Controlo de sintomas - 1

Ferraz Gonçalves 2022

1

Dispneia

Ver "Dispneia" e "Uso do oxigénio em cuidados paliativos" em www.medicinapaliativa.pt

Definição

- Sensação subjectiva de dificuldade em respirar, desproporcionada em relação ao esforço físico.
- Experiência subjectiva de desconforto em respirar que consiste em sensações qualitativamente distinta que variam em intensidade.

American Thoracic Society

3

Taquipneia

- Aumento da frequência respiratória provocada por metabolismo aumentado;
 - ex. febre.

<u>Hiperpneia</u>

- Ventilação aumentada por acidose metabólica;
 - ex. cetoacidose diabética.

5

<u>Hiperventilação</u>

- Respiração aumentada induzida psicologicamente;
 - ex. ansiedade.

- Prevalência em doentes com cancro avançado- de 29 a 74%;
- O seu aparecimento num doente com cancro é, em geral, um sinal de mau prognóstico, principalmente se for de causa pulmonar;
- A sua frequência aumenta à medida que a morte se aproxima;
- Torna-se um dos sintomas mais importantes, muitas vezes difícil de controlar.

7

Causas

- Podem ser múltiplas e, eventualmente, não relacionadas com a doença primária
- Num estudo, em 23,9% a causa não pôde ser identificada, tendo a dispneia sido atribuída à debilidade geral dos doentes.

Causas

- Pulmonares/árvore respiratória
 - tumor traqueal, colapso pulmonar, colapso de vias aéreas, obstrução reversível ou irreversível das vias aéreas, fístula traqueo-esofágica, inalação, consolidação, fibrose/vasculite, linfangite carcinomatosa, tromboembolismo, dano da radioterapia;
- Cardíacas
 - isquemia, insuficiência cardíaca, doença pericárdica, obstrução da veia cava superior;
- Pleurais
 - derrame, tromboembolismo, tumor, pneumotórax;
- Parede torácica
 - tumor, carcinoma em couraça, tumor diafragmático, fadiga dos músculos respiratórios.

9

<u>Avaliação</u>

- É muito importante determinar se existe uma causa reversível, susceptível de tratamento específico;
- A intensidade da dispneia muitas vezes não se correlaciona com a anormalidade dos testes da função pulmonar.

<u>Avaliação</u>

- História
- Exame físico
- Meios complementares de diagnóstico

11

Meios complementares

A realizar apenas se houver possibilidade (ou conveniência) de modificar o quadro clínico actuando sobre a causa da dispneia.

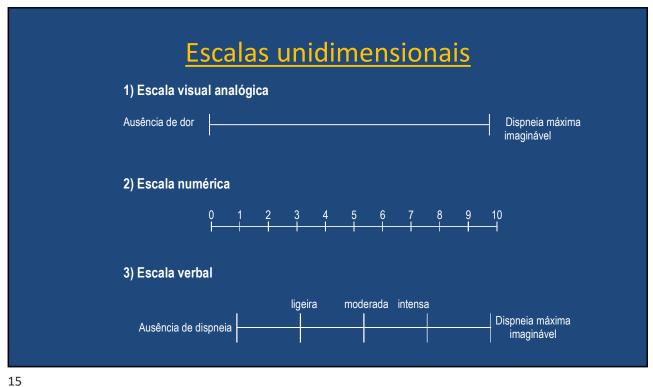
Meios complementares

- Rx tórax
 - se não houver Rx recente ou se o quadro se modificou
- Bacteriologia da expectoração
 - se suspeita de infecção
- Ecocardiograma
 - se suspeita de derrame pericárdico
- Hemograma
 - se a anemia for considerada como possível factor de agravamento.

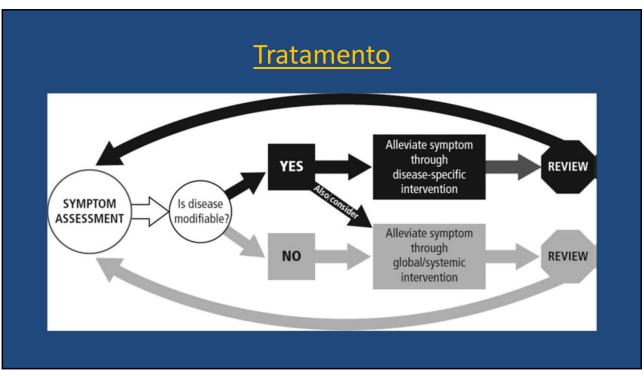
13

Meios complementares

- TAC torácica
 - se suspeita de Síndrome da Veia Cava Superior
 - se suspeita de tromboembolismo
- Broncoscopia
 - se tumor endobrôngico provável ainda não observado anteriormente
 - este exame invasivo só é de considerar em casos muito seleccionados.



A finalidade do tratamento é o alívio do sintoma. Procurar adequar a intervenção ao estado do doente, não induzindo mais sofrimento do que a doença.



17

Tratamento não farmacológico - ventoinha

- O arrefecimento da pele facial enervada pelos 2º e 3º ramo do trigémeo, da mucosa nasal ou das vias aéreas superiores pode modular a percepção central de dispneia resultando numa diminuição do impulso respiratório neural.
- A ventoinha pode ser usada na dispneia de qualquer causa, mesmo que o diagnóstico seja incerto
 - É usada muito menos do que devia.
 - Pode usar-se em qualquer fase da doença
 - Existem ventoinhas portáteis, leves e baratas, que podem ser usadas pelo próprio doente quando sente falta de ar
 - A corrente de ar deve ser dirigida para a parte inferior da face.

Tratamento não farmacológico - ventoinha

- As ventoinhas portáteis devem andar sempre com os doentes
- Como são baratas, podem ser colocadas em vários pontos da casa e no porta luvas do carro, para que estejam sempre acessíveis
- Se o doente se sentir cansado ou nos doentes muito debilitados, em casa pode-se usar uma ventoinha fixa.

19

Tratamento não farmacológico - exercício

- A relação entre o exercício e a dispneia é complexa
- O descondicionamento, por si só, pode ser a causa de dispneia de esforço em doentes quanto ao resto saudáveis.
- O exercício deve ser progressivo e regular. Inicialmente a frequência cardíaca e a saturação de oxigénio devem ser medidas.
- Os doentes devem ter à mão a sua medicação, nomeadamente inalatória e oxigénio, para o caso de serem necessários.
- Um pedómetro, existente na maioria dos telemóveis, pode ter alguma utilidade como medida motivacional
- Pode estabelecer-se como objectivo aumentar semanalmente o número de passos diários, digamos 10% por semana.

Tratamento não farmacológico - exercício

- Deve avisar-se o doente e o cuidador de que não deve fazer exercício:
 - se sentirem mal
 - se sentirem tontos
 - se tiverem muito mais dispneia do que o habitual
 - se tiverem dor torácica
 - se o exercício provocar ou agravar a dor em qualquer local do corpo

21

Tratamento não farmacológico - controlo

- O ensino do controlo respiratório deve fazer-se em períodos de acalmia da respiração
- Encorajando o doente a praticá-lo, para o poder usar nas crises
- O controlo respiratório:
 - impede a hiperventilação
 - promove o uso eficiente dos músculos respiratórios, como o uso do diafragma, e o relaxamento dos músculos respiratórios acessórios
 - pode ser calmante e relaxante

Tratamento não farmacológico - controlo

• Método de controlo respiratório:

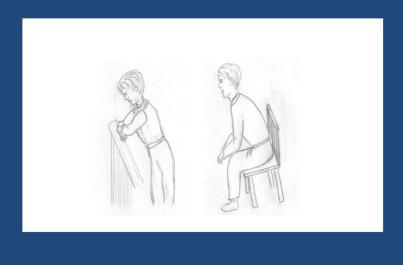
- Colocar uma mão no abdómen acima do umbigo
- Relaxar os ombros e a parte superior do tórax
- Apoiar os cotovelos
- Sentir os movimentos respiratórios sob a mão o tempo de que necessitar
- Inspirar suavemente, permitindo ao abdómen dilatar
- Inspirar apenas o ar de que necessitar
- Expirar, relaxar e deixar o abdómen encolher
- Expirar até que chegue ao seu fim natural
- Ao expirar, estreitar a boca ligeiramente expiração soprada
- De cada vez que expirar, relaxar o tórax superior um pouco mais

23

Tratamento não farmacológico - controlo

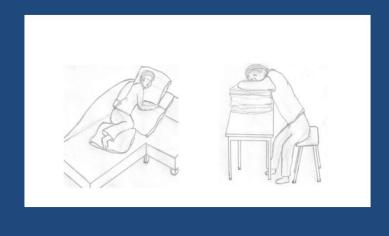






25

Tratamento não farmacológico - controlo



Tratamento sintomático

Opióides

- Historicamente os opióides foram usados para aliviar a dispneia desde o fim do século IXX até aos anos 50 do século XX,
- Nessa altura começou a haver preocupações com os efeitos dos opióides na depressão respiratória e na retenção de CO2.
- Esse receio revelou-se infundado.
- Demonstrou-se uma diminuição significativa na frequência respiratória com a melhoria da dispneia, mas sem alteração significativa de outros parâmetros respiratórios
- indicando que não há depressão respiratória induzida pelos opióides

27

Tratamento

Morfina

- 5 mg O, podendo repetir-se de 1/1 hora
- se a dispneia for constante instituir regime de 4/4 horas começando com 5 mg, com uma dose igual em SOS de 1/1 hora
- aumentar a dose cerca de 30 a 50%/d, se necessário
- se o doente já fazia morfina por dor, aumentar a dose em 25 a 50%.

Morfina

- num regime de doses fixas, ou se o doente requer morfina mais do que 1 vez/d, iniciar laxante como no protocolo da dor
- se não é possível usar a via oral, usar a SC começando com 2.5 mg, seguindo depois o esquema anterior.
- por via inalatória, <u>não se mostrou consistentemente eficaz</u>, pelo que não se recomenda o seu uso

29

Tratamento

Morfina

- As formas de libertação modificada podem também ser eficazes no tratamento da dispneia associada ao cancro ou à DPOC.
- Nos doentes que nunca fizeram opióides pode começarse com 10 mg de 12/12 horas e titular com intervalos não inferiores a 48 horas.

- Benzodiazepinas
 - A dispneia acompanha-se frequentemente de ansiedade e esta, por sua vez, pode agravar a dispneia, sendo esta a razão para o seu uso.
 - Uma revisão Cochrane concluiu que as benzodiazepinas não são eficazes no tratamento da dispneia, devendo ser reservadas para situações em a dispneia persiste após o uso de opióides e outros meios

31

Tratamento

Benzodiazepinas

- Lorazepam
 - 0.5 mg O ou SL de 8/8 horas (1.0 mg dose da noite)
 - se ineficaz, e não houver sedação excessiva, passar a 1.0 mg cada 8 horas (2.0 mg dose da noite)
 - se sedação excessiva reduzir 50%
- Midazolam
 - se dispneia aguda com grande ansiedade (ex. obstrução, hemorragia), IV lento a 1mg/min, até ao encerramento das pálpebras
 - Se for difícil puncionar usar a via IM (10 mg)
- Flumazenil
 - se depressão respiratória, atribuível às benzodiazepinas.
 - 0.2 mg EV em 15 s; se não se obteve resposta em 60 s, dar mais 0.1 mg, repetindo cada 60 s, até haver resposta adequada.

