

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Cuidados Paliativos
Oncológicos
Controle de Sintomas

Instituto Nacional de Câncer

MINISTÉRIO DA SAÚDE

José Serra

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Renilson Rehem de Souza

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Jacob Kligerman

COORDENAÇÃO E EDITORAÇÃO

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Centro de Suporte Terapêutico Oncológico/CSTO

Rua Visconde de Santa Isabel 274-A

Vila Isabel – Rio de Janeiro – RJ – BRASIL - Cep. 20560 120

Tel. e Fax: (0XX21) 2577-9553 / e-mail: csto@inca.org.br

Divisão Técnica-Científica/DTC: e-mail: tcient_csto@inca.org.br

Coordenação de Ensino e Divulgação Científica

Seção de Produção de Material Educativo

Rua do Rezende, 128 - Centro - CEP:20231-092

Tel.: (0XX21) 3970-7819 / e-mail: mateduc@inca.org.br

FICHA CATALOGRÁFICA

B823c Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer.
Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas.

Rio de Janeiro: INCA, 2001.

130p. il.

Inclui bibliografia

ISBN 85-7318-072-2

1. NEOPLASIAS. 2. CUIDADOS A DOENTES TERMINAIS.
3. SINTOMAS. 4. CENTRO DE SUPORTE TERAPEUTICO ON-
LÓGICO. I. Título.

CDD 616.994

Tiragem: 3 000 exemplares

© 2001 Ministério da Saúde

É permitido a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

*Cuidados Paliativos
Oncológicos
Controle de Sintomas*

Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
Centro de Suporte Terapêutico Oncológico/CSTO
Divisão Técnico-Científica

Julho/2001

Nota:

Este fascículo é uma edição atualizada e ampliada das Normas e Recomendações do INCA/MS - Controle de Sintomas do Câncer Avançado em Adulto - Revista Brasileira de Cancerologia volume 46, nº3, ano 2000, coordenado pela Doutora Claudia Burlá.

ELABORAÇÃO: CSTO/INCA:

Responsáveis Técnicos:

Dr^a Cláudia Naylor Lisboa
Dr^a Flávia M^a Branco da Motta
Dr Frederico de Araujo Lucena
Dr Haroldo Guedes Cazeiro

Em Pediatria:

Dr^a Sima Esther Ferman
Dr^a Maria Beatriz Ribeiro Eckhaldt
Dr^a Tatiana El-Jaick Bonifácio Costa
Dr^a Maria Christina Campello
Dr^a Sandra Amaral Rocco

Coordenação:

Dr^a Flávia M^a Branco da Motta
Enf^a Mariangela Freitas Lavor

Produção Gráfica:

Cecilia Pachá - CEDC

Assessoria de Produção:

Divisão Técnico-Científica CSTO

Capa, Impressão e fotolitos:

Gráfica do Instituto Nacional de Câncer

PREFÁCIO

Uma das necessidades estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde / OMS - em suas recomendações para prevenção e controle do câncer - a prestação de cuidados paliativos aos pacientes fora de terapia antitumoral específica. Isso, mais do que um desafio profissional e gerencial, torna-se uma necessidade imperiosa no nosso meio.

Cuidados paliativos são cuidados ativos totais prestados a pacientes e às suas famílias quando se estabelece que o doente já não se beneficiará de tratamento anti tumoral. Neste momento, o enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida, o controle dos sintomas do doente e o alívio do sofrimento humano integrado pelo caráter trans, multi e interdisciplinar dos cuidados paliativos.

Ressaltamos aqui a necessidade da iniciativa de se criar e manter serviços de cuidados paliativos com a oferta de assistência domiciliar. Resmarmos, também, que a orientação e o concurso dos familiares e da comunidade, em seu contexto social, são fatores importantes no cuidar e no alcance do equilíbrio psico-emocional indispensável à manutenção da vida compartilhada e digna.

Tendo em vista cumprir com nossos objetivos e visando orientar o profissional de saúde que atua na área de cuidados paliativos, vimos a necessidade de uma publicação revisada, ampliada e atualizada de conceitos e terapêutica com base na prática cotidiana do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico deste Instituto. Adequando e possibilitando a visão e divulgação da realidade brasileira, proporcionando a comparabilidade e considerando a experiência internacional, anteriormente único orientador de Cuidados Paliativos Oncológicos.



Jacob Kligerman
Diretor Geral
Instituto Nacional de Câncer

ÍNDICE

	Pag.
INTRODUÇÃO -----	11
ESCALA DE CAPACIDADE FUNCIONAL "PERFORMANCE STATUS" -----	12
AGITAÇÃO PSICOMOTORA / CONFUSÃO MENTAL -----	13
CORTICÓIDE – EFEITOS ADVERSOS -----	14
ALTERAÇÃO DA MUCOSA ORAL -----	16
NA CRIANÇA -----	16
AGRESSIVIDADE NA CRIANÇA -----	17
ANOREXIA -----	18
NA CRIANÇA -----	18
ASCITE -----	20
PARACENTESE -----	20
CONSTIPAÇÃO -----	22
NA CRIANÇA -----	22
CONVULSÃO -----	24
NA CRIANÇA -----	24
DEPRESSÃO -----	25
NA CRIANÇA -----	26
DERRAME PLEURAL -----	27
TORACOCENTESE E PLEURODESE	
DIARRÉIA -----	30
NA CRIANÇA -----	30
DISPNÉIA -----	32
NA CRIANÇA -----	34
DISTÚRPIO DO SONO -----	36
NA CRIANÇA -----	36
FADIGA -----	38
FRATURA PATOLÓGICA -----	39
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA -----	40
HIPERTENSÃO INTRACRANIANA NA CRIANÇA -----	41
HIPERCALCEMIA -----	42
HIPERGLICEMIA -----	43
LINFEDEMA -----	44
NÁUSEA E VÔMITOS -----	45
NA CRIANÇA -----	45
OBSTRUÇÃO INTESTINAL -----	47
NA CRIANÇA -----	48
SANGRAMENTO -----	49

NA CRIANÇA -----	50
SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR -----	51
TOSSE E SECREÇÕES NA CRIANÇA -----	52
ANEXO 1 – RADIOTERAPIA -----	53
ANEXO 2 - ANTIBIOTICOTERAPIA -----	54
NA CRIANÇA -----	57
PROFILAXIA ANTIMICROBIANA -----	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	60

SIGLAS ADOTADAS

ABD – água bidestilada
AVE - acidente vascular encefálico
AINH - anti-inflamatório não hormonal
CNE – cateter naso-entérico
CNG – cateter naso-gástrico
CP – cabeça e pescoço
dl - decilitro
g – gramo
gt- gota
GTO – gastrostomia
H – hora
Hb – hemoglobina
HV – hidratação venosa
IECA – inibidor da enzima de conversão da angiotensina
IM – intramuscular
IV – intra-venoso
Kg - kilograma
mg – miligrama
ml – mililitro
MMII – membros inferiores
MMSS – membros superiores
MRSA – *S. aureus* multi-resistente
PS – “*performance status*” (capacidade funcional)
RXT – radioterapia
SC – subcutâneo
SF – soro fisiológico
SG – soro glicosado
SMT – sulfametoxazol trimetropim
SMZ – sulfametoxazol
TGI – trato gastro-intestinal
TGU – trato genito-urinário
TRO - terapia de reidratação oral
UI – unidade internacional
VO – via oral
VT – via tópica

INTRODUÇÃO

O otimismo sobre o controle das doenças não parece ser fiel, visto o crescente de doenças crônicas que temos vivenciado, talvez em muito devido ao envelhecimento da população.

Cientes de nossa limitação como profissionais da saúde, devemos deixar de pensar a finitude ou a doença crônica como um fracasso da medicina, visto ser o *alívio da dor e do sofrimento* uma das metas da medicina.

A finitude digna pode ser definida como aquela sem dor e com sofrimento minimizado mediante os cuidados paliativos adequados, onde cabe equilibrar as necessidades do paciente e a integridade médica.

Nesta habilidade pressuposta da medicina estão inclusos os cuidados paliativos. Cuidados totais prestados ao paciente e à sua família, os quais se iniciam quando a terapêutica específica curativa deixa de ser o objetivo.

A terapêutica paliativa é voltada ao controle sintomático e preservação da qualidade de vida para o paciente, sem função curativa, de prolongamento ou de abreviação da sobrevida.

A empatia, bom humor e compreensão são integrantes fundamentais da terapêutica. A abordagem é multidisciplinar, contando com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e voluntários.

Certamente o fracasso na remissão de sintomas ocorrem, em muitas vezes, pela não abordagem do paciente como um todo, envolvido em seu contexto social.

Acompanhamos a evolução clínica através da escala de Capacidade Funcional *"Performance Status"* (tabela), o que nos permite definir as condutas a seguir relacionadas.

ESCALA DE CAPACIDADE FUNCIONAL

Tabela 1 – “Performance Status” - PS

Escola de Zubrod (ECOG)	Escola de Karnofsky (%)
PS 0 - Atividade normal	100 nenhuma queixa; ausência de evidencia da doença
	90 capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintoma da doença
	80 alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço
PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	70 capaz de cuidar de si mesma; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
	60 necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo	50 requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes
	40 incapaz; requer cuidados especiais e assistência
PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	30 muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
	20 muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
PS 4 - Preso ao leito	10 moribundo, processos letais progredindo rapidamente

Otimizar e revisar sempre a medicação prescrita.
Avaliar o benefício almejado.

PRINCIPAIS SINTOMAS E MEDIDAS TERAPÊUTICAS

AGITAÇÃO PSICOMOTORA / CONFUSÃO MENTAL

Estado confusional resultante da queda da função mental em curto espaço de tempo. Pode ser caracterizado por distúrbio da consciência, alteração da cognição ou ter etiologia orgânica.

- Evitar opiáceos.
- Observar corticoterapia (Tabela 2). O corticóide geralmente favorece uma sensação de bem estar, porém pode causar insônia, psicose, agitação e depressão. Não tem estes efeitos dependentes da dose, porém é mais comum quando o uso é crônico e em dose alta, tendo ocorrido alteração abrupta da dosagem.
- Buscar causas desencadeantes, geralmente multifatorial: hemorragia, metástase cerebral, interação de medicamentos, infecção, alterações metabólicas e nutricionais (hipoglicemia, hipercalcemia, hipocalcemia, hiponatremia), impactação fecal, retenção urinária, hipoxemia, dor, hospitalização, doença e idade avançadas.

CONDUTA :

- Corrigir alterações desencadeantes na medida do possível.
- Avaliar e suspender drogas possíveis e reduzir as que não podem ser suspensas. Se em uso de opióide, promover rodízio do mesmo; se com suspensão abrupta do corticóide, retornar à dose prévia.
- Proceder orientação do paciente e cuidador e tranquilizar o ambiente. Prevenir acidentes.
- Medicações: haldol - casos leves : 1 mg 3 X dia VO
casos severos : 2,5 a 5 mg SC ou IM ou 1 a 10 mg
diluídos em 10 ml ABD IV até 3 X dia
clorpromazina 25 a 75 mg / dia
midazolam até 30 mg/dia (infusão EV ou SC em casos graves)
- dexametasona: 16 a 36 mg /dia VO (se com metástase cerebral)

CORTICÓIDE / EFEITOS ADVERSOS

- **NEUROPSIQUIÁTRICOS** : alucinações, paranóia, delírio, depressão e ansiedade.
- **ÚLCERA PÉPTICA** : o risco aumenta na associação com anti inflamatórios não hormonais.
- **MIOPATIA** : uso crônico pode levar a miopatia proximal, especialmente nas pernas. Eventualmente podem afetar a musculatura respiratória.
- **HIPERGLICEMIA** : o aumento da glicemia se dá por aumentar a resistência à insulina e por afetar o transporte muscular de glicose não insulino dependente. Paciente com diabetes induzido por uso de corticóides aumentam muito o risco de desenvolver comorbidades, como infecções, e agravar seu estado com um quadro severo de hiperglicemia. O acompanhamento regular de pacientes de risco deve reduzir as complicações por hiperglicemia. Além do controle específico para diabetes, uma hidratação adequada deve ser observada de forma criteriosa.
- **DOR**: o corticóide aumenta a osteoporose. Sua contribuição para o aumento da dor óssea metastática é incerta, mas sabe-se que podem induzir a necrose asséptica da cabeça do fêmur, além de mialgias e artralgias quando da redução da dosagem.
- **QUEIMAÇÃO PERINEAL**: só ocorre quando fazemos infusão rápida de dexametasona ,em dose de 20 a 100 mg Este sintoma é de caráter transitório.
- **PSEUDOREUMATISMO**: síndrome álgica que afeta músculos e articulações, associada a redução rápida ou lenta de corticóides, após períodos longos ou curtos de tratamento. Seu tratamento consiste em retornar a dose mais elevada do que estava sendo usada, seguido de uma lenta retirada.
- **PACIENTES DE RISCO**: os que recebem o equivalente a 20 mg/dia ou menos de prednisolona tem baixo risco de desenvolver as complicações descritas. A miopatia ocorre mais freqüentemente com o uso da dexametasona, betametasona e triamcinolona. Assim, em pacientes que necessitam de tratamento a longo prazo devemos dar preferência a prednisolona, reduzindo a dose o mais breve possível. O uso em dias alternos também reduz a incidência de efeitos adversos.

Tabela 2 - equivalência de doses

Cortisona	25 mg	Triancinolona	4 mg
Hidrocortisona	20 mg	Fluocortolona	5 mg
Prednisona	5 mg	Metilenoprednisolona	6 mg
Prednisolona	5 mg	Parametasona	2 mg
Metilprednisolona	4 mg	Betametasona	0,75 mg
Dexametasona	0,75 mg		

ALTERAÇÕES DA MUCOSA ORAL

Comum após radio e quimioterapia. Acarreta perda da ingestão oral, aumenta doença periodontal, causa desconforto social e predispõe a infecções.

Ocorre devido a debilidade orgânica, diminuição da ingestão oral, uso de drogas, ansiedade, respiração oral e tumoração local.

CONDUTA :

- Aumentar ingestão hídrica.
- Manter a boca sempre úmida
- Higiene bucal com escovação de dentes e língua. Usar colutório freqüentes.
- Evitar alimentos ácidos.
- Evitar jejum prolongado.
- Controle da dor.
- Medicamentos:
 - úlcera infectada - metronidazol 250mg 8/8h VO mucosite - nistatina 5 a 10 ml com 5 ml de lidocaína gel em 10 ml de água (diluir, bochechar e engolir 4 X dia)
 - candidíase - nistatina 3 conta-gotas 4 a 5 X dia VT ou fluconazol 150 mg dose única VO
 - Herpes Zoster e Simples - acyclovir 200 mg 5 X dia por 5 dias
 - estomatite aftosa – corticóide tópico

DESCONFORTO BUCAL NA CRIANÇA

Candidíase bucal, úlceras aftosas, herpes e outras infecções acometem a criança submetida a tratamento oncológico, e sob cuidados paliativos na fase avançada da doença, provocando desconforto bucal.

TRATAMENTO

- Higiene bucal com solução bicarbonatada a 1%
- Solução de Xilocaína viscosa a 2% diluída em água. Não ultrapassar 3mg/Kg/dose e não repetir antes de 2 horas.
- Morfina em infusão endovenosa contínua pode ser utilizada em caso de dor forte ,em dose baixa.
- Morfina 0,03mg/Kg/h - IV

AGRESSIVIDADE NA CRIANÇA

Pode ser de intensidade variada e muitas vezes é decorrente de alterações metabólicas e neurodegenerativas. Deve-se atentar para o risco de auto-agressão e de agressão a terceiros, e também para o impacto que causa aos familiares.

CONDUTA:

- Suporte emocional para a criança e seus familiares e cuidadores.
- Haloperidol 0,25 mg duas vezes ao dia, podendo aumentar até 5 mg.
- Prometazina para prevenir os efeitos colaterais decorrentes do uso do haloperidol _ 0,5 mg/Kg/dose IM ou IV em 30 minutos u a cada 8-12 horas VO.

ANOREXIA

Perda do apetite é o 2º sintoma mais comum em pacientes com câncer avançado, presente em 65% - 85% dos casos.

Estudos demonstram que o apetite e a habilidade de comer são mais importantes do que a força física e habilidade de trabalhar. (*Padilla, 1986*).

Apetite e ingestão alimentar são fatores importantes na qualidade de vida para o paciente.

- Descartar candidíase oral, dor, impactação fecal, náuseas, uso de fármacos e hipercalcemia.

CONDUTA:

- “PERMITIR” a ingestão em pequenas quantidades e a intervalos regulares de alimentos de seu agrado. Incentivar as refeições junto à família.
- Medicação:
 - dexametasona 6 mg/dia ou prednisona 5 a 15 mg/dia – ação por curto prazo (cerca de 1 mês)
 - metoclopramida 10 mg VO antes das refeições (favorece o esvaziamento gástrico)
 - megestrol 160 mg/dia
- Anorexia é normal nos últimos dias de vida e é necessário que a família do paciente aceite essa limitação.

ORIENTAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

A alimentação é orientada após avaliação do estado nutricional e das condições clínicas do paciente. Com o objetivo de evitar broncoaspiração, deve ser oferecida posicionando-se o paciente em 30 graus, com o pescoço flexionado para frente. Em casos de distúrbios da deglutição, pode ser utilizada sonda naso-enteral, sendo a gastrostomia outra opção para casos selecionados.

Em pacientes terminais, a alimentação está indicada para todos que tenham fome e algum grau de consciência. Pacientes comatosos, em geral, não requerem alimentação. Entretanto, mesmo sabendo que a criança não sente fome ou do real perigo de pneumonite por aspiração, os pais ou responsáveis podem querer alimentar a criança, o que deve ser considerado e discutido.

A anorexia pode derivar de desconforto bucal, náuseas, dificuldade

de deglutir, constipação, dor, doença avançada, depressão, uso de fármacos ou disfunção neurológica irreversível. Se possível, deve-se tratar a causa.

- Aconselhar aos pais oferecer à criança pequenas quantidades dos alimentos preferidos, independentemente dos valores nutricionais.
- Metoclopramida 0,1 a 0,2 mg/Kg, pode ser utilizada em alguns casos, antes das refeições para melhorar a motilidade gástrica. Dose máxima de 0,8 mg/Kg/24 h.

ASCITE

Efusão líquida ou quilosa na cavidade peritoneal.

Acarreta desconforto abdominal, aumento do volume abdominal, ortopnéia, náuseas e vômitos.

Consideramos ascite pequena /média a que necessita drenagem a cada 15 dias ou mais e ascite volumosa a que necessita drenagem com intervalo menor do que 15 dias

CONDUTA:

Paracentese : É o método de retirar líquido da cavidade abdominal.

No procedimento deve-se evitar aderências, órgãos parenquimatosos ou massas, alças intestinais distendidas e bexiga.

Indicações: Ascite com desconforto abdominal ou respiratório.

