGE;
- Anti-histamínico, descongestionante ou corticóide nasal se rinorreia posterior;
- Broncodilatadores e corticóides inalados se DPOC, asma; prednisolona oral para reduzir inflamação local;
- Drenagem ou pleurodese de derrame pleural recidivante se sobrevida estimada > 3 meses (caso a caso);
- Cinesioterapia respiratória, se adequada;
- Tratamento de infecção respiratória aguda ou crónica com recurso a antibioterapia se adequado
- Quando indicada QT, RT ou braquiterapia pulmonar podem ser consideradas;

B) Terapêutica

Tosse produtiva

Se o doente tem tosse eficaz:

- Hidratação adequada para fluidificar secreções
- Cinesioterapia respiratória - técnicas respiratórias, percussão, drenagem postural;
- Evitar supressores da tosse (úteis à noite para evitar insónia - ver abaixo)
- Solução salina nebulizada (2.5mL de NaCl 0,9% 4xdia e/ou em SOS);
- Carbocisteína 500-750mg PO 3xdia (Outros: Acetilcisteína 600mg/dia, Ambroxol)

Se o doente não tem tosse eficaz:

- Aspiração de secreções o menos possível
- Dispositivos de insuflação-exsuflação mecânica (p.e. cough assist) para facilitar a mobilização de secreções brônquicas (doenças neuromusculares)
- Reduzir aporte hídrico;
- Supressores do reflexo da tosse (ver abaixo)
- Fármacos antimuscarínicos para reduzir a produção de secreções:
 - Brometo ipratrópio nebulizado;
 - Atropina 1% sol. oftálmica, 1-2 gotas SL 4/4h;
 - Butilescopolamina 20mg 6-6h ou 8-8h SC/EV (bólus ou perfusão contínua).
Formulação oral não tem efeito na redução de secreções;
 - Bromidrato de escopolamina (ou hioscina)* transdérmico 1,5mg de 72/72h.

*Em Portugal não existe escopolamina comercializada, apenas mediante autorização das comissões de ética e farmácia de cada hospital individualmente se conseguirá importação do fármaco

Tosse seca

1ª linha: Supressores da tosse de ação periférica

- *Linctus* simples (líquido espesso doce; p.e. mel) ou emolientes à base de glicerol - 5mL 4xdia
- Inalação de fragrância de menta/mentol
- Nebulização de solução salina (2.5mL de NaCl 0,9% 4xdia)
- Cromoglicato de sódio inalado 10mg 4xdia
 - Em doentes terminais, quando ou outros supressores falham (incluindo os de acção central): Nebulização de lidocaína (5mL a 0,2% 3xdia) ou bupivacaína (5mL a 0,25% 3xdia). Uma vez que causa anestesia faríngea o doente não deve ingerir líquidos ou sólidos na hora seguinte à nebulização. A primeira utilização deve ser feita com vigilância médica uma vez que pode induzir broncoespasmo.

2ª linha: Supressores da tosse de ação central

A) Opióides

Fármaco	Dose	Formas disponíveis
Codeína PO ¹	15mg 4/4h	Codipront® (xarope, comp. 30mg)
Morfina LI Morfina LP	2.5-5mg de 4/4h 5-10mg 12/12h	Oramorph® (1 gota=1,25mg) Sevredol®, morfina ev, sc MST®
Dextrometorfano ²	10-15mg tid/qid	Bissoltussin®, Tussilene®

¹ Codeína é metabolizada a morfina pelo citocromo P450 e alguns doentes com uma variante desta enzima estão em maior risco de desenvolver efeitos laterais sem benefício terapêutico. Deverá ser privilegiado o uso da morfina.

² Derivado opióide, mas que não atua através dos recetores opióides e tem baixa toxicidade. Tem alguma atividade no recetor NMDA pelo que também pode atuar como modulador na dor. LI – Libertação imediata; LP – Libertação prolongada;

Nota: Se o doente já tomar opióide de base pode-se titular a dose em 25-50%, mas há pouca evidência que suporte a utilização e eficácia de doses elevadas de opióide na tosse.

B) Não opióides

Fármaco	Dose	Formas disponíveis
Gabapentina ¹	Início 300mg/dia, aumentar até 600mg 2xdia	100, 300, 400, 600, 800mg
Pregabalina ¹	Início 75 mg, aumentar até 300 mg/dia	25, 50, 75, 100, 200, 225, 300 mg
Diazepam	5 mg PO	5, 10mg

¹Ponderar nos doentes intolerantes ou com contraindicação para opióide ou em associação com opióide para a tosse que não resolva por completo com este, realizando uma introdução sequencial de fármacos com subida lenta de doses.

Nota: Existem outros estudos que mostram alguma eficácia na utilização de baclofeno, carbamazepina, amitriptilina, talidomida.

BIBLIOGRAFIA

Molassiotis et al: Clinical expert guidelines for the management of cough in lung cancer: report of a UK task group on cough. *Cough* 2010, 6:9

Molassiotis, G. Bryan, A. Caress, C. Bailey, J. Smith: Pharmacological and non-pharmacological interventions for cough in adults with respiratory and non-respiratory diseases: A systematic review of the literature. *Respiratory Medicine CME* 3 (2010) 199-206

Basewein C, Simon ST: Shortness of breath and cough in patients in palliative care. *Dtsch Arztebl Int* 2013

Ferraz Gonçalves J. Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. Lisboa. Coisas de Ler 2011

Yancy WS Jr, McCrory DC, Coeytaux RR, et al. Efficacy and tolerability of treatments for chronic cough: a systematic review and meta-analysis. *Chest*. 2013;144(6):1827.

Molassiotis A, Bailey C, Caress A, et al. Interventions for cough in cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May;5

Von Gunten C, Buckholz G. Palliative care: Overview of cough, stridor and hemoptysis, in Uptodate, acedido a 04-05-2020



7.

SUFOCAÇÃO

*Patricia Cipriano¹, Nuno Ferreira Monteiro², Sara Vieira Silva³,
Elga Freire³*

*¹ Interna de Formação Específica, Medicina Interna, Hospital de Cascais
Dr. José de Almeida*

*² Interno de Formação Específica, Medicina Interna, Hospital Egas Moniz, Centro
Hospitalar de Lisboa Ocidental*

*³ Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar
Universitário do Porto*



SUFOCAÇÃO

Manifestam-se habitualmente como **ESTRIDOR**

Estridor inspiratório mais frequente em compressões extra-torácicas

Estridor expiratório mais associado a obstruções intra-torácicas

Causas: lesões endoluminais, compressão extrínseca por tumores ou massas mediastínicas, doenças neuromusculares e parésia bilateral das cordas vocais.

- Neoplasias mais frequentes: cabeça e pescoço, pulmão, metástases endobrônquicas ou de gânglios mediastínicos (primários da mama, tracto GI, rim, ovário, útero, testículo, tireóide, nasofaringe, supra-renal).

Diagnóstico: espirometria (só deteta obstrução em fase avançada), imagiologia, broncoscopia

- Provas funcionais respiratórias só detectam obstruções em fase avançada
- Raio x de Tórax com sensibilidade 66%; TC-Torax helicoidal sensibilidade 97%

Medidas:

- Criação de um **plano antecipado de cuidados** sempre que possível
- Oxigenoterapia se adequado
- **Dexametasona 16mg EV ou SC**, para diminuição do edema local (ou outro corticóide em dose equivalente)
- **Adrenalina nebulizada** (1mL diluído em 5mL NaCl 0.9%)
- Consoante a causa, o doente e o seu plano de cuidados: ponderar **remoção endobrônquica, radioterapia** ou outros procedimentos locais
- Consoante a causa, o doente e o seu plano de cuidados: ponderar traqueostomia
- Se o doente não for candidato a traqueostomia → **sedação paliativa** emergente para controlo sintomático.

BIBLIOGRAFIA

Doyle D.H. et al Oxford Textbook of Palliative Medicine 4th Edition. Oxford: Oxford University Press

Ferraz Gonçalves J. Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. Lisboa. Coisas de Ler 2011

Von Gunten C., Buckholz G. Palliative care: Overview of cough, stridor and hemoptysis, in Uptodate, acedido a 05-10-2020

Ming M.C., Major Airway Obstruction, HKSPM Newsletter, Issue 1, Abril 2010

8.

NÁUSEAS E VÓMITOS

Ana Rafaela Araújo¹, Teresa Mota¹, Florbela Gonçalves²

¹ Interna de Formação Específica, Medicina Interna, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

² Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos, IPO de Coimbra



NÁUSEAS E VÓMITOS

1. Definição

A náusea é uma sensação desagradável da necessidade de vomitar; pode acompanhar-se de sintomas autonómicos (sudorese, taquicardia, palidez cutânea). Vômito significa a eliminação forçada de conteúdo gástrico pela boca. Deve ser distinguida da regurgitação, em que existe expulsão sem esforço. São sintomas frequentes nos doentes em cuidados paliativos (30-60%) e com impacto significativo na qualidade de vida.

2. Causas

As náuseas e os vômitos são controlados pelo centro do vômito na formação reticular e pela zona trigger dos quimiorreceptores. Os principais neurotransmissores envolvidos na activação central e periférica destes reflexos são a dopamina (D2), a serotonina (5HT3), a acetilcolina (AChM) e a histamina (H1). Existem muitas causas potenciais, sendo a etiologia muitas vezes multifactorial, particularmente nos doentes oncológicos.

Tabela 1. Causas de náuseas e vômitos em Cuidados Paliativos

Gastrointestinais	Estase gástrica (opióides e anticolinérgicos), compressão gástrica por ascite, hepatomegalia, carcinoma pancreático, irritação gástrica por fármacos e refluxo biliar, peritonite, colangite, enterite, obstipação, oclusão intestinal, úlcera péptica Distensão da cápsula hepática, vias biliares ou trato urinário
Outras causas intra-abdominais	
Sistema Nervoso Central	Tumor primário ou metastático, hipertensão intracraniana, meningite
Vestibulares	Labirintite, Doença de Menière, Neurinoma do acústico, tumor cerebrais primários ou metastáticos, metástases ósseas da base do crânio, vômitos do movimento, aspirina e opióides
Metabólicas	Hipercalcemia, cetoacidose, uremia, insuficiência hepática, tumores necróticos com libertação de substâncias emetogénicas
Farmacológicas	Opióides, citostáticos, digoxina, AINEs, diuréticos, antagonistas dos canais de cálcio, antidiabéticos orais, carbamazepina, valproato de sódio, amoxicilina, metronidazol, trimetoprim, aciclovir, anti-hipertensores, beta-bloqueadores, ferro
Outras	Tosse, irritação faríngea por infeção/secreções respiratórias, dor de origem cardíaca, radioterapia, sépsis

3. Anamnese e Exame físico

A história clínica e exame físico dirigido permitem determinar a causa na maioria dos doentes. É fundamental abordar os seguintes aspectos:

- Determinar se existe relação entre início dos vômitos com algum fármaco introduzido recentemente;
- Distinguir entre vômito, regurgitação e expectoração;
- Avaliar duração, frequência, horário (relação com refeições), intensidade, factores de alívio e agravamento;
- Caracterizar o vômito (alimentar, biliar, fecalóide);
- Verificar sintomas acompanhantes (vertigens, ansiedade, febre...);
- Avaliar cavidade oral e abdómen (existência de massas ou organomegalias, indícios de obstrução intestinal); ponderar toque rectal;
- Realização de exame neurológico se necessário.

Para avaliar a intensidade das náuseas pode ser usada a escala visual numérica:

Sem náuseas _____ Pior sensação de náuseas possível
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pode ser necessário determinar a função renal, hepática, calcémia e fazer doseamento de fármacos. A radiografia abdominal, TC cerebral, assim como realização de punção lombar podem ser necessários, consoante a etiologia.

4. Tratamento

4.1. Tratamento não farmacológico

Deve ser promovida uma boa higiene oral, com lavagem com anti-sépticos se necessário. Deve proporcionar-se um ambiente calmo, com evicção de odores intensos, assim como refeições agradáveis e pequenas, dando preferência a alimentos frios e evitando alimentos gordurosos, muito doces, salgados ou condimentados. Ingerir líquidos em pequena quantidade fora das refeições.

4.2. Tratamento farmacológico

Os fármacos anti-eméticos são predominantemente bloqueadores de neurotransmissores. O tratamento deve ser orientado pela causa mais provável, com correção das causas potencialmente reversíveis e escolha do melhor anti-emético, tendo em conta o neurotransmissor envolvido. A metoclopramida é uma escolha inicial aceitável para tratar empiricamente náuseas e vômitos de etiologia desconhecida, na primeira avaliação do doente.

ANTICOLINÉRGICOS

Usados na profilaxia das situações da náusea associada ao movimento. Efeitos laterais: xerostomia, tonturas, distúrbios da visão, retenção urinária, taquicardia.

Butilescopolamina

- 20mg 6/6h ou 8/8h, SC ou EV (ou perfusão contínua)

Escopolamina

- 1.5 mg, 72/72h, TD

ANTI-HISTAMÍNICOS

Usados nos distúrbios do movimento. Efeito lateral: sedação

Difenidramina

- 25 a 50 mg, 6/6h, PO
- 10 a 50 mg, EV ou IM

Dimenidrinato

- 50 mg, 4/4h, PO

Ciclizina

- 50 mg, 4/4h, PO ou IM
- 100 mg, 4/4h, via rectal
- 75-150mg, 24h, SC

Meclizina

- 25 a 50 mg, 24/24h, PO

Prometazina

- 12,5 a 25 mg, 4/4h, PO ou IM
- 12,5 a 25 mg, 12/12h, via rectal

ANTAGONISTAS DOS RECEPTORES DA DOPAMINA

Dividem-se em 3 classes: fenotiazinas, butirofenonas e benzamidas.

Fenotiazinas

Efeitos laterais: manifestações extrapiramidais, particularmente distonia e discinésia tardia; hipotensão, principalmente nos idosos e administrações ev. A difenidramina (25 a 50 IM) e o biperideno (2,5 a 5mg IM ou EV, máximo 4 tomas) são eficazes na reversão da distonia aguda em doentes sob tratamento com fenotiazinas e butirofenonas.

Clorpromazina

- 10 a 25 mg, 4/4h a 6/6h, PO
- 25 mg, 3/3h a 4/4h, IV

Butirofenonas

Potenciam o efeito dos opióides. Efeito lateral: sedação.

Droperidol

- 1,25 a 5 mg, IM

Haloperidol

- 1,5 a 10 mg, em 24h, PO
- 5 mg, 24h, SC ou EV

Benzamidas

Efeitos laterais: acatisia, distonia e discinésia tardia, sendo mais evidentes em doentes idosos e quando administrados em altas doses. Ao contrário da metoclopramida, a trimetobenzamida e a domperidona não atravessam a barreira hematoencefálica, pelo que as manifestações extra-piramidais podem ser evitadas com o recurso a estes fármacos.

Metoclopramida

- 10 a 20 mg, 6/6h a 8/8h, PO
- 30 a 120 mg, 24h, SC ou EV

Domperidona

- 10 a 20 mg, 6/6 ou 8/8h, PO

Trimetobenzamida

- 250 mg, 6/6h a 8/8h, PO
- 200 mg, 6/6h a 8/8h, IM ou via retal

CORTICÓIDES

Prevenção das náuseas e vômitos pós-quimioterapia. A sensação de maior energia e apetite é um dos seus efeitos (sintomas úteis no contexto dos doentes em fase terminal).

Efeitos laterais: insónia e alterações do humor.

Dexametasona

- 8 a 20 mg, PO, SC ou EV ou SC

Prednisolona

- Converter a dose de dexametasona, tendo em conta que 0.75mg desta correspondem a 4mg de prednisolona

BENZODIAZEPINAS

Importantes pela sua acção ansiolítica. Isoladamente o seu efeito anti-emético é reduzido, mas podem ser muito importantes associadas aos corticóides ou à metoclopramida, reduzindo a ansiedade e a acatisia. Úteis nas náuseas antecipatórias.

Lorazepam

- 1 a 2.5 mg, 8/8h, PO ou SL

ANTAGONISTAS DOS RECEPTORES DA SEROTONINA

Os mais eficazes na emese secundária a quimioterapia, particularmente quando são utilizados agentes de potencial emético moderado a elevado. Efeitos laterais: cefaleias ligeiras, astenia, obstipação e tonturas.

Ondansetron

- 16 a 24 mg, 24/24h, PO, SC ou EV

Granisetron

- 1 a 9 mg, 24/24h, PO, SC ou EV

Dolasetron

- 100 mg, PO

Palonosetron

- 0,25 mg, EV

ANTAGONISTAS DOS RECEPTORES DA NEUROCININA

Utilizados na profilaxia da emese secundária a quimioterapia. A associação destes fármacos quer aos antagonistas da serotonina quer aos corticóides parece produzir melhores resultados.

Aprepitant

- 125 mg, PO

BIBLIOGRAFIA

1. Aapro M, Molassiotis A, Dicato M, et al. The effect of guideline-consistent antiemetic therapy on chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): the Pan European Emesis Registry (PEER). *Ann Oncol* 2012; 23:1986.
2. Gupta M, Davis M, LeGrand S, et al. Nausea and vomiting in advanced cancer: the Cleveland Clinic protocol. *J Support Oncol* 2013; 11:8.
3. Davis MP, Hallerberg G, Palliative Medicine Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. A systematic review of the treatment of nausea and/or vomiting in cancer unrelated to chemotherapy or radiation. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39:756.
4. Glare PA, Dunwoodie D, Clark K, et al. Treatment of nausea and vomiting in terminally ill cancer patients. *Drugs* 2008; 68:2575.



9.

OBSTIPAÇÃO

Ana Rafaela Araújo¹, Paulo Almeida¹, Florbela Gonçalves²

¹ Interno de Formação Específica, Medicina Interna, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

² Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos, IPO de Coimbra



OBSTIPAÇÃO

1. Definição

A obstipação é um dos problemas mais frequentes em cuidados paliativos, variando a sua prevalência entre 18 e 90%. Os critérios de Roma IV, úteis no diagnóstico de obstipação funcional poderão ser utilizados em cuidados paliativos, mas pressupõem o início de sintomas 6 meses antes e duração de pelo menos 3 meses.

Assim, a obstipação pode ser definida segundo os seguintes critérios objectivos: menos de 3 defeções semanais, esforço durante mais de 25% das defeções, fezes duras que podem formar fecalomas e recurso a manobras manuais em mais de 25% das defeções, sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das vezes e defecação que demora mais de 10 minutos. A opinião subjectiva do doente deve ser tida em conta na definição de obstipação.

2. Causas

Nos doentes com doença progressiva, a obstipação é usualmente **multifatorial** (Tabela 1). Ainda assim, a doença e idade avançadas, a diminuição da atividade física, uma dieta pobre em fibras, depressão e deterioração cognitiva são alguns dos fatores de risco mais importantes.

Tabela 1. Causas de Obstipação mais significativas em Cuidados Paliativos

Tumorais	<i>Ação direta:</i> obstrução intestinal por tumor ou compressão extrínseca, lesão da medula espinal lombossagrada, cauda equina ou plexo pélvico, hipercalcémia <i>Ação indireta:</i> ingestão diminuída de alimentos, dieta pobre em fibras, desidratação, fraqueza, alectuamento, depressão, confusão, incapacidade de se deslocar ao quarto de banho
Fármacos	Opióides, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonícos, diuréticos, anticonvulsivantes, ferro; anti-ácidos (à base de cálcio e alumínio), anti-eméticos, antagonistas dos canais de cálcio, AINEs, quimioterapia (alcalóides da vinca, talidomida)
Comorbilidades	<i>Diabetes melittus</i> , urémia, insuficiência cardíaca, hipotireoidismo, hipocaliémia, neuropatia autonómica, fissura ou estenose anal, hemorróidas, diverticulose, colite

3. Abordagem da Obstipação

3.1 Manifestações Clínicas

A anamnese deve englobar a revisão sistemática da doença de base e a pesquisa de possíveis causas identificáveis, assim como a história psicossocial, hábitos intestinais prévios e exame físico. A avaliação do doente deve incluir os seguintes aspectos:

- Início dos sintomas (última vez que defecou);
- Fatores de agravamento e de alívio;
- Hábitos intestinais atuais e prévios, avaliando a frequência das dejeções e suas características (volume, consistência, presença de muco ou sangue);
- Se a defecação requer esforço, é dolorosa ou incompleta;
- Se o doente sente necessidade/vontade de defecar mas não consegue;
- Presença de outros sintomas: náuseas, vômitos, dor ou distensão abdominal, flatulência, agitação, confusão ou outros.

A presença de alguns sinais ou sintomas poderão sugerir alguns diagnósticos. De facto, a presença de sangue ou muco sugere obstrução tumor e/ou hemorróidas. Se existe vontade em defecar mas o doente não consegue, pode traduzir obstrução rectal. A ausência de vontade em defecar acontece na inércia cólica. A impactação de fezes pode manifestar-se como diarreia ou incontinência fecal. Por outro lado, a dor abdominal em cólica, decorrente do esforço dos músculos abdominais pode causar dúvidas no diagnóstico. Refere-se ainda que, principalmente nos idosos frágeis, poderá haver retenção urinária no contexto de obstipação, pelo que o seu aparecimento súbito deverá levar a um exame abdominal exaustivo.

3.2 Exame objectivo

No exame objetivo, dever-se-á avaliar se existe distensão abdominal, peristalse visível, ruídos intestinais, assim como massas fecais à palpação abdominal que, quando de natureza tumoral, não se deverão mover ou deformar. O toque rectal permite não só identificar fissuras anais, hemorróidas, massas rectais, dilatação rectal, rectocelo ou estenose anal como também avaliar a tonicidade do esfíncter anal, assim como a presença/ ausência de fezes na ampola rectal e suas características.

3.3 Exames complementares de diagnóstico

O recurso a exames complementares de diagnóstico, em particular a radiografia abdominal simples, é de utilidade questionável em cuidados paliativos não devendo ser requisitados rotineiramente. Ainda assim, a radiografia abdominal simples pode ajudar na distinção entre obstipação e oclusão. Para além disso, o estudo analítico de sangue periférico poderá ser útil no caso de suspeita de causa reversível, como hipotireoidismo, hipocaliémia ou hipercalemiemia.

4. Tratamento

4.1 Profilaxia/Tratamento não farmacológico

Devem ser explicados os sintomas e objectivos propostos ao doente, sempre com o intuito de melhorar a qualidade de vida. São importantes as seguintes medidas:

- Incentivar a comunicação de sintomas;
- Encorajar a atividade, ingestão de líquidos e maximizar o conteúdo de fibras na dieta (mantendo a prioridade de dieta atraente para o doente);
- Antecipar efeitos obstipantes dos fármacos, com recurso a laxantes;
- Suspender, se possível, fármacos obstipantes ou fatores desencadeantes;
- Potenciar o reflexo gastrocólico (tentar defecar 30 minutos após as refeições);
- Ponderar manobras mecânicas (massagem abdominal; extração manual de fecalomas considerando necessidade de sedação);
- Criar ambiente favorável e com privacidade.

4.2 Tratamento farmacológico

Sabe-se que 80% dos doentes em fim de vida e quase a totalidade dos doentes sob terapêutica opióide necessitam de laxantes. O objectivo do tratamento com laxantes será tornar a defecação confortável e não estabelecer uma determinada frequência. Para além disso, a escolha do tipo de laxante deverá ser empírica e individualizada. Na verdade, fezes duras requerem um agente amolecedor, ao passo que um estimulante do peristaltismo é preferível quando as fezes são moles. A combinação de ambos os tipos de laxante é muitas vezes mais eficaz (nunca esquecido que nenhum fármaco é estritamente amolecedor ou indutor do peristaltismo).

Se se iniciar um laxante oral isolado e não ocorrer trânsito intestinal dentro de 3 dias, dever-se-á ponderar iniciar combinação de laxantes. Recomenda-se, ainda, titular doses diariamente ou em dias alternados até ocorrer

dejeções (1 dejeção a cada 2 a 3 dias). Se surgir diarreia, suspender laxantes durante 24 horas e reiniciar em doses mais baixas.

Tabela 2. Tipos de Laxantes

Efeito predominante	Classificação	Fármacos	Observações	Nome Comercial
Amolecedores das fezes 	Lubrificantes	Parafina líquida	Oral ou retal; Latência de 6-8h; muitos efeitos laterais	Parafinina®
	Surfatantes	Laurilsulfacetato sódio Dulcosato sódico		Micro lax® Clyss-Go®
	Expansores de volume	Metilcelulose Carboximetilcelulose Prep. Psílio Gomas Farelo Bassorina	Ingerir grande quantidade de líquidos; Aspeto desagradável; Risco de oclusão intestinal na doença inflamatória ou neoplásica digestiva.	Agiolax® Normacol Plus® Mucofalk® Pepsa-lax®
	Osmóticos	Lactulose Sorbitol Macrogol	Latência de 24-48h Risco de distensão abdominal e aerocolia	Laevolac® Dulphalac® Clyss-Go® Movicol®
	Salinos	Hidróxido de magnésio Óxido de magnésio	Risco de hipermagnesémia Latência de 1-3h	Leite Magnésio Magnésia®
	De Contacto Antracenos	Senne Dantrona Bisacodil Picossulfato de sódio	Latência de 6-12h	Pursennide® Mucinum® Bekunis O® X-Prep® Lactobilina® Dulcolax® Guttalax®
Indutores do peristaltismo				

Os **antagonistas dos opióide** (naloxona em formulação oral ou metilnalotrexona em formulação subcutânea) estão indicados na obstipação induzida por opióides resistente aos laxantes, devendo ser monitorizado a reversão do efeito analgésico dos opióides.

Deve ser excluída obstrução gastrointestinal mecânica pelo risco de perfuração.

BIBLIOGRAFIA

1. Erichsen E, Milberg A, Jaarsma T, Friedrichsen M. Constipation in specialized palliative care: factors related to constipation when applying different definitions. *Support Care Cancer* 2016; 24:691.
2. Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016.
3. Candy B, Jones L, Larkin PJ, et al. Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; :CD003448.
4. Erichsen E, Milberg A, Jaarsma T, Friedrichsen MJ. Constipation in Specialized Palliative Care: Prevalence, Definition, and Patient-Perceived Symptom Distress. *J Palliat Med* 2015; 18:585.

10.

OCLUSÃO INTESTINAL MALIGNA

Ana Rafaela Araújo¹, Joel Pinto¹, Florbela Gonçalves²

¹ Interno de Formação Específica, Medicina Interna, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

² Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos, IPO de Coimbra



OCLUSÃO INTESTINAL MALIGNA

1. Introdução

A oclusão intestinal é uma complicação frequente do cancro avançado, principalmente nos de origem intra-abdominal, complicando entre 5 a 51% das neoplasias do ovário e 10 a 28% das neoplasias do cólon. Entre as neoplasias extra-abdominais, as do pulmão, da mama e o melanoma são os responsáveis pela maioria dos casos.

2. Causas

Tabela 1. Causas Malignas de Oclusão Intestinal

Obstrução Endoluminal

- Tumores de crescimento polipoide
- Tumores de crescimento anelar
- Tumores de crescimento intramural (linite plástica)

Compressão extrínseca

- Massas intra-abdominais
- Aderências

Alteração da motilidade (pseudo-oclusão)

- Infiltração do mesentério
- Infiltração do plexo celíaco
- Neuropatia paraneoplásica
- Alterações hidroelectrolíticas

A oclusão pode ser total ou parcial, por obstrução do lúmen ou perturbação do peristaltismo, afetando mais frequentemente o intestino delgado do que o cólon e, em 20% dos casos, ambos, variando a probabilidade de oclusão consoante a localização afetada.

São ainda muito frequentes as oclusões “benignas”, como situações provocadas por aderências, doença inflamatória intestinal, hérnias e iatrogenia pela radioterapia.

3. Fisiopatologia

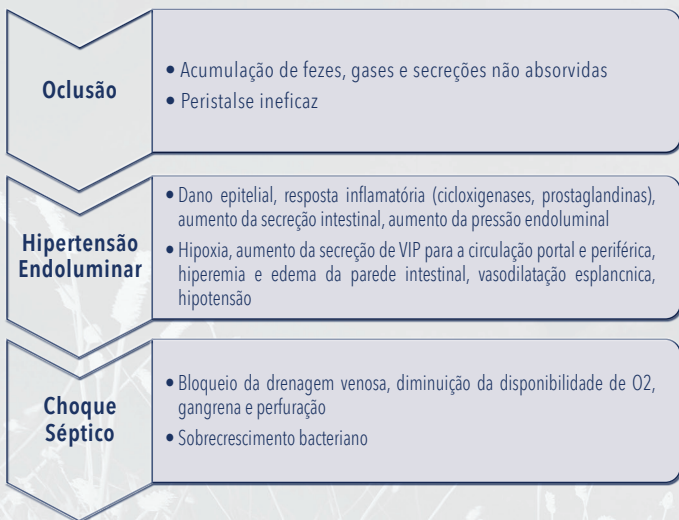


Figura 1. Fisiopatologia da Oclusão Intestinal

4. Manifestações Clínicas

- O nível da obstrução e a velocidade de instalação determinam os sintomas e a severidade.
- Obstruções mais altas levam a sintomas mais severos e sinais menos evidentes; oclusões agudas são mais facilmente identificáveis, embora a

maioria dos casos apresente instalação insidiosa ao longo de semanas ou meses.