- Num estudo comparou-se o midazolam oral com morfina oral
 - O estudo era randomizado
 - As doses iniciais foram de 2 mg de midazolam e 3 de morfina, com incrementos de 25% a cada 30 minutos até a intensidade da dispneia se reduzir pelo menos 50% a partir da base.
 - A dose que reduzisse a dispneia em 50% era considerada a dose eficaz
 - Se a intensidade da dispneia não se reduzisse por 50% após
 2 passos incrementais ou aparecessem efeitos adversos o caso era considerado um fracasso terapêutico.

33

Tratamento

- Num estudo comparou-se o midazolam oral com morfina oral
 - Os doentes recebiam depois a sua dose eficaz com intervalos de 4 horas, excepto durante a noite durante os 5 dias do estudo
 - No caso de dispneia irruptiva, recebiam a sua dose de resgate com intervalos de pelo menos 30 minutos
 - Os fármacos eram administrados na forma de solução oral.
 - Neste estudo o midazolam foi mais eficaz do que a morfina, tanto na dispneia de base como na irruptiva
 - Os fármacos foram bem tolerados, sendo a sonolência ligeira o efeito indesejável mais frequente

Combinação de opióides e benzodiazepinas

- Um estudo comparou a administração de:
 - morfina de 4/4 horas, com doses de resgate de midazolam,
 - midazolam de 4/4 horas, com doses de resgate de morfina,
 - morfina e midazolam de 4/4 horas, com doses de resgate de morfina.
- Verificou-se que a combinação da morfina com o midazolam é mais eficaz do que o uso isolado de qualquer dos fármacos.
- As doses usadas foram:
- 2,5 mg de morfina nos doentes que não usavam opióides,
- aumento de 25% da dose diária nos que já os usavam de 4/4 horas,
- 5 mg de midazolam de 4/4 horas,
- doses de resgate de 2,5 mg de morfina.

35

Tratamento

Oxigénio

- Útil só em alguns casos, sobretudo nos doentes sem hipoxemia e, mesmo nestes pode não ser eficaz
- · Pode haver inconvenientes no uso de oxigénio
 - Retenção de dióxido de carbono nos doentes com DPOC
 - Secura do nariz, boca e olhos
 - Claustrofobia com as máscaras
 - Perda da independência com redução da mobilidade, isolamento social e dependência psicológica.
 - O oxigénio é alimentador das combustões, pelo que os doentes fumadores ou os que têm familiares fumadores devem evitar o oxigénio.

Oxigénio – Recomendações para doentes com cancro ou doença respiratória terminal com dispneia intratável:

- Optimizar o tratamento de patologias subjacentes reversíveis que possam causar ou contribuir para a dispneia
- Não devem receber oxigénio se não estiverem com hipoxemia (SpO2≤92%)
- Deve fazer-se um ensaio terapêutico com opióide
- Deve fazer-se um ensaio terapêutico por meios não farmacológicos incluindo uma ventoinha.

37

Tratamento

- Em situações em que a dispneia não responde a outras medidas pode considerar-se a administração de oxigénio:
 - nos doentes com cancro e envolvimento pulmonar o objectivo da SaO2 seja 94% a 98%
 - nos doentes em risco de insuficiência respiratória hipercápnica (DPOC, doenças neuromusculares, cifoescoliose grave, intoxicação por opióides ou benzodiazepinas, fibrose grave de tuberculose antiga) de 88% a 92%.
- Como a perturbação causada pela dispneia não se correlaciona com o grau de hipoxemia:
 - O fluxo de oxigénio deve ser determinado pela intensidade do sintoma numa base individual e não pela saturação de oxigénio, devendo ter-se em consideração o risco potencial de hipercapnia se o oxigénio for administrado com fluxos superiores.

- Como outras intervenções farmacológicas:
 - o oxigénio deve ser considerado como uma tentativa terapêutica e ser revisto regularmente, tendo em mente que:
 - O maior benefício ocorre nas primeiras 24 horas
 - Quase toda a melhoria sintomática e funcional ocorre nos primeiros 3 dias
 - Após 72 horas sem benefício, o oxigénio deve ser retirado.

39

Tratamento

Heliox

- O hélio é muito menos denso do que o oxigénio e, assim, causa menos turbulência ao passar por orifícios estreitos.
- A mistura de oxigénio e hélio heliox usa-se no tratamento da dispneia causada por obstrução das vias aéreas, quer mecânica (ex., tumor traqueal) quer funcional (ex., asma).
- O heliox é visto como uma medida transitória enquanto medidas mais definitivas são instituídas.

Tosse

41

<u>Definição</u>

• É uma manobra expulsiva forçada, geralmente contra uma glote fechada a qual se associa a um som característico

<u>Introdução</u>

- A tosse aguda tem um efeito protector:
 - Limpando o muco e corpos estranhos da laringe a tracto respiratório superior
- A tosse crónica
 - É fisicamente esgotante e pode exacerbar outros sintomas
 - Dor, dispneia, insónia, incontinência ...
 - Nos doentes debilitados e caquéticos ainda é mais esgotante e menos eficaz
 - É também socialmente disruptiva

43

<u>Introdução</u>

- A tosse crónica define-se como tosse com a duração de mais de 8 semanas
- É classificada como muito perturbadora
 - Em 22% dos doentes com cancro do pulmão
 - Em 26% dos doentes com doenças pulmonares crónicas no seu último ano de vida.

<u>Introdução</u>

• Na literatura de cuidados paliativos a sua frequência vai de 29 a 83% dos doentes.

45

Causas

Relacionadas com o cancro

- Tumor primário ou secundário
 - Vias aéreas superiores
 - Vias aéreas inferiores
- Metástases pulmonares
- Linfangite carcinomatosa
- Derrame pleural
- Derrame pericárdico
- Aspiração
- Fístula tráqueo-brônquica
- Paralisia de corda vocal
- Infecção
- Retenção de esputo

Causas

Relacionadas com o tratamento

- Fibrose induzida pela radioterapia
- Fibrose induzida pela quimioterapia

47

Causas

Outras causas

- Asma
- DPOC
- Fibrose pulmonar
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Tabagismo
- IECA
- Incoordenação neuromuscular da laringe
- Regurgitação do conteúdo gástrico.

Causas reversíveis

- Infecção antibióticos
- Inibidor da enzima de conversão retirar
- Tumor que provocou estreitamento e distorção brônquica
 - se possível tratamento anti-neoplásico
 - corticosteróides: dexametasona 4 mg O, SC, cada 6 horas)
- Derrame pleural
 - drenar
 - por vezes se o doente for posicionado em decúbito do lado do derrame a tosse reduz-se
- Refluxo esofágico
 - posicionar o doente e usar medicação anti-refluxo
- Insuficiência cardíaca
 - tratar
- Aspiração de saliva
 - anticolinérgicos para reduzir a produção de saliva.

49

Tratamento

• Há muito poucos dados científicos que possam orientar o processo de decisão terapêutica.

- Linctus simples tosse irritativa ligeira
- Opióides
 - codeína
 - morfina

51

Tratamento

- Paroxetina
- Gabapentina
- Pregabalina
- Amitriptilina 10 mg à noite

<u>Tratamento</u>

- Anestésicos locais em nebulização
 - lidocaína a 2% 5 ml
 - bupivacaína 0,25% 5 ml

53

- Expectorantes
- Nebulizações
 - Salbutamol
- Fisioterapia
- Aspiração de secreções

Anorexia e caquexia

55

Introdução

- A anorexia e a caquexia são complicações frequentes nas doenças terminais.
- Ocorrem em várias doenças crónicas como o cancro, a SIDA, insuficiências crónicas, cardíaca, hepática ou renal, ou doença pulmonar obstrutiva crónica.
- São problemas de difícil resolução que raramente podem ser revertidos completamente.
- A consciência de perda de peso contínua é uma causa importante de sofrimento.

Etimologia

- Do grego:
 - kakos = mau
 - Hexis = estado

57

Manifestações clínicas de caquexia

- anorexia
- saciedade precoce
- perda de peso
- fraqueza
- atrofia muscular
- · fadiga fácil
- alteração da função imunitária
- diminuição das capacidades motoras e mentais
- declínio das capacidades de atenção e de concentração

Definição

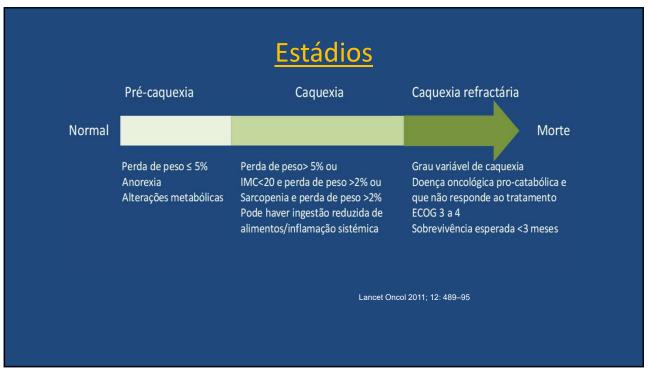
- É uma síndrome multifactorial caracterizado por:
 - Crescente perda de massa dos músculos esqueléticos
 - Com ou sem perda de massa gorda
 - Não pode ser completamente revertida pelo suporte nutricional convencional
 - Leva a uma incapacidade funcional progressiva.

59

Critérios de diagnóstico

- Perda de 5% do peso em 12 meses ou IMC<20 kg/m²;
- Presença de doença crónica conhecida;
- Pelo menos 3 de:
 - Perda de massa muscular;
 - Astenia;
 - Perda de gordura;
 - Parâmetros analíticos alterados:
 - Albumina<3,2 g/dL;
 - Aumento dos parâmetros inflamatórios:
 - Interleuquina 6>4,0 pg/mL ou
 - PCR>5,0mg/L

Crit Rev Oncol/Hematol (2013) Online



61

Epidemiologia

- Na altura do diagnóstico 40% dos doentes oncológicos;
- Nas fases avançadas 70 a 80%.
- Por tipo de cancro:
 - Pâncreas e estômago 83-85%;
 - Pulmão, próstata e cólon 54-60%;
 - Mama, sarcomas, linfomas e leucemias 32-48%

Epidemiologia

 A combinação de RT e QT que atinja zonas do aparelho digestivo que causem alterações da deglutição e mucosite aumentam o risco de SAC.

63

Fisiopatologia

- A caquexia associada ao cancro e à SIDA não resulta apenas da anorexia;
- Há numerosas alterações metabólicas envolvendo o gasto global de energia e alterações do metabolismo da glicose, proteínas e lípidos;
 - Analiticamente: anemia, hipertrigliceridemia, hipoproteinemia, intolerância à glicose e hiperlactiacidemia.

Fisiopatologia

- Ao contrário do que se passa com a inanição, estes doentes continuam a perder peso quando se usa uma suplementação nutricional agressiva;
- Há consumo elevado de energia em repouso, ao contrário do que acontece com os indivíduos saudáveis, nos quais há uma adaptação com redução do consumo de energia como resposta à baixa ingestão calórica.

