



Protocolo Assistencial de Enfermagem para pacientes adultos submetidos à terapia oncológica cardiotoxicá



DATA:

HORA:

MATRÍCULA:

**1.1- Dados de identificação**

Nome:

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: 1. ( ) masculino 2. ( ) feminino

Cor auto-referida: 1. ( ) branca 2. ( ) negra 3. ( ) parda 4. ( ) amarela Naturalidade:

Grupo Sanguíneo 1. ( ) A 2. ( ) B 3. ( ) AB 4. ( ) O Fator Rh: 1. ( ) + 2. ( ) -

Endereço:

Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de referência:

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Mora c/ qts pessoas?

Telefone/celular:

Pessoa p/ contato: \_\_\_\_\_

Fonte de renda: 1. ( ) aposentado 2. ( ) pensionista 3. ( ) empregado 4. ( ) sem renda

Renda mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Escolaridade: 1. ( ) analfabeto 2. ( ) fundamental 3. ( ) médio 4. ( ) superior 5. ( ) pós-graduação

1. ( ) completo 2. ( ) incompleto

Profissão:

Estado Civil: 1. ( ) solteiro 2. ( ) casado 3. ( ) viúvo 4. ( ) divorciado

Possui acesso: 1.( ) computador 2.( ) Celular	Têm filhos?1.( )Não 2.( )Sim, qts?_____		
Plano de saúde:			
Motivo da procura a Unidade:			
Suas Expectativas:			
<b>1.3- Sinais Vitais</b>			
PA:mm/Hg	FC:_____bpm	FR:_____irpm	Sat O2:_____%
1.7- Dados Antropométricos			
Peso: Kg	Altura:_____m	IMC:_____Kg/m <sup>2</sup>	Circ. Abdominal:_____cm
<b>1.4 - História pregressa e Riscos cardiovasculares</b>			
( ) HAS ( ) IAM ( ) Dislipidemia ( )DPOC ( ) Sedentarismo			
( ) DM ( ) IRA ( ) Doença psiquiátrica ( )Tuberculose ( ) Hepatite			
( ) AVE ( ) IRC ( ) HIV+ ( ) Drogas ilícitas ( )Obesidade			
( ) Pericardite ( ) Endocardite ( ) Doença valvar ( )Arritmia cardíaca Qual?_____			
( ) Disfunção Ventrículo E ( ) IC ( )Doença trombolítica ( ) Angina			
Alteração genética: ( )Trissômia do 21 ( )Mutação HFE (hemocromatose)			
( ) Doença trombolítica Qual:_____			
Alteração em ECG? ( ) Sim ( )Não Qual?_____			
Alteração em ECO ( ) Sim ( )Não Qual?_____			
Alteração em marcadores cardíacos? ( ) Sim ( )Não			
( )Troponina I _____ ( )Troponina T_____ ( ) BNP _____ ( )Pro-BNP_____ ( ) Outras:			
( ) Cirurgias. Qual? ( ) cabeça e pescoço ( ) abdominal ( ) torácica ( ) ginecológica			
( ) ortopédica ( ) cesarianas ( ) plástica ( ) angioplastia			
( ) vascular ( ) marcapasso ( ) oftálmica ( ) amputação			
Alergia? 1.( )Não 2.( )Sim Qual? 1.( ) Respiratória 2.( ) Alimentar 3.( ) Medicamentosa 4.( ) Cutânea			
Especifique:_____			
<b>1.5- História da doenca oncológica</b>			
Diagnóstico de Câncer atual:_____ Data do Diagnóstico:___/___/___			

Início do tratamento oncológico: \_\_\_/\_\_\_ (m/a)

Tratamento proposto: 1.( )cirurgia 2.( )quimioterapia 3.( )radioterapia 4.( )iodoterapia 5.( )imunoterapia

Sinais e sintomas: 1.( )dor 2.( )tosse 3.( )constipação 4.( )cansaço 5.( )fadiga 6.( )dispnéia 7.( )disfagia

7.( ) infecção 8.( ) edema 9.( ) palpitações 10.( ) síncope 11.( ) angina 12.( ) sudorese 13.( ) astenia

14.( ) incontinência urinária 15.( ) incontinência fecal 16.( ) anorexia 17.( ) inapetência 18.( ) náusea 19.( ) êmese

20.( ) sofrimento 21.( ) depressão 22.( ) astenia 23.( ) sangramento 24.( ) alteração motora 25.( ) alteração neurológica

26.( ) alteração respiratória 27.( ) alteração circulatória ( ) outros: \_\_\_\_\_

Outros cânceres primários? 1.( )Não 2.( )Sim Quais: \_\_\_\_\_ Data do Diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_

Presença de Metástase? 1.( )Não 2.( )Sim Locais: \_\_\_\_\_ Data do Diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_

Já realizou quimioterapia antes? 1.( )Não 2.( )Sim

Quais os Quimioterápicos já utilizados

Ano: \_\_\_\_\_

QUIMIOTERÁPICO	DOSE	SESSÕES	QUIMIOTERÁPICO	DOSE	SESSÕES

Quimioterápicos propostos para tratamento atual

QUIMIOTERÁPICO	DOSE	SESSÕES	QUIMIOTERÁPICO	DOSE	SESSÕES

Já realizou radioterapia antes? 1.( )Não 2.( )Sim Ano: \_\_\_\_\_

APARELHO	DOSE	SESSÕES	LOCAL	APARELHO	DOSE	SESSÕES	LOCAL
----------	------	---------	-------	----------	------	---------	-------


Possui proposta terapêutica de radioterapia? 1.( )Não 2.( )Sim

APARELHO	DOSE	SESSÕES	LOCAL	APARELHO	DOSE	SESSÕES	LOCAL

Múltiplas Hospitalizações? 1.( )Não 2.( )Sim Motivos:

Última hospitalização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Motivo:

Já recebeu transfusão sanguínea? 1.( )Não 2.( )Sim Apresentou alguma reação? 1.( )Não 2.( )Sim

**1.6- História familiar**

- 1.( ) Cardiopatias, especifique: \_\_\_\_\_
- 2.( ) Câncer, especifique: \_\_\_\_\_
- 3.( ) IAM, quem: \_\_\_\_\_
- 4.( ) HAS, quem: \_\_\_\_\_
- 5.( ) DM, quem: \_\_\_\_\_
- 6.( ) AVE, quem: \_\_\_\_\_

1.5 - Está sentindo alguma coisa ou tem alguma queixa no momento? Qual? \_\_\_\_\_

**1.7- Tratamento oncológico atual**

MEDICAMENTO	DOSE	VEZES/DIA	MEDICAMENTO	DOSE	VEZES/DIA

O uso dessas medicações tem ocasionado alguma reação? 1.( )Não 2.( )Sim Qual? \_\_\_\_\_

**RADIOTERAPIA**

APARELHO	DOSE	SESSÕES	LOCAL	APARELHO	DOSE	SESSÕES	LOCAL
----------	------	---------	-------	----------	------	---------	-------


**DOMÍNIO 1- PROMOÇÃO DA SAÚDE**

1.1- Você fuma? 1.( )Não 2.( )Sim Quantos maços por dia?

Já fumou? 1.( )Não 2.( )Sim A quanto tempo parou? ( )dias ( )meses ( )anos

1.2- Faz uso de bebida alcoólica? 1.( )Não 2.( )Sim 2.1( )regular 2.2( )socialmente \_\_\_\_\_ quantidade/dia

Já fez uso regular de bebida alcoólica e parou? 1.( )Não 2.( )Sim A quanto tempo?( ) dias ( )meses ( )anos

1.3- Quais vacinas você possui em dia? 1.( )Influenza 2.( )Pnemococo 3.( )Tétano 4.( )Outras \_\_\_\_\_

1.4- Quando foi sua última consulta odontológica? \_\_\_\_\_ (meses)

Quando foi seu último check-up? ( ) até 6 meses ( ) até 1 ano ( ) entre 1 e 2 anos ( ) mais de 2 anos

Qual foi a data do último preventivo ou visita ao urologista? \_\_\_\_\_ (meses)

**DOMÍNIO 2 – NUTRIÇÃO**

2.1- Qual sua via de nutrição? 1.( )oral 2.( )GTT 3.( )JJT 4.( )SNE 5.( )CNG 6.( )Esofagostomia 7.( )parenteral

Você recebeu orientação nutricional de algum profissional de saúde? 1.( )Sim 2.( )Não

Você segue alguma dieta específica? 1.( )Não 2.( )Sim

Qual? 1.( )Hipossódica 2.( )Hipocalórica 3.( )Hipolipídica 4.( )Hipoglicêmica

Quantas refeições você faz por dia? Você costuma sentir náuseas? 1.( )Não 2.( )Sim Freq: \_\_\_\_\_

Você costuma ter êmese? 1.( )Não 2.( )Sim Freq: \_\_\_\_\_

Você têm: 1.( ) dificuldade de mastigar 2.( ) dificuldade de deglutição 3.( ) paladar diminuído 4.( ) Nenhum desses

Presença de mucosite? 1.( )Não 2.( )Sim , Se sim 1.( ) grau I 2.( ) grau II 3.( ) grau III 4.( ) grau IV

Você usa prótese dentária? 1.( )Não 2.( )Sim ( ) superior ( ) inferior

Quanto você costuma ingerir de líquido por dia? Você costuma sentir sede? 1.( )Não 2.( )Sim

Apresenta alguma dessas alterações?

1.( )desnutrição 2.( )desidratação 3.( )fraqueza 4.( )sialorréia 5.( )xerostomia 6.( )pirose

Avaliação da Cavidade oral: 1.( ) íntegra 2.( )mucosite Grau 3.( ) Outra lesão 1.( ) íntegra 2.( )mucosite Grau 3.( ) Outra lesão/Protese dentária

**DOMÍNIO 3 – ELIMINAÇÃO E TROCA**

## 3.1- Sintomas gastrointestinais

Você sente? 1.( )náusea 2.( )desconforto abdominal 3.( )distensão abdominal 4.( )cólica 5.( )flatulência 6.( )vômito

7.( )plenitude pós prandial 8.( )massa abdominal palpável 9.( )hérnia 10.( )fístula 11.( )flatulência 12.( )outros\_\_\_\_\_

3.2- Abdome: 1.( )plano 2.( )globoso 3.( )escavado 4.( )flácido 5.( )distendido 6.( )peristalse presente

7.( )peristalse ausente 8.( )resistente a palpação 9.( )indolor 10.( )hepatomegalia

11.( )Doloroso, região:\_\_\_\_\_

12.( )Massa palpável, região:\_\_\_\_\_

## 3.2-Hábitos intestinais

Quantas vezes por semana você evacua?1.( )Todos os dias 2.( )1-3 vezes 3.( )mais de 3 vezes

Quantas vezes por dia? 1.( )uma 2.( )duas 3.( )várias vezes

Característica:1.( )normal 2.( )pastosa 3.( )diarréica 4.( )endurecida

Você possui? 1.( )colostomia 2.( )ileotomia

Você sentiu algum desconforto ou observou alguma alteração? 1.( )nenhum 2.( )tenesmo 3.( )hematoquezia

4.( )melena 5.( )esteatorréica 6.( )hemorróida 7.( )cólica 8.( )flatulência 9.( )dor 10.( )Outros:

## 3.3-Hábitos urinários

1.( )Espontânea 2.( )CVD, motivo:\_\_\_\_\_ 3.( )Cistostomia, motivo:\_\_\_\_\_

Quantas vezes você urina por dia?\_\_\_\_\_

Qual o período mais frequente das micções? 1.( )Dia 2.( )Tarde 3.( )Noite

Você acorda pra urinar?1.( )Não 2.( )Sim Quantas vzs a noite?\_\_\_\_\_ Isso te atrapalha?1.( )Não 2.( )Sim

Apresenta alguma dessas alterações?

1.( )disúria 2.( )oligúria 3.( )retenção urinária 4.( )incontinência urinária 5.( )urgência urinária 6. Outros\_\_\_\_\_

Aspecto da urina: 1.( ) hematúria 2.( )turva 3.( )límpida 4.( )presença de grumos 5.( )piúria 6.( )Concentrada

**DOMÍNIO 4- ATIVIDADE E REPOUSO**

## 4.1-Sono e repouso

Quantas horas você dorme por noite? \_\_\_\_\_horas/noite

Qual é o seu tipo de sono? 1.( )Ininterrupto 2.( )Acorda durante a noite 3.( )Agitado 4.( )Acorda descansado

Você demora pra dormir? 1.( )Não 2.( )Sim

Você tem insônia? 1.( )Sim 2.( )Não

Usa medicação pra dormir? 1.( )Não 2.( )Sim Qual/dose?		
Você costuma dormir no período do dia? 1.( )Não 2.( )Sim		
Sente durante o dia: 1.( )sonolência 2.( )cansaço 3.( )irritabilidade 4.( )ansiedade 5.( )perda da concentração		
4.2-Atividade/Exercício		
Como você consegue realizar as seguintes atividades?		
0-completamente dependente/ 1-Requer ajuda de outra pessoa e aparelho ou artefato/ 2-Requer ajuda de outra pessoa para auxílio, supervisão ou ensino/ 3-Requer uso de aparelho 4-Independente		
( )Alimentar-se	( )Vestir-se	( )Higiene corporal
( )Mobilidade no leito	( )Deambular	( )Higiene íntima
Você tem alguma limitação para: 1.( )subir escada 2.( )cuidar da casa/trabalhar 3.( )outra		
Quais são as limitações físicas durante atividade? 1.( )nenhuma 2.( )cansaço 3.( )tontura 4.( )dispnéia 5.( )outra		
Você possui limitações físicas? 1.( )parestesia 2.( )plegia 3.( )tremores 4.( )amputações, onde? _5.( )dema 6.( )linfedema, onde? _____		
Você pratica atividade física? 1.( )Não 2.( )Sim ( ) vezes por semana. Qual?		
O que você costuma fazer como atividade de lazer?		
Existe alguma atividade que gostaria de fzr e não pode? 1.( )Não 2.( )Sim Causa:		
Locomoção: 1.( )deambula 2.( )deambula com auxílio 3.( )alteração de marcha 4.( )acamado		
4.3- Avaliação Cardiovascular		
Pulso: Ritmo: 1.( )regular 2.( )irregular Amplitude:1.( ) forte 2.( )filiforme		
Perfusão periférica: 1.( )normal 2.( )diminuída Turgência de jugular: 1.( )Não 2.( )Sim		
Ictus cordis: 1Localização: _____		2.Extensão: _____cm 3Mobilidade preservada:1( )Não 2.( )Sim
Ausculta cardíaca: 1.( )B3 2.( )B4 3.( )sopro 4.( )atrito peric. 5.( )click, estalido		
1.( )normofonético 2..( )hipofonético		
4.4- Avaliação Pulmonar		
Tórax:   Respiração:	1.( ) sem alterações anatômicas 2.( )com alterações anatômicas, qual?	
	3.( ) expansão torácica normal 4.( )expansão torácica diminuída	
	Amplitude: 1.( )superficial 2.( )profunda	
	Ritmo: 1.( )normal 2.( )dispnéico 3.( )Cheyne-stokes 4.( )Biot 5.( )Kussmaul 6.( )suspirosa 7.( )tiragem	
Tosse:1.( )Não2.( )Sim1.( )produtiva 2.( )seca 3.( )ineficaz		

Ruídos pulmonares: 1.( )vesicular 2.( )sibilos 3.( )estridor 4.( )crepitações 5.( )atrito pleural 6.( )roncos

### DOMÍNIO 5- PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO

5.1- Estado mental: 1.( )lúcido 2.( )orientado 3.( )confuso 4.( )desorientado tempo/espaço 5.( )sonolento 6.( )inquieto 7.( )torporoso 8.( )letárgico

Você é ansioso(a)? 1.( )Não 2.( )Levemente 3.( )Moderadamente 4.( )Muito, pq?

Você possui a visão: 1.( )preservada 2.( )prejudicada 2.1.( )usa lente ou óculos

Você possui o olfato: 1.( )preservado 2.( )diminuído

Você tem o paladar: 1.( )preservado 2.( )diminuído

Você possui a audição: 1.( )preservada 2.( )prejudicada 2.1.( )usa prótese auditiva

A fala demonstra ser: 1.( )normal 2.( )murmurada 3.( )arrastada 4.( )afasia expressiva 5.( )disartria

Você possui alterações no tato? 1.( )Não 2.( )diminuído 3.( )ausente Local:

Você apresenta algum problema de memória? 1.( )Não 2.( )Sim, qual

1.( )dificuldade de tomar decisões 2.( )síncope 3.( )dificuldade de lembrar coisas recentes 4.( )vertigem 5.( )dificuldade de lembrar coisas passadas 6.( )incapacidade de raciocínio lógico 7.( )dificuldade aprender coisas novas

Você já apresentou? 1.( )convulsão 2.( )alucinação

6.2- Você sabe sobre o câncer que possui? 1.( )Não 2.( )Sim

Você sabe sobre os riscos do câncer? 1.( )Não 2.( )Sim, qual?

Você sabe sobre os efeitos colaterais do tratamento do câncer? 1.( )Não 2.( )Sim, qual?

O que considera importante aprender sobre sua doença? 1.( )nada 2.( )como e porque ela ocorre 3.( )tratamento 4.( )como me cuidar melhor 5.( )riscos 6.( )efeitos colaterais e tóxicos 7.( )outros \_\_\_\_\_

Você sabe quais medicamentos toma? 1.( )Não 2.( )Sim

Você sabe para que serve cada medicamento? 1.( )Não 2.( )Sim

### DOMÍNIO 6- AUTOPERCEPÇÃO

6.1- Como você se considera?

