



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



AEOP • GRUPO RADIOTERAPIA

Consensos & Estratégias | 2015



Linhas de Consenso

RADIODERMITE

Linhas de Consenso em Enfermagem para uma melhor intervenção



Prefácio

Durante a Reunião de Oncologia da Primavera que decorreu em Évora, em Abril de 2014, discutiu-se em Workshop de Enfermagem as principais abordagens no tratamento da radiodermite. A discussão e redação final deste documento, teve lugar um ano após, em Abril de 2015 na Reunião de Oncologia da Primavera. Trata-se de um documento complementado e discutido pelos enfermeiros que trabalham especificamente nesta área da oncologia e que tratam diretamente o doente com Radiodermite. Estas Linhas de Consenso definem a orientação para Enfermeiros de Radioterapia.

Coordenador WG raditerapia





Intervenções de Enfermagem na pessoa com Radiodermite

I. Definição e Incidência



A Radiodermite ou ferida radiógena é um dos efeitos secundários mais comuns do tratamento com radiação ionizante^[10], é progressiva e aparece habitualmente entre a 2ª e a 3ª semana de tratamento.

A incidência real da radiodermite é difícil de determinar, no entanto estima-se que entre 80-90% dos doentes submetidos a Radioterapia (RT) vão experienciar algum grau de radiodermite sendo que a maioria é de menor intensidade (eritema ligeiro e descamação seca) e que 10-15% são graus mais avançados (descamação húmida e ulceração)^[2].

A utilização de técnicas mais avançadas nos últimos anos, como o IMRT (radioterapia por intensidade modulada), está associada à diminuição da intensidade e severidade das reações cutâneas^[11]. No entanto, os esquemas de QT/RT, assim como as doses progressivamente maiores de radioterapia e os fracionamentos alterados, fazem com que a toxicidade cutânea continue a ser um problema de primeira linha na prática clínica.

II. Fatores de risco

Existem alguns fatores associados ao tratamento com RT que influenciam o aparecimento, duração e intensidade das radiodermites, dependendo tanto das características intrínsecas do doente, como da doença e do tratamento administrado.

Características do doente:

- Idade
- Estado nutricional
- Hábitos alcoólicos/tabágicos
- Co-morbilidades (Diabetes, HIV, etc.)



Características do Tratamento:

- Dose Total, energia, fracionamento
- Homogeneidade da dose: segmentos (compensadores e cunhas)
- Volume de tratamento
- Utilização de Rx/electrões
- Bólus
- QT concomitante ou de radiosensibilização



Características da doença:

- Estadio (TNM)
- Localização (pregas cutâneas, axila, etc.)
- Cicatrizes, estomas



III. Sinais e sintomas verificados



A toxicidade radioinduzida pode ser dividida em aguda ou tardia mediante o tempo de aparecimento.

Existem diversas escalas para avaliar o grau e intensidade das reações cutâneas durante a RT, sendo as mais utilizadas a RTOG/EORTC* e a do National Cancer Institute (NCI - CTC), que diferem muito pouco na sua avaliação. Consideramos a primeira por ser a mais utilizada.

Na **Toxicidade Aguda** os efeitos adversos surgem durante o tratamento e até aos 90 dias após o início da RT.

Na **Toxicidade Tardia** os efeitos adversos surgem entre meses e anos após o término da RT.

grau	TOXICIDADE AGUDA
1	• Eritema ligeiro a moderado • Alopecia • Descamação seca • Hipohidrose
2	• Eritema moderado a intenso • Pele sensível • Descamação húmida irregular • Edema moderado
3	• Descamação húmida confluyente (não restrita a pregas cutâneas) • Edema marcado
4	• Ulceração • Hemorragia • Necrose

Tabela 1: Escala RTOG/EORTC Acute Radiation Scoring Criteria [SKIN]

grau	TOXICIDADE TARDIA
1	• Atrofia ligeira • Alteração da pigmentação • Alopecia parcial
2	• Atrofia moderada • Telangiectasias moderadas • Alopecia total
3	• Atrofia marcada • Telangiectasia marcadas
4	• Ulceração

Tabela 2: Escala RTOG/EORTC Late Radiation Morbidity Scoring Schema [SKIN]

* **RTOG/EORTC:** Radiation Therapy Oncology Group / European Organization for Research and Treatment of Cancer

ERITEMA

O **Eritema** é a primeira manifestação da radio-dermite e pode ocorrer na 1.^a semana sendo mais frequente a partir da 2.^a, 3.^a semana de tratamento. Caracteriza-se por pele seca e sensível, sensação de calor e repuxamento e prurido. Pode também manifestar-se por rash de cor uniforme ou em mancha.

DESCAMAÇÃO SECA

A **Descamação Seca** caracteriza-se por pele seca e descamativa, prurido e hipersensibilidade que provocam dor e desconforto que fica exacerbado com o toque da roupa. Importa realçar que a descamação seca rapidamente evolui para descamação húmida, principalmente se se tratarem de pregas cutâneas.

DESCAMAÇÃO HÚMIDA

A **Descamação Húmida** induzida pela RT é uma ferida e deve ser tratada como tal. Clinicamente surge como eritema moderado a intenso, a pele aparece endurecida, hiperpigmentada, brilhante e com exsudado sero-hemático, com dor intensa ao toque e à manipulação. Existe risco de infeção principalmente se se tratar de pregas (axilas, sulco infra-mamário ou região inguinal) sendo que neste caso o exsudado pode ser purulento. Neste caso, deve ser colhida uma zaragatoa para estabelecer o diagnóstico de infeção.

É frequente observar-se o aparecimento de ilhotas de tecido epitelial no interior da descamação húmida, quando esta começa a regredir.

ULCERAÇÃO, HEMORRAGIA E NECROSE

A **Ulceração, Hemorragia ou Necrose** é a forma mais grave de toxicidade aguda da pele provocada pela RT. Atualmente é pouco frequente e surge apenas como efeito tardio.

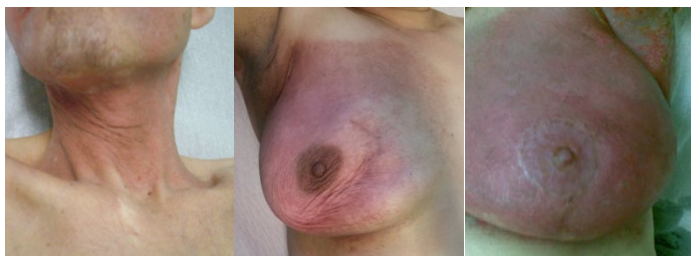


Figura 1: Exemplos de eritema observado durante o tratamento de Radioterapia (eritema ligeiro, moderado e intenso)



Figura 2: Exemplos de descamação seca observada durante o tratamento de Radioterapia



Eritema moderado a intenso

Pele brilhante e com exsudado

Hiperpigmentação

Figura 3: Exemplos de descamação húmida observada durante o tratamento de Radioterapia



Figura 4: Ilhotas de tecido epitelial observado no centro da descamação húmida



II. Intervenções



A – NA PREVENÇÃO DE RADIODERMITE

Tendo em consideração os objectivos dos cuidados com a pele irradiada, a primeira medida para evitar os efeitos adversos na pele, é a prevenção. A educação para o tratamento é fundamental, e o doente e família devem ser orientados sobre as medidas gerais de manutenção da higiene da pele, conforto, protecção do trauma, suporte nutricional e hidratação adequada.

Apesar da evidência limitada que suporta as medidas gerais tais como a lavagem com sabonete neutro e água tépida, manter a área irradiada limpa e seca, usar roupas largas e proteger a região irradiada de agentes irritantes, a evidência prática diz-nos que são eficazes (Omidvari et al, 2007).

As áreas com pregas cutâneas (ex: região axilar, infra-mamária, inter-nadegueira, períneo, virilhas e pregas abdominais) estão em maior risco de desenvolver reação da pele, devido ao aumento de temperatura, fricção, humidade e pela falta de arterialização.

Deste modo, torna-se evidente que qualquer zona sujeita a um traumatismo, seja ele uma intervenção cirúrgica, um processo infeccioso ou um traumatismo accidental, mecânico, térmico ou químico, é mais propícia a reações secundárias à RT, sendo estas mais intensas. Por último o uso de tópicos como pomadas, cremes, pastas ou loções que contenham elementos que interagem com a radiação, mesmo não sendo lesivos por si só, se aumentam a dose absorvida pela pele devem ser evitados. O melhor exemplo são os tópicos contendo moléculas de metais, como por exemplo, os que contêm zinco, iodo e prata.

O quadro ao lado resume as intervenções possíveis referentes à prevenção.

OBJECTIVO DOS CUIDADOS	INTERVENÇÃO
Promover a limpeza (região irradiada)	Instruir sobre: • Manutenção dos hábitos de higiene; • Uso de água tépida; • Uso de sabonete suave, com ph neutro e sem perfume (tipo glicerina, sabonete de bebé); • Lavagem suave, com a palma da mão; • Secagem sem esfregar com uma toalha macia, preferência de algodão; • No caso da região irradiada ser a nível craniano usar champô de bebé e optar por escova macia em vez de pente.
Promover o conforto	• Aplicar creme emoliente 3 vezes ao dia, devendo o mesmo ser recomendado pelo médico/enfermeiro assistente do Serviço de Radioterapia; • Não friccionar a pele; • Não utilizar produtos perfumados, pós, cosméticos, creme de barbear e after-shave pois podem conter componentes químicos irritantes (Nota: É desaconselhado o uso de anti-transpirante que contenha alumínio e álcool, e em pele não íntegra);
Prevenir o trauma	• Fazer a barba com máquina elétrica (Nota: lâmina, cera e cremes depilatórios são desaconselhados durante a RT); • Usar roupa larga e de algodão; • Proteger a pele da exposição solar direta (uso de chapéu, lenço); • É desaconselhada a aplicação direta de calor ou frio assim como a exposição a temperaturas extremas (calor/frio); • Não utilizar adesivos na área irradiada (Nota: se necessário usar malha tubular ou ligadura); • Aplicar copolímero acrílico hidratante se necessário; • Usar um detergente suave para a lavagem da roupa.



B – NO TRATAMENTO E CONTROLO DA RADIODERMITE

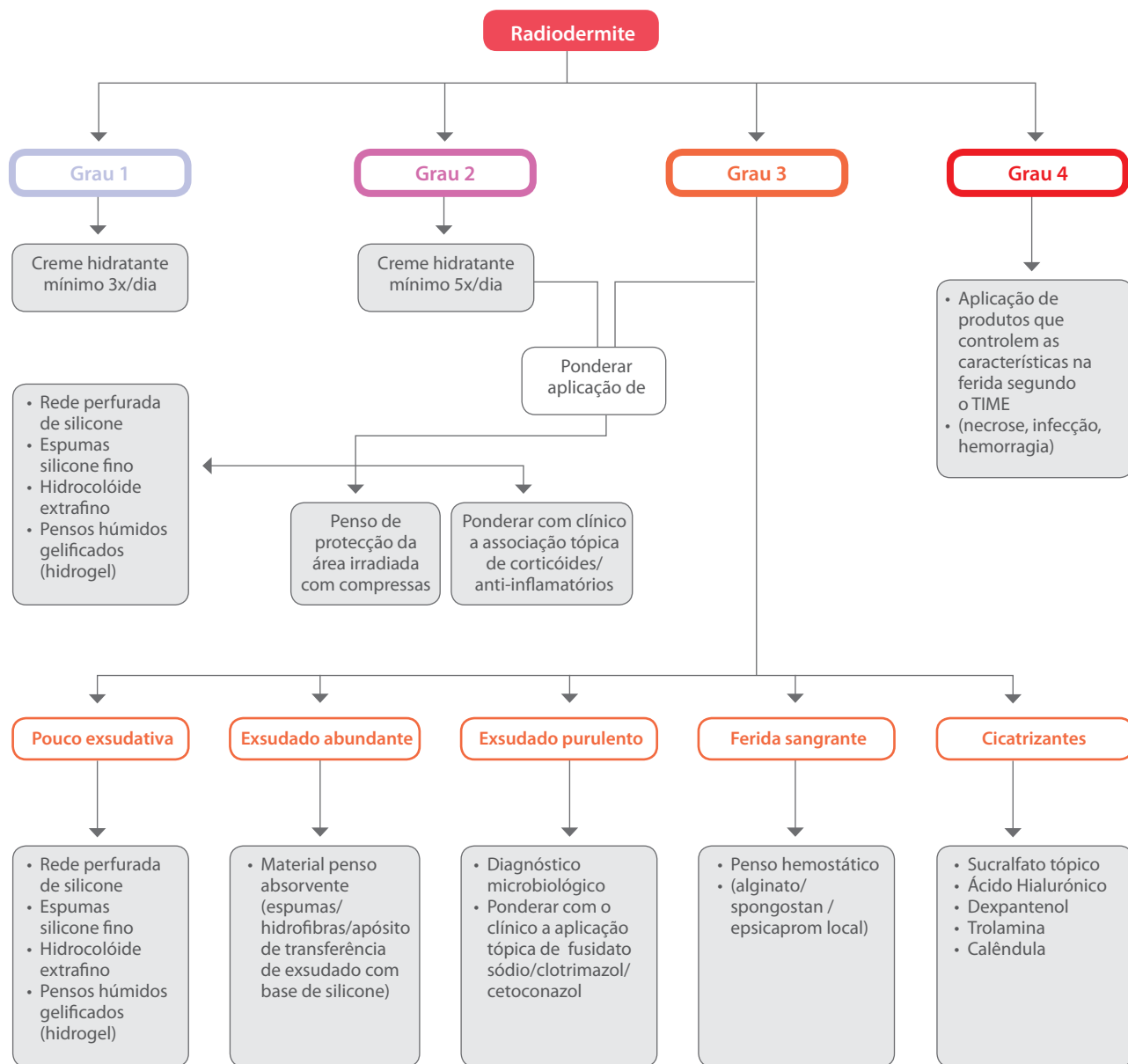
Nem sempre conseguimos prevenir o aparecimento da radiodermite, pois como já vimos anteriormente, muitos são os fatores desencadeantes da mesma, estamos perante uma ferida com algumas particularidades, e que por isso, impõe uma compreensão mais especializada sobre o seu comportamento.

A decisão sobre o tratamento adoptado, implica uma abordagem sistemática, na qual o enfermeiro tem a responsabilidade de avaliar com o doente / família a sua capacidade para o tratamento, face às características da radiodermite, e adequar o penso às necessidades do mesmo, principalmente tratando-se de Radiodermite graus II e III.

OBJECTIVO DOS CUIDADOS	INTERVENÇÃO
Promover limpeza e um ambiente húmido (descamação seca ou pouco húmida)	<i>Radiodermite grau II</i> • Limpar suavemente com soro fisiológico; • Aplicar copolímero acrílico com hidratante; • Aplicar pensos que mantenham a hidratação e que tenham baixa aderência: hidrocolóides extrafinos, películas antiaderentes com silicone ou pensos gelificados (hidrogel).
Controlar a hemorragia, odor, exsudação excessiva	<i>Radiodermite grau III</i> • Limpar suavemente com soro fisiológico • Aplicar copolímero acrílico com hidratante; • Aplicar pensos que mantenham a hidratação, que tenham baixa aderência e de acordo com o grau de exsudação: - Exsudado abundante: material absorvente (ex: espumas, hidrofibra); - Exsudado muito espesso: pensos húmidos com hidrogel; - Ferida sangrante: penso com material hemostático.
Gerir a dor	• Cobrir as áreas abertas com pensos de baixa aderência para proteger as terminações nervosas • Gerir a terapêutica analgésica prescrita
Prevenir a infeção	• Vigiar sinais e sintomas de infeção • Limpar com soro fisiológico • Efectuar zaragatoa • Ponderar antibioterapia/antifúngico (prescrição médica)
Prevenir o trauma	• Não utilizar adesivos na área irradiada, utilizar em substituição malha tubular ou ligadura.



FLUXOGRAMA DE DECISÃO





III. Cuidados no Pós-Radioterapia



Ao terminar o tratamento de RT é fundamental que o doente/família tenha noção que a reacção aguda na pele atinge o seu pico em uma a duas semanas após a conclusão do mesmo, pelo que pode haver necessidade de o doente manter o tratamento à radiodermite no serviço ou nos cuidados de saúde primários da área de residência. Além disso, o doente/família deve manter os cuidados que teve durante o tratamento durante mais três/quatro semanas após o final do tratamento.

No caso em que a zona já não está a ser irradiada, poder-se-á utilizar produtos com zinco. Estes produtos são cicatrizantes devendo ser aplicados em camada mais finas, podendo mesmo carecer de protecção com compressa. É necessário ter atenção que estes produtos secam bastante a pele pelo que terão que ser suspensos quando já existe uma franca recuperação da epiderme.

Após o tratamento a pele irradiada pode permanecer mais sensível ao frio e ao calor e desenvolver uma queimadura solar com maior facilidade. O doente deve por isso, continuar a proteger a pele irradiada da exposição directa ao sol, através do vestuário e/ou mediante a aplicação de um protector solar de fator elevado (+50).

Coordenação:

Marisa Matos

Serviço Radioterapia IPO Porto

Contribuição dos autores:

M. João Brogueira, *IPO Porto*

Rita Vaz, *IPO Coimbra*

Abertina Santos, *IPO Lisboa*

Fátima Rodrigues, *Hospital de Braga*

Sara Cordeiro, *IPO Lisboa*

Primeira Discussão:

Encontros de Oncologia da Primavera, Évora, Março de 2014

Apresentação Final:

Encontros de Oncologia da Primavera, Évora, Abril de 2015

Referências Bibliográficas:

1. BCCancer Agency (2013) – Care of radiation skin reactions. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/5D986439-3614-4F17-9E50-7FECC73C45D1/72956/14RadiationDermatitis.pdf>. Acedido em Abril 2015
2. CALVO, Felipe. Oncologia Radioterápica – principios, métodos, gestión y práctica clínica. Copyright. Spain: Arán Editores, S.L., 2010. ISBN 978-84-92977-05-5. Cap. 6.3.3 Cuidados de la piel.
3. FEIGHT, Deborah, et al (2011) Putting evidence into practice: Evidence based interventions for radiation dermatitis – Clinical Journal of Oncology Nursing, vol.15 (5)
4. NATIONAL CANCER INSTITUTE – Radiation Therapy and You: Support for people with cancer. NIH Publication No 12-7157. 1-800-422-6237. May 2012
5. ONS, Where Oncology Nurses Connect – Radiodermatitis: Definition Table. Putting Evidence Into Practice. Feb 2010
6. ONS, Where Oncology Nurses Connect – Radiodermatitis: Research Evidence Table. Putting Evidence Into Practice. April 2013
7. OTTO, Shirley E.(2000) – Enfermagem em Oncologia. 3ª ed. Lisboa: Lusociência.
8. Radiation therapy oncology group. www.rtog.org. Acedido em Abril 2015
9. RODRIGUES, Rui (2014) – Radioterapia. <http://ruirodrigues.net/radio2/> Acedido em Abril 2015
10. ST. JAMES'S INSTITUTE OF ONCOLOGY (2011) – Managing radiotherapy induced skin reactions disponível em <http://www.ycn.nhs.uk/html/downloads/lthtmanagingradiotherapyinducedskinreactions-oct2011.pdf>. Acedido em Abril 2015
11. VERÍSSIMO, Margarida [et. al] – Radioterapia em Utentes de ORL – Acção de Enfermagem. In: Sinais Vitais. N.º 52, Janeiro de 2004, p. 25-30
12. WAGHMARE, Chaitali – Radiation burn: From mechanism to management. Burns 39. Elsevier (2013) p. 212-219



Anexo. Guia para avaliação das radiodermites /opções terapêuticas

Este guia tem como objetivo fornecer orientações para a avaliação de radiodermites, seleção e uso seguro do material de penso. Não substitui a prescrição clínica nem a avaliação global do doente.

	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4
<i>Tipo de radiodermite</i>				
	Eritema ligeiro a moderado Alopécia Descamação seca Hipohidrose	Eritema moderado a intenso Pele sensível Descamação húmida irregular Edema moderado	Descamação húmida confluyente (não restrita a pregas cutâneas) Edema marcado	Ulceração Hemorragia Necrose
Objetivos das opções terapêuticas	Hidratar	Hidratar Promover a epitelização	Controlar o exsudado Promover a epitelização	Promover a epitelização
Opções terapêuticas	Creme emoliente em camada fina 3x/dia - Corticóide (pele íntegra)* - Copolímero acrílico hidratante *usados com precaução por risco de mascarar sinais e sintomas de infecção	Creme emoliente 5x dia Cicatrizantes e regenerantes Material de penso: - Hidrocolóide - Películas antiaderentes com silicone* - Pensos húmidos/gelificados (hidrogel)* *Proteger com telfa ou outro material antiaderente	Material de penso (em função do grau de exsudação e tipo): - Hidrocolóide - Material de penso absorventes (espuma, hidrofibras) - Películas antiaderentes com silicone* - Pensos húmidos/gelificados (hidrogel)* *Proteger com telfa ou outro material antiaderente ou penso secundário absorvente	O tratamento de radioterapia é interrompido e a abordagem local estará de acordo com os princípios de preparação do leito da ferida – TIME/DIM
Recomendação para a prática	Eficaz: - Calêndula Seguro: -Dexpantenol -Camomila -Ácido hialurónico -Copolímero acrílico hidratante -Creme com ureia -Aloé vera	Eficaz: - Calêndula - Ácido hialurónico Seguro: -Dexpantenol -Camomila -Ácido hialurónico -Copolímero acrílico -Sucralfato -Corticoides	Eficaz: - Ácido hialurónico - Sulfadiazina de prata - Copolímero acrílico - Compressas impregnadas em mel - Compressas de prata (SÓ as que não libertam prata)	O tratamento de radioterapia é interrompido e a abordagem local estará de acordo com os princípios de preparação do leito da ferida – TIME/DIM
Objectivos gerais de cuidados com área irradiada	Promover a limpeza Promover o conforto Prevenir o trauma	Promover a limpeza e um ambiente húmido Promover o conforto Prevenir o trauma Reduzir a inflamação Gerir a dor Prevenir a infecção	Promover a limpeza e um ambiente húmido Controlar a hemorragia, odor, exsudação excessiva Promover o conforto Prevenir o trauma Reduzir a inflamação Gerir a dor Prevenir a infecção	Promover a limpeza e um ambiente húmido Controlar a hemorragia, odor, exsudação excessiva Promover o conforto Prevenir o trauma Reduzir a inflamação Gerir a dor Prevenir a infecção



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



AEOP • GRUPORADIOTERAPIA