



**PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO DAS
DOENÇAS DE MAIOR PREVALÊNCIA E
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
ONCOLÓGICAS**

SUMÁRIO

1. MANEJO ADEQUADO DA DOR.....	2
2. HIDRATAÇÃO NO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	4
3. MANEJO DAS NÁUSEAS E VÔMITOS.....	6
4. INTERCORRÊNCIAS NA INFUSÃO DE MEDICAÇÕES.....	6
5. QUADROS ALÉRGICOS NO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	8
6. DISPNEIA NO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	10
7. CRISE HIPERTENSIVA E DOR TORÁCICA NO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	10
8. HIPERVOLEMIA NO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	12
9. NEUTROPENIA FEBRIL NO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	13
10. CONTROLE DE VERSÕES.....	14

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

1. MANEJO ADEQUADO DA DOR.

A dor é tecnicamente definida como “experiência de etiologia e desenvolvimento heterogêneo e multifatorial, apresentando componentes sensitivos e emocionais, que se caracteriza por ser desagradável e associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos”.

Apesar de frequentemente relacionada ao câncer, a dor não é um sintoma exclusivo desses pacientes sendo certamente uma das queixas mais comuns apresentadas diariamente nos mais diversos serviços de saúde, o rápido, correto e continuado controle desse quadro é fundamental para garantir o conforto e um tratamento adequado (figura 2.4).

<p>- A terapia da dor é composta de 5 passos:</p>	
<p>- 1) <i>Classificação adequada da intensidade e perfil da dor.</i></p>	<p>- Analgesia simples:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Dipirona</u>- <u>Paracetamol</u>
<p>- 2) <i>Alergias e comorbidades.</i></p>	<p>- Aine's:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Ibuprofeno</u>- <u>Cetoprofeno</u>
<p>- 3) <i>Alívio da crise algica.</i></p>	<p>- Seletivos COX2:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Cetorolaco</u>- <u>Toragesic</u>
<p>- 4) <i>Diagnóstico e tratamento etiológico.</i></p>	<p>- Coanalgesicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Gabapentina</u>- <u>Amitriptilina</u>
<p>- 5) <i>Controle e seguimento.</i></p>	<p>- Opióides:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Tramadol</u>- <u>Morfina</u>- <u>Codeína</u>
	<p>- Ansiolíticos:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Diazepam</u>- <u>Lorazepam</u>
	<p>- Sedativos:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Fentanil</u>- <u>Dormonid</u>

Figura 2.4 (Protocolo de manejo da dor) .

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

2. HIDRATAÇÃO NO PACIENTE ONCOLÓGICO.

Grande parte das vezes os quadros de desidratação são classificados como leves ou moderados não havendo assim, necessidade de terapia de hidratação venosa (THV), porém os pacientes oncológicos, em geral são mais susceptíveis a quadros mais severos devido a vários fatores como por exemplo, eventos diarreicos, vômitos, dificuldade na ingestão hídrica adequada, dentre outros.

A terapia de hidratação venosa tem como objetivo manter ou restaurar o volume e a composição normal dos líquidos corporais. Existem 3 tipos de hidratação com propostas terapêuticas distintas, cada qual é indicada à uma determinada situação clínica:

A primeira é a terapia de manutenção, tem o objetivo de repor as perdas fisiológicas normais, é realizada para pacientes que se encontram em tratamento oncológico ou com quadros secundários à doença maligna, frequentemente apresentam queixas leves e inespecíficas como astenia, mal estar geral, perda do apetite, náuseas ou até alguns episódios de vômitos e diarreia, com sinais leves ou sem qualquer sinal de desidratação, como na maioria das vezes.

A segunda é a terapia de reposição, tem o objetivo de repor as perdas anormais de líquidos, é comumente realizada para pacientes em tratamento oncológico ou com quadros de doença avançada como caquexia neoplásica, por exemplo, frequentemente apresentam queixas de astenia, mal estar, dificuldade na ingestão alimentar e hídrica, náuseas, vômitos e diarreia, sendo comumente associado a sinais crônicos de desnutrição e desidratação como alterações da pele e das mucosas.

A terceira é a terapia dos déficits, indicada para o tratamento dos pacientes hipovolêmicos, é realizada na maioria das vezes, para pacientes que apresentam queixas agudas de desidratação grave ou potencialmente grave, podem estar ou não em tratamento oncológico, frequentemente apresentam dificuldade na ingestão hídrica e alimentar associado a queixas importantes e recorrentes de astenia, fadiga, náuseas, vômitos e diarreia, é comum sinais agudos de desidratação severa como redução no volume urinário e prostração (figura 1.6).

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

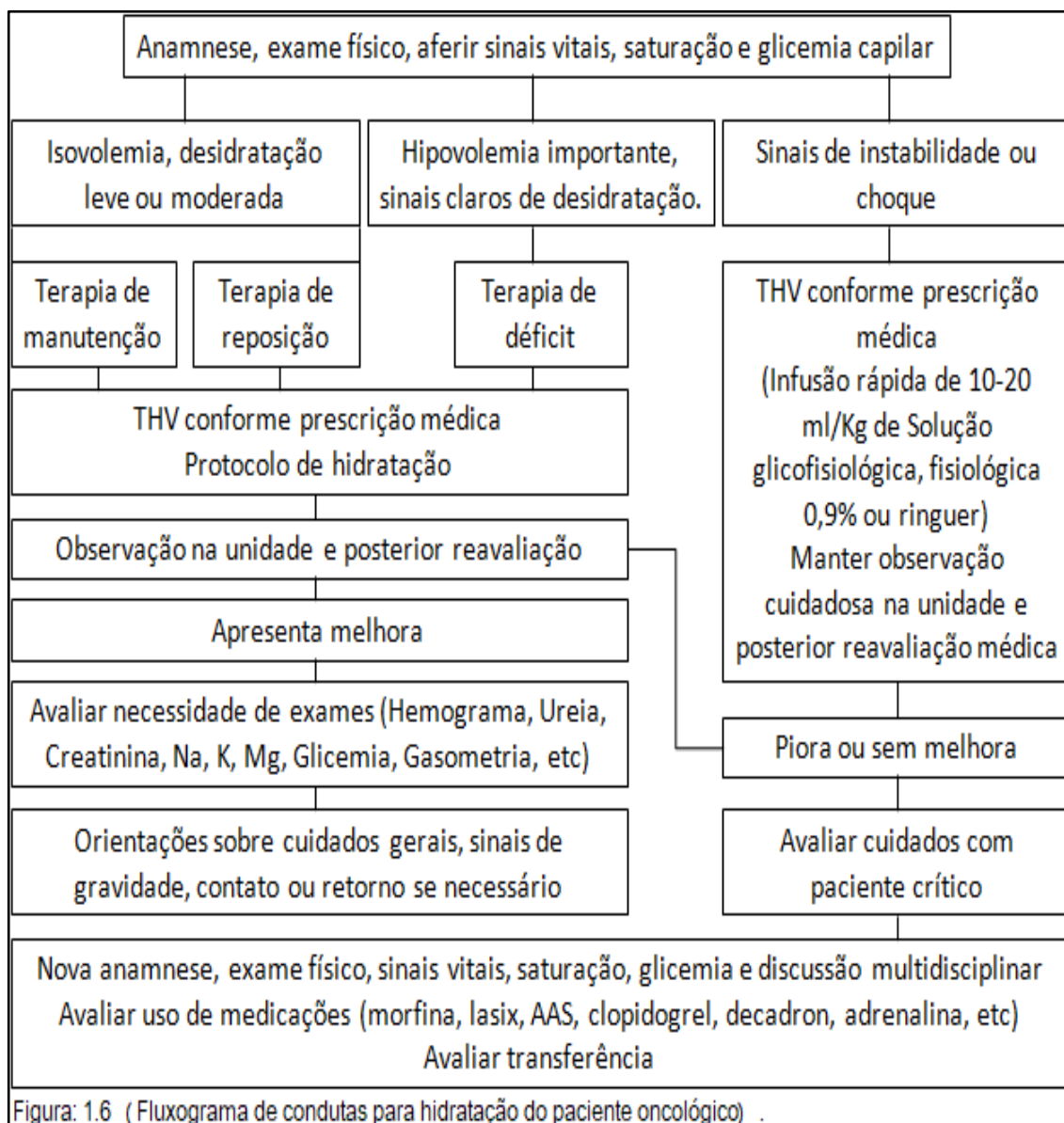


Figura: 1.6 (Fluxograma de condutas para hidratação do paciente oncológico) .

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

3. MANEJO DAS NÁUSEAS E VÔMITOS.

É também importante o adequado manejo de outros sintomas frequentemente apresentados pelos pacientes durante o tratamento oncológico como por exemplo as náuseas e vômitos (figura 2.3).

<p>- A terapia da náusea e do vômito é composta de 5 passos:</p> <p>- 1) <i>Determinação etiológica.</i></p> <p>- 2) <i>Alergias e comorbidades.</i></p> <p>- 3) <i>Alívio da crise.</i></p> <p>- 4) <i>Tratamento da causa.</i></p> <p>- 5) <i>Controle e seguimento.</i></p>	<p>Quimicamente induzidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metoclopramida - Haloperidol - Ondansetrona <p>Causas gástricas e esofágicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ranitidina - Bromoprida - Domperidona <p>Causas cranioalgicas ou neurológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decadron <p>Irritação peritoneal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dimenidrato - Prometazina <p>Oclusão ou subocclusão intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brometo de escopolamina <p>Transtornos vestibulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dimenidrato - Clorpromazina <p>Ansiedade e estresse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haloperidol - Diazepam
---	--

Figura 2.3 (Protocolo de manejo de náuseas e vômitos)

4. INTERCORRÊNCIAS NA INFUSÃO DE MEDICAÇÕES.

Os tratamentos antineoplásicos vêm se tornando cada vez melhores e mais promissores no combate ao câncer, essas medicações possuem diferentes vias de administração, mecanismos de ação e efeitos colaterais. A quimioterapia, por exemplo, é um tratamento sistêmico que age no ciclo celular,

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

sendo assim nociva a qualquer célula que esteja em divisão, sua administração endovenosa por via periférica ainda é a mais comum e requer preparo técnico adequado para a escolha da veia, do melhor dispositivo e da melhor forma de punção.

É importante pontuar algumas intercorrências que frequentemente estão associadas à administração de medicações como por exemplo a os quadros de extravasamento, alergias, dor torácica e hipervolemia. O extravasamento, por exemplo, consiste na infusão de quimioterápicos para fora do vaso sanguíneo associados normalmente com dor local, edema, calor e diminuição ou parada do gotejamento, etc (figura 1.5). No Brasil o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da resolução 210/1998, define como atividade privativa do enfermeiro a administração de drogas quimioterápicas.

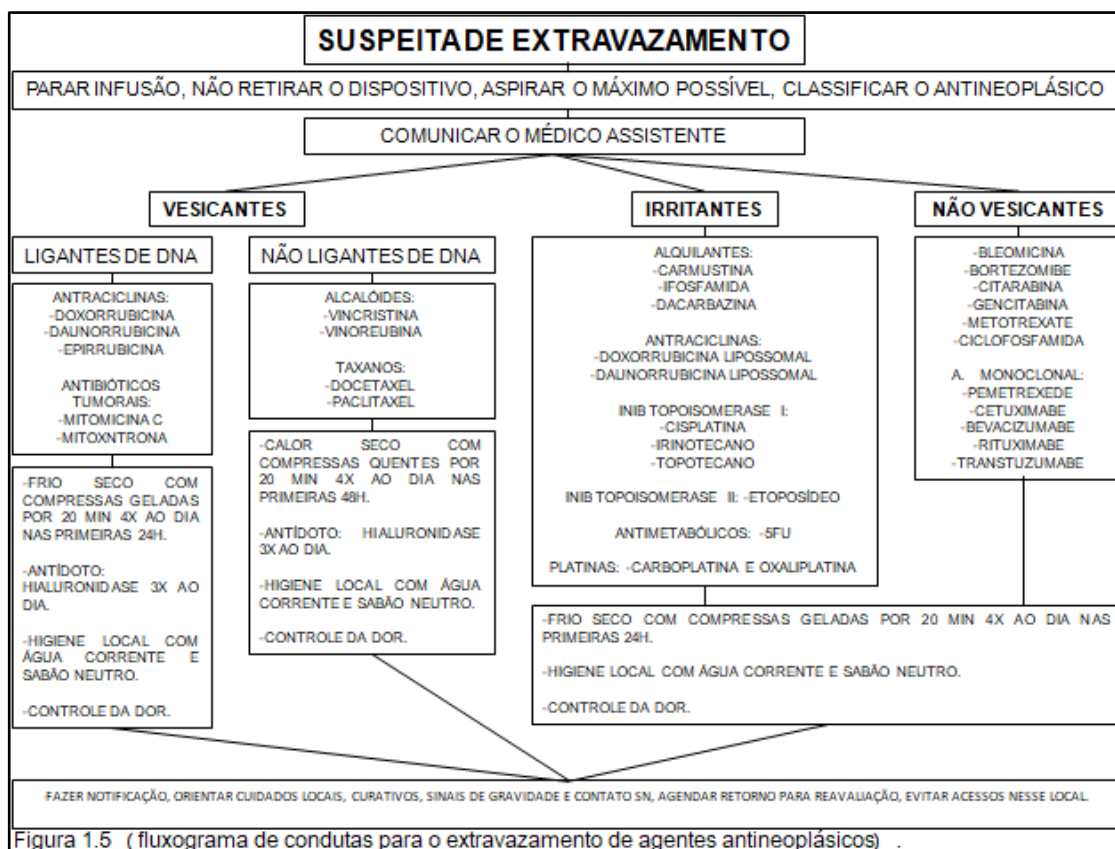


Figura 1.5 (fluxograma de condutas para o extravasamento de agentes antineoplásicos) .

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

5. QUADROS ALÉRGICOS NO PACIENTE ONCOLÓGICO.

Os pacientes oncológicos apresentam mais intercorrências de etiologias alérgicas devido ao fato de que, em geral, são expostos com mais frequência à um grande número de diferentes substâncias, dentre elas, muitos agentes de alto potencial alergênico. Esses casos ocorrem normalmente secundários a alguma medicação associada à hidratação, aos sintomáticos ou as próprias medicações antineoplásicas.

Trata-se de uma intercorrência que pode acontecer com qualquer paciente, sendo mais comum no primeiro contato com determinada substância, porém, pode ocorrer com substâncias que anteriormente eram bem toleradas. Os quadros variam de quase imperceptíveis à quadros de anafilaxia, uma reação alérgica exacerbada que pode levar a morte se não manejada adequadamente.

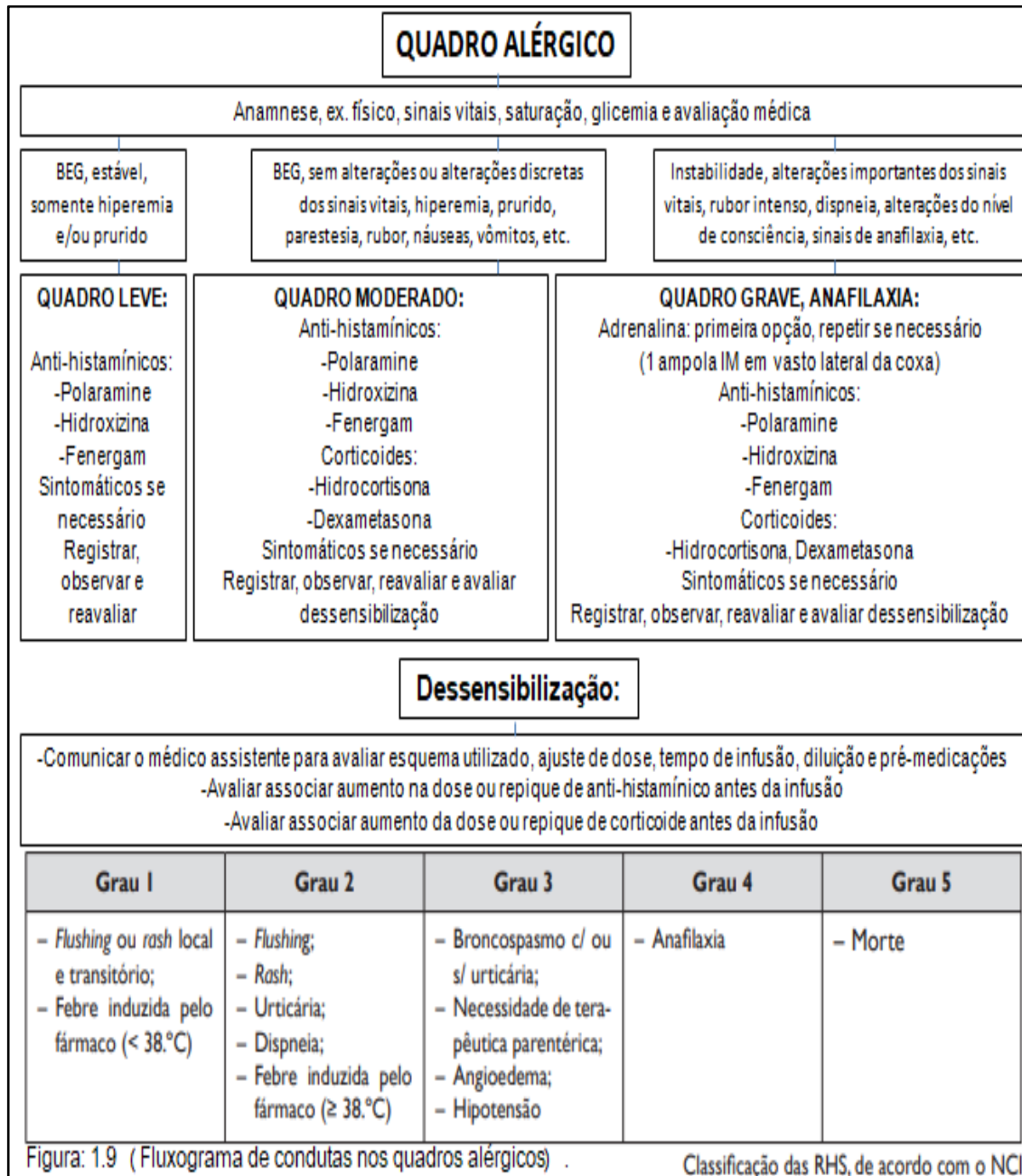
As medidas a serem tomadas estão diretamente relacionadas à gravidade do quadro. Em casos leves, onde o paciente mantém bom estado geral, não apresenta qualquer alteração dos sinais vitais e o quadro se restringe na maioria das vezes à presença de prurido leve e hiperemia de pele, a administração de anti-histamínicos (polaramine, fenergam, etc), costuma ser suficiente. Nos casos moderados, onde o paciente também mantém bom ou regular estado geral, podendo apresentar além do prurido e da hiperemia, alterações como taquicardia leve, febre baixa e parestesia, além do anti-histamínico é comum a administração do corticóide (hidrocortisona, dexametasona, etc) para controle do quadro.

Nos casos mais graves onde o paciente apresenta crise anafilática, geralmente desencadeando rubor intenso, febre, dispnéia, alterações importantes dos sinais vitais, alterações do nível de consciência, hemorragias, choque, etc. A administração de adrenalina (também conhecida como epinefrina) normalmente no músculo vasto lateral da coxa, é a primeira escolha e pode ser repetida se preciso, podendo também ser associados os anti-histamínicos e corticóides.

É importante, sempre que necessário, a associação das medicações adjuvantes para melhor manejo do quadro, por exemplo, das náuseas (ex: bromoprida, ondansetrona), sibilos na ausculta pulmonar (ex: inalação com berotec, atrovent, terbutalina, sulfato de magnésio, etc), da ansiedade (ex: clonazepam, diazepam), da vertigem (ex: dimenidrato), soluços (ex: amplitil),

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

da epigastralgia (ex: omeprazol, ranitidina, hidróxido de alumínio). O paciente deve ser reavaliado e mantido em observação na unidade por período mínimo de 15 minutos a depender de cada caso, após resolução completa do quadro antes de deixar o serviço (figura 1.9).



	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

6. DISPNEIA NO PACIENTE ONCOLÓGICO.

A dispnéia também é normalmente multifatorial e possui uma ampla variedade de etiologias, esse sintoma faz parte das principais queixas apresentadas nos serviços de saúde em geral como também é muito frequente nos pacientes oncológicos.

Esse quadro deve ser prontamente manejado de maneira rápida e eficiente devido ao alto risco de hipóxia que pode levar a diversas complicações inclusive a morte (figura 2.0).

