

Resumo

A dor oncológica é, freqüentemente, progressiva e incapacitante. Um terço dos pacientes em tratamento e dois terços dos pacientes com doença avançada referem dor. Os tratamentos iniciam-se com medicações analgésicas não opióides e drogas adjuvantes, passando para opióides com aumento progressivo das doses e procedimentos neurocirúrgicos, quando há indicação. Cordotomia cervical percutânea é um procedimento neurocirúrgico para tratamento da dor oncológica unilateral, especialmente em extremidades, que proporciona alívio imediato e baixa morbidade. A participação da enfermeira na efetividade desse tratamento tem sido imprescindível, razão pela qual a autora resolveu relatar a experiência, pouco freqüente em trabalhos publicados em nosso meio.

Descritores: cordotomia; clínicas da dor; cuidados de enfermagem

Abstract

Oncological pain is usually progressive and enabling. One third of the patients under treatment and two thirds of the patients with advanced cancer refer to pain. Generally treatment starts with non-opioids analgesic medicines and other drugs, passing to opioids with a progressive increase of the doses and neurosurgical procedures when recommended. Percutaneous cervical cordotomy is a neurosurgery procedure to treat unilateral cancerpain, especially in extremities, which gives immediate relief and low morbidity. The nursing professional plays an indispensable role in the effectiveness of this treatment. For this reason the author decide to report on this experience.

Descriptors: pain clinics; cordotomy; nursing care

Title: The role of the nursing professional on percutaneous cervical cordotomy to control the cancer pain

Resumen

El dolor oncológico es a menudo progresivo e incapacitante. Un tercio de los pacientes en tratamiento y dos tercios de los pacientes con enfermedad avanzada afirman que tienen dolor. Los tratamientos empiezan con analgésicos no opioides y drogas coadyuvantes, luego pasan a opioides con aumento progresivo de las dosis y procedimientos neuroquirúrgicos, cuando hay indicación. La cordotomía cervical transcutánea es un procedimiento neuroquirúrgico para el tratamiento del dolor oncológico unilateral, especialmente en extremidades, que proporciona alivio inmediato y baja morbilidad. La participación de la enfermera para que el tratamiento sea efectivo es imprescindible, razón por la cual la autora decidió relatar la experiencia, poco frecuente en trabajos publicados en nuestro medio.

Descriptores: cordotomía; clínicas del dolor; cuidados de enfermería

Título: Actuación de la enfermera en la cordotomía cervical transcutánea para control del dolor oncológico

1 Introdução

A dor é freqüente no doente com câncer⁽¹⁻³⁾. Dentre as síndromes álgicas, as que se apresentam nos doentes oncológicos são das mais incapacitantes. A dor manifesta-se em 51% a 70% dos doentes em algum estágio evolutivo da doença neoplásica⁽³⁾, muitas vezes, por ação direta do tumor, invadindo e comprimindo vasos e terminações sensitivas ou decorrente do próprio tratamento oncológico, destacando-se os procedimentos operatórios, a radioterapia e a quimioterapia. É menos comum nos períodos iniciais da enfermidade, sendo referida por 20% a 50% dos pacientes na ocasião do diagnóstico e por 70% a 90% daqueles com a doença em estágio avançado⁽¹⁾. É descrita como moderada em aproximadamente 30% a 60% e muito intensa em 17% a 40% dos enfermos^(2,4).

Com a finalidade de sugerir normas para o controle da dor na doença oncológica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu especialistas que instituíram o Guia para Tratamento da Dor no Câncer^(2,5) cujo esquema básico foi denominado "escada analgésica da OMS". Esta é representada como uma escada de três degraus e baseia-se na combinação de medicamentos não-opióides, opióides e drogas adjuvantes que permitem o controle da dor em 70% a 90% dos doentes com câncer⁽⁶⁾. O tratamento preconizado pela OMS para o alívio da dor no câncer deve ser, sempre que possível, o tratamento do câncer em si. A utilização de drogas analgésicas, medidas de apoio psicoterápico e fisioterápico, bloqueios nervosos e procedimentos neurocirúrgicos são complementares à terapêutica anticancerosa^(2,5). Os procedimentos neurocirúrgicos estão indicados na falência das demais medidas⁽⁶⁻⁹⁾.

Um dos procedimentos neurocirúrgicos para combater a dor é a cordotomia, que consiste na interrupção do trato espinotalâmico lateral cervical, oposto ao lado em que a dor é referida.^(6-8,10)

Em 1911, realizou-se a primeira cordotomia a céu aberto para o tratamento de dor no homem^(11,12). Em 1963, Mullan⁽¹¹⁾ simplificou o método, introduzindo a cordotomia cervical percutânea, usando agulha com ponta de estrôncio próxima à região ântero-lateral da medula espinhal. Logo depois, este alterou sua técnica utilizando corrente elétrica direta na região ântero-lateral da medula, provocando alívio mais rápido da dor. Em 1965, Rosomoff⁽¹²⁾ foi o primeiro a realizar a CCP por radiofreqüência.

A participação da enfermeira nessa técnica cirúrgica tem sido pouco divulgada em nosso meio e por essa razão o objetivo desse trabalho foi o de propor sugestões para os cuidados de enfermagem, as quais foram baseadas na experiência adquirida com o tratamento de pacientes oncológicos submetidos à cordotomia cervical percutânea.

2 Descrição do procedimento cirúrgico

De julho/97 a outubro/2000, no Serviço de Neurocirurgia do Hospital Nove de Julho, 14 cirurgias de cordotomia foram realizadas. A idade dos pacientes variou de 27 a 82 anos, com média de 57 anos, sendo oito do sexo feminino. Os tumores de mama e próstata prevaleceram. O critério de indicação cirúrgica é a presença de dor unilateral, de extremidade, incapacitante e resistente ao tratamento medicamentoso nos pacientes com prognóstico de vida de aproximadamente um ano. O tempo estimado de vida é muito importante, pois após seis meses em média o paciente pode desenvolver dor por desafferentação (dor provocada por lesão do tecido nervoso) no dimídio corporal que apresentava dor oncológica.

A técnica utilizada baseia-se fundamentalmente nas descrições iniciais de Mullan⁽¹¹⁾ e Rosomoff⁽¹²⁾. O paciente desperto é posicionado em decúbito dorsal horizontal, com a coluna cervical reta e o plano sagital da cabeça perpendicular

* Enfermeira. Responsável pela Clínica da Dor do Hospital Nove de Julho de São Paulo. Mestranda em Enfermagem na UNIFESP.

ao plano frontal. A cabeça é mantida imobilizada pelo fixador de Rosomoff. A localização do quadrante ântero-lateral da medula espinhal é obtida através de perimielografia sob fluoroscopia (injeção de contraste iodado no espaço subaracnóideo). É feita uma punção, após anestesia local, em um ponto localizado 1 cm dorsal e caudal ao processo mastóide. Uma agulha 12G é introduzida até atingir o espaço subaracnóideo entre C1 e C2. Depois de constatada a saída de líquido cefalorraquidiano, injeta-se contraste para delinear o ligamento denteado (o quadrante ântero-lateral situa-se à frente dessa estrutura). Um eletrodo de tungstênio com 0,7 mm de diâmetro e 2 mm de superfície de contato, conectado a um gerador de radiofrequência (RF) e passado por dentro de agulha, em substituição ao mandril é lentamente introduzido. Para controle da sua introdução na estrutura alvo, estimulações monopolares de baixa voltagem com estímulos de ondas de 5Hz, 10 Hz, 50Hz e 100 Hz são realizadas. Quando a estimulação elétrica provocar parestesia no local da dor referida, significa que o alvo foi atingido. Lesões por radiofrequência, numa temperatura variável de 70° a 90° e com duração de 60 segundos, são repetidas até obter-se analgesia na região comprometida pela dor⁽¹³⁾. O procedimento tem a duração média de 1:30h e a alta hospitalar ocorre de 2 a 7 dias.

3 Cuidados de Enfermagem

O desconhecimento de um procedimento cirúrgico é fator que gera insegurança, pois implica uma ameaça à integridade. Soma-se a isso, a incerteza do inusitado no decorrer da cirurgia.⁽¹⁴⁾ O pessoal de enfermagem, de modo geral, não possui preparo formal para atender o paciente oncológico, com exceção do setor de Quimioterapia⁽¹⁵⁾, sendo interessante que o enfermeiro passe para sua equipe uma orientação sobre a doença, sua evolução, prognóstico e cuidados pré e pós-cirúrgicos.

No pré-operatório, devido à ansiedade comum ao aguardar um procedimento cirúrgico, o enfermeiro deve incentivar o paciente a verbalizar suas preocupações e esclarecer suas dúvidas, como por exemplo, o medo de seqüelas motoras após o procedimento. Nos primeiros dias, pode haver dificuldade para deambular, que desaparece em torno de uma semana. Deve-se ressaltar a importância da sua participação durante o ato cirúrgico, informando o que sente no momento do estímulo e em que região do corpo. A anestesia utilizada é local, porém orientar quanto ao jejum de seis horas e verificar os exames pré-operatórios, principalmente o coagulograma, hemograma, ECG e RX de tórax. A observação do nível de consciência do paciente no dia do procedimento é importante, conforme falado sobre sua colaboração, para referir onde sente queimação, parestesia ou disestesia no momento do estímulo. Orientar que, no pós-operatório, haverá termoanalgesia no lado tratado, ou seja, perda da sensibilidade ao calor e frio e à dor e que o decúbito horizontal deverá ser mantido nas primeiras horas do pós-operatório.

No trans-operatório, o enfermeiro deve preparar o material e o equipamento necessários na sala de operação, como o gerador de radiofrequência com a placa eletrocirúrgica e o fixador de Rosomoff. Receber o paciente no Centro Cirúrgico, observando alterações cognitivas e procurando incentivá-lo, pois está geralmente deprimido e desesperançado. Monitorizá-lo com aparelho de pressão arterial, oxímetro e não instalar monitor cardíaco devido a interferência com o gerador de radiofrequência. Posicioná-lo na mesa cirúrgica, fixando a cabeça no fixador de Rosomoff. Fazer as anotações pertinentes na ficha transoperatória observadas na entrada do paciente, além das condições do acesso venoso, hidratação, presença de déficit motor e lesões de pele. Durante o procedimento, podem ser necessárias várias punções para localizar o feixe espinotalâmico, causando fadiga no paciente, maior dolorimento

da região retroauricular e maior perda de líquido. Ao término do procedimento, retirar o fixador e deixar o paciente o mais confortável possível para amenizar o stress cirúrgico. Anotar como transcorreu a cirurgia.

Quanto ao pós-operatório, liberar o uso de travesseiro baixo e orientar a manter repouso relativo no leito por 12 horas, para não intensificar a cefaléia (por hipotensão liquórica). Administrar analgésicos com intervalos regulares para a dor no local da punção, além da cefaléia já mencionada. Observar a função vesical, face à possibilidade de ocorrer tanto retenção quanto incontinência urinária, temporariamente. Observar a temperatura, devido ao risco de 3% dos pacientes terem meningite bacteriana, normalmente evitada com antibioticoterapia profilática. Os opiáceos deverão ser mantidos em menor dosagem, para “desmame”, evitando assim a síndrome de abstinência. Mesmo com este cuidado, é importante observar sudorese, taquicardia, hipotensão arterial, tremor e agitação motora, para melhor ajuste do opiáceo. Familiares, paciente e equipe de enfermagem devem ser reorientados quanto a termoanalgesia no lado que apresentava dor para não haver risco de queimaduras e outros ferimentos. Finalmente, dar oportunidade ao paciente de tirar mais alguma dúvida no momento da alta hospitalar.

Observamos que pacientes bem orientados no pré-operatório têm maior tolerância ao procedimento e colaboram mais efetivamente, diminuindo inclusive o tempo de cirurgia. O pós-operatório segue sem intercorrências, porém o desequilíbrio emocional que a própria doença gera tem que ser valorizado e acompanhado por um profissional da área de saúde mental. A satisfação em relação ao resultado é evidente, muitos voltam a fazer trabalhos manuais, ouvir música ou a ler livros, o que demonstra o alívio da dor e melhora da qualidade de vida.

4 Comentário final

A enfermagem tem importância fundamental no acompanhamento desses pacientes, ouvindo e anotando suas queixas, do pré ao pós-operatório, proporcionando conforto, apoio psicológico e alívio da dor. É comum os pacientes referirem dor de menor intensidade em outro local que anteriormente não era mencionada, justificando manter a prescrição de analgésicos, incluindo opiáceos. Também podem criar uma certa expectativa quanto ao retorno ao trabalho ou a outra atividade, porém é importante esclarecer que a cordotomia visa aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida. A doença de base continuará a requerer cuidados específicos e o acompanhamento psicológico é essencial para esses pacientes.

Quanto aos familiares desses pacientes, estão vivendo a experiência da perda antecipada, o que envolve várias emoções, tais como ansiedade pela separação, tristeza, raiva, ressentimento, culpa e desespero. Deve-se discutir com os parentes mais próximos quais suas expectativas em relação ao curso da doença e educá-los sobre quais os sintomas mais significativos e os de menor importância, evitando assim transtornos desnecessários.

O conhecimento técnico-científico do enfermeiro continua sendo a base para a qualidade do atendimento. Acreditar na queixa do paciente, independente de lesões físicas aparentes, transmite segurança e alivia sua angústia.

Referências

1. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer*, Philadelphia (PA) 1982 Nov 1;50(9):1913-8.
2. Pimenta CAM. Aspectos afetivos, culturais e terapêuticos relacionados à dor no câncer [tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995. 139 p.

3. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Considerações iniciais sobre a dor no câncer e seu controle. *Revista de Medicina*, São Paulo 1997 jan/fev;76(1, n. esp.):3-6.
4. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, *et al.* Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *New England Journal of Medicine*, Boston (MA) 1994 Mar 3;330(9):592-96
5. Gusmão CB. Bases do tratamento da dor oncológica. *In*: Shibata MK, Correa CF, Teixeira MJ, Pimenta CAM, editores. SIMBIDOR. Arquivos do 4º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor; 1999 jun 10-13; São Paulo, Brasil. São Paulo: Lemos; 1999. 405 p. p. 284-6.
6. Correa CF, Teixeira MJ. Tratamento neurocirúrgico para dor oncológica. *In*: Shibata MK, Correa CF, Teixeira MJ, Pimenta CAM, editores. SIMBIDOR. Arquivos do 4º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor; 1999 jun 10-13; São Paulo, Brasil. São Paulo: Lemos; 1999. 405 p. p. 300-3.
7. Teixeira MJ. Dor crônica. *In*: Nitrini R, editor. *Conduitas em neurologia: 1989/1990*. São Paulo: Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo; 1989. 171 p. il. p. 143-8.
8. Teixeira MJ. Tratamento neurocirúrgico da dor. *Revista de Medicina*, São Paulo 1997 jan/fev;76(1, n. esp.):78-82.
9. Teixeira MJ. Tratamento neurocirúrgico da dor neuropática. *Revista de Medicina*, São Paulo 1999;78(2, pt.2):305-36.
10. Klériga E, Anda S, Rivas MJ, Mateos JH. Cordotomía percutánea para el tratamiento del dolor. *Revista Médica del IMSS*, México 1985 mar/abr;23(2):89-92.
11. Mullan S, Hekmatpanah J, Dobben G, Beckman F. Percutaneous intramedullary cordotomy utilizing the unipolar anodal electrolytic lesion. *Journal of Neurosurgery*, Baltimore (MD) 1965 Jun;22(6):548-53.
12. Rosomoff HL, Carrol F, Brown J. Percutaneous radiofrequency cervical cordotomy. *Technique Journal of Neurosurgery*, Baltimore (MD) 1965;23:639-44.
13. Correa CF, Teixeira MJ, Nóbrega JCM, Telles C, Iksilara MC, Sato CRA. Cordotomia cervical percutânea no tratamento da dor oncológica. *Revista Simbidor*, São Paulo 2000 mar 1(1):17-22.
14. Bittencourt JFV, Cadete MMM. Vivências da mulher ser mastectomizada: esclarecimentos e orientações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF) 2002 jul/ago;55(4):420-23.
15. Adami NP, Gutiérrez MGR, Maranhão MAS, Almeida EPM. Estrutura e processo assistencial de enfermagem ao paciente com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), 1997 out/dez;50(4):551-58.

Data de recebimento: 10/10/2002

Data de aprovação: 26/06/2003