

Avaliação

- | | | |
|--|---|--|
| <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O paciente parece fraco? - O paciente parece desconfortável? - Deambulação alterada ou movimento geral? - Se houver fraqueza muscular, há alguma dificuldade respiratória aparente? | <p>Ouvir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O paciente relata fraqueza (unilateral ou bilateral)? - O paciente relata dor nova ou agravada, dormência ou formiguelo? - O paciente relata dificuldade em caminhar ou segurar objetos? | <p>Reconhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Défices motores - Défices sensoriais - Alterações do estado mental - Parestesias - Valores laboratoriais - Histórico passado de toxicidades com outras terapias - O paciente tem diabetes mellitus? - Existem sinais e sintomas neurológicos? - Resultados de imagens anteriores <ul style="list-style-type: none"> o Metástases na medula espinhal o Outras metástases que podem causar sintomas |
|--|---|--|

Grading Toxicity: ULN

Grau 1 (leve)	Grau 2 (Moderado)	Grau 3 (Grave)	Grau 4 (potencialmente fatal)	Grau 5 (Morte)
<p><u>Motor Periférico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Assintomático; apenas observações clínicas ou de diagnóstico - Nenhuma intervenção indicada <p><u>Periférico Sensorial:</u></p> <p>Assintomático; perda de reflexos tendinosos profundos ou parestesia</p>	<p><u>Motor Periférico:</u></p> <p>Sintomas moderados; AVDs instrumentais limitantes</p> <p><u>Periférico Sensorial:</u></p> <p>Sintomas moderados; AVDs instrumentais limitantes</p>	<p><u>Motor Periférico:</u></p> <p>Sintomas graves; limitação das AVDs de autocuidado. Requer dispositivos auxiliares</p> <p><u>Periférico Sensorial:</u></p> <p>Sintomas graves; limitação das AVDs de autocuidado</p>	<p><u>Motor Periférico:</u></p> <p>Risco de vida; intervenção urgente indicada</p> <p><u>Periférico Sensorial:</u></p> <p>Risco de vida; intervenção urgente indicada</p>	

Abordagem clínica

- Estratégia geral:**
- Triagem de causas de neuropatia: diabetes com HbA1C, vit B12, folatos, TSH e HIV
 - Descartar etiologias infecciosas, não infecciosas e relacionadas com doenças (medicamentos, distúrbios metabólicos/endócrinos, exposições ambientais, vasculares ou autoimunes, lesão)
 - A serem usados esteroides em doses elevadas* (0,5-1 mg/kg/ dia de prednisona ou equivalente)
 - Ipilimumab deve ser retirado para evento de Grau 2, nivolumab para a primeira ocorrência de evento de Grau 3 e pembrolizumab com base na gravidade da doença. Descontinuação do ipilimumab para eventos de Grau 2 que duram ≥6 semanas ou incapacidade de reduzir a dose de esteroides* para ± 7,5 mg de prednisona ou equivalente por dia. Pembrolizumab ou nivolumab deve ser descontinuado por eventos de grau 3/4 que se repetem, persistem ≥12 semanas ou incapacidade de reduzir a dose de esteroides para ≤10 mg de prednisona ou equivalente por dia
 - Síndrome de Guillain-Barré a ser controlado em UTI, com atenção especial à proteção das vias aéreas
 - Consulta de Neurologia
 - o Considerar eletromiografia e testes de condução nervosa
 - o Infusões de globulina imune
 - o Plasmaferese
 - Reduzir gradualmente esteroides* durante, pelo menos, 4 semanas após a melhoria dos sintomas
 - Se necessário, ter consulta com fisioterapia ou terapia ocupacional (para avaliação funcional e avaliação da segurança do paciente em casa)

Implementação:

- Comparar a avaliação inicial. Classificar e documentar neuropatia e etiologia (diabético, medicamentos, vascular, quimioterapia)
- Identificação e avaliação precoce dos sintomas do paciente
- Intervenção precoce com trabalho de laboratório e ida ao consultório se houver suspeita de sintomas de neuropatia

*Administração de corticosteroides:

Instruções/calendário de redução gradual de esteroides enquanto guia, mas não como absoluto

- A redução gradual deve considerar o perfil atual dos sintomas do paciente
- Acompanhamento próximo, pessoalmente ou por telefone, com base nas necessidades individuais e na sintomatologia
- Esteroides causam indigestão. Fornecer terapia antiácida diariamente como prevenção de úlcera gástrica enquanto estiver em esteroides (por exemplo, bloqueador da bomba de prótons ou bloqueador H2, se a dosagem de prednisona for >20 mg/dia)
- Analisar os efeitos colaterais dos medicamentos esteroides: alterações de humor (irritação, reatividade, hiperconsciência, euforia, paranoia), aumento do apetite, sono interrompido, sapinhos, retenção de líquidos
- Estar atento aos sintomas recorrentes, à medida que os esteroides diminuem e reportá-los (pode ser necessário redução gradual da dose)

Esteroides de elevada dose a longo prazo:

- Considerar a profilaxia antimicrobiana (sulfametoxazol/trimetoprim em dose dupla M/P/F; dose única se usada diariamente) ou em alternativa se for alérgico a sulfa (por exemplo, atovaquona [Mepron®] 1500 mg VO por dia)
 - Considerar cobertura antiviral e antifúngica adicional
 - Evitar álcool/acetaminofeno ou outras hepatotoxinas
- Se houver uso prolongado de esteroides, há o risco de osteoporose. Iniciar suplementos de cálcio e vitamina D

SINAIS DE ALERTAS:

- **Síndrome de Guillain-Barré**
- **Miastenia grave**
- **Dor, dormência e fraqueza assimétrica, consistentes com uma síndrome de vasculite**