Contra-indicações: distensão importante de alças;
diátese hemorrágica;
parede abdominal com celulite ou furunculose;
falta de colaboração do paciente.

Explicar o procedimento ao paciente e ao familiar

Pessoal e material: profissional de saúde treinado;
equipo de soro e coletor de drenagem;
cateter venoso tipo jelco 14 ou 12;
solução anti-séptica (álcool a 70 %);
gazes estéreis;
luva estéril;
xilocaína a 1 ou 2 % sem adrenalina;
agulha 40 X 12 ; 25 X 8 e 13 X 4,5;
seringa de 10 ml;
esparadrapo;
gorro e máscara.

Técnica: paciente em decúbito dorsal;
local de punção mais seguro: quadrante inferior esquerdo;
preparar a pele com anti-séptico;

usar luvas estéreis;
anestesiar a pele e os tecidos mais profundos;
aplicar o cateter perpendicularmente a parede abdominal, percebendo a passagem para cavidade peritoneal;
retirar a agulha mantendo fixo o cateter;
conectar o cateter ao equipo e este ao coletor (que deve ser fixado abaixo do nível de punção);
após drenagem desejada, retirar o cateter e proceder ao curativo.

descrever no prontuário o volume e o aspecto do líquido retirado

Terapêutica: clínica sugerida pelo serviço:

Ascite pequena / média: é a que necessita drenagem a cada 15 dias ou mais

Avaliação quinzenal

Ascite volumosa : é a que necessita drenagem com intervalo a menor que 15 dias

Avaliação semanal

Aos intervalos determinados:

1ª etapa: espironolactona 200 mg + furosemida 40 mg

2ª etapa: espironolactona 400 mg + furosemida 80 mg

Observar o aumento da ingestão ou reposição de cloreto de potássio

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Evacuação em intervalo menor que 3 dias, ou menos freqüente que o habitual para o paciente.

Este sintoma muito comum, debilitante está presente em aproximadamente 40% dos casos de câncer avançado, sendo prevalente em 90% dos pacientes usando opióide.

Fatores de risco: imobilidade, baixa ingesta hídrica, dieta com pouca fibra, hipocalcemia, hipercalcemia, uso de opiáceos, uso de antidepressivos tricíclicos, uso de hioscina, uso de clorpromazina.

Pode ser causado por compressão tumoral do intestino ou invasão do plexo.

Desconforto familiar e falta de privacidade também podem ser agentes causadores.

Usualmente pode ser identificado por queixa de anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarréia paradoxal e incontinência urinária, tenesmo, obstrução intestinal delírio em idosos.

CONDUTA :

- Prevenir sempre.
- Orientação nutricional
- Proceder ao toque retal, palpação e ausculta abdominal. Desimpactação e retirada digital de fecaloma se necessário.
- Hidratação
- Medicação : laxativos – priorizar quando em uso de opióides
 - óleo mineral 20 a 40 ml 1 a 3 X dia
 - supositório de glicerina 2/2 dias – principalmente em pacientes paraplégicos.
 - clister glicerinado - quando as medidas anteriores não surtirem o efeito desejado ou como medida inicial para esvaziamento do cólon.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NA CRIANÇA

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

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

- **Óleo Mineral:** Deve-se ter cuidados especiais com pacientes neurológicos pelo risco de broncoaspiração. Nestes casos pode-se usar supositórios ou enemas .
Dose de ataque:
5 a 11 anos = 30 ml para cada 10 Kg, dividido em 2 a 4 vezes ao dia.
12 a 15 anos = 45 ml/dia dividido em 1 a 3 vezes ao dia.
- **Deve ser sempre utilizado para pacientes em uso de opiáceos: 5-10 ml/dose –VO 1-4 vezes ao dia.**
- Aumento da ingestão de fibras na dieta e aumento da ingestão de líquidos.
- Fibras, supositórios e enemas: São **contra-indicados em pacientes neutropênicos e plaquetopênicos.**

Causas neuro-musculares não melhoram com laxativos osmóticos (óleo mineral) e estes ainda aumentam a incontinência fecal. Nestes casos, usar mais fibras na dieta e supositórios para estimular a defecação. Casos individualizados, em pacientes não neutropênicos e não plaquetopênicos, após discussão com a equipe, pode ser utilizada a estimulação por enema.

CONVULSÃO

Causas mais comuns: tumor, Acidente vascular encefálico, doença pré existente. Causas menos comuns: hipóxia, metabólica (uremia, hipoglicemia, hiponatremia, sepse), uso de drogas ou álcool.

Metástase cerebral não seu tratamento profilático (exceto quando o primário é melanoma)

Tratamento deve ser iniciado quando e se ocorrer crise convulsiva.

CONDUTA:

Medicação: fenitoína 100 mg 3 X dia VO;
 carbamazepina 100 a 200 mg 2 X dia VO – convulsão focal;
 dexametasona 16 a 24 mg / dia VO se com hipertensão intracraniana.

Quando grave, em coma profundo a medicação é suspensa. Se com sobrevida de dias , havendo necessidade , usar fenobarbital 100 a 200 mg IM/ dia ou 200 a 300 mg / dia SC.

CONVULSÃO NA CRIANÇA

Ocorre por progressão de doença neurológica ou alteração metabólica.

CONDUTA:

- Diazepam _ 0,2mg/Kg/dose, até 3 doses. Seguido de:
 - Fenitoína
 Dose de ataque: 15 mg/Kg/dose
 Dose de manutenção: 5 a 7 mg/Kg/dia dividido em 2-3 doses.
- Caso não cessem, associar:
- Fenobarbital
 Dose de ataque: 10-20 mg/Kg/dose
 Dose de manutenção: 3-5 mg/Kg/dia dividido em 1-2 doses.
- Caso a criança já faça uso prévio de um dos anticonvulsivos:
- Carbamazepina
 Dose de ataque : 10 mg/Kg/dose via retal, nasogástrica ou nasoduodenal.
 Dose de manutenção: 10-40 mg/Kg/dia dividida em 8/8 ou 6/6 horas.

DEPRESSÃO

Sintoma muito comum em pacientes com câncer. Pode mimetizar outras doenças.

Deve ser tratado mesmo em fase avançada da doença se houver perspectiva de melhora da qualidade de vida do paciente.

Fatores de risco: câncer avançado; dor; história prévia de depressão ou alcoolismo; uso de corticóides, bloqueadores H2, benzodiazepínico, neurolépticos, levodopa; desordens endócrinas; doenças neurológicas como AVE e Parkinson; deficiência nutricional (folato, B12).

Dos critérios de avaliação de depressão, os somáticos (anorexia, perda de peso, fadiga, insônia, constipação e perda da libido) são menos importantes no câncer avançado, quando priorizamos os sintomas psicológicos:

Sensação de perda;
Sentimento de culpa;
Diminuição do prazer;
Pensamento suicida.

CONDUTA :

- Abordagem médica e psicológica ao paciente e família.
- Medicação: * tricíclicos (podem causar boca seca, constipação intestinal, retenção urinária, hipotensão postural, sedação, taquicardia, dentre outros)

amitriptilina 75 a 150 mg / dia em 3 tomadas – como tem efeito sedativo , a maior fração da dosagem deve ser feita à noite

imipramina 25 a 150 mg / dia em 3 tomadas – bons resultados na incontinência urinária

- * inibidores da recaptção de serotonina (menos efeitos colaterais)

sertralina 25 a 200 mg / dia

citalopram 20 a 60 mg / dia

As drogas antidepressivas tem efeito iniciado a partir da 2ª semana de uso e os efeitos colaterais precedem os terapêuticos

Obs: evitar com anorexia, cefaléia , náusea e insônia (usar preferencialmente pela manhã)

DEPRESSÃO NA CRIANÇA

A observação de seu comportamento e de suas reações é particularmente importante. Quando a psicoterapia não for suficiente, deve-se usar medicação antidepressiva.

CONDUTA:

- Suporte emocional à criança e a seus familiares e cuidadores
- Amitriptilina ou Imipramina – Iniciar com 10 mg/dia, aumentando para 20 mg/dia para crianças entre 5 e 8 anos; para até 50 mg para crianças de 9 a 14 anos; e para maiores até 75 mg/dia.
- Citalopram 20 mg/dia somente para pacientes acima de 15 anos. Provoca menos efeitos colaterais.

DERRAME PLEURAL

Volume anormal de líquido na cavidade pleural

A toracocentese é o método de aspiração de líquido pleural através de uma agulha ou cateter introduzido através da pele e parede torácica .

Indicação terapêutica: alterações da função respiratória devido ao derrame pleural volumoso, com conseqüente colapso pulmonar e disfunção respiratória.

Contra indicações: diátese hemorrágica incorrigível ou terapêutica anticoagulante.

Avaliação e preparo do paciente:Obter exame radiológico do tórax pósterio anterior, perfil e decúbito lateral (Laurel) quando possível.

Explicar o procedimento ao paciente e familiar .

Pessoal e material :

- Profissional de saúde treinado ;
- Equipe de soro, cateter 14 ou 18, solução anti-séptica , gazes estéreis, luvas estéreis, xilocaína a 1% ou a 2% sem adrenalina, agulhas nº 25 ou 23, seringas de 5 e 10 ml , esparadrapo, gorro e máscara .

Técnica :

- Colocar o paciente sentado, com as costas retas e os braços apoiados em uma mesa a sua frente , no encosto de sua cadeira ou nos joelhos.
- Localizar o derrame através de exame físico e identificar a margem superior da macicez .
- Deverá ser introduzida a agulha a dois espaços intercostais abaixo da margem superior da macicez na região posterolateral do tórax. Guiar sempre a agulha sobre a borda superior da costela inferior. O ponto escolhido para punção deve ser marcado por pressão com a unha ou outro objeto que marque a pele sem ser removido pelo anti-séptico;
- Luvas estéreis.
- Preparar a pele com anti-séptico.
- Anestésiar a pele e os tecidos mais profundos no local desejado e marcado anteriormente até a pleura parietal (aspirar a seringa antes de cada injeção, para certificar-se de que o anestésico não está sendo injetado diretamente em um vaso.
- Se alcançar o perióstio da costela, anestesiá-lo . Em seguida dirigir a agulha para cima da costela, avançando-a, aspirando e anestesiando o

trajeto, até que ocorra refluxo de líquido pleural para dentro da seringa. Se não conseguir obter líquido pleural, tentar fazer com que o paciente se incline para trás em direção à agulha;

- Retirar a agulha e aplicar o cateter na mesma direção e profundidade da agulha até a saída do líquido pleural;
- Conectar o equipo à extremidade do cateter;
- Abrir o equipo e abaixar para um depósito coletor;
- Após retirar o líquido desejado, retirar o cateter e fazer um curativo, tomando cuidado de manter o cateter com seu orifício tampado para evitar a formação de pneumotórax.

Cuidados no procedimento:

- Drenagem lenta.
- Deve-se interromper ou diminuir a drenagem temporariamente quando apresentar tosse ou desconforto, devido ao risco de desenvolvimento de um quadro de edema agudo de pulmão após uma rápida expansão do parênquima pulmonar.
- Percutir e auscultar o hemitórax, verificando se existe pneumotórax;
- Obter um exame radiológico do tórax, expirado pósterio anterior, para verificar se existe pneumotórax (se possível).

Complicações :

- Pneumotórax – por entrada de ar externo pelo cateter ou lesão do parênquima pulmonar pela agulha.
- Hemotórax por lesão de artéria intercostal .
- Hipoxemia (ocorre após toracocentese, mas pode ser evitado pela administração temporária de oxigênio).

A **pleurodese** é um procedimento cirúrgico no qual se introduz no espaço pleural substâncias irritantes químicas, que levam a forte aderência entre as pleuras viscerais (pulmão) e parietais (superfície interna da cavidade torácica).

Indicações:

- PS até 3;
- Efusão pleural que reacumule rapidamente ou repetidamente após três toracocenteses;
- Expectativa de vida > 1 mês;
- Derrame pleural livre (não septado) e periférico (decorrente da inflamação da superfície pleural com aumento da permeabilidade capilar e transudação de líquido no espaço pleural).

Técnica (profissional de saúde médico):

- Paciente em decúbito dorsal ou lateral.
- Assepsia e anti-sepsia. Anestesia local com lidocaína a 2% sem adrenalina.
- Colocação de dreno de tórax (28 ou 32 F), em linha axilar média, no 6º ou 7º espaço intercostal, em selo d'água (pressão negativa de 15 a 20 cm H²O).
- Permanecer drenado por 2 a 3 dias, buscando o contato entre a superfície pleural parietal e visceral e com drenagem < 200 ml /24h.
- RX de tórax para certificar de que todo o líquido foi evacuado.
- Analgesia central.
- Instilação de solução esclerosante através do dreno de tórax: tetraciclina 2 g diluído em 80 ml de solução salina + 20 ml lidocaína 1% sem adrenalina.
- Deixar dreno fechado por 6 horas.
- Mobilizar o paciente a cada 2 horas para "distribuir" o agente esclerosante.
- Abrir o clampe do dreno após as 6 horas e deixá-lo em selo d'água (15 cm H²O) por 48h.
- Retirar o tubo.

Complicações:

- A não re-expansão completa do pulmão é uma complicação que pode dificultar futuras tentativas de pleurodese devido a aderência irregular provocada, o que permite a formação de um novo derrame pleural desta vez possivelmente septado.
- A infecção da cavidade pode propiciar a formação de um empiema pleural e até o encarceramento pulmonar, o que provoca o agravamento do quadro clínico do doente.
- A dor é um sintoma comum, mas é de fácil controle com o uso de opiáceos nos pós operatório imediato.

DIARRÉIA

Evacuação líquida de 3 ou mais episódios ao dia. Ocorre em 5% a 10% dos pacientes com câncer avançado.

Excluir a falsa diarreia causada por fecaloma, obstrução intestinal parcial, intolerância alimentar, cólon irritável, ansiedade ou medo.

CONDUTA

- Se pós gastrectomia, orientar ingestão de pequenos volumes de alimento.
- Excluir uso de: antiinflamatório não hormonal, diuréticos, antiácido com magnésio, beta-bloqueadoras, laxativos, reposição de ferro e antibioticoterapia.
- Descartar concomitância de Diabetes mellitus, colite ulcerativa ou doença de Crohn.
- Rever dieta inadequada ou alimentação através de cateter nasoentérico ou gastrostomia, presença de tumor no intestino, fistula gastrocólica ou enterorretal, insuficiência do sistema nervoso autônomo.
- Hidratação, seja pelo tubo gastrointestinal, venosa ou subcutânea. Avaliar necessidade de repor potássio.
- Se após radioterapia, indicado uso de antiinflamatório não hormonal.
- Síndrome carcinóide – indicado bloqueador H2 – 150 a 300 mg / dia.
- Alça cega com crescimento bacteriano- metronidazol 1,5 g /dia por 2 a 4 semanas.
- Sangramento tumoral por lesão baixa (reto) – acido épsilon aminocapróico 100 a 200 mg /kg 3 a 4 X dia.
- Se infecciosa – tratar causa base

DIARRÉIA NA CRIANÇA

Pode ocorrer por alteração da reabsorção de líquidos, por alteração da mucosa intestinal (desnutrição), hipersecreção de líquidos para a luz do intestino, por endotoxina bacteriana, secreção de peptídeo intestinal vasoativo (em casos de neuroblastoma), hipermotilidade ou hiperosmolaridade do intestino (laxativos). Pode também ocorrer por infecção patológica da flora intestinal normal e infecções oportunistas, como por *Cryptosporidium* e *Isospora belli*. Outros agentes causadores de diarreia são os protozoários *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*, bactérias como a *Salmonella*, vírus como os

Rotavírus e Citomegalovírus e fungos, particularmente a *Candida albicans*.

- Manter a alimentação com dieta branda.
- Evitar alimentos ácidos, gordurosos e condimentados.

CONDUTA:

- Tratar a causa, sempre que possível.
- Suspende laxativos e rever a medicação.

TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL (TRO):

Pode prevenir e tratar alguns casos de desidratação.

- Solução de reidratação oral – fórmula da OMS/UNICEF, produzida pelo Ministério da Saúde.

DIARRÉIAS SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO:

- Ensinar parentes e cuidadores a reconhecer sinais de desidratação: boca seca, pouca urina, muita sede.
- Aumento da ingestão de líquidos.
- Oferecer TRO após cada evacuação.
 - < 12 meses – 50 a 100 ml
 - > 12 meses – 100 a 200 ml

DIARRÉIAS COM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO:

- Instituir TRO – 50 a 100 ml/Kg de no período de 4 a 6 horas
- Com vômitos reduzir o volume administrado e aumentar a frequência de administração.
- Com dificuldade de ingerir o soro, vômitos persistentes ou distensão abdominal: Reposição venosa conforme necessidades individuais.

DISPNÉIA

O grau da dispnéia pode não estar diretamente relacionado a severidade do quadro clínico, visto ser um sintoma subjetivo.

Avaliar sempre a causa base.

Ocorre em aproximadamente 60 a 70 % dos pacientes com câncer avançado.

CONDUTA :

- Na dispnéia do câncer avançado é preconizado o uso de nebulização com morfina.
- Usar morfina 2,5mg associado a dexametasona 2 mg (a dose da morfina pode ser aumentada até 50 mg) diluído em 2,5 ml de SF 0,9% para evitar o causado pela ABD.
- Associar fenoterol se houver ausculta com broncoespasmo não aliviado pelo corticóide.
- Quando sem resposta à morfina tentar nebulização com furosemida 20 mg.
- Manter a cabeceira elevada , preferencialmente o paciente sentado e o ambiente bem ventilado.
- Se com **hipoxemia**, indicar oxigenioterapia:

A indicação é definida pela coleta de amostra de sangue arterial, com o paciente em ar ambiente, para a realização de gasometria .

O critério único para indicação da necessidade de oxigenioterapia foi definido como **o hipóxia em ar ambiente com PaO₂<85 mmHg**.

A administração de O₂ é feita sob cateter naso faringe.

CONDIÇÕES ASSOCIADAS À INDICAÇÃO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS:

Associada ao diagnóstico de hipóxia por gasometria arterial, são adotados os seguintes critérios clínicos:

- Lesões pulmonares múltiplas ou extensas, primárias ou secundárias aqui incluída linfangite carcinomatosa.
- Obstrução de vias aéreas extrínsecas ou intrínsecas.

CONTRA-INDICAÇÕES :

Anemia, Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Corpo estranho, Infecções, Insuficiência Cardíaca Congestiva, entre outras causas agudas que possam acarretar hipoxemia ,deverão ser tratadas primariamente a causa base.

COLETA DE SANGUE PARA GASOMETRIA ARTERIAL:

- Puncionar preferencialmente da artéria radial e manter comprimido pós punção por 10 minutos.
- Usar sempre luva de procedimento.
- Colher em seringa de 5 ml descartável previamente heparinizada.
- Vedar a agulha com rolha de borracha.
- Manter refrigerado em caixa de isopor com gelo – separar a seringa do contato direto do gelo
- Entregar direto no laboratório

Descartar possibilidade de embolia pulmonar, quando é indicado heparinização plena (1000 UI/h) e controlar o Tempo de Coagulação em 2 a 3 X o normal. Proteger mucosa gástrica.

- Se **obstrutiva**, desobstruir vias aéreas superiores e avaliar necessidade e indicação de traqueostomia (critério de PS até 3 e avaliação clínica)
- Checar possibilidade de **síndrome de veia cava superior** – é recomendado o uso de dexametasona 24 mg IV + 8 a 12 mg / dia ou prednisona 1mg/ kg/dia – avaliar RXT (vide protocolo anexo)
- **Soluço** – indicado uso de clorpromazina 25 mg 4/4h VO ou 12,5 mg IV 4/4h ou 6/6h; metoclopramida 10 mg 8/8h;midazolam 2 a 10 mg IV/dia
- **Broncoespasmo** : aminofilina 6 mg/kg em 200 ml de SG 5 % em 30 minutos + manutenção 0,25 a 0,75 mg/kg/h.
Associar hidrocortisona 300 a 500 mg IV.
Após crise aminofilina 100 mg 3 X dia VO.
- Checar necessidade de punção aliviadora para **ascite** ou **derrame pleural** - vide capítulo
- **Insuficiência cardíaca congestiva** – indicado o uso de furosemida 20 a 80 mg IV ou VO + inibidor da enzima de conversão da angiotensina em dose baixa (6,25 a 12 mg 2 X dia)
- **Tosse** - indicado codeína suspensão aquosa 30 a 60 mg / dia – manter por cerca de 1 semana após remissão de sintomas. *Não associar morfi*

na.

Associar broncodilatador e manter paciente hidratado (avaliação clínica). Afastar possibilidade insuficiência cardíaca congestiva e efeito colateral do inibidor da enzima de conversão da angiotensina.

- **Excesso de secreção brônquica** – indicado mucolítico 3 a 4 X dia e nebulização com salina com ou sem fenoterol
- Rever se há **anemia** severa – indicado hemotransfusão se Hb < 7 e com sangramento controlável
- **Ansiedade crônica** – indicado uso de benzodiazepínico 5 mg IV ou 10 mg VO
- **Dor**
- **Obstrução tumoral:** Rever RXT
Dexametasona 8 a 12 mg – evoluindo para 4 mg / dia pela manhã após melhora dos sintomas.
- **Linfangite** : dexametasona 4 a 12 mg/dia. Rever associação com diurético devido a retenção fluida. Considerar uso de opióides e ansiolíticos.
- **Dispnéia persistente** – iniciar morfina 5 a 10 mg 4/4h
- **Pneumonia** - vide protocolo de uso de antibióticos

DISPNÉIA NA CRIANÇA

Sintomas de insuficiência respiratória incluem irritabilidade, medo de dormir, sonolência diurna, cefaléia matutina, palpitações e náuseas. Na angústia da dificuldade respiratória é muito importante a confiança na equipe terapêutica

PODE-SE UTILIZAR:

- Oxigênio.
- Cabeceira elevada.
- Opiáceos (morfina).
- Benzodiazepínicos:
Midazolam – 0,1-1 mcg/Kg/hora. Associada à morfina quando houver taquipnéia, com fáceis de sofrimento e uso dos músculos acessórios da respiração.
- Punção aliviadora ou drenagem pleural fechada e pleurodese em caso de derrame pleural.
- Transfusão de concentrado de hemácias em caso de anemia.
- Punção aliviadora ou paracentese em caso de distensão abdominal por ascite.

- Dimeticona VO e sonda de alívio, em caso de deglutição de ar e estase gástrica.
- Radioterapia paliativa em caso de síndrome de compressão medular de veia cava superior
- Traqueostomia em caso de obstrução de vias aéreas superiores por tumor.

DISTÚRPIO DO SONO

É comum a inversão do ciclo sono-vigília. A insônia ocorre em 29% a 59% dos pacientes com câncer avançado.

Rever causa base (dor, náusea, dispnéia, medo ou ansiedade, medicação - corticóide, teofilina, diuréticos, propranolol e metildopa, sedação diurna uso de álcool, cafeína e cigarro).

CONDUTA :

- Tentar eliminar causas desencadeantes.
- Promover tranquilidade no ambiente.
- Medicações : benzodiazepínico 10 mg;
associar opióide noturno se com dor;
associar antidepressivo se com dor (amitriptilina 25 mg 2h antes de deitar);
haldol 0,5 a 2 mg a noite se com delírio.

OBS : se usar corticóide ou diurético, fazer dose única pela manhã.

DISTÚRPIO DO SONO NA CRIANÇA

Este tipo de distúrbio pode ter causas variadas, como depressão, alterações metabólicas ou uso de alguns medicamentos. A insônia pode causar ansiedade e irritabilidade na criança, e muitas vezes também desestabilizar o familiar ou cuidador uma vez que seu sono fica comprometido.

CONDUTA:

- Suporte emocional à criança e aos familiares cuidadores
- Benzodiazepínico – 0,12- 0,8/Kg/24h dividido em 6/6 h ou 8/8 horas.

ANSIEDADE NA CRIANÇA

Pode ser manifestada pela criança de diversas formas como inquietude, irritabilidade, agitação e angústia, sendo que essa é muitas vezes verbalizada pela criança. É necessário que a criança esteja acompanhada por alguém que

seja afetivamente significativo para ela e que sintam-se acolhida pela equipe. O uso de corticóides por períodos prolongados pode causar sintomas psicóticos, que geralmente vêm acompanhados de intensa ansiedade. Quando necessário pode ser introduzida medicação anti-ansiolítica.

CONDUTA:

- Suporte emocional à criança e a seus familiares cuidadores.
- Benzodiazepínico – 0,12 – 0,8/Kg/24h dividido em 6/6 ou 8/8 horas.
- Haloperidol – 0,01 – 0,1 mg/Kg/dose a cada 8-12 horas VO. Somente em casos de sintomas psicóticos como delírio e alucinações.
- Prometazina para prevenir efeitos colaterais decorrentes do uso de haloperidol – 0,5 mg/Kg/dose – IM ou IV em 30 minutos ou a cada 8-12 horas VO.

FADIGA

É a sensação de cansaço extremo devido a combinação de sintomas físicos e mentais. Praticamente universal nos estágios finais da doença.

Fatores desencadeantes: Pós quimio e radioterapia, uso de corticóides, distúrbios metabólicos (por exemplo: hipoglicemia, hipopotassemia, hipercalemia, insuficiência hepática ou renal, distúrbios tireoidianos), sangramento, sedação, sepse, depressão, deficiência nutricional, medicamentos, dentre outros.

CONDUTA

- Embora fadiga seja o sintoma mais comum em pacientes com câncer avançado, é o sintoma para o qual temos as soluções menos satisfatórias.
- Identificar e reverter, se possível, a causa base.
- Quando a fadiga ainda é leve, estimular pequenas atividades físicas para preservar força muscular.
- Ajudar o paciente a estabelecer prioridades.

FRATURA PATOLÓGICA

Ocorre mais comumente em câncer de mama (53%), de rim (11%), pulmão (8%) e tireóide (5%).

Comum em região cervical, fêmur e úmero.

O paciente apresenta dor, deformidade no membro acometido com, por vezes, equimose.

Os objetivos são: aliviar a dor, preservar mobilidade quando possível e facilitar o cuidado ao paciente.

CONDUTA :

- Analgesia apropriada
- Fixação interna e radioterapia paliativa

Na impossibilidade de outra conduta, prover calha gessada anti rotatória na fratura de fêmur ou tíbia canadense para dar maior conforto ao paciente.

- Bi-fosfonatos podem reduzir eventos no esqueleto, sendo indicado para progressão das metástases ósseas e fraturas patológicas, (dose = 60 a 90 mg diluídos em 500 ml de solução salina, infundida em 4 - 12 h).

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Avaliada por níveis tensóricos não ocasionais acima de 150 x 90 mmHg.
Sintoma pouco freqüente.

Avaliar presença de ansiedade, dor ou qualquer desconforto do paciente, quando é necessário minimizar a causa base.

CONDUTA :

- Medicação: Hidroclorotiazida 25 a 50 mg/dia
b bloqueador – propranolol 80 a 240 mg /dia
atenolol 50 a 100 mg / dia
evitar no broncoespasmo, ICC, bloqueio átrio ventricular,
bradicardia, sangramento, diabetes mellitus;
IECA – captopril 25 a 50 mg 2 a 3 X dia;
Pode ocorrer rash cutâneo, tosse irritativa, angioedema,
proteinúria, leucopenia;
Bloqueador do canal de cálcio – nifedipina 10 a 30 mg
3 a 4 X dia
Não associar a bbloqueadores. Pode causar edema de MMII.

HIPERTENSÃO INTRACRANIANA NA CRIANÇA

Ocorre em pacientes terminais com tumores de sistema nervoso central.

CONDUTA:

- Dexametasona
Dose de ataque: 1mg/Kg/dose VO ou IV
Dose de manutenção: 1mg/Kg/24h dividida em 4/4 ou 6/6 horas.
- Manitol _ 0,25g/Kg/dose IV em 20-30 minutos e, se preciso, aumentar até 1g/Kg/dose.
- Furosemida _ 1mg/Kg junto ou 5 minutos antes do manitol.

Em caso de hiorcefalia:

- Acetazolamida _ 25 mg/Kg/dia VO, dividido em e doses. Máximo de 100 mg/Kg/dia. Uso individualizado.

