



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO12
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 4
Título do Procedimento: Prescrições Específicas		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Crise convulsiva ou hipertensão intracraniana por metástase cerebral

- Diazepan 1 ampola (10mg) IV durante a crise;
- Dexametasona (Decadron) 2,5ml (10mg) IV e manter com dexametasona (Decadron) 4mg IM/IV/6-6h;
- Hidantalizacao: Hidantal 250mg, 3 ampolas (750mg) + S F 0,9% 500ml em 1 h.
- Fenitoina 50mg/ml (Hidantal) – aplicar 2ml (100mg) IV 12-12h e manter com fenitoina 100mg VO de 8-8h.

Observação: Manter as vias aéreas pérvias + oxigenioterapia (manter saturação + 95%)

Insuficiência respiratória por metástases ou linfangite

- Oxigênio úmido – 3 litros/min;
- SG5% ou SF -500ml + hidrocortisona (Flebocortid, Solucortef) 500mg IV/8-8h, manter com Decadron 4mg VO 8-8h.
- Aminofilina -1 ampola + 10ml de SF ou 10ml de SG 25% IV/8-8h ou 1 comprimido (0,1g) VO/8-8h;
- Deslanosídeo (Cedilanide) -1/2 ampola IV /12-12h. Manter com Digoxina -1 comprimido (0,25mg) VO 1 vez ao dia;
- Furosemida (Lasix) -1 ampola (10mg) IV ou 1 comprimido (40mg) VO 1 vez ao dia.

Derrame pleural

- Radiografia do tórax (PA) e perfil (P), decúbito lateral (se tiver dúvida).
- Deve ser realizada punção de alívio, solicitando exame bioquímico, bacterioscópico e citológico. A citologia positiva para células neoplásicas ou derrame de mais de um terço do hemitórax indicam drenagem fechada e pleurodese. Nos casos com citologia negativa e derrame pequeno, tratar a doença sistemicamente.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO12
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 4
Título do Procedimento: Prescrições Específicas		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Derrame pericárdico

- Aumento da pressão venosa jugular, hipotensão, pulso paradoxal, taquicardia, má perfusão periférica e abafamento das bulhas;
- Confirmar com ecocardiograma. Pericardiocentese de alívio ou derivação pericárdio peritoneal.

Ascite por metástases hepáticas ou carcinomatose peritoneal

- Paracentese, se possível com orientação ecográfica; esvaziar o suficiente para aliviar o desconforto abdominal e respiratório (3 a 5 litros em média);
- Expansor plasmático (Isocel ou Haemacel) 500ml – ou S Fisiológico 0,9% ou Ringer 500 – 1000ml
- Espirolactona 100mg (Aldactone) - 1 comprimido 2 vezes ao dia + Furosemida 40mg – 1 comprimido pela manhã.

Insuficiência renal

- Diagnosticar se renal ou extra-renal (pressão arterial, frequência cardíaca, densidade urinária, uréia, creatinina, *clearance* da creatinina, sódio, potássio, cloro e ecografia. Se for renal, nada a fazer ou diálise.
- Se for pré-renal, hidratar e monitorizar através de controle da PVC;
- Se for (geralmente é) pós-renal: necessita de nefrostomia. Às vezes e necessário dializar até ter condições clínicas para a nefrostomia.

Síndrome hemorrágica

- *Tumoral*: tamponamento, ligaduras vasculares, corrigir as alterações do coagulograma, radioterapia.
- *Plaquetopenia*: vide orientações em 4.3.
- *CIVD*: tratar a doença de base. Se houver hemorragia grave transfundir plaquetas (1

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006	
Revisado por:		Data:	
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO12
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 4
Título do Procedimento: Prescrições Específicas		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

unidade para cada 10 Kg de peso) e plasma fresco congelado (2 unidades). Se houver complicações tromboticas aplicar heparina sódica (1 ml = 1.000U) -500 a 1.000 unidades/kg/dia ou 10.000 unidades subcutânea de 12-12h.

Síndrome anêmica

- *Por sangramento:* vide orientações em 4.3.
- *Por infiltração da medula óssea:* Prednisona 20mg VO/8-8hs e quimio-hormonioterapia.
- *Por quimiotoxicidade:* transfusão de concentrado de hemácias (vide orientações em 4.3).
- *Inerente à neoplasia:* nestes casos a ferritina é normal, o ferro total e a capacidade de ligação do ferro total estão diminuídos, com saturação da transferrina maior que 10%. Não está indicado o uso de sulfato ferroso, apenas transfusão ou eritropoetina (Hemax ou Eprex) (vide orientações em 4.3).