- Geralmente os doentes apresentam queixas de dor contínua com episódios de dor tipo cólica sobrepostos.
- A diarreia paradoxal pode também ocorrer, por sobre crescimento bacteriano e fezes líquidas sobre o bolo fecal no local da obstrução.

Tabela 2. Sinais e Sintomas de Oclusão Intestinal

Duodeno

Geralmente indolor e sem distensão abdominal
Vómitos intensos e abundantes de alimentos não digeridos

Intestino delgado

Cólica abdominal central com distensão moderada
Vómitos moderados a intensos
Sons intestinais hiperativos

Cólon

Cólica central ou abdominal baixa
Grande distensão abdominal
Vómitos tardios
Sons intestinais hiperativos

5. Diagnóstico

- Nos doentes com cancros avançados a decisão de submeter o doente a uma intervenção cirúrgica não é fácil; deve ser analisado cada caso cuidadosamente, tendo em conta o estado global do doente, os seus desejos, assim como factores de mau prognóstico (estado de nutrição, massas abominais palpáveis, radioterapia abominal prévia, rigidez da parede abdominal e obstrução ao nível do delgado).
- Ao exame físico pode ser visível distensão abdominal, massas fecais podem ser palpáveis no abdómen e, em situações mais avançadas, podem estar

presentes sinais de irritação peritoneal como defesa e sinal de Blumberg positivo.

- O Rx abdominal é o exame de primeira linha, devendo ser realizado de preferência em pé ou, como alternativa, uma incidência tangencial pode ser útil nos doentes que não tolerem o ortostatismo. A presença de níveis hidroaéreos é muito sugestiva de oclusão intestinal, podendo estar ausente sobretudo nas oclusões de localização mais alta.
- Estudos com contraste podem ser úteis para precisar a localização da oclusão, contribuindo ainda alguns líquidos de contraste, como a gastrografina, para a redução do edema luminal e, raramente, resolução de oclusões parciais.
- A tomografia computadorizada abdominal é habitualmente fundamental para a avaliação objetiva da extensão do problema e para decisão terapêutica.

6. Tratamento

6.1 Medidas Gerais / Tratamento Farmacológico

- Os doentes devem ser incentivados a beber líquidos e ingerir alimentos sempre que possível, sendo a nutrição parental uma alternativa em casos selecionados.
- Nos doentes para tratamento conservador, a via preferencial para administração de fármacos é a subcutânea, em bolus ou perfusão contínua, devendo-se evitar a via oral. A via transdérmica também é uma opção.
- O tratamento médico é multimodal, recorrendo a analgésicos, anti-eméticos e anti-secretores.
- Os opióides são os analgésicos de eleição para o tratamento da dor abdominal contínua.
- Fármacos antiespasmódicos e antissecretores (butilescopolamina 60 a 200mg/dia; escopolamina 1,5mg TD, 72/72h) podem ser úteis nos doentes que mantenham episódios de dor em cólica, assim como no controlo dos vômitos ao reduzir a produção de sucos digestivos.

- Outros antissecretores, como o octeotrídeo, podem ser úteis no controlo de sintomas.
- Os corticóides (exemplo: dexametasona 8-16mg/dia sc ou prenisolona 50 a 100mg/dia EV) podem ser úteis para reduzir o edema peri-tumoral e diminuir a obstrução, tendo ainda efeito antiemético.
- O Haloperidol por via SC é um anti-emético eficaz.
- A utilização de laxantes está contraindicada.

6.2 Tratamento cirúrgico

- Em todos os doentes com cancro que desenvolvem oclusão intestinal pela primeira vez deve considerar-se o tratamento cirúrgico, sendo necessária uma avaliação caso a caso, atendendo à vontade dos doentes, ao seu estado global, probabilidade de obstrução simples e presença de outras comorbilidades ou complicações.
- Em alguns doentes que reúnem condições cirúrgicas, a cirurgia pode ser protelada até 5 dias após início das queixas sem agravamento do prognóstico, mantendo vigilância apertada, verificando-se resolução espontânea numa pequena percentagem de casos.
- São várias as opções cirúrgicas: ressecção e reanastomose, colostomia ou ileostomia descompressivas, *bypass*, como gastrenterostomia ou colostomia íleo-transverso, lise de aderências ou exenteração pélvica.
- A presença de carcinomatose peritoneal frequentemente contraindica a cirurgia.
- As complicações imediatas e tardias são frequentes, sendo a mortalidade cirúrgica muito elevada.
- A intubação gastrointestinal no doente que vai ser operado ajuda a remover secreções e pode melhorar os sintomas, podendo ainda reverter oclusões benignas. A gastrostomia endoscópica percutânea é uma alternativa mais eficaz e aceitável.

- As próteses metálicas expansíveis podem ser úteis em casos selecionados de doentes com elevado risco cirúrgico ou contra-indicação cirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

1. Ripamonti C, Twycross R, Baines M, et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer* 2001; 9: 223.
2. Ripamonti C. Malignant bowel obstruction. In: *Gastrointestinal Symptoms in Advanced Cancer Patients*. Ripamonti C, Bruera E, eds. Oxford: Oxford University Press; 2002;12:235.
3. Ripamonti C, Mercadante S. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. In: Doyle D, Hanks G, et al., eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2003;8:496.
4. Albert Tuca, Ernest Guell, Emilio Martinez-Losada, Nuria Codomiu. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Manag Res*. 2012; 4: 159-169.

11.

SÍNDROME ANOREXIA- CAQUEXIA | ASTENIA

Ricardo Fernandes, Ana Raquel Ramos, Petra Monteiro

Internos de Formação Específica, Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho



SÍNDROME ANOREXIA - CAQUEXIA / ASTENIA

DEFINIÇÕES

Anorexia - Corresponde à perda de apetite. É um componente importante da caquexia (embora não exclusiva) e pode ter um papel importante na sarcopenia, contudo pode acontecer isoladamente. Pode ser volitiva ou não volitiva.

Fadiga/Astenia - sensação subjetiva de falta de energia tanto física como mental desproporcionada às atividades realizadas, que acontece todos ou quase todos os dias durante 2 semanas consecutivas ou no último mês. Diz-se crônica se presente em 50% dos dias, pelo menos durante 6 meses. Muito frequente em doenças avançadas (oncológicas e não oncológicas). Pode ocorrer associada a anorexia e à caquexia ou pode ocorrer isoladamente.

Síndrome Anorexia-Caquexia (SAC) - Síndrome metabólico de elevada complexidade, multifatorial, que se caracteriza por perda involuntária de massa muscular esquelética (podendo estar ou não associada a perda de massa gorda), lipólise, anorexia, náusea crônica e astenia. Não é totalmente reversível com suporte nutricional convencional. Podem estar presentes outras alterações, mesmo em fases precoces das doenças. O diagnóstico envolve aspetos clínicos, laboratoriais e antropométricos.

Sarcopenia - condição com fisiopatologia complexa (envolvendo alteração do ambiente hormonal com *down-regulation* de hormonas anabólicas como insulina, esteróides sexuais e hormona de crescimento), aumento da atividade apoptótica e aumento das citocinas pró-inflamatórias) que surge associada ao envelhecimento levando à diminuição da massa muscular (quantitativa e

qualitativamente) com aumento do risco de dependência e compromisso da qualidade de vida. Leva a aumento da morbilidade, aumento do risco de quedas, diminuição da tolerância ao tratamento (ex: quimioterapia), diminuição da qualidade de vida, bem como da sobrevida. Pode sobrepor-se à SAC. Avaliação através do índice de massa muscular apendicular (IMMA) - Homens $< 7,26 \text{ Kg/m}^2$ e mulheres $< 5,45 \text{ Kg/m}^2$). A avaliação pode ser feita por antropometria, DEXA (Densitometria Óssea), TC (Tomografia computadorizada) ou impedância eléctrica.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO (SAC)

CLÍNICOS

- Perda de peso involuntária $\geq 5\%$ (em ≤ 6 meses)
- IMC $< 20 \text{ Kg/m}^2$ (< 22 se ≥ 65 anos) e perda de peso $> 2\%$
- Índice de massa esquelética consistente com sarcopenia e perda de peso $> 2\%$

LABORATORIAIS

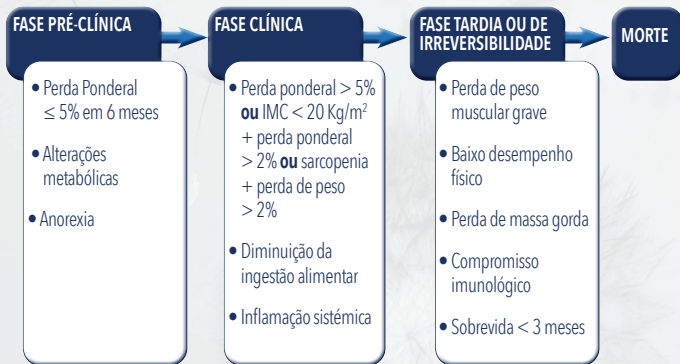
- Marcadores inflamatórios aumentados (Proteína C reactiva - PCR $> 5 \text{ mg/L}$ e interleucina 6 - IL6 $> 4 \text{ pg/ml}$)
- Anemia ($\text{Hb} < 12 \text{ g/dl}$)
- Albumina $< 3,2 \text{ g/dl}$

Diagnósticos diferenciais: fome prolongada, síndromes de má absorção, depressão primária e endocrinopatias como o hipertiroidismo.

TIPOS

- **PRIMÁRIA** - a sua génese está numa imuno-inflamação crónica, com sobreexpressão de citocinas catabólicas (pró-inflamatórias) face às anabólicas (anti-inflamatórias).
- **SECUNDÁRIA** - consequente a doença(s) crónica(s) (vide abaixo em "Epidemiologia").

EVOLUÇÃO



EPIDEMIOLOGIA

- Altamente prevalente (60-90% dos casos), com afeção importante da qualidade de vida.
- Pode surgir em doenças crónicas como Cancro (mais frequentes - neoplasias do esófago, estômago, pâncreas e de pequenas células do pulmão; mais raro em neoplasias do testículo, da mama, do ovário e nos sarcomas), infecção VIH-SIDA, insuficiências crónicas de órgão (cardíaca, hepática, respiratória crónica e renal), tuberculose e doenças auto-imunes (como artrite reumatóide).

FISIOPATOLOGIA SAC

Resposta inflamatória aberrante e imunomodulação

- ↑ do catabolismo mediado por citocinas
- ↓ da síntese proteica
- ↑ da proteólise (visceral e muscular) e lipólise
- Alteração da sensibilidade a peptídeos orexigénicos e anorexigénicos
- ↓ capacidade de absorção

Disfunção neurohumoral (alteração do anabolismo e apetite)

- ↑ nível de cortisol, grelina
- ↑ insulino-resistência
- ↓ testosterona sérica
- ↑ activação simpática

Fatores Intervenientes

Tentar corrigir ou minimizar o impacto destes fatores. **Normalmente não existe um único fator, mas sim vários.**

- **Gastrointestinais** – Disfagia, odinofagia, xerostomia, mucosite e aftas, náuseas (avaliar existência de disautonomia, fármacos opióides e obstrução intestinal), obstipação, plenitude gástrica/enfartamento (precoce), má absorção e diarreias, ausência de peças dentárias
- **Alteração dos sentidos** – Disosmia, disgeusia (ex: défice zinco)
- **Neuropsiquiátricos** – Ansiedade, medo de vomitar, depressão, insónias
- **Endócrinas** – Hipogonadismo
- **Disfunção autonómica**
- **Analíticos** – Alterações bioquímicas como alterações hidroelectrolíticas e anemia (considerar suporte transfusional e correção de défices vitamínicos, oligoelementos ou hormonas, se se justificar)
- **Volémicas** – Desidratação

- **Nutricionais** – Alimentos pouco apetitosos
- **Fármacos** – Interações entre fármacos (ex: opióides, anticolinérgicos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, neurolépticos, β -bloqueadores, diuréticos, antidepressivos, relaxantes musculares e benzodiazepinas)
- **Dor não Controlada**

Diagnósticos diferenciais

	Desnutrição/ Inanição	Caquexia	Sarcopenia
Apetite	↑	↓	↓ ou ↔
Energia	↓↓	↑	↓ ou ↔ ou ↑
Marcadores analíticos fase aguda	Ausentes	Presentes	↓ ou ↔ ou ↑
Síntese proteica	↓↓	↓/↑	↓↓
Insulina	↓↓	↑↑	↔
Cortisol	↔	↑	↔
Músculo esquelético	Mantido	↓	↓/↔
Tecido Adiposo	↑	↓	↓
Tamanho hepático	↑	↑	*
Reversão com nutrição	Sim (entérica e parentérica)	Não	↔
Se presença de neoplasia	Ocorre em 30 a 90% Se ativo, aumenta o risco de desnutrição em 8 vezes Se de localização no trato gastrointestinal superior – risco de desnutrição em 16 vezes	80% dos casos de cancro avançado Declínio de 60% da massa corporal em relação ao peso ideal para a idade e sexo (mais evidente em neoplasias gastrointestinais, colorretais, cabeça e pescoço e pâncreas)	*

Profilaxia

Se se identificar que o doente está em risco de perda de peso considerar medidas não farmacológicas como:

- Educação para o doente e família (uma vez que é um fator de distress tanto para o doente como para a família)
- Aconselhamento nutricional
- Exercício físico adequado à condição clínica do doente – aeróbico, com movimentos repetidos e rítmicos, com intensidade definida, duração adequada e frequência diária (contraindicado em doentes muito debilitados, metástases ósseas, trombocitopenia ou febre)
 - **Efeitos positivos** – minimiza efeitos deletérios da doença crónica e dos tratamentos

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EXAMES COMPLEMENTARES

Quando perante um doente com perda de peso, devem ser colocadas a algumas questões:

- A perda de peso é intencional ou não intencional?
- O doente apresenta critérios de caquexia?
- Qual a razão da caquexia?
- Que tratamentos podem ser eficazes?
- Como se pode criar face ao doente em avaliação, um plano individual de cuidados (PIC)?

A avaliação deve ser rigorosa, adaptada à situação clínica:

- **Avaliação de sintomas** – saciedade precoce, náuseas, vómitos, distúrbios do paladar e olfacto, obstipação, dispepsia, depressão, ansiedade, insónia, dor
- **História da perda ponderal** – variação ponderal, velocidade de perda de peso e avaliação das quantidades ingeridas às refeições

Exame Físico

- **Avaliar** – cavidade oral, abdómen, grau de hidratação, edemas, peso, força muscular, variações com o ortostatismo, exame neurológico
- **São achados frequentes** - diminuição das pregas cutâneas (tríceps ou subescapular) ou diminuição da circunferência do braço

Investigação

- **Laboratorial** – hemograma com diferencial; electrólitos - Na⁺, K⁺, Cl⁻, Mg²⁺, Ca²⁺, PO₄³⁻; creatinina e ureia; glicose, enzimas e função hepáticas; proteína C reativa; doseamentos vitamínicos – vitamina B 12, ácido fólico, vitamina D; função tiroidea; albumina; cortisol ou testosterona
- **Imagiológica**
- Radiografia abdominal para excluir obstrução mecânica ou obstipação severa (excluir fecalomas)
- Monitorização da atividade com escalas de desempenho físico (ECOG, Karnofsky);
- Composição corporal – Índice de Massa Corporal, antropometria, bioimpedância

ESCALAS DE AVALIAÇÃO

Síndrome Anorexia/Caquexia

- FAACT (*Functional Assessment of Cachexia and Anorexia Treatment*);
- NCCGT (*North Central Cancer Treatment Group*);
- PG-SCA (*Patient-Generated Subjective Global Assessment*);
- CASCO (*CACHexia SCORe*);
- MNA (*Minimal Nutritional Assessment*).

Astenia/Fadiga

Para quantificar o grau de fadiga ou de perda de apetite, usar escalas numéricas,

visuais ou mesmo escalas instrumentais como a "*Brief Fatigue Inventory*" – que avalia a intensidade e o impacto na vida do doente. Outras escalas que podem ser úteis – *Revised Piper Fatigue Scale*, *Multidimensional Fatigue Symptom Inventory (short form)*, *Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF)*, *Edmont Symptom Assessment Scale (ESAS)* ou *Multidimensional Fatigue Inventory*". De realçar que a grande maioria destas escalas são para doentes com neoplasia, exceto a MAF que se aplica a outras situações – HIV, esclerose múltipla, artrite reumatoide, doença coronária.

Tratamento

- Deve ser elaborado com recurso à equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais ou espirituais).
- Assenta em 3 pilares – tratamento não farmacológico, tratamento farmacológico e controlo da doença de base. Os objetivos de cuidados devem ser sempre discutidos com o doente e com a família/cuidadores.

Sobre a abordagem não farmacológica, devem ser considerados: otimização da dieta, intervenção psicológica/ comportamental, promoção do exercício, yoga, higiene do sono (evitar excitantes, bom controlo analgésico noturno, eliminar ruídos desagradáveis, evitar sestas, não ficar na cama mais tempo que o devido, os fármacos hipnóticos só devem ser administrados quando necessário) e ainda estratégias de promoção de energia.

Nutrição

Dependendo do estadio da doença, a nutrição pode ter como objetivos: manter o peso e funcionalidade (em fases mais precoces); maximizar o prazer com bebidas ou alimentos da preferência do doente (se não se consegue manter estado de nutrição) e conforto.

A nutrição oral é a ideal (se o intestino funcionar, a via entérica é a de eleição). Para optimizá-la algumas estratégias podem ser úteis (descritas mais detalhadamente no capítulo de nutrição e hidratação). Pode haver necessidade de recorrer a nutrição artificial.

Não existe benefício na nutrição intensiva em fim de vida, porque não aumenta a sobrevida, não leva à resolução da condição clínica (ex: neoplasias), sem benefício no controlo sintomático. Estudos revelam que pode ter um efeito mínimo na redução da intensidade da toxicidade pela quimioterapia e radioterapia e na morbilidade cirúrgica.

B. Tratamento Farmacológico

Fármacos com impacto positivo

Grupo Farmacológico	Fármaco	Efeitos/ Indicações	Doses	Outras Considerações
Progestativos	Acetato de Megesterol	↑ apetite e aporte calórico ↑ peso corporal (aumento da deposição de gordura) Não ↑ massa muscular	160-1600 mg, PO, 1xdia	Pode estar associado a sensação de bem-estar, redução de fadiga. Sem efeito na sobrevivência. Pode aumentar o risco de eventos tromboembólicos, fotosensibilidade, insuficiência da supra-renal Pode se associar a AINES segundo alguns estudos. Útil se sobrevida superior a 4 semanas.

	Medroxiprogesterona	Apenas SAC refractária e se anorexia é o sintoma principal	300-1000 mg, PO, 1x/dia	
Corticóides	Prednisolona (PO), Hidrocortisona (EV), Metilprednisolona (PO, EV), Dexametasona (EV/SC)	↑ apetite ↑ qualidade de vida e bem-estar (efeitos adicionais: analgesia, antieméticos, anti-inflamatório)	Variáveis de acordo com o corticosteroide escolhido, geralmente prednisolona 40 mg/dexametasona 6-8 mg	Tempo máximo sugerido 15 dias. A partir de 1 mês ATENÇÃO aos efeitos adversos (dose dependentes) – miopatia, confusão/psicose, insónia, soluços
Procinéticos	Metoclopramida (PO, EV, SC) Alternativas: Domperidona (PO), Ondansetrom (EV, PO, SC)	↓ saciedade precoce, náuseas crónicas, sintomas gastrointestinais e gastroparésia Sem evidência no peso e status nutricional	60-120 mg/dia (pode ser administrado até de 6-6 horas)	ATENÇÃO ao síndromes extrapiramidais (antídoto biperideno 5 mg EV)

Psicoestimulantes (se fadiga/astenia associada)	Metilfenidato (off-label)	Útil em doentes com astenia ligeira a moderada O seu efeito pode durar de 3 a 6 horas.	Dose máxima 60 mg (cerca de 1mg/Kg/peso) Iniciar com 5 a 10 mg e ir titulando semanalmente. Administrar 1 a 2x/dia (geralmente pequeno almoço e almoço para minimizar insónia)	Atuam rapidamente e bem tolerados (atenção a doentes com patologia cardíaca isquémica,, hipertensão não controlada ou delirium). Podem ser úteis na astenia refratária aos CCT ou megesterol.
	Modafinil e armodafinil (off-label)	Útil em doentes com sonolência diurna excessiva (Ex: narcolepsia, síndromes Parkinsónicas, SAOS)	Dose única diária - 200 mg (modafinil) ou 150 mg (armodafinil) diariamente, ambos pela manhã	*

Conversão de corticosteróides: Hidrocortisona - 20mg | Prednisona - 5mg | Prednisolona - 5mg | Metilprednisolona - $\pm$ 4-5mg | Dexametasona - 0,75-0,8mg | Deflazacorte - 7,5 mg

Pode ser útil: dihexizina (Viternum®), que pertence ao grupo dos antihistamínicos e como tal pode levar a sonolência nos primeiros 2 a 3 dias de tratamento. Tomar antes das principais refeições (total de 3 comprimidos de 6 mg/dia). Cuidado com os inibidores da MAO (monoamino oxidase), pelo que a sua toma concomitante deve ser evitada. Alguns ensaios têm sido realizados com L-Carnitina com alguma melhoria desta síndrome. O exercício físico (com planos de treino individualizados) tem sido avaliado em alguns ensaios com impacto positivo, bem como mindfulness, psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental, acupuntura e yoga.

Não recomendado: Talidomida e outros fármacos moduladores das citocinas pró-inflamatórias (anti-CK), anti-inflamatórios não-esteróides (AINE), ómega-3 (Ω -3), quimioterapia, anabolizantes, grelina, bebidas alcoólicas e guaraná, paroxetina, donepezilo. Alguns estudos em doentes oncológicos não recomendam o uso de modafinil e armodafinil.

Sem evidência significativa: Canabinóides. Ginseng, melatonina, coenzima Q10. A eritropoietina e a darbopoietina alfa podem ser úteis, mas atenção que demoram cerca de 12 semanas a começar o seu efeito.

Sem consenso: Psicoestimulantes (ex: metilfenidato) não são consensuais em SAC associada ao cancro.

Em estudo estão múltiplos anticorpos dirigidos a vários alvos como recetor da grelina, Anti-ActRII, Anti-IL-6, androgénios, miostatina.

BIBLIOGRAFIA

- 1- PINA, Paulo Reis; Manual de Cuidados Paliativos; Barbosa e col.; Capítulo 10 – Síndrome de Caquexia- Astenia; pp. 185-203; Núcleo de Cuidados Paliativos | Centro de Bioética; Faculdade de Medicina de Lisboa; 3ª edição; 2016
- 2- GONÇALVES, José Ferraz Gonçalves; Controlo de Sintomas no Cancro Avançado; Capítulo 6 – Anorexia e Caquexia; 2ª edição; Coisas de Ler; pp. 87-96;
- 3- BÁRON, M. González e col.; Compendio del Tratado de Medicina Paliativa; Capítulo 16 – Tratamiento farmacológico de la anorexia; Editorial Medica Panamerica; 2007; pp.71-80
- 4- YENNURAJALINGHAM; Sriram; Chapter 5 – Fatigue; YENNURAJALINGHAM; Sriram; BRUERA, Eduardo; Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Medicine; 2nd edition; Oxford; pp.69-81
- 5- DA SILVA, Sara Peixoto; "Cancer cachexia and its pathophysiology: links with sarcopenia, anorexia and asthenia"; Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle 2020; 11: 619-635
- 6- MALEC, Monica; SHEGA, Joseph W; "Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness"; Med Clin N Am (2020)

12.

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO EM FIM DE VIDA

Ricardo Fernandes, Ana Raquel Ramos, Petra Monteiro

*Internos de Formação Específica, Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de
Gaia-Espinho*



NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO EM FIM DE VIDA

Introdução

- A ingestão hídrica e alimentar encontra-se frequentemente alterada aquando da progressão de doenças tanto oncológicas como não oncológicas.
- Estas questões da nutrição e da hidratação são intervenções médicas. E à semelhança da prescrição medicamentosa, devem ser incluídas nos objetivos de cuidados, principalmente em fim de via, devendo ser ativamente pesquisadas junto dos doentes e das pessoas que lhes são significativas.

Nutrição

As necessidades nutricionais devem ser sempre ajustadas ao nível de atividade do indivíduo, gastos de energia previsíveis, necessidades calóricas, capacidade de acesso, preparação, ingestão e digestão, para além das preferências pessoais.

Podem ser fatores que contribuem para aumentar o risco nutricional (desnutrição): alteração da cognição ou *delirium*, perturbação do humor/ansiedade/distúrbios alimentares, síndrome constitucional (com um componente importante de anorexia), náuseas e vômitos, obstipação, (sub)oclusão intestinal, restrição de movimentos, incapacidade para se alimentar/hidratar por inaptidão para o acesso e por alterações da deglutição, alteração do cheiro e do paladar, ausência de próteses dentárias ou de próteses oculares/auditivas. Acresce, ainda, necessidade de controlo sintomático adequado às condições clínicas do doente.

Definições

Nutrição – É uma parte da ciência que se destina ao estudo de todos os processos através dos quais os organismos recebem, metabolizam e eliminam os nutrientes que lhes são fornecidos, se considerar uma perspetiva meramente fisiológica. Contudo é muito mais ampla e complexa. Envolve aspetos referentes à escolha e processamento dos alimentos integrados num contexto bem definido, numa história de vida e numa trajetória variável entre saúde e doença. São incluídos também nesta definição aspetos sociais, económicos, culturais, religiosos/espirituais e psicológicos. Constitui-se como uma dimensão importante a ser abordada nos doentes paliativos.

Terapêutica nutricional – Sempre que possível a alimentação deve ser feita por via oral, desde que garantidas as condições de segurança e integridade do tubo digestivo em toda ou quase toda a sua extensão. Considera-se que se trata de nutrição artificial (termo atualmente em desuso) quando o aporte de nutrientes é feito com recurso a dispositivos médicos, quer por via entérica (mas não por via oral – com recurso a SNG, PEG, PEJ) ou por via parentérica (via periférica ou central). Este tipo de nutrição pode ser um recurso importante quando existe a possibilidade de melhoria da qualidade de vida e eventual melhoria do estado funcional (ex: em doentes com disfagia por doença cerebrovascular ou esclerose lateral amiotrófica em fases iniciais, doentes com neoplasia da cabeça e pescoço submetidos a radioterapia, doentes submetidos a transplantes de células hematopoiéticas e com obstrução intestinal numa fase inicial). Por outro lado, terá quer ser avaliada de forma rigorosa se o doente se se encontrar em situação de agonia, com compromisso do estado de consciência e consequentemente da deglutição. Pode ser deletéria ao agravamento da dispneia pelo aumento do volume de secreções, com aumento ruído respiratório e aumento do risco de aspiração.

Disfagia – Corresponde à dificuldade nas fases iniciais da deglutição (disfagia oral e faríngea) ou à sensação de passagem obstruída entre a boca e o estômago (disfagia esofágica). Deve ser avaliado o início, a duração e intensidade da disfagia. Avaliar sintomas como tosse, sialorreia, alteração vocal após a ingestão alimentar, sensação de impactação alimentar, perda de peso não intencional, sintomas de refluxo gastrointestinal, engasgamento e existência de infecções respiratórias de repetição.

DISPOSITIVO	INDICAÇÕES	CONTRAINDICAÇÕES
Sonda nasogástrica (SNG)	• Útil para a ingestão hídrica ou alimentar, administração de fármacos ou contraste em doentes com disfagia e/ou alteração transitória do estado de consciência e de cognição, secundariamente a traumatismo cranioencefálico, doença aguda e/ou doença neurológica e por um período inferior a 4 semanas; • Obstrução do íleo e/ou cólon; • Descompressão gástrica no pós-operatório, na obstrução mecânica e/ou funcional	Não utilizar se estenose esofágica, fratura da base do crânio e/ou da face Deve ser evitada se história conhecida de varizes esofágicas, distúrbios da coagulação com risco hemorrágico elevado, trauma da faringe, esôfago e/ou estômago; elevado risco de aspiração e/ou história prévia de pneumonias de aspiração após colocação deste dispositivo; história de refluxo gastroesofágico sintomático e ainda alterações da motilidade do esôfago e gástrica com atraso do esvaziamento. Pode estar associada, por exemplo, em casos de demência avançada, a aspiração de conteúdo alimentar para as vias respiratórias, agitação e <i>delirium</i> (e consequentemente com necessidade de contenção física e farmacológica), sialorreia, desenvolvimento de úlceras de pressão.