Em caso de cefaléia intensa em pacientes não terminais, enquanto se aguarda o efeito das medidas antihipertensivas, opta-se pela analgesia com cloridrato de tramadol para evitar alteração do sensório.

ESPASTICIDADE NA CRIANÇA

Pode estar associada a tumores do sistema nervoso central.

CONDUTA:

- Diazepam _ 0,12 a 0,8 mg/Kg/dia, dividido em 6/6 ou 8/8 horas, VO. Dose sedativa e miorelaxante.
- Baclofeno _ 10 a 15 mg/dia a cada 8 horas.
Dose máxima: Uso individualizado.
2 a 7 anos = 40 mg/dia
maiores de 8 anos = 60 mg/dia
- Clonidina: Uso individualizado.
Dose inicial de 0,05 mg/dose à noite e aumentar para 0,05 mg em 24 horas, com intervalo de 1 semana.
Dose máxima de 0,3 a 0,4 mg/dia.
Retirada gradual em 4 dias.

HIPERCALCEMIA

É a emergência metabólica mais comum em oncologia ocorrendo em 10% a 20% de todas as neoplasias.

Definido pelo cálcio sérico corrigido > 11 mg/dl

Sinais e sintomas: desidratação, anorexia, fadiga, dor, prurido, apatia, irritabilidade, hiporreflexia, dentre outros.

Mais frequente: mieloma múltiplo, câncer brônquico, metástases ósseas, câncer de mama, tumor de células escamosas de cabeça e pescoço e câncer de tireóide.

Imobilidade, uso de diuréticos tiazídicos e desidratação podem contribuir para esta ocorrência.

CONDUTA:

- Hidratação: 2 a 3 l SF 0,9 % / 24 h – respeitando a avaliação clínica do paciente - pode ser suficiente para pacientes assintomáticos com cálcio sérico corrigido em até 12 mg/dl;
- Repor potássio se necessário;
- Pamidroato – iniciar após hidratação e adequado débito urinário (se cálcio corrigido >12 mg/dl) 15 a 90 mg IV em 500 ml SF 0,9% por 4 h – efeito em 4 a 5 dias;
Acetaminofen 500 mg para prevenir febre após infusão do pamidroato.

$$\text{cálcio corrigido} = \text{cálcio mg/dl} + 0,8 (4\text{-albumina sérica})$$

Cálcio sérico	dose recomendada
até 13 mg/dl	15 a 30 mg
13 a 15 mg/dl	30 a 60 mg
> 15 mg/dl	60 a 90 mg

- Na hipercalcemia crônica – incentivar deambulação, se possível aumentar a ingesta hídrica
evitar diuréticos tiazídicos ,bloqueador H2 e preparações que contenham cálcio
corticóide – prednisona 20 a 40 mg / dia se diagnóstico de mieloma ou linfoma
clodronato 1600 mg/dia

HIPERGLICEMIA

A intolerância à glicose é uma das primeiras anormalidades metabólicas descritas em pacientes com câncer avançado. Ocorre antes mesmo da perda de peso e da caquexia. Com a progressão do câncer, piora a resistência periférica à insulina, determinando dificuldades no controle glicêmico.

CONDUTA :

- Duas ou mais dosagens da glicemia de jejum >110 mg/dl.
- Observar corticoterapia crônica (vide anexo 9)
- Orientar dieta.
- Hipoglicemiante oral – clorpropamida 125 a 1000 mg /dia dividido em até 3 tomadas (observar menor concentração da divisão da dose na possibilidade de hipoglicemia noturna).
- Insulina NPH – indicada se não houver controle com hipoglicemiante oral.

Após titulação da dose de insulina regular de acordo com a glicemia capilar pré prandial 4 x dia

Aplicar insulina regular SC de acordo com o intervalo de variação da glicemia capilar (atenção aos diferentes valores orientados pelas diversas marcas de fita).

Em geral: Até 180 mg % não fazer
 181 a 240 mg % 2 a 4 UI
 241 a 300 mg % 3 a 6 UI
 301 a 400 mg % 4 a 8 UI
 acima de 400 mg % 6 a 10 UI

Cálculo de NPH : somar o total de unidades usadas de insulina regular /dia administrada em 3 dias consecutivos e dividir por 3. Do quarto ao sexto dias aplicar 1/3 a 1/2 da dose da insulina NPH calculada antes do desjejum e manter o mesmo esquema de controle com a insulina regular.

Ao término do sexto dia ,somar as unidades de insulina regular necessárias nesta segunda etapa, dividir por 3 e acrescentar 1/3 a 1/2 das unidades calculadas de insulina NPH ao primeiro cálculo.

LINFEDEMA

A ocorrência nos MMSS está em 40% dos casos relacionada a linfadenectomia axilar e RXT; nos MMII geralmente decorre de tumoração pélvica.

Na indisponibilidade de realizar color doppler e outros complementares, devemos excluir tumoração, cisto, ascite, trombose venosa profunda, insuficiência cardíaca congestiva e baixa acentuada da dosagem sérica de albumina.

CONDUTA :

- Observar se há queixa do paciente.
- Observando a função renal, aumentar , se possível, a ingesta protéica.
- Antibióticos (critérios já estabelecidos) – devemos dar ênfase em prevenir (por ex. com uso de penicilina V - 0,5 a 1 g a cada 6 ou 8 h).
Para tratamento usamos por 14 dias conforme sensibilidade apresentada.
 - Drenagem postural
 - Compressão: visa manter diminuído o volume do membro.
 - Suporte: quando a diminuição do membro não é prevista ou é desnecessária.
 - Exercício: visando preservar o movimento do membro acometido.
 - Se linfedema de MMII – compressão, se MMSS – compressão e suporte
 - Higiene – sugerimos uso de permanganato de potássio.
- Uso de diurético – furosemida 40 a 80 mg/dia associado a espironolactona 200 a 400 mg/dia no caso de edema generalizado.
- Se sem sucesso após 2 a 3 dias o uso de diuréticos, iniciar dexametasona 16 mg/dia (caso de compressão linfática).
- Quando com comprometimento venoso associado (tumor ou trombose), acrescentar corticóide ao diurético. Usar anticoagulante (cumarínico ou Acido acetil salicílico). Não esquecer do bloqueador H².
- Infiltração tumoral – suporte.
- Pele frágil – suporte e compressão.
Linfórrea – rever perda da continuidade. Fazer compressão por cerca de 48h (aplicando vaselina).Prevenir infecção.
- Por tumor abdominal ou pélvico – usar corticóide (dexametasona 16 mg) e diurético (furosemida 40 a 80 mg + aldactone 200 e 400 mg).

NÁUSEA E VÔMITOS

Ocorrem em 60% dos pacientes com câncer avançado.

Particularmente prevalente em tumor de mama, estômago ou tumores ginecológicos.

60% dos pacientes recebendo opióides, especialmente no início da terapêutica apresentam esses sintomas que desaparecem em poucos dias.

Quando possível reverter a causa base (fármacos, constipação ou obstrução intestinal, alteração metabólica, tosse, uremia, molinhasse oral, quimio e radioterapia, medo ou ansiedade, dentre outras).

CONDUTA :

- Aconselhamento nutricional
- Medicação: 1º metoclopramida 10 a 20 mg 3 a 4 X dia IV ou SC – acelerar o esvaziamento gástrico
 - 2º haldol 0,5 a 2 mg 4 X dia IM ou 5 a 15 mg/dia SC – casos com uremia e hipercalemia
 - 3º prometazina 25 mg 2 a 3 X dia – ação central e de receptores colinérgicos periféricos
 - 4º dexametasona 4 mg / dia. Caso com hipertensão intracraniana - 16 a 36 mg /dia
 - 5º ondansetron 8 mg IV ou VO 2 a 3 X dia – principalmente após radioterapia

OBS: • Plenitude pós prandial: bromoprida 20 a 60 mg / dia
 • Rever: necessidade de CNG (se + de 2 episódios de vômitos a cada 6 h)

GTO descompressiva – o procedimento tem como critérios: PS até 3 , avaliação clínica e ausência de insuficiência renal).

NÁUSEA E VÔMITOS NA CRIANÇA

A causa deve ser determinada e tratada.

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

TRATAMENTO:

- Metoclopramida – 0,1 a 0,2 mg/Kg/dose _IV ou IM ou Vo de 8/8 horas.
- Ondansetrona – 5mg/m²/dose _ IV ou VO a cada 8 horas. É altamente ativo para o tratamento da náusea e do vômito induzido por QT, mas experiências sugerem ser menos efetivo para estes sintomas, quando não devidos à quimioterapia.
- Dexametasona
Dose inicial: 10 mg/ m²/dose – IV (máximo de 20 mg).
Doses subsequentes: 5mg/ m² /dose – IV de 6/6 horas.
- Prometazina – 0,25 a 0,5 mg/Kg/dose _ IV ou VO a cada 4- 6 horas.
- Haloperidol _ 0,01 a 0,1 mg/Kg/dose –VO a cada 8-12 horas.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Situação na qual o trânsito através do trato gastro intestinal é retardado ou obstruído.

- Maior causa é carcinomatose peritoneal – mais freqüente no tumor de ovário – 40 % , seguida de tu de cólon e retal – 20 % , e pâncreas, estômago e colo de útero.
- 30 % dos pacientes tem patologia obstrutiva benigna.
Sintomas: vômitos
dor
distensão abdominal
peristalse aumentada
parada de eliminação de gases e fezes
- Exame físico: inclui toque vaginal e retal, rotina de abdome agudo e exames laboratoriais (rever distúrbios metabólicos, a ex. : potássio e cálcio)

CONDUTA:

- Diferenciar entre abdome agudo clínico e cirúrgico

CLÍNICO:

- Dieta zero
- CNG em sifonagem se ocorrerem mais de 3 episódios em 6 horas (avaliar a vontade do paciente)
- HV (40 a 50 ml / kg / dia) + reposição eletrolítica
- Observar indicação do haloperidol 0,5 mg 3 X dia, como tratamento sintomático

CIRÚRGICO:

- PS até 3 (correção de prolapso – PS até 2)
- Metástase hepática, ascite ou insuficiência renal contra-indicam o procedimento cirúrgico
- Dieta zero
- CNG – conforme já descrito
- HV – conforme já descrito

- Anti-espasmódico – hioscina até 240 mg /dia IV
- Bloqueador H² – ranitidina 50 mg IV 8/8 h
- Metoclopramida – 1 ampola IV até 6/6h
- Transfusão de hemáceas se necessário – manter Hb > 7 mg %
- Demais sintomáticos

OBS: PS até 3, sem indicação de colostomia , rever benefício de GTO descompressiva (considerar se com uso permanente do CNG após 2 semanas).

Tabela 3 - Obstrução intestinal maligna - (não cirúrgica)

INDICAÇÕES	DOSE SC OU IV
Metoclopramida	10 mg - 6/6 h
Brometo de N. Butil Escopolamina	20 mg até 4/4 h
Haloperidol	5 mg - 2x dia
Octreotide	150 a 300 mg infusão contínua

OBSTRUÇÕES MECÂNICAS PARCIAIS NA CRIANÇA

Causadas por tumores e aderências ou, por refluxo gastrintestinal. Frequente em pacientes neuropatas.

TRATAMENTO:

- Metoclopramida para aumentar o esvaziamento gástrico, 0,1 a 0,2 mg/Kg/dose - (IV ou IM ou VO) de 8/8 h
- Hidróxido de alumínio com magnésio – 5-15 ml VO a cada 3-6 horas
- Ranitidina 1-2 mg/Kg/dia , dividido em 3 doses IV ou 2-4 mg/Kg/dia dividido em 2 doses VO

SANGRAMENTO

Excluir trauma, coagulopatia, fármacos, insuficiência hepática grave, coagulação intravascular disseminada, plaquetopenia etc.

CONDUTA :

- Sedação se necessário com benzodiazepínico 5 a 20 mg IV ou - midazolam 5 mg IM ou IV
- Medicação : reposição com SF 0,9 %
 - TGI –suspender AINH e corticóide. Caso de vômito, iniciar anti-emético
 - usar ranitidina 300 mg 12/12h
 - considerar uso de ácido épsilon aminocaproico
 - Transvaginal - avaliar uso tampão vaginal
 - Iniciar ácido épsilon aminocapróico 100 a 200 mg / kg 3 a 4 x dia (IV diluir em 250 a 500 ml de SF 0,9 % ou SG 5%)
 - Hemoptise severa – ácido épsilon aminocapróico (dose descrita acima)
 - Hemoptise discreta – iniciar codeína
 - Epistaxe – tamponamento nasal anterior e gelo local
 - Sangramento oral – soro gelado
 - considerar ácido épsilon aminocapróico
 - Sangramento do estoma – compressão local
 - Transretal – avaliar uso de ácido épsilon aminocapróico 100 a 200 mg/ kg 3 a 4 x dia (IV diluir em 250 a 500 ml de SF 0,9 % ou SG 5%)
 - Hematúria – irrigação com cateter de triplo lúmen
 - Compressão local e curativo compressivo
 - RXT – vide protocolo
 - Ligadura de carótida externa – procedimento de urgência realizado em pacientes que possam se beneficiar . Evitar lesão cervico oral extensa e congelamento cervical.
 - Em cuidados paliativos, entendemos que o procedimento de transfusão deva ser avaliado com critério, tendo definido **quando** o paciente estiver severamente sintomático, podendo se beneficiar do procedimento.

Anemia e astenia são sintomas comuns em pacientes com câncer avançado.

É questionada a relação entre a diminuição dos níveis de Hb e a fadiga.

Hemotransfusão como tratamento:

- dispnéia: pacientes alertas
Hb < 7,0 mg %
- sangramento TGI, TGU, CP : sintomas severos decorrentes da perda sangüínea, quando esta pode ser controlada.

OBS : Ácido épsilon aminocapróico é um poderoso inibidor da fibrinólise. Trombos formados durante seu uso não sofrem lise.

Vitamina K tem seu uso ligado a tendência de sangramento associada à sua deficiência (alimentar, má absorção, obstrução do trato biliar intra ou extra – hepático, uso de drogas). Dose 10 a 20 mg, IM , obtendo resposta em cerca de 24h.

SANGRAMENTO NA CRIANÇA

Constitui situação estressante para a criança e para a família.

CONDUTA:

EM CASO DE SANGRAMENTOS EXTERNOS:

- Transfusão de concentrado de plaquetas - se há trombocitopenia.
- Transfusão de concentrado de hemácias - em caso de anemia aguda.
- Ácido épsilon-aminocapróico - em caso de sangramento de mucosa bucal.
- Vitamina K e plasma fresco - em caso de insuficiência hepática.
- Ranitidina - em caso de sangramento digestivo.

SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR

Quadro com início de dor, seguido de alteração sensorial, fraqueza muscular e, evolutivamente, disfunção esfinteriana.

CONDUTA

- Controlar a dor
- Dexametasona 24 mg IV em dose de ataque, seguida de 18 mg/dia por 3 semanas
- Rever protocolo de radioterapia
- Cirurgia para descompressão (corporectomia), em cuidados paliativos, é reservada a pacientes com compressão medular sem diagnóstico de câncer; tumor primário controlado; metástase de vértebra sem paraplégica e PS até 2.

TOSSE E SECREÇÕES NA CRIANÇA

TOSSE:

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

CONDUTA:

- Codeína – 1-1,5 mg/Kg/24h dividido em 4/4 ou 6/6 horas. Dose antitussígena.
- Nebulização com broncodilatadores:
Fenoterol _ 1 gota/3Kg
- Corticosteróides:
Prednisona _ 1mg/Kg dividido em 12/12 horas VO.

SECREÇÕES:

Acometimento neurológico grave implica em dificuldade de deglutir saliva. Isso leva a desconforto por acúmulo de secreções salivares. Medicamentos anticolinérgicos podem ser usados.

- Hioscina _ 0,06125 a 0,250 mg VO de 4/4 horas
- Ou
- Atropina _ 0,01 mg/Kg/dose SC ou VO

ANEXO 1

RADIOTERAPIA PALIATIVA

Priorizar pacientes com PS até 3

- **Metástase óssea** : 80 % dos pacientes respondem em 1 a 2 semanas, independente da radio sensibilidade. Também melhora a dor da fratura patológica.
Maior benefício nos tumores de mama , próstata , tireóide e pulmão.
Toxicidade varia com o sítio e extensão irradiada.
Geralmente com duração curta e auto – limitada (se estômago e fígado no campo – náusea e vômitos; se intestino delgado – cólica e diarreia).
Caso necessário radiação do hemicorpo, usar pré tratamento: hidrocortisona 100 mg + metoclopramida 10 a 20 mg + hidratação.
- **Metástase cerebral**: Alívio da cefaléia em 70 % dos casos. Confusão, déficit motor e sensitivo respondem em > 50 % casos.
Após radiação, desmamar corticoterapia.
- **Obstrução brônquica**: Tosse e hemoptise – casos persistentes ou que piorem a despeito do tratamento conservador.
Dispnéia: responde em 90 % dos casos.
- **Compressão de medula**: Sem instabilidade da coluna. Necessário diagnóstico e conduta nas primeiras 72 h do início dos sintomas.
- **Síndrome de Veia Cava Superior**: Após tratamento conservador. Manter corticóide após RXT .
- **Tumores exofíticos**: Visa controle do crescimento tumoral, do exsudato e do sangramento.
- **Hemorragia**: casos de hemoptise, metrorragia, hematúria, sangramento retal e sangramento de estoma.

ANEXO 2

ANTIBIOTICOTERAPIA

Estas são sugestões de antibioticoterapia quando para início empírico, nos casos em que a evidência da literatura tradicional já denota o germe provável. Noutro sim, é preferencial haver coleta de culturas para tratamento específico e discernimento do valor quantitativo de colônias bacterianas.

A avaliação da eficácia do tratamento proposto advém da resposta clínica e laboratorial específica.

Alertamos para as correções que se façam necessárias com relação a função renal ou hepática

Erros passíveis de ocorrerem:

- seleção inapropriada da droga ou via de administração;
- drenagem incorreta de abscesso;
- superinfecção;
- resistência à droga estabelecida;
- associação não identificada de 2 ou mais agentes etiológicos;
- imunodeficiência do paciente;
- causas não infecciosas.

Em alguns casos, a infecção é parte natural do processo de morte e o uso de antibióticos não altera o prognóstico.

O uso de antibióticos está associada a reações adversas sérias. Com isso, a decisão do uso deve ser baseada na evidência da presença de uma infecção tratável.

- *Bacteriúria é comum em pacientes com câncer avançado e universal em pacientes cateterizados, com isso devem ser tratados se houver sintomas de infecção do trato urinário (febre e disúria).*
- *Grande desvio para esquerda no diferencial de células brancas só nos autoriza a iniciar antibioticoterapia se o paciente estiver sintomático e for se beneficiar do procedimento.*

1. PNEUMONIA:

- comunitária
 - cefalexina (0,5 a 1 g 6-8h)
ou cefalotina (1 a 2 g 6/6h)
- hospitalizado
 - ceftriaxone (1 a 2 g /dia IM ou IV)
 - amicacina (15 mg/kg/dia) + ceftazidime (1 a 2 g 8-12h)
(associar vancomicina - 30 a 50 em 2 doses IV em 250 ml SG 5% ou SF 0,9 % / 125 a 500 mg 6/6h VO - se história de MRSA)
considerar fungos
- paciente neutropênico com infiltrado localizado
 - associar SMT (SMZ = 100 mg/kg/dia IV 4/4h) considerar tuberculose
 - considerar fungo
- paciente neutropênico com infiltrado bilateral difuso
- paciente neutropênico infiltrado focal ou difuso tardio
- broncoaspiração
 - ciprofloxacino (250 a 750 mg 12/12h VO – 200 a 400 mg 8-12h IV)
+ ampicilina (0,5 a 1g a cada 6-8h)

2. INFEÇÃO URINÁRIA:

- comunitária
 - SMT (2 cp 12-12h VO)
- hospitalizado
 - ampicilina + amicacina

3. ULCERA DE DECÚBITO:

- ampicilina + amicacina + metronidazol (250 a 750 mg 8-12h VO ou IV)

4. COLANGITE COLECISTITE

- ampicilina + amicacina

5. DIARRÉIA

- com febre, hemorragia, desidratação
 - SMT (sem antibiótico prévio)
 - metronid (com antibiótico prévio)

6. DIVERTICULITE

- sem perfuração
ABSCESSO PERIRETAL
 - ceftriaxone + metronidazol

7. CELULITE ERISIPELA

- não complicada
 - cefalotina
- complicada
 - ciprofloxacino + metronidazol
- recorrente com linfedema
 - pen. Benzatina (1200000 a 2400000 UI IM 2-3 semanas)

8. VASCULAR

- tromboflebite séptica

-oxacilina (0,5 a 1 g 4 - 6 h) +
amicacina

9. OUVIDO

- otite externa
- otite
- mastoidite

- polimixina B + neomicina +
Hidrocortisona (gts 4 X dia)
- ciprofloxacino
- cefalotina

10. BOCA

- celulite
- estomatite herpética

- ceftriaxone
- acyclovir (100 a 200 mg 6/6h VO)

11. SINUSITE

- SMT

12. CANDIDÍASE

- sistêmica com metástase
- mucocutâneo
- oral
- urinária
- vaginal

- fluconazol (50 a 800 mg/d VO ou
IV)
- cetoconazol (200 a 400 mg/d VO)
- fluconazol
- fluconazol
- fluconazol + tópico

13 . TUMOR EXSUDATIVO

- pomada de metronidazol a 0,8 %

OBS : TUBERCULOSE

- 2 meses: rifampicina 600mg/dia
isoniazida 400mg/dia
pirazinamida 2g/dia
-4 meses:rifampicina 600mg/dia
isoniazida 400mg/dia
Se extra torácica: + 6 meses de
isoniazida

ANTIBIÓTICOTERAPIA NA CRIANÇA

Infecções	Sintomas	Tratamento	Observações
Infecções específicas	Alteração do paladar, Dor, inflamação da mucosa e sangramento bucal.	Nistatina - 200.000 – 300.000 U em bochecha, gargarejo e deglutição 4x/dia	
Candidíase	A candidíase esofágica está associada à esofagite, dor retroesternal ou sensação de obstrução na deglutição	Ecoticozazol – 5 a 10 mg/kg/dia em dose única. Ou Fluconazol – 5 a 6 mg/kg/dia em dose única	Observar a interação medicamentosa do ecoticozazol e fluconazol com disoprida, pelo risco de arritmia cardíaca.
Herpes oral		Aciclovir – 750 mg/m ² /dia – IV de 8/8h ou 200 mg/dose 5x/dia VO	
Infecção por anaeróbios		Metronidazol – 7,5 mg/kg/dose de 6/6 h	
Pneumonia		Antibiótica, oxigênio, broncodilatadores, e morfina ou sedação para aliviar a dispnéia.	Dependendo da condição clínica da criança, prever apenas tratamento sintomático.

PROFILAXIA ANTIMICROBIANA EM CIRURGIAS ONCOLÓGICAS

Cirurgia de tumores necrosados e/ou ulcerados:

A coleta de material para cultura em superfícies abertas ou ulceradas (swab) deve ser precedida de limpeza mecânica utilizando-se soro fisiológico. O antibiótico a ser utilizado no pré-operatório deve ser iniciado de acordo com o antibiograma e mantido em doses elevadas durante o ato cirúrgico, afim de controlar a disseminação da infecção durante o manuseio cirúrgico. Qualquer material, de aspecto purulento ou não, encontrado durante o ato operatório deve ser encaminhado para cultura e antibiograma. A manutenção deste antibiótico no pós-operatório deve ser discutido.

PROFILAXIA ANTIMICROBIANA

- 1) gastrostomia e transversostomia: cefazolina 2g
- 2) colostomia terminal e fistula mucosa: cefazolina 2g + metronidazol 1 g

OBS: A dose deve ser feita na indução anestésica, caso a intervenção seja longa (acima de 2h) ou existir perda de sangue maior que 1 litro, administrar a 2ª dose intra-operatória (1g de cefazolina + 1g de metronidazol). Se necessário a 3ª dose, fazer após 3h a 2ª dose.

A associação com metronidazol é indicada quando os patógenos anaeróbios constituírem grande parte da flora residente. A presença de drenos não justifica, normalmente, a manutenção além do período crítico do ato operatório (contaminação grosseiramente estende a profilaxia em 24h).

A dose de cefazolina 2 g para peso menor que 50 kg = 30mg/kg/IV.

- Em casos de alergia a betalactâmicos: vancomicina 1 g IV 30 mg em 1g dose única.
- Em caso de cultura de urina positiva recente, considerar o processo cirúrgico como infectado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baines, MJ – Intestinal Obstruction. *Cancer Surv.*, 21,147-56, 1997.
- Benitz, William and Tatro, David. *The Pediatric Drug Handbook*. 3rd edition. Mosby-Year Book, Inc.
- Bennett & Plum – *Cecil Textbook of Medicine*. 20 th ed .USA.W.B.Saunders Company,1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Orientações para prescrição de analgésicos no tratamento do câncer. (mimeo)
- Collins, J. J. and Bred, C. B. Management of cancer pain in children. In: Pizzo and Poplack. "Principles and Practice of Pediatric Oncology". 3rd edition. Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers, 1997.
- Comittee of Jornal Editors . Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. *Annals of Internal Medicine* 1982;96(part 1):766-771.
- Dickerson; Duke – *The 20 Essential Drugs in Palliative Care*. *European Journal of Palliative Care*,1999;6(4).
- Doyle D; Hanks G; Mac Donald N - *Textbook of Palliative Care* . 2nd.Canada.Oxford, 1999.
- Gibbon; David C; Sabiston Jr;spencer F.C. *Surgery of the Chest* .4 th ed. USA. W.B.Saunders Company,1983.
- Homiren S; Nelson K; Walsh D; Donnely S M; et all: Common Symptons in Advanced Cancer. *Seminars in Oncology*,vol 27, n 2,2000: pp 24-33.
- Kaye P – *Pocketbook of Symptom Control*. Engl. EPL publications. 1996.
- Levetown, M. Treatment of symptoms other than pain in Pediatric Palliative Care. In: Portenoy/Bruera, "Topics in Palliative Care", Volume 3, 1998. p.51.
- Muir C J; von Guten C F. Antisecretory Agents in Gastrointestinal Obstruction. *Clinicas in Geriatric Medicine*, vol. 16,nº 2, 2000.
- Murad A; Katz A – *Oncologia* .Br.G Koogan,1996.
- Nebon; Kristine A. *The Câncer Anorexia – Cachexia Syndrome*. *Seminars in Oncology*, vol 27, nº 1,2000: pp64-68.
- Normas e recomendações do INCa/MS;Controle de sintomas do câncer avançado em adultos;*Rev.Bras.Câncerol.*,200,46(3):243-56.
- Normas e condutas da CCIH/HCI/INCA. Disponível na internet via correio eletrônico: ccih@inca.org.br.2000.
- Salvajoli J V;Weltman E - *Princípios de Radioterapia*.1 st ed.Br.Guanabara Koogan,1996.
- Sanford J; Gilbert D; Sande M - *Guide to Antimicrobial Therapy*. USA.Sanford,1995.

- Tierney L; Mc Phee S; Papadakis M - Medical Diagnosis and Treatment. USA. Appleton e Lange, 1999.
- Waller & Caroline - Handbook of Palliative Care in Câncer. 2nd ed .USA .BH, 2000.
- Webb M; Marly L E; Mason L A. Dyspnea Assesment and Management in Hospice Patients with Pulmonary Disorders. American Journal of Hospice Palliative Care, vol. 17, n° 4, 2000
- Welsh J; Fallon M – Handbook of Palliative Care. 3rd ed. Engl. Blackwell Science, 2000
- Weisman S. J. Pediatric Palliative Care: A Field in Evolution. In: portenoy/Bruera, "Topics in Palliative Care", volume 3, 1998. p.3
- World Health Organization Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Pain in Children with Cancer: The World Health Organization-IASP Guidelines. Em Cancer Pain Rellief. Volume 12, n° 1, 1999.

Série

MANUAIS

TÉCNICOS

Centro de Suporte Terapêutico Oncológico



nº 319