Casos especiais

- **HIPERCALCEMIA:** SF 3.000ml/dia + furosemida (Lasix) 1 ampola (10mg) IV 8-8h + hidrocortisona (Flebocortid) - 500mg IV 8-8h. Se não controlar, clodronato -300mg + SF 0,9% 250ml IV em 1 hora, diariamente por 5 dias . Pode-se utilizar tambem o pamidronato (Aredia 60 ou 90mg) ou Zolendronato (Zometa). Controle diario da calcemia e manter o bisfosfonado até a normalizacao do calcio serico.
- **HIPERPOTASSEMIA:** Solução polarizante: SG 5% -500ml + glicose a 50% -10ml + insulina simples -10 unidades IV em 30 min; resina trocadora de cátions - poliestirenosulfonato de cálcio (Sorcal) -1/2 envelope (15g) em 100ml de água VO ou VR 8-8h (Cuidado com a obstipação).
- **ANOREXIA:** nutricao enteral ou parenteral so esta indicada se houver condicoes para o tratamento oncologico. Se a paciente for FPT (Fora de Possibilidades Terapeuticas) não fazer nada ou medicar com acetato de megestrol (Megestat) suspensao – 10ml (400mg) VO de 12/12h ou Megestat 160mg, 1 comprimido VO ao dia.
- **TROMBOEMBOLISMO:** condições predisponentes: deficiência hereditária de antitrombina III; proteina C e S; Lupus Eritematoso Sistémico; HIV; drogas (clorpromazina, procaïnâmica, hidralazina) e outras condições como tumores,

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO12
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 4 de 4
Título do Procedimento: Prescrições Específicas		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

imobilização, insuficiência cardíaca e fumo. Profilaxia=heparina 5.000U SC 12-12h ou heparina de baixo peso molecular (Clexane, Fraxiparine , 1 ampola SC por dia).
Contra-indicações: úlcera péptica, trombocitopenia, hipertensão grave, AVC-H, pericardite, derrame pericárdico, idosas e caquéticas.

- TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL = calor local, elevação do membro, repouso, AAS 100mgVO/dia.
- TROMBOSE VENOSA PROFUNDA = diagnóstico difícil (venografia, pletismografia de impedância, ultra-som e doppler). Calor local, elevação do membro, repouso, heparina (Liquemine 1ml = 5000U), 5.000U/IV/bolus seguida de 1.000U/hora/infusão/IV/contínua, 1000ml de SF ou SG 5% em 24 horas com bomba de infusão -16 gotas/min) até o RNI ficar entre 2 e 3 por 3 dias. Pode-se utilizar também a enoxiparine (Clexane) 1mg/kg, de 12/12h, sub-cutanea. Se houver sangramento ou RNI>8,0 administrar sulfato de protamina 25mg/IV em 10min, mantendo o TTPA entre 50-80seg. Dar alta com anticoagulante oral- varfarina sodica (Marevan 5mg VO/dia mantendo o TP 1,5 x o tempo normal (RNI 2 a 3)) por 3 a 6 meses apos o primeiro episodio de TVP ou TEP. Cuidados: o dicumarínico interfere nas reações de carboxilação vitamina K dependentes, ocorrendo potencialização com o uso concomitante de tamoxifen, antidepressivos tricíclicos, cimetidina, ranitidina, fenotiazida, AINH, metildopa, amiodarona e anabolizantes esteroídes. Os antiácidos, barbitúricos, haloperidol e glicocorticóides diminuem o efeito dos dicumarínicos. Se houver intoxicação (sangramento) aplicar vitamina K hidrossolúvel (Kanakion) 1 ampola IV/dia ate normalização. Em casos de sangramento extremo prescrever 2 unidades de plasma fresco congelado (PFC).
- EMBOLIA PULMONAR = dispnéia, dor pleurítica, opressão, tosse, taquipneia, taquicardia, acentuação da segunda bulha, estertores crepitantes, hemoptise e febre. Pedir gasometria (PO2 < 80), RX do tórax (atelectasias segmentares ou derrame) e cintilografia pulmonar (para avaliar a relação ventilação/ perfusão) ou tomografia helicoidal do tórax com contraste. Tratar como a TVP, podendo associar streptoquinase 5 milhões de unidades/ IV em 1 hora diluído em 250ml de SF ou SG 5%.
- *As orientações do tratamento do tromboembolismo devem ser feitas pelo Hemocentro, de acordo com o protocolo em vigência.*

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data: