

PROFILAXIA DE NÁUSEAS E VÓMITOS INDUZIDOS POR QUIMIOTERAPIA (NVIQ)

Recomendações de Grupo de Trabalho da AEOP



A. GENERALIDADES

Náuseas e vómitos induzidos por quimioterapia



B. CONSENSOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES NO CONTROLO DA NVIQ

- Consenso 1: Guidelines internacionais
- Consenso 2: Avaliação dos riscos NVIQ e estratégias educacionais/informação
- Consenso 3: Necessidade de uma correcta monitorização
- Aspectos orientadores dos consensos

A. GENERALIDADES: Náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia

As náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia (NVIQ) são efeitos adversos do tratamento dos nossos doentes com quimioterapia citotóxica, sendo descritos pelos pacientes como um dos seus maiores medos antes de iniciar estes tratamentos [Hesketh PJ (2008) *Chemotherapy-induced nausea and vomiting N Engl J Med* 358 2482.94 PMID: 18525044]. Além de interferir diretamente na qualidade de vida, as NVIQ podem causar disfunção fisiológica, e perda da capacidade física. Quando as NVIQ são graves, podem conduzir a uma decisão clínica de alteração na administração da quimioterapia [NCCN (2011) *NCCN clinical practice guidelines in oncology, Antiemesis V.3.2011* http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf], com espaçamento ou redução de dose [NCCN (2011) *NCCN clinical practice guidelines in oncology, Antiemesis V.3.2011* http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf]. Há vários factores do Doente que condicionam o risco das NVIQ: o risco é maior em mulheres do que em homens, há maior incidência em jovens (<50 anos) do que em pacientes idosos, em doentes com história de náuseas, e é reduzido em

pacientes com consumo de álcool elevado [Hesketh PJ (2008) *Chemotherapy-induced nausea and vomiting N Engl J Med* 358 2482.94 PMID: 18525044]. A experiência anterior de NVIQ é outro factor de risco. Cerca de 70 a 80% dos doentes que recebem quimioterapia estão em risco de NVIQ [NCCN (2011) *NCCN clinical practice guidelines in oncology, Antiemesis V.3.2011* http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf], sendo vários os factores que estão na génese deste risco: os regimes de quimioterapia variam na sua emetogenicidade, dependendo do agente/agentes utilizados, da sua dosagem e via de administração. O sistema de classificação amplamente utilizado baseia-se na frequência da emese associada a um determinado agente usado, sem profilaxia da NVIQ. A Quimioterapia altamente emetizante (HEC) indica um risco de NVIQ > 90% e a quimioterapia moderadamente emetogénica (MEC) indica uma NVIQ de risco 30 a 90% [NCCN (2011) *NCCN clinical practice guidelines in oncology, Antiemesis V.3.2011* http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf]. – Ver quadro seguinte:

Potencial emético dos Regimes Terapêuticos		
Regime terapêutico altamente emetizante (> 90% incidência)		
• Cisplatina	• Mechloretramina	• Estreptozotocina
Regime terapêutico moderadamente emetizante (30% - 90% incidência)		
• Oxaliplatina	• Carboplatina	• Doxorubicina
• Citarabina (> 1 g/m ²)	• Ifosfamida	
Regime com baixo risco de emese (10% - 30% incidência)		
• Paclitaxel	• Etoposido	• Metotrexato
• Docetaxel	• Pemetrexed	• Mitomicina C
• Mitoxantrona		

Fonte: Antiemetic Activity of Corticosteroids in Patients Receiving Cancer Chemotherapy: Dosing, Efficacy, and Tolerability Analysis; S.M. Gruenberg, 2007, *Annals of Oncology*, 18(2), p. 234. Copyright 2007, Oxford University Press. Informação adaptada com permissão Oxford University Press.

