

Cuidados paliativos no cancro da cabeça e pescoço

Ferraz Gonçalves
2018

“When the tumor is not the target”

Ciência e humanismo ao serviço da vida

- No início, os cuidados paliativos tinham como objectivo minimizar o sofrimento nos doentes cancro avançado quando os tratamentos destinados a controlar a doença deixavam de funcionar e lhes era dito que
 - não havia mais nada a fazer.

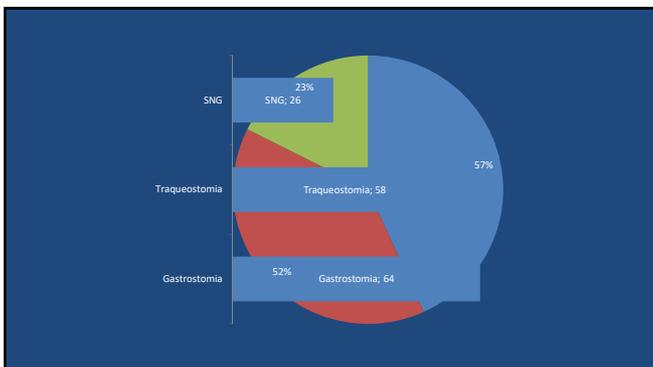
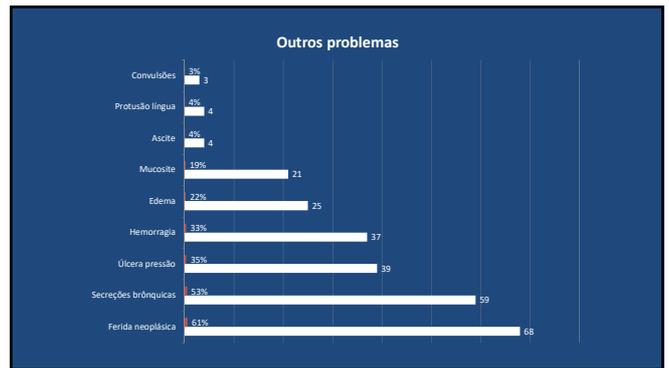
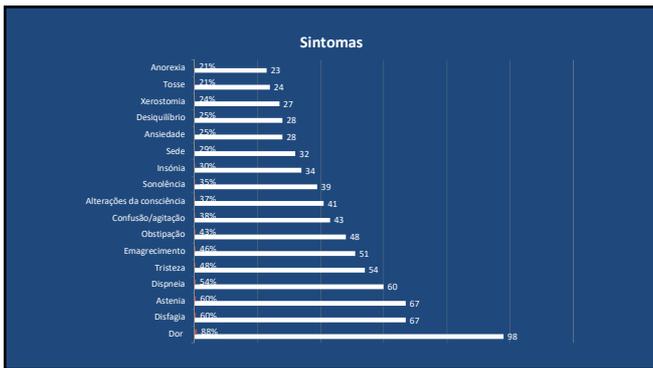
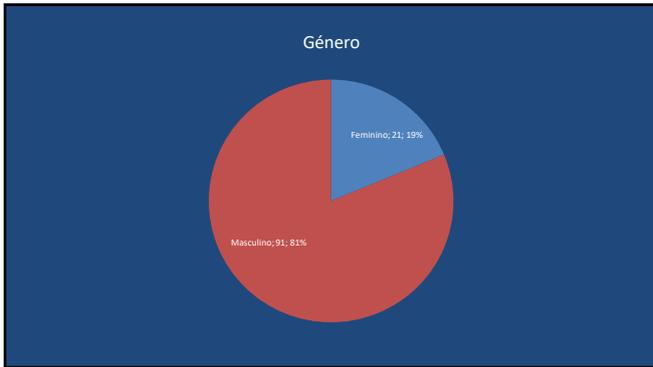
Ciência e humanismo ao serviço da vida

- Há a ideia de que assim permanecem.
- E, de facto, ainda é isso que são, – mas não são só isso.
- Hoje os cuidados paliativos devem actuar em conjunto com os tratamentos que têm como finalidade controlar as doenças:
 - Podem ajudar as pessoas a viver melhor,
 - e também a viver mais.

Dados de um estudo realizado no serviço

Dados de um estudo realizado no serviço

- Estudo realizado entre 17/06/2007, data de abertura da UCP-R, e 30/06/2012
- Foram admitidos 1109 doentes e 112 (10%) tinham cancro da cabeça e pescoço



Disfagia

- Sintoma muito frequente (\pm 40% dos doentes)
- Causas
 - Obstrução mecânica
 - Obstrução funcional
 - Fístula
 - Dor

Disfagia

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

Disfagia

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

Disfagia

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

Dispneia

- É frequente o comprometimento das vias aéreas
- Em alguns casos poderá ser possível melhorar a situação:
 - Cirurgia
 - Radioterapia
 - Próteses

Dispneia

- É necessário atender à vontade dos doentes.
- Discutir a situação também com os familiares, se necessário.
- Os corticosteróides podem melhorar transitoriamente a dispneia
- Traqueostomia: pode ser a solução.
- Quando há sufocação irreversível ou com uma solução que o doente não aceite, os opióides e/ou a sedação com midazolam poderão ser a única resposta para o sofrimento que induz.

Secreções

- O excesso de secreções associado e/ou a incapacidade de as engolir ou eliminá-las de outra maneira podem ser um problema desagradável.
- A aspiração pode ajudar em alguns casos, mas também é invasiva e traumatizante.
- Usa-se com frequência a butilescopolamina (SC; por via oral o seu efeito é pouco fiável) pela sua atividade antimuscarínica.
- Uma revisão Cochrane sugere que os benefícios daí resultantes são limitados.

Delirium

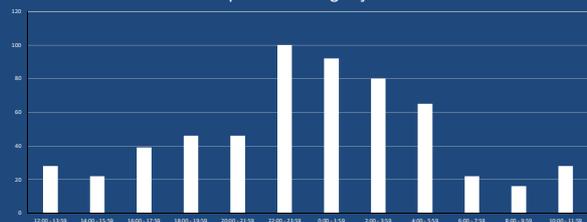
- A confusão e a agitação são frequentes no cancro da cabeça e pescoço
- Muitos doentes têm uma história pesada de consumo de álcool, que predispõe para os efeitos da privação
- Outras causas:
 - Infecções, desidratação, alterações metabólicas (hipercalcemia), insuficiência respiratória, retenção urinária, metástases cerebrais, etc.
 - Toxicidade medicamentosa e privação

Delirium

	N	(%)
Primário	33	(27)
Cabeça e pescoço	27	(20)
Pulmão	7	(5)
Ginecológico	7	(5)
Mama	7	(5)
Estômago	7	(5)
Colo-rectal	7	(5)
Pâncreas	6	(4)
SNC	5	(4)
Próstata	5	(4)
Rim	5	(4)
Outros	22	(16)
Total	135	(100)
Mulheres 33 (24%); Homens 102 (76%)		
Idade: média 67,75 anos (SD ±12,09)		

Delirium

Episódios de agitação



Controlo de urgência da agitação

- Doente sem acesso venoso
 - Haloperidol – 5mg IM + Midazolam – 5 mg IM
 - 30 minutos depois se a situação não estiver controlada:
 - Haloperidol – 2 mg SC + Midazolam – 5 mg SC; até 2 doses
 - Depois, se a situação ainda não estiver controlada:
 - Midazolam 5 mg SC de 1/1 hora até ao controlo da situação.
- Se após o controlo da situação o doente voltar a ficar agitado, verificar quanto tempo decorreu desde a última dose do protocolo. Se tiverem decorrido mais de 2 horas recomendar o princípio, se tiverem decorrido menos prosseguir o protocolo a partir do ponto em que se estava.

Controlo de urgência da agitação

- Doente com acesso venoso
 - Haloperidol 2 mg IV + Midazolam – 2 mg IV, seguido de 1 mg por minuto até ao encerramento das pálpebras.

Delirium

• Tratamento de manutenção

- Haloperidol
- Clorpromazina
- Olanzapina
- Risperidona
- Metilfenidato

- Midazolam
- Levomepromazina
- Fenobarbital
- Propofol

Controlo do sono

- Tendência para a inversão do ciclo sono-vigília;
- Tendência a agravar-se a agitação psicomotora à noite.

- As benzodiazepinas podem agravar o delirium:
 - se o sono por elas induzido não for profundo e contínuo podem ter um efeito contrário ao desejado.

- Para o controlo do sono especificamente podem usar-se neurolépticos mais sedativos do que o haloperidol:
 - Clorpromazina,
 - Levomepromazina.

- Trazodona, um antidepressivo com intensa acção sedativa, pode ser útil para induzir o sono nestes doentes.

Hemorragia

- As hemorragias de grande volume podem causar grande ansiedade nos doentes e nos seus familiares.
- Se não estiverem preparados pode causar-lhes grande angústia e complicar o luto para os familiares.
- Mas, por outro lado, discutir algo que pode não ocorrer pode causar medo e ansiedade

Hemorragia

- Se as hemorragias são previsíveis, devem usar-se lençóis de cor verde ou azul e ter toalhas disponíveis das mesmas cores para disfarçar o sangue, cuja visão é assustadora

- Peças de cor vermelha (não)

Razões para sedar

	nº (%)
Delirium	15 (51.7)
Hemorragia	6 (20.7)
Dispneia	5 (17.2)
Desejo do doente	1 (3.4)
Dor/dispneia	1 (3.4)
Agitação/dispneia	1 (3.4)
Total	29 (100)

Hemorragia

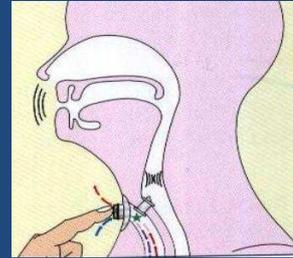
- Não existe acesso venoso:
 - Midazolam – 15 mg IM

- Existe um acesso venoso:
 - Midazolam – 1 mg/min IV, até ao encerramento das pálpebras

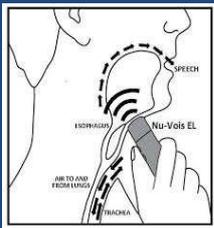
Comunicação

- Depende de vários factores: anatómicos, capacidade física e cognitiva
 - Prótese traqueoesofágica
 - Electrolaringe
 - Programas de comunicação por computador
 - Papel e esferográfica

Prótese traqueoesofágica



Electrolaringe



Feridas neoplásicas

- Dor
- Odor
- Exsudado
- Hemorragias
- Aparência desagradável
- Impacto na imagem corporal e na auto-estima

Feridas neoplásicas

- Dor
- Odor
- Exsudado
- Hemorragias
- Aparência desagradável
- Impacto na imagem corporal e na auto-estima

Feridas neoplásicas

- Dor
- Odor
- Exsudado
- Hemorragias
- Aparência desagradável
- Impacto na imagem corporal e na auto-estima

Feridas neoplásicas

- Odor
 - Limpeza da ferida
 - Com água no chuveiro se for possível e a ferida não for friável
 - Peróxido de hidrogénio, soluto de Dakin, iodopovidona – não consensual
 - Desbridamento em algumas situações
 - Metronidazol gel 0,75%
 - Cadexómero de iodo (Iodosorb gel)
 - Pensos de carvão activado
- Antibióticos sistémicos só quando há infecção

Feridas neoplásicas

- Exsudado
 - Uma camada de penso não aderente
 - Material absorvente (alginatos, etc), pensos higiénicos
 - Protecção do tecido circundante

Problemas emocionais

- O cancro da cabeça e pescoço é provavelmente o cancro mais traumático psicologicamente
- A depressão é mais frequente do que em outros tipos de cancro, com vários graus de gravidade (22%-57%)
 - Muitas vezes não é reconhecida
 - Influencia vários aspectos, nomeadamente a adesão ao tratamento
- Irritabilidade
- Ansiedade
- Perda de auto-estima
- Vergonha

Problemas emocionais

- A taxa de suicídio é de 50,5 por 100 000 pessoas por ano nos EUA.
- Mais de 4 vezes a taxa na população geral e na população com cancro em geral

Problemas emocionais

- Desfiguramento:
- Dificuldades de relacionamento, incluindo com o cónjuge (interacção, sexual) e com outros membros da família

Problemas Psicossociais

- Perda do emprego
- Redução do rendimento
- Sentimento de inutilidade

Intervenção psicológica

- Apesar do impacto psicológico do cancro da cabeça e pescoço há poucos dados de qualidade sobre as intervenções psicológicas nestes doentes

www.medicinapaliativa.pt