1.( )feliz 2.( )triste 3.( )inseguro 4.( )depressivo 5.( )ansioso 7.( )corajoso 8.( )bonito 9.( )feio 10.( )nervoso 11.( )agressivo 12.( )outro \_\_\_\_\_

Gostaria de ser diferente? 1.( )Não 2.( )Sim Por quê? \_\_\_\_\_

Você acha que contribui de alguma forma para o seu tratamento? 1.( )Não 2.( )Sim, como? \_\_\_\_\_

Você está satisfeito com sua aparência, estilo de vida e realizações? 1.( )Não 2.( )Sim Por quê? \_\_\_\_\_

Apresenta:1( ) sentimento de culpa 2( ) falta de afeto 3( ) comportamento destrutivo 4( ) demasiadamente conformado 5( ) verbalizações autonegativas 6( ) comportamento indeciso

### DOMÍNIO 7- RELACIONAMENTO DE PAPEL

7.1- Como você acha que é a sua relação com:

1.Afetivo 2.Conflituoso 3.Indiferente 4.Não se aplica

( ) sua família( ) marido/esposa ( ) filhos( ) amigos( ) vizinhos( ) trabalho

A doença afetou de alguma maneira: 1.( ) sua família 2.( ) seu trabalho 3.( ) seu lazer 4.( ) suas finanças5.( ) Outros \_\_\_\_\_

### DOMÍNIO 8- SEXUALIDADE

8.1- Como é sua função sexual?

1.( ) não tenho mais 2.( ) satisfatória 3.( ) insatisfatória Por quê?

Utiliza algum método anticoncepcivo?

1.( ) Não 2.( ) Sim Qual? Apresenta alguma lesão ou alteração nos órgãos sexuais? 1.( ) Não 2.( ) Sim Qual?

### DOMÍNIO 9- ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE

9.1- Em geral, como você acha que está enfrentado esse momento na sua vida?

( ) medo( ) alegria( ) agitação( ) desesperança ( ) pessimismo( ) ansiedade( ) preocupação( ) agressividade( ) frustração ( ) insatisfação

( ) tristeza( ) nervosismo( ) negação( ) raiva ( ) desejo de morrer( ) dificuldade de adaptação( ) apatia( ) solidão( ) culpa

### DOMÍNIO 10- PRINCÍPIOS DE VIDA

10.1- Você possui alguma crença religiosa?

1.( ) Não

2.( ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Você acha que a sua fé ajuda no enfrentamento do câncer? 1.( ) Não 2.( ) Sim Por quê? \_\_\_\_\_

Você acha que a sua fé ajuda no enfrentamento dos problemas atuais? 1.( ) Não 2.( ) Sim Por quê? \_\_\_\_\_

### DOMÍNIO 11- SEGURANÇA/PROTEÇÃO

11.1- Você sente tontura/vertigem ao mudar de posição?

1.( ) Não

2.( ) Sim

Você apresenta: 1.( ) perda de equilíbrio 2.( ) convulsão 3.( ) alteração da marcha

Já teve alguma queda? 1.( ) Não

2.( ) Sim, como?

Você apresenta alguma lesão na pele? 1.( ) Não 2.( ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Onde? \_\_\_\_\_

Pele/tecido:

1.( ) sem alterações 2.( ) palidez 3.( ) cianose 4.( ) ictérica 5.( ) anasarca

	6. ( )hidratada 7.( )desidratada 8.( )fria 9.( )pegajosa 10.( )sudoréica				
	.( )lesões, locais:				
	1.( )úlceras, local, tipo e classif.:				
	2.( )quadrantectomia direita	3.( )quadrantectomia esquerda			
4.( )esvaziamento axilar direita 5.( ) esvaziamento axilar esquerda					
11.3- Avaliação dos membros					
Membros superiores					
1.( )Sensibilidade de força motora preservada			2.( )Paresia	3.( )Plegia	4.( )Cianose
5.( )Edema, local: _____, cacifo: ____/+4			6.( )Hematoma, local: _____		
7.( )Dor 8.( )Empastamento 9.( )Calor 10.( )Rubor Local: _____					
Membros inferiores					
1.( )Sensibilidade de força motora preservada			2.( )Paresia	3.( )Plegia	4.( )Cianose
5.( )Edema, local: _____, cacifo: ____/+4			6.( )Hematoma, local: _____		
7.( )Dor 8.( )Empastamento 9.( )Calor 10.( )Rubor Local: _____					
<b>DOMÍNIO 12 – CONFORTO</b>					
13.1- Você sente alguma dor? 1( )Não		2.( )SimOnde?		EVA:0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10	
Quanto tempo ela costuma durar?		1.( )segundos 2.( )minutos 3.( )horas			
Você a sente a muito tempo?		1.( )Não 2.( )Sim			
Qual é a sua frequência?		1.( )todos os dias 2.( )1-2 vzs semanais 3.( )3-5 vzs semanais			
1.( )constante 2.( )alternante					
A dor persiste por mais de 6 meses? 1.( )Não 2.( )Sim					
Quais são os fatores desencadeantes? 1.( )câncer2.( )posição 3.( )estresse 4.( )atividade física 5.( )cansaço					
O que você costuma fazer para aliviá-la? 1.( )repouso 2.( )mudança de posição 3.( )massagem 4.( )medicação					
13.2- Você sente medos? 1.( )Não 2.( )Sim Quais:					
13.3- Você se sente rejeitado? 1.( )Não 2.( )Sim Por quem?					
<b>Resultados de Exames</b>					
15.1- Exames laboratoriais					
	Valores de referência	Data:	Data:	Data:	Data:

1.Uréia	10-50mg/dl				
2.Creatinina	0,4-1,3mg/d				
3.Sódio	135-147mg/d				
4.Cálcio	1,0-1,3mEq/dl				
5.Potássio	3,5-5,5mEq/dl				
6.Hemoglobina	H: 13,5-18,0g/dl M:11,5-16,4g/dl				
7.Hematócrito	H: 40 a 54% M:36 a 47%				
8.Leucócitos	4000 a 10000/ul				
9.Plaquetas	130.000 a 400.000ul				
10.Glicose	70-110mg/dl				
11.CK	Homens Inferior a 190U/L				
	Mulheres Inferior a 170U/L				
12.CK-mb	Inferior 25U/L				
13.Troponina I	Homens Inferior a 0,034ng/ml				
	Mulheres Inferior a 0,016ng/ml				
14. Troponina T	Inferior 40ng/dl				
15. BNP	Inferior a 100pg/ml				
16. NT ProBNP	97,3 a 526,0* pg/ml				

\* Os valores de referência aumentam de acordo com a idade  
Referência de marcadores cardíacos pelo INCA,2019

#### 15.2- Avaliação cardiológica

Eletrocardiograma de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ritmo: ( ) Sinusal ( ) Fib Atrial FC: ... spm P: ... s PR: ..... s QRS: ..... s AQRS: .....0 QT: ..... s

( ) ADIRV ( ) BAV 10 ( ) BAV 20 ( ) BAV 30 ( ) SAE ( ) SAD ( ) SVD ( ) SVE ( ) BRD incompleto

( ) BRD completo ( ) HBAE/BDAS ( ) BRE incompleto ( ) BRE completo ( ) ESSV ( ) ESV

( ) Inatividade elétrica em parede: ( ) AIRV em parede

Ecocardiograma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

AE: ..... VolAE: ..... Ao: ..... VEd: ..... VEs: ..... SIVd: ..... PPVED: .....

VD: ..... Função sistólica: ( ) VE normal ( ) Disf. leve VE ( ) Disf. mod. VE ( ) Disf. grave VE

FE Teicholz: ..... % FE Simpson: ..... % ( ) VD normal ( ) Disf. leve VD ( ) Disf. mod. VD ( ) Disf. grave VD

Função diastólica: ( ) Normal Disfunção: ( ) grau I ( ) II ( ) III ( ) IV E/A: ..... E': ..... E/E': .....

Pressão sistólica da artéria pulmonar: ..... mmHg.

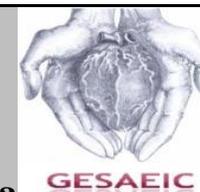
Outros:

**Anotações**

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do profissional responsável



# Protocolo Assistencial de Enfermagem para pacientes em terapia oncológica cardiotóxica



## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – NANDA I

## RESULTADOS DE ENFERMAGEM – NOC

___/___/___	___/___/___	___/___/___
-------------	-------------	-------------

## DOMÍNIO 2- NUTRIÇÃO

### VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO (00026)

Entrada:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Saída:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1

**Definição:** Entrada excessiva e/ou retenção de líquidos.**CD:** Edema, hematócrito diminuído, ortopnéia, oligúria, presença da 3ª bulha cardíaca, inquietação, alteração no padrão respiratório, alteração na pressão sanguínea, alteração na gravidade específica da urina, anasarca, azotemia, dispneia, distensão da veia jugular, derrame pleural, congestão pulmonar, ruídos adventícios respiratórios, edema, ganho de peso num curto período de tempo.**FR:** Entrada excessiva de líquido, entrada excessiva de sódio.**CA:** Mecanismo de regulação comprometido.

## EQUILÍBRIO HÍDRICO 06001

### Peso estável no corpo 60109

Avaliado: 1 2 3 4 5

Avaliado: 1 2 3 4 5

Avaliado: 1 2 3 4 5

Esperado: 1 2 3 4 5

Esperado: 1 2 3 4 5

Esperado: 1 2 3 4 5

\*4

### Edema Periférico 60112

Avaliado: 1 2 3 4 5

Avaliado: 1 2 3 4 5

Avaliado: 1 2 3 4 5

Esperado: 1 2 3 4 5

Esperado: 1 2 3 4 5

Esperado: 1 2 3 4 5

\*5

## DOMÍNIO 4 - ATIVIDADE/REPOUSO

### DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO (00029)

Entrada:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Saída:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2

**Definição:** Volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas metabólicas do organismo.**CD:** Frequência/ritmo cardíaco alterado (alteração no eletrocardiograma (ECG), bradicardia, palpitações, taquicardia), pré-carga alterada, pós-carga alterada, contratilidade alterada, ansiedade, inquietação**FR:** A serem desenvolvidos

## EFICÁCIA DA BOMBA CARDÍACA 0400

### Fração de ejeção cardíaca 040004

Avaliado: 1 2 3 4 5

Avaliado: 1 2 3 4 5

Avaliado: 1 2 3 4 5

Esperado: 1 2 3 4 5

Esperado: 1 2 3 4 5

Esperado: 1 2 3 4 5

\*3

### Índice cardíaco 040003









**DOMÍNIO 12- CONFORTO**

**DOR AGUDA (00132)**

Entrada:                      Saída:  
 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_                      \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Definição:** Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.

**CD:** Alteração no apetite, alteração no parâmetro fisiológico, autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor, autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor, comportamento de distração, comportamento expressivo, comportamento protetor, desesperança, diaforese, espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada, evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente, expressão facial de dor foco em si próprio, foco estreitado, posição para aliviar a dor, pupilas dilatadas e representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades.

**FR:** Agente biológico lesivo, agente físico lesivo e gente químico lesivo.

**NÍVEL DE DOR 2102**

**Dor relatada 210201**

Avaliado: 1 2 3 4 5	Avaliado: 1 2 3 4 5	Avaliado: 1 2 3 4 5
Esperado: 1 2 3 4 5	Esperado: 1 2 3 4 5	Esperado: 1 2 3 4

\*5

**Pressão arterial 210212**

Avaliado: 1 2 3 4 5	Avaliado: 1 2 3 4 5	Avaliado: 1 2 3 4 5
Esperado: 1 2 3 4 5	Esperado: 1 2 3 4 5	Esperado: 1 2 3 4 5

\*3

**OUTROS DIAGNÓSTICOS**

**Diag:**

Entrada:                      Saída:  
 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_                      \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Definição:**

**CD:**

**FR:**

Avaliado: 1 2 3 4 5	Avaliado: 1 2 3 4 5	Avaliado: 1 2 3 4 5
Esperado: 1 2 3 4 5	Esperado: 1 2 3 4 5	Esperado: 1 2 3 4 5

**LEGENDA**

\*1 1= gravemente comprometido; 2= muito comprometido; 3= moderadamente comprometido; 4= levemente comprometido; 5= não comprometido

\*2 1= Nunca demonstrado; 2= Raramente demonstrado; 3= Algumas vezes demonstrados; 4= Frequentemente demonstrados; 5= Consistentemente demonstrados

\*3 1= Desvio grave da variação normal; 2= Desvio substancial da variação normal; 3= Desvio moderado da variação normal; 4= Desvio leve da variação normal; 5= Sem desvio da variação normal

\*4 1= gravemente comprometido; 2= muito comprometido; 3= moderadamente comprometido; 4= levemente comprometido; 5= não comprometido

*5	1= Grave; 2= substancial; 3=moderado; 4=leve; 5= nenhum
*6	1= nenhum conhecimento; 2= conhecimento limitado; 3=conhecimento moderado; 4= conhecimento substancial; 5= conhecimento amplo
*7	1= severo; 2= substancial; 3= moderado; 4= leve; 5= nenhum

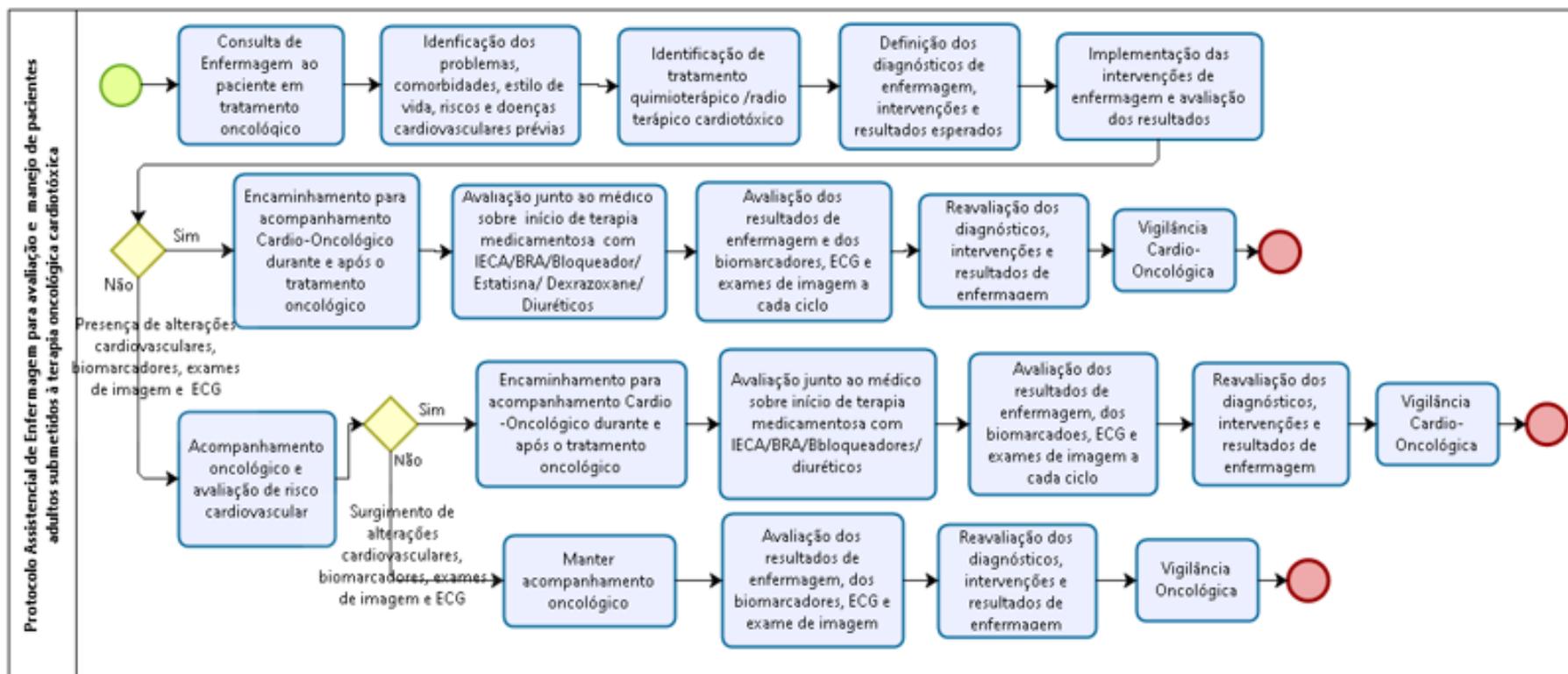
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM - NIC <i>Diagnósticos</i>		Aprazamento		
		___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>1-4, 7-9, 11</b>	<b>Cuidados Cardíacos 4044</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ECG;</li> <li>- Interpretar resultado de ECG;</li> <li>- Encaminhar paciente para realização de ECO;</li> <li>- Interpretar resultado do ECO;</li> <li>- Avaliar a função cardíaca e estado cardiovascular;</li> <li>- Monitorar frequência cardíaca, palpitação respiratória;</li> <li>- Fornecer conforto e manter o paciente em posição de Fowler, para diminuir os trabalhos cardíacos e pulmonar.</li> <li>- Monitorar a ocorrência de dispneia, fadiga, taquipnéia e ortopnéia. <ul style="list-style-type: none"> <li>•Avaliar quaisquer episódios de dor no peito (ex: intensidade, localização, irradiação, duração, fatores precipitantes e de alívio);</li> <li>•Realizar avaliação abrangente da circulação periférica (verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura da extremidade);</li> </ul> </li> <li>- Monitorar os sinais vitais com frequência.</li> </ul>			
<b>1-4, 7-9, 11</b>	<b>Precauções cardíacas 4050</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o paciente quanto a comportamentos de risco associados a eventos cardíacos adversos (p. ex., tabagismo, obesidade, estilo de vida sedentário, pressão arterial elevada, histórico de eventos cardíacos anteriores, história familiar de eventos cardíacos);</li> <li>- Orientar o paciente e a família quanto a terapias para reduzir o risco cardíaco (ex: terapias medicamentosas, monitoração da pressão arterial, restrições hídricas, restrições de álcool, reabilitação cardíaca).</li> </ul>			
<b>6,7,10</b>	<b>Precauções circulatórias 4070</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar uma avaliação abrangente da circulação periférica (i.e., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor, temperatura da extremidade e índice tornozelo-braquial, se indicado);</li> <li>- Manter hidratação adequada para prevenir aumento da viscosidade sanguínea;</li> <li>- Monitorar as extremidades para detecção de áreas de calor, vermelhidão, dor ou inchaço.</li> </ul>			
<b>1-4, 7-9, 11</b>	<b>Controle de arritmias 4090</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar o nível de dor torácica, dispneia, frequência cardíaca, palpitação respiratória;</li> <li>- Monitorar a resposta hemodinâmica à arritmia;</li> <li>- Verificar o histórico do paciente e familiar de doenças cardíacas e arritmias;</li> <li>- Monitorar e corrigir déficits de oxigenação, desequilíbrios acidobásicos e desequilíbrios de eletrólitos, que podem precipitar arritmias;</li> <li>- Garantir monitoramento com ECG;</li> <li>- Monitorar as alterações do ECG que aumentam o risco de desenvolvimento de arritmia (ex: arritmia, segmento ST, isquemia e monitoração do intervalo QT);</li> <li>- Observar a frequência e duração da arritmia;</li> <li>- Monitorar a resposta hemodinâmica à arritmia;</li> <li>- Verificar se o paciente tem dor torácica ou síncope associada à arritmia;</li> </ul>			

	- Administrar líquidos prescritos por via intravenosa e agentes vasoconstritores, conforme indicado, para facilitar a perfusão tecidual.			
<b>1-12</b>	<b>Monitoração de sinais vitais 6680</b>			
	- Monitorar pressão arterial, observar oscilações; - Monitorar frequência e ritmo cardíaco e respiratório; - Implementar rotina de verificação de sinais vitais na infusão dos quimioterápicos: aferição antes, durante, ao término e uma hora após o término da infusão, ou manter monitorização.			
<b>1</b>	<b>Controle hídrico 4120</b>			
	- Realizar uma avaliação geral do estado hemodinâmico; - Manter balanço hídrico; - Manter o equilíbrio hídrico por administração EV de fluidos ou diuréticos; - Monitorar o balanço hídrico dos pacientes com alterações cardíacas; - Monitorar o estado de hidratação (ex: umidade das mucosas, adequação de pulso e pressão arterial ortostática), conforme apropriado; - Monitorar resultados laboratoriais relativos à retenção de líquidos; - Monitorar sinais vitais, conforme apropriado; - Monitorar o estado nutricional.			
<b>6,7,10</b>	<b>Monitoração das extremidades inferiores 3480</b>			
	- Inspeccionar as extremidades inferiores para observar a presença de edema; - Inspeccionar a pele para cor, temperatura, hidratação, crescimento do pelo, textura, rachaduras ou fissuras; - Informar-se sobre as mudanças nos pés e história atual ou passada de úlceras ou amputação nos pés; - Informar-se sobre a presença de parestesia (p. ex., dormência, formigamento ou queimação); - Palpar os pulsos pediosos dorsal e tibial posterior; - Determinar o tempo de preenchimento capilar; - Monitorar a mobilidade das articulações (ex: dorsiflexão do tornozelo e movimentada articulação subtalar).			
<b>6,7,10</b>	<b>Precauções contra embolia 4110</b>			
	- Avaliar criteriosamente qualquer relato de começo de sibilos, hemoptise, ou dor à inspição; no peito, ombros, costas ou pleurítica; dispneia, taquipneia, taquicardia e síncope, dor em membros inferiores e empastamento; - Realizar uma avaliação completa da circulação periférica; - Iniciar o regime apropriado de tromboprofilaxia; - Administrar anticoagulantes de baixa dosagem profiláticos e/ou a medicação antiplaquetária; - Manter meia elástica de compressão gradual ou mangas de compressão para evitar o desenvolvimento de síndrome pós-trombótica, que é causada por coágulos de longadate na extremidade afetada e fluxo venoso reduzido; - Evitar massagear ou comprimir os músculos dos membros afetados.			
<b>1-4,7-9,11</b>	<b>Regulação hemodinâmica 4150</b>			
	- Realizar uma avaliação geral do estado hemodinâmico; - Manter balanço hídrico; - Manter o equilíbrio hídrico por administração EV de fluidos ou diuréticos;			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar os níveis de eletrólitos,</li> <li>- Administrar medicação vasodilatadora e vasoconstritora;</li> <li>- Reconhecer a presença sinais de alerta e sintomas precoces de comprometimento do sistema hemodinâmico;</li> <li>- Monitorar os sinais e sintomas de problemas no estado de cardiovascular;</li> <li>- Monitorar a resistência vascular sistêmica e vascular;</li> <li>- Monitorar débito e índice cardíacos e índice do trabalho cardíaco do ventrículo esquerdo;</li> <li>- Monitorar sinais vitais.</li> </ul>			
<b>5,9</b>	<b>Monitoração respiratória 3350</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar o nível de dor torácica, dispneia, frequência cardíaca, respiratória;</li> <li>- Fornecer conforto e manter o paciente em posição de Fowler, para diminuir os trabalhos cardíacos e pulmonar.</li> <li>- Avaliar padrão respiratório e sinais de TEP;</li> <li>- Administrar oxigenioterapia para aliviar o desconforto respiratório;</li> </ul>			
<b>10</b>	<b>Controle da dor 1400</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar uma avaliação completa da dor incluindo local, características e fatores precipitadores início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade;</li> <li>- Assegurar cuidados analgésicos para o paciente;</li> <li>- Monitorar o nível de dor torácica, dispneia, frequência cardíaca, respiratória.</li> </ul>			
<b>1-12</b>	<b>Reconciliação de medicamentos 2395</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar ferramenta padronizada para obter todas as informações de medicamentos utilizadas pelo paciente;</li> <li>- Implementar um sistema de alerta e sinalização em prontuário eletrônico em relação a interação medicamentosa;</li> <li>- Utilizar sinalizadores em prontuários quando uso de medicação cardiotoxica;</li> <li>- Comparar a lista de medicamentos com as indicações e histórico clínico para assegurar que a lista é precisa e completa;</li> <li>- Documentar história completa dos medicamentos utilizados.</li> </ul>			
<b>1-12</b>	<b>Identificação de risco 6610</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar fatores de risco cardiovasculares;</li> <li>- Identificar comorbidades e acompanhar o tratamento;</li> <li>- Buscar história pregressa de doença cardiovascular; HAS, IAM, IC e cardiopatias;</li> <li>- Rever a história de saúde e documentos pregressos quanto a evidências de diagnósticos e tratamentos médicos e de enfermagem prévios;</li> <li>- Verificar a adesão aos tratamentos das comorbidades.</li> </ul>			
<b>1-12</b>	<b>Interpretação de dados laboratoriais 7690</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpretar resultado dos marcadores cardíacos (Troponina I, Troponina T, BNP, NT pro-BNP);</li> <li>- Interpretar dados laboratoriais e bioquímicos;</li> <li>- Analisar criticamente os resultados;</li> <li>- Monitorar os resultados sequenciais.</li> </ul>			
<b>11</b>	<b>Controle do Choque 4250</b>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar os sinais vitais, estado mental e débito urinário;</li> <li>- Administrar oxigênio e/ou ventilação mecânica, conforme apropriado;</li> <li>- Monitorar ECG, conforme apropriado;</li> <li>- Monitorar sintomas de insuficiência respiratória (PO2 baixa, níveis altos de PCO2, fadiga muscular, respiratória);</li> <li>- Monitorar valores laboratoriais, especialmente os níveis de hemoglobina e hematócrito, perfil de coagulação, gasometria arterial, níveis de lactato, níveis de eletrólitos, culturas e perfil bioquímico e marcadores cardíacos;</li> <li>- Monitorar o estado hemodinâmico de choque séptico pós-ressuscitação hídrica;</li> <li>- Monitorar a função renal, estado hídrico, débito urinário;</li> <li>- Administrar corticosteroides, ionotrópicos, antiarrítmicos, vasodilatadores, vasopressores, trombolíticos, agentes anti-inflamatórios e/ou broncodilatadores;</li> <li>- Administrar profilaxia contra TVP e úlcera por estresse, conforme apropriado.</li> </ul>			
<b>11</b>	<b>Prevenção do Choque 4260</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar oxigênio e/ou ventilação mecânica, conforme apropriado;</li> <li>- Administrar epinefrina (adrenalina) via EV, intraóssea ou endotraqueal, corticosteroides, ionotrópicos, antiarrítmicos, vasodilatadores, vasopressores, trombolíticos, agentes anti-inflamatórios e/ou broncodilatadores, conforme apropriado;</li> <li>- Monitorar os sinais iniciais de síndrome de resposta inflamatória sistêmica e de comprometimento cardíaco (p. ex., CO e débito urinário em declínio, resistência vascular sistêmica e pressão de capilar pulmonar em elevação, estertores pulmonares, bulhas cardíacas S3 e S4 e taquicardia);</li> <li>- Monitorar a condição circulatória (p. ex., pressão arterial, cor da pele, temperatura da pele, sons cardíacos, frequência e ritmo cardíacos, presença e qualidade dos pulsos periféricos, bem como o enchimento capilar);</li> <li>- Monitorar sinais vitais, peso, ingestão e débito diários, sinais de oxigenação tecidual inadequada, possíveis fontes de perda de líquido;</li> <li>- Monitorar ECG;</li> <li>- Monitorar valores laboratoriais, especialmente os níveis de hemoglobina e hematócrito, perfil de coagulação, gasometria arterial, níveis de lactato, níveis de eletrólitos, culturas e perfil bioquímico e marcadores cardíacos;</li> <li>- Monitorar o estado hemodinâmico de choque séptico pós-ressuscitação hídrica (p. ex., CO aumentado, RVS diminuída, pele avermelhada ou temperatura aumentada).</li> </ul>			
<b>1-12</b>	<b>Controle da quimioterapia 2240</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar e registrar dose, via e velocidade de infusão do quimioterápico;</li> <li>- Monitorar a toxicidade cardíaca e de outros órgãos;</li> <li>- Implementar rotina de verificação de sinais vitais na infusão dos quimioterápicos: aferição antes, durante, ao término e uma hora após o término da infusão, ou manter monitorização;</li> <li>- Observar sinais e sintomas de alteração cardíaca durante e após a aplicação de quimioterápico cardiotoxico;</li> <li>- Anotar e controlar rigorosamente todas as aplicações e respectivas doses de antineoplásicos efetuadas, especialmente os cardiotoxicos, de forma a não exceder a dose máxima cumulativa permitida;</li> <li>- Aplicar os quimioterápicos cardiotoxicos com especial cautela, em especial aos pacientes com história de radioterapia torácica, problemas cardiovasculares prévios e fatores de risco;</li> <li>- Reconhecer precocemente os sinais e sintomas da cardiotoxicidade;</li> <li>- Reduzir a dosagem das drogas cardiotoxicas ou suspendê-las, conforme recomendação médica;</li> <li>- Anotar e controlar rigorosamente todas as aplicações e respectivas doses de antineoplásicos efetuadas, especialmente os cardiotoxicos, de forma a não exceder a dose máxima cumulativa permitida;</li> <li>- Orientar o paciente a relatar imediatamente febres, calafrios, hemorragias nasais, hematomas excessivos e fezes escurecidas;</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituir precauções para neutropenia e sangramento;</li> <li>- Monitorar o estado nutricional e peso;</li> <li>- Monitorar quanto a indícios de infecção da mucosa oral.</li> </ul>			
<b>1-12</b>	<b>Conduta da radioterapia 6600</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar a toxicidade cardíaca e de outros órgãos;</li> <li>- Monitorar para efeitos adversos e efeitos tóxicos do tratamento;</li> <li>- Fornecer informação ao paciente e à família sobre o efeito da radiação sobre as células malignas;</li> <li>- Monitorar quanto a alterações na integridade da pele e tratá-las apropriadamente;</li> <li>- Monitorar o paciente quanto a anorexia, náusea, vômitos, mudanças no paladar, esofagite, diarreia, conforme apropriado;</li> <li>- Promover ingestão de líquidos e alimentos adequada;</li> <li>- Auxiliar o paciente no controle da fadiga, planejando repousos frequentes, espaçando atividades e limitando as demandas diárias, conforme apropriado;</li> <li>- Monitorar quanto a sinais e sintomas de infecção sistêmica, anemia e sangramentos;</li> <li>- Orientar sobre precauções sobre neutropenias ou sangramentos, quando indicado;</li> <li>- Orientar os sobreviventes de longo prazo e suas famílias sobre a possibilidade de outras malignidades e a importância de relatar um aumento da suscetibilidade a infecções, fadiga ou sangramentos.</li> </ul>			



Fluxograma do Protocolo