**Gastrostomia
percutânea
endoscópica
(PEG)**

Deve ser considerada se existir necessidade de aporte nutricional, hídrico ou ambos e/ou administração de fármacos por via entérica que ultrapasse as 4 semanas. A considerar se a sobrevida do doente for superior às 4 semanas.

São indicações: alteração transitória do estado de consciência e de cognição, secundariamente a traumatismo cranioencefálico ou doença aguda com necessidade de cuidados intensivos, doença neurológica com disfagia que impedem o aporte nutricional e hídricos adequados às necessidades do doente e/ou a administração da medicação, Intolerância à SNG, alterações anatómicas da nasofaringe ou face que impeçam a colocação de SNG, neoplasias orofaringe/esofágica, obstrução gástrica extrínseca (com intuito de descompressão), estenose esofágica, queimaduras esofágicas, mucosite esofágica secundária a quimioterapia e/ou a radioterapia, estados vegetativos persistentes (a decisão deve ser individualizada atendendo à existência de um plano avançado de cuidados)

Deve, por outro lado, ser evitada se elevado risco de aspiração e/ou história prévia de pneumonias de aspiração após colocação de SNG, história de refluxo gastroesofágico sintomático; alterações da motilidade do esófago e/ou gástrica com atraso do esvaziamento.

**Jejunostomia
percutânea
endoscópica
(PEJ)**

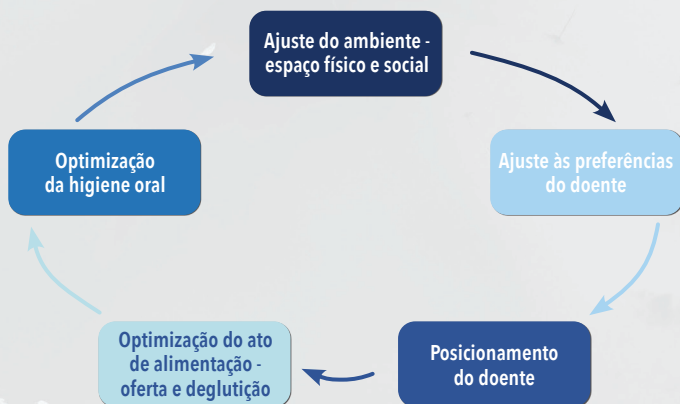
Deve ser considerada em doentes com elevado risco de aspiração e/ou história de pneumonias de aspiração após colocação de SNG, história de refluxo sintomático e alterações da motilidade do esófago e gástrica com atraso do esvaziamento

Dieta de conforto

Toda e qualquer dieta que é fornecida ao doente, pela boca, respeitando tanto a sua vontade, como tolerância. A premissa essencial é maximizar o conforto e o bem-estar mais do que o aporte nutricional (nesse contexto pode ser expectável a perda ponderal não intencional bem como o risco de desnutrição). No caso de demência avançada pode ser uma alternativa à alimentação por SNG.

História Clínica

A colheita da anamnese deve ser detalhada e não devem ser descurados: alimentos preferidos, horários e rotinas das refeições, rituais à mesa, alterações dos hábitos como consequência da doença e o impacto na diade doente-família.



GESTÃO DA NUTRIÇÃO



ASPETOS IMPORTANTES A EXPLICAR A FAMÍLIA/CUIDADORES

- A refeição deve ser feita de acordo com a vontade do doente e respeitando algumas condições como: deve ser de acordo com as preferências do doente, não deve ser lesiva (na avaliação da temperatura, textura e cheiro), estimular o doente a comer pela própria mão, disponibilizar todo o tempo e ajuda necessários à refeição;
- As refeições devem ser feitas num ambiente calmo;
- Não forçar a comer se não quiser (nem para agradar a família) – deve ser aumentada a ingestão calórica sem aumentar a quantidade;
- Adequar o volume e composição das refeições à condição clínica do doente (idealmente devem ser refeições calóricas, em volume reduzido, com aspeto agradável com número variável de refeições);
- Realizar refeições agradáveis – frias (ou à temperatura ambiente) ou frescas;
- Evitar restrições. Devem ser rentabilizados tanto quanto possíveis os “desejos” de comida;
- Ajustar a consistência se tiver dificuldade em mastigar e/ou engolir;
- Evitar alimentos muito gordurosos, muito doces, salgados ou condimentados (as ervas aromáticas podem ser uma boa alternativa);
- Controlar cheiros muito intensos não diretamente relacionados com os alimentos (como colostomias, feridas e úlceras de pressão);
- Facilitar *clearance* da via aérea, se presença de secreções;
- A vigilância e o controlo de sintomas são essenciais (avaliar quais os sintomas presentes como náuseas, vômitos, obstipação e tentar otimizá-los);
- Reforçar que o padrão alimentar pode não ser semelhante ao da restante família, podendo haver necessidade de colocação de espessante, suplementação (com recurso a várias texturas). Algumas restrições alimentares podem ser aliviadas;
- Os cuidados à boca são essenciais para reduzir o risco de infeções e promoção do bem-estar aquando da refeição;
- Quando há incapacidade de comer inicia-se uma cascata que leva à caquexia

e que resulta de múltiplos eixos do metabolismo ($\uparrow$ degradação proteica, $\downarrow$ gluconeogénese hepática e $\downarrow$ sensação de fome);

- Numa fase avançada da doença, a anorexia é protetora porque o organismo não é capaz de lidar com a ingestão alimentar. O doente não está a morrer à fome, nem a suspensão da nutrição vai apressar a morte. Assim o doente não vai morrer porque não se está a alimentar mas sim não se alimenta porque está a morrer (dada a sua doença irreversível).

HIDRATAÇÃO

Introdução

- Os doentes em fim de vida sofrem alteração da homeostasia dos líquidos corporais. A composição de água altera-se dos 60% nos homens e 55% nas mulheres para menos de 10–15% em estadios avançados de doença.
- Apesar do valor absoluto do défice de água ser maior (precipitado por múltiplas condições clínicas), as necessidades de reposição (devido à idade, alteração dos mecanismos neurohormonais e função renal) acabam por ser substancialmente menores face a indivíduos saudáveis (diminuição das perdas insensíveis (por redução da actividade física, diminuição da excreção). Assim, consegue-se evitar a sobrehidratação e os seus efeitos deletérios. Por outro lado, a hidratação pode não reverter a xerostomia.

Formas de administração de fluídos

Entérica – via de eleição por ser mais segura, mais fisiológica, mais barata que a parentérica. Pode haver necessidade de dispositivos médicos - SNG ou PEG.

Hidratação Artificial – Administração de água ou eletrólitos por qualquer via que não a oral. Pode ser garantida por via endovenosa ou subcutânea (hipodermóclise).

- **Endovenosa** – por cateter venoso central ou periférico. Deve ser reservado

quando a via subcutânea não está recomendada – edemas generalizados, sarcopenia considerável, coagulopatias major ou se existe já um cateter colocado.

- **Hipodermoclise / via subcutânea** – através da colocação de um cateter subcutâneo (coxas, braços, face anterior do tórax, abdómen) (ver capítulo 19).

Desidratação – Condição clínica complexa que resulta da perda da água corporal total, quer por défice de água, quer por défice de sal. Não esquecer a importância da medicação em curso (ex: diuréticos). Não existem sinais, sintomas ou achados laboratoriais patognomónicos. A importância e gravidade da desidratação dependem da velocidade da instalação e manifestações clínicas.

- Podem ser sintomas de desidratação: disfunção cognitiva/*delirium* (aumento do risco de auto e heteroagressividade, assim como de quedas), diminuição da capacidade funcional e energia vital, alteração do estado de consciência (com síncope), hiperalgesia, oligúria e obstipação. Não esquecer que existe progressiva acumulação dos fármacos e dos seus metabolitos com a aproximação da morte. Nesse contexto alguns sintomas podem ser exacerbados como mioclonias, convulsões e *delirium*.
- Objectivamente: xerostomia (reforçando-se a necessidade dos cuidados à boca), diminuição do turgor cutâneo, olhos encovados, axilas secas; hipotensão postural, taquicardia, aumento do tempo de preenchimento capilar (TPC), cianose das extremidades, livedo reticular.
- Analiticamente (embora não exclusivas): aumento das proteínas plasmáticas, do hematócrito, do sódio plasmático (pode também estar diminuído por ↑ produção ADH e ↓ sensibilidade renal à ADH) e da ureia em relação à creatinina.

Gestão da hidratação

- Idealmente deve ser feita por via oral. Se via oral instável ou ausente considerar outras vias como a hipodermóclise (máximo de 1000-1500 mL/cateter/dia de forma contínua ou intermitente). Deve ser suspensa se efeitos deletérios (edema periférico, ascite e derrame pleural, aumento do volume urinário e risco de retenção, vômitos e diarreia por aumento dos fluidos gastrointestinais e secreções respiratórias ou ausência do efeito pretendido;
- Se se considerar a manutenção da via endovenosa para hidratação, deve ter-se em conta: a dor associada à colocação do cateter, alteração frequente do local de punção (pode ser difícil por alteração do território vascular e/ou edemas periféricos), o aumento de *delirium* e agitação psicomotora e ainda a necessidade potencial de contenção física. Nesse caso deve ser considerar outra via como a via subcutânea;
- Estudos mostram que não existe benefício em termos de controlo sintomático (inclusive no controlo da sede) ou aumento da qualidade de vida ou sobrevida com a hidratação em doentes com prognóstico de vida curto, podendo até introduzir iatrogenia. Pode contudo, ser útil em situações de *delirium* (apesar da ausência de evidência consistente) e em situações de suspeita de toxicidade farmacológica.
- Em caso de xerostomia muito marcada, avaliar se existência de infeção (ex: candidíase), avaliar indicação ou necessidade de ajuste/substituição de fármacos com efeito anticolinérgico, reforçar cuidados à boca (Ver capítulo 15). Hidratação com vaporizadores (com água fresca ou chá), compressas, esponjas, através de cubos de gelo, gelatinas, gelados, fruta (melancia, melão, ananás), saliva artificial/substituto de saliva. Se oxigenoterapia ativa considerar oxigenoterapia humidificada (a decisão deve ser equacionada considerando o risco de aerossolização).

ASPETOS ÉTICOS DE SUSPENSÃO DA NUTRIÇÃO ARTIFICIAL E HIDRATAÇÃO

- Todas as decisões devem idealmente ser tomadas em equipa e sendo estas medidas de suporte (e idealmente o menos invasivo possível) para doentes gravemente doentes, não são exceção. Antes de se tomar qualquer tipo de decisão, o esclarecimento deve ser feito junto do doente (tendo em conta as suas preferências), família/cuidadores/pessoas significativas e equipa multidisciplinar. Após a sua suspensão, os doentes podem sobreviver até 10-15 dias.
- Devem ser colocadas as seguintes questões:
 - Qual é o desejo do doente?
 - Qual é o benefício que a nutrição e/ou hidratação trará ao doente?
 - A ingestão pela via oral (alimentos ou líquidos) causa desconforto ao doente?
 - Durante quanto tempo esta via estará disponível de forma segura?
 - Quais os riscos, benefícios e impacto da nutrição e hidratação artificiais para o doente?
- Tanto a nutrição como a hidratação artificiais são intervenções médicas que podem ser potencialmente invasivas, quer seja:
 - Pelo tubo digestivo (SNG ou PEG)
 - Por via endovenosa (com a colocação de acessos periféricos venosos ou centrais)
 - Por via subcutânea (com a necessidade de cateter subcutâneo – hipodermóclise)
- As complicações associadas não devem ser descuradas. São exemplos: como infeção e sépsis, pneumonites/ pneumonias de aspiração, alteração do trato gastrointestinal (ex: diarreia a dietas comerciais), úlceras de pressão, perda de integridade cutânea, agravamento da agitação e confusão.
- Trata-se de uma questão sensível para a maior parte dos doentes, familiares

e cuidadores (formais e informais). Deve ser interpretada à luz da ética (autonomia, princípios da não maleficência e beneficência). Se existirem, devem ser respeitadas diretivas antecipadas de vontade (DAV).

- A cessação voluntária (quer hídrica, quer alimentar) pode ser legítima (ética, legal e medicamente), mas deve ser sempre interpretada numa teia de valores (incluindo os religiosos). Corresponde a uma decisão tomada por um indivíduo competente com uma doença avançada e que decide cessar a nutrição e hidratação por sofrimento insuportável (não se inclui nesta definição a anorexia e incapacidade de ingestão hídrica ou alimentar por progressão doença). Nesse caso, desde que aplicável, deve ser perguntado ao doente o motivo (perceção de morte iminente, necessidade de controlo das circunstâncias de morte, sensação de baixa qualidade de vida, desejo de falecer em casa e perda de sentido de vida) e tentar otimizar a situação com ele e com os cuidadores. Devem ser trabalhados mitos, desinformações e medos. Os médicos devem fazer tudo o que devem, mas não tudo o que podem.

BIBLIOGRAFIA

- BOTEJARA, Aida Cordeo; NETO, Isabel Galriça; Capítulo 21 – Hidratação e Nutrição em Fim de Vida; Manual de Cuidados Paliativos; Barbosa e col.; Capítulo Núcleo de Cuidados Paliativos | Centro de Bioética; Faculdade de Medicina de Lisboa; 3ª edição; 2016; pp. 331-344
- GONÇALVES, José Ferraz Gonçalves; Controlo de Sintomas no Cancro Avançado; Capítulo 21 – Últimos dias de vida; Coisas de Ler; 2ª edição; pp. 215-224
- DALAL, Shalini; Chapter 7 – Dehydration; YENNURAJALINGHAM; Srimam;
- BRUERA, Eduardo; Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Medicine; 2nd edition; Oxford; pp. 93-100
- DANIS, Marion; "Stopping artificial nutrition and hydration at the end of life"; Uptodate®; Dec 2018; consultado em Novembro de 2020
- PESSOA, Ana et al.; Alimentação na Demência Avançada: Documento de Consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica; Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Volume 27; 1 Janeiro/Março 2020
- LEAL-SEABRA, Fátima; "Indicações para dispositivos médicos"; Avaliação Geriátrica Global – O manual de bolso CHVNGE, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho; 2019
- MADDEN, Angela; Oxford Handbook of Nutrition and Dietetics; Chapter 35 – Palliative Care; pp. 811-814; Oxford Press; 3rd edition; 2020
- PINHO-REIS, Cíntia et al.; "Nutrition and Hydration in the End-of-Life care: Ethical issues"; Acta Portuguesa de Nutrição 15 (2018): 36-40

13.

SINTOMAS NEUROPSÍQUICOS

Petra Monteiro, Ricardo Fernandes, Ana Raquel Ramos

*Internos de Formação Específica, Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de
Gaia-Espinho*



SINTOMAS NEUROPSÍQUICOS

1. *Delirium*

1.1. Definição:

Disfunção cerebral aguda associada a perturbação da consciência, atenção e cognição que surge em horas a dias e que apresenta um carácter flutuante. (DSM-V – *American Psychiatric Association's and Statistical Manual 5th edition*)

É uma das complicações neuropsiquiátricas mais frequentes (6-84%), sendo subtratado e subdiagnosticado. É causador de sofrimento para doente, família, cuidadores e profissionais de saúde e está associado a um aumento da mortalidade, a um maior declínio funcional e cognitivo, a um aumento do tempo de internamento e maior probabilidade de institucionalização após a alta.

1.2. Diagnóstico

O diagnóstico é clínico e utilizando os Critérios de diagnóstico para *Delirium* (DSM-V) (tabela 1).

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico para Delirium (DSM-V)

A	Perturbação da atenção (i.e., capacidade reduzida para direccionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).
B	Desolve-se num período breve de tempo (normalmente de horas a poucos dias) , representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia.

C	Perturbação adicional na cognição (p. ex., défice de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção).
D	As perturbações dos Critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.
E	Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (i.e., devido a uma droga de abuso ou a um medicamento), de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias .

O *Delirium* pode apresentar-se em três subtipos - **Hiperativo, Misto** ou **Hipoativo** – consoante a agitação psicomotora e nível de vigília.

1.3. Distúrbios Associados

- **Perturbação do Ciclo Sono-vigília** (Sonolência diurna, agitação noturna, dificuldade em adormecer)
- **Comportamento psicomotor alterado** (hipoactivo, hiperactivo ou misto)
- **Perturbação Emocional** (Chamamentos, gritos, insultos, mutismo, gemidos ou outros sons, ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, euforia, apatia)
- **Perturbação Neurológica** (Tremor, mioclonias, asterixis, alterações dos reflexos ou do tônus muscular)

1.4. Etiologia

Tipicamente a etiologia do delirium é multifatorial e está associada a fatores predisponentes e precipitantes (tabela 2).

Tabela 2 – Fatores predisponentes e precipitantes de *delirium*

Fatores Predisponentes	Fatores Precipitantes	
• Idosos • Sexo masculino • Estado cognitivo prévio • Estado funcional • Comorbilidades • Compromisso do sistema sensorial • Alteração da capacidade da ingestão oral • Fármacos	• Infecção • Hipóxia • Choque • Febre • Anemia • Desidratação • Mau estado nutricional • Polifarmácia/Fármacos • Desequilíbrios hidroeletrolíticos • Alterações metabólicas	• Alterações ambientais • Contenção de movimentos • Cateteres urinários • Dor • Stress emocional • Privação prolongada de sono • Quimioterapia • Radioterapia cerebral • Cirurgia • Doença neurológica

A investigação etiológica deverá ser **individualizada** consoante os objetivos terapêuticos e prognóstico do doente.

1.5. Prevenção

Tabela 3 –Medidas preventivas de *Delirium*

- Mobilização Precoce
- Regularização do ciclo sono-vigília
- Estimulação cognitiva
- Utilização de protocolos de orientação (exemplo: relógios, calendários, janelas)
- Fornecer aos doentes as suas próteses auditivas e óculos
- Evitar/monitorizar a utilização de fármacos potenciadores
- Controlo da dor
- Hidratação

1.6. Tratamento Não Farmacológico

Na tabela seguinte está resumido o tratamento não farmacológico dirigido ao doente, família e ambiente. Esta intervenção é considerada de **extrema importância**.

Tabela 4 – Tratamento não farmacológico do *Delirium*

Dirigido ao Doente

- Identificação de causas precipitantes
- Respeito pela Dignidade
- Tratar o doente pelo Nome
- Informá-lo do momento do dia e referir quem somos
- Estruturar a rotina diária
- Falar das atividades diárias
- Estimular a presença da família
- Promover o descanso noturno
- Promover a Comunicação (Medos, angústias e alucinações)
- Evitar conversas paralelas
- Promover a autonomia (Realização de pequenas tarefas, incentivar a memória retrógrada, reduzir estímulos à noite, minimizar os défices sensoriais)

Dirigido ao ambiente

- Seguro, calmo e confortável
- Diminuir os estímulos
- Colocar um calendário e um relógio;
- Colocar objetos pessoais/familiares
- Evitar as transferências de cama e/ou unidade
- Estabelecer contacto físico e utilizar tom de voz suave
- Evitar a presença de muitas pessoas no quarto e/ou outros doentes com *delirium*
- Promover a ventilação e luz ténue
- Evitar grades e contenção física

Dirigido à família

- Explicar sintomas e comportamentos
- Explicar comportamento a ter na sua presença
- Promover a comunicação com o doente (sem corrigir ou contrariar) e com a equipa

1.7. Tratamento farmacológico

O tratamento deverá ser dirigido às causas reversíveis de forma **individualizada** consoante os objetivos de cuidados. Atualmente, nenhuma medicação está aprovada para o tratamento dirigido do *Delirium*. Assim sendo, a utilização destes fármacos (tabela 5) tem como objetivo o **controlo sintomático** e deverá ser utilizada apenas por um curto espaço de tempo, adaptando sempre aos **objetivos de cuidados**.

Se o doente apresentar sintomas refratários apesar das medidas acima descritas devemos ponderar a sedação paliativa, reforçando sempre o ajuste do tratamento consoante os objetivos de cuidados.

Tabela 5 – Fármacos utilizados no tratamento do *Delirium*

Fármaco	Via de administração e Dose	Indicação
Haloperidol	PO / SC / IM / IV → dose IV 2 vezes mais potente que a oral (na formulação IV – risco de arritmia cardíaca) Dose inicial: 0,5 a 2 mg de 8/8 h ou 12/12 h Titulação de 30 em 30 minutos; 1/1 h e 2/2 h Dose máxima: 20-30 mg/dia	Tratamento de 1ª linha Iniciar doses mais baixas em idosos
Olanzapina	Oral (orodispersível) - 2,5 a 20 mg/dia, 1 toma ao deitar	
Risperidona	PO - 0,5 a 2 mg/dia; 1 a 2 tomas/dia até 6 mg/dia;	Doses mais baixas em idosos, Doença renal crónica e doentes frágeis
Quetiapina	PO Iniciar com 12,5 – 25 mg 2x dia; aumento de 25 a 50 mg/dia até dose de manutenção de 300 a 400 mg/dia Dose máxima até 750 a 800 mg/dia	
Aripiprazol	PO, IM – 5-20 mg	

Amissulprida	PO - 150 mg	
Clorpromazina	PO, IM - 12,5 a 150 mg/dia em 1 a 3 tomas/dia	Sedação
Levomepromazina	PO ou SC - 6,25 até 200 mg/dia em 1 a 2 tomas/dia ou perfusão SC contínua	Sedação
Midazolam	PO, IV ou SC - oral 0,5 a 2 mg 1/1h ou 4/4h; SC 3 a 5 mg 6/6h ou 1mg/h em perfusão; máximo 30-80mg/24h	Sedação. Deve ser reservado para casos de agitação psicomotora severa
Propofol	IV - 10-70 mg 1/1h; iniciar a 1mg/kg/h com aumento de 0,5 mg/kg até atingir o efeito, normalmente <6 mg/kg/h	Sedação
Fenobarbital	IV ou SC (cateter único) Dose inicial 100-200mg até 800-1600mg/24h	Utilizado em casos refratários
Dexmedetomidina	IV Dose de carga: 1 mcg/kg IV em 10 minutes, dose de manutenção 0,2-1,4 mcg/kg/hora IV	Sedação

IM - Intramuscular; **IV** - intravenosa; **PO** - per os; **SC** - subcutâneo

As benzodiazepinas devem ser utilizadas com cautela no *Delirium* não causado por abstinência alcoólica ou destes fármacos, porque podem causar agitação paradoxal e perpetuar o mesmo.

Se o doente apresentar sintomas refratários apesar das medidas acima descritas temos que ponderar a sedação paliativa, reforçando sempre o ajuste do tratamento consoante os objetivos de cuidados.

2. Distúrbios do sono

Os distúrbios do sono são particularmente desafiantes em Cuidados Paliativos (CP) dada a complexidade e heterogeneidade de situações clínicas. Estas perturbações são subdiagnosticadas e subtratadas. O sono suficiente não é traduzido por horas, mas sim pela noção subjetiva do doente apresentar um sono reparador. Assim, deverá ser valorizada a alteração da qualidade/quantidade de sono.

Os familiares/cuidadores de doentes com doenças crónicas progressivas podem também apresentar distúrbios do sono.

Existem muitas perturbações do sono, sendo as mais frequentes em CP as insónias e hipersónias.

2.1 História clínica

A colheita de uma história clínica detalhada, estruturada e sistemática junto do doente e família/cuidador é fundamental. Isto demonstrará o tipo, o impacto e a etiologia do distúrbio. A tabela 6 resume o que deverá ser investigado no contacto com o doente e família.

Tabela 6 – História clínica dirigida aos distúrbios do sono

Queixa principal	• Início, duração, frequência, fatores de agravamento/alívio, progressão • Período em que surge (dificuldade em adormecer, despertar noturno e/ou sono não reparador) • Tratamentos prévios/atuais e resposta aos mesmos
Outros Sintomas associados	• Respiratórios, prurido, sudorese, ansiedade, tristeza, medo da noite, etc.
Horário sono/vigília	• Caracterizar o tempo até adormecer e os despertares noturnos e comportamentos perante esse acontecimento • Tempo de sono total e desde o último despertar

Atividade diurna	• Sonolência, sestas, fadiga, alterações de humor ou cognitivas, qualidade de vida, exacerbação de comorbilidades
Condições prévias ao adormecer	• Atividades efetuadas • Estado mental e físico antes de adormecer • Ambiente do quarto

2.2. Etiologia

Os distúrbios do sono podem apresentar múltiplas etiologias como:

- Fatores relacionados com a doença,
- Medicação/ quimioterapia
- Outras comorbilidades (exemplos: incontinência urinária, noctúria, refluxo gastroesofágico, insuficiência cardíaca)
- Fatores ambientais
- Fatores físicos e psicológicos
- Défice cognitivo/ síndrome confusional

2.3. Tratamento

A tabela 7 resume o tratamento não farmacológico dos distúrbios do sono em CP.

Tabela 7 – Tratamento não farmacológico dos distúrbios do sono

Correção de fatores reversíveis	• Abordar os problemas de comunicação e receios do doente e família • Controlo sintomático adequado • Tratar as comorbilidades • Revisão da medicação habitual • Correção de fatores externos
--	---

Higiene do sono	• Deitar e levantar a horas, evitar sestas • Não permanecer acordado na cama mais que 5-10 min • Relaxar antes de dormir e evitar ver TV ou ler na cama • Evitar substâncias que interferem com o sono (exemplo: cafeína) • Atividade física regular (evitar as 3 horas antes de deitar) • Criar um ambiente escuro e confortável • Não ter relógio durante a noite • Exposição solar durante as horas de vigília
Terapêuticas psicológicas e comportamentais	• Uma abordagem cognitivo-comportamental com intuito de melhorar a autoeficácia do doente: reestruturação cognitiva, estratégias comportamentais, relaxamento, educação sobre higiene do sono

Os fármacos utilizados primariamente para a insónia estão resumidos na tabela 8 .

- Os fármacos antipsicóticos (quetiapina, olanzapina) devem ser reservados a doentes com indicação para tratamento com antipsicóticos ou, excecionalmente, em formas graves de insónia, resistentes aos tratamentos farmacológicos convencionais.

Tabela 8 - tratamento farmacológico da insónia

Benzodiazepinas de ação curta	Brotizolam	10mg ao deitar (5 mg no idoso ou insuficiência hepática)	Maior risco de induzir dependência e tolerância
	Triazolam	0,25 mg ao deitar, máx 0,5 mg (metade ou ¼ dose nos idosos)	

Benzodiazepinas de ação intermédia	Lorazepam	1 mg ao deitar, máximo 2mg	
	Estazolam	1-2 mg ao deitar (0,5 mg no idoso)	
Benzodiazepinas de ação longa	Flumazepam	15-30 mg ao deitar (15 mg no idoso)	Risco de acumulação no idoso ou insuficiência hepática
Zolpidem	Zolpidem	10 mg ao deitar	Utilizado na insónia inicial
Antidepressivos	Trazodona libertação prolongada (OD)	75-300 mg	Considerados a 1 ^a linha quando insónia está associada a depressão
	Mirtazapina	Para depressão 15-45 mg Para náuseas ou anorexia 7,5 mg-15 mg	
	Amitriptilina		
	Trimipramina		

Relativamente à hipersónia os fármacos estudados são o modafinil (dose 200-400mg/dia) e o metilfenidato (até 40 mg/dia). No entanto, os resultados não são consistentes.

3. Ansiedade

A ansiedade é um sintoma muito comum nos doentes em CP. Esta pode ser:

- **Adaptativa** → Apresenta intensidade moderada ou proporcional à ameaça e tendência a aliviar progressivamente quando a ameaça diminui
- **Transitória** → Perante as incertezas da doença e aproximação da morte
- **Desadaptativa** → Desproporcional à ameaça e com um aumento da

intensidade, frequência ou duração dos sintomas físicos e/ou psicológicos

- **Antecipatória** → Surge antes de alguns acontecimentos (exemplo: antes de realizar quimioterapia)

É fundamental uma história clínica detalhada junto com o doente, família e cuidador.

3.1. Fatores predisponentes

É fundamental reconhecer a natureza multifatorial da ansiedade. A tabela 9 resume os fatores predisponentes da ansiedade.