65

Fisiopatologia

- Há síntese hepática aumentada de proteínas, primariamente reagentes de fase aguda como a proteína C-reactiva, α -1-antitripsina e a haptoglobina;
- E síntese diminuída de proteínas funcionais como a préalbumina, a albumina e a transferrina está diminuída.

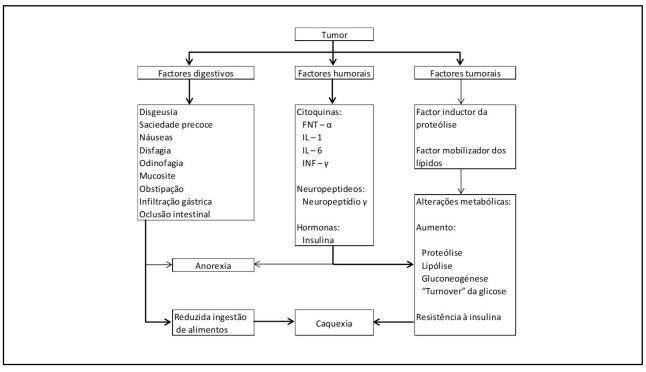
Fisiopatologia

- Aumento da síntese da glicose,
- resistência à insulina,
- diminuição da tolerância à glicose,
- aumento da gliconeogénese
- aumento da actividade do ciclo de Cori.
- A intolerância à glicose provavelmente devida à resistência à insulina é frequente e pode anteceder a perda de peso.

67

Fisiopatologia

- As gorduras constituem 90% das reservas de combustível nos adultos, contribuem para a maior parte da perda de peso na SAC.
- A secreção ou sensibilidade anormal da insulina podem ter um papel na perda de gordura.



- Há doentes com caquexia que não têm anorexia e têm uma ingestão alimentar normal;
- Há alguns doentes com anorexia que não perdem peso

Consequências da caquexia

- Resposta reduzida à quimioterapia
- Tolerância diminuída à RT e à QT
- Menor sobrevivência
- Incidência maior de infecções
- Mais complicações cirúrgicas
- A terapêutica nutricional agressiva não demonstrou melhorar estes aspectos.

71

Sintomas/problemas associados

- Astenia
- Depressão
- Redução da mobilidade
- Dor
- Dispneia.
- Alteração da vida social

Factores de agravamento e de caquexia/anorexia secundária

- Perda de massa muscular
 - Inactividade prolongada
 - Deficiência de hormona do crescimento, hipogonadismo, velhice, sarcopenia

73

Doenças associadas

- Cancro
- SIDA
- Insuficiência cardíaca
- Insuficiência hepática
- Insuficiência renal
- DPOC

Caquexia no cancro

• Cerca de 50% dos doentes com cancro desenvolvem a síndrome anorexia / caquexia.

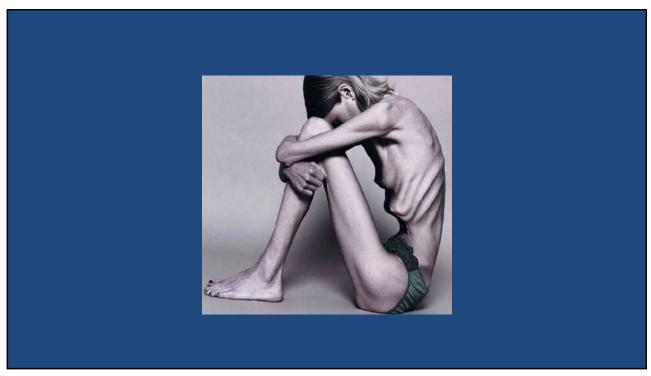
75

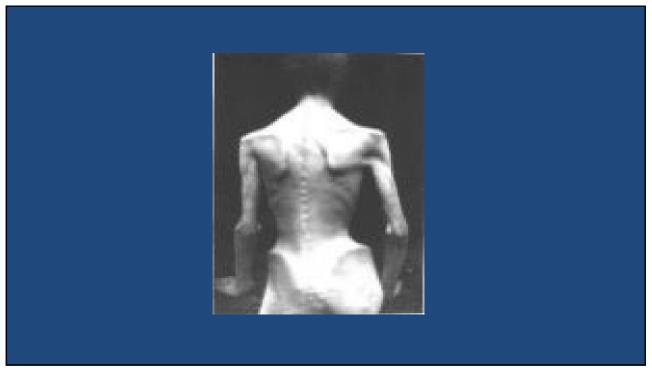
Caquexia como causa de morte

• A SAC é a causa de morte individual mais comum no cancro.









Anorexia

- Associa-se a doenças de todos os tipos e sistemas, sendo delas uma manifestação inespecífica mas relevante.
- Geralmente não causa desconforto físico
- Pode causar problemas físicos e psicológicos e afectar a qualidade de vida.
- Num estudo ocorreu em 85% dos doentes com cancro, sendo mais frequente que a dor nesta população.
- A sua origem é provavelmente multifactorial
- É causa e consequência das alterações metabólicas e da desnutrição que acompanham o cancro avançado

81

<u>Astenia</u>

- A astenia é provavelmente o sintoma mais frequente nos doentes com cancro avançado
- Uma das causas mais frequentes da astenia é a caquexia

Complicações orais

Causam ou contribuem para a anorexia e para a diminuição da ingestão alimentar

- Estomatite
 - Por infecções
 - Fúngicas
 - Víricas
 - Bacterianas
 - Induzida por medicação ou radioterapia
- Xerostomia
- Alterações do paladar.

83

Depressão

- É uma causa de anorexia
- A caquexia pode provocar alterações do humor e depressão por:
 - Alterações da imagem corporal
 - O mau prognóstico que os doentes e os familiares acertadamente lhe atribuem

Redução da mobilidade

- Consequência
 - Rigidez muscular e articular
 - Atrofia muscular por desuso
 - Úlceras de pressão
 - Agravamento da ascite
 - Agravamento dos edemas periféricos
 - Aumento do risco de tromboses e embolia pulmonar
 - Dor

85

Dispneia

• A fraqueza dos músculos respiratórios causada pela caquexia pode contribuir para a dispneia.

Alteração da vida social

• Porque comer desempenha um papel importante na socialização, a anorexia pode ter um impacto negativo na qualidade da vida social.

87

Avaliação

- A caquexia e a anorexia não são problemas isolados, pelo que a sua avaliação se deve inserir na avaliação global do doente.
- A extensão da avaliação da caquexia e da anorexia depende do plano terapêutico global do doente, que por sua vez depende da sobrevivência esperada, de outros sintomas, do relevo que o doente dê a este aspecto e da sua vontade.
- Na fase mais final da vida, a anorexia é praticamente constante e é inerente ao processo de morrer, pelo que ao contrário de outros sintomas como a dor ou a dispneia, deve deixar de ser avaliado.

<u>Avaliação</u>

- Excluindo os doente cuja sobrevivência é previsivelmente muito curta, todos os doentes devem ser avaliados do ponto de vista nutricional.
- As intervenções devem ser precoces porque não é geralmente possível reverter a depleção nutricional profunda.
- Os benefícios da identificação e intervenção precoce incluem:
 - Prevenção potencial da continuação da deterioração nutricional;
 - Prevenção das complicações induzidas pela má nutrição;
 - Manutenção ou melhoria dos parâmetros da qualidade de vida.

89

Avaliação do apetite

- Escalas verbais
- Escalas numéricas
- Escalas visuais analógicas.
- Pode avaliar-se do mesmo modo a anorexia.
- Pode avaliar-se a melhoria do apetite ou da anorexia pelos mesmos métodos.

Avaliação da ingestão calórica

- A recordação da ingestão alimentar até 3 dias
 - Há doentes que não a conseguem fazer e parece não ser fiável nos doentes com cancro avançado.
- Registo prospectivo do peso dos alimentos sólidos e líquidos antes e depois de serem ingeridos, calculando-se depois a ingestão calórica por meio de tabelas que correlacionam o peso dos alimentos com o seu valor calórico.
- Calcular a percentagem da comida das porções individuais consumida pelos doentes.
 - O cálculo pode ser feito por enfermeiros ou voluntários treinados;
 - Este método mostrou uma boa correlação com a ingestão calórica actual e foi melhor do que o método da recordação.

91

Avaliação do estado nutricional

- Avaliação global subjectiva
 - O questionário Subjective Global Assessment (SGA) foi desenvolvido para avaliar
 o estado nutricional de modo fácil e não invasivo.
- Testes antropométricos
 - Peso;
 - Índice de massa corporal (IMC): IMC (kg/m2) = peso (kg)/altura² (m);
 - %perda de peso = peso prévio (kg) peso actual (kg) x 100
- peso prévio (kg)

Avaliação do estado nutricional

- Testes antropométricos
 - A espessura da prega cutânea é usada para calcular a gordura corporal.
 - O perímetro do braço. Esta medida pode ser combinada com a espessura da prega cutânea para calcular o perímetro muscular do braço (PMB) segundo a fórmula: PMB (cm) = perímetro do braço (cm) – 3,14 x prega cutânea tricipital (cm)
 - A acuidade melhora combinando mais do que um teste antropométrico.
- Testes laboratoriais
 - Albumina
 - Proteína C-reactiva

93

Avaliação do estado nutricional

- Indicadores de malnutrição:
 - Albumina < 3,2 g/dL;
 - Pré-albumina < 10 mg/dL;</p>
 - Transferrina < 100 mg/dL.

Suporte nutricional - objectivos

- Nutrição para manter o peso e a funcionalidade;
- Prazer ingestão de alimentos e bebidas que agradam ao doente, quando não é possível manter o estado de nutrição;
- Conforto.

95

Suporte nutricional - estratégias

- Tentar aumentar a ingestão calórica sem aumentar a quantidade de alimentos;
- Usar refeições pequenas, frequentes e de aspecto agradável;
- Aproveitar os momentos em que o doente tem algum desejo de comer e não tentar as refeições apenas nos horários convencionais;
- Não fazer restrições, sem sentido nesta fase, que podem limitar ainda mais as opções
- evitar os odores intensos a comida.

 À medida que a doença progride, a ingestão oral reduzir-se-á quase a zero e, nesta fase, os cuidados com a boca e pequenos pedaços de gelo ou bebidas frias pode ser o suficiente para alguns doentes

97

<u>Tratamento – factores a corrigir</u>

- dor não controlada
- náuseas e vómitos
- estomatite
- obstipação
- depressão
- fármacos: morfina, flurazepam, fenitoína e outros

Metoclopramida

- Fármaco procinético que acelera o esvaziamento gástrico e o trânsito na parte proximal do intestino delgado.
- Antidopaminérgico, com acção anti-emética central.
- Melhora o esvaziamento gástrico, embora nem sempre, mas mesmo nos casos em que não o melhora, os doentes sentem-se melhor e têm mais apetite, o que provavelmente se deve ao seu efeito anti-emético central.
- Pode melhorar o apetite e a ingestão de alimentos em doentes com cancro avançado, particularmente se têm outros sintomas dispépticos sugestivos de gastroparesia
 - como saciedade precoce e náuseas crónicas.
- A dose mais usada é a de 10 mg por via oral quatro vezes por dia, 30 minutos antes das refeições e ao deitar.
- Pode ser um fármaco importante no tratamento da anorexia associada ao cancro avançado devido ao seu baixo perfil de efeitos secundários, a sua facilidade de administração e o seu baixo custo.

99

Corticosteróides

- Em 1974 Moertel et al. realizaram o primeiro estudo randomizado do efeito dos corticosteróides no cancro gastrintestinal avançado:
 - Dexametasona 0,75 ou 1,5 mg 4 vezes por dia;
 - Houve melhoria do apetite e da sensação de bem estar independente da dose, relativamente aos doentes que fizeram placebo;
 - Não houve melhoria do estado de "performance", aumento do peso ou da sobrevivência.
- Noutros estudos usaram-se outros corticosteróides como a prednisolona e a metilprednisolona por via O ou IV tendo-se chegado a conclusões semelhantes.
 - A maioria destes estudos tem a duração de 8 semanas ou menos.
 - Houve também um aumento do apetite num número substancial de doentes que fizeram placebo, o que se pode dever a uma base psicológica para a anorexia em alguns doentes.
- Os corticosteróides são eficazes na melhoria do apetite dos doentes com cancro avançado, não sendo certo qual a melhor dose, a melhor preparação, nem a duração da sua eficácia.
- Dexametasona: 8 mg/d.

Acetato de megestrol

- Melhoria do bem-estar e do apetite, com aumento do peso à custa do tecido adiposo e não de edema.
- O efeito é proporcional à dose entre os 160 e os 800 mg/dia
- A resposta ao acetato de megestrol quanto ao apetite e ao peso são independentes do seu efeito na evolução do cancro.

101

Acetato de megestrol

- Revisão sistemática de 26 estudos com um total de 3 887 doentes:
 - Melhoria significativa do apetite e do peso, em comparação com placebo, sobretudo nos doentes oncológicos;
 - Os resultados também favoreceram o acetato de megestrol em relação ao dronabinol em termos do apetite e do ganho de peso, mas não mostrou benefícios significativos em relação aos corticosteróides, como a dexametasona ou a prednisolona.
 - Nos doentes oncológicos melhorou a qualidade de vida dos doentes;
 - Os efeitos laterais mais frequentes foram a impotência, edema dos membros inferiores, trombose venosa profunda e intolerância gastrintestinal, embora as diferenças não fossem estatisticamente significativas em relação ao placebo, excepto no que diz respeito aos edemas.
- · Acetato de megestrol
 - 160 a 800 mg/g

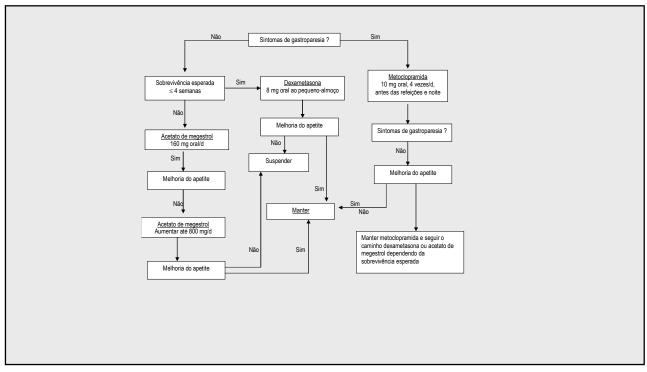
Anti-inflamatórios

- A combinação de 160 mg de acetato de megestrol 3x/d com ibuprofeno 400 mg
 3x/d mostrou ser mais eficaz do que a mesma dose de acetato de megestrol isolado;
- Aumento de peso no primeiro grupo e melhoria dos índices de qualidade de vida;
- Provável envolvimento de uma resposta inflamatória associada à diminuição de peso traduzida na elevação da proteína C-reactiva.

103

<u>Canabinóides</u>

- Dronabinol 2,5 a 20 mg/dia
- Menos eficaz que o megestrol
- Efeitos laterais:
 - Euforia, alucinações, vertigens, psicose e alterações cardiovasculares
- Contra-indicações:
 - Alergia ao óleo de sésamo, adicção e doenças psiquiátricas.



105

Náuseas e vómitos

Ver "Náuseas e vómitos" e "Antieméticos em cuidados paliativos"

Definições

- Náusea é uma experiência subjectiva que se pode definir como a sensação que precede imediatamente o vómito
- Vómito é o esvaziamento rápido e forçado do conteúdo gástrico de modo retrógrado do estômago para fora da boca
- O vómito é geralmente, mas não sempre, precedido de náusea
- O vómito é precedido da contracção repetitiva dos músculos abdominais que geram um gradiente de pressão que leva à evacuação do conteúdo gástrico

107

Definições

- Regurgitação é o fluxo retrógrado, passivo do conteúdo esofágico para a boca
- Ruminação é uma perturbação alimentar que ocorre repetitivamente após as refeições que não é precedida por náuseas e que não está associada com os fenómenos físicos que geralmente acompanham o vómito

Dados gerais

- As náuseas parecem ocorrer em 50 a 60% dos doentes com cancro terminal
- Os vómitos ocorrem em cerca de 30% dos doentes

109

Dados gerais

- As náuseas ou vómitos ocorreram a certa altura nos últimos 2 meses de vida em 62% dos doentes com cancro
- Os cancros do estômago e da mama foram os que se associaram mais a estes sintomas e os cancros do pulmão e os cerebrais os que menos se associaram.
- Outros factores de risco foram o sexo feminino (67% vs 56%) e idade inferior a 65 anos (67,7% vs 59,2%).

National Hospice Study

Dados gerais

- Existem estímulos muito variados para as náuseas e os vómitos, aparentemente sem nada em comum:
 - tóxinas,
 - estase gástrica,
 - metástases hepáticas,
 - medo,
 - aumento da pressão intracraniana,
 - gravidez,
 - fármacos,
 - Etc.
- sugerindo que podem estar envolvidas neste processo várias vias e vários neurotransmissores que actuam no centro do vómito.

111

Fisiopatologia

- As náuseas e os vómitos são controlados pelo centro do vómito localizado na formação reticular.
- Este centro integra estímulos provenientes de várias áreas:
 - do córtice, do diencéfalo e do sistema límbico:
 - gostos, cheiros, aumento da pressão intracraniana e estímulos psicogénicos podem causar ou contribuir para os vómitos.
- Os receptores opióides (MU2) são antiemetogénicos nesta localização,
- Enquanto que receptores para a dopamina (D2), serotonina (5-HT2), acetilcolina (ACHr), histamínicos (H1) e ácido gama-aminobutírido (GABA) são emetogénicos

Fisiopatologia

- A "chemoreceptor trigger zone" (CTZ) localizada na área postrema no pavimento do quarto ventrículo não tem barreira hemato-encefálica.
- Recebe estímulos químicos do sangue e do líquor.
- As toxinas bacterianas, produtos metabólicos como a uremia e a cetose, fármacos e a radioterapia provocam náuseas e vómitos estimulando esta zona.
- Há uma ligação directa entre o centro do vómito e a CTZ.
- Contém receptores D2, 5-HT3, ACHr e MU2 que todos são emetogénicos.

113

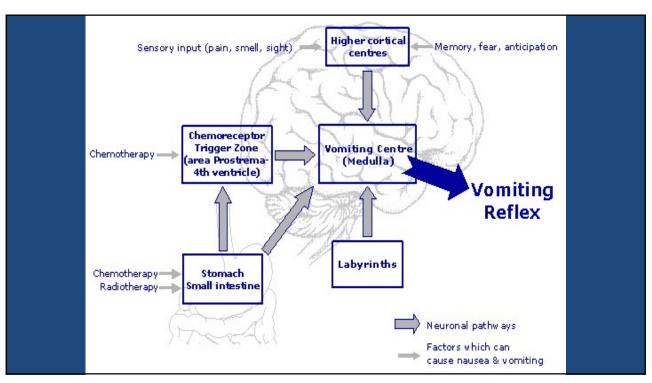
Fisiopatologia

- O tracto gastrintestinal superior envia impulsos para o sistema nervoso central pelo vago e por estimulação simpática.
- Esta via é estimulada pela irritação da mucosa gástrica, distensão gástrica e intestinal e doença hepática.
- Na parede do estômago os receptores são D2 produzem gastroparesia.
- Ao nível do vago os receptores 5-HT3 são emetogénicos e os receptores
 5-HT4 são pró-cinéticos.

Fisiopatologia

- O movimento estimula os receptores do labirinto.
- Os impulsos são transmitidos pelo núcleo vestibular para o cerebelo, daí para a CTZ e depois para o centro do vómito.
- Os receptores predominantes são os H1 e os ACHr.

115



<u>Tratamento – medidas gerais</u>

- Boa higiene oral.
- Evitar a posição de supino para prevenir a aspiração.
- Atenção aos odores do corpo, do ambiente e da comida um ambiente com ar fresco ajuda a reduzir os odores.
- Os alimentos com apresentação agradável e servidos em porções pequenas.
- A distracção na forma de conversa, televisão, música ou rádio pode ajudar.

117

<u>Avaliação</u>

- História clínica
 - Qualidade: náuseas, vómitos, contactura muscular, regurgitação
 - Duração: persistente ou intermitente
 - Intensidade
 - Vómitos natureza dos vómitos, alívio com o vómito
 - Dor associada, alteração dos hábitos intestinais
 - Factores de agravamento: vista/cheiro de comida, pior depois de comer, movimento
 - Factores temporais: pior de manhã
 - Factores de alívio, ex. vómito
 - Fármacos: opióides, AINE, antibióticos, quimioterapia

Avaliação

- As náuseas intermitentes associadas a saciedade precoce e enfartamento pós-prandial, aliviadas por vómitos geralmente de pequeno volume, ocasionalmente forçados e que podem conter comida sugerem alteração do esvaziamento gástrico (35 a 45%)
- Náuseas persistentes, agravadas pela vista e cheiro da comida, sugere causas químicas, activando a chemoreceptor trigger zone (CTZ) (30 a 40%)

119

<u>Avaliação</u>

 Náuseas intermitentes associadas a cólicas e a hábitos intestinais alterados, podendo ser aliviadas pelos vómitos que se podem tornar volumosos e biliares, sugerem oclusão intestinal (10 a 30%)

Avaliação

- Náuseas de manhã cedo com cefaleias sugerem hipertensão intracraniana
- Náuseas agravadas pelo movimento, mesmo com rodar a cabeça, indica uma causa vestibular
- Náuseas e vómitos associados a ansiedade, sugere um componente cortical.
- Estes 3 tipos ocorrem em < 15%

121

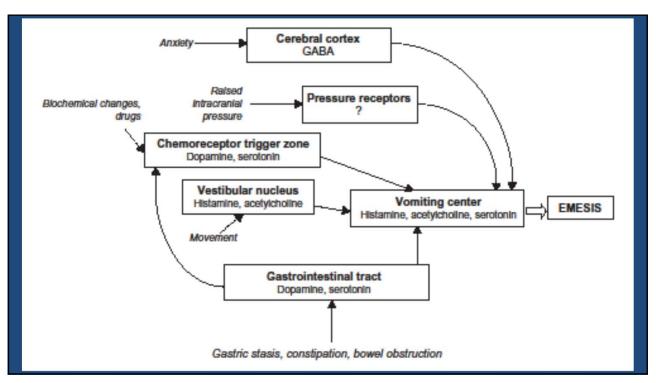
<u>Avaliação</u>

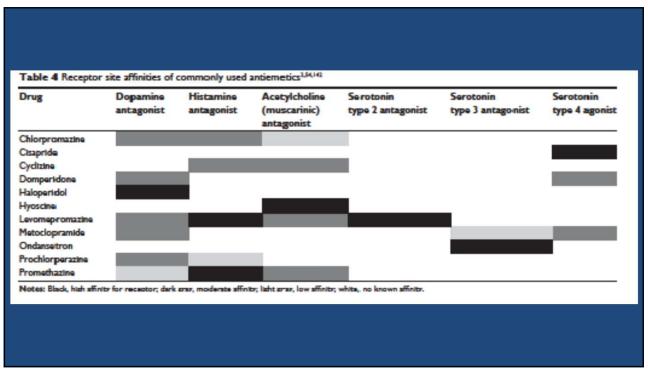
- O exame físico
 - Aparência: icterícia, uremia
 - Febre
 - Exame abdominal: dor, distensão, hepatomegalia, outras massas, sons intestinais
 - Nos doentes obstipados o toque rectal fecalomas.
 - Sinais de hipertensão intracraniana e sinais neurológicos focais.
 - Desidratação.

<u>Avaliação</u>

- Níveis séricos do sódio, potássio, cálcio, creatinina, ureia, digoxina, carbamazepina ou outros fármacos.
- Rx abdominal simples -oclusão intestinal.
- TAC cerebral tumor cerebral.

123





125

Causas gastrintestinais

- Estase gástrica vómitos de grande volume, que podem ser em jacto, e náuseas prolongadas.
- Causas:
 - Fármacos opióides e anticolinérgicos,
 - Síndrome de compressão gástrica hepatomegalia, ascite e carcinoma pancreático.
- Tratamento:
 - Pró-cinéticas metoclopramida ou domperidona.
 - Os antagonistas 5-HT3 também têm actividade pró-cinética.

- Estimulam a motilidade do tracto gastrointestinal superior
- Não devem ser usados quando a estimulação da contracção muscular pode ter efeitos adversos, como:
 - Hemorragia gastrointestinal
 - Perfuração
 - Imediatamente após cirurgia
 - Oclusão intestinal completa

127

Pró-cinéticos

- A metoclopramida é o mais usado
 - Além do efeito pró-cinético é altagonista dos receptores da dopamina
 D2 na CTZ
 - Dose 10 mg 3 a 4 x/d, 30' antes das refeições e à noite
 - Na insuficiência renal:
 - ClCr- 10 a 40 mL/min 50% da dose
 - ClCr < 10mL/min 25% da dose
 - Nos idosos deve ser usada a dose mais baixa entre as recomendadas

- Metoclopramida
 - Como antagonista D2 necessita de doses mais altas:
 - 10 mg de 4 a 6 horas, oral ou parentérica, até 100 mg/dia
 - Efeitos indesejáveis mais comum:
 - Inquietação, sonolência, fadiga
 - Precauções
 - Parkinson, hipertensão, alterações hepáticas ou renais, insuficiência cardíaca e diabetes
 - As interacções medicamentosas são raras

129

Pró-cinéticos

- Metoclopramida
 - Os efeitos pró-cinéticos são bloqueados pelos agentes antimuscarínicos, incluindo os anti-eméticos anti-histamínicos
 - Não faz sentido associar os pró-cinéticos com esses fármacos
 - Ex. metoclopramida e butilescopolamina

- Eritromicina
 - Actua pela estimulação dos receptores da motilina no tracto gastrointestinal superior (Talvez também 5Ht3)
 - 250 mg 3x/dia ou 250-500/dia EV
 - Efeitos indesejáveis: toxicidade hepática e prolonga o intervalo QT

131

Pró-cinéticos

- Mirtazapina
 - Bloqueia especificamente os receptores 5-HT3
 - Revelou-se efectiva em vómitos de várias origens, nomeadamente nos vómitos associados à quimioterapia
 - Dose: ≥ 15 mg à noite

- Domperidona
 - Não atravessa a barreira hemato-encefálica
 - Actua apenas nos receptores periféricos da dopamina
 - Por isso não tem efeitos extrapiramidais

133

Causas gastrintestinais

- Úlcera péptica tratamento específico.
- Gastrite:
 - Causas prováveis: fármacos, álcool, refluxo biliar e infecções;
 - Os fármacos que mais frequentemente provocam irritação gástrica são os AINE, mucolíticos, expectorantes, ferro, hormonas e antibióticos.
- Endoscopia para diagnóstico.

Causas gastrintestinais

- Vómitos associados à oclusão intestinal
 - ver oclusão intestinal.
- Apresentações mais agudas como peritonite, colangite e enterite são geralmente óbvias;
 - tratamento específico.

135

Outras causas viscerais

- Distensão da cápsula hepática;
- Distensão das vias biliares;
- Distensão do tracto urinário;
- Dor torácica de origem cardíaca;
- Tosse.

Causas do sistema nervoso central

- Os vómitos associados a hipertensão intracraniana
 - ocorrem muitas vezes de manhã, por vezes na ausência de cefaleias ou sinais neurológicos e podem dever-se a tumores primários ou metastáticos, responde geralmente a radioterapia e corticosteróides.
- A meningite química, infecciosa ou carcinomatosa.
- Estes estímulos são transmitidos pelos receptores H1 da histamina.
 - anti-histamínicos como a difenil-hidrazina, cinarizina, hidralazina, proclorperazina.

137

Causas vestibulares

- As náuseas e vómitos de posição com ou sem vertigens e/ou surdez pode resultar de infecção ou tumor ao longo do trajecto do 8º nervo craniano:
 - labirintite, doença de Menière, neurinoma do acústico, tumores cerebrais (primários ou metastáticos) e metástases ósseas na base do crânio.
- Emese do movimento.
- Fármacos:
 - aspirina e opióides.
- Tratamento
 - A escopolamina é provavelmente a fármaco com maior efeito nas náuseas e vómitos de movimento;
 - Outros fármacos com acção anti-histamínicos como na emese central

Causas metabólicas

- · Hipercalcemia;
- Cetose vómitos e/ou diabetes;
- Uremia;
- Tumores grandes infectados ou necróticos libertam uma variedade de 'toxinas'.
- Tratamento
 - Tratamento específico.
 - antagonistas dos receptor D2 da dopamina, como o haloperidol.
 - Os doentes com uremia podem beneficiar com antieméticos mais sedativos à medida que a irritabilidade neurológica aumenta, como a cloropromazina ou a levomepromazina.
- A descontinuação inadevertida dos corticosteróides pode causar hipocortisolismo com náuseas, vómitos, dor abdominal e hipotensão, tratase repondo os corticosteróides.

139

Emese induzida por fármacos

- Digoxina,
- AINE,
- Antibióticos,
- Citostáticos,
- Opióides (mais em doses baixas do que altas).
- Tratamento:
 - retirar ou reduzir a dose se possível,
 - Haloperidol produz bons efeitos nos vómitos induzidos pelos opióides,
 - AINE inibidor da bomba de protões pode melhorar a tolerância.
 - Citostáticos:
 - Os antagonistas 5-HT3 são os antieméticos mais eficazes.
 - Doses altas de metoclopramida actuam também por esse mecanismo ao contrário do que sucede com doses mais baixas que são antagonistas D2, mas os antagonistas 5-HT3 são mais eficazes.
 - Outras fármacos úteis neste contexto são a dexametasona e o lorazepam, em associação a outros antieméticos.

Emese induzida pela radioterapia

- Irradiação abdominal e pélvica:
 - envolvimento intestinal no campo de irradiação.
- Irradiação cerebral
 - edema e aumento da pressão intracraniana.
- Invulgarmente se extendem para além de 1 a 2 semanas após cessar o tratamento.
- Tratamento:
 - ibuprofeno,
 - corticosteróides.

141

Náuseas crónicas

- Muitas vezes associadas a perda de peso.
- Por vezes a causa das náuseas permanece inexplicada.
 - Neste caso podem ser causadas pela disfunção do sistema nervoso autónomo como manifestação paraneoplásica de cancro avançado.
- Os pró-cinéticos podem ser úteis nesta situação.

Obstipação

Ver "Obstipação" e "Obstipação induzida pelos opióides"

143

<u>Prevalência</u>

- É um dos problemas mais frequentes em cuidados paliativos.
- É um problema em cerca de 50% dos doentes admitidos em unidades de cuidados paliativos.
- A sua prevalência é independente da doença crónica em causa.

Definição

- É a passagem de fezes duras em pequena quantidade, com pouca frequência e com dificuldade.
- Indicadores objectivos:
 - defecar menos de 3 vezes por semana, esforço durante mais de 25% das defecações
 - fezes duras por vezes formando bolas pelo menos 25% das vezes
 - sensação de evacuação incompleta pelo menos 25% das vezes
 - defecação demorando regularmente mais de 10 minutos.

145

Critérios de Roma IV

- Sintomas de obstipação de novo ou a piorar quando se inicia, altera ou aumenta a terapêutica com opióides, que devem incluir dois ou mais dos seguintes:
 - Esforço durante mais de ¼ (25%) das defecações
 - Fezes duras ou em grânulos (Escala das Fezes de Bristol 1 ou 2) mais de ¼ (25%) das defecações
 - Sensação de evacuação incompleta mais de ¼ (25%) das defecações
 - Sensação de obstrução/bloqueio mais de ¼ (25%) das defecações
 - Manobras manuais para facilitar mais de ¼ (25%) das defecações
 - Menos de três dejecções por semana
 - Fezes moles raramente presentes sem o uso de laxantes



147

<u>Definição</u>

- A obstipação deve ser definida fundamentalmente pelos doentes,
- Mas se ocorrer um dos factos indicados atrás, sobretudo um número de dejecções inferior a três por semana, deve-se proceder a uma avaliação.

Causas

- Tumorais
- Fármacos
- Doenças co-existentes

149

Causas - tumorais

- · Acção directa:
 - obstrução intestinal por tumor intestinal ou por compressão extrínseca; dano da medula espinal lombo-sagrada, da cauda equina ou do plexo pélvico; hipercalcemia.
- · Acção indirecta:
 - ingestão inadequada de alimentos; dieta com poucas fibras; desidratação; fraqueza; inactividade; alterações cognitivas; depressão; dificuldade em se deslocar ao quarto de banho; quartos de banho estranhos.

Causas - fármacos

- opióides
- anti-colinérgicos:
 - escopolamina, fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsónicos
- anti-ácidos; diuréticos; anticonvulsivantes; ferro; suplementos de cálcio; antiácidos especialmente contendo cálcio e alumínio; bloqueadores do canal do cálcio; simpaticomiméticos; anti-histamínicos; alcalóides da vinca; AINE.

151

Obstipação associada aos opióides

- Supressão do peristaltismo tanto a nível do intestino delgado como do cólon,
- Aumento da tonicidade esfincteriana,
- Síndrome intestinal dos narcóticos:
 - Obstipação,
 - Náuseas e vómitos,
 - Desconforto abdominal ligeiro,
 - Distensão abdominal gasosa,
 - Obstrução cólica funcional.

Causas – comorbilidade

 Diabetes; uremia; feocromocitoma; hipotireoidismo; insuficiência cardíaca; hipocalemia; neuropatia autonómica; hérnia; doença diverticular; rectocelo; fissura ou estenose anal; prolapso anterior da mucosa; hemorróidas; colite.

153

- A última vez que defecou;
- Qual a frequência actual de defecação;
- As características das últimas fezes;
- Se a defecação requer esforço;
- Se a defecação é dolorosa;
- Se há sensação de defecação incompleta;
- Se o doente sente necessidade de defecar mas é incapaz de o fazer (sugere fezes duras ou obstrução rectal);
- Se existe vontade de defecar (a sua ausência sugere inércia colica);
- Se as fezes emergem através de uma saliência à saída do canal anal após esforço significativo (sugere hemorróidas);
- Se há sangue ou muco nas fezes (sugere obstrução tumoral, hemorróidas ou ambos);
- Se há diarreia após obstipação (sugere impacção de fezes);
- Se há incontinência (pode haver impacção de fezes);
- A importância que o doente atribui ao funcionamento intestinal;
- Se há privacidade para defecar;
- Se o doente necessita de ajuda para se deslocar ao quarto de banho.

Avaliação

- A impacção de fezes pode apresentar-se como diarreia ou como incontinência e, como 90% ocorre no recto, o toque rectal permite diagnosticar a maioria
 - ocorre caracteristicamente em idosos em quem a inatenção para defecar, a confusão ou a insensibilidade rectal leva à formação de uma grande massa fecal impossível de expulsar espontaneamente.
- A oclusão intestinal e a obstipação grave secundária ao uso de opióides podem apresentar um quadro clínico semelhante que é necessário distinguir.

155

Avaliação

- Os doentes com náuseas sem explicação devem ser avaliados para obstipação.
- Os esforços dos músculos cólicos para empurrar as fezes duras pode provocar dor abdominal frequentemente em cólica provocando problemas de diagnóstico diferencial.
- As fezes no recto podem provocar incontinência ou retenção urinária nos idosos ou debilitados, pelo que o seu início recente deve levar a exame abdominal e a toque rectal como exames iniciais.
- Outras complicações possíveis são a anorexia e a confusão.

Exame físico

- O toque rectal e o exame abdominal são indispensáveis.
- A palpação abdominal pode revelar massas fecais no cólon,
 - A distinção entre tumor e estas massa por vezes difícil,
 - Aplicando pressão firme, se o doente tolerar, as fezes deformamse e podem dar uma sensação tipo crepitação devido ao gás entranhado,
 - Com o tempo, as fezes movem-se; ao contrário as massas tumorais são em geral duras, não se deformam nem se movem.

157

Exame físico

- O toque rectal pode revelar:
 - Uma massa dura de fezes, um tumor rectal, um rectocelo, uma úlcera rectal ou estenose anal.
 - Um esfíncter anal laxo pode indicar dano medular associado a hipotonia cólica,
 - Se o toque rectal mostra ausência de fezes, há provavelmente inércia cólica.

Exame das fezes

- O exame das fezes pode ser útil:
 - Pequenas bolas duras sugerem trânsito intestinal lento,
 - Fezes tipo fita sugere estenose ou hemorróidas,
 - Sangue ou muco sugerem tumor, hemorróidas ou colite.

159

Exames

- Raramente são necessários exames na avaliação da obstipação, em medicina paliativa.
 - Os Rx abdominais podem distinguir entre obstipação e oclusão não devem ser métodos de rotina.
 - As análises de sangue podem usar-se se houver um quadro clínico sugestivo de hipercalcemia ou de hipotireoidismo.

Profilaxia e medidas gerais

- Bom controlo de sintomas
- Encorajar os doentes a tentar defecar 30 minutos após as refeições para aproveitar o reflexo gastrocólico.
- Encorajar a actividade
- Manter uma ingestão adequada de líquidos não se justifica o uso de infusões parentéricas
- Maximizar o conteúdo de fibras da dieta, sem afectar o aspecto da comida nem desrespeitar os gostos do doente.
- Prevenir o efeito obstipante dos fármacos, principalmente dos opióides, administrando laxantes.

161

Fibras

- Anorexia
 - redução da quantidade de comida consumida
 - consequentemente numa redução da ingestão de fibras.
- Os suplementos de fibras aumentam o volume das fezes e aceleram o trânsito intestinal.
 - Para aumentar em 50% o número de dejecções é necessário aumentar em 450% a ingestão de fibras,
 - A capacidade para a ingestão de líquidos também muitas vezes se reduz,
 - é importante para a eficácia da ingestão de fibras,
 - A prevenção da obstipação requer a ingestão de pelo menos 2 L de líquidos por dia
 - é necessário pelo menos 1,5 L para a ingestão segura de suplementos de fibras.
- Destes dados pode-se concluir que não é apropriado prevenir a obstipação com base nas fibras da dieta.

Tratamento farmacológico

- Mesmo com as medidas profiláticas, quase 80% dos doentes internados em unidades de cuidados paliativos necessitam de laxantes.
- Há poucos dados experimentais sobre a escolha do tipo de laxante e a dose:
 - A selecção deve basear-se:
 - no modo de acção dos fármacos,
 - nas características da obstipação do doente, em particular na consistência das fezes,
 - na disponibilidade de laxantes nos diversos locais.

163

Tratamento farmacológico

- Fezes duras:
 - Agente predominantemente amolecedor a estimulação excessiva do peristaltismo provavelmente provocará cólicas.
- Fezes moles:
 - Estimulante do peristaltismo.
- A combinação pode ser mais eficaz do que um agente amolecedor isolado e causa menos efeitos laterais do que um estimulador do peristaltismo dado isoladamente;
- Os estimulantes do peristaltismo tendem a causar cólicas se não forem acompanhados por um amolecedor;
- Num doente muito fraco um amolecedor pode não ser suficiente para que as fezes sejam expelidas.

Tratamento farmacológico

- Nenhum fármaco actua puramente como amolecedor ou estimulante do peristaltismo.
- Todos os laxantes são mais eficazes se os doentes estiverem bem hidratados
 - não se justifica a administração de soros só por esse facto.
- Se agentes que aumentam o volume das fezes como a ispagula, a metilcelulose ou a farelo forem tomados sem ingestão adequada de água podem precipitar uma oclusão intestinal pela formação de uma massa viscosa no intestino,
 - Em geral não devem ser usados em cuidados paliativos.

165

Tratamento farmacológico

- O objectivo do tratamento com laxantes é a defecação confortável e não uma frequência particular.
- Se um doente estiver bem com um fármaco que não é habitualmente usado não se deve alterar só por este facto.
- As doses são determinadas pelo efeito e devem ser dadas regularmente.
- Em doses baixas, podem ser dados à noite em dose única, mas doses mais altas necessitam de ser divididas.
- Se aparecer diarreia, suspende-se a terapêutica por 24 h, o que em geral resolve o problema, e reinicia-se o tratamento com um nível abaixo.

Laxantes orais

Efeito predominante	Classificação	Fármacos
Emolientes	Lubrificantes	Parafina líquida
	Surfatantes	Docusato de sódio
	Osmóticos	Lactulose
	Formadores de volume	Farelo, Ispaghula
	Macrogol	Macrogol
	Salinos	Hidróxido de magnésio
Estimulantes do peristaltismo	Antracenos	Sene
	Polifenólicos	Bisacodil
		Picossulfato de sódio

167

Laxantes rectais

Efeito predominante	Classificação	Fármacos	
Emolientes	Osmóticos	Glicerina	
	Salinos	Citrato de sódio	
Estimulantes do peristaltismo	Polifenólicos	Bisacodil	

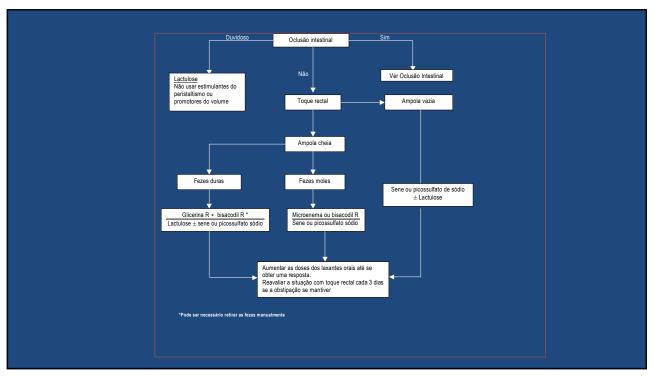
Uso dos laxantes

Laxante	Dose inicial	Tempo de latência
Lactulose	30 mL 1x/d	1 a 2 dias
Macrogol	1 a 3 saquetas	1 a 3 dias
Sene	5 mL ou 1 comprimido à noite	6 a 12 horas
Picossulfato de sódio	5 mg (10 gotas) à noite	10 a 14 horas
Bisacodil rectal	10 mg	15 a 60 minutos
Citrato de sódio	5 mL	15 a 60 minutos

169

Metilnaltrexona

- Amina quaternária antagonista dos receptores opióides μ;
- Capacidade restrita de atravessar a barreira hemato-encefálica.
- Indicação obstipação induzida pelos opióides resistente aos outros laxantes:
 - Usa-se na dose de 0,15 mg/Kg de peso em dias alternados;
 - na prática nos doentes com menos de 60 Kg 0,4 mL (8 mg);
 - nos doentes com mais de 60 Kg na dose de 0,6 mL (12 mg) por via SC.
- A sua função é mais potenciar a acção dos laxantes do que substituí-los:
 - As doses dos laxantes devem ser optimizadas.
- Os efeitos laterais mais frequentes são a dor abdominal, flatulência, aumento da temperatura corporal e tonturas.
- Na insuficiência hepática e renal graves deve reduzir-se a dose.
- Sobre doentes em hemodiálise não há dados disponíveis.



171

Oclusão intestinal no cancro avançado

Ver "Oclusão intestinal nos doentes com cancro avançado"

Definição

• Obstrução do intestino distal ao ligamento de Treitz

173

Epidemiologia

- A mediana de idade dos doentes situa-se na sexta década com grande amplitude de idades (24 a 87 anos)
- Predomínio do sexo feminino 67%.
- A maioria dos doentes tem tumores gastrointestinais (23% a 45%) e ginecológicos (37% a 42%).
- Um número menor, 18%, têm outros tumores: cancro da mama, sarcomas, melanomas, cancro de primário oculto, pulmão, supra-renal, carcinóides.

Epidemiologia

- Num estudo realizado por nós:
 - Colorectal 40%
 - Ginecológicos 27%
 - Estômago 12%

175

Prognóstico

- Mau prognóstico,
 - Sobrevivência mediana de 3 meses,
 - Há casos de sobrevivências relativamente longas, de alguns anos.
 - Num estudo realizado por nós, 20% dos doentes estavam vivos ao fim de 3 anos.

- Mecânica
 - compressão extrínseca do intestino por massa(s) abdominal
 - crescimento tumoral intraluminal.
- Funcional (alteração da motilidade)
 - infiltração tumoral dos plexos celíaco ou mesentérico,
 - medicação anticolinérgica,
 - opióides
 - alterações eletrolíticas, como hipercalcemia ou hipocaliemia.

177

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- Benignas
- Malignas

Causas benignas

- 3 a 48%.
 - 31% (num estudo nosso)
- Aderências,
- Doença inflamatória intestinal,
- Hérnias,
- Lesão intestinal pela radioterapia.
- Mais frequentes nos tumores abdominais tratados com radioterapia.

179

Causas malignas

- Obstrução intrínseca
 - crescimento endoluminal
 - crescimento intramural (linite plastica)
- Compressão extrínseca
- Alteração da motilidade
 - infiltração tumoral do mesentério
 - infiltração do músculo intestinal
 - infiltração do plexo celíaco
 - neuropatia paraneoplásica

<u>Factores concorrentes</u>

- Fármacos obstipantes
- Impacção fecal
- Fibrose
- Diminuição da motilidade
- Alterações da flora no segmento proximal
- Edema

181

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- A oclusão pode ser parcial ou completa.
- Pode ocorrer num ou a vários níveis.
- O intestino delgado é mais frequentemente envolvido do que o cólon 61% vs 33%;
 - em 20% dos casos são ambos envolvidos

- As neoplasias primárias são raras como causa de oclusão do intestino delgado, não excedendo 2%.
- É mais comum o envolvimento metastático, principalmente sob a forma de carcinomatose peritoneal.
- As neoplasias do cego que envolvem a válvula ileocecal também podem causar oclusão do delgado.

183

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- Outra forma de oclusão do delgado é a intussuscepção ou invaginação. É rara nos adultos, representando apenas 5% dos casos de invaginação e 1% das causas de oclusão.
- A gravidade resulta da isquemia que se pode estabelecer com perfuração e peritonite.





- A enterite radiógena causa obstrução por:
 - Produzir alterações fibróticas e adesivas no mesentério e no intestino com diminuição do calibre intestinal e alterações da motilidade.
- É uma causa tardia da radioterapia, 1 ano ou mais, geralmente pélvica, pelo que atinge mais frequentemente o íleo.

185

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- A oclusão do intestino estimula as secreções gástrica, biliar, pancreática e intestinal:
 - Diminuem a reabsorção de sódio e água
 - Aumentam a secreção de água e sódio da mucosa intestinal.

- Em reacção à obstrução, há aumento do peristaltismo e libertação de prostaglandinas, peptídio intestinal vasoactivo e mediadores nociceptivos.
- Cria-se um círculo de secreção, distensão e contracção que conduz a hiperemia, edema intestinal e acumulação de fluído no lume intestinal que tendem a perpetuar a obstrução.

187

Manifestações clínicas

- Curso insidioso:
 - episódios de náuseas, vómitos, obstipação e dores abdominais que resolvem espontaneamente.
- Quando estabelecida:
 - náuseas em 100%, vómitos em 87 a 100%,
 - cólicas intestinais em 72 a 80%.
 - dor devida a distensão 56 a 90%.
 - sem emissão de fezes e gases nas 72 horas anteriores em 85 a 93%.

Sintomas e nível da oclusão

- Duodenal
 - sem dor (em geral), sem distensão
 - Náuseas precoces e intensas, vómitos intensos, de grande volume, com alimentos não digeridos, com pouco odor.
- Intestino delgado
 - cólica central, vómitos, distensão moderada, sons hiperactivos com borborigmos
- Cólon
 - cólica central ou abdominal baixa, vómitos tardios, grande distensão, borborigmos

189

Manifestações clínicas

- Pode haver 2 tipos de dor abdominal:
 - dor contínua devida ao aumento da pressão endoluminal e pela infiltração tumoral das estruturas abdominais;
 - dor em cólica resultante das ondas peristálticas e espasmos intestinais que aumentam a pressão intraintestinal contra a obstrução.

Manifestações clínicas

- No exame físico há distensão abdominal tanto maior quanto mais baixa for a oclusão.
- Na auscultação abdominal ouvem-se borborigmos, sobretudo no início, mas à medida que o tempo passa o peristaltismo pode diminuir ou mesmo cessar resultando em sons metálicos isolados.
- Outras alterações comuns são a desidratação, caquexia, ascite, massas abdominais palpáveis e deterioração cognitiva.

191

Diagnóstico

- O Rx abdominal simples foi considerado o meio de diagnóstico mais importante em conjunto com a história e o exame físico para o diagnóstico de obstrução intestinal. Mas, os dados do Rx abdominal simples:
 - permitem o diagnóstico em 50% a 65% dos casos,
 - são duvidosos em 20% a 30%,
 - normais, inespecíficos ou enganadores em 10% a 20%.

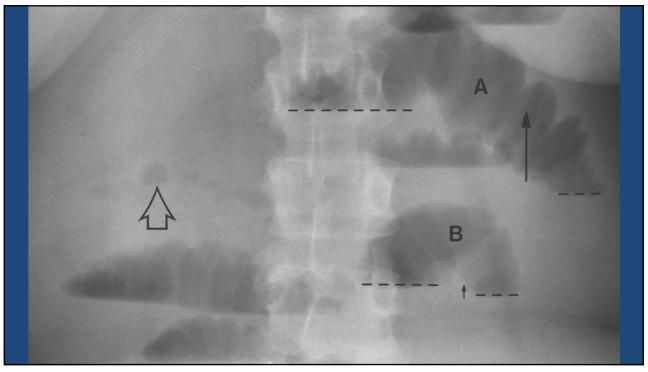
Diagnóstico

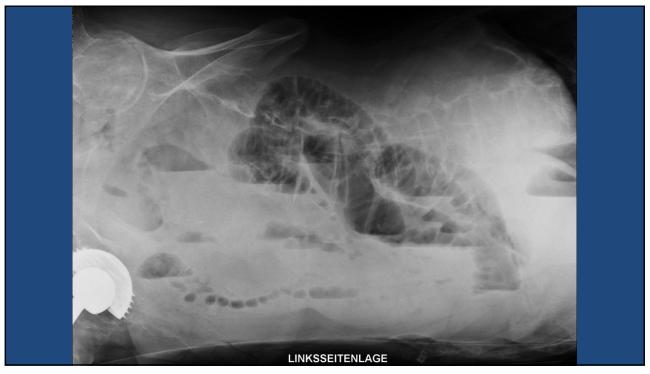
- A sensibilidade é de apenas 66%.
- Mais de 75% dos Rx simples podem ser classificados como não diagnósticos ou não úteis para o diagnóstico.
- Apesar destes dados não serem muito bons, continua a considerar-se que o Rx abdominal simples é o método de imagem que se deve usar inicialmente.

193

Diagnóstico

- Sinais que se revelaram os mais significativos e predictivos de obstrução de alto grau do intestino delgado:
 - Presença de níveis hidro-aéreos de altura diferente na mesma ansa intestinal
 - Largura média dos níveis hidro-aéreos maiores ou iguais a 25 mm
 - Quando ambos os sinais estão presentes, a obstrução é provavelmente de alto grau ou completa
 - Quando ambos os sinais estão ausentes a obstrução é provavelmente de baixo grau ou inexistente





Diagnóstico

- A TAC permite explorar o intestino e as diversas estruturas abdominais e pélvicas.
- Recomenda-se quando os dados clínicos e radiológicos iniciais não são conclusivos.
- A sensibilidade da TAC standard é de 90%–96%, a especificidade de 96% e a precisão de 95% nas obstruções de alto grau.

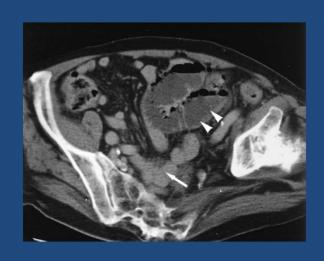
197

Diagnóstico

- A precisão não é tão alta em oclusões de baixo grau ou incompletas, limitando-se a uma sensibilidade de 63% e especificidade de 78%.
- Nestas, a tomografia computadorizada de múltiplos detectores é mais eficiente.
- A TAC permite determinar a localização da obstrução, detectar sinais de gravidade e a etiologia da oclusão.

Diagnóstico TAC

 Há uma distensão do intestino delgado proximal > 25 mm associada a ansas distais colapsadas.



199

Gravidade - TAC

- Isquemia intestinal de grau médio, devida a oclusão arterial parcial.
- Espessamento moderado da parede intestinal (seta) e uma pequena quantidade de líquido intraperitoneal (ponta de setas).



Ressonância magnética

- Tem tido um papel reduzido na avaliação da oclusão intestinal.
- Um estudo mostrou que a RM com gadolinium pode ser útil para distinguir obstrução maligna de obstrução benigna.
- Um outro, sugere que a RM pode identificar a presença, local e causa da oclusão intestinal na maioria dos casos e que em comparação com a TAC se mostrou superior no diagnóstico de oclusão intestinal.

201

Ecografia

- Raramente usada na avaliação dos doentes com suspeita de oclusão intestinal
- É um método eficaz.
- A sua acuidade afectada pela quantidade aumentada de gás no intestino. Há quem discorde, porque o líquido presente permite um exame bom.
- A sua eficácia depende muito de quem a faz
 - Há uma maior variabilidade entre observadores do que noutros exames.

Rx contrastado

- As técnicas radiológicas com contraste podem ser úteis, mas as náuseas e os vómitos podem impedir a ingestão do produto de contraste.
- Uma possibilidade para ultrapassar esta dificuldade é o uso de sondas nasointestinais que permitem, além de descomprimir o intestino, a injecção do produto de contraste.

203

Rx contrastado

 Com o contraste com bário obtêm-se uma definição excelente, mas tem o inconveniente de não ser absorvido, pelo que pode ficar impactado, podendo dificultar a interpretação de outros testes.

Rx contrastado

- A gastrografina é um contraste hiperosmolar que fornece também uma boa definição
 - tem a vantagem de favorecer a resolução da oclusão no intestino delgado.
- Um problema é a falta de treino dos radiologistas na realização e interpretação destes exames.

205

Tratamento

- Cirúrgico
- Médico

Cirurgia

- As opções cirúrgicas para a resolução das oclusões intestinais do delgado incluem:
 - lise de aderências, ressecção definitiva e anastomose ou bypass da área afectada.
- Nas obstruções a nível do cólon geralmente a solução é um colostomia.
- Uma cirurgia bem-sucedida tem sido definida, um pouco arbitrariamente, como uma sobrevivência de pelo menos 2 meses.

207

Cirurgia

- A percentagem de casos inoperáveis varia entre os estudos, mas pode atingir 24%.
- A morbilidade cirúrgica na oclusão intestinal tem sido reportada entre 9% e 37%
- A mortalidade pós-operatória aos 30 dias vai de 5% a 32%.
- A melhoria na qualidade de vida também tem sido comunicada com grandes variações, até porque têm sido usados critérios muito variados.

Cirurgia

- Entre 7 e 18% desenvolvem fístula enterocutânea.
- As reobstruções após a cirurgia não são raras:
 - Num estudo, 21 de 132 (16%) dos doentes operados foram novamente internados por oclusão, 16 (76,2 %) foram submetidos a outro procedimento cirúrgico ou endoscópico e 5 foram tratados medicamente.
 - Noutro estudo, 58 de 324 (18%) submetidos a cirurgia sofreram nova obstrução.

209

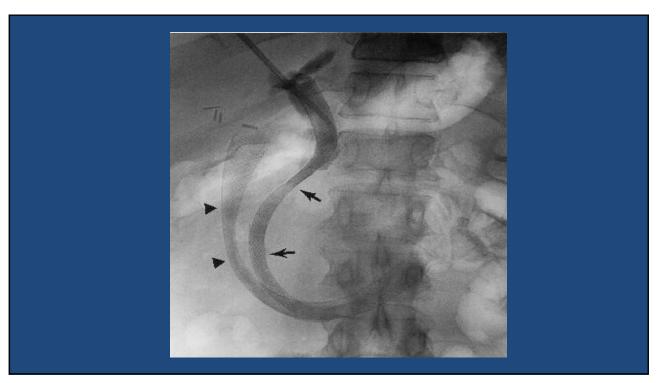
Factores de risco para cirurgia

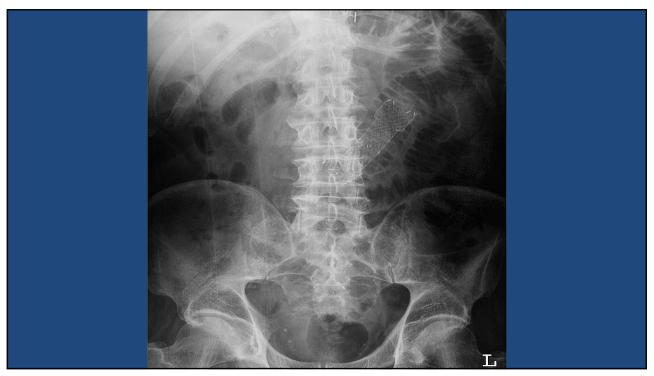
- Idade > 65 anos
- Estado de nutrição deficiente
- hipoalbuminemia
- Ascite (mais de 3 L, reacumulação rápida)
- Massas abdominais
- <u>ECOG > 2</u>
- · Rigidez da parede abdominal
- Múltiplos níveis aéreos pequenos
- · Radioterapia abdominal anterior
- Quimioterapia prévia

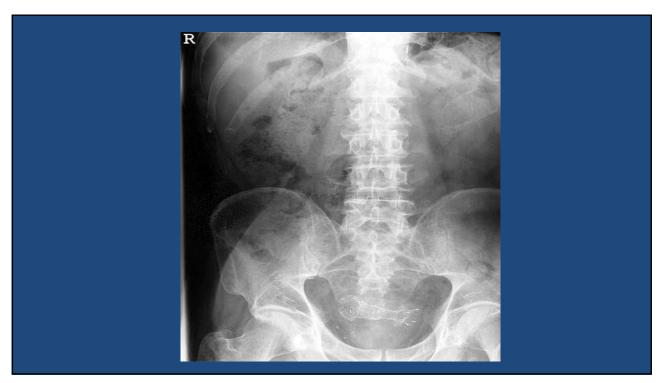
Próteses metálicas

- As próteses metálicas expansíveis utilizam-se em obstruções ao nível:
 - da saída gástrica,
 - do intestino delgado proximal,
 - do cólon.
- Podem usar-se quando o risco operatório é grande.
- Estão contraindicadas quando há múltiplas estenoses e carcinomatose peritoneal

211



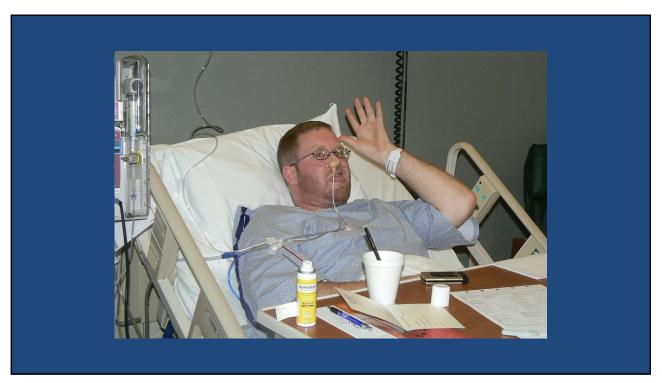




Tratamento médico

- Quando a cirurgia não está indicada;
- Controlo de sintomas;
- Não limitar a mobilidade do doente, tanto quanto possível;

215



<u>Fármacos frequentemente usados</u>

Morfina	Dose a titular, sem limite	
Butilescopolamina	60 a 200 mg/d	
Bromidrato de escopolamina	0,5 a 2,4 mg/d	
Haloperidol	5 a 15 mg/d	
Metoclopramida	60 a 240 mg/d	
Octreotido	150 a 600 μg/d	
Levomepromazina	50 a 150 mg/d	
Dexametasona	8 a 16 mg/d	

217

Controlo da dor

- Dor contínua
 - Opióides: morfina
- Cólicas intestinais
 - Butilescopolamina SC (30 a 120 mg)
 - Loperamida: possível se os vómitos estiverem controlados
 - Evitar fármacos que estimulem o peristaltismo, principalmente se a oclusão for completa
- Bloqueio do plexo celíaco

Controlo das náuseas e vómitos

- O tratamento dos vómitos tem de se estabelecer de acordo com o que é aceitável para o doente;
 - 1 a 2 vómitos por dia podem ser aceitáveis desde que não haja náuseas constantes.
- Metoclopramida
 - Pode causar cólicas
- Haloperidol
- Butilescopolamina
- Levomepromazina

219

Controlo das náuseas e vómitos

- O haloperidol é uma butirofenona, antagonista selectiva do receptor D2 da dopamina e um supressor potente da chemoreceptor trigger zone.
- É pouco sedativo
- É considerado o anti-emético de eleição na presença de obstrução completa.
- Usa-se, geralmente, em doses entre 5 e 15 mg por dia via subcutânea em doses divididas ou em infusão contínua.

Controlo das náuseas e vómitos

- Os anticolinérgicos antimuscarínicos como a butilescopolamina reduzem as secreções gastrointestinais, a acumulação de fluidos e os vómitos.
- A butilescopolamina usa-se na mesma dose descrita para as cólicas.

221

Controlo das náuseas e vómitos

- A metoclopramida é um antagonista dopaminérgico, um agonista do receptor 5HT4 e, em doses superiores a 120 mg por dia, um bloqueador do receptor 5HT3.
- É fundamentalmente um procinético.
- Não deve ser usada com anticolinérgicos, porque têm efeitos antagónicos, em doentes com cólicas nem na obstrução completa.
- Há quem o considere o fármaco de eleição na oclusão funcional ou parcial.
- Usa-se nas doses de 40 a 120 mg por dia.

Controlo das náuseas e vómitos

- A olanzapina é uma antipsicótico atípico que bloqueia múltiplos transmissores – D2, H1, Ach, 5HT3 – implicados na iniciação da emese.
- Poderá ser usado quando os antieméticos mais comuns falham, em doses entre 2,5 e 20 mg por dia.
- Os comprimidos solúveis podem ser administrados por via sublingual.

223

<u>Corticosteróides</u>

- Dexametasona
 - dose inicial a usar 16 mg/dia
 - reduzir para a dose mínima eficaz
 - suspender se ao fim de 3 dias não resultar

Octreotido

- O octreotido é um análogo sintético da somatotatina com uma duração de acção mais longa.
- Inibe vários peptídeos do sistema gastro-enteropancreático, como o peptídeo YY, neurotensina e substância P,
- Reduz o fluxo sanguíneo esplâncnico, o fluxo sanguíneo portal,
- Reduz a motilidade gastrointestinal, as secreções gástrica, pancreática e intestinal,
- Aumenta a absorção de água e de electrólitos intestinais.
- Dose: 150 a 900 mcg/d.

225

Sondas

- O tracto gastrointestinal segrega normalmente cerca de 8,5 L de líquidos, sendo a maioria reabsorvida no intestino delgado.
- Na oclusão intestinal a nível do intestino delgado há uma incapacidade diminuída de reabsorção desses fluídos acima da obstrução, resultando na acumulação de líquido.

Sondas

- Se o piloro estiver funcionante as sondas nasogástricas não conseguem descomprimir o intestino, enquanto a pressão de liquido e gás não for suficiente para vencer esfíncter pilórico.
- Portanto, as sondas nasointestinais são mais eficazes na descompressão do que as sondas nasogástricas.

227

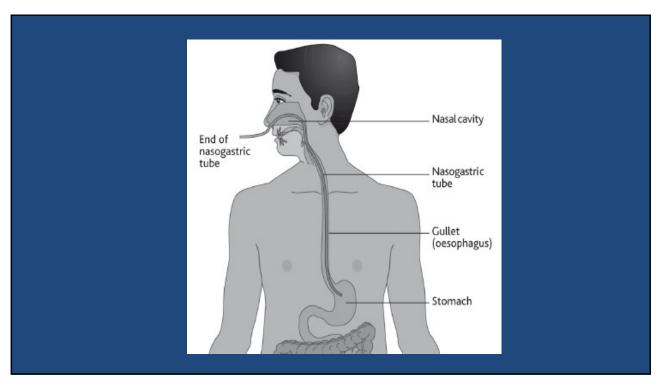
Sondas

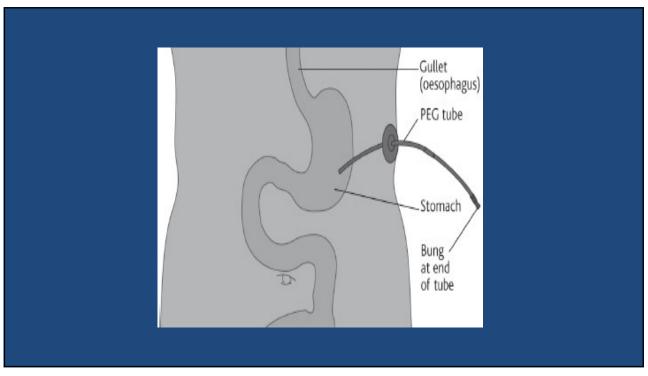
- Estes tubos são mais difíceis de colocar do que as sondas nasogástricas, necessitando de controlo fluoroscópico.
- Estes tubos permitem também o estudo do intestino com contraste.

Descompressão intestinal

Gastrostomia

229





231

Resultado do tratamento

- O tratamento sintomático alivia 89% da dor contínua.
- A dor em cólica é de mais difícil tratamento persistindo em 31% dos doentes, em forma ligeira.
- A maioria dos doente continua a vomitar cerca de 1x/d, mas com pouca náusea.

Resultado do tratamento

- Um pequeno grupo de doentes, principalmente os que têm oclusão gastroduodenal ou jejunal, continua a vomitar profusamente apesar da medicação,
- Estes beneficiam de sonda nasogástrica ou gastrostomia e de líquidos IV ou por epidermoclíse.

233

Alimentação parentérica

- A oclusão intestinal implica um mau prognóstico com uma sobrevivência, em geral, curta, embora haja doentes com sobrevivências relativamente longas.
- Mas, a sobrevivência destes resulta da resolução da oclusão e não de serem mantidos vivos com alimentação parentérica.
- A alimentação parentérica exige um cateter central o que predispõe para infecções e trombose.
- Requer a monitorização frequente dos electrólitos e da glicemia e pode causar insuficiência hepática.

<u>Hidratação</u>

- Oral
- Intravenosa
- hipodermoclise

235

<u>Conclusão</u>

- A cirurgia é o método a usar sempre que possível
- Atender aos factores de mau prognóstico no processo de decisão
- O tratamento médico permite um controlo aceitável dos sintomas
- As decisões devem ter em conta a irreversibilidade do processo