

Sintomas Gastrointestinais

Ferraz Gonçalves
2026

1

Disfagia

2

Definição

- É uma alteração do processo de deglutição que não permite a passagem segura e/ou eficaz da comida da boca para o estômago.

3

Considerar disfagia se:

- Queixa de problemas em ingerir certos alimentos ou líquidos
- Queixa de problemas de deglutição em geral
- Tosse ou sufocação ao comer ou beber
- Retorno da comida, por vezes pelo nariz
- Sensação de que a comida fica presa na garganta ou no tórax
- Pigarro frequente
- Babar-se com persistência
- Infecções respiratórias frequentes
- Alteração dos hábitos alimentares, ex. comer devagar, evitar ocasiões sociais

4

Classificação

- Disfagia orofaríngea
 - Dificuldade em deglutir devido a problemas na boca ou faringe.
- Disfagia esofágica
 - Dificuldade devido a problemas no esófago.

5

Causas

- Neurológicas
 - AVC, esclerose múltipla, traumatismo craniano, demência
- Obstrutivas
 - Cancro da cabeça e pescoço, cancro do esófago
- Muscular
 - Esclerodermia, acalásia
- Outras
 - Idade avançada, DPOC, sarcopenia

6

Consequências

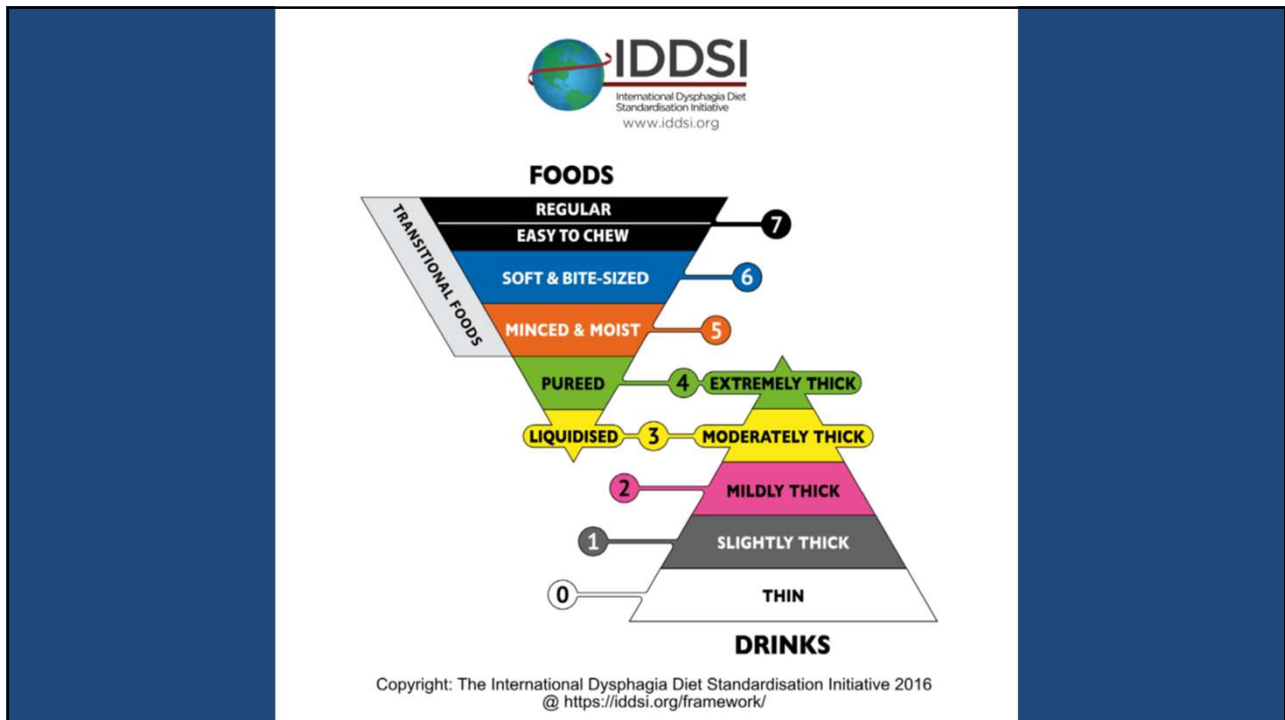
- Aspiração
- Pneumonia de aspiração
- Sufocação
- Aumento do risco de mortalidade
- Desidratação
- Desnutrição
- Aumento do tempo de internamento
- Redução da qualidade de vida

7

Tratamento

- Modificar a consistência dos líquidos
- Modificar a textura dos alimentos
- Exercícios para ajudar a fortalecer os músculos na boca e faringe

8



9

Disfagia

- A avaliação da capacidade de deglutir é importante, porque em até 40% dos doentes há aspiração silenciosa
- Deveria fazer-se uma avaliação endoscópica funcional
- Permite, também, avaliar a capacidade de lidar com texturas diferentes dos alimentos (videofluroscopia)

10

Disfagia

- A aspiração não significa sempre que não se pode fazer a alimentação oral.
- Um certo grau de aspiração pode ser bem tolerada
- Certas texturas pode ser melhor toleradas do que outras
- O uso de espessantes pode ajudar
- Mas o mais importantes é ter em conta os desejos dos doentes
- Muitos podem preferir continuar a engolir apesar do risco

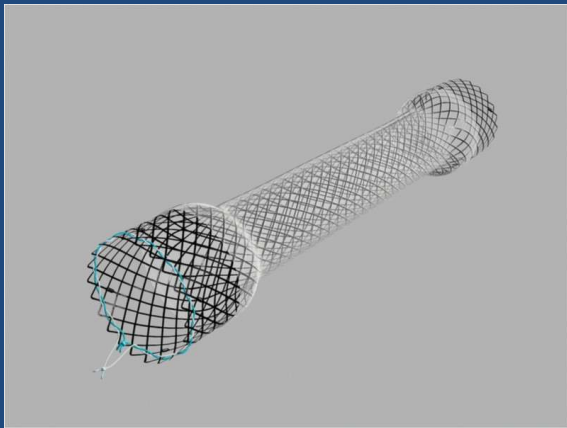
11

Disfagia

- Se houver incapacidade em deglutir, deve ser considerada a inserção de uma sonda nasogástrica ou de uma gastrostomia
- Se a probabilidade de ser necessária a alimentação entérica por mais de 2 a 3 semanas é preferível a gastrostomia
- O desejo dos doentes deve ser respeitado, como sempre

12

Prótese esofágica



13

Náuseas e vômitos

14

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

15

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

16

Dados gerais

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

17

Dados gerais

- As náuseas ou vômitos 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%).

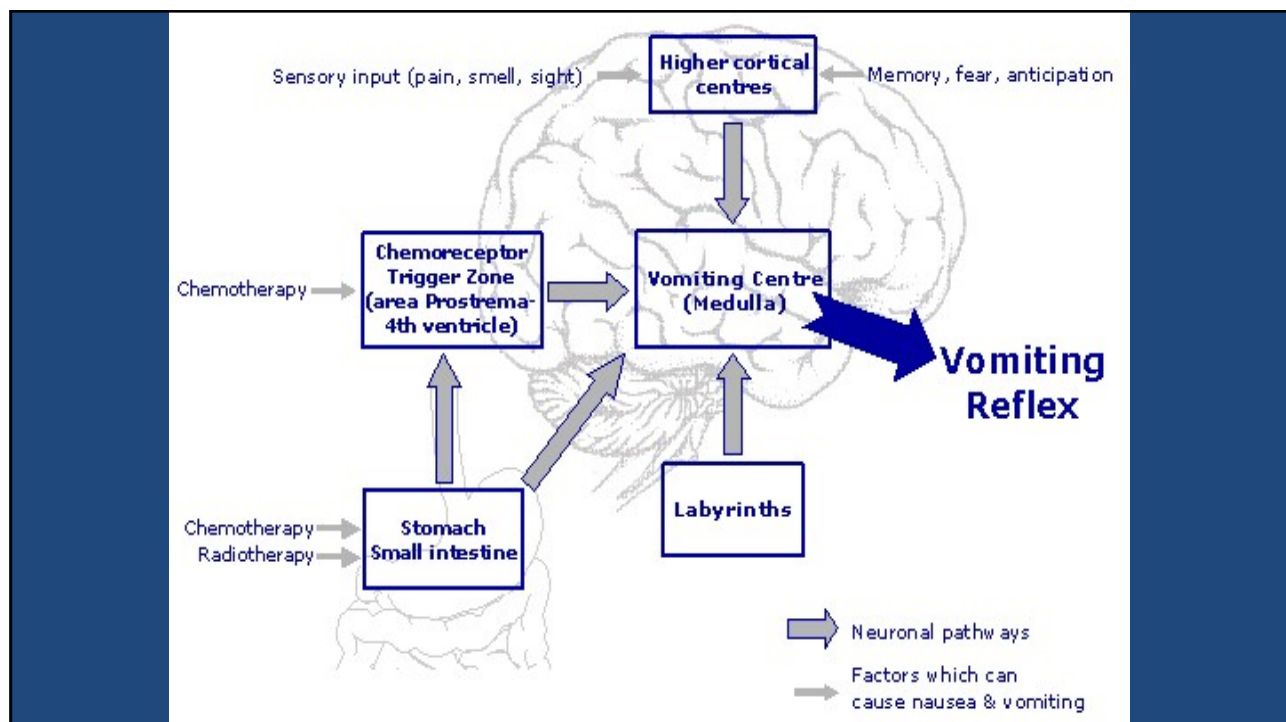
National Hospice Study

18

Dados gerais

- Existem estímulos muito variados para as náuseas e os vômitos, aparentemente sem nada em comum:
 - tóxicas,
 - 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 vômito.