Relativamente às náuseas e vômitos induzido pela Radioterapia (RINV), existe um consenso entre a MASCC e ESMO sobre o risco emético [Gralla RJ, Roila F, Tonato M. at al: *MASCC/ESMO antiemetic guidelines 2010*. <http://www.mascc.org/mc/page.do?sitePageld88041>]. As intervenções de prevenções da RINV seguem as mesmas linhas da NVIQ, atendendo ao tipo de Radioterapia adoptada. Este tratamento aumenta o risco quando utilizado simultaneamente com a quimioterapia. O potencial emético da Radioterapia depende da área corporal irradiada:

Potencial Emético da Radioterapia	
Risco emético	Local do corpo irradiado
Alto	Irradiação corporal total; Irradiação ganglionar total
Moderado	Abdómen superior; Irradiação metade corpo
Baixo	Crânio; Crânio espinhal; Cabeça e pescoço; Região inferior do Tórax; Pélvis
Mínimo	Membros; Mama

O Grupo de discussão das Linhas de Orientação das NVIQ considera que a náusea é mais debilitante para os doentes do que os vômitos, uma visão apoiada pela literatura. Em diferentes avaliações, as náuseas foram os sintomas classificados pelos doentes em primeiro lugar no ranking dos efeitos colaterais da quimioterapia. [Hesketh PJ (2008) *Chemotherapy-induced nausea and vomiting N Engl J Med* 358 2482.94 PMID: 18525044]

A existência da náusea ao vômito reflecte a maior eficácia da actual gestão dos sintomas da NVIQ. Por outro lado, o grupo e a literatura consideram que a náusea prolongada é por si só prejudicial para a qualidade de vida dos pacientes. O quadro seguinte resume os actuais agentes antieméticos utilizados no controlo da NVIQ e respectivas formas de dosagem:

Agentes antieméticos para profilaxia de NVIQ	
Nome genérico	Via de administração
Antagonistas dos receptores 5-HT₃ Dolasetron Granisetron Ondansetron Palonosetron	VO, IV VO, IV Transdermico VO, IV, IM VO, IV
Antagonistas dos receptores da Neurokinina-1 Aprepitant Fosaprepitant	VO IV
Corticosteróides Dexametasona Metilprednisolona	VO, IV, IM VO, IV, IM
Antagonistas dos receptores da dopamina Metoclopramida Haloperidol	VO, IV, IM VO, IM
Benzodiazepinas Lorazepan	VO

O quadro seguinte resume as normas de orientação da profilaxia de NVIQ das principais sociedades científicas internacionais:

Recomendações de Tratamento Profilático da NVIQ				
Regime	ONS	NCCN Guidelines	ASCO Guidelines	MASCC Guidelines
HEC	Dia 1: antagonista 5HT ₃ + Aprepitant + Dexametasona + lorazepan (?) Dia 2-4: Dexametasona + Aprepitant (dia 2 e 3) + Lorazepan (?)	Dia 1: Aprepitant + Dexametasona antg. 5-HT ₃ (Palonosetron preferência) + Lorazepan (?) Dia 2-3: Dexametasona + Aprepitant + Lorazepan (?) Dia 4: Dexametasona e/ou Lorazepan (?)	Combinação 3 fármacos: Aprepitant, antg. 5-HT ₃ e Dexametasona NVIQ Tardia: dexametasona (dia 2-3) + Aprepitant (dia 2-3)	NVIQ aguda: Aprepitant + Dexametasona + Antg. 5-HT ₃ NVIQ Tardia: Aprepitant (dia 2-3) + Dexametasona (dia 2-3)
MEC	Dia 1: antagonista 5-HT ₃ + Dexametasona + Aprepitant Lorazepan Dia 2-4: Aprepitant ou: Dexametasona, Antg. 5HT ₃ , Metoclopramida	Dia 1: Aprepitant+ Dexametasona + ant. 5HT ₃ + Lorazepan (?) Dia 2-3: Aprepitant ou: Dexametasona, ant. 5HT ₃ , Lorazepan (?)	NVIQ aguda: Palonosetron + Dexametasona NVIQ tardia: dexametasona ou Antg. 5HT ₃ (dia 2-3) Doentes que fazem ciclofosfamida + Antraciclina devem fazer as recom. da HEC	NVIQ aguda para regime AC: Ant. 5-HT ₃ , Dexametasona + Aprepitant NVIQ Tardia para regime AC: Aprepitant NVIQ Tardia: Dexametasona
Risco baixo	Dia 1: sem agentes antieméticos, Dexametasona, Metoclopramida, Lorazepan(?)	Antes QT: dexametasona ou: Metoclopramida, lorazepan (?)	NVIQ aguda: baixa dose dexametasona NVIQ Tardia: sem profilaxia	NVIQ aguda: baixa dose dexametasona NVIQ Tardia: sem profilaxia
Risco Mínimo	Não aplicável	Sem profilaxia	Sem profilaxia	Sem profilaxia
Outras Recomendações	Dexametasona ou: ant. 5HT ₃ , metoclopramida, Lorazepan	Não aplicável	Recomendação geral: Lorazepan (?)	Não aplicável

