

**JOVENS
NA ONCOLOGIA**

SIMPÓSIO NACIONAL



21 novembro

Recomendações para a admissão dos doentes oncológicos em unidades de cuidados intensivos

Paula Casanova

Serviço Medicina Intensiva

Centro Hospitalar Universitário Coimbra, EPE



o meu ângulo

- Área abrangência: **1.7 milhões** habitantes
- **ARSC**: 4382 camas de agudos, **1,7% nível III**, **0 nível II**
- **CHUC**: 1838 camas agudos; **1,6% nível III**, **0 nível II**

somos:

← SMI →

deviamos ser:

- Polivalente
- Tipo C
- **29 camas Nível III**
- 3 unidades (12, 9, 8 camas)

- Polivalente
- Tipo C
- **64 camas Nível II/III**
- 1 departamento

CHUC: Hematologistas, **sem Oncologistas**/Intensivistas

IPOC: Hematologistas, Oncologistas/ **sem Intensivistas**



Médico serviço externo ao SMI - Registo

Data: _____
Hora: _____

ETIQUETA

Local:

Sala Emergência ☐ Outra área SU ☐ Espaço comum ☐
Recobro BO ☐ Serviço/Enfermaria ☐ Equipa Emergência ☐

Patologia:

- Médica <input type="checkbox"/>	Pulmonar	<input type="checkbox"/>	Trauma:	<input type="checkbox"/>	Permeabilização VA	<input type="checkbox"/>
	Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	- com TCE	<input type="checkbox"/>	Traqueotomia - rever	<input type="checkbox"/>
	Neurológica	<input type="checkbox"/>	- sem TCE	<input type="checkbox"/>	PCR	<input type="checkbox"/>
	Renal	<input type="checkbox"/>	Pós-operatório	<input type="checkbox"/>	Lipotímia	<input type="checkbox"/>
	Endócrina/Metabólica	<input type="checkbox"/>	Cirúrgico não operado	<input type="checkbox"/>	Ansiedade	<input type="checkbox"/>
	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	Intoxicações	<input type="checkbox"/>	Outra:	<input type="checkbox"/>
- Cirúrgica <input type="checkbox"/>	Hematológica	<input type="checkbox"/>	Queimados	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Sépsis/Choque Séptico	<input type="checkbox"/>	Lesões ambientais	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

foco: _____

SOFA:

Orientação:

Indicação SMI	Sem indicação SMI	Outras:
• prioridade 1	• prioridade 4 Bem	Aguarda evolução
• prioridade 2	• prioridade 4 LT:	Bloco Operatório
• prioridade 3	- Irreversibilidade	Outra UCI _____
• Via diplomática	- Sem reserva funcional	Potencial dador órgãos
	- Dependente	Diagnostico morte cerebral
	- Testamento vital	Dador órgãos
Internamento SMI		Falecido
Aguarda vaga SMI		
Transferência		

Médicos de serviço

4 intensivistas 24h/7dias

- 3 - um em cada unidade

- 1 – Externos

✓ Emergência

✓ Urgência

✓ Enfermarias

Motivo Internamento SMI-CHUC

Doente com cancro

Iguais a qualquer doente SMI

1. Co-morbilidade:

Infeção, trauma, agudização insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, intoxicação, pós-cirurgia, etc.

2. Doença aguda resultante da

Comunicação
Hemato-oncologista / Intensivista
Plano terapêutico

a. Doença neoplásica: infiltração de órgão, TEP, etc.

b. Tratamento: sépsis, complicações cirúrgicas, toxicidade

X Obstinação terapêutica

Sumário

1. O ângulo da minha de visão
2. Fatores prognóstico
3. Decisão de internamento
4. Interdisciplinaridade
5. Autonomia e não maleficência
6. Qualidade de vida

Mortalidade de doentes com cancro

Risco de morte = população geral de doentes SMI

SMI nível II

- Doentes oncológicos no SMI ventilação não invasiva:
 - ✓ probabilidade 25% de morrer no hospital
= doente sem cancro admitido no SMI
 - ✓ Risco de morte em doentes ventilados aumenta nos dois grupos
- **Sépsis** - antibioterapia <2h após diagnóstico: melhor prognóstico
 - ✓ doentes com cancro: mortalidade no SMI de 27%
 - ✓ doentes sem cancro: mortalidade no SMI de 23%

Preditores de mau prognóstico

- necessidade ventilação invasiva por
 - falência respiratória aguda - mortalidade >40%
 - ARDS - mortalidade >60%
 - Ventilação invasiva > 14 dias - mortalidade >90%
- Disfunção multiorgânica - pior prognóstico
 - Falência ≥ 2 órgãos - mortalidade >60% (VM, vasopressores)
 - Falência 4 órgãos - mortalidade >100% (VM, vasop, dialise, coagulação)

SMI nível III

Sépsis:

Mortalidade doentes com cancro (75%) > sem cancro (50%)

Preditores de mau prognóstico

- Atraso na admissão na UCI
- Factores relacionados com a doença:
 - Fraca resposta a quimioterapia
 - Progressão de doença após primeira linha de tratamento
 - Infiltração neoplásica de órgãos vitais ou da via aérea
 - Fraca reserva medular

**Natureza e número de órgãos em falência → condiciona prognóstico
MAIS que estadio da doença**

Prognóstico

Bom

- Internamento **precoce**
- Unidades **Nível I/II**
- Ventilação **não invasiva**
- Disfunção **<2 órgãos**
- **Antibioterapia <2h** após diagnóstico sépsis

Mau

- Internamento **tardio**
- Unidades **Nível III**
- Ventilação **invasiva**
- Disfunção **≥2 órgãos**
- Infecção **fúngica invasiva**
- **Gravidade doença aguda**
- **Refratária à terapêutica**
- **Mau estado funcional**
(prévia à UCI)

Diagnóstico atempado

Internamento precoce em Unidade nível II

“golden hourS ~~or~~ days” → melhor prognóstico

- Prevenir e corrigir complicações, evitando risco de vida
- Suportar na realização de técnicas de diagnóstico
- Possibilitar resposta a terapêutica não invasiva
- Correção de disfunção ligeira de órgão
- Colaboração entre competências especializadas

Intensivista-Oncologista

Decisão de internamento no SMI doentes com cancro

Influenciada por:

- **Alterações fisiológicas**
- **Gravidade doença aguda**
- **Estado funcional** antes da admissão no SMI

Sem influência:

- Características do tumor
- Prognóstico do tumor
(resposta à terapêutica ?)
- Indicadores de gravidade

Local de internamento adequado

Estabilização e Prevenção

Suporte funções vitais

Unidades nível I

Unidades nível II

Unidades nível III

SMI/UCI

- Monitorização não invasiva
- Terapêutica sem suporte órgão
- Vigilância

- Monitorização invasiva
suporte **1 órgãos**
- Médico 24h, com
preparação específica

- Monitorização invasiva,
diagnóstico, terapêutica
suporte **≥2 órgãos**
- Quadros próprios
- Intensivista presença 24h
- Controlo de qualidade

articulação com Unidades nível superior/inferior

Estabelecer um plano terapêutico na admissão ao SMI



- ***Terapêutica máxima***

- Neoplasia em remissão completa
- Doentes com diagnóstico inicial e bom prognóstico
- Doentes em tratamento ativo da sua doença de base

- ***“Trial” Terapêutico***

- Resposta parcial/ausente a 1ª linha de tratamento
- Diagnóstico inicial, porém mau prognóstico
- Bom estado funcional prévio
- 3 dias de tratamento otimizado, sem restrições

“Trials” no SMI

- Se: difícil estabelecer potencial reversibilidade da doença aguda
- Avaliação da evolução após “trial” terapêutico no SMI:
 - “Trials” limitados por tempo - avaliar a resposta a um objetivo terapêutico definido
 - Terapêutica sem restrições no período do “trial”
 - ✓ Se o doente melhora continua o tratamento
 - ✓ Se piora ou não melhora faz TL entre o 3 e 5 dias

Decidida Limitação Terapêutica nos primeiros 7 dias de internamento no SMI em 50% dos doentes

Estreita colaboração

Hemato/Oncologistas e Intensivistas



Potenciar as possibilidades de gestão global do doente

Hemato-Oncologistas:

- Avaliar o **prognóstico**
- Indicar **opções terapêuticas** e potencialidades de cura
- Contribuir com **aspectos fisiopatológicos e complicações específicas** das doenças malignas (síndrome lise tumoral aguda, síndrome de ativação macrófagos, etc.)

Registo dos dados úteis, atualizados na posse do doente ???

Melhor compreensão da etiologia da disfunção de órgão



Comunicação

Vontade do doente



- **É demasiado tarde discutir as prioridades do doente após o internamento no SMI**
 - Doentes frequentemente incapazes de participar
 - Familiares muitas vezes inseguros quanto às preferências doente
- **A vontade do doente e suas preferências**
 - Parte das decisões terapêuticas, desde o início da doença
 - Envolver dos eventuais decisores substitutos

Abordagem centrada no doente

ênfase Autonomia e Não Maleficência



Autonomia: respeito pelas preferências do doente

- doente informado com poder de decisão

Não maleficência: evitar gestos obstinados e fúteis,
não prolongar o processo de morte

Tratamento Fútil “oferece baixa probabilidade de recuperação ou melhoria; incapaz de fornecer benefício ao doente; pode causar falsa esperança ao doente e à família e comprometer o julgamento racional e autonomia” (WMA)

Beneficência: Estabelecer o prognóstico e reversibilidade

Justiça distributiva: Internar em local adequado ao nível cuidados

- Não desperdiçar recursos

Diminuir a mortalidade!

Aumentar a Qualidade de Vida?

- A QV não retornou aos valores de base:
 - Três meses após a alta do SMI a QV era pior
 - Após 1 ano, a QV melhorou, especialmente nos domínios mentais, mas manteve-se abaixo do nível de base
- Objetivo:

**Aumento real da sobrevivência
com boa qualidade vida**

Conclusões

- Diagnóstico precoce “golden hours”
- **Tratamento precoce**, em qualquer nível de gravidade
 - objetivo: curar ou impedir o agravamento
- **Internamento em local adequado** ao nível de cuidados necessários
- **Capacidade de ajustar cuidados às necessidades dos doentes**

O foco é prevenir agravamento
Evitar necessidade
internamento em U Nível III
- Unidades nível III = pior prognóstico

Conclusões



- **Boa comunicação hemato-oncologista/intensivista**
- **Autonomia do doente**
 - A futilidade e obstinação terapêutica (médica e cirúrgica) são ameaças...
um dia também à nossa Autonomia
- **A qualidade de vida é o objetivo**

“A medicina... tem vindo a centrar-se cada vez mais em (apenas) **manter os doentes vivos**. O coração falha? Há cirurgias, próteses e transplantes. **O resto pouco importa.** Na pior das hipóteses o doente volta ao bloco operatório para nova intervenção”

Artur Gawande
Ser Mortal, 2015

