



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



Consensos & Estratégias | 2017



Linha de Consenso

MUCOSITE ORAL EM RADIOTERAPIA

Linha Consenso de Boa Prática Clínica



Prefácio

Este documento centra-se no âmbito da Prevenção da Mucosite em doentes submetidos a tratamento com Radioterapia, pretendendo ser uma orientação para os profissionais de enfermagem, tendo por base princípios científicos. Para isso, definiram-se os seguintes objetivos:

- Estabelecer linhas orientadoras no que respeita à prevenção e ao tratamento da mucosite em doentes submetidos a radioterapia;
- Normalizar procedimentos que garantam uma boa prática tendo por base princípios científicos.

Trata-se de um trabalho complementado e discutido pelos enfermeiros que trabalham em várias Unidades Nacionais e que lidam diretamente com estes doentes. Este documento a que chamamos Linhas de Consenso define uma orientação clínica nesta área.

O suporte científico deste documento foi consolidado com recursos às orientações práticas recomendadas por grupos de peritos internacionais, das quais se destacam as Guidelines da European Society for Medical Oncology (ESMO, 2015), Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO, 2014), United Kingdom Oral Mucositis In Cancer Group (UKOMIC, 2015) e a European Oncology Nursing Society (EONS).





1. Contextualização



A mucosite oral define-se como uma inflamação da mucosa oral que resulta da ação de agentes citostáticos e da radiação ionizante. [1-4]

Entre as causas da mucosite oral estão as doenças infecciosas, imunodeficiência e medicação, sendo que nos doentes de cabeça e pescoço as duas causas major são as altas doses de quimioterapia e a radioterapia. [1]

Tipicamente caracteriza-se por eritema ou ulceração que podem ser exacerbados por fatores locais tais como infeções secundárias e trauma. [1-2]

Pode resultar em dor, disfagia e alteração na capacidade para a comunicação oral. Tais ulcerações podem colocar estes doentes, imunodeprimidos, em risco de sépsis devido a infeções oportunistas. [3]

De acordo com a *World Health Organization (WHO)*, a incidência da mucosite oral de grau 3 e 4 é de cerca de 85% nos doentes submetidos a radioterapia (60-70 Gy) na região da cabeça e pescoço, mas todos os doentes apresentam algum grau de mucosite. [1]

A mucosite oral é assim, o efeito agudo de maior frequência e de maior efeito dose-limitante para a radioterapia na região da cabeça e pescoço. Este facto deve-se à alta taxa de divisão celular e à baixa radiorresistência das células da mucosa da cavidade oral, faringe e laringe que respondem precocemente aos efeitos tóxicos da radiação a que estão expostos. [1,2,5] Quando o campo de irradiação compreende as glândulas salivares e a mucosa oral, aumenta o risco de desenvolver mucosite. [1, 5]

Segundo Boers-Doets (2013), a dor associada às lesões pode levar à necessidade de suporte nutricional entérico com recurso a sonda nasogástrica ou gastrostomia, bem como ao uso de opióides, com o objetivo de manutenção da dose total de tratamento de radioterapia planeado. [1, 6]

Existem alguns fatores descritos associados ao tratamento de radioterapia sobre a mucosa oral que influenciam o aparecimento, duração e intensidade da mucosite oral. Segundo Barasch & Peterson (2003) os fatores de risco estão relacionados com fatores do tratamento e do próprio doente. [7]

Quadro I: Fatores de risco para a mucosite oral induzida pelo tratamento de radioterapia: [1, 5, 6, 7, 11].

FATORES DO DOENTE	FATORES DO TRATAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Estado nutricional deficiente • Suporte entérico (SNG ou PEG) • Estado da dentição (Ex: focos de infeção local; próteses dentárias) • Lesões orais • Hábitos de hidratação oral diminuída • Hábitos de higiene orais precários • Baixa produção de saliva • Hábitos alcoólicos • Hábitos tabágicos • Função imune comprometida (Diabetes, HIV..) • Fatores genéticos • Suportes terapêuticos (opióides, diuréticos, sedativos, oxigenioterapia) • Outras comorbilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modalidade • Intensidade • Campo de irradiação • QT concomitante



Figura 1: Mucosite oral

Figura 2: Mucosite oral: Eritema, Edema, ulceração, hemorragia

Segundo Rubenstein (2004) a primeira fase de mucosite oral é caracterizada pela lesão das células submucosas na boca. Esta lesão desencadeia uma cascata de eventos levando eventualmente a danos mais extensos às células e tecidos subjacentes. Se a mucosite oral não for controlada, o dano celular e a sua consequente morte, podem impedir a renovação celular e a cicatrização optima. Neste ponto, o dano à mucosa pode progredir para uma fase ulcerativa mais grave, onde a barreira mucosa é quebrada. [3, 9]

A avaliação do grau de mucosite é realizada com recurso a escalas, das quais se destaca a Escala da World Health Organisation (WHO,1979) e do National Cancer Institute Common Toxicity Criteria for Adverse Events (NCI-CTAE,1999).^[1] Estas escalas foram desenvolvidas para descrever toxicidades em doentes submetidos a quimioterapia, integrando sinais objetivos, subjetivos e funcionais da mucosite.^[9] Especialistas do UKOMIC (2015) recomendam o uso da Escala de Toxicidade Oral da WHO uma vez que é rápida e fácil de ser utilizada.^[3, 9]

Quadro II: Escala de toxicidade oral da WHO (1979) (adaptado da ESMO 2015)^[1]

GRAUS DA MUCOSITE	ESCALA DE TOXICIDADE ORAL WHO
0	Sem mucosite
1	Eritema e sensibilidade
2	Úlcera, pode deglutir alimentos sólidos
3	Úlcera, requer dieta líquida
4	Úlceras, não é possível alimentação

Quadro III: Escala de Toxicidade oral NCI- CTCAE (1999, version4.03)^[4]

GRAUS DA MUCOSITE	ESCALA DE TOXICIDADE ORAL NCI-CTCAE
1	Assintomático, sintomas ligeiros
2	Dor moderada, que não interfere com ingestão oral, modificação de dieta
3	Dor severa, interfere com a ingestão oral
4	Consequências que ameaçam a vida; intervenção urgente indicada
5	Morte

Habitualmente as severidades das reações da mucosite oral em radioterapia são mensuradas através da Escala da *Radiation Therapy Oncology Group (RTOG)* do Cooperative Group Common Toxicity Criteria.

Quadro IV: Escala de toxicidade oral de acordo com RTOG^[10]

GRAUS DA MUCOSITE	ESCALA DE TOXICIDADE ORAL RTOG
1	Eritema, inflamação e dor ligeira
2	Mucosite (edema e ulcera), dor moderada, tolera dieta mole/liquida
3	Mucosite (edema e ulcera), dor severa, disfagia total
4	Todos os sintomas anteriores e requer suporte parentérico ou entérico

Dado que existem várias escalas é recomendado que todos os membros da equipa que cuidam do doente utilizem a mesma escala. A avaliação da boca deve ser feita de forma completa e com intervalos regulares de monitorização e respetivo registo.^[11]



2. Intervenções de enfermagem



Segundo Zahn (2012), cabe aos enfermeiros implementar e supervisionar os cuidados orais, considerando sempre prioritário fornecer informação ao doente e auxiliar o mesmo no processo de educação para a saúde, facilitando a adesão e o sucesso das intervenções de enfermagem.^[12]

Conhecem-se três áreas de intervenção primordial dos enfermeiros que podem ter impacto na gestão da mucosite oral.^[9]

1. Avaliação eficaz e monitorização da cavidade oral e dos sintomas;
2. Gestão da doença e garantia das intervenções adequadas;
3. Educação do doente.

NA PREVENÇÃO

Segundo Boers-Doets (2004), os cuidados de higiene oral são cruciais e é importante os doentes serem devidamente educados sobre as complicações orais antes do tratamento. As medidas preventivas são importantes para reduzir a severidade da mucosite. As fontes de trauma devem ser eliminadas e a dor evitada.^[1]

Os doentes devem ser avisados da importância de efetuarem uma inspeção regular da cavidade oral e informar os profissionais de saúde aos primeiros sinais e sintomas de complicações orais.^[4]

Recomenda-se que todos os doentes devem ser educados e encorajados a manter uma boa higiene oral. Doentes submetidos a quimioterapia de alta dose e radioterapia de cabeça e pescoço, devem ser referenciados para estomatologia para uma avaliação e tratamento prévios ao início do tratamento.^[3]

O grau de impacto da prevenção está diretamente correlacionado com o ensino e orientação que estabelecemos com o doente e com a capacidade deste aderir de uma forma eficaz aos cuidados preconizados. Resumimos as intervenções Major a considerar num plano de ensino. (Quadro V)

NO TRATAMENTO

As intervenções de enfermagem planeadas devem ter por base o grau da mucosite oral instalada e ter em igual atenção a sintomatologia associada, bem como o impacto que a mesma tem no doente. Para cada grau de mucosite oral estabelecemos como intervenções major. (Quadro VI)

**Quadro V:** Intervenções de enfermagem para prevenção da mucosite

CATEGORIAS	COMO INTERVIR
Prevenção de complicações	<ul style="list-style-type: none"> Garantir avaliação de estomatologia e providenciar saneamento bucal prévio ao tratamento^[1, 5, 8, 9, 11] Promover a cessação tabágica^[3, 8, 11] Evitar bebidas alcoólicas^[3, 8, 11] <p>Recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> Considerar o uso de laser de baixa intensidade em doentes submetidos a radioterapia sem quimioterapia concomitante^[1, 2, 6, 7, 11, 13]
Higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> Efetuar inspeção diária da mucosa oral^[1, 11] <p>Lavagem e escovagem dos dentes e da boca:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escovar os dentes 2xdia (mínimo) com recurso a pasta com flúor e sem sabores fortes (1350 a 1500ppm)^[3, 11] Escovar os dentes de preferência 4x (após as refeições e antes de dormir) durante 90 segundos^[1, 7, 8, 11] Utilizar escova macia, de criança^[3, 5, 6, 8, 11] Deixar arejar a escova antes de a guardar^[3, 8] Em caso de infeção substituir a escova e tratar a infeção^[3, 9, 11] Substituir a escova por esponja oral de uso único (se necessário)^[3, 11] Fio dentário 1xdia (cuidado com doentes trombocitopénicos e os submetidos a radioterapia pode ser desaconselhado)^[3, 6, 11] Utilizar lubrificante de lábios à base de água / vaselina^[1, 3, 8, 11] <p>Em caso de uso de próteses dentárias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Retira próteses dentárias antes dos cuidados de higiene oral^[3, 11] Escovar as próteses dentárias com sabonete sem perfume e mergulhar em água pelo menos 2xdia^[3, 11] Em caso de infeção, mergulhar as próteses dentárias durante 15 minutos 2xdia em clorexidina 0,2% ou hipoclorito de sódio e, tratar a infeção^[3]
Opções terapêuticas: Colutórios	<ul style="list-style-type: none"> Realizar bochechos sem álcool pelo menos 4xdia após escovagem dos dentes durante um minuto (com 15ml de solução de água salgada ou com cloreto de sódio 0,9%; e/ou bicarbonato de sódio gargarejar 30 segundos e deitar fora)^[3, 6, 7, 8, 11] Não ingerir alimentos sólidos ou líquidos nos 30 minutos seguintes aos bochechos <p>Recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> O uso de benzidamina em doentes submetidos a radioterapia na região da cabeça e pescoço em dose moderada (até 50Gy) e sem quimioterapia concomitante^[2, 3, 8, 9, 11] O uso de solução saturada de fosfato de cálcio (4xdia) em doentes com risco moderado^[3, 11, 14] O uso de protetores da mucosa^[3, 7, 11] <p>Não recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> O uso de sucralfato (doentes a fazer radioterapia ou quimioradioterapia por cancro de cabeça e pescoço), clorexidina, misoprostol, pilocarpine sistémica, antimicrobianos de PTA (polimixina, tobramicina e anfotericina B) e bacitracina, clotrimazol e gentamicina^[1, 2, 6, 7, 8, 9]
Nutrição e Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> Providenciar uma dieta diversificada e hidratação oral adequada^[3, 6, 8] Promover apoio nutricional (apoio de nutricionista)^[3, 8, 11] Administrar suplementos orais de Zinco em doentes a fazer radioterapia ou quimioradioterapia por cancro de cabeça e pescoço^[1, 2] Evitar alimentos picantes, ácidos/cítricos e duros^[6, 7, 8, 11] Ingerir alimentos frios ou à temperatura ambiente^[6] Em doentes com xerostomia ponderar o uso de saliva artificial^[3, 11] No caso de doentes alcoólicos ponderar suplementos de vitamina B^[3] Em doentes de alto risco, colocar PEG profilática.^[1, 6, 11]

**Quadro VI:** Tratamento: Intervenções de enfermagem

GRAU DE MUCOSITE	INTERVENÇÕES
Grau 1 ou 2 (WHO)	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar higiene oral adequada [3, 11] • Aumentar a frequência de bochechos salinos / bicarbonato de sódio [3, 6, 8, 11] • Remover próteses dentárias, em caso de irritação [3, 11] • Monitorizar hidratação e nutrição adequada (providenciar nutricionista e ajustar dieta) [3, 8, 11] • Providenciar analgésicos [3, 9, 11] • Despistar infecção oral [3, 9, 11] • Aumentar a frequência da solução saturada de fosfato de cálcio (4-10xdia) [3, 11, 14] • Ponderar uso de saliva artificial ou substitutos [3, 11] • Ponderar o uso de protetores da mucosa [3, 7, 9, 11] • Considerar o uso de laser de baixa intensidade em doentes submetidos a radioterapia sem quimioterapia concomitante [1, 2, 6, 7, 13]
Grau 3 ou 4 (WHO)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar analgesia, considerar a administração de opióides (sevredol, oramorph, fentanil transdérmico) [1, 2, 3, 9, 11] • Realizar bochechos com soluções de morfina a 0, 2% [1, 2] • Aplicar lidocaína tópica a nível local [11] • Aumentar a frequência da solução saturada de fosfato de cálcio (até 10xdia) [3, 11, 14] • Ponderar uso de saliva artificial ou substitutos [3, 11] • Ponderar o uso de protetores da mucosa (devem ser aplicados de forma a proteger as áreas afetadas e geralmente aplicados 1h antes de comer) [3, 9, 11] • Assegurar hidratação endovenosa ou entérica [3, 6, 9, 11] • Assegurar alimentação entérica (utilização de PEG ou SNG) [3, 6, 9, 11]



Conclusões



Estas linhas de consenso definidas pela AEOP são fruto do trabalho realizado no âmbito de uma discussão alargada onde estiveram presentes vários enfermeiros representativos das várias unidades de oncologia nacionais. Estas linhas representam orientações consensuais sobre a temática da Prevenção e Tratamento da Mucosite oral em doentes submetidos a radioterapia, e pretende ser um documento de trabalho para a prática clínica com estes doentes.

Coordenação:

Marisa Matos, *Serviço Radioterapia IPO Porto*

Contribuição dos autores:

Albertina Santos, *Hospital da Luz Lisboa*

Elizabete Soares, *IPO Porto*

Raquel Oliveira, *Hospital de Braga*

Rita Vaz, *IPOFG Coimbra*

Sara Cordeiro, *IPOLFG Lisboa*

Sandra Luz, *IPOLFG Lisboa*

Primeira Discussão:

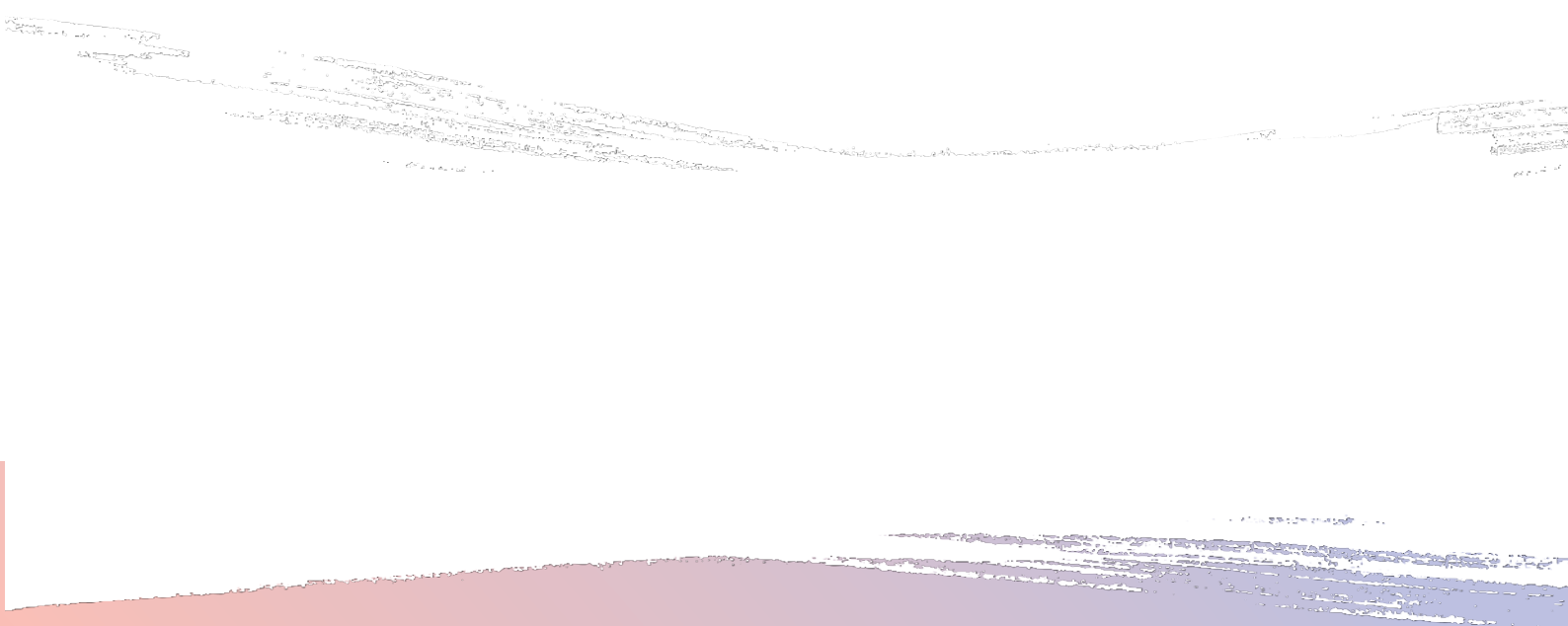
Encontros de Oncologia da Primavera, Évora, Março de 2016

Apresentação Final:

Encontros de Oncologia da Primavera, Évora, Abril de 2017

Bibliografia

1. Peterson DE, et al. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis treatment, and follow-up. *Ann Oncol*.2015, Jul; 26 (Suppl 5): v139-151).
2. Lalla RV, et al. MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014 May; 120 (10): 1453-61.
3. Thomson M, et al. United Kingdom Oral Mucositis In Cancer Group Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. 2015, 2edition. (Internet). 2015. (acesso em 6/2/2017). Disponível em: www.ukomic.co.uk.
4. The National cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events v.4.0 (Internet). 2009. (acesso em 3/2/2017). Disponível em: http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_Quick03_Quickreference_5x7.pdf.
5. Albuquerque IL, Camargo TC. Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerologia*. 2007;53(2):195-209.
6. Lopes LD et al. Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de Oncologia: uma construção coletiva. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2016; 25 (1):e2060014.
7. Eilers J et al. Evidence - based Interventions for cancer treatment - related Mucositis: putting evidence into Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2014; December 18 (6): 80-96.
8. Harris DJ et al. Putting Evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis *Clinical Journal of Oncology Nursing* . 2008; Fev 12 (1) 141-152
9. EONS Oral mucosites guidelines: Implementation toolkit. Section 4. (Internet, acesso em 3/2/2017). Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/eons>
10. Cooperative Group Common Toxicity Criteria. (Internet, acesso em 3/2/2017). Disponível em: <https://www.rtog.org/ResearchAssociates/AdverseEventReporting/CooperativeGroupCommonToxicityCriteria.asp>
11. Quinn B. European oral care in cancer group: oral care guidance and support. *Clinical Practice Guidelines and recommendations*. EONS (internet, acesso em 3/3/2017). Disponível em: www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html.
12. Araújo SNM et al. Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015 Mar.-Apr.; 23(2):267-74.
13. Rampini, MP et al. Utilização da terapia com laser de baixa potência para prevenção da mucosite oral: revisão da literatura. *Rev Bras de Cancerologia* 2009; 55(1): 59-68
14. Netto E et al. Prevention and treatment of oral mucositis in patients treated with chemoradiotherapy with head and neck cancer. *Elsevier Radioterapy & Oncology* 2015 (1) Fev: 61-62.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



AEOP • GRUPORADIOTERAPIA