

## NEUTROPENIA – PAPEL DO ENFERMEIRO

---

Fátima Ferreira\*, Sofia do Couto Gomes

\*Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

**Introdução:** Esta comunicação insere-se no tópico "Qualidade de vida do doente Oncológico". A transformação da doença oncológica ao longo do tempo tem levado a um aumento progressivo do número de novos casos anuais. O aumento de incidência deve-se, entre outros fatores, a um aumento da esperança de vida da população portuguesa. A par com esta transformação, os recursos humanos e materiais necessários têm também crescido significativamente. A procura pela informação é uma realidade dos nossos doentes e também dos nossos profissionais de saúde. Há uma constante necessidade, face à realidade da Oncologia em fazer mais e melhor. O cancro é uma das doenças do futuro e do presente, que exige uma abordagem clínica multidisciplinar, sendo que o papel da Enfermagem nesta área tem vindo a ser cada vez mais exigente e desafiador. O tratamento da doença Oncológica acarreta inúmeros efeitos adversos dos quais salientamos a neutropenia/neutropenia febril. A neutropenia, definida como uma contagem de neutrófilos maduros inferior a  $1500/\text{mm}^3$ , é o primeiro sinal de toxicidade hematológica e tem inerente um risco crescente para infeções exógenas e endógenas. O papel da Enfermagem nesta área assume um peso decisivo na manutenção de um ambiente controlado, no controlo de infeção, na prevenção de complicações e na desmistificação do isolamento, no apoio emocional numa situação de extrema fragilidade física e psicológica.

**Objetivos:** Abordar a neutropenia inerente ao tratamento da doença oncológica; Realçar a importância da abordagem multidisciplinar da neutropenia e do doente oncológico; Definir as intervenções do enfermeiro nesta complicação; Abordar os principais cuidados de enfermagem ao doente neutropénico internado tendo em conta a especificidade do serviço e da instituição, bem como ao doente neutropénico no domicílio. Papel do enfermeiro na implementação e gestão das medidas de isolamento protetor/reverse, principais ensinamentos ao doente e família, controlo de infeção – ambiente hospitalar e domicílio.

**Método:** Foi realizado um estudo da arte no que diz respeito à neutropenia como complicação maior associada ao tratamento de doença oncológica, bem como uma abordagem prática no que diz respeito aos cuidados inerentes a esta mesma complicação. É feita, nesta comunicação livre, para além de uma abordagem sintética da definição de neutropenia, as suas causas e principais complicações, uma descrição das medidas implementadas na instituição em que prestamos cuidados, de forma a promover uma partilha de conhecimentos e consequentemente aprendizagem e melhoria da prestação. É dada principal relevância às medidas de isolamento protetor, aos ensinamentos ao doente e família/cuidador, bem como à desmistificação do isolamento.

**Desenvolvimento/Discussão:** A Neutropenia, definida como uma contagem de neutrófilos maduros inferior a  $1500/\text{mm}^3$  é o primeiro sinal de toxicidade hematológica. Esta situação deve-se ao facto de a quimioterapia (agentes citostáticos) não ter uma propriedade seletiva e, como tal, ser tóxica a todos os tecidos de rápida proliferação, nomeadamente, os componentes do sangue. Os citostáticos exercem a sua atividade ao nível das células da medula óssea onde ocorre a hematopoiese. A mielotoxicidade constitui o efeito colateral mais comum e mais importante da quimioterapia. Tendo em conta o facto de os neutrófilos terem uma vida útil curta, tornam-se, dessa forma, mais suscetíveis à ação dos agentes citostáticos. A medula óssea suprimida torna-se assim incapaz de repor as células sanguíneas circulantes envelhecidas ou mortas. A neutropenia surge também, em alguns casos, associada a tratamentos de radioterapia quando a área irradiada é uma área de produção de medula óssea

e tendo em conta a quantidade de exposição. O doente neutropénico está mais predisposto a adquirir infeções bacterianas ou fúngicas, estando inerente um risco acrescido para infeções exógenas ou endógenas, bem como para um agravamento de qualquer processo infeccioso pré-existente sendo que o risco de infeção é tanto maior quanto menor for a contagem de neutrófilos. A contagem destes elementos atinge o ponto mais baixo ("nadir") entre 7 a 14 dias após o ciclo de quimioterapia. No que diz respeito ao ambiente físico em que o doente se encontra, diversas medidas devem ser tidas em conta, nomeadamente o internamento do doente em quarto individual, (preferencialmente com sistema de pressão positiva e material clínico individualizado), a adoção de uma sinaletica de isolamento (com indicação dos equipamentos de proteção individual a utilizar e importância da lavagem das mãos como procedimento isolado mais efetivo na prevenção de transmissão de infeção), a gestão de visitas (restrição controlada pelo doente/equipa sendo de extrema importância no caso de pessoas com infeções ativas ou vacinadas com organismos vivos há menos de 1 mês e ensino para a visita realizada ser exclusiva ao doente), a gestão de entrada de objetos vindos do exterior (principal restrição passa pelas flores secas ou naturais pelo risco de conterem espécies do fungo *Aspergillus* na sua superfície) e o transporte do doente para realização de exames complementares de diagnóstico (deve ser o mais limitado possível e se tiver que ser realizado o doente deve sair do seu quarto de isolamento com máscara filtradora de partículas e os serviços que recebem o doente devem ser informados da situação clínica). A alimentação do doente com neutropenia assume também um papel relevante no controlo de infeção e prevenção de complicações uma vez que a dieta "neutropénica" pretende reduzir a ingestão de contaminantes bacterianos e fúngicos pela exclusão de alimentos como frutos e vegetais crus (fonte de bactérias gram negativas), pela menor manipulação humana na sua confeção e distribuição e a menor variação de temperatura dos alimentos. Convém referir a importância da utilização de água engarrafada uma vez que os sistemas de água podem ser potenciais fontes de fungos oportunistas. A proteção do doente com neutropenia passa também pela higiene pessoal e pelo controlo de infeção, salientando a importância da higiene oral e minimização de procedimentos invasivos, prevenindo as infeções endógenas que representam cerca de 80% das infeções adquiridas em doentes com neutropenia. O papel do enfermeiro reflete-se também no controlo de infeção, nomeadamente na vigilância da temperatura e outros sinais de infeção, na gestão da antibioterapia, na colheita assética de espécimes para análise, na redução de procedimentos invasivos e na correta utilização e manutenção do cateter central totalmente implantado ("implantofix"). Os ensinamentos ao doente/família/cuidador acerca dos cuidados e medidas para a prevenção de infeção, tanto endógena como exógena, devem ser alargados ao domicílio aquando da alta hospitalar de forma a reduzir o número de reinternamentos e consequente reinfeção.

**Conclusão:** A neutropenia surge como o primeiro e mais importante efeito adverso do tratamento das doenças oncológicas. Esta condição que acarreta grandes riscos para o doente pelo elevado risco de infeções graves, é abordada através de várias normas e protocolos, dando especial ