

Urgências

Cuidados Paliativos
Ferraz Gonçalves

Definição

- As situações consideram-se de urgência por provocarem sintomas intensos ou por causarem alterações graves e irreversíveis da função,
- Não necessariamente por ameaçarem a vida.

Hemorragias

As hemorragias terminais agudas ocorrem em até 10% dos doentes com cancro.

- Num estudo realizado em Portugal sobre as últimas 48 horas de vida em 300 doentes:
 - 45 (15%) tiveram hemorragias durante esse período,
 - 6 destes necessitaram de sedação.

Hemorragias - causas

- Causas sistémicas:
 - Trombocitopenia,
 - Outras alterações da coagulação
 - coagulação intravascular disseminada,
 - insuficiência hepática,
 - anticoagulantes,
 - AINE, etc.
- Causas locais:
 - como tumores,
 - efeitos tardios da radioterapia.

Hemorragias

- As hemorragias causam grande ansiedade aos doentes.
- Se as hemorragias são previsíveis, devem usar-se lençóis de cor verde ou azul (não vermelhos) e ter toalhas disponíveis das mesmas cores para disfarçar o sangue, cuja visão é assustadora.

- A hemorragia pode provocar a morte em poucos minutos se tiver origem num grande vaso.
 - Nesta situação, é importante acompanhar o doente, mas não é necessário fazer mais nada.
- Uma grande hemorragia que não é rapidamente fatal
 - Sedar o doente
- Em qualquer caso é indispensável acompanhar o doente durante todo o processo sem nunca o deixar só

Sedação

- Não existe acesso venoso
 - Midazolam – 15 mg IM
 - Diazepam – 10 a 20 mg R
- Existe um acesso venoso
 - Midazolam – 1 mg/min IV#
 - Diazepam – 5 mg/min IV#

Até o doente encerrar as pálpebras

Sedação

- Se as hemorragias são previsíveis pode cateterizar-se uma veia, para a administração mais fácil e controlada do fármaco,
- seringa preparada:
 - o midazolam pode manter-se à temperatura ambiente por 13 dias, embora se já preparado na seringa possa precipitar, pelo que se recomenda que a seringa seja preparada semanalmente.

Conter a hemorragia

- Superficial:
 - elevação da zona sangrante, se possível,
 - compressão local firme com compressas e/ou esponjas de gelatina (Spongostan®) embebidas em adrenalina.
- Hemorragia nasal ou dos órgãos genitais femininos:
 - tamponar com o material adequado a cada local.
- Nas hemorragias digestivas:
 - octreotido pode ser útil.

Conter a hemorragia

- Ácido ϵ -aminocapróico
 - Dose inicial - 5 g IV,
 - seguido de 1,0 a 1,25 g/h e se houver resposta,
 - tratamento de manutenção na dose de 6 a 9 g/d por via oral, em doses divididas.

Hemoptise

- É a expectoração de sangue com origem nos pulmões.
- Pode ir de expectoração raiada ou tingida de sangue a hemoptises maciças.
 - Estas têm sido definidas de modo variável que vai de 200 a 600 mL em 24 horas.
 - Os doentes oncológicos podem ter patologias subjacentes que se podem tornar activas.
 - As infecções são, globalmente, a causa mais comum de hemoptises mas, depois dos 40 anos os carcinomas broncogénicos tornam-se a causa predominante.
 - O que causa mais vezes hemorragias fatais é o espinocelular, embora as hemorragias não fatais ocorram com igual frequência nos diversos tipos histológicos.
 - As metástases pulmonares não causam hemoptises com muita frequência.

Hemoptises - tratamento

- Se os agentes hemostáticos (ácido ϵ -aminocapróico) não actuarem em alguns dias, deve considerar-se a radioterapia,
 - taxa de respostas de 83 a 90%, independentemente do tipo histológico.
 - Uma dose de 10 Gy ou 17 Gy em 2 fracções com uma semana de intervalo.
- As radiações ou o laser endobrônquicos podem ser eficazes, em especial este último que pode ser repetido se houver episódios recorrentes.

Hemoptises maciças

- As hemoptises mesmo quando maciças, raramente são causa de morte.
- O principal risco não é a perda de sangue com choque, mas a asfixia pelo sangue.
- Se for conhecido o lado da hemorragia, deve manter-se o doente com esse lado para baixo para proteger o outro pulmão.
- A hemorragia pode parar temporariamente por hipotensão, mas com a recuperação pode reaparecer, pelo que o doente não deve ser deixado só.

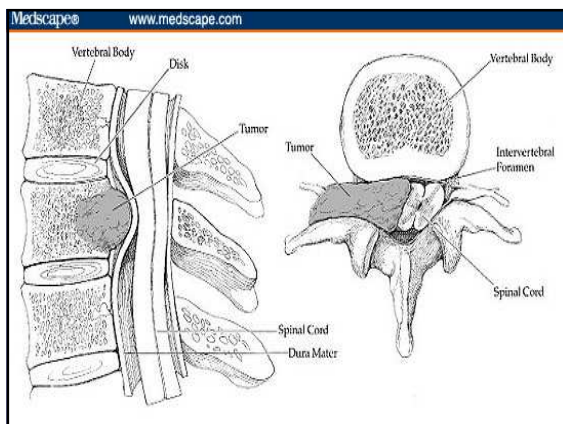
Sufocação

- Quando, por qualquer motivo, ocorre uma diminuição súbita do calibre das vias respiratórias
 - actuação semelhante à descrita para as hemorragias.
- Indispensável acompanhar o doente durante todo o processo sem nunca o deixar só

Compressão medular

Compressão medular

- Nos tumores sólidos a compressão medular é causada em 85 a 90% dos casos por metástases vertebrais.
- Em 10% dos casos é causada por uma massa paravertebral que se estende através dos buracos de conjugação, sendo mais comum em doentes com linfomas.
- Em mais de 95% dos doentes com uma lesão epidural desenvolve-se dor focal ou referida como manifestação inicial, podendo preceder os défices neurológicos por 5 dias a 2 anos (média 2 meses).



- Esta imagem difere da anterior porque lesão invade o espaço intervertebral, o que sugere que se trata de um processo infeccioso e não de metástase.
- Nas metástases esse espaço não é invadido.



Compressão medular

- No entanto, na altura do diagnóstico observa-se:
 - paresia, geralmente dos membros inferiores, em 76% dos casos;
 - disfunção vesical e intestinal em mais de 50%;
 - sintomas sensitivos, como entorpecimento e parestesias, em 50%;
 - paraplegia em 15%;
 - e, raramente, herpes zoster na distribuição das raízes nervosas no local da compressão

Compressão medular

- Quando há dor radicular ela é frequentemente bilateral nas lesões torácicas e unilateral a outros níveis.
- O atraso no diagnóstico é infeliz porque é mais fácil preservar a função neurológica do que reverter os défices, principalmente a paraplegia completa (quase sempre irreversível).
- Por isso, a atitude de "wait and see" nos doentes com cancro, que desenvolvem dor na coluna ou dor radicular, é inapropriada, devendo ser avaliados rapidamente, no sentido de se identificar e tratar o envolvimento da coluna.
- A avaliação deve envolver toda a coluna vertebral, porque pode haver vários locais de compressão, o que ocorre em 17% dos casos.
- O melhor método para avaliar o espaço epidural é a RNM.

Avaliação de emergência por RMN

- Dor associada a sinais de radiculopatia ou mielopatia
- Dor associada a lesões altamente suspeitas nas radiografias simples ou na TAC
 - Um colapso superior a 50% de um corpo vertebral nas radiografias simples associa-se a uma probabilidade de doença epidural superior a 85%
- Dor com características sinistras
 - Sinal de Lhermitte ("flash" de dor pela coluna abaixo e por vezes nos membros com a flexão do pescoço)
 - Agravamento por manobras de Valsalva (tosse, espirros, defecação)
 - Agravamento pelo decúbito dorsal
 - Dor que aumenta gradualmente com o tempo
 - Aumento rápido da dor
 - Dor mal definida, muitas vezes ascendente nos membros inferiores

Tratamento

- Dexametasona
 - 16 mg/d numa ou em duas doses
 - 100 mg IV, seguidos de 96 mg/d durante 3 dias divididos em 4 doses, com redução rápida durante 2 semanas
 - a usar nos doentes com sintomas neurológicos mais intensos ou rapidamente progressivos

Tratamento

- Radioterapia – método de eleição sobretudo em:
 - tumores radio-sensíveis - linfomas, mielomas múltiplos, neuroblastoma, etc.
 - doentes com uma sobrevivência previsível curta,
 - doentes com mais do que 1 nível de compressão,
 - doentes com contra-indicações para a cirurgia.

Tratamento

- Cirurgia
 - quando há dúvidas de diagnóstico
 - não há história anterior de cancro
 - a história de cancro é remota
 - a compressão medular ocorre numa zona já irradiada,
 - quando há deterioração neurológica durante a radioterapia,
 - quando há instabilidade da coluna,
 - se há compressão óssea.
- À cirurgia segue-se geralmente radioterapia, se o doente está ambulatorio.