19



20

Tratamento – medidas gerais

- 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 distração na forma de conversa, televisão, música ou rádio pode ajudar.

21

Avaliação

- História clínica
 - Qualidade: náuseas, vômitos, contactura muscular, regurgitação
 - Duração: persistente ou intermitente
 - Intensidade
 - Vômitos - natureza dos vômitos
 - 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. vômito
 - Fármacos: opióides, AINE, antibióticos, quimioterapia

22

Avaliação

- As náuseas intermitentes associadas a saciedade precoce e enfartamento pós-prandial, aliviadas por vômitos 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%)

23

Avaliação

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

24

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 vômitos associados a ansiedade, sugere um componente cortical.
- Estes 3 tipos ocorrem em < 15%

25

Avaliação

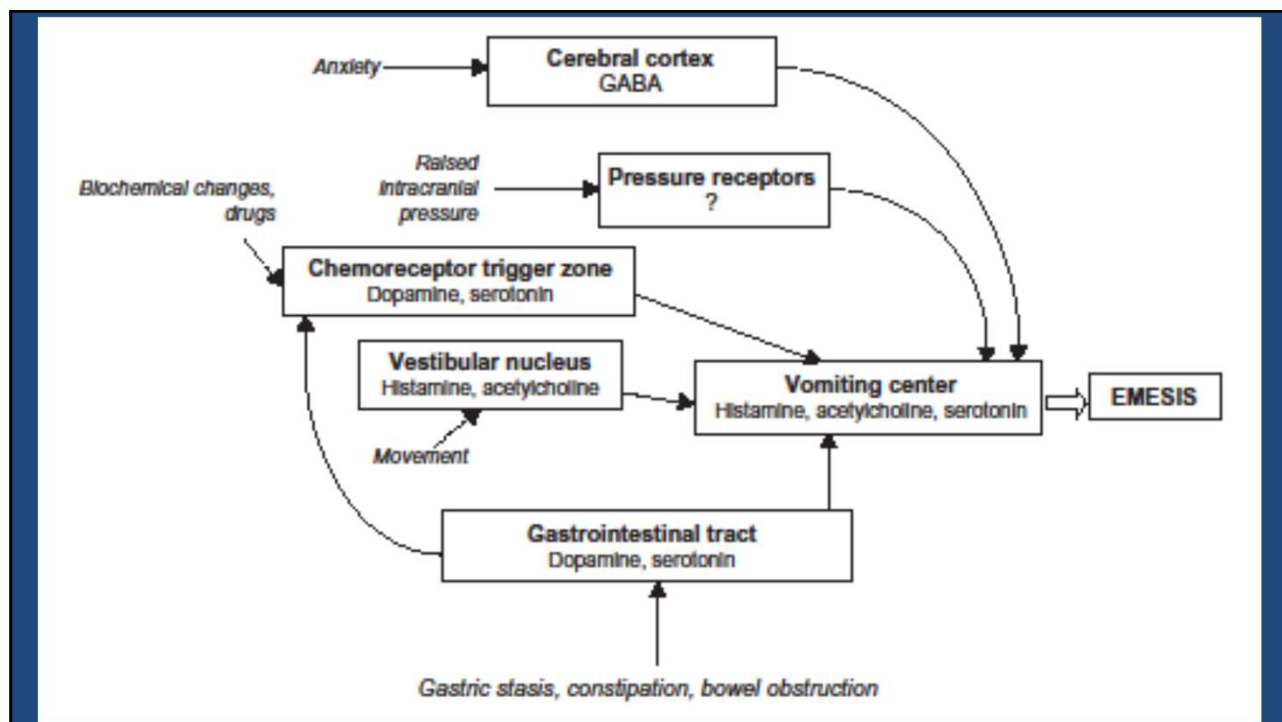
- O exame físico
 - Aparência: icterícia, uremia
 - Febre
 - Exame abdominal: dor, distensão, hepatomegalia, outras massas, sons intestinais
 - Nos doentes obstipados o toque rectal - fecalomas
 - Sinais de hipertensão intracraniana e sinais neurológicos focais
 - Desidratação

26

Avaliação

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

27



28

Table 4 Receptor site affinities of commonly used antiemetics^{3,54,140}

Drug	Dopamine antagonist	Histamine antagonist	Acetylcholine (muscarinic) antagonist	Serotonin type 2 antagonist	Serotonin type 3 antagonist	Serotonin type 4 agonist
Chlorpromazine						
Cisapride						
Cyclizine						
Domperidone						
Haloperidol						
Hyoscine						
Levomopromazine						
Metoclopramide						
Ondansetron						
Prochlorperazine						
Promethazine						

Notes: Black, high affinity for receptor; dark gray, moderate affinity; light gray, low affinity; white, no known affinity.

29

Causas gastrintestinais

- Estase gástrica - vômitos 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.

30

Pró-cinéticos

- 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

31

Pró-cinéticos

- A metoclopramida é o mais usado
 - Além do efeito pró-cinético é antagonista 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

32

Pró-cinéticos

- 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 interações medicamentosas são raras

33

Pró-cinéticos

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

34

Pró-cinéticos

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

35

Pró-cinéticos

- Eritromicina
 - Actua pela estimulação dos receptores da motilina no tracto gastrointestinal superior (talvez também 5H-T3)
 - 250 mg 3x/dia oral ou 250-500/dia EV
 - Efeitos indesejáveis: toxicidade hepática e prolonga o intervalo QT

36

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

37

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.

38

Causas gastrintestinais

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

39

Outras causas viscerais

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

40

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 difenidramina, cinarizina, procloroperazina.

41

Causas vestibulares

- As náuseas e vómitos de posição com ou sem vertigens e/ou surdez pode resultar de infecção ou tumor ao longo do trajeto 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

42

Causas metabólicas

- Hipercalemia;
- Cetose – vômitos 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 clorpromazina ou a levomepromazina.
- A descontinuação inadvertida dos corticosteróides pode causar hipocortisolismo com náuseas, vômitos, dor abdominal e hipotensão, trata-se repondo os corticosteróides.

43

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 vômitos induzidos pelos opióides,
 - AINE - inibidor da bomba de prótons 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.

44

Emese induzida pela radioterapia

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

45

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 procinéticos podem ser úteis nesta situação.

46

Causas		Tratamento
Estase gástrica	Opióides, anticolinérgicos Síndrome de compressão gástrica: hepatomegalia, ascite, carcinoma pancreático	Procinéticos
Úlcera péptica		Fármacos específicos
Obstipação		Ver Obstipação
Irritação gástrica	Alcool, AINE, mucolíticos, expectorantes, ferro, hormonas, antibióticos Refluxo biliar	Procinéticos ± fármacos específicos
Oclusão intestinal		Ver Oclusão intestinal
Outras causas	Peritonite, colangite, enterite	Tratamento específico
Gastrointestinais		
Viscerais	Distensão da cápsula hepática, das vias biliares, do tracto urinário, dor de origem cardíaca	Tratamento específico
Tosse		Ver Tosse
Hipertensão intracraniana	Tumores primários ou metastáticos	Corticosteróides ± prometazina
Meningite	Química, infecciosa, carcinomatosa	Prometazina ± tratamento específico
Vestibular	Labirintite, D. de Menière, neuroma do acústico, tumores cerebrais, metástases ósseas da base do crânio Vómitos do movimento Drogas: aspirina, opióides	Escopolamina ou Prometazina
Hipercalcemia		Tratamento específico
Alterações metabólicas	Cetose (catabolismo, vômitos, diabetes), uremia, tumores necróticos	Haloperidol ± tratamento específico
Fármacos	Digoxina, carbamazepina, AINEs, antibióticos, opióides	Haloperidol
Citostáticos		Antagonistas 5-HT ₃ ± dexametasona ± lorazepam
Radioterapia		Metoclopramida ± corticosteróides
Inexplicados	Disfunção do sistema nervoso autónomo (?)	Procinéticos
Resistentes		Levomepromazina ou 5-HT ₃

47

Obstipação

48

Prevalência

- 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.

49

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.

50

Definição

- 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.

51

Causas

- Tumoriais
- Fármacos
- Doenças co-existent

52

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.

53

Causas - fármacos

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

54

Causas – comorbilidade

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

55

Avaliação

- 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.

56

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.

57

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 é por vezes difícil,
 - Aplicando pressão firme, se o doente tolerar, as fezes deformam-se 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.

58

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.

59

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.

60

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.

61

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.

62

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 dejectões 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.

63

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.

64

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.

65

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.

66

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.

67

Laxantes orais

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

68

Laxantes rectais

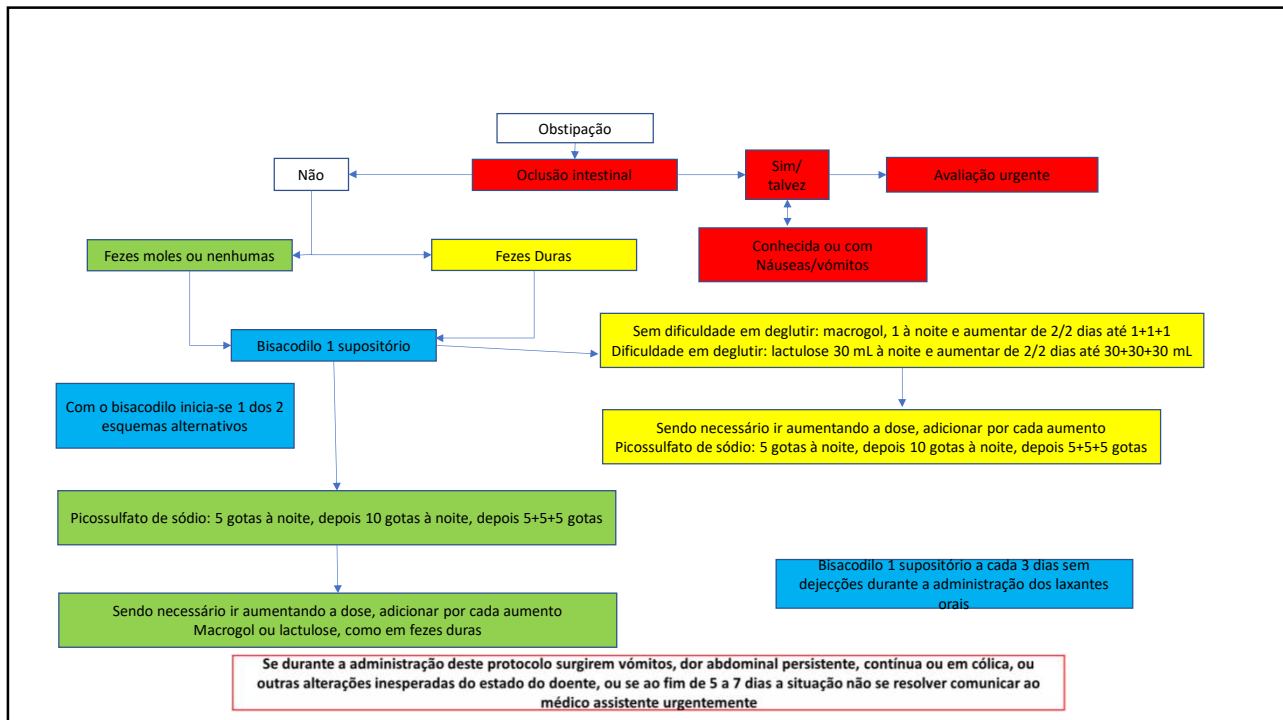
Efeito predominante	Classificação	Fármacos
Emolientes	Osmóticos	Glicerina
	Salinos	Citrato de sódio
Estimulantes do peristaltismo	Polifenólicos	Bisacodil

69

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

70



71

Diarreia

72

Definição

- Passagem de 3 ou mais fezes moles ou líquidas por dia ou
- Dejecções mais frequentes do que o normal para o indivíduo.

73

Consequências

- Quando incontrolada pode causar:
 - desidratação,
 - alterações electrolíticas,
 - alterações da pele,
 - fadiga,
 - interferência com a absorção de fármacos.

74

Causas

- Uso de laxantes
- Oclusão intestinal parcial
- Impacção fecal
- Insuficiência pancreática
- Infecção por *Clostridioides difficile*
- Enterite radiogénica ou por quimioterapia
- Relacionada com uma doença crónica, ex. doença intestinal inflamatória

75

Avaliação

- A extensão da avaliação depende do estado anterior do doente, como sempre em cuidados paliativos
- Nos doentes nos últimos dias de vida não é possível, nem seria desejável, submeter os doentes a análises ou outros exames
- É necessário atender ao conforto do doente

76

Escala da diarreia - <i>Common Terminology Criteria for Adverse Events</i>	
Grau 1	Aumento de <4 dejecções por dia além da base; ligeiro aumento no débito pela ostomia em comparação com o habitual
Grau 2	Aumento de 4 a 6 dejecções por dia além da base; aumento moderado no débito da ostomia em comparação com o habitual; limitação nas actividades de vida diária
Grau 3	Aumento de ≥ 7 dejecções por dia; indicação para hospitalização; aumento intenso do débito da ostomia; limitação nos autocuidados
Grau 4	Consequência limitadoras da vida; indicada intervenção urgente

77

Avaliação

- Rever a dieta,
- Medicamentos (laxantes, antibióticos, inibidores da bomba de protões, quimioterapia),
- Procedimentos efectuados,
- O tempo das dejecções em relação à ingestão de alimentos ou líquidos,
- Quantidade e qualidade das fezes, se há sangue,
- Patologia independente, como doença inflamatória intestinal.

78

Avaliação

- Se há incontinência,
- Outros sintomas como:
 - cólicas,
 - náuseas e vômitos,
 - Tonturas
 - sede.

79

Exame físico

- Palpação do abdómen
- Toque rectal
 - pode detectar fecalomas ou outras massas rectais levando ao diagnóstico de diarreia por extravasamento - fezes líquidas que passam à volta da obstrução
- Estado de hidratação
 - Avaliação da TA na posição de deitado e de pé, se possível, ou com o tronco elevado,
 - Turgor cutâneo,
 - Secura das mucosas e das axilas.

80

Exame físico

- Avaliação da temperatura
- Auscultação abdominal
 - pode detectar sons intestinais hiperactivos, normais ou ausentes.
- Palpação abdominal
 - pode detectar dor localizada ou generalizada e dor de resalto indicando peritonite ou envolvimento peritoneal.

81

Exames

- Hemograma, os electrólitos e a função renal e a proteína C reactiva,
- No caso de febre - hemoculturas.
- Nos doentes com hospitalizações anteriores prolongadas, nos que usaram antibióticos, com idade avançada, com tubos para alimentação e que usem inibidores da bomba de protões deve fazer-se teste para *Clostridioides difficile*.
- Na presença de febre podem considerar-se outras infecções.
- Se houver dor abdominal pode considerar-se ecografia ou TAC.

82

Tratamento (grau 1 ou 2)

- Hidratação oral e loperamida
 - loperamida dose inicial de 4 mg, seguida de 2 mg cada 4 horas ou após cada dejectação de fezes não formadas, sem exceder 16 mg/dia
- Eliminar da alimentação todos os produtos contendo lactose e suplementos dietéticos de osmolaridade alta
- Nos doentes incontinentes de fezes devem ser usadas barreiras cutâneas para evitar a irritação cutânea.

83

Hidratação oral

- Solutos comerciais para reidratação oral um da OMS.
- Um soluto equilibrado deve conter 65 a 70 mEq/L de sódio e 75 a 90 mmol/L de glicose.
- Os solutos orais podem ser combinados com outros tipos de líquidos ou com líquidos IV quando a cooperação do doente não é adequada.

84

Hidratação oral

- A quantidade de líquidos que deve ser prescrita deve ser de 2000 a 4000 mL/d.
- O ritmo da administração de fluídos deve ser maior do que a perda
 - = débito urinário + perdas insensíveis (30 a 50 mL/h) + perdas intestinais
- Cuidado com a hidratação excessiva nos idosos, sobretudo nos que têm insuficiência cardíaca ou renal.

85

Tratamento (complicados)

- Os doentes com diarreia ligeira a moderada, complicada com cólicas, náuseas e vômitos, diminuição do estado de performance, febre, neutropenia, sangramento ou desidratação e
- Os doentes com diarreia intensa
- **Devem ser internados e avaliados mais profundamente, monitorizados e tratados mais intensamente.**

86

Tratamento (complicados)

- Hidratação IV,
- Octreotido na dose inicial de 100 a 150 µg 3x/dia ou IV (25 a 50 µg/h), com aumento de dose até 500 µg 3x/dia, até a diarreia estar controlada.
- Pode estar indicada a avaliação para *Clostridioides difficile*

87

Oclusão intestinal no cancro avançado

88

Definição

- Obstrução do intestino distal ao ligamento de Treitz

89

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.

90

Epidemiologia

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

91

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.

92

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- 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.

93

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- Benignas
- Malignas

94

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.

95

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

96

Factores concurrentes

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

97

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

98

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- 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.

99

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- 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.

100

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.

101

Manifestações clínicas

- Curso insidioso:
 - episódios de náuseas, vômitos, obstipação e dores abdominais que resolvem espontaneamente.
- Quando estabelecida:
 - náuseas em 100%, vômitos 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%.

102

Sintomas e nível da oclusão

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

103

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 intrainestinal contra a obstrução.

104

Manifestações clínicas

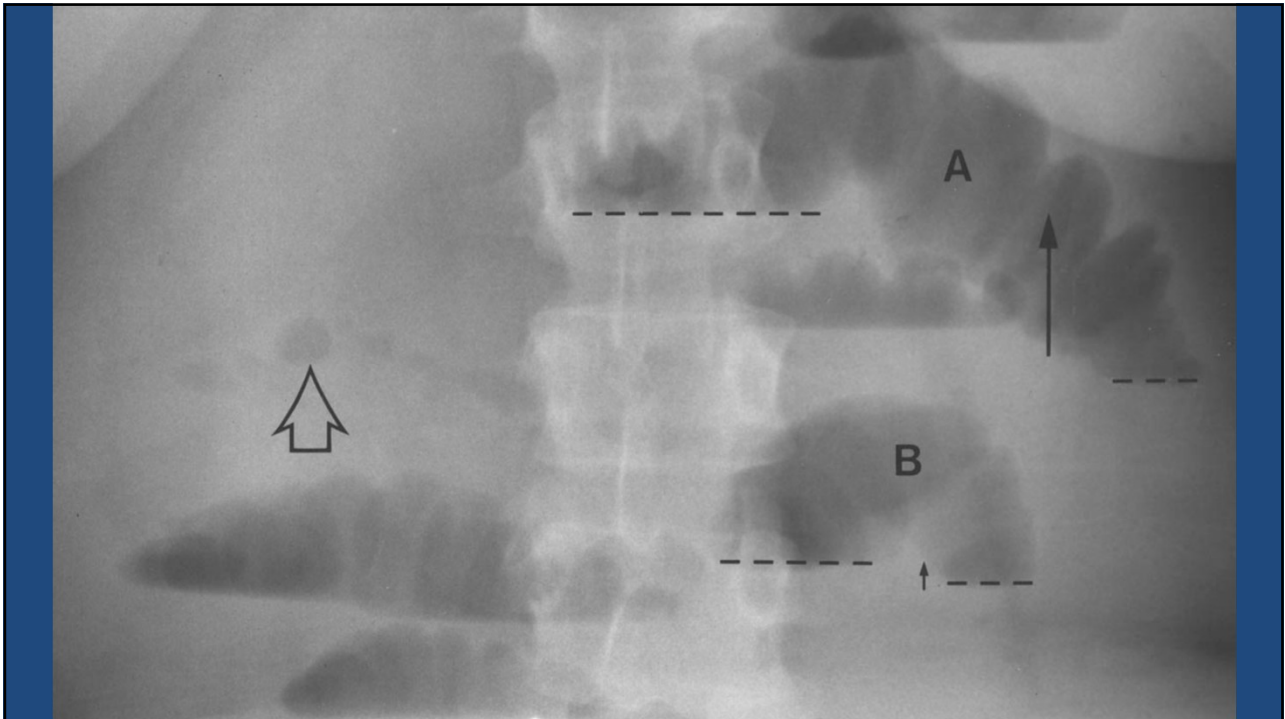
- No exame físico há distensão abdominal tanto maior quanto mais baixa for a oclusão.
- Na auscultação abdominal ouvem-se borboríngos, sobretudo no início, mas à medida que o tempo passa o peristaltismo pode diminuir ou mesmo cessar resultando em sons metálicos isolados.
- Outras alterações comuns são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

105

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%.

106



107



108

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.

109

Tratamento

- Cirúrgico
- Médico

110

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

111

Tratamento médico

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

112

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

113

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

114

Controlo das náuseas e vómitos

- A olanzapina é um 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.

115

Corticosteróides

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

116

Octreotido

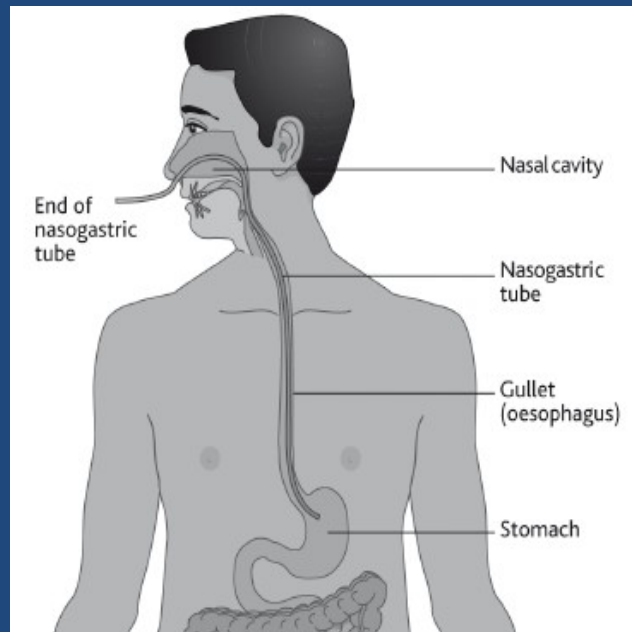
- O octreotido é um análogo sintético da somatostatina com uma duração de acção mais longa.
- Inibe vários peptídeos do sistema gastro-enteropancreático, como o peptídeo YY, neurotensina e substância P,
- Reduz o fluxo sanguíneo esplâncnico, o fluxo sanguíneo portal,
- Reduz a motilidade gastrointestinal,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

117

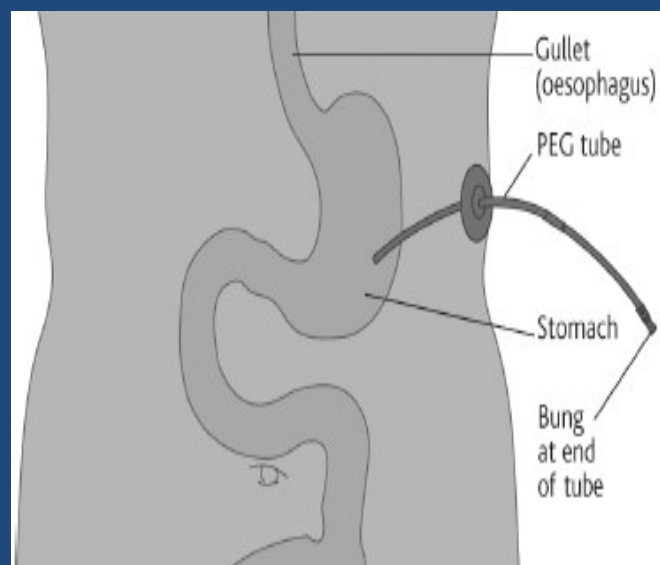
Descompressão intestinal

- Gastrostomia

118



119



120



121

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.

122

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.

123

Hidratação

- Oral
- Intravenosa
- hipodermoclise

124

Conclusão

- 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

125

Colestase - prurido

126

Frequência

- Ocorre em 80% a 100% dos doentes com icterícia colestática
- É o sintoma inicial em $\geq 25\%$ dos doentes
 - É o sintoma mais perturbador, com grande impacto na qualidade de vida associando-se
 - a privação do sono, fadiga, depressão e ideação suicida.
- É mais intenso à noite, nos meses de Verão e em climas tropicais húmidos.

127

Tratamento

- A drenagem biliar é eficaz na colestase
 - Deve considerar-se a experiência local
 - Drenagem biliar percutânea, externa, interna ou mista
 - Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- Os doentes com esperança de vida muito limitada
 - A levomepromazina pode ser particularmente útil.

128

Tratamento

- Os inibidores selectivos da recaptação da serotonina:
 - sertralina (75 a 100 mg);
 - paroxetina (média 20 mg/d, mas casos descritos com 5 mg/d)
 - Mirtazapina

129

Tratamento

- Rifampicina
 - Aumenta o metabolismo da bilirrubina e modifica a síntese dos ácidos biliares secundários no intestino devido à sua acção antimicrobiana.
 - As doses usadas são muito variáveis
 - Pode usar-se na dose de 300 mg por dia, Eficaz mesmo após a ineficácia de outros agentes

130

Tratamento

- Rifampicina
 - reacções graves
 - anemia hemolítica
 - insuficiência renal
 - púrpura trombocitopénica
 - Hepatotoxicidade
 - monitorizar o nível das transaminases regularmente.

131

Tratamento

- Os antagonistas dos receptores opióides μ
 - A naloxona (0,4 mg, seguida de infusão de 0,02 $\mu\text{g/kg}$ e a naltrexona (50 mg/dia)
 - têm um efeito antiprurítico, provavelmente por terem um papel central na mediação do prurido.
 - Podem desencadear uma síndrome de abstinência nestes doentes, mesmo nos **que** não tomam opióides exógenos
 - dor abdominal, anorexia e hipertensão
 - Estão contraindicados nos doentes que necessitam de opióides para o controlo da dor

132

Tratamento

- Colestiramina
 - não é absorbível e liga-se aos sais biliares impedindo a sua absorção no ílio terminal
 - Dose inicial é de 4 g, 1 hora antes do pequeno-almoço; pode ser aumentada até 4 (ou 6) vezes por dia
 - Provoca obstipação e má absorção
 - A adesão pode ser baixa devido ao sabor desagradável
 - Reduz a biodisponibilidade de vários fármacos de uso comum, como a digoxina, a tiroxina, os contraceptivos orais e outros
 - Os medicamentos devem ser tomados ≥ 4 horas após a colestiramina. Geralmente, o efeito nota-se pelo menos após 2 semanas de tratamento.
 - Na obstrução biliar completa não funciona

133

<https://medicinapaliativa.pt/>
ferrazg@netcabo.pt

134