Tabela 9 – Fatores predisponentes da ansiedade

Situacionais	Adaptação à doença e ao seu tratamento
	Preocupação com a família, finanças e trabalho
	Medo do desconhecido, dos sintomas não controlados ou do hospital
	Perda de papel ou sentimento de inutilidade
	Isolamento ou apoio não adequado
	Conspiração do silêncio
Comorbilidades	A consciencialização da própria morte e o medo de morrer sozinho
	A presença de patologia orgânica com pluralidade sintomática
	A presença de doença psiquiátrica ou ansiosa prévias
	Limitação funcional
Psicológicos	<i>Delirium</i>
	Negação, culpa, irritabilidade, medo, insónia, depressão

Medicamentos	Corticosteróides, opióides, psicoestimulantes, benzodiazepinas, alucinogénios, broncodilatadores, beta adrenérgicos, hormonas tiroideias
	Estados de abstinência precipitados pela suspensão brusca de benzodiazepinas, opioides, álcool e drogas
Antecedentes psicossociais e espirituais	Sofrimento global
	Medo de perder capacidades mentais e/ou físicas ou do sofrimento
	Pensamentos sobre o passado (oportunidades perdidas, sentimento de culpa) ou sobre a morte

3.2. Tratamento

3.2.1. Não farmacológico

O primeiro passo é a avaliação funcional do problema com intuito de reconhecer os sintomas e fatores que influenciam a ansiedade (predisponentes, precipitantes e de manutenção) e implementar técnicas para a sua melhor compreensão e gestão emocional. Nesse sentido é importante dar a oportunidade/tempo ao doente para que este manifeste os seus medos, angústias e frustrações, promovendo a ventilação emocional.

A instituição de métodos psicológicos como a **psicoeducação, respiração passiva, terapias cognitivo-comportamentais, musicoterapia, arteterapia, hipnose e técnicas de relaxamento** como a massagem são fundamentais para ajudar o doente a apresentar um sentimento de controlo.

3.2.2. Farmacológico

Existem múltiplos fármacos que podem ser utilizados no controlo da ansiedade. Estão descritos na tabela 10.

Tabela 10 – Tratamento farmacológico da ansiedade

Fármacos		Indicação terapêutica
Benzodiazepinas (BZD) de ação curta	Lorazepam Oxazepam	Podem auxiliar no controlo de náuseas e vômitos
	Midazolam	sedação
Benzodiazepinas de ação longa	Diazepam Clonazepam	Se convulsões, tumores cerebrais ou perturbações mentais orgânicas ou como adjuvante na dor neuropática
Neurolépticos	Haloperidol	Quando as benzodiazepinas não são eficazes, existem sintomas psicóticos ou na ansiedade induzida pelos corticosteroides
	Clorpromazina Levomepromazina	sedação
Buspirona		Ansiedade crónica ou perturbações de adaptação Efeito ansiolítico lento (1 a 3 semanas para iniciar o efeito terapêutico)
Antidepressivos tricíclicos	Amitriptilina Clomipramina	Propriedades analgésicas, sendo indicados em caso de dor subjacente
Antidepressivos Inibidores de recaptção de serotonina	Citalopram Escitalopram Paroxetina Sertralina	Ataques de pânico não controlados com benzodiazepinas
Antidepressivos atípicos	Trazodona Mirtazapina	Ansiedade e insónia no contexto de depressão
Antidepressivos Inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina	Venlafaxina Duloxetina	Ansiedade associada a dor neuropática

Hidroxizina	Doentes com risco de depressão respiratória. No entanto, os efeitos anticolinérgicos devem ser monitorizados no doente debilitado com risco de <i>delirium</i>
Propanolol	Controlo dos sintomas somáticos

4. Depressão

Um doente paliativo habitualmente é confrontado com uma situação de crise, podendo a reação psicológica incluir medo, tristeza, perplexidade e raiva. Estes sintomas podem ser flutuantes ao longo do dia. Habitualmente este impacto inicial resolve-se em algumas semanas com o apoio de equipas multidisciplinares, família e cuidadores.

A **depressão** caracteriza-se por um sentimento patológico de tristeza, desanimo, perda de interesse nas atividades diárias. Deve considerar-se uma depressão clínica quando existe uma evidente dificuldade de adaptação à doença e sofrimento existencial que interfere com a vida quotidiana do doente.

NOTA: De ressaltar que devemos ser prudentes nesta avaliação porque tristeza é diferente de depressão, porque a primeira é adaptativa e reativa a uma situação menos favorável (exemplo: luto por perda de um ente querido) e como tal deve ser acompanhada e não tratada com psicofármacos a menos que se transforme em depressão.

4.1. Diagnóstico

Nos CP a depressão é subtratada e subdiagnosticada devido a sobreposição de sintomas ou patologia mascarada pelo doente para proteger os familiares.

No que diz respeito à sobreposição de sintomas os doentes nos CP apresentam frequentemente tristeza e sintomas físicos (exemplo; anorexia, perda de peso). Nesse sentido Endicott utiliza critérios que substituem os sintomas somáticos por sintomas psicológicos (Tabela 11).

Tabela 11 – Critérios de diagnóstico de Endicott

1 - Aspeto deprimido

2- Isolamento social ou diminuição da comunicação

3 - Amargura, autocompaixão, pessimismo

4 - Humor não reativo aos acontecimentos ambientais, não se consegue animar

5 - Inibição ou agitação psicomotora

6 - Estado de ânimo deprimido, notado pelo próprio ou pelos outros

7 - Marcada perda de interesse ou capacidade para experimentar prazer em todas ou maioria das atividades, na maior parte do dia

8 - Sentimentos de inutilidade ou culpa excessivos ou inapropriados

9 - Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio

Tem que cumprir 5 dos 9 critérios durante pelo menos 2 semanas

4.2. Fatores predisponentes

A depressão é uma doença multifatorial que surge como consequência de fatores psicológicos, sociais, ambientais, etc. A tabela 12 resume os fatores predisponentes.

Tabela 12 – Fatores predisponentes para depressão

Médicos	Psicossociais e espirituais	Medicamentosos
• Sintomas mal controlados • Doenças endócrinas • Antecedentes psiquiátricos • Depressão • Doenças neurológicas • Perturbações de Adaptação • Personalidade obsessiva • Doenças infecciosas • Dependência de Álcool ou drogas • Anemia e problemas nutricionais • Distúrbios metabólicos • Neoplasias • Outros	• Acontecimentos de vida predisponentes ou concomitantes • Processo de luto pessoal • Reduzido apoio social • Preocupação com o sofrimento da família • Medos e angústias • Perda de independência • Sofrimento existencial • Desespero e perda de significado	• Hormonais Corticosteroides; Estrógenos • Cardiovasculares Digoxina; Clonidina; Propranolol; Metildopa • Quimioterápicos Vinblastina; Vincristina; Interferão; L-asparaginase; Procarbazina; Tamoxifeno • Outros L-dopa; Bromocriptina; Indometacina; Anti-inflamatórios; Analgésicos; antibióticos

4.3. Tratamento

4.3.1. Não farmacológico

O tratamento requer uma abordagem multidisciplinar com tratamento das causas reversíveis, uma relação de e ajuda e, por vezes, uma intervenção de psicoterapia. Outras técnicas de psicoterapia individuais específicas como a cognitivo-comportamental, cognitivo-existenciais podem auxiliar na relação de ajuda.

4.3.2. Farmacológica

Como intervenção paralela à intervenção não farmacológica, a terapêutica farmacológica permite um tratamento global da depressão.

É importante esclarecer se existe história prévia de depressão e quais os tratamentos prévios efetuados.

Os antidepressivos de primeira linha são os SSRI de manhã, ou a trazodona à noite ou 12h antes do despertar no caso da Trazodona *once a day* (OD) devido à sedação. No entanto, a fluoxetina pode condicionar náuseas, ansiedade e anorexia. Os psicofármacos de segunda linha são os tricíclicos em doses mais baixas. O resumo dos fármacos utilizados na depressão encontra-se na tabela 13.

Tabela 13 - Tratamento farmacológico da depressão

Amitriptilina	10 a 25 mg per os ao deitar
Mirtazapina	15 mg à noite, pode ser aumentada até 30 mg -45 mg
Fluoxetina	10 mg per os de manhã, pode ser aumentada até 20 mg
Paroxetina	10 mg per os de manhã, pode ser aumentada até 20 mg
Sertralina	25/50 mg per os manhã, pode ser aumentada até 50/100mg
Escitalopram	10 mg per os de manhã, pode ser aumentada até 20 mg
Citalopram	10 mg per os de manhã, pode ser aumentada até 20 mg-60 mg
Venlafaxina	37,5 mg, pode ser aumentada até 75-150 mg
Trazodona	Trazodona libertação prolongada (OD) – Iniciar com 75 mg e aumentar 75 mg a cada 3 dias até uma dose máxima de 300 mg se necessário Trazodona libertação controlada (AC) e Trazodona 100 - Iniciar com 50 mg e aumentar 50 mg a cada 3 dias até uma dose máxima de 300 mg se necessário

Em casos graves associados a lentificação psicomotora severa podem ser utilizados **psicoestimulantes** como o metilfenidato (dose teste de 5mg por os manhã, posteriormente 10 mg de manhã e 5 mg à noite), particularmente se o prognóstico for inferior a 3 meses.

A **terapia electroconvulsiva** pode ser útil em casos seleccionados (exemplo: depressão severa que surge durante a quimioterapia).

Se ao fim de 4 semanas não obtiveram resultado, recomendamos pedir colaboração à psiquiatria.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Nzwala, I; Aboim, MA; Joaquim, N; et al; Systematic Review of the Prevalence Predictors, and treatment of Insomnia in Palliative Care. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2020.
- 2- Bush, SH; Tierney, S; Lawlor, PG; Clinical Assessment and Management of Delirium in Palliative Care Setting. Drugs. Vol. 77. 2017. p.1623-1643
- 3- Barbosa, A; Pina, PR; Tavares, F; Neto, IG; Manual de Cuidados Paliativos. 3ª edição. 2016.
- 4- Rayner, L; Price, A; Evans, A; et al; Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. Palliative Medicine. 2010.
- 5- Watson, M; Lucas, C; Hoy, A; Wells, J. Psychiatric symptoms in palliative care. In: Oxford Handbook of Palliative Care. 2ª Edição. 2009.
- 6- Caraceni, A, Simonetti, F. - Palliating delirium in patients with cancer. Lancet Oncol. Vol. 10. 2009. p. 164-172.
- 7- Leonard, M., Agar, M., Mason, C., Lawlor, P. - Delirium issues in palliative care settings. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 65. 2008. p. 289-298.

14.

SINTOMAS NEUROLÓGICOS

Ana Raquel Ramos, Petra Monteiro, Ricardo Fernandes

*Internos de Formação Específica, Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de
Gaia-Espinho*



SINTOMAS NEUROLÓGICOS

Mioclônias

Definição

Contrações musculares involuntárias frequentemente indicativas de neurotoxicidade. É um sintoma que assusta bastante os familiares, porém os doentes, por estarem muito debilitados, podem nem percebê-lo.

Etiologia

- Iatrogenia por **antagonistas dopaminérgicos** (metoclopramida) ou **neurolépticos** (haloperidol)
- Doses altas de **opióides**
- Abstinências de **álcool, benzodiazepinas, barbitúricos** ou **anticonvulsivantes**
- **Distúrbios metabólicos** (ex: urémia)
- **Hipóxia**
- **Desidratação**
- **Edema cerebral**

Os fármacos e a sua dosagem precisam de ser revistas, principalmente os opióides (rever dose ou fazer a rotação de opióide, se necessário).

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico e deve ser diferenciado de distúrbios extrapiramidais como tiques, coreia, tremor postural, distonia e espasmo hemifacial, asterixis e convulsões.

Devemos avaliar a idade do doente, as características da mioclonia, as circunstâncias que a causam e os sintomas ou doenças que a acompanham.

Os exames complementares devem ser realizados de acordo com o diagnóstico suspeito: analítico, TC de crânio, entre outros.

Tratamento farmacológico

O tratamento passa pelo uso de benzodiazepinas. O tratamento mais utilizado é midazolam 5-10 mg SC de h/h até cessarem as mioclonias e depois administrar 20-30mg/dia. As alternativas possíveis são:

- Diazepam 10-20 mg VR de h/h até cessar e depois manter 20 mg/noite;
- Clonazepam SC 0,5 mg de h/h e manter com 1-4mg/dia.
- A mioclonia cortical responde a fármacos anticonvulsivantes: clonazepam 2-15 mg/dia VO/SC/EV, diazepam 5-10 mg por VO/VR, midazolam 5-10 mg por VO/SC/EV e ajustar a dose de acordo com resposta.
- Na mioclonia subcortical: valproato de sódio (1.200 a 3.000 mg/dia).
- A mioclonia pós-anóxica: responde a 5-hidroxitriptofano (precursor metabólico da serotonina) em doses de 1-1,5mg/dia VO ou à carbidopa até 400 mg/dia

Convulsões

Definição

Fenómeno electrofisiológico normal temporário que ocorre no cérebro e que resulta numa sincronização anormal da actividade eléctrica neuronal. Geralmente, se generalizada envolve os dois hemisférios cerebrais, se parcial geralmente uma ou mais áreas cerebrais. Estas alterações podem refletir-se a nível do tônus corporal provocando contrações involuntárias musculares, como movimentos descoordenados, ou outras

reações anormais como desvio dos olhos e tremores, alterações do estado mental ou outros sintomas psíquicos.

Estado de mal - convulsão única com duração superior a 30 minutos ou uma série de crises durante as quais a consciência **não é** recuperada entre eventos ictais num período de 30 minutos.

Etiologia

- Tumores primários cerebrais ou metástases cerebrais;
- Epilepsia/Alteração ou suspensão de medicação antiepiléptica prévia;
- Doença cerebrovascular (acidentes vasculares cerebrais isquémicos, trombose do seio venoso, hemorragias cerebrais);
- Hipoxemia;
- Febre/infecção sistémica ou localizada ao Sistema Nervoso Central (ex: herpética);
- Alterações electrolíticas (sódio, potássio, cálcio, magnésio);
- Abstinência de drogas ou álcool;
- Distúrbios metabólicos, muitas vezes induzidos por fármacos (ciclofosfamida, bisfosfonato, cisplatina);
- Síndromes paraneoplásicas;
- Radioterapia cerebral (encefalopatia aguda e necrose da radiação tardia).

Abordagem inicial da crise convulsiva

- Identificar etiologia
- Avaliar se é um fenómeno agudo e reversível ou uma agudização de epilepsia já conhecida.

História Clínica

- **Características de uma crise:**
 - Mordedura de língua

- Desvio cefálico lateral persistente durante a crise
- Posturas não usuais do tronco ou membros durante a crise
- Contração muscular prolongada dos membros (doentes com síncope podem mimetizar esta situação)
- Confusão mental prolongada após a crise

O primeiro passo consiste em identificar características do episódio paroxístico (sintomas prodrômicos, sinais e sintomas iniciais, alteração de consciência, sintomas pós-crise) que aumentam a suspeita de crise e auxiliam a classificar a crise como de início parcial ou generalizada.

- **Sintomas prodrômicos (auras):** luzes brilhantes, movimentos rítmicos da face ou algum membro, sensações epigástricas, medo, *jamaís vu* (sensação subjetiva súbita de estranhamento em situações conhecidas do doente) ou *déjà vu* (sensação subjetiva súbita de familiaridade em situações não conhecidas do paciente). Usualmente presentes em crises parciais.
- **Sintomas pós-crise (estado pós-ictal):** após as crises, com exceção às de ausência, o doente apresenta período confusional prolongado, sonolência, dor muscular e fadiga. Esses sintomas são úteis na diferenciação de síncope com crise convulsiva. Na síncope, as contrações musculares são breves e não é habitual seguirem-se de confusão que, quando presente, não dura mais de 15 minutos.

Crises parciais (com início localizado)

crises parciais simples (com sintomas mas sem alteração da consciência)

com sintomas motores

com sintomas sensoriais e somatossensoriais

com sintomas autonômicos

formas compostas

crises parciais complexas (com sintomas e com alteração da consciência)

com comprometimento da consciência apenas

com sintomas cognitivos

com sintomas afetivos

com sintomas psicossensoriais

com sintomas psicomotores (automatismos)

com formas compostas

Crises Generalizadas

(convulsivas ou não convulsivas, bilateralmente simétricas, início não localizado)

crises tônico-clônicas

crises tônicas

crises clônicas

crises de ausência

crises atônicas

crises mioclônicas (epiléticas bilateralmente maciças)

crises não classificadas

Identificação dos fatores agudos ou potencialmente reversíveis

As principais causas de crise reactiva, aguda são:

- Febre
- Abstinência de álcool ou outras drogas
- Fármacos (*vide tabela abaixo*)

- Acidente vascular cerebral (isquémico ou hemorrágico)
- Traumatismo cranioencefálico
- Infecções do sistema nervoso central
- Distúrbios metabólicos/eletrolíticos
 - Hipo/hipernatrémia, hipomagnesémia, hipocalcémia, hipoglicemia, uremia, hipóxia, hipertireoidismo, desidratação

Fármacos que podem precipitar as crises

Analgésicos	Tramadol
Antibióticos	Ampicilina, cefalosporinas, isoniazida, metronidazol, penicilina
Antidepressivos	Amitríptilina, bupropiona
Antipsicóticos	Clorpromazina, haloperidol
Broncodilatadores	Aminofilina, teofilina
Outros	Metotrexato, atenolol, domperidona, lítio, ácido fólico, ondansetron

Exame Físico

- Avaliar sinais vitais, incluindo temperatura e glicemia
- Avaliar estado de hidratação
- Exame neurológico é fundamental para identificar suspeita de infeção do sistema nervoso central ou possibilidade de acidente vascular cerebral

Pesquisar activamente: Parestesias, hiperreflexia ou presença de sinal de *Babinski* (que pode sugerir lesão encefálica contralateral).

Diagnóstico

- ✓ O primeiro passo no diagnóstico de uma convulsão é reconhecê-la, devem ser distinguidas de outros tipos de contrações musculares involuntárias como as mioclonias (ex: provocada por opióides), hipercinésia (ex: Induzida pelo haloperidol) ou padrões de movimento associado ao aumento da pressão intracraniana.

- ✓ O diagnóstico etiológico pós- crise requer uma anamnese, exame físico e exames complementares
 - **Estudo Analítico** – hemograma, glicemia, funções renal e hepática, ionograma, PCR e marcadores musculares, VIH e serologia sífilis, pesquisa de drogas na urina
 - **TC/RMN Cerebral**
 - **Punção Lombar**
 - **Electroencefalograma (EEG)**

A implementação deve ser individualizada de acordo com a condição do doente.

Diagnósticos Diferenciais

- Síncope vasovagal ou cardiogénica (explorar presença de ambiente quente, dor, mudança de posição, exercício extenuante, palpitações, diaforese, hiperventilação)
- Sintomas/condições neuropsiquiátricas (síndromes vertiginosas, ataques de pânico, crises conversivas, alucinações, parassónias,...)
- Distúrbios do sono (como narcolepsia ou movimento periódico dos membros durante o sono)
- Enxaquecas com aura
- Amnésia global transitória
- AIT ou AVC (geralmente mais associados a fenómenos negativos como diminuição da sensibilidade, diminuição da força, perda da visão,...)

Antes de pesquisar causas alternativas, excluir os principais fatores precipitantes de crises convulsivas.

Tratamento

- O tratamento de uma convulsão num doente em cuidados paliativos é semelhante a qualquer outro doente. Na maioria dos casos, resolve-se

espontaneamente em segundos ou minutos. No entanto, se prolongada, vai exigir intervenção urgente.

- Os familiares dos doentes têm de ser ensinados a agir perante uma crise convulsiva.

Tratamento Suporte

- **Oxigenoterapia Suplementar** e garantir permeabilidade das vias aéreas
 - Não colocar dedos/objectos na boca do doente
- **Avaliar Temperatura**
 - Hipertermia → antipiréticos
 - Hipotermia → aquecimento corporal
- **Se Hipoglicemia**
 - Doente com via oral → comida ou ampola de glicose hipertónica
 - Doente sem via oral, administrar 100 mL glicose a 20% endovenoso em *bólus*
- **Se Etilismo** → 100 mg EV tiamina, antes da administração da glicose

Tratamento Etiológico

- Eliminar ou minimizar a causa precipitante
- **Se crise convulsiva associada a tumor cerebral primário ou secundário com edema:**
 - **Corticoterapia** (Dexametasona - dose inicial pode ser de 10 a 20 mg em *bólus* e 4 mg a cada 6 horas, e pode ser aumentado até 100 mg/dia) e Antiepiléptico (*vide a baixo*)
 - Reduzir progressivamente dose de corticoide (consoante os objetivos de cuidados e tempo de vida do doente), devido aos efeitos colaterais → risco de desenvolvimento ou agudização de úlceras pépticas, alterações metabólicas (por exemplo, hiperglicemia), miopatia, hipertensão arterial, síndrome de *Cushing*, distúrbios do sono, psicose, tremores, bem como infeções oportunistas

- Podem interferir com níveis séricos de anticonvulsivantes (ex: fenitoína)

Tratamento da Crise

• Benzodiazepinas

- *Diazepam* 10mg rectal ou se acesso venoso, 10-15mg EV (0,15- 0,25mg/kg a perfundir até 5mg/min).
- *Lorazepam* 4 mg EV (2mg/min), SL ou nasal.
- *Midazolam* 5-15mg EV, SC ou SL (0,1-0,3mg/kg)

Se crise não parar, repetir tratamento 20 min após a primeira administração.

Tratamento de Manutenção ou Profilático

• Crises Focais

- Valproato de sódio
- Carbamazepina

• Crises Generalizadas

- Valproato de sódio
- Fenitoína
- Carbamazepina
- Outros fármacos úteis que não interferem com o citocromo P450:
 - Levetiracetam
 - Pregabalina, Lamotrigina, Topiramato

Indicação para doseamento dos níveis terapêuticos dos anticonvulsivantes

- Manutenção das convulsões mesmo com terapêutica otimizada
- Sinais e sintomas de novo associados a toxicidade pelos anticonvulsivantes
- Baixa adesão terapêutica

Doentes que não deglutem e prognóstico de horas a dias

• Terapêutica de Manutenção:

- Midazolam (40-100 mg/dia em ISC)
- Clonazepam (0,5 mg SL ou SC duas vezes ao dia ou 1-8 mg/dia em ISC)
- Fenobarbital → Se crises persistirem (100 mg em bolus SC ou IV, seguidos de 200-600mg/dia SC)

BIBLIOGRAFIA

- 1- Bernardo, A; Leal, F; Barbosa, A. Ansiedade. In: Barbosa, A; Pina, Pr; Tavares, F; Neto, Ig; Manual De Cuidados Paliativos. 3ª Edição. 2016. P.544-549;
- 2- Hanks, G., Cherny, Nj, Chrisakis, N.A., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R.K. – Oxford Textbook Of Palliative Medicine. 4ª Edition. New York: Oxford University Press, 2010;
- Shorvon S. The Management Of Status Epilepticus. J.Neurol Neurosurg Psychiatry 2001; 70;
- 3- Rémi C, Lorenzl S, Vyhnaek B, Rastorfer K, Feddersen B. Continuous Subcutaneous Use Of Levetiracetam: A Retrospective Review Of Tolerability And Clinical Effects. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2014 Dec;28(4):371-7;
- 4- Dulin Jd, Noreika Dm, Coyne Pj. Management Of Refractory Status Epilepticus In An Actively Dying Patient. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2014 Sep;28(3):243-50;
- 5 - Avila EK, Graber J. Convulsões e epilepsia em pacientes com câncer. Curr Neurol Neurosci Rep. 2010; 10:60;
- 6- Koekkoek JA, Postma TJ, Heimans JJ, et al. Tratamento com drogas antiepilépticas na fase de final de vida de pacientes com glioma: um estudo de viabilidade. Support Care Cancer 2016; 24: 1633;
- 7 - Walsh D. Medicina Paliativa. Elsevier. Primera edición. España 2010.

15.

SINTOMAS CUTÂNEOS E DAS MUCOSAS

Rui Carneiro

*Médico da Equipa de Acompanhamento, Suporte e Palição do Hospital da Luz
- Arrábida*



SINTOMAS CUTÂNEOS E DAS MUCOSAS

Xerostomia	
Definição	• Sensação de boca seca. • Prevalência em até 80% da doença oncológica avançada, 40-80% em doentes em cuidados intensivos. • É dos sintomas mais perturbadores para doentes e menos valorizados pelos profissionais de saúde.
Etiologia	• Associada a doença de base: diabetes mellitus (principalmente se não controlada), síndrome sicca, desidratação, hipercalcemia, respiração bucal. • Associada a tratamentos: diuréticos, antidepressivos, opioides, antimuscarínicos, anti-histamínicos, antiparkinsonianos, mucosite, radioterapia, oxigenioterapia.
Prevenção	• Nenhuma terapêutica baseada na evidência foi desenvolvida para a prevenção da xerostomia.
Tratamento Farmacológico	• Pilocarpina: 5mg tid PO, comprimidos (ou gotas oftálmicas: 15 gotas tid PO). • Cevemeline 30 mg tid PO, comprimidos. Em ambos os princípios ativos, evitar ou contra-indicados em caso de DOPC, oclusão intestinal, glaucoma ou doença cardíaca.
Tratamento não Farmacológico	• Tratamento da causa (se possível e desejável). • Otimização da higiene oral. • Revisão terapêutica, reduzindo iatrogenia. • Terapia de estimulação: uso de pastilha elástica ou rebuçados de sabor cítrico mas sem açúcar. • Terapia substitutiva de saliva: uso gelo moído ou água em spray; uso de saliva artificial, creme hidratante para os lábios. • Terapia nutricional: aumentar aporte hídrico (quando possível), refeições com alimentos moles e com molhos, alimentos frios/ tépidos, sugar em pequenos cubos congelados de ananás, pepino ou maçã.

Disgeusia

Definição	• Sensação anormal, distorcido ou desagradável de paladar. • Prevalência em 50% em doentes sob quimioterapia, 50-80% em diabéticos ou doentes sob radioterapia e até um terço na 3ª idade.
Etiologia	• Associada a doença de local: trauma ou cirurgia, tabagismo, radioterapia paralisa o nervo facial, ou patologia dentária. • Associada a fator sistémico: diabetes, hipotireoidismo, insuficiência renal grave. • Associada a fármacos: AAS, diuréticos, anti-hipertensores (IECA), antibióticos, anti-neoplásicos.
Prevenção	• Nenhuma intervenção baseada na evidência foi desenvolvida para a prevenção da disgeusia.
Tratamento Farmacológico	• Nenhuma intervenção baseada na evidência foi desenvolvida para terapêutica farmacológica da disgeusia. • Clonazepam se disgeusia associada a ardência da boca, desde que não associada a alteração da barreira epitelial. • Suplementação de zinco (50mg tid PO), principalmente em doentes não oncológicos (teste terapêutico).
Tratamento não Farmacológico	• Tratamento da causa (se possível e desejável). • Otimização da higiene oral. • Revisão terapêutica, reduzindo iatrogenia. • Terapia nutricional: fraccionar a dieta, alimentos moles, reminiscência do sabor antes da refeição, estimulação com gelo prévia à refeição, utilizar alimentos de sabor forte, associar condimentos aromáticos, associar limão na saladas, variar frequentemente de sabores, utilizar marinadas, saltear vegetais com alho francês ou enchidos, evitar carnes vermelhas e utensílios de metal.

Estomatite Oral

Definição	• Alteração difusa, erosiva e/ou ulcerativa da mucosa oral. Quando associado a tratamento anti-neoplásico (quimioterapia ou radioterapia) designa-se de mucosite. Pode associar-se a lesão de mucosa de outra região do tubo digestivo. • Prevalência em 80% em doentes sob radioterapia.
Etiologia	• Xerostomia • Fármacos: corticoides, quimioterapia, antibióticos, infeções • Problemas dentários e má higiene oral
Prevenção	• Intervenção baseada na evidência: palifermina e amifostina (não utilizados em Portugal).
Tratamento Farmacológico	• Tratamento da causa (se possível e desejável). • Controlo da dor: utilização de escada analgésica da OMS; utilização de fármacos adjuvantes anestésicos locais (lidocaína a 2% em gel oral); bochechos com solução de morfina a 2% (20mg de sulfato de morfina em 100 mL de água) em bochechos de 10mL q6h • Vigiar possibilidade de sobreinfeção fúngica ou vírica a necessitar de terapêutica dirigida • Se candidiose oral: nistatina 1-5mL qid, bochechar e engolir; se doente com prótese imergir a prótese durante a noite na dose de nistatina utilizada; clorhexidina (colutório) inativa a nistatina; fluconazol 50-100mg; duração tratamento: 7 dias (14 dias se imunossupressão, corticoterapia ou uso de dentaduras)
Tratamento não Farmacológico	• Otimização da higiene oral. • Revisão terapêutica, reduzindo iatrogenia. • Terapia nutricional: fraccionar a dieta, alimentos moles, redução de sal, condimentos, temperatura e acidez dos alimentos, utilizar talheres pequenos e beber por palhinha; considerar a utilização de suplementos orais ou de nutrição parentérica parcial ou total (casos selecionados)

Prurido

Etiologia	• Causas dermatológicas primárias (prurido mediado pela histamina): dermatose inflamatórias ou infecciosas. • Causas não dermatológicas (prurido mediado pela serotonina, substância P ou opióides endógenos): uremia, colestase, infeção pelo HIV, hipertiroidismo, linfoma de Hodgkin, policitemia vera, notalgia parestésica. • Fármacos: corticoides, quimioterapia, antibióticos, infeções. • Problemas dentários e má higiene oral.
Prevenção	• Nenhuma intervenção baseada na evidência foi desenvolvida para a prevenção do prurido.
Tratamento Farmacológico	• Tratamento da causa de base. • Tratamento adjuvante de causas dermatológicas primárias; emolientes, corticoide tópico, anestésicos locais tópicos, inibidores da calcineurina tópicos, soluções de mentol/cânfora, anti-histamínico. • Tratamento adjuvantes de causas não farmacológicas (por ordem de escolha): – Linfoma: Corticoide sistémico; mirtazapina – Tumores sólidos (paraneoplásico): paroxetina*; mirtazapina; paroxetina + mirtazapina; talidomida – Colestase: naltrexona*; rifampicina* ou serotonina*; análogo de testosterona ou danazol. Considerar derivação biliar (se possível e desejável) – Uremia: fototerapia*; naltrexona*; talidomida* – Uso de opióides: anti-histamínico; rotação de opióides; ondansetron – Infeção HIV: indometacina – Policitemia vera: aspirina*; paroxetina* (* - indica evidência nível A para a sua utilização)
Tratamento não Farmacológico	• Cuidados cutâneos otimizados.

16.

ÚLCERAS DE PRESSÃO E FERIDAS MALIGNAS

Enfª Ana Guterres

Serviço de Cuidados Paliativos, IPO, Porto



ÚLCERAS DE PRESSÃO E FERIDAS MALIGNAS

As úlceras de pressão são causadoras de grande sofrimento, custos e recursos, não podendo ficar indiferente a esta realidade num doente em cuidados de fim de vida.

Uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às úlceras de pressão também estão associadas fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido.

São classificadas em:

- Categoria I: Eritema não branqueável em pele intacta;
- Categoria II: Perda parcial da espessura da pele ou flictena;
- Categoria III: Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível);
- Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis).

Em cuidados paliativos, a prevenção não deixa de ser o principal objetivo na abordagem das úlceras de pressão, porém aliada a uma abordagem global e multidisciplinar do doente atendendo aos objetivos terapêuticos assim como aos pessoais e refletindo sempre no conforto e na melhor qualidade de vida possível.

Torna-se importante identificar os doentes em risco:

- Uso de escalas de avaliação de risco (como a de Braden), embora seja um instrumento que não deva ser usado isoladamente.
- Avaliação individual interpretando os vários fatores de risco (tais como imobilidade, idade, diminuição da sensibilidade, má perfusão dos tecidos, doenças concomitantes...).
- Inspeção da pele e vigilância zonas de pressão.

A melhor forma de prevenir as úlceras de pressão é através do alívio e redistribuição de pressão e otimização da tolerância tecidual. Usando equipamentos redistribuidores de pressão; posicionando os doentes (de acordo com as suas necessidades preferências e tolerância); protegendo as zonas mais vulneráveis; mantendo a pele íntegra e seca o máximo possível assim como a manutenção de uma nutrição e hidratação adequadas, porém compatíveis com o estado clínico do doente e suas preferências.

O principal objetivo no tratamento de úlceras de pressão em doente em cuidados paliativos não é a cicatrização da ferida, mas sim o conforto e qualidade de vida, evitando tratamentos despropositados e delineando objetivos realistas. Deste modo o tratamento é planeado atendendo às características da ferida, da avaliação global do doente e do seu ambiente (recursos do doente/família), sempre com o juízo clínico presente.

A abordagem à ferida passa maioritariamente pelo controlo de sintomas, tais como dor, odor, exsudado, controlo de sinais de infeção/inflamatórios, manutenção da ferida limpa e cuidados à pele circundante.

Por outro lado, a ferida maligna resulta de uma solução de continuidade da pele que ocorre devido à infiltração e proliferação das células cancerígenas por via linfática ou sanguínea, através da membrana basal e podem ser derivadas do cancro e/ou da metastização.

Trata-se de feridas de grande impacto, pelos sintomas e pelas alterações da imagem corporal que induzem, assim como pela constatação da progressão da própria doença.

São feridas complexas, visto que o seu crescimento é anormal e desorganizado assim como é o processo de proliferação celular provocado pela oncogénese. Para além que ainda são pouco compreendidas, pois existem muitas limitações científicas, tornando-se um desafio para os próprios profissionais de saúde.

Provocam medo, angústia, humilhação, repulsa, limitações físicas e sociais e diminuição da qualidade de vida.

O objetivo da abordagem à ferida maligna em cuidados paliativos passa pelo controlo de sintomas e pelos cuidados de suporte ao doente e família visando o melhor conforto para o doente.

Dos principais sintomas realça-se: odor, hemorragia, exsudado, dor e prurido.

Para controlar o odor, pretende-se diminuir a concentração da carga bacteriana no leito da ferida, e para isso deve-se limpar muito bem a ferida de forma a gerir o exsudado, assim como gerir tecido necrótico (porém atenção pois não queremos provocar hemorragia). Para além da limpeza da ferida, o tratamento com metronidazol tópico é um dos mais eficazes. Quando há evidência de infeção clínica da ferida pode-se associar antibioterapia sistémica ou apósitos com ação antimicrobiana (iodo) ou ação bactericida (prata). Não se deve descuidar dos cuidados de higiene gerais, roupa e ambiente.

A hemorragia é um dos sintomas que queremos prevenir e para isso devemos utilizar as técnicas corretas de limpeza da ferida, aplicar apósitos não aderentes e se necessário aplicar suspensão de sucralfato tópico no leito da ferida. Porém, se não for possível prevenir então devemos avaliar a causa, para posteriormente prevenir. A atuação perante uma hemorragia depende da mesma e da sua intensidade, porém pode passar pela compressão ou aplicação de material hemostático embebido em água oxigenada ou adrenalina; ou até pela aplicação direta de adrenalina (promove a vasoconstrição). Em hemorragias massivas, a sedação do doente poderá ser necessária de forma a diminuir a ansiedade gerada.

No que se refere ao controlo do exsudado, como já foi referido, trata-se de limpar muito bem a ferida; controlar a infeção; gerir o tecido necrótico e usar apósitos com boa capacidade de absorção e preferencialmente absorção na

vertical, de forma a proteger a pele circundante.

A origem da dor pode ter diversas causas (dor neuropática: compressão de nervos e/ou vasos sanguíneos; iatrogénica: más práticas e utilização incorrecta de apósitos) daí a importância de uma correcta avaliação e caracterização da mesma para controlar e prevenir.

São várias as medidas que podem ser implementadas: farmacológicas (analgesia sistémica, neoadjuvantes e analgesia de resgate) e não farmacológicas (boas práticas na manipulação da ferida; promoção de ambiente adequado; apoio emocional; medidas de relaxamento; termoterapia...)

O exsudado, a evolução da ferida e o uso incorreto de apósitos podem conduzir à presença de prurido. A abordagem passa pela proteção da pele circundante assim como o uso correto dos apósitos. Na prática não existe uma eficácia demonstrada no uso de anti-histamínicos.

Em forma de conclusão: o mais importante em qualquer abordagem a uma ferida é que o doente deve ser olhado sob um ponto de vista integral pois, não se trata de uma ferida mas de um indivíduo com ferida.

17.

ÚLTIMAS HORAS OU DIAS DE VIDA

João Francisco¹, Isabel Barbedo²

¹ Interno de Formação Específica, Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário do Porto

² Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar Universitário do Porto



ÚLTIMAS HORAS OU DIAS DE VIDA

Introdução

Designa-se por agonia o estado que precede a morte e que surge na sequência da progressão de uma doença crónica avançada. A sua duração é de horas a dias, podendo excepcionalmente estender-se até 12 dias.

Esta designação pretende substituir o clássico termo "agonia" (ou "fase agónica"), termo suscetível de interpretações erróneas.

Implica a ausência de causas reversíveis para o processo de deterioração do doente, nomeadamente toxicidade opióide, desidratação, insuficiência renal, infeção e hipercalcemia.

De referir que não há nenhuma escala ou exame complementar que identifique inequivocamente esta fase. O diagnóstico idealmente deve ser feito por mais do que um profissional de saúde.

Manifestações

São manifestações típicas da fase de Últimas Horas ou Dias de Vida

- Deterioração do estado físico, com fadiga e fraqueza progressivas;
- anorexia/recusa alimentar, com diminuição da alimentação e hidratação orais;
- dificuldade progressiva na deglutição com disfagia para líquidos, culminando na incapacidade para deglutir;
- oscilação/diminuição do estado de consciência;
- *delirium*.

Pode ocorrer retenção urinária aguda.

Podem existir sintomas psicoemocionais (ex: ansiedade, crises de medo ou pânico) e por vezes a perceção emocional, verbalizada ou não, da proximidade da morte.

São manifestações tardias (que ocorrem nos 3 dias antes da morte):

- respiração de Cheyne-Stokes e períodos de apneia;
- estertor;
- débito urinário < 100 ml em 12 h;
- movimento mandibular respiratório;
- ausência de pulso radial.

Desafios

São desafios nesta fase:

- Identificar a fase de Últimas Horas ou Dias de Vida
- Adequar o plano de cuidados
- Avaliar necessidade de apoio psicológico e espiritual
- Apoiar família.

Após a identificação da fase agónica, deve haver uma mudança de objetivos

- de monitorização - sintomas e sinais, em vez de tensão arterial, pulso ou saturação periférica de oxigénio; a monitorização de temperatura pode ser útil se a febre causar desconforto ao doente;
- de terapêutica - terapêutica sintomática, suspensão de terapêutica irrelevante ou "fútil";
- de cuidados - o objetivo principal dos cuidados é proporcionar conforto e promover a máxima dignidade de vida, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte. Nesta fase o apoio à família é fundamental, devendo ser intensificado.

Sintomas

Nos últimos dias de vida tanto pode ocorrer um agravamento dos sintomas pré-existentes como o aparecimento de novas queixas.

São sintomas frequentes na fase agónica o *delirium*, com ou sem agitação psico-motora (55%), o estertor (45%), a dispneia (25%), a dor (26%), as náuseas ou vômitos (14%).

O estertor é um ruído que ocorre frequentemente aquando da respiração do doente agónico. É produzido pela passagem de ar através das secreções e saliva acumuladas na orofaringe, na laringe e na traqueia, como consequência da diminuição do tónus muscular e do reflexo da deglutição do doente agónico.

É frequentemente motivo de sofrimento da família, que confunde o estertor com dispneia, engasgamento ou asfixia. É assim necessário tranquilizar a família e explicar o seu significado.

Em relação à agitação, na sua presença é obrigatório excluir retenção urinária ou fecal e dor não controlada, já que podem ser causas de agitação.

De referir que é fundamental o registo de forma sistemática de todos os sintomas e grau de controlo dos mesmos.

PLANO DE CUIDADOS

- Medidas gerais: medidas físicas e ambientais.
- Cuidados à pele. Cuidados orais. Cuidados oculares.
- Simplificar terapêutica e eliminar medicação que não beneficie o doente a curto prazo.
- Manter apenas fármacos de utilidade imediata.
- Evitar procedimentos e tratamentos que causem desconforto ao doente ou

que não o beneficiem, como por exemplo análises sanguíneas de rotina, pesquisas de glicemia capilar, fármacos profiláticos, entre outros.

- Adaptar as vias de administração: como alternativas à via oral (que o doente perde nesta fase) podem ser usadas a via subcutânea, a via sublingual/orodispersível e a via retal (por exemplo, paracetamol supositório, diazepam solução retal).

A via transdérmica, que está disponível para fentanil e buprenorfina, é útil nos doentes que previamente já estavam estabilizados com esta medicação, mas nunca deve ser iniciada nas últimas horas/dias de vida.

A via subcutânea assume um papel de destaque pela sua eficácia, simplicidade e comodidade; no entanto a via endovenosa também pode ser utilizada, por exemplo em doentes que já sejam portadores de cateter venoso (central ou periférico) aquando da identificação desta fase, ou quando é necessário o uso de fármacos que não possam ser administrados por via subcutânea.

- Registrar a decisão de não reanimar e de não indicação para suporte artificial de funções vitais. Em doentes portadores de CDI programar a sua desativação.

Cuidados sintomáticos

- Tratar adequadamente os sintomas presentes.
- Prescrever fármacos cuja necessidade seja previsível (especialmente para a dor, dispneia, agitação, náuseas/vómitos, estertor e febre);

No que diz respeito ao tratamento do **ESTERTOR**, são importantes

- Medidas não farmacológicas: posicionamento do doente (evitar decúbito dorsal; elevação da cabeceira do leito a 45°; colocar o doente em decúbito lateral com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente); evitar sobrecarga hídrica; evitar a aspiração de secreções, fazendo-o apenas em casos extremos e de forma suave e não profunda;

- Medidas farmacológicas:

Os anticolinérgicos são fármacos de escolha, pela sua actividade antissecretória. São recomendados:

- butilescopolamina – em bólus de 20 mg SC (ou EV) até 4/4 horas ou em perfusão contínua (máximo 120 mg/dia);
- atropina (gotas oftálmicas a 1%) 1 a 2 gotas por via SL de 4/4 horas.

Estes fármacos anticolinérgicos não atuam sobre as secreções já existentes, pelo que devem ser administrados o mais precocemente possível. Deve ser feita uma monitorização cuidadosa da resposta à terapêutica, nomeadamente a ausência de resposta ou o aparecimento de efeitos laterais (como xerostomia, retenção urinária, delirium ou sedação excessiva), situações em que deve ser ponderada a sua suspensão.

Se houver evidência de edema pulmonar pode ser útil a administração de furosema por via SC.

Relativamente ao uso da **MORFINA**, é importante salientar que a morfina tem como principais indicações o tratamento da dor moderada a severa, dispneia refratária e diarreia grave. Perfusões de morfina “para conforto” quando o doente não tem nenhum desses sintomas não são recomendadas e não devem ser utilizadas. A morfina também não deve ser usada com objetivo de sedação paliativa.

Plano de alimentação/hidratação

- Ajustar plano nutricional (normalizar a perda de via oral) e o plano de hidratação. Se existirem sinais de desidratação, pode ser usada a hidratação por via subcutânea, que é eficaz e segura.

Não há benefício em colocar sonda nasogástrica para alimentação/hidratação nesta fase. Em doentes previamente alimentados por SNG, deve ser considerado redução do aporte e deve-se vigiar estase gástrica.

Apoio à família

É fundamental nesta fase que a equipa esclareça os familiares do doente em relação à fase em que este se encontra e proximidade da morte e em relação às alterações que o seu ente querido está a sofrer e que são previsíveis que venham a acontecer. Uma comunicação simples, clara e empática é fundamental.

São frequentes preocupações em relação à alimentação e hidratação, que devem ser esclarecidas.

Sempre que necessário deve ser providenciado apoio psicológico e/ou espiritual.

Diez-Manglano J, et al. Guía de práctica clínica de consenso sobre buenas prácticas en los cuidados al final de la vida de las Sociedades Española y Portuguesa de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.014>
Hui D, Santos R, et al. Clinical Signs of Impending Death in Cancer Patients. The Oncologist 2014; 19: 681-687.
Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª Ed. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016.
Braga B, Rodrigues J, Alves M, Neto IR. Guia Prático da Abordagem da Agonia. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Vol 24. N.º1. Jan/Mar 2017.
Galriça I. Manifesto pela morfina. Acta Med Port 2016 Mar; 29(3):161-163.

18.

SEDAÇÃO PALIATIVA

Nuno Ferreira Monteiro¹, Patricia Cipriano², Sara Vieira Silva³,
Elga Freire³

¹ Interno de Formação Específica, Medicina Interna, Hospital Egas Moniz,
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

² Interna de Formação Específica, Medicina Interna, Hospital de Cascais Dr. José de
Almeida

³ Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar
Universitário do Porto



SEDAÇÃO PALIATIVA

Sedação paliativa é uma medida terapêutica de último recurso para tratamento de sintomas refratários, que consiste no uso monitorizado de medicação sedativa com intuito de induzir um estado de diminuição da consciência com o objetivo de aliviar o sofrimento, de outro modo intratável, e de forma eticamente aceitável pelo doente, família e equipa de saúde.

Sintoma Refratário

Sintoma que não consegue ser adequadamente controlado apesar de todos os esforços no sentido de identificar uma terapêutica tolerável que não comprometa o grau de consciência.

Os sintomas mais comuns são a **dor**, a **dispneia**, as **convulsões**, o **delirium** e a agitação psico-motora com prevalência global de 10-50%.

NOTA: A sedação paliativa é controversa nas situações de sintomas ou stress psicológicos refratários. Apenas em situações terminais, após avaliação multidisciplinar, pode ser apropriado tentar sedação intermitente e apenas após várias tentativas se poderá considerar sedação paliativa.

Medidas Gerais

- Esclarecer e discutir previamente com o doente em risco de sofrimento intolerável esta opção e suas condições; se o doente não tiver capacidade de decisão a discussão deverá ser feita com o seu representante legal – **plano antecipado de cuidados**.
- Se não tiver tido lugar discussão prévia das medidas a aplicar, quando necessária, a sedação paliativa é considerada boa prática e a estratégia clínica correta.
- Adaptação da monitorização e vigilâncias - dor, dispneia e inquietude/

agitação;

- Nutrição / hidratação devem ser mantidas apenas se forem consideradas pela equipa médica, doente e familiares como um modo de redução do sofrimento (não há orientações neste tópico).
- A medicação usada antes da sedação paliativa para controlo de sintomas deve ser mantida a menos que seja ineficaz ou tenha efeitos secundários intoleráveis.

Sedação Emergente – Aplica-se em situações clínicas irreversíveis em doentes terminais que necessitam de alívio emergente. Se a situação for antecipada, devem existir diretivas de atuação discutidas com o doente, a família e todos os envolvidos na equipa, constando do plano antecipado de cuidados. Situações clínicas a considerar:

- Hemorragia maciça (hemoptise)
- Asfixia e sufocação (tumores da cabeça e pescoço, ELA)
- Dor ou dispneia incontroláveis
- *Delirium* com agitação psicomotora intensa

Medidas sem recurso a fármacos:

Providenciar suporte psicológico aos familiares.

Na situação de *hemorragia maciça* considerar:

- o posicionamento lateral para o lado de origem da hemorragia; aplicar pressão sobre o local da hemorragia; aspiração das perdas hemáticas; mascarar as perdas hemáticas com roupas e toalhas de cor.

Na situação de *asfixia/sufocação* considerar:

- o posicionamento do doente com cabeça elevada; colocação de oxigénio; aspiração de secreções.

Medidas farmacológicas

Fármaco	Dose	Pico de acção	Nota
1ª linha			
Midazolam	<u>Bólus</u> 5mg SC ou EV até 5/5min para atingir nível consciência RASS-PAL -2; <u>Perfusão</u> , se necessário para manter nível de consciência RASS-PAL -2, a 0.5-1mg/h EV ou SC com titulação da dose em 50% após 4h se efeito insuficiente, sempre com bólus 5mg em SOS até de 1/1h.	EV 2,5min SC 20 min	Pode ser combinado com morfina e haloperidol. Se insuf hepática, renal ou desnutrição a dose inicial deve ser menor e maior o intervalo entre cada titulação
2ª linha			
Diazepam	10 a 20mg retal ou 5mg EV, a cada minuto, se necessário	EV 2.5min	
Levomepromazina	<u>Bólus inicial</u> 12,5-25mg EV, SC ou IM seguido de <u>perfusão</u> a 2-3mg/h. 12,5mg em SOS de 1/1h se necessário	0,5-1,5h	Dose máxima diária 300mg. Utiliza-se habitualmente na agitação e pode-se associar com Midazolam.
Clorpromazina	<u>Bólus</u> 12,5-25mg EV ou IM a cada 4-12 horas <u>Perfusão</u> a 3-5mg/h.	15min	Existe ainda formulação rectal 100mg 6-6h ou 12-12h
Propofol	<u>Bólus</u> 0,5-1.5mg/Kg seguido de <u>perfusão</u> EV 0,3-3mg/Kg/h (a titular)	1,5-2min	-

Fenobarbital	<i>Bólus</i> 1-3mg/Kg SC ou EV seguido de perfusão a 0,5mg/Kg/h	15min	Não se deve adicionar a outros fármacos na mesma via. Por via SC cada mL de fenobarbital deve ser diluído em 10mL de NaCl. Dose máxima diária 2400mg.
---------------------	---	-------	--

NOTA: A analgesia não deve ser interrompida, mesmo após sedação eficaz.

BIBLIOGRAFIA

Cherney NI et al, ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Annals of Oncology (supplement 3): iii 143-iii 152, 2014

Cherney NI et al, European Association for Palliative Care (EAPC) recommendation framework for the use of sedation in palliative care. Palliative medicine 23(7) 581-593, 2009

Ferraz Gonçalves J. Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. Lisboa. Coisas de Ler 2011

ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation, 2014.

19.

HIPODERMOCLISE E TERAPÊUTICA SUBCUTÂNEA

Rodrigo Moraes¹, Maria Ferreira¹, Júlia Alves², Joana Mirra²,
Elga Freire³

¹ Internos de Formação Específica, Medicina Interna, Serviço de Medicina, Hospital
Prof. Doutor Fernando Fonseca

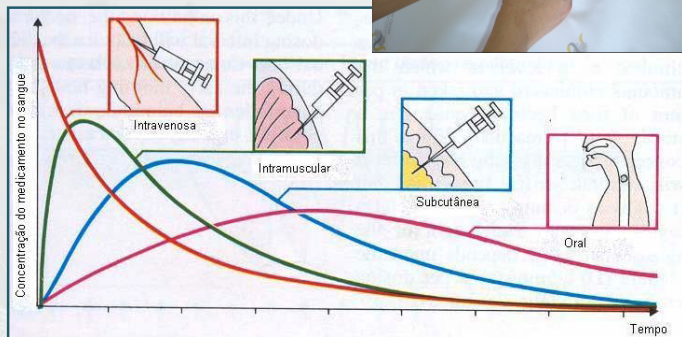
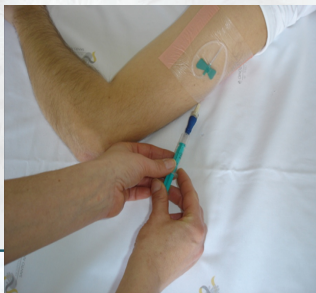
² Enfermeira da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos,
Centro Hospitalar Universitário do Porto

³ Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar
Universitário do Porto



HIPODERMOCLISE E TERAPÊUTICA SUBCUTÂNEA

- A via de administração subcutânea de fluídos (hipodermoclise) e fármacos tem vindo a ter uma utilização cada vez mais importante em contexto de Cuidados Paliativos. Está recomendada para o tratamento de doentes de qualquer idade para os quais a via oral e a via endovenosa não são indicadas, estão indisponíveis ou após insucesso de outras vias de administração
- Possibilita concentrações estáveis dos medicamentos e impede picos plasmáticos
- Permite taxas de absorção semelhantes às da administração IM
- Concentrações séricas menores, mas maior tempo de ação



Vantagens	Desvantagens/Limitações
• Via segura (menor necessidade de supervisão técnica) • Pouco risco de complicações (locais ou sistémicas) • Mínimo desconforto (fácil inserção do cateter, dispensa imobilização de membros) • Sem necessidade de bombas infusoras (infusões podem correr por gravidade) • Locais de infusão podem permanecer vários dias • Possibilidade de alta hospitalar precoce e utilização da técnica no domicílio	• Emergências • Necessidade de infusão de grandes volumes (até 1500ml/24h por local de punção) • Situações em que é necessário o rápido ajuste de dose • Depende da compatibilidade dos fármacos • Absorção variável (influenciada por perfusão e vascularização) • Limitação de medicamentos/electrólitos que podem ser infundidos

Indicações	Contra-indicações
• Prevenção ou tratamento da desidratação moderada: - Náuseas - Vómitos incoerçíveis - Diarreia - Obstrução gastrointestinais - Alterações cognitivas, sonolência, confusão mental • Impossibilidade de obter acessos venosos estáveis: - Veias finas e frágeis - Flebites	• Recusa do doente (absoluta) • Edema generalizado (absoluta) • Necessidade de reposição rápida de volume - desidratação grave, choque (absoluta) • Alterações graves da coagulação (absoluta) • Caquexia, ascite, síndrome da veia cava superior (relativa) • Áreas com circulação linfática comprometida (relativa) • Áreas de infeção, inflamação ou ulceração cutânea (relativa)

Possíveis complicações:

- Edema Pulmonar (sobrecarga cardíaca)
- Reações locais (edema, dor, inflamação, hematoma, infecção, necrose do tecido, celulite)

Considerações técnicas:

- O volume aconselhado é de 1000 / 1500 cc nas 24 horas (velocidade de infusão 60 a 125ml/h) , podendo ser administrado o volume máximo de 3000 cc nas 24 horas, em dois locais separados
- Os locais de eleição, para a administração de fluidos de grande volume são a face anterior do tórax e o abdómen
- Tecidos cicatriciais ou irradiados são contra-indicados
- Sempre que possível o doente deve escolher o local, promovendo a participação nos cuidados
- Alterar o local de punção respeitando a distância mínima do local de punção anterior – 5cm

Soros/fármacos a administrar:

- Habitualmente não são injectados mais do que três fármacos na mesma administração
- Os fármacos/soros a prescrever devem obedecer a um conjunto de regras, nomeadamente:
 - Baixa viscosidade, não irritantes e não citotóxicos
 - Boa absorção pelos tecidos conjuntivo e adiposo
 - $\text{pH} > 2$ e < 11
- Posologia (dosagem e forma de administração – perfusões ou bólus, diluições, etc.) igual à via de administração endovenosa (exceto a morfina)

Fármacos/soros INDICADOS

Metamizol	Fenobarbital	
Diclofenac	Levomepromazina	NaCl 0,9% com/sem Dxt 4%
Tramadol	Midazolam	NaCl 0,45%
Morfina	Haloperidol	KCl (até 40 mEq/s no soro/24h no mesmo local de punção)
Fentanil	Dexametosona	
Butilescopolamina	Cefepime	
Metoclopramida	Ceftriaxone	
Ondansetron	Ertapenem	
Ranitidina	Ampicilina	
Furosemida	Tobramicina	
Levetiracetam		

Perfil de compatibilidade entre fármacos para administração subcutânea

FÁRMACOS	cefepime	ceftriaxone	metamizol	butilescopolamina	furosemida	haloperidol	levomepromazina	metoclopramida	midazolam	morfina	octeótrido	ondansetron	ranitidina	tramadol	dexametasona
cefepime		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I
ceftriaxone	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I
metamizol	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I
butilescopolamina	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I
furosemida	C	C	C	C		C	C	I	I	I	C	C	I	C	I
haloperidol	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	I	C	I
levomepromazina	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	I	C	I
metoclopramida	C	C	C	C	I	C	C		C	C	C	C	I	C	I
midazolam	C	C	C	C	I	C	C	C		C	C	C	C	C	I
morfina	C	C	C	C	I	C	C	C	C		C	C	C	I	I
octeótrido	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	I	C	I
ondansetron	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		I	C	I
ranitidina	I	I	I	I	I	I	I	I	C	C	I	I		I	I
tramadol	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C		I
dexametasona	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	

Adaptado de 4

BIBLIOGRAFIA

1. Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care, 2011
2. Galriça Neto, I. Utilização da via subcutânea na prática clínica. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, v. 15, n. 4, p. 277-283, 2008
3. Lopez J.H, Reyes-Ortiz C.A. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. Review in Clinical Gerontology, v. 20; n. 2, p. 105-113, 2010
4. Tommaso A.B., Burlá C, Azevedo D.L., Santos G, Dias L, Py Ligia, Rebello M. O uso da via subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos: Um guia da SBGG e da ANCP para profissionais, Rio de Janeiro, SBGG 2016
5. Rémi C, Lorenzl S, Vyhnalek B, Rastorfer K, Feddersen B. Continuous subcutaneous use of levetiracetam: a retrospective review of tolerability and clinical effects. Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy 2014;28:371-377.



20.

COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Maria Ferreira¹, Rodrigo Moraes¹, Sara Moreira²

*¹ Internos de Formação Específica, Medicina Interna, Serviço de Medicina,
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*

*² Psiquiatra da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos,
Centro Hospitalar Universitário do Porto*



COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Na abordagem do doente em Cuidados Paliativos a **comunicação**, enquanto processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes, é um veículo central na abordagem clínica. Detém uma função essencial, tão importante como o diagnóstico ou a instituição de tratamento adequado.

Uma boa comunicação é essencial para a prestação de cuidados de alta qualidade e influencia a taxa de recuperação do doente, diminuição do sofrimento, adesão ao tratamento e adaptação psicossocial.

A comunicação deve ser desenvolvida com base na necessidade de informação, preocupações e expectativas do doente. Não se rege por padrões pré-estabelecidos a não ser o princípio de que cada doente, familiar ou elemento da equipa de Cuidados Paliativos são únicos e refletem o seu contexto cultural, social e espiritual.

É importante ter em conta que estas são apenas linhas orientadoras. A área da comunicação é vasta, depende da variabilidade individual de cada profissional e o seu conhecimento exige programas de treino especializados e prática clínica.

Preocupações comuns dos doentes e respetivas famílias:

Diagnóstico
e Prognóstico

Controlo
de sintomas

Expectativas
do tratamento

Planificação para
o futuro

Pedidos de fim
de vida

Competências básicas em Comunicação:

"Poderia falar-me um pouco mais acerca disso?"



"O que compreendeu daquilo que lhe disse?"

"Gostaria de ter a certeza se percebi o que me disse. Percebi que..."

"Não estou no seu lugar mas imagino o que deva estar a sentir."

*"Vejo que está triste. É Normal".
"Qualquer pessoa na sua situação se sentiria assim."*

A importância da comunicação não verbal:

É sabido que 75% da comunicação é feita com base em aspetos não verbais. As pistas não verbais emitidas pelos doentes não devem ser ignoradas pois são habitualmente mais genuínas e transmitem mensagens que não são expressas verbalmente.

Modelo de comunicação de más notícias de Buckman (SPIKES):

A comunicação de más notícias é uma das tarefas mais difíceis de desempenhar e requer treino adequado. Como guião orientador poderá ser utilizado o modelo de Buckman. Este é uma base de trabalho, flexível e adaptável, a cada doente e a cada situação em particular.

Passo 1	<i>"Setting up the interview"</i> - Conhecer inteiramente a situação clínica do doente incluindo o diagnóstico e prognóstico - Determinar quem estará presente na reunião – perceber a relação do doente com os familiares e pedir a sua permissão para os convocar a fim de lhe darem suporte - Devemos sentar-nos com o doente (transmitir dedicação de tempo), manter o contato visual e utilizar um tom de voz pausado e sereno - Escolher um espaço que garanta privacidade/intimidade - <i>"Como se sente hoje?"; "Parece-lhe bem que falemos um pouco hoje?"; "Se não estiver em condições poderemos falar mais tarde."</i>
Passo 2	<i>"Perception"</i> - Averiguar o que é que o doente sabe da doença - <i>"O que é que sabe sobre a sua doença?"</i>
Passo 3	<i>"Invitation"</i> - Averiguar o que é que o doente pretende saber - <i>"Se piorar quer saber a cada momento o que está a acontecer?"</i>
Passo 4	<i>"Knowledge"</i> - Transmitir ao doente que temos notícias desagradáveis para comunicar - <i>"Receio que não tenha boas notícias para lhe dar."</i> - Não deve ser transmitida toda a informação na 1ª entrevista, a verdade deve ser transmitida em pequenas proporções de forma a dar tempo ao doente de perceber a alteração do seu estado de saúde - Não devemos dar falsas esperanças - <i>"Pode ser que não lhe possamos oferecer a cura mas podemos garantir que tudo faremos para não sofrer e que estará acompanhado."</i> - Devemos certificar-nos regularmente de que o doente compreendeu o que lhe foi transmitido - <i>"O que compreendeu daquilo que lhe disse?"</i>
Passo 5	<i>"Emotions"</i> - Identificar as emoções do doente, nomeá-las, compreendê-las, respeitá-las e oferecer apoio - <i>"Parece-me que está triste."; "É natural que esta notícia o deixe perturbado"; "Estarei consigo ao longo da sua doença."</i>
Passo 6	<i>"Strategy"; "Summary"</i> - Fazer um resumo da situação e elaborar um plano, em função das necessidades e prioridades do doente - Identificar redes de apoio familiar - Marcar o próximo contacto

Modelo de resposta às emoções do doente (NURSE):

- Durante a entrevista com o doente é importante estar preparado para dar resposta às suas emoções. Nesta fase, é essencial aceitar o que o doente diz sem julgamento e reconhecer o seu direito a ter um ponto de vista e sentimentos. Na literatura aparecem várias formas de responder às emoções do doente, uma delas é o acrónimo "NURSE".

Passo 1	"Naming" - Nomear a emoção do doente como forma a mostrar que percebe o que está a sentir - É essencial estar atento à linguagem não verbal - <i>"Parece que está preocupado"; "Está a sentir-se zangado?"</i>
Passo 2	"Understanding" - Garantir a compreensão do que o doente está a sentir - <i>"Percebi que está preocupado com o que irá acontecer aos seus filhos"</i>
Passo 3	"Respecting" - Mostrar ao doente que as suas emoções não só são permitidas como são importantes - Pode envolver linguagem verbal e não verbal (toque, expressão facial)
Passo 4	"Supporting" - Expressar disponibilidade para ajudar e garantir a presença e o apoio - <i>"Estarei consigo ao longo da sua doença, independentemente do que vier a acontecer"</i>
Passo 5	"Exploring" - Aproveitar "pistas" dadas pelo doente na entrevista relativamente às suas emoções, mostrar interesse e explorá-las, de forma a que o doente se sinta à vontade para as aprofundar

Comportamentos a evitar:

- **Questões fechadas/conduzidas** – induzem o doente a dar uma determinada resposta – "Percebeu o que lhe disse, não percebeu?"
- **"Bloqueio"** – perante uma preocupação manifestada pelo doente o profissional não deve evitar responder ou direcionar a conversa noutro sentido.

- **"Palestrar"** – não deve ser transmitida uma grande quantidade de informação sem dar oportunidade ao doente para responder ou colocar questões. A informação deve ser facultada ao ritmo do doente.
- **"Conspiração do silêncio"** – Acontece quando um ou mais elementos de um grupo (por norma a família) bloqueiam a comunicação como um mecanismo de adaptação que aparece como alternativa à tomada de conhecimento de uma realidade que é demasiado dolorosa, com o intuito de proteger o ambiente familiar. *"O meu pai não sabe o que tem, e achamos que ainda não está preparado para saber"*

É importante lembrar que o sofrimento dói mais quando não é partilhado.

BIBLIOGRAFIA

1. Baile WF, Buckman R et al. SPIKES – a sixstep protocolo for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist* 2000;5:302-311.
2. Libert Y, Merckaert I, Raynaert C, Delvaux N, Marchal S, Etienne A-M, et al. Physicians are different when they learn communication skills: influence on the locus of control. *Psycho-Oncology* 2007, 16:553-562.
3. Querido A, Salazar H, Galriça Neto, I. Comunicação (capítulo 41). Barbosa A, Pina P, Tavares F, Galriça Neto I. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2016.p.815-831.
4. Reich M, Mekaoui L. Conspiracy of silence in oncology: a situation not to be overlooked. *Bulletin du Cancer* 2003, 90 (2): 181-184.
5. Coulhan J, Lown B, et al. Words that help build empathy. *Annals of internal medicine* 2001, 221-225.



21.

URGÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Sara Camões¹, Maria Céu Rocha²

¹ Interna de Formação Específica, Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano

² Equipa de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Os autores escreveram ao abrigo da antiga ortografia.



URGÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Consideram-se urgências em Cuidados Paliativos as situações que provocam sintomas que causam intenso sofrimento e/ou podem levar a alterações irreversíveis com grave prejuízo da qualidade de vida, necessitando por isso de intervenção imediata.

Neste capítulo são abordados o Síndrome da veia superior, compressão medular, hemorragias e hipercalcemia.

Síndrome da veia cava superior

A obstrução extrínseca da veia cava superior acompanhada ou não de trombose deve-se sobretudo a neoplasias intratorácicas, nomeadamente tumores primários do pulmão, linfomas ou metástases mediastínicas. A instalação é habitualmente gradual e insidiosa e o diagnóstico clínico deve ser confirmado por imagem, quando possível.

Os sintomas e sinais característicos são a dispneia, edema da face, pescoço e membros superiores, e presença de circulação colateral torácica. Pode ocorrer tosse, cefaleias, náuseas, tonturas, alterações visuais, rouquidão, estridor, disfagia, síncope ou convulsões.

Quando condiciona obstrução da via aérea ou hipertensão intracraniana deve ser considerada emergência médica, devendo o tipo de tratamento, mais ou menos "invasivo", ser avaliado caso a caso.

Tratamento:

Repouso no leito e elevação da cabeça

Corticoides em doses altas (dexametasona 8 mg IV ou SC 12/12h ou 8/8h; em alternativa prednisolona em dose equivalente);

Considerar uso de diurético

Radioterapia (geralmente uma dose) - habitualmente com boa resposta, independentemente do tipo de tumor implicado

Se componente de **trombose** -> **iniciar hipocoagulação**

Considerar quimioterapia dependendo do tipo tumoral

Colocação de stent em casos seleccionados (necessidade de apoio da Radiologia de Intervenção)

Compressão medular

A compressão medular é uma complicação associada a metastização vertebral de neoplasias sólidas ou mieloma múltiplo. A coluna dorsal é a mais afectada (66%), seguida da coluna lombar (20%).

A dor é habitualmente o primeiro sintoma, podendo preceder a clínica de compressão medular em 6 a 7 semanas. Pode estar presente o sinal de Lhermitte: dor pela coluna vertebral e por vezes nos membros, despoletada pela flexão do pescoço.

A fraqueza muscular proximal, sobretudo nos membros inferiores, está presente ao diagnóstico em 75% dos doentes, seguida de alterações sensoriais que vão desde parestesias até à perda completa da sensibilidade abaixo do nível do dermatomo em questão. A disfunção esfinteriana é geralmente posterior às alterações de sensibilidade e é sinal de mau prognóstico. A excepção é a compressão do *conus medularis* que pode apresentar-se como retenção urinária aguda ou obstipação sem sinais motores ou sensitivos associados.

A **RMN** é o melhor método de imagem para demonstrar compressão medular e deve ser efectuada de forma emergente quando existe suspeita. O estado neurológico prévio ao tratamento é o factor prognóstico mais relevante, sendo que intervenção precoce conduz a melhores resultados.

Tratamento:

Dexametasona

- **16 mg/dia*** (id ou bid)

*Se sintomas neurológicos rapidamente progressivos considerar **100 mg IV**, seguidos de **96 mg/dia** (qid) durante **3 dias**, com redução nas 2 semanas seguintes para 16 mg/dia; em alternativa **prednisolona** em dose equivalente.

Radioterapia - método de eleição, sobretudo:

- **tumores radiosensíveis: linfomas, mielomas múltiplos, neuroblastoma...**
- **doentes com uma sobrevida previsivelmente curta**
- **mais de um nível de compressão medular**
- **casos em que está contra-indicada cirurgia**

Cirurgia indicada se:

- **compressão medular que ocorre numa zona previamente irradiada**
- **deterioração neurológica durante a RT**
- **instabilidade da coluna**
- **dúvidas no diagnóstico** (p.ex: baixa probabilidade de neoplasia)

Hemorragias

As hemorragias massivas são frequentes em tumores da cabeça e pescoço e são grande causa de ansiedade para os doentes, família e profissionais de saúde. Podem dever-se a invasão vascular tumoral, efeitos tardios da RT ou alterações da coagulação condicionadas por insuficiência hepática, uso de anticoagulantes ou AINEs.

Gestão das hemorragias previsíveis:

Devem usar-se lençóis e toalhas de cores escuras para disfarçar o sangue.

Se superficiais: elevação da zona sangrante, compressão local com compressas ou esponjas de gelatina embebidas em adrenalina

Agentes hemostáticos: o **ácido aminocapróico** pode ser utilizado para tentar diminuir o volume da hemorragia -» dose inicial **5 g IV** seguidos de 1,0 a 1,25 g/h -» em 8 a 12h passa a via oral. Tratamento de manutenção: 6 a 9 g/dia.

Radioterapia (taxa de resposta de 83-90% independente da histologia):

- Uma dose de 10Gy ou 17Gy em 2 fracções com 1 semana de intervalo

Se a hemorragia tiver origem num grande vaso pode provocar a morte em poucos minutos. Nas situações em que a hemorragia não é rapidamente fatal, deve sedar-se o doente se este estiver consciente.

Sedação paliativa:

O midazolam é a melhor escolha na sedação paliativa. Tem uma ação rápida (segundos a poucos minutos) e é estável para permanecer em seringa armazenada à temperatura ambiente até 13 dias, vantajoso na gestão de hemorragias catastróficas previsíveis, situação em que se deve deixar de prevenção cateter IV.

Deve utilizar-se por via IV lenta. Em alternativa usar a via IM profunda (a via SC não é recomendada no contexto de hemorragia massiva porque há hipoperfusão periférica com o consequente atraso na absorção do fármaco). Ver capítulo "Sedação Paliativa".

Hemoptises:

As hemoptises são uma situação de hemorragia particular em que o risco de morte ocorre por perigo de asfixia. É uma situação extremamente perturbadora para o doente/cuidador. As medidas gerais como manter um ambiente o mais calmo possível e o uso de lençóis e toalhas escuros é fundamental.

Nas hemoptises moderadas o uso de ácido aminocapróico (ver tabela acima), o recurso a radioterapia ou a laser endobrônquico são as medidas preconizadas. Considerar suprimir o reflexo da tosse com morfina.

As hemoptises maciças são uma emergência em cuidados paliativos, com necessidade de sedação. Ver capítulo "Sedação Paliativa".

Hipercalcemia

A hipercalcemia em contexto oncológico ocorre frequentemente nos doentes com mieloma múltiplo, neoplasia da mama e carcinoma epidermóide do pulmão.

Só o cálcio ionizado é activo e potencialmente causador de sintomas. A medição do cálcio total é inadequada nos doentes com albumina baixa, dando ideia de uma falsa normalidade dos níveis do ião. Assim, podem medir-se directamente os níveis de cálcio ionizado, ou corrigir-se a concentração do cálcio total utilizando uma das fórmulas seguintes:

$\text{Cálcio corrigido (mmol/L)} = \text{cálcio medido} + 0,02 \times (42 - \text{albumina (g/L)})$

$\text{Cálcio corrigido (mg/dL)} = \text{cálcio medido} + 0,8 \times (4 - \text{albumina (g/L)})$

A hipercalcemia ligeira (níveis <12 mg/dL ou <2.99 mmol/L) associa-se a astenia, anorexia, náuseas e vômitos, obstipação, sede e poliúria. Níveis mais elevados de cálcio (geralmente >14 mg/dL ou >3.49 mmol/L) estão relacionados com desidratação, *delirium*, sonolência e coma.

A decisão de corrigir os níveis de cálcio num doente em cuidados paliativos deve ter em consideração a sobrevida estimada previamente ao episódio, a

qualidade de vida e a vontade do doente. Decidindo-se tratar, é importante completar o estudo com função renal e restantes iões (que podem necessitar de correcção).

Tratamento inicial:

Hidratação:

- sem acesso venoso: **soro fisiológico 1500 a 2000 mL/dia SC**
- com acesso venoso: **soro fisiológico 3000 a 4000 mL/dia IV**

Diuréticos de ansa (pex: **furosemida 40 a 80 mg IV**):

- considerar se manutenção de hipercalcemia após hidratação inicial

NOTA: as tiazidas não devem ser usadas porque aumentam a reabsorção tubular distal do cálcio

A hidratação, com ou sem diuréticos, pode não ser suficiente para normalizar a concentração do cálcio sérico, sendo necessário recorrer aos bifosfonatos.

O **ácido zoledrónico** é o mais utilizado em cuidados paliativos. Deve ter-se em consideração a taxa de filtração glomerular, que nos doentes muito debilitados e caquéticos deve ser calculada com a fórmula de Cockcroft Gault:

Clearance de creatinina (ml/min) = $\frac{N^* \times (140 - \text{idade em anos}) \times \text{peso (Kg)}}{\text{Creatinina sérica (micromol/L)}}$

Creatinina sérica (micromol/L)

N = 1,23 nos homens N = 1,04 nas mulheres

A descida dos níveis de cálcio ocorre 3 a 5 dias após a administração do bifosfonato, com efeito máximo entre 7 a 10 dias. Não devem ser utilizados novamente antes de 3 semanas, pelo risco de hipocalcemia.

O **pamidronato** é outro bifosfonato que pode ser utilizado.

Utilização de bifosfonatos:

Devem iniciar-se após 8 a 12h de hidratação prévia sem correcção eficaz

- **ácido zoledrónico** (a dose depende da TFG) **em 100 mL de soro fisiológico a perfundir IV em 15 min (mínimo)**

Taxa de Filtração Glomerular (TFG)	Dose
>60 ml/min	4 miligramas
50-60 ml/min	3,5 miligramas
40-49 ml/min	3,3 miligramas
30-39 ml/min	3 miligramas
Não usar com TFG < 30 ml/min	

- **pamidronato 90 mg em 250 mL de soro fisiológico a perfundir IV em 2h**

BIBLIOGRAFIA

1. Declan Walsh et others, Palliative Medicine, 2009
2. Munné MC et al. El síndrome de la vena cava superior. AMF. 2013; 9(8): 461-466
3. Gonçalves J. Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. Ed. Coisas de Ler, Maio 2011 (2ª edição)
4. NHS Foundation Trust. Guideline for the Management of Hypercalcaemia of Malignancy. November 2015 (guideline number: CG13-022)



22.

PRINCIPAIS FÁRMACOS UTILIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Rita Reis Queirós¹, Andreia Sofia Rocha Costa¹, Márcia
Mendonça Souto¹, Anabela Martins Morais e Cadavez²

¹ Internas de Formação Específica, Medicina Interna, CHTMAD, EPE

² Diretora do Serviço de Medicina Paliativa do CHTMAD, EPE





	Fármaco	Indicações	Via/Dose	Semivida Metabolização Eliminação	Reações-adversas Contra-indicações	Observações
	Acetato de medroxiprogesterona	Ver Estimulantes do Apetite.				
	Acetato de megestrol	Ver Estimulantes do Apetite.				
	Acetilcisteína	Hipersecreção brônquica. Tosse.	Per os: 600mg de 24/24h ou 200mg de 8/8h. Neb: n-acetilcisteína a 10%, 6-10ml de 6/6h ou de 8/8h. EV / IM: n-acetilcisteína a 10%, 300mg/3ml (1 ampola) de 12/12h ou de 24/24h. Duração média de tratamento 5 a 7 dias.	T ½: 6,25h Metab: Hepática Elim: 30% Renal	RA: náuseas; vômitos diarreia; estomatite; rinorreia; cefaleias; zumbidos; arrepios; febre; reações de hipersensibilidade. CI: úlcera gastrointestinal; uso concomitante de nitroglicerina.	É expectável um aumento da expetoração e da tosse no início do tratamento. Interações: pode interferir com a biodisponibilidade do cálcio, ferro e das cefalosporinas (per os); recomenda-se administração em horas diferentes. Precaução em: doentes asmáticos ou com história de broncospasmo (se nebulização); insuficiência respiratória grave; diminuição do reflexo da tosse; risco de desenvolver úlceras gastrointestinais.
	Ácido aminocapróico	Ver Anti-hemorrágicos.				
	Ácido Fólico	Déficé de ácido fólico (anemia megaloblástica; má nutrição proteico-calórica; estados de malabsorção). Se administração prolongada de barbitúrico, anticonvulsivantes, antimaláricos, laxantes, antagonistas do ácido fólico (p.ex. metotrexato) e alguns agentes quimioterápicos.	Per os: 2,5 a 5mg de 24/24h ou de 12/12h. <u>Se malabsorção:</u> até 15mg por dia.	T ½: 4-8h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: anorexia; náuseas; distensão abdominal; flatulência; gosto amargo na boca; reações de hipersensibilidade.	Precaução em: uso concomitante de cloranfenicol (pode antagonizar a resposta hematopoiética); doentes epiléticos a fazer tratamento com fenitoína (pode aumentar a frequência das convulsões).
	Ácido tranexâmico	Ver Anti-hemorrágicos.				
	Ácido zoledrónico	Ver Bifosfonados.				
	Adrenalina	Ver Anti-hemorrágicos.				
AINEs	Diclofenac	Dor ligeira a moderada.	Per os / SC: 50 a 75mg de 8/8h ou de 12/12h. Dose máxima: 150mg por dia.	T ½: 1-2h Metab: Hepática Elim: Renal e intestinal	RA: sintomas gastrointestinais + + + (náuseas; dispepsia; diarreia; obstipação; úlceras; hemorragia digestiva); reações de hipersensibilidade; toxicidade renal e hepática.	Pode ser usado por via SC - deve ser administrado isoladamente e diluir em SF 0,9%.
	Etodolac		Per os: 200 a 400mg de 6/6h ou de 8/8h. Dose máxima: 1200 mg por dia.	T ½: 7h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Ibuprofeno		Per os: 400 a 800mg de 8/8h ou de 12/12h. Dose máxima: 2400mg por dia	T ½: 2h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Naproxeno		Per os: 500mg de 8/8h ou de 12/12h. Dose máxima: 1500 g por dia.	T ½: 12-24h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Parocoxib		IM / EV: 20 a 40mg de 6/6h ou de 12/12h. Dose máxima: 80mg por dia	T ½: 22 min (o seu metabolito ativo-valdecoxib tem T ½: 8h) Metab: Hepática Elim: Renal		EV: pode ser administrada rápida e diretamente na veia ou num sistema EV existente. IM: deve ser administrada lenta e profundamente. Reduzir a dose para 40 mg/dia nos idosos com <50kg ou Cr sérica <30ml/min.
	Alendronato	Ver Bifosfonados.				
	Alprazolam	Ver Benzodiazepinas.				
	Aminofilina	Ver Broncodilatadores.				
	Amitríptilina	Ver Antidepressivos.				
Anticonvulsivantes	Carbamazepina	Dor Neuropática Convulsões Míoclonias	Per os: Iniciar com 100mg de 12/12h. Aumentar 200mg a cada semana. Dose máxima: 400 a 600mg de 8/8h.	T ½: 16-24h Metab: Hepática Elim: Renal (72%) e intestinal (28%)	RA: toxicidade hepática; toxicidade hematológica (anemia aplásica, agranulocitose); toxicidade GI (náuseas e vômitos); toxicidade do SNC (vertigem, cefaleia, sonolência, ataxia); reações alérgicas da pele.	Reduzir a dose em idosos ou se insuficiência renal.
	Valproato de sódio		Per os / EV: Iniciar com 200mg de 12/12h. Aumentar 200mg/dia a cada 3 dias. Dose manutenção: 500 a 1000mg de 12/12h. Dose máxima: 2500mg por dia.	T ½: 9-16h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: toxicidade hepática; náuseas e vômitos; trombocitopenia.	
	Gabapentina		Per os: Iniciar com 300mg por dia. Aumentar 300mg a cada 24h. Dose máxima: 1800 a 2400mg por dia em 2 a 3 administrações.	T ½: 5-7h Metab: Ø Elim: Renal	RA: sonolência; tonturas; ataxia; cansaço; fadiga; cefaleias; náuseas e vômitos.	Reduzir a dose em idosos ou se insuficiência renal.
	Pregabalina		Per os: Iniciar com 75mg de 12/12h. Dose máxima: 600mg por dia em 2 a 3 administrações.	T ½: 6;3h Metab: Ø Elim: Renal	RA: sonolência; tonturas; vertigem; cansaço; fadiga; aumento de peso; impotência; euforia; irritabilidade.	
	Fenitoína		Per os: 100mg de 8/8h. Dose máxima: 600mg por dia. EV: 15 a 30 mg/kg em SF a 0,9% com velocidade de infusão a 1mg/kg/min (máx 50 mg/min).	T ½: 7-42h (média 22h) Metab: Hepática Elim: Renal	RA: toxicidade hepática; leucopenia; trombocitopenia; hirsutismo; hiperplasia gengival; insónia; nistgmus; ataxia; confusão.	Não deve ser administrado por via SC. Administração EV deve ser lenta.
	Topiramato		Per os: 25 a 50 mg por dia. Aumentar 50mg/dia a cada semana Dose manutenção: 200 a 400 mg por dia em 2 administrações. Dose máxima: 800mg por dia.	T ½: 21h Metab: 30% Hepática + 70% Ø Elim: Renal	RA: sintomas gastrointestinais (dor abdominal, náuseas, anorexia, perda de peso); diminuição da capacidade de concentração e memória; confusão; ataxia; tonturas; sonolência.	