ASCO: American Society of Clinical Oncology; MASCC: Multinational Association of Supportive; NCCN: National Comprehensive Cancer Network; ONS: Oncology Nurse Society; NVIQ: Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting; HEC: Highly Emetogenic chemotherapy; MEC: Moderately Emetogenic Chemotherapy; AC: Anthracycline Plus Cyclophosphamide

B. CONSENSOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES NO CONTROLO DA NVIQ

Nas diferentes discussões do grupo de trabalho, chegamos a 3 Linhas de Consensos orientados para o **COMO DETECTAR**, **COMO EDUCAR** e **COMO MONITORIZAR** o sintoma NVIQ no contexto hospitalar português.

✓ CONSENSO 1: Guidelines Internacionais

As guidelines sobre o controlo da NVIQ publicados pela ONS, MASCC, NCCN e ASCO, são baseadas em evidências científica disponível e baseiam-se na sua prevenção e não na gestão e tratamento dos sintomas.

No entanto, verificamos que estas guidelines internacionais nem sempre são aplicadas a nível local e em alguns serviços nem sempre avaliam os fatores de risco de NVIQ do doente durante o tratamento com Quimioterapia e/ou Radioterapia. Por outro lado, estas guidelines concentram-se principalmente na gestão farmacológica de NVIQ, com poucas informações ou conselhos sobre medidas adicionais que os pacientes podem utilizar.

Existe contudo evidência científica na literatura sobre tratamento não-farmacológico de NVIQ [[http://www.ons.org/research/PEP/Topics and Eaton, L.H & Tipton, J.M. \(Eds\), 2009; putting Evidence into Practice: improving Oncology Patient Outcomes, Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society](http://www.ons.org/research/PEP/Topics and Eaton, L.H & Tipton, J.M. (Eds), 2009; putting Evidence into Practice: improving Oncology Patient Outcomes, Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society)].

Temos como grande evidência:

- Técnicas de relaxamento (náusea antecipatória)
- Acupuntura
- Musicoterapia

Com menor evidência científica encontrada há ainda a considerar as seguintes técnicas:

- Medicina chinesa
- Yoga
- Exercício físico
- Massagem e aromaterapia
- Relaxamento muscular progressivo

✓ CONSENSO 2: Avaliação dos riscos NVIQ e Estratégias Educacionais/informação

É importante assegurar que o doente compreende a estratégia de gestão NVIQ, incluindo abordagem de profilaxia versus tratamento sintomático e a necessidade de tomar a medicação antiemética correcta, mesmo se não existir náuseas ou vômitos.

O grupo conclui que a gestão baseada em orientação de NVIQ não é oferecido a todos os doentes elegíveis, e as razões são potencialmente multifactoriais.

O Grupo enfatizou a importância de uma avaliação abrangente do paciente com questões proactivas sobre potenciais factores de risco, a serem realizados antes de um ciclo de quimioterapia e, á posteriori, antes de cada ciclo subsequente.

A informação obtida nesta avaliação deve ser utilizada para adaptar a gestão da NVIQ aos factores individuais dos pacientes: idade, sexo, experiência anterior de náuseas / vômitos e história anterior de NVIQ. A não avaliação pode resultar numa subestimação do nível de risco NVIQ, e, conseqüentemente na ausência de uma estratégia adequada de profilaxia.

O grupo regista que os enfermeiros estão melhor colocados do que os médicos para avaliar os factores de risco dos pacientes para NVIQ, porque fazem frequentemente uma avaliação holística prévia ao tratamento da quimioterapia e porque têm maior contacto com os doentes.

Resumimos este Consenso em 2 momentos:

I. COMO DETECTAR

Definir uma estratégia de consulta de enfermagem individual antes de cada tratamento e uma consulta inicial mais estruturada. Nesta consulta inicial avaliar grau de risco de emese, possibilidade de utilização da escala MAST (por ciclo de quimioterapia) e da escala de MUST (ligação com a nutrição).

II. COMO EDUCAR

Este momento é um importante factor de adesão do doente ao plano de prevenção da NVIQ. Estratégias discutidas pelo grupo de trabalho e consensualizadas:

- Antes do tratamento, avaliar factores de risco da NVIQ e risco de emese do protocolo de tratamento instituído. Ensino na área da alimentação (privilegiar os «alimentos de conforto» do doente em detrimento de outros), higiene oral, a importância do registo em casa para posterior relato aos profissionais de saúde. Privilegiar os cuidadores informais de cada doente.
- Durante o tratamento, avaliar a sua tolerabilidade e implementar uma check-list como estratégia de orientação para os profissionais.
- Após cada tratamento, garantir a disponibilidade e acessibilidade para a monitorização deste sintoma – presencial ou telefónico. Avaliar efeitos das medidas preventivas da NVIQ e reforçar o ensino.

- Adicionalmente, avaliar procedimentos, a utilização de guidelines e fazer discussão de casos práticos.
- Enfermeiro de referência, quando possível, facilita a abordagem do doente. Empatia como factor crítico na Educação do doente.

✓ CONSENSO 3: Necessidade de uma correcta monitorização.

Identificaram-se dois aspectos essenciais para a gestão NVIQ entre consultas programadas: monitorização do sintoma e intervenção oportuna.

Os doentes tendencialmente subestimam a gravidade deste sintoma, em parte ou porque não têm NVIQ no dia da sua consulta, ou porque não querem causar preocupação ao profissional de saúde. Além disso, os doentes podem temer que o seu próximo tratamento possa ser atrasado, cancelado ou reduzido nas doses caso revelem os efeitos colaterais relevantes. Num estudo publicado em 2012, 37% dos pacientes afirmaram que se mostravam “fortes por não necessitarem de reclamar” [Vidall C, Dielenseger P, Farrell C, Lennan E, Muxagata P, Fernández-Ortega P, Paradies K (2011) Evidence-based management of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a position statement from a European cancer nursing forum. *Ecancermedical-science* 5, 211].

Sem informações precisas sobre a experiência do doente na NVIQ, é difícil oferecer um programa antiemético adaptado individualmente.

Recomendações do grupo de trabalho:

- Alto grau/ alto risco: utilização do diário para monitorização dos efeitos, escala da MASCC e de MUST; Escalas de avaliação da toxicidade. Numa gestão pró-activa deste sintoma, incluir chamada telefónica do serviço nos dias em que o doente terá maior probabilidade de estar particularmente susceptíveis a náuseas e / ou vômitos (+-120 horas) – utilizar uma check-list para todos os contactos como estratégia de avaliação do sintoma. Se existente, Uso de árvores de decisão predefinida (sistema de informação hospitalar) após avaliação do doente, aumentando a consistência da intervenção da equipa.
- Grau moderado/risco médio a elevado: acessibilidade do doente aos profissionais do serviço através do contacto telefónico; privilegiar o enfermeiro de referência do serviço.
- Monitorizar e rever a adesão à terapêutica, o ensino e as estratégias da equipa utilizadas. O Grupo recomenda oferecer a cada paciente informações de contacto do serviço, para usar durante e fora do horário de funcionamento (se possível), enfatizando a importância de fazer o contacto imediato na presença do sintoma.

✓ ASPECTOS ORIENTADOS DOS CONSENSO

- A avaliação dos riscos NVIQ deve incluir factores risco do doente e a emetogenicidade da quimioterapia
- A gestão baseada em orientação de acordo com o risco emético não é oferecido a todos os doentes elegíveis, e as razões são potencialmente multifactoriais
- As Guidelines Internacionais são um ponto de partida útil para a política de controlo da NVIQ, oferecem uma forte base de evidência para os aspectos farmacológicos, mas faltam detalhes sobre as estratégias complementares e não são aplicadas universalmente.
- É fundamental haver um diálogo aberto e informativo sobre o uso das terapêuticas complementares
- É fundamental explicar aos pacientes que o tratamento profilático deve ser cumprido.
- Disponibilizar informação pode ajudar a capacitar os doentes a questionar os profissionais sobre o uso local das guidelines NVIQ
- A monitorização do doente em tempo real é essencial para se obter um registo preciso dos sintomas entre as consultas e os tratamentos.
- Os doentes necessitam de informações de contacto com a sua equipa de tratamento e as instruções para procurarem ajuda, sempre que ocorra este sintoma.
- Embora as guidelines tenham um papel importante no tratamento da NVIQ, o doente deve ser abordado numa base individualizada.

Reconhecimento

O Grupo Trabalho recebeu apoio editorial no desenvolvimento destas recomendações da MSD, por uma subvenção educacional mas a empresa não contribuiu para as discussões do Grupo de trabalho e não teve nenhuma influência sobre o conteúdo deste documento. As conclusões expressas são da exclusiva responsabilidade dos seus autores. Os membros do Grupo não receberam nenhum pagamento ou hospitalidade para a sua participação.