- Avaliação:	- A terapia da dispnéia é composta de 5 passos:
- Intensidade	
- Características	
- “Mecanismos Disparadores”	
- Evolução Temporal	
- Fatores de Melhora ou Piora	
- Respostas a Intervenções	- 1) <i>Afastar risco iminente a vida.</i>
- Componente Emocional	
- Mecanismo:	- 2) <i>Ofertar adequadamente O2.</i>
- Mecânica: Derrame Pleural, Obstrução da V.A., Dç. Pulmonar Restritiva.	- 3) <i>Avaliação e pesquisa etiológica.</i>
- Muscular: Neuromuscular, caquexia.	- 4) <i>Resolver a causa.</i>
- Demanda ventilatória: Hipóxia, Hipercapnia, Anemia, Acidose Metabólica.	
- Hematológica.	- 5) <i>Controle e seguimento.</i>
- Emocionais.	
Figura 2.0 (Protocolo do manejo da dispnéia)	

7. CRISE HIPERTENSIVA E DOR TORÁCICA NO PACIENTE ONCOLÓGICO.

A crise hipertensiva, muito discutida atualmente, partindo da definição de hipertensão como pressão arterial superior a 140x90 mmHg, é uma doença que pode ter diversas etiologias e que frequentemente também possui apresentação multifatorial, sendo resultante de algum desconforto, requerendo muita cautela em sua abordagem, onde em grande parte das vezes pode ser controlada com sintomáticos sem a necessidade de antihipertensivos.

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

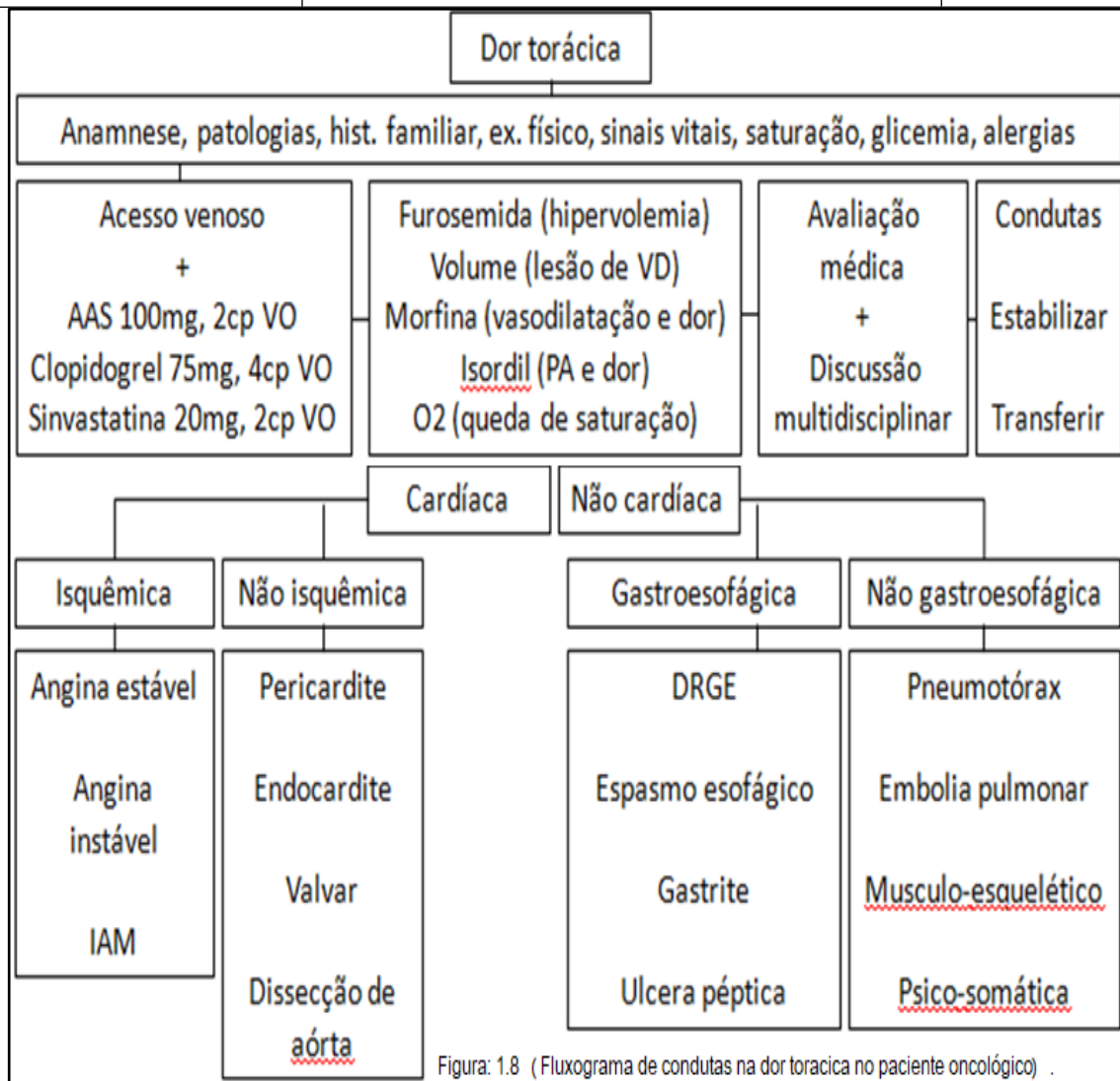
A dor torácica secundária a hiperidratação é uma intercorrência que acomete com mais freqüência os pacientes com cardiopatias (história de IC, IAM, etc), caquexia, insuficiência renal, pneumopatias e idosos, pode ser resultado de um quadro de EAP como vimos anteriormente, mas também pode ser resultado de um evento isquêmico como angina, infarto agudo do miocárdio (IAM), pode ser devido a uma reação alérgica a algum medicamento administrado, uma anafiláxia, dentre outras causas.

No caso da dor torácica de origem cardíaca é comum que se apresente como uma dor intensa, em região precordial, em aperto freqüentemente com irradiação para membro superior esquerdo, região epigástrica ou pescoço, dentre os sintomas mais associados se destacam as náuseas, lipotímia e a dispnéia.

Dentre as principais medidas a serem realizadas estão a administração de AAS, clopidogrel, diurético de alça caso o paciente apresente sinais de hipervolemia como estertores na ausculta indicando uma provável EAP, medicações para vasodilatação e controle algico (ex: furosemida, morfina, isordil) e aumento da oferta de O₂ a depender de cada caso e dos níveis de saturação.

É fundamental que após a estabilização desse paciente o mesmo seja encaminhado para suporte hospitalar, pois é mandatário a realização de exames como os de função renal, hematológica, cardíaca, dosagens seriadas de marcadores de isquemia do miocárdio, eletrocardiograma seriado dentre outros, dependendo dos resultados, pode ser necessário medidas como internação, suporte de UTI, cateterismo cardíaco, etc (figura 1.8).

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

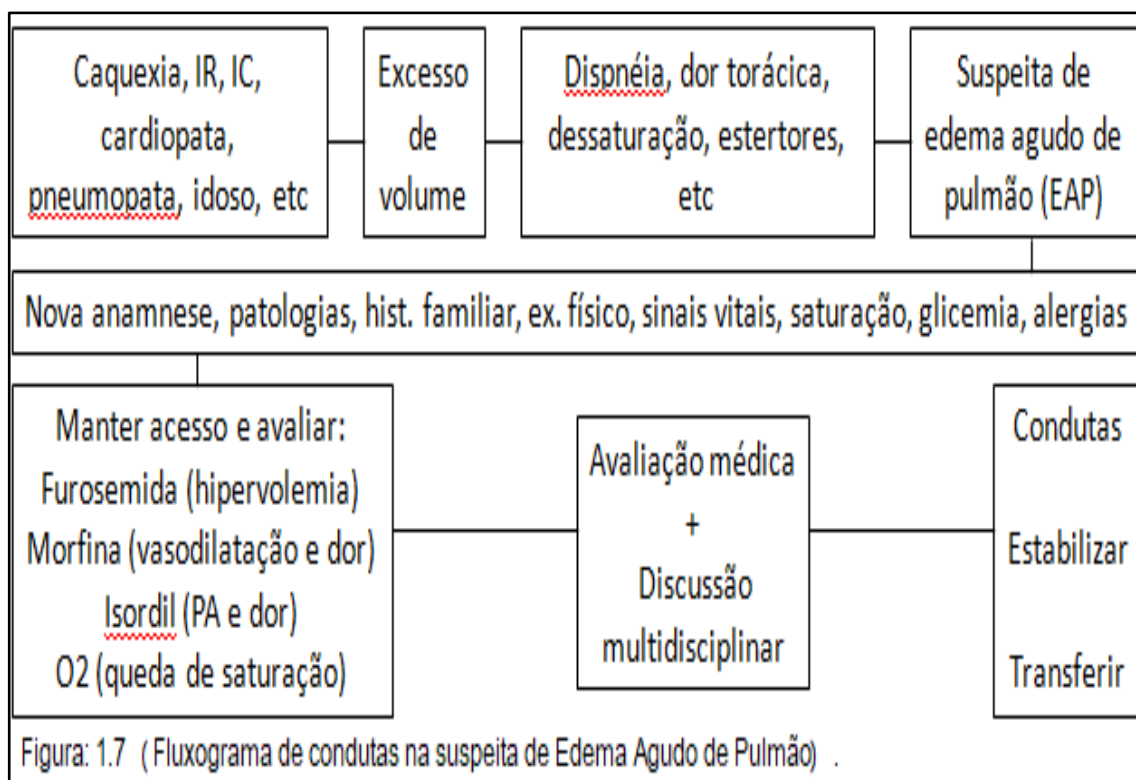


8. HIPERVOLEMIA NO PACIENTE ONCOLÓGICO.

A hipervolemia secundária a hiperidratação é uma intercorrência que acomete com mais freqüência os pacientes com caquexia, insuficiência renal, cardiopatas, pneumopatas e idosos, pode resultar em edema agudo de pulmão (EAP), caso que normalmente se inicia com um quadro súbito de dispnéia e dor torácica, pode-se apresentar estertores na ausculta pulmonar e posteriormente queda dos níveis de saturação, eliminação de uma espuma rosa pela boca e alterações do nível de consciência.

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

Dentre as principais medidas a serem realizadas estão a suspensão imediata da administração de volume, administração de diurético de alça, medicações para vasodilatação, controle álgico (furosemida, morfina, etc) e aumento da oferta de O2. É fundamental que após a estabilização do paciente o mesmo seja encaminhado para suporte hospitalar pois é mandatório a realização de exames como os de função renal, hematológica, cardíaca, dosagens seriadas de marcadores de isquemia do miocárdio, eletrocardiograma seriado dentre outros, já que a causa mais frequente do EAP é por isquemia cardíaca (figura 1.7).



9. NEUTROPENIA FEBRIL NO PACIENTE ONCOLÓGICO.

Os quadros infecciosos constituem a maior causa de mortalidade entre os pacientes oncológicos, por isso sinais de infecção como febre são tão preocupantes nesses pacientes. Esses quadros devem ser sempre notificados pela equipe assistente e avaliados cuidadosamente pelo médico responsável, devido ao alto risco de complicações que costumam ser piores em indivíduos imunossuprimidos, devendo estes, receber assistência proativa, rápida, adequada, cuidadosa e principalmente, vigilância ativa continuada (figura 2.1).

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024

- **Antibioticoterapia empírica e primeira dose sempre plena.**
- **Foco Pulmonar:**
 - Comunitário, <65 anos: Amoxicilina-Clavulanato ou Levofloxacino / Azitromicina.
 - Hospitalar, >65 anos, Terapia prévia: Ceftazidima ou Piperacilina-Tazobactam / Claritromicina.
- **Foco Urinário:**
 - Comunitário, sem Terapia prévia: Ciprofloxacino ou Ceftriaxone.
 - Hospitalar, Terapia prévia: Ceftazidima ou Piperacilina-Tazobactam.
- **Foco Abdominal:**
 - Comunitário, sem Terapia prévia: Ciprofloxacino / Metronidazol.
 - Hospitalar, Terapia prévia: Ciprofloxacino ou Ceftazidima / Metronidazol.
- **Foco Cutâneo:**
 - Ciprofloxacino e Clindamicina.
 - Oxacilina / Gentamicina.
- **Neutropenia :**
 - Sem sinais de gravidade: Ciprofloxacino + Amoxicilina com clavulanato
 - Sinais de gravidade: Cefepime
- **Posteriormente após resposta clínica, em posse dos exames laboratoriais e culturas, deve-se discutir com equipe de C.C.I.H. e deve ser ajustadas as doses, escalonada ou descalonada antibioticoterapia, ou eventualmente, trocada ou suspensa.**

-Febre de origem infecciosa: Tratar quadro infeccioso e manejo adequado da febre.
-Febre de origem não infecciosa: Teste do Naproxeno.

Figura 2.1 (Protocolo de manejo dos quadros de febre)

10. CONTROLE DE VERSÕES

Versão	Motivo	Data da Revisão
01/2022	Criação	10/01/2022
05/2024	Revisão	10/05/2024

	Nome	Data
Elaborado por:	Ivonildo Silveira Rios Junior	10/05/2024
Aprovado por:	Luís Onofre Rezende de Carvalho	10/05/2024