



**ALBERT EINSTEIN**  
HOSPITAL ISRAELITA

Prevenção de náuseas, vômitos e  
reações anafiláticas induzidos pela  
terapia antineoplásica (quimioterapia e  
terapia alvo).

---

Versão eletrônica atualizada em  
Dezembro – 2009

**Nome do protocolo:** Prevenção de náuseas, vômitos e reações anafiláticas induzidos pela terapia antineoplásica (quimioterapia e terapia alvo).

**Referências:**

Versão 3.2009, 04/01/09

2009 Nacional Comprehensive Câncer Network, Inc.

NCI.Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0 (CTCAE), 28 de maio de 2009.

**Considerações gerais**

- O objetivo principal é a prevenção de náuseas/vômitos. O risco de náusea/vômito em pacientes recebendo quimioterapia com potencial emetogênico alto e moderado, duram no mínimo 4 dias e 3 dias respectivamente.
- A definição do Potencial Emetogênico das drogas está relacionada com a proporção de pacientes que tiveram náuseas/ vômitos na ausência de um tratamento antiemético adequado.
- A formulação oral e endovenosa tem a mesma equivalência terapêutica. A toxicidade de cada antiemético deverá ser considerada.
- A escolha dos antieméticos deverá ser baseada no potencial emetogênico da droga, experiência prévia com os antieméticos, assim como fatores dos pacientes.

- Existem outras causas potenciais de náuseas/ vômitos nos pacientes oncológicos, podendo incluir:
  - Obstrução intestinal parcial ou completa;
  - Disfunção vestibular;
  - Metástase cerebral;
  - Balanço eletrolítico: hipercalcemia, hiperglicemia, hiponatremia;
  - Uremia;
  - Uso concomitante de opiáceos;
  - Gastroparesia induzida por tumor ou quimioterapia (ex.: vincristina);
  - Psicofisiológicos: ansiedade, náusea/vômito antecipatório.
- Nos regimes com múltiplas drogas, a seleção da pré-medicação deverá ser baseada na droga com maior potencial emetogênico.
- Considerar o uso de bloqueador H<sub>2</sub> ou inibidor de bomba de prótons para prevenir a dispepsia, a qual pode causar náusea.

### **Princípios do controle de náuseas/vômitos nos esquemas quimioterápicos com múltiplos dias**

- Um antagonista do receptor 5HT<sub>3</sub> deverá ser administrado antes de cada dose da droga com potencial emetogênico alto e moderado.
- Dexametasona deverá ser administrada uma vez ao dia, por via oral ou intravenosa, em cada dia do ciclo com drogas de

potencial emetogênico alto e moderado, e por 2 a 3 dias após os regimes de quimioterapia capazes de causar êmese tardia. Dexametasona não deverá ser adicionado quando o esquema quimioterápico já incluir corticosteróide (ex.: regime ASHAP).

- Palonosetrona intravenosa pode ser usada antes do início do regime quimioterápico de 3 dias no lugar de múltiplas doses diárias de antagonistas de receptores 5HT3 oral/IV. Estudos de fase II e III mostraram que doses repetidas de palonosetrona 0,25mg, IV são seguras, e não estão associadas com eventos adversos com duração e graduação significantes.
- Aprepitante pode ser usado nos regimes quimioterápicos de múltiplos dias com e alto potencial emetogênico, associado ao risco de náusea/vômito tardios. De acordo com a indicação da bula, o aprepitante deverá ser administrado na dose de 125mg, via oral, 1 hora antes da quimioterapia no D1, seguido de um antagonista do receptor 5HT3 e dexametasona. Baseado num estudo de fase II, 80mg de aprepitante pode ser administrado nos dias 4 e 5 após a quimioterapia. Porém, não se sabe ainda se a dose adicional de aprepitante após os 3 primeiros dias, aumenta o controle de náusea/vômito.

### **Princípios do Tratamento de Resgate**

- **Escape de êmese apesar de tratamento preventivo é uma situação de difícil tratamento.**
- Geralmente é mais fácil prevenir as náuseas e vômitos do que tratar.

- O princípio geral do tratamento de resgate é administrar um agente adicional de uma classe diferente de droga. Nenhum tratamento é melhor que o outro no tratamento de resgate.
- O via oral não é recomendada devido à ocorrência de vômitos, conseqüentemente, a via intravenosa ou retal é mais adequada.
- Pode ser necessário o uso de vários agentes concomitantes, talvez alternando esquemas ou vias. Antagonistas de dopamina (ex.: metoclopramida), haloperidol, corticosteróides e agentes como lorazepam pode ser necessário.
- Garanta uma hidratação adequada, avaliando e corrigindo qualquer anormalidade eletrolítica.
- Antes da administração do próximo ciclo de quimioterapia, o paciente deverá ser reavaliado, com atenção as possíveis variáveis não relacionadas á quimioterapia, mas que podem estar relacionadas a falha do tratamento antiemético:
  - Metástase cerebral.
  - Anormalidades eletrolíticas.
  - Infiltração tumoral da parede intestinal ou outra anormalidade gastrointestinal.
  - Outras comorbidades.
- Antes do próximo ciclo de quimioterapia, faça nova avaliação do regime antiemético utilizado no D1 e na pós-quimioterapia, que não protegeu o paciente durante o ciclo, e considere algumas alternativas:
  - Adição de aprepitante.

- Uso concomitante de outros antieméticos, por exemplo, antagonistas de dopamina (metoclopramida) ou haloperidol.
  - Possibilidade de ajuste de dose(s), tanto na intensidade como na frequência, do antagonista 5HT3. Baseado na experiência dos pacientes, o regime quimioterápico em questão pode atualmente ser mais emetogênico que a classificação habitual.
  - O objetivo da quimioterapia é paliativo ou adjuvante, considerar outros regimes mais apropriados, se possível, com menor potencial emetogênico.
  - Adição de agentes ansiolíticos em combinação com as drogas antieméticas.
- Se o paciente tiver dispepsia considerar o uso de uma terapia antiácida (bloqueador H2 ou inibidor de bomba de prótons).

### **Tratamento de resgate para náuseas/vômitos induzidos por quimioterapia**

Sem náusea/vômito → Nenhuma mudança no regime antiemético.

Alguma náusea/vômito → O princípio fundamental do tratamento de resgate é dar um agente adicional de uma classe diferente de droga, se necessário.

**Tratamento medicamentoso para a prevenção de náuseas, vômitos e reações anafiláticas induzidos pela terapia antineoplásica (quimioterapia e terapia alvo).**

A pré-medicação está disponível para consulta na [Planilha de controle: Prevenção de Náuseas, vômitos e Reações Anafiláticas \(Pré-Medicação\)](#).

Os medicamentos estão divididos pelos potenciais emetogênico e anafilático das drogas, distribuídos dentro de cada classe, em ordem alfabética pelo nome do princípio ativo.

As categorias são as seguintes:

1. Alto Potencial Emetogênico (> 90%).
2. Moderado Potencial Emetogênico (30 – 90%).
3. Baixo Potencial Emetogênico (10 – 30%).
4. Baixo Potencial Emetogênico e Alto Potencial Anafilático.
5. Mínimo Potencial Emetogênico (< 10%) e Médio Potencial Anafilático.
6. Mínimo Potencial Emetogênico (< 10%) e Sem Potencial Anafilático
7. Náusea e Vômito Antecipatório.
8. Tratamento de Resgate.

### **Avaliação dos sintomas de náuseas e vômitos.**

Os sintomas de náuseas e vômitos serão avaliados pela equipe de enfermagem de acordo com os critérios estabelecidos pela NCI.Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0 (CTCAE), 28 de maio de 2009:

### **Náuseas e Vômitos: Classificação – CTCAE v4.0**

Sintoma	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
---------	--------	--------	--------	--------	--------



<b>Náusea</b>	Perda do apetite sem alterações do hábito alimentar	Redução na ingesta oral sem perda de peso significativa, desnutrição ou desidratação	Ingesta calórica e hídrica inadequada. Requer fluídos EV, alimentação SNG/SNE ou NPP ou hospitalização	-	-
<b>Vômito</b>	1-2 episódios (separados por 5 min.) em 24 h	3- 5 episódios (separados por 5 min.) em 24 h	= 6 episódios (separados por 5 min.) em 24 h. Requer fluídos EV, alimentação SNG/SNE ou NPP ou hospitalização	Conseqüências que ameaçam a vida. Indicação de intervenção urgente	Morte