	Fármaco	Indicações	Via/Dose	Semivida Metabolização Eliminação	Reações-adversas Contra-indicações	Observações
Anticonvulsivantes	Fenobarbital	Delírio. Agitação. Miodonias. Convulsões.	Per os / SC / EV: <u>Delírio/Agitação:</u> 100 a 200mg até 800 a 1600mg por dia nos casos muito resistentes. <u>Miodonias:</u> bólus 200mg » 600mg a cada 24h SC ou EV. <u>Convulsões:</u> 50 a 300mg por dia.	T ½: 50-140h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: sonolência; vertigem; desequilíbrio; cefaleia; reações cutâneas.	Deve ser administrado isoladamente. Solvente: água para injetáveis. Reduzir a dose em idosos ou se insuficiência renal.
	Amitriptilina	Depressão. Estados de pânico. Dor crônica. Dor neuropática.	Per os: 10mg a 25mg de 24/24h. Dose máxima: 75 a 150mg por dia.	T ½: 10-50h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: xerostomia e xeroftalmia com dificuldade na acomodação; náusea; retenção urinária. Se doses altas - arritmias; hipotensão postural; taquicardia sinusal; síncope; disfunção sexual; aumento de apetite e de peso. CI: EAM recente; arritmias cardíacas; fase maníaca e transtorno bipolar; doença hepática grave.	Efeito sinérgico na dor crônica quando associado aos opióides. Pode ser usado no excesso de sialorreia. É possível determinar nível sérico e desta forma ajustar a dose ao doente.
	Clomipramina		Per os: 25mg de 24/24h. Dose máxima: 100 a 150mg por dia.	T ½: 12-36 h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Imipramina		Per os: 10 a 25mg de 24/24h. Dose máxima: 150mg por dia.	T ½: 11-25 h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Citalopram	Depressão. Dor crônica. Dor neuropática. Perturbação de ansiedade	Per os: 10 a 20mg de 24/24h. Dose máxima: 40mg por dia.	T ½: 35h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: ansiedade paradoxal; acatisia/ agitação psicomotora; hiponatremia; diminuição ou aumento do apetite; aumento de peso; sonolência; tonturas; parestesia e tremor; diminuição da libido; síndrome de secreção inadequada de hormona antidiurética. CI: doentes com prolongamento do intervalo QT conhecido ou síndrome do QT longo congénito. Duloxetina: Atenção à doença renal grave.	Distúrbios eletrolíticos (hipocalemia/ hipomagnesemia) devem ser corrigidos antes do início do tratamento.
	Escitalopram		Per os: 10mg de 24/24h. Dose máxima: 20mg por dia.	T ½: 27-32h Metab: Hepática Elim: Renal e hepático		
	Duloxetina		Per os: 30mg de 24/24h. Dose máxima: 120mg por dia.	T ½: 12h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Fluoxetina		Per os: 20mg de 24/24h. Dose máxima: 60mg por dia.	T ½: 24-48 h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Paroxetina		Per os: 20mg de 24/24h. Dose máxima: 60mg por dia.	T ½: 24h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Sertralina		Per os: 25mg de 24/24h. Dose máxima: 100mg por dia.	T ½: 22-36h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Venlafaxina		Per os: 37,5mg de 24/24h. Dose máxima: 375mg por dia.	T ½: 6h Metab: Hepática Elim: Renal		
Antidepressivos	Trazodona libertação prolongada (OD)	Depressão. Estados de pânico. Dor crônica. Dor neuropática. Anorexia e caquexia. Prurido.	Per os: 75-300mg uma vez por dia. Dose máxima: 300mg por dia.	T ½: 10-13h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: cefaleias; xerostomia; xeroftalmia; sudorese aumentada; diminuição do apetite; sonolência e tonturas; obstipação; náuseas e vômitos; diminuição da libido. CI: doença hepática grave; doentes com prolongamento do intervalo QT conhecido ou síndrome do QT longo congénito. RA: cefaleias; sonolência e tonturas; obstipação; náuseas e vômitos; diminuição do apetite; diminuição da libido. CI: doença hepática e renal grave; em associação com pimozida; doentes com epilepsia não controlada.	Aumento do risco hemorrágico quando associada a anticoagulantes orais e ácido acetilsalicílico. Também pode ser usado para o prurido mas este efeito tende a desaparecer em 4 a 6 semanas.
	Trazodona libertação controlada (AC)		Per os: 50-150mg 1 ou 2 vezes por dia. Dose máxima: 300mg por dia.	T ½: 12h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Trazodona libertação imediata		Per os: 50-150mg 2 ou 3 vezes por dia. Dose máxima: 300mg por dia.	T ½: 6,6h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Mirtazapina	Depressão. Estados de pânico. Dor crônica. Dor neuropática. Anorexia e caquexia. Prurido.	Per os: 15 a 30mg de 24/24h. Dose máxima: 45mg por dia.	T ½: 20-40h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: sedação; sonolência; depressão medular com granulocitopenia ou agranulocitose; aumento de apetite e de peso. CI: fase maníaca e transtorno bipolar; doença hepática grave.	Melhora o apetite e aumento de peso. Sem grande interferência na libido.
	Domperidona		Per os: 10 a 20mg 15 a 30 min antes das refeições e ao deitar. <u>Se vômitos secundários ao uso de opióides fortes:</u> 10 a 20mg de 6/6h + 10mg em SOS. Dose máxima: 120mg por dia.	T ½: 8h Metab: Hepática e intestinal Elim: Renal (31%) e intestinal (66%)		
	Metoclopramida		Per os: 10 a 20mg 15 a 30 min antes das refeições e ao deitar ou de 6/6h ou de 8/8h. SC: 30 a 120mg em dose única por dia ou 10mg de 4/4h + 10mg em SOS de h/h. EV / IM: 10mg até 3vezes/dia. Dose máxima: 120mg por dia. Não ultrapassar 3 meses de tratamento devido ao risco de espasmos musculares involuntários.	T ½: 4-6h Metab: Hepática Elim: Renal		
		Náuseas e vômitos. Vômitos secundários ao uso de opióides fortes. Distúrbios funcionais gastrointestinais (este-se gástrica, refluxo gastroesofágico, sensação de peso epigástrico, enftamento, saciedade precoce, soluços).			RA: raros - cólicas intestinais; aumento dos níveis de prolactina; ginecomastia; galactorreia; amenorreia; <u>muito raros</u> - erupções cutâneas; dispneia; pieira; urticária; diarreia; agitação; nervosismo; convulsões; sonolência e cefaleias; alteração de testes da função hepática; <u>frequência desconhecida</u> - arritmias cardíacas; prolongamento do intervalo QT e paragem cardíaca (se doses >30mg/dia). CI: doentes com prolactinomas; hemorragia gastrointestinal; obstrução ou perfuração gastrointestinal; doença hepática moderada ou grave; história de prolongamento do intervalo QT; insuficiência cardíaca; distúrbios do potássio.	Procinético (atua sobre o enchimento gástrico). Não atravessa a barreira hematoen-cefálica. Precaução em: disfunção hepática/ renal. Interações: não administrar com inibidores da mono-amina-oxidase (IMAO), antifúngicos azólicos, antibióticos (p.ex. eritromicina, claritromicina, moxifloxacina), antiarrítmicos (p.ex. amiodarona, dronedarona, quinidina, sotalol) e bloqueadores dos canais de cálcio (diltiazem e verapamilo), antidepressivos, (p.ex. citalopram e escitalopram), antipsicóticos (p.ex. haloperidol), inibidores da protease, alguns quimioterápicos (p.ex. toremifeno, vandetanib e vincamina).
		Náuseas e vômitos tardios após quimioterapia e radioterapia. Vômitos secundários ao uso de opióides fortes.			RA: agitação psicomotora e discinésias; contraturas musculares; espasmos musculares involuntários; sonolência; depressão; parkinsonismo (rigidez e tremor); diminuição da PA e da FC; diarreia; galactorreia; amenorreia; confusão; convulsão; síncope; síndrome maligno dos neurolépticos (febre alta + PA alta + convulsões + suores + sialorreia); paragem cardíaca; choque. CI: doentes com feocromocitoma; epilepsia ou doença de Parkinson; hemorragia gastrointestinal; obstrução ou perfuração gastrointestinal; doentes sob levodopa ou agonistas dopaminérgicos; história de discinésia tardia como reação adversa medicamentosa.	Atravessa a barreira hematoencefálica. Precaução em: doentes com história de prolongamento do intervalo QT ou patologia cardíaca; distúrbios hidroelectrolíticos; uso de fármacos inotrópicos, cronotrópicos e antiarrítmicos; doença hepática/renal; problemas neurológicos. Interação com: levodopa e antiparkinsonícos, anticolinérgicos, derivados da morfina, sedativos, digoxina, ciclosporina, fluoxetina e paroxetina.



	Fármaco	Indicações	Via/Dose	Semivida Metabolização Eliminação	Reações-adversas Contra-indicações	Observações
Anti-eméticos	Dolasetron		Per os: 100mg em dose única 1 hora antes da QT. EV: 12,5mg em dose única numa injeção EV lenta (> 30seg).	T ½: 8,1h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Granisetron		Per os / EV / SC: 1 a 2mg de 8/8h, de 12/12h ou de 24/24h. Dose máxima: 9mg por dia.	T ½: 3-14h Metab: Hepática Elim: Renal (11- 12%) e intestinal (38%)		
	Ondansetron	Prevenção e trata- mento de náuseas e vômitos moderados a graves, relacionados com quimioterapia, ra- dioterapia ou anestesia (pós-operatório), ou hipertensão intracra- niana.	Per os: 4 a 8mg de 8/8h, de 12/12h ou 24/24h. EV / SC: 4 a 8mg em injeção EV lenta (> 30seg) ou perfusão EV durante pelo menos 15 minutos, imediatamente antes da QT ou RT, seguido de mais 2 doses de 4 a 8mg com intervalos de 2 a 4horas (ou uma infusão contínua a 1mg/h durante 24h), dando-se continuidade ao tratamento per os. Dose máxima: Não exceder dose única de 16mg pelo risco de prolongamento do intervalo QT. Se insuficiência hepática moderada a grave a dose não deve ultrapassar 8 mg/dia.	T ½: 5,7h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: reação alérgica (rash, angioedema, urticária); cefaleias; sensação de calor ou rubor; obstipação; diarreia; toracalgia; arritmia; bradicardia; movimentos involuntários do corpo; convulsões; hipotensão; soluços; aumentos assintomáticos dos testes de função hepática; tonturas; perturbações visuais transitórias; cegueira transitória (~20min durante administração EV). CI: se uso concomitante de apomorfina; história de prolongamento do intervalo QT; obstrução intestinal subaguda.	Sinergia com o haloperidol e dexametasona no tratamento das náuseas. Precaução em: doença cardíaca; arritmias; distúrbios hidroeletrolíticos; sinais de obstrução/oclusão intestinal; obstipação. Interação com: tramadol, fenitoína, carbamazepina, rifampicina, haloperidol, metadona, antraciclina, trastuzumab, antiarrítmicos, B-bloqueadores, SSRI (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram), SNRI (venlafaxina ou duloxetina). Compatibilidade com: cisplatina, 5-fluoruracilo, carboplatina, etoposído, ciclofosfamida, doxorubicina, ceftazidina, dexametasona.
	Tropisetron		Per os / EV / SC: 5mg de 24/24h.	T ½: 6-8h Metab: Hepática Elim: Renal e intestinal		
Anti-hemorrágicos	Ácido aminocapróico	Hemorragia espontânea, pós- cirúrgica ou induzida por trombolíticos.	Per os: 3g de 3/3h ou 6g de 6/6h. EV: Dose inicial 5g (em perfusão durante 1h) seguido perfusão de 1g/h; depois manutenção 6 a 9 g/ dia per os em doses divididas ou 2.5g de 6/6h. Dose máxima: 24g por dia.	T ½: 2h Metab: Renal Elim: Renal	RA: reação alérgica (pieira súbita, dor/aperto no peito, erupção cutânea, urticária); fraqueza muscular; mialgias; rabdomiólise; miopatia esquelética; trombose; hipotensão; bradicardia; tonturas; zumbidos; dor abdominal; náuseas e vômitos; diarreia; cefaleias; bradicardia; edemas; confusão; convulsões; delírio; alucinações; hipertensão intracraniana; AVC; síncope; disfunção renal; trombocitopenia; leucopenia; colúria; diminuição do débito urinário. CI: se hemorragia secundária a coagulação intravascular disseminada; se uso concomitante de estrogênios; fatores da coagulação (fator IX) ou agentes trombolíticos.	Antifibrinolítico. Precaução em: insuficiência renal (necessário reduzir dose); suspeita de trombose ou embolia; hematúria com origem no trato urinário superior (risco de obstrução intrarrenal ou dos ureteres). Interação com: estrogênios.
	Ácido tranexâmico	Hemorragia profusa ou incontrolável espontânea, pós- cirúrgica ou induzida por trombolíticos.	Per os: 1 a 1,5g de 6/6h, de 8/8h ou de 12/12h. EV: 500 a 1000 mg por injeção EV lenta (50 mg/min) sem diluição; de 8/8h.	T ½: 3h Metab: Renal Elim: Renal	RA: náuseas; vômitos e diarreia; erupção cutânea; mal-estar geral com hipotensão; episódios tromboembó- licos (embolia pulmonar, acidentes vascular cerebral); convulsões; tonturas; distúrbios da visão (cegueira e alteração da visualização das cores); reações alérgicas cutâneas. CI: doença tromboembólica ativa (trombose venosa profunda, embolia pulmonar e acidente vascular cere- bral); hemorragia subaracnóidea; hemorragia secundária a coagulação intravascular disseminada; trombofi- lia; coagulopatia de consumo; doença renal; história de convulsões.	Efeito antifibrinolítico 10x mais potente por grama do que o ácido aminocapróico. Precaução em: hematúria com origem no trato urinário superior (risco de obstrução intrarrenal ou dos ure- teres); insuficiência renal (necessário reduzir dose); suspeita de trombose ou embolia. Interação com: antifibrinolíticos; trombolíticos; contracetivos orais.
	Adrenalina	Hemoptises. Broncospasmo severo. Reação anafilática.	Neb: 1:1000: 1mg em 1ml diluído com 5mL de SF a 0.9% até 4/4h.	T ½: 2 minutos Elim: Renal	RA: ansiedade; medo; agitação; irritabilidade; taquicardia; tremor; arritmias; extremidades frias; hiper- tensão (risco de hemorragia cerebral) e edema pulmonar (com dosagem excessiva); náuseas; vômitos; suores frios; cansaço; tonturas e hipergli- cemia.	Adrenérgico/ Vasocostritor. Precaução em: hipertiroidismo; cardiopatia isquêmica; arritmias; aneurismas ou hipertensão; doença cerebrovascular; glaucoma de ângulo fechado; diabetes <i>mellitus</i> ; idade avan- çada; gravidez. Nos indivíduos com isquemia do miocárdio pode originar angina de peito.
Anti-histamínicos	Cetirizina	Prurido. Rinite alérgica. Conjuntivite alérgica.	Per os: 10mg de 24/24h.	T ½: 10h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: sonolência; cefaleia; tontura; agitação; xerostomia; náuseas.	Não atravessa a barreira hematoencefálica.
	Difenidra- mina	Prurido. Reação alérgica. Reação anafilática. Náuseas e vômitos. Tremor essencial. Síndrome Meniere. Insônia.	Per os: 25 a 100mg de 24/24h. EV / IM : 10 a 50mg de 24/24h. Dose máxima: 100mg por dia. Existe formulação para aplicação tópica.	T ½: 2-8h Metab: Hepática Elim: Renal e intestinal	RA: xerostomia; sonolência; sedação; euforia; irritabilidade; insônia; dimi- nuição do apetite; náuseas e vômitos. CI: asma crônica; obstrução vesical; insuficiência hepática; hipertrofia prostática; glaucoma.	Atravessa a barreira hematoencefálica.
	Hidroxizina	Ansiedade. Prurido.	Per os / EV / SC: 25 a 50mg de 6/6h.	T ½: 6-8 h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: sedação; sonolência; tremor; agitação; xerostomia.	Atravessa a barreira hematoencefálica.
Antipsicóticos típicos / atípicos	Haloperidol	Agitação. Delírio/Confusão. Náuseas e vômitos. Oclusão intestinal.	Per os / SC / EV / IM: <u>Náuseas/Vômitos/</u> <u>Oclusão:</u> 2,5 a 5mg de 8/8h ou de 12/12h. <u>Agitação/Delírio:</u> Iniciar com 2mg de 8/8h. Nos idosos, iniciar com 0,25 a 0,5mg de 2/2h ou 4/4h. <u>Fase aguda (se</u> <u>necessário):</u> 1 a 2,5mg a cada 15 min ou de 1/1h SC/EV/IM (máx 3x). Dose máxima: 30 mg por dia.	T ½: 12-36h Metab: Hepática Elim: Renal (40%) e intestinal (60%)	RA: hipotensão ortostática; sedação; sonolência; obstipação; efeitos extra- piramidais (discinesias). Formulação EV: maior risco de prolongamento do intervalo QT e de arritmias ventriculares sobretudo com doses elevadas.	Solvente: água para injetáveis (pode precipitar com NaCl 0,9%).
	Levomepro- mazina		Per os / SC / EV / IM: 12,5 a 25 mg de 4/4h, de 8/8h ou de 12/12h. Dose máxima: 75 a 100mg por dia. SC/EV (se Oclusão): 50 a 150 mg de 24/24h ou em doses fracionadas a cada 8h.	T ½: 20h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: irritação e reação no local da administração; hipotensão ortostática; sedação; sonolência; efeitos extrapira- midais (discinesias).	NaCl 0,9% (direto ou em perfusão). Água para injetáveis.

	Fármaco	Indicações	Via/Dose	Semivida Metabolização Eliminação	Reações-adversas Contra-indicações	Observações
Antipsicóticos típicos / atípicos	Clorproma- zina	Agitação. Delírio/Confusão. Náuseas e vômitos. Soluços incoercíveis	Per os / EV: 10 a 25 mg de 4/4h, de 6/6h ou de 12/12h. Dose máxima: 150mg por dia.	T ½: 16-30h Metab: Hepática Elim: Renal e intestinal		Não administrar por via subcutânea (efeito irritante).
	Risperidona		Per os: 0,5 a 3mg de 12/12h ou de 24/24h. Dose máxima: 12mg por dia. <u>Idosos / insuficiência renal / debilidade:</u> 1mg/dia (máx. 6mg/dia).	T ½: 3-20h Metab: Hepática Elim: Renal (70%) e intestinal	RA: insônia; agitação; ansiedade; cefaleia; hipotensão; sedação.	Antipsicóticos atípicos: menor risco de efeitos extrapiramidais.
	Olanzapina	Agitação. Delírio/Confusão.	Per os / IM: 2,5 a 5mg de 24/24h. Dose máxima: 20mg por dia.	T ½: 21-54h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: hipotensão ortostática; sedação; aumento de peso; alteração do metabolismo da glicose e dos lipídios.	
	Quetiapina		Per os: 12,5 a 400 mg por dia em 1 ou 2 adminis- trações. Dose máxima: 750mg por dia.	T ½: 6-12h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: aumento de peso; xerostomia; obstipação; alteração do metabolismo dos lipídios; hipotensão ortostática; tonturas; sonolência.	
	Baclofeno	Nevralgia do trigêmeo. Dor neuropática lan- cinante. Dor associada a espas- mos musculares. Dor associada a rigidez excessiva. Soluços persistentes.	Per os: dose inicial de 5 mg de 8/8h ou de 12/12h. Au- mentar a dose gradual- mente (se necessário) para 10 a 30mg de 8/8h. Dose máxima: 100mg por dia.	T ½: 2;5-4h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: sonolência; tonturas; tremor; insônia; convulsões; alterações GI e cardiovasculares; problemas respiratórios; variações de humor; confusão; alucinações; pesadelos; cefaleias; alterações visuais; descoordenação que afeta o equilíbrio e o andar; ataxia; hipotensão; bradicardia; dificuldade em urinar; redução súbita ou aumento do débito urinário; impotência.	Relaxante muscular de ação central. Precaução em: insuficiência renal; epilepsia ou circunstâncias com redução do limiar epileptogênico; doença de Parkinson; úlcera gástrica; problemas respiratórios; doença hepática; perturbação da circulação sanguínea cerebral; diabetes. Não interromper o fármaco abruptamente pelo risco de disautonomia e síndrome de abstinência (delirium e convulsões). Interação com: outros depressores do SNC (sedativos, antidepressivos, lítio, antiparkinsonícos), medicamentos para a artrite e analgésicos; pode reduzir a eficácia dos antidiabéticos orais; pode causar hipotensão por efeito sinérgico com os anti-hipertensores.
	Benzidamina	Dor provocada por lesões da boca e garganta, tais como gengivites, estomatites e faringites.	Per os: dissolver lentamente na boca 1 pastilha de 3mg de 4/4h ou de 6/6h ou utilizar solução de lavagem bucal 15ml (solução pura ou diluída em 30ml de água) de 8/8h ou de 12/12h.	T ½: 13h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: nas doses recomendadas, sem efeitos adversos.	Anti-inflamatório com ação anestésica local ligeira.
Benzodiazepinas	Alprazolam	Ansiedade. Ataques de pânico.	Per os: 0,25 a 2mg de 6/6h ou de 8/8h. Ação curta.	T ½: 12-15h Metab: Hepática Elim: Renal		As benzodiazepinas podem induzir tolerância, dependência física e psíquica. Em caso de intoxicação está indicado o flumazenilo. Precaução em: idosos (usar doses mais baixas); insuficiência renal ou hepática (ajustar a dose); história de hábitos de alcoolismo e toxicodependência.
	Clonazepam	Ausências típicas e atípicas, crises mio- clônicas e atônicas. Epilepsia e estado de mal epilético.	Dose inicial 1,5mg/dia depois aumentar 0,5mg de 3/3dias. Dose máxima: 20mg por dia. Ação longa.	T ½: 18-50h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: dependência; sedação; sonolência; descoordenação motora; alteração da memória a curto prazo; confusão; dificuldades de concentração; sensação de lentificação do pensamento e diminuição da capacidade de reação; ataxia; psicose; pesadelos; reações psiquiátricas e paradoxais (agitação, irritabilidade, ataques de raiva, agressividade, inquietação, ilusões, alucinações); fraqueza muscular; depressão; vertigem; obstipação; diarreia; vômitos; dor epigástrica; alterações do apetite; alterações visuais; irregularidades cardiovasculares; perda de libido; depressão respiratória; reação alérgica e anafilaxia.	
	Diazepam	Ansiedade. Insônia. Relaxante muscular. Anticonvulsivante. Dispneia.	Per os / EV / retal: 5 a 10mg de 6/6h, de 8/8h ou de 12/12h. Dose máxima: 30mg por dia. Ação longa.	T ½: 20-100h Metab: Hepática Elim: Renal	CI: apneia do sono; miastenia <i>gravis</i> ; insuficiência respiratória grave; insuficiência hepática grave.	Interação com: outros depressores do SNC (indutores do sono, antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e antiepiléticos, antihistamínicos sedativos), analgésicos opióides, álcool, cimetidina, inibidores da protease, dextropropoxifeno, contractivos orais, diltiazem, macrólidos, antifúngicos, rifampicina, digoxina, pancurônio e atracúrio.
	Flurazepam	Insônia.	Per os: 15 mg de 24/24h (ao deitar) Dose máxima: 30mg por dia.	T ½: 40-250h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Lorazepam	Ansiedade. Insônia. Dispneia.	Per os: 0,5 a 2mg de 6/6h ou de 8/8h. Ação curta.	T ½: 9-16h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: dependência; sedação; sonolência; descoordenação motora; alteração da memória a curto prazo; confusão; dificuldades de concentração; sensação de lentificação do pensamento e diminuição da capacidade de reação; ataxia; psicose; pesadelos; reações psiquiátricas e paradoxais (agitação, irritabilidade, ataques de raiva, agressividade, inquietação, ilusões, alucinações); fraqueza muscular; depressão; vertigem; obstipação; diarreia; vômitos; dor epigástrica; alterações do apetite; alterações visuais; irregularidades cardiovasculares; perda de libido; depressão respiratória; reação alérgica e anafilaxia.	As benzodiazepinas podem induzir tolerância, dependência física e psíquica. Em caso de intoxicação está indicado o flumazenilo. Precaução em: idosos (usar doses mais baixas); insuficiência renal ou hepática (ajustar a dose); história de hábitos de alcoolismo e toxicodependência. Interação com: outros depressores do SNC (indutores do sono, antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e antiepiléticos, antihistamínicos sedativos), analgésicos opióides, álcool, cimetidina, inibidores da protease, dextropropoxifeno, contractivos orais, diltiazem, macrólidos, antifúngicos, rifampicina, digoxina, pancurônio e atracúrio.
	Midazolam	Ansiedade. Dispneia. Angústia.	Per os / EV / SC: 2,5 a 15mg de 2/2h, de 4/4h, de 6/6h, de 8/8h ou de 12/12h. Perfusão (se angús- tia): 30 a 60mg por dia em perfusão contínua nas 24h. Dose máxima: 60mg por dia. Ação muito curta.	T ½: 1,5-2,5h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Oxazepam	Ansiedade. Insônia.	Per os: 7,5 a 15mg de 6/6h ou de 8/8h. Ansiedade grave: 15 a 30mg de 6/6h ou de 8/8h. Se insônia: 25 a 50mg de 24/24h ao deitar. Ação curta.	T ½: 4-14h Metab: Hepática Elim: Renal	CI: apneia do sono; miastenia <i>gravis</i> ; insuficiência respiratória grave; insuficiência hepática grave.	
Bifosfonados	Pamidronato		EV: 60 a 90mg durante 2h (a cada 4 semanas).	T ½: 28h Metab: Ø Elim: Renal	RA: hipocalcemia; náuseas; diarreia; obstipação; dor abdominal; cefaleias	Não deve ser administrado por via subcutânea.
	Alendronato	Hipercalcemia. Dor óssea oncológica. Prevenção de fraturas patológicas.	Per os: 70mg por semana.	T ½: 126h Metab: Ø Elim: Renal	Cuidado em doentes com insuficiência renal.	
	Ácido zoledrónico		EV: 5mg durante 15 min (a cada 3-4 semanas).	T ½: 146h Metab: Ø Elim: Renal		
	Bisacodilo	Ver Laxantes .				
	Brometo de ipra- trópio	Ver Broncodilatadores .				
Broncodilatadores	Budesonido	Broncoconstrição. Mucolítico. Expectorante.	Neb: 200 a 400mcg de 12/12h. Dose máxima: 800mcg por dia.	T ½: 2-4h Metab: Hepática Elim: Renal e intestinal	RA: tosse; rouquidão. estomate. CI: Tuberculose pulmonar.	Corticóide/anti-inflamatório. Quase sem ação sistêmica.
	Brometo de ipratrópio		Neb: 250 a 500µg de 4/4h, de 6/6h ou de 12/12h. Início de ação rápido (15-30min).	T ½: 2h Metab: Hepática	RA: midríase; aumento da pressão intraocular; glaucoma de ângulo estreito; dor ocular.	Anticolinérgico. Não atravessa a barreira hemato- encefálica. Pode associar-se a Salbutamol.

	Fármaco	Indicações	Via/Dose	Semivida Metabolização Eliminação	Reações-adversas Contra-indicações	Observações
Broncodilatadores	Formoterol		Neb: 12µg de 12/12h. (Início de ação rápida e longa duração de ação)	T ½: 11-25h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: palpitações; taquicardia; nervosismo; isquemia miocárdica; insônia; cefaleia; hipocalcemia.	
	Salbutamol	Broncoconstrição. Mucolítico. Expectorante.	Neb: 5mg de 4/4h. (Início de ação rápida e curta duração de ação)	T ½: 1,6h Metab: Hepática Elim: Renal	CI: hipersensibilidade ao iodo; hipertiriodismo; tumores da glândula suprarrenal; doença cardíaca severa.	Pode associar-se a Brometo de ipratrópio.
	Aminofilina	Broncoconstrição.	Per os / EV: Dose carga: 6mg/kg Depois 225mg de 12/12h.	T ½: 7-9h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: náuseas; vômitos: dor abdominal; ansiedade; agitação; convulsões; cefaleia; taquicardia; hiperglicemia.	Necessário monitorizar níveis séricos.
	Teofilina		Per os: 400mg de 24/24h.	T ½: 6-12h Metab: Hepática Elim: Renal	CI: hipotiriodismo; doença cardíaca e hepática grave; gastrite ativa.	Uso simultâneo com beta-bloqueadores pode resultar em inibição mútua dos fármacos.
Ver Broncodilatadores .						
Budesonido						
Bupivacaína		Tosse.	Neb: Bupivacaína 0.25% 5mL de 4/4h ou de 6/6h.	T ½: 3,5h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: entorpecimento perioral/língua; inquietação; zumbidos; convulsões; paragem cardíaca.	Anestésico local eficaz na supressão da tosse.
Ver Opióides .						
Buprenorfina						
Buspirona		Ansiedade. (eficaz nos doentes com DPOC e insuficiência respiratória tipo 2 em que as benzodiazepinas estão contraindicadas pelo risco de depressão do centro respiratório).	Per os: 5 a 20mg de 8/8h. Dose máxima: 60mg por dia. Modo de ação lento (pode demorar 5-10 dias a iniciar a sua ação terapêutica).	T ½: 2-3h Metab: Hepática Elim: Renal e intestinal	RA: parestesias; tonturas; cefaleias; nervosismo; sonolência; alteração dos sonhos; diminuição da concentração; excitação; alterações do humor; taquicardia; palpitações; toracalgia; visão turva; zumbidos; náuseas; vômitos; xerostomia; dor abdominal; diarreia; obstipação; frequência e hesitação urinária; artralgias; hiperventilação; rash; edema; prurido; afrontamentos; queda do cabelo e pele seca; fadiga e astenia. CI: insuficiência renal ou hepática grave; <18 anos; gravidez.	Ansiolítico não benzodiazepina, agonista seretoninérgico e não sedativo. Interação com: IMAO, trazodona (risco de aumento das transaminases), haloperidol (aumento dos seus níveis séricos), ISRS (fluoxetina, fluvoxamina), nefazodona, eritromicina, itraconazol, diltiazem, verapamil, rifampicina, varfarina (aumento do tempo da protrombina).
Butilescopolamina		Hipersecreção brônquica (para redução do volume das secreções). Estertor/Respiração ruidosa. Tenesmo. Sialorreia. Vômitos em estados de oclusão intestinal. Dor ou desconforto abdominal associado a espasmos gastrointestinais, biliares e do trato urinário.	Per os: 10 a 20mg de 6/6h ou de 8/8h. EV / IM / SC: 20mg de 6/6h. Dose máxima: 100mg por dia. <u>Atenção! se vômitos associados a oclusão intestinal: 60-200mg/dia.</u>	T ½: 5h Elim: Renal e intestinal	RA: boca seca; inibição da secreção salivar; inibição da sudorese; perturbações da acomodação ocular; taquicardia; hipotensão; rubor; dispneia; tonturas; retenção urinária; reações alérgicas; choque anafilático. CI: gravidez; lactação; glaucoma; hipertrofia prostática; retenção urinária por patologia uroprostática; miastenia gravis; megacolon; estenose do piloro; íleo paralítico; dor abdominal.	Antiespasmódico. Precaução em: glaucoma de ângulo aberto; hipertiriodismo; colite ulcerosa; doença do refluxo gastroesofágico; atonia intestinal; insuficiência cardíaca; secura da boca. Interação com: metoclopramida (efeitos antagonistas a nível do esvaziamento gástrico), fármacos com ação anticolinérgica (antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, amantadina, anti-histamínicos), procainamida.
Ver Anticonvulsivantes .						
Carbamazepina						
Ceftriaxone		Infeções graves por Gram negativos multirresistentes.	EV / SC: 1 a 2g de 24/24h, durante 7 a 14 dias.	T ½: 5,8-8,7h Metab: Intestinal Elim: Renal e intestinal	RA: reação alérgica (erupção cutânea, urticária); alteração nas enzimas hepáticas e icterícia colestática; náuseas; vômitos; dor epigástrica; diarreia; aftas; perda de apetite; cefaleias; tonturas; disfunção renal; diminuição da diurese; litíase biliar; agranulocitose; anemia; trombocitopenia; aumento do risco infeccioso; reações anafiláticas. CI: se alergia às penicilinas.	Cefalosporina 3ªG. Precaução em: doentes asmáticos ou com história de alergias; insuficiência hepática; colite ou qualquer outra inflamação do intestino. Interação com: anticoagulantes.
Ver Anti-histamínicos .						
Cetirizina						
Ciclobenzaprina		Dor associada a espasmos do músculo esquelético de origem local (lesão, trauma ou esforço). Relaxante muscular em situações dolorosas agudas, tais como a lombalgia.	Per os: 10 mg de 8/8h. Dose máxima: 60mg por dia.	T ½: 18h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: sonolência; xerostomia; tonturas; fadiga; cansaço; fraqueza; náuseas; obstipação; sabor amargo na boca; visão turva; cefaleias; nervosismo; confusão; arritmias; convulsões; icterícia; diminuição da diurese; reações alérgicas (urticária, rash, edema da face e da língua); depressão da medula óssea (muito rara); leucopenia (muito rara); hipoglicemia; hiperglicemia. CI: utilização de IMAOs nos 14 dias anteriores ao início da terapêutica; arritmias; hipertiriodismo; IC descompensada.	Não é eficaz no caso de espasmos musculares devidos a doenças do SNC. Precaução em: doentes com diminuição da diurese; glaucoma de ângulo fechado; hipertensão ocular. Interação com: álcool, IMAO (pode causar hiperpirexia, convulsões e morte), barbitúricos, sedativos, anticolinérgicos, antiparkinsonícos.
Ver Antidepressivos .						
Ver Laxantes .						
Ver Antidepressivos .						
Ver Benzodiazepinas .						
Ver Antipsicóticos .						
Ver Opióides .						
Colestiramina		Prurido (obstrução biliar parcial).	Per os: 4 a 8g por dia.	T ½: 1h Metab: Ø Elim: Intestinal	RA: sintomas GI (obstipação + + +, desconforto abdominal, flatulência, náuseas, vômitos, diarreia).	Apresentação: 4g pó para suspensão per os.
		Per os: 4g de 8/8h.				
Corticosteróides	Dexametasona	Estimulante do apetite. Anti-edematoso. Hipertensão intracraniana. Compressão medular. Oclusão intestinal. Anti-emético. Adjuvante analgésico.	Per os: 0,5 a 16mg por dia em doses fracionadas de 8/8h. EV / SC: 4 a 16mg por dia em doses fracionadas de 8/8h ou 12/12h.	T ½: 36-72h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: aumento de peso; hábito cushingóide; mioclonias; equimoses; estrias; acne; solúços; dispepsia; perturbação do sono; sensação de queimadura genital; diabetes; miopatia proximal; suscetibilidade às infeções (sobretudo candidíase oral); úlcera péptica; perfuração gastrointestinal; hemorragia digestiva; psicose.	
	Hidrocortisona	Broncospasma.	EV / SC: 50 a 200mg por dia em doses fracionadas de 8/8h ou 12/12h.	T ½: 8-12h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Metilprednisolona	Estimulante do apetite. Anti-edematoso. Hipertensão intracraniana. Anti-emético. Adjuvante analgésico.	Per os: 4 a 32mg por dia em dose única ou em dose fracionada de 12/12h. EV: 40 a 120mg por dia em dose única ou em dose fracionada de 8/8h.	T ½: 12-36h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Prednisolona	Estimulante do apetite. Broncospasma. Adjuvante analgésico. Alergias cutâneas.	Per os / EV: 5 a 80mg de 24/24h.	T ½: 12-36h Metab: Hepática Elim: Renal		
Ver Corticosteróides .						
Ver Benzodiazepinas .						
Ver AINES .						
Ver Anti-histamínicos .						
Ver Opióides .						
Ver Laxantes .						
Ver Anti-eméticos .						
Ver Anti-eméticos .						
Ver Antidepressivos .						

	Fármaco	Indicações	Via/Dose	Semivida Metabolização Eliminação	Reações-adversas Contra-indicações	Observações
	Escitalopram	Ver Antidepressivos .				
	Escopolamina	Redução das secreções brônquicas. Antiespasmódico.	Per os / SC / EV: 10 a 20mg 3 a 5 vezes por dia. Dose máxima: 100mg por dia.	T ½: 6-10h Metab: Hepática Elim: Renal e intestinal	RA: efeitos anticolinérgicos (xerostomia, disidrose, distúrbios da acomodação visual, taquicardia, retenção urinária).	
Estimulantes do apetite	Acetato de medroxiprogesterona	Anorexia. Caquexia. Fadiga.	Per os: 10mg de 24/24h.	T ½: 17h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: edema; impotência; TVP; hiperglicemia; hipertensão arterial; insônia; nervosismo. CI: insuficiência hepática grave.	Resposta ao megestrol é independente da evolução da doença oncológica. Sinergismo quando associada ao ibuprofeno.
	Acetato de megestrol		Per os: 160mg de 24/24h. Dose máxima: 1600mg por dia.	T ½: 13-100h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Etodolac	Ver AINEs .				
	Fenitoína	Ver Anticonvulsivantes .				
	Fenobarbital	Ver Anticonvulsivantes .				
	Fentanil	Ver Opióides .				
	Ferro	Anemia ferropénica.	Per os: Sulfato ferroso: - Profilaxia: 600mg (70mg de ferro) 2xdia. - Tratamento: 1200 a 1800mg (140-210mg de ferro) 3xdia. Gluconato ferroso: - Profilaxia: 200mg (65mg de ferro) de 24/24h. - Tratamento: 200mg (65mg de ferro) 2-3xdia. Proteínosuccinilato de ferro: 40 a 80mg de 24/24h. EV: Carboximaltose férrica: - 2 doses de 750mg separadas por 7 dias. Gluconato férrico: - Doses múltiplas de 125-187,5mg. Ferumoxitol: - 2 doses de 510mg separadas por 8 dias ou 1 dose de 1020mg. Isomaltosídeo férrico: - Até 3 doses de 500mg, administradas ao longo de 7 dias ou 1 dose de 20mg/kg. Ferro Dextrano: - Doses múltiplas de 100mg ou 1 dose de 1000mg administrada ~ 1h. Sacarose de ferro: - Doses múltiplas de 200-300mg.	T ½: 6-12h	RA (formulações per os): efeitos GI (náuseas, dor epigástrica, obstipação ou diarreia e fezes escuras). RA (formulações EV): cefaleias; febre; artralgias; náuseas e vômitos; vasodilatação facial; urticária; broncospasmo; raramente anafilaxia, incluindo reações fatais.	Anemia ferropénica (adulto): dose diária de ferro elementar de 100 a 200 mg. Melhor absorvido em jejum mas melhor tolerado com as refeições.
	Flavoxato	Tenesmo vesical. Incontinência vesical.	Per os: 100 e 200 mg de 6/6h ou de 8/8h.		RA: efeitos anticolinérgicos (xerostomia, obstipação, visão turva, taquicardia e aumento da pressão intraocular). CI: retenção urinária.	
	Fluoxetina	Ver Antidepressivos .				
	Flurazepam	Ver Benzodiazepinas .				
	Formoterol	Ver Broncodilatadores .				
	Furosemida	Hipervolemia. Dispneia 2ª a congestão pulmonar. Hipertensão. Hipercalemia. Hipercalcémia.	Per os / SC / EV: Iniciar com 20 a 40 mg (se diurético prévio » 2-2;5x a dose habitual). Aumentar 20 a 40mg a cada 6-8h. Dose máxima: 600 mg por dia (varia de doente para doente). Perfusão: 0,1 mg/kg de bólus » 0,1 mg/kg/h » duplicar a dose a cada 2h » máx. 0,4 mg/kg/h	T ½: ~2h Metab: Hepática Elim: Renal e intestinal	RA: irritação e reação local; alterações hidroelectrolíticas; hipovolemia e desidratação; rash cutâneo.	Fotosensível. Deve ser administrada isoladamente. NaCl 0,9% (direto ou em perfusão). Não administrar com soluções dextrosadas.
	Gabapentina	Ver Anticonvulsivantes .				
	Granisetron	Ver Anti-eméticos .				
	Haloperidol	Ver Antipsicóticos .				
	Hidrocortisona	Ver Corticosteróides .				
	Hidromorfona	Ver Opióides .				
	Hidróxido de magnésio	Ver Laxantes .				
	Hidroxyzina	Ver Anti-histamínicos .				
	Ibuprofeno	Ver AINEs .				
	Imipramina	Ver Antidepressivos .				
	Lactulose	Ver Laxantes .				
Laxantes	Bisacodilo	Obstipação.	Per os: 5 a 10mg de 12/12h ou de 24/24h (ao deitar). Dose máxima: 20mg por dia. Retal: 1 supositório de 10mg para efeito imediato (~20min)	T ½: 16h Metab: Hepática Elim: Renal e intestinal	RA: espasmos abdominais; dor abdominal; diarreia; náuseas e vômitos; tonturas; sangue nas fezes; desconforto abdominal e anoretal; reação alérgica; reações anafiláticas; angioedema; desidratação; síncope (resposta vasovagal à dor abdominal); vertigem; colite; desequilíbrio eletrolítico e hipocalemia. CI: íleo; oclusão ou perfuração intestinal; doença inflamatória intestinal grave (colite ulcerosa ou doença de Crohn); desidratação grave.	Os comprimidos não devem ser tomados com produtos que reduzem a acidez do trato gastrointestinal, tais como leite, antiácidos ou inibidores da bomba de prótons.
	Citrato de sódio	Obstipação retal ou reto-sigmoideia.	Retal: 1 ou 2 bisnagas por dia.	Não é absorvido.	RA: sensação de queimadura anal; retites congestivas. CI: íleo; doença intestinal inflamatória aguda (doença de Crohn ou colite ulcerosa); obstrução intestinal; perfuração digestiva ou risco de perfuração digestiva; dor abdominal de origem indeterminada.	Laxante de contacto. Precaução em: pressão hemorroidária; fissuras anais ou retais; colites hemorrágicas.
	Docusato de sódio (+ Sorbitol)					
		Parafina líquida	Obstipação e estados em que seja necessário facilitar a defecação (p.ex. pós-cirurgia hemorroidal).	Per os: 1 colher de sopa à noite e, se necessário, 1 colher de manhã. Retal: 2-3 colheres de sopa em 1L de água fervida, para administração em clister.		RA: irritação da mucosa anal. CI: tratamentos prolongados uma vez que diminui a absorção de vitaminas lipossolúveis.



	Fármaco	Indicações	Via/Dose	Semivida Metabolização Eliminação	Reações-adversas Contra-indicações	Observações
Laxantes	Lactulose	Obstipação. Encefalopatia hepática.	Per os: 15 a 30ml 1 a 3x por dia. A posologia deve ser ajustada para se obter 2-3 dejeções diárias de fezes moles.	Não é absorvido	RA: flatulência; diarreia; dor abdominal; náuseas e alterações eletrolíticas. CI: doença intestinal inflamatória aguda (doença de Crohn ou colite ulcerativa); obstrução intestinal; perfuração digestiva ou risco de perfuração digestiva; dor abdominal de origem indeterminada.	
	Macrogol		Per os: 1 a 3 saquetas por dia em doses divididas (diluir cada saqueta em 152mL de água). Se impactação fecal dissolver 8 saquetas em 1L de água.		RA: distensão e dor abdominal; náuseas e vômitos; diarreia; flatulência; reação alérgica; alterações eletrolíticas (potássio) CI: oclusão intestinal; doenças inflamatórias graves do trato intestinal (doença de Crohn, colite ulcerosa e megacólon tóxico).	
	Picossulfato de sódio	Obstipação.	Per os: 5 a 30mg por dia, à noite.		RA: desequilíbrio hidroelectrolítico; hipocalémia; dor abdominal; náuseas; diarreia; reação alérgica. CI: doença intestinal inflamatória aguda (doença de Crohn ou colite ulcerosa); obstrução intestinal; perfuração digestiva ou risco de perfuração digestiva; dor abdominal de origem indeterminada.	
	Sene		Per os: 12 a 48mg por dia ao deitar.		RA: dor abdominal; desidratação; cansaço; miopatia; depleção salina; disfunção renal; hipocalcémia; hipocalémia; hipomagnesemia; aumento da atividade das suprarrenais; náuseas e diarreia. CI: doença intestinal inflamatória aguda (doença de Crohn ou colite ulcerosa); desidratação grave.	
	Hidróxido de magnésio		Per os: 15mL 1 a 3x por dia.			Pode produzir um efeito laxante indesejavelmente forte, pelo que não se recomenda uso rotineiro.
Levomepromazina	Ver Antipsicóticos .					
Lidocaína	Dor localizada. Anestésico local.	EV: Iniciar com 1 a 1,5mg/kg, depois bolús de 25-50mg por minuto; posteriormente bolús 0,5mg/kg a cada 5 minutos. IO: 1 mg/kg em perfusão contínua de 25-50 mg/minuto. Endotraqueal: Spray com 2 a 3,75 mg/kg Tópica (pomada): 2 a 5%, cerca de 15ml de solução, de 4/4horas. Em adesivo: até 3 por um período de 12h a cada 24h. Uretral (Gel): Instilar 15 ml (homens) ou 3-5 ml (mulheres) de 2% lidocaína em gel ou solução dentro da uretra.	T ½: 5 min Metab: Hepática Elim: Renal	RA: cefaleia; sabor metálico na boca; acidose; hipóxia; bradicardia; hipotensão; nervosismo; confusão; tremor. CI: não aplicar na laringe.		
Loperamida	Ileostomias e colostomias com excessiva perda de água e eletrólitos. Diarreia aguda ou crónica não infecciosa.	Per os: <u>Diarreia aguda:</u> 4mg seguidos de 2mg após cada dejeção líquida. <u>Diarreia crónica:</u> 4mg de 24/24h. Dose máxima: 16mg por dia.	T ½: 9 -14h Metab: Hepática Elim: Intestinal	RA: xerostomia; flatulência e cólica abdominal; vômitos; sonolência. CI: enterocolite bacteriana; colite pseudomembranosa.		
Lorazepam	Ver Benzodiazepinas .					
Macrogol	Ver Laxantes .					
Metadona	Ver Opióides .					
Metamizol	Dor associada a neoplasias. Dor espasmódica. Febre. Dor aguda não controlada.	Per os: 575mg de 8/8h ou de 6/6h. EV: 1 a 2ml de 12/12h. Dose máxima EV: 10ml por dia.	T ½: 3h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: calor; rubor; palpitações; náuseas; hipotensão; trombocitopenia; agranulocitose; choque anafilático (mais associada à via EV). CI: hipotensão; choque; EAM recente; história de reação alérgica (sintomas de asma, rinite, urticária) depois da administração de ácido acetilsalicílico, paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides.	Utilização EV deve ser efetuada muito lentamente (3 a 5 minutos).	
Metilfenidato	Fadiga e depressão resistente à terapêutica.	Per os Titular a dose com início em 5mg de 12/12h. Dose máxima: 60mg por dia.	T ½: 2-4h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: nervosismo; cefaleia; tosse; dor abdominal; náuseas; agitação; agressividade; taquicardia; xerostomia; diminuição de apetite; perda de peso. CI: hipertiroidismo; tirotoxicose; feocromocitoma; EAM recente; arritmias cardíacas; glaucoma.		
Metilnaltrexona	Obstipação induzida por opióides.	SC: 0,15 mg/kg em dias alternados. ou <u>Até aos 60kg:</u> 8mg em dias alternados. <u>Peso superior a 60kg:</u> 12mg em dias alternados. Dose máxima: 0,15 mg/kg por dia.	T ½: 8h Metab: Hepática Elim: Renal e intestinal	RA: náuseas; dor abdominal; flatulência; diarreia. CI: abdómen agudo; obstrução intestinal.		
Metilprednisolona	Ver Corticosteróides .					
Metoclopramida	Ver Anti-eméticos .					
Metronidazol	Infeções causadas por bactérias anaeróbias. Infeções por Tricomoníase e vaginites por <i>Gardnerella vaginalis</i> , giardíase, amebíase.	Per os: 250mg de 12/12h até máximo de 1000mg de 8/8h. Tópico: 1 aplicação de 24/24h. Dose máxima: 3000mg por dia.	T ½: 8-10h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: rash; prurido; rubor; neutropenia; neuropatia periférica; vertigem; ataxia; confusão; convulsão; sabor metálico; candidíase oral; achatamento da onda T no ECG. CI: encefalopatia hepática.	A associação com Dissulfiram pode causar delírio ou confusão mental. Associação com anticoagulantes orais potencia o efeito anticoagulante e o risco hemorrágico.	
Midazolam	Ver Benzodiazepinas .					
Mirtazapina	Ver Antidepressivos .					
Morfina	Ver Opióides .					
Naltrexona	Prurido. Dependência de opióides. Dependência alcoólica.	Per os: 25mg de 24/24h. Dose máxima: 250mg por dia	T ½: 4 h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: acolia; colúria; escleras ictericas; insónia; ansiedade; taquicardia; dor abdominal; agitação; cefaleia. CI: tratamento concomitante com metadona; insuficiência hepática.	A ingestão de alimentos e bebidas não interfere no tratamento.	
Naproxeno	Ver AINEs .					

	Fármaco	Indicações	Via/Dose	Semivida Metabolização Eliminação	Reações-adversas Contra-indicações	Observações
	Nistatina	Candidíase oral.	Per os: 4-6ml de 6/6h.		RA: náuseas; vômitos; angioedema; edema facial.	Efeito só no período de contacto (gelados ou comprimidos vaginais podem aumentar esse tempo). Cloro-hexidina diminui a sua atividade.
	Octreotido	Náuseas. Vômitos. Oclusão intestinal. Diarreia.	SC / EV / IM: 50µg de 8/8h ou em perfusão contínua. Dose máxima: 900µg por dia.	T ½: 4 h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: náuseas; vômitos; cólicas abdominais. CI: tratamento concomitante com pimozida e cisaprida.	Se insulino tratado poderá ser necessário diminuir a dose de insulina. Se SC manter o fármaco à temperatura ambiente diminui o desconforto local.
	Olanzapina	Ver Antipsicóticos.				
	Ondansetron	Ver Anti-eméticos.				
	Codeína	Tosse não produtiva. Diarreia.	Per os / SC / EV: 10 a 60mg de 4/4h ou de 6/6h. Dose máxima: 120 a 240 mg por dia.	T ½: 4-6h Metab: Hepática Elim: Renal		Iniciar concomitantemente Laxantes.
	Di-hidroco- deína	Tosse não produtiva.	Per os: 5 a 10mg de 4/4h ou de 6/6h. Formulação retard: 60mg de 12/12h.	T ½: 3-8h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Tramadol	Dor moderada.	Per os / SC / EV: <u>Formulações de libera- ção imediata:</u> 25 a 100 mg de 4/4h, de 6/6h ou de 8/8h. <u>Formulações de liber- tação prolongada:</u> 50 / 100 / 150 / 200 / 300 / 400mg de 12/12h ou de 24/24h. Dose máxima: 400mg por dia. (Se ClCr <30 ml/min: 200 mg/dia)	T ½: 5-7h Metab: Hepática Elim: Renal		Diluir em SF 0,9%. Dose de resgate : Formulação de libertação normal (1/1h). Titulação: aumentar a dose 25- 50% a cada 48h , se >2-3 doses de resgate/dia.
	Tapentadol	Dor moderada a severa (sobretudo dor noci- ceptiva e neuropática).	Per os: <u>Formulações de liber- tação imediata:</u> 50 a 100mg de 4/4h ou de 6/6h. <u>Formulações de liber- tação prolongada:</u> 50/100/150/200/ 250mg; iniciar com 50mg de 12/12h. Aumentar 50 mg/dia a cada 3 dias. Dose máxima: 500mg por dia.	T ½: 4h Metab: Hepática Elim: Renal		
	Morfina	Dor moderada a severa. Dispneia. Tosse refratária. Hemorragia maciça.	Per os / SC / EV: Dor <u>Formulações de liber- tação imediata:</u> Forma de eleição para iniciar o tratamento: 5 a 10 mg de 4/4h (per os). <u>Formulações de libera- ção prolongada:</u> Trata- mento de manutenção (não usar em SOS) 10 a 30 mg de 12/12h. <u>Morfina de resgate (SOS)</u> = 1/6 dose total (máx 1/1h per os ou 30/30 min SC) Aumentar 25-50% (ba- sal) se ≥2-3 SOS. Dispneia 2,5 a 5mg de 4/4h. Fase terminal com disp- nea intensa: perfusão SC contínua (dose inicial = 1/2 a 1/3 da dose administrada per os). Tosse 5 a 20mg de 4/4h. Hemorragia maciça: 5 a 10mg EV/SC (asso- ciada a benzodiazepina).	T ½: 2-3h Metab: Hepática Elim: Renal (90%) e intestinal (10%)	RA: obstipação; náuseas e vômitos; tonturas; confusão; sedação; cefaleias; miose pupilar; hipotensão; depressão respiratória.	Naive: iniciar dose baixa. Restantes: aumentar a dose 30 a 50%. Doses equianalgésicas: 20 mg EV = 30 mg SC = 60 mg per os. Não há dose limite (definido pelo controlo da dor ou toxicidade). Se insuficiência renal , intervalo reco- mendado 6-6h/8-8h e evitar morfina de libertação prolongada. Diluir em SF 0,9%. Associar concomitantemente anti- emético e laxante.
	Buprenorfina	Dor moderada a severa.	Transdérmica: 35/52,5/70ug/h a cada 72-96h – iniciar com dose baixa. Dose máxima: 140ug/h SL: Iniciar 0,1 a 0,2mg de 8/8h. Dose máxima: 3mg por dia.	T ½: 2-5h Metab: Hepática Elim: Intestinal (80%) e renal (20%)		SOS: Buprenorfina SL (0,1-0,2mg 1/1h » titular até dose eficaz) ou Morfina de ação rápida. Se >3 SOS/dia » aumentar dose do penso transdérmico.
	Fentanil	Dor moderara a severa.	Transdérmica: 12,5/25/50/75/100 ug/h a cada 72h. SL: 100/133/200/267/300/ 400/533/600/800ug. Em SOS (100 a 1200ug). Iniciar com 100, 133 ou 200 µg (dependendo da marca) cada 15 a 20 minutos e titular até à dose eficaz. SC: Bólus: 25ug/30min Perfusão: 50 a 100ug/ dia (aumentar consoante ne- cessidade até 4800ug/ dia). Analgesia de resgate: SL 100 a 600ug a cada 15 a 30minutos.	T ½: 7h Metab: Hepática Elim: Renal		RA: náuseas e vômitos; tonturas; sedação; cefaleias. Menos obstipante que outros opióides. Sem depressão respiratória nas doses recomendadas. SOS: Fentanil SL ou Morfina de ação rápida. Se >3 SOS/dia » aumentar dose do penso transdérmico. Dose equivalente 12,5 ug/h transdérmico = 300 ug/ dia SC.
	Oxicodona	Dor moderada a severa. Dispneia grave.	Per os / SC / EV: Dor: 5 a 10mg de 12/12h. Dispneia: Per os: 2,5 a 5mg de 4/4h. SC/EV: 1 a 5mg de 4/4h. Dose máxima: 400mg por dia.	T ½: 3-4,5h Metab: Hepática Elim: Renal		Diluir em SF 0,9%, dextrose a 5% ou água para injetáveis.
	Metadona	Dor moderada a severa.	Per os / SC / EV: 2,5 a 10mg de 4/4h.	T ½: 15-60h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: obstipação; náuseas e vômitos; tonturas; sedação; cefaleias; hipoten- são; depressão respiratória.	
	Hidromorfona	Dor moderada a severa.	Per os / SC / EV: <u>Formulações de liber- tação prolongada:</u> 4 a 64mg de 24/24h. SC: 0,5 a 2mg a cada 2-3h. EV: 0,2 a 1mg a cada 2-3h.	T ½: 2,3h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: obstipação; náuseas e vômitos; tonturas; sedação; cefaleias; miose pupilar; hipotensão; depressão respiratória.	Hidromorfona EV/SC : per os » 5:1 Diluir em SF 0,9% ou água para injetáveis.



	Fármaco	Indicações	Via/Dose	Semivida Metabolização Eliminação	Reações-adversas Contra-indicações	Observações
	Oxazepam	Ver Benzodiazepinas .				
	Oxicodona	Ver Opióides .				
	Pamidronato	Ver Bifosfonados .				
	Paracetamol	Dor. Febre.	Per os / EV / Retal: 1000mg de 8/8h. Dose máxima: 4000mg por dia.	T ½: 1-4h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: muito bem tolerado; náuseas; vômitos. CI: doença hepática grave; deficiência em glucose-6-fosfato.	
	Parafina líquida	Ver Laxantes .				
	Parocoxib	Ver AINES .				
	Paroxetina	Ver Antidepressivos .				
	Picossulfato de sódio	Ver Laxantes .				
	Pilocarpina	Xerostomia. Xeroftalmia.	Per os: 5 a 10mg de 8/8h após as refeições.	T ½: 1h	RA: sem reações adversas. CI: asma grave não tratada; doença renal ou cardíaca grave.	Existe na forma de gotas oftálmicas que podem ser tomadas de forma oral (15 gotas equivalem a 5mg)
	Prazozina	Retenção urinária. HTA.	Per os: 1mg de 24/24h. Dose máxima: 20mg por dia.	T ½: 10h Metab: Hepática Elim: Intestinal	RA: hipotensão; adinamia; fraqueza; diaforese; xerostomia; rubor; priapismo.	Podem ocorrer resultados falso- positivos nos testes de detecção de feocromocitoma ácido vanilmandélico urinário e metoxiidroxifenilglicol metabólitos da norepinefrina presentes na urina.
	Prednisolona	Ver Corticosteróides .				
	Pregabalina	Ver Anticonvulsivantes .				
	Prometazina	Ver Anti-histamínicos .				
	Propofol	Delírium/confusão. Dor na fase terminal. Agonia. Agitação e fadiga refratária.	EV: 1 a 3 mg/kg/h.	T ½: 30-60min Metab: Hepática Elim: Renal	RA: dor no local da aplicação; hipotensão; bradicardia; apneia; cefaleia; náuseas e vômitos durante a recuperação. CI: menores de 3 anos.	Insolúvel em água.
	Quetamina	Dor neuropática. Desbridamentos curativos dolorosos. Agitação e fadiga refratária. Sedação no doente terminal.	EV / IM: 0,5 mg/kg/min	T ½: 2-3h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: hipertensão; taquicardia; confusão mental; delírium; alucinações. CI: AVC ou EAM recente; insuficiência cardíaca; hipertensão grave; LOE ou hemorragia intracerebral.	Efeito sinérgico com opióides e benzodiazepinas.
	Quetiapina	Ver Antipsicóticos .				
	Risperidona	Ver Antipsicóticos .				
	Salbutamol	Ver Broncodilatadores .				
	Salmeterol	Ver Broncodilatadores .				
	Sene	Ver Laxantes .				
	Sertralina	Ver Antidepressivos .				
	Talidomida	Prurido. Sedação. Anti-inflamatório.	Per os: 100mg de 24/24h. Dose máxima: 200mg por dia.	T ½: 5-7h Metab: Hepática Elim: Renal	RA: náuseas; obstipação; cólicas abdominais; sonolência.	
	Tapentadol	Ver Opióides .				
	Tenoxicam	Ver AINES .				
	Teofilina	Ver Broncodilatadores .				
	Topiramato	Ver Anticonvulsivantes .				
	Tramadol	Ver Opióides .				
	Trazodona	Ver Antidepressivos .				
	Tropisetron	Ver Anti-eméticos .				
	Valproato de sódio	Ver Anticonvulsivantes .				
	Venlafaxina	Ver Antidepressivos .				
	Vitamina B12	Anemia megaloblástica. Défice vitamínico. Neuropatia.	Per os: 2mg de 24/24h. Dose máxima: 4mg por dia. IM/SC profunda: Uma ampola de 20 mg/2 ml por semana.	T ½: 6 dias Metab: Hepática Elim: Renal	RA: angioedema; broncospasmo; dor no local da injeção; prurido; exantema.	A duração do tratamento depende da situação clínica e da resposta ao tratamento.

Com o apoio:
ANGELINI PHARMA Portugal

ANG 30-04/21