Grupo de Discussão

Ana Paula Almeida (Hosp. Feira), Ana Luísa Pereira (Hosp. Infante D. Pedro, Aveiro), Anabela Amarelo (Hosp. Gaia), Eulália Sousa (Hosp. Santo. António), Isabel Morgado (HSJ), Susana Silva (IPO Porto), Daniela Gregório (IPO Porto), Francisca Ferreira (Hosp. Feira), Carla Correia (HSJ), Lurdes Borges (IPO Porto), Sandra Carvalho (IPO Porto), Fernanda Gonçalves (Hosp. Guimarães), Assunção Moreira (Hosp. Vila Real), Anabela Faria (Hosp. Santo António), Teresa Moreira (IPO Porto), Elsa Santos (IPO Porto), Deolinda Rodrigues (Hosp. Braga), Ivone Moreira (Hosp. Guimarães), M. Clara Abreu (Hosp. Vila Real), Beatriz Soares (Hosp. Leiria), Helena Fernandes (HUC), Sandra Antunes (IPO Coimbra), M. Jesus Fernandes (HUC), Eva Morais (IPO Coimbra), Rodrigo Nunes (IPO Coimbra), Tânia Mendes (HUC), Odília Santos (Hosp. Leiria), Natália Lopes (Hosp. Figueira Foz), Dulcina Sousa (Hosp. Viseu), Cláudia Rodrigues (HUC), Helena Domingues (IPO Coimbra), Teresa Rosa (Hosp. Figueira Foz), Encarnação Boaventura (HUC), António Moreira (IPO Coimbra), M. Cristina Abrantes (Hosp. Horta), João Duarte (Hosp. Beatriz Ângelo), Cristina Santos (Hosp. Santa Maria), Domingos Reis (CLISA), Fabiana Rebelo (IPO Lisboa), Cristina Lacerda (IPO Lisboa), Patrícia Borges (IPO Lisboa), Leonor Bastos (Fundação Champalimaud), Susana Sanches (Hosp. Litoral Alentejano), Pedro Soares (IPO Lisboa), Joana Fonseca (Hosp. Fernando Fonseca), Madalena Guimarães (Hosp. Cascais), Vanessa Leomaro (Hosp. Fernando Fonseca), Diana Oliveira (IPO Lisboa), Marina Campinho (IPO Lisboa).

Coordenação Educacional

M. Jorge Freitas, AEOP

Referências

1. Medscape [http://www.medscape.org/viewarticle/761175_print]. Date accessed: 16/07/2012.
2. MASCC (2011) *MASCC/ESMO antiemetic guideline 2011* (Hillerød: Multinational Association of Supportive Care in Cancer).
3. NCCN (2012) *NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines TM): antiemesis* (Fort Washington: National Comprehensive, Cancer Network).
4. Basch E, Prestrud AA, Hesketh PJ, Kris MG, Feyer PC, Somerfield MR, Chesney M, Clark-Snow RA, Flaherty AM, Freundlich B, Morrow G, Rao KV, Schwartz RN, Lyman GH; American Society of Clinical Oncology (2011) Antiemetics: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 29, 4189–98. DOI: 10.1200/JCO.2010.34.4614
5. Salsman JM, Grunberg SM, Beaumont JL, Rogers M, Paul D, Clayman ML, Cella D (2012) Communicating about chemotherapy-induced nausea and vomiting: a comparison of patient and provider perspectives. *J Natl Compr Canc Netw* 10, 149–57.
6. Vidall C, Dielenseger P, Farrell C, Lennan E, Muxagata P, Fernández-Ortega P, Paradies K (2011) Evidence-based management of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a position statement from a European cancer nursing forum. *Ecancermedical-science* 5, 211.
7. Gralla RJ, Roila F, Tonato M. et al: MASCC/ESMO antiemetic guidelines 2010. [Http://www.mascc.org/mc/page.do?sitePageld88041](http://www.mascc.org/mc/page.do?sitePageld88041)



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

Janeiro 2014

Este documento baseia-se na evidência científica da prevenção da náusea e vômitos nos doentes submetidos a tratamento oncológico e representa a interpretação profissional e de experts nesta área.

Organização:
Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa
www.aeop.net
email: secretariado@aeop.net

Copyright . 2014 AEOP - Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa

Apoio