Prognóstico

- O factor mais importante é o estado neurológico antes do tratamento.
- Os doentes ambulatorios antes do tratamento têm grandes possibilidades de assim permanecerem,
- Nos doentes paraplégicos a probabilidade é inferior a 10%

Dor muito intensa

- Morfina
 - 3 mg IV cada 5 minutos

Hipercalemia

- A concentração do cálcio plasmático total é a soma do cálcio ligado à albumina e do cálcio livre, ionizado.
- Só o cálcio ionizado é activo.
- A medição do cálcio total é geralmente adequado mas, se a albumina for baixa, pode haver uma normalidade falsa do nível do cálcio.

Sintomas

- Dependem do nível de elevação do cálcio.
- A hipercalemia ligeira permite, se não houver outras limitações, que o doente deambule e produza astenia, anorexia, náuseas e vômitos, obstipação, sede e poliúria.
- Na hipercalemia intensa há também desidratação e, eventualmente, choque, delírio, sonolência, podendo chegar ao coma. Neste nível, se não houver intervenção o doente morre.

Tratamento

- O primeiro passo é hidratar:
 - Soro fisiológico – 3 a 4 L/d IV.
 - Se não for possível obter ou manter um acesso venoso pode fazer-se hidratação por via SC, 1500-2000 mL/d.
- Pode ser necessário administrar potássio, de acordo com a evolução dos seus níveis plasmáticos.

Tratamento

- Furosemida - 40-80 mg IV
 - Pode ser usada para aumentar a excreção do cálcio.
 - No entanto, os doentes têm alguma desidratação, por vezes profunda, pelo que devem ser hidratados em primeiro lugar
 - se houver risco de sobrecarga de volume como em doentes idosos, doentes com insuficiência cardíaca, etc., deve usar-se.
- As tiazidas não devem ser usadas porque aumentam a reabsorção tubular distal do cálcio e assim podem agravar a hipercalcemia.

Bifosfonatos

- Pamidronato
 - 90 mg em 250 mL de soro fisiológico em infusão IV de 2 h.
- Ácido zeledrónico
 - 4 mg IV em 15 minutos
- Devem-se administrar após 8 a 12 horas de hidratação.
- A normalização do cálcio demora vários dias a atingir-se.
- Pode repetir-se dentro de uma semana se for necessário e depois periodicamente.

Síndrome da serotonina

- É uma reacção adversa a fármacos causada por excesso de agonismo nos receptores serotoninérgicos do sistema nervoso central e periférico.
- Produz um leque de manifestações que vão de muito leves a letais.
- A toxicidade da serotonina pode ocorrer por uma "overdose", interacção de fármacos ou ao efeito adverso a um fármaco.

Síndrome da serotonina

- A frequência tem aumentado em paralelo com o aumento do consumo de agentes pró-serotoninérgicos, sobretudo os novos antidepressivos.
- Pode ser provocada por fármacos de uso comum em cuidados paliativos:
 - fluoxetina, paroxetina, citalopram, trazodona, venlafaxina, tramadol, fentanilo, valproato, metoclopramida, ondansetron e outros, e pelo seu uso em combinação.

Manifestações clínicas

- Caracteriza-se por uma tríade de manifestações:
 - excitação neuromuscular, estimulação autonómica e alterações do estado mental.
- O início geralmente rápido, muitas vezes minutos após o início de um fármaco ou alteração da dose.
- Nos casos ligeiros pode haver manifestações crónicas, mas nos casos graves a morte pode ocorrer rapidamente.

Manifestações clínicas

- As manifestações incluem:
 - acatisia,
 - hipertermia, que nos casos mais graves pode ser superior a 41°C,
 - taquicardia,
 - hipertensão,
 - midríase,
 - tremor, sudação
 - sons intestinais hiperativos com diarreia,
 - hiperreflexia e mioclonias sobretudo nos membros inferiores,
 - reflexos rotulianos com clonias durante vários segundos.
 - nistagmo não direccional,
 - agitação e desorientação,
 - Choque nos casos mais graves.

Manifestações clínicas

- Alterações laboratoriais:
 - acidose metabólica,
 - rabdomiolise,
 - elevação das transaminases,
 - elevação da creatinina,
 - coagulação intravascular disseminada.

Tratamento

- Remoção dos fármacos desencadeantes.
- Nos casos ligeiros é necessário tratamento de suporte e benzodiazepinas.
- Em casos mais graves tem sido usada a ciproheptadina ou a clorpromazina, embora não haja estudos que provem a sua eficácia.
- Nos casos em que a temperatura é superior a 41°C, resultante da actividade muscular, pode ser necessária sedação imediata, paralisia neuromuscular e intubação orotraqueal.
- A síndrome reverte na maior parte das vezes em 24 horas. Mas em doentes a tomar fármacos com semi-vidas de eliminação longas pode haver sintomas mais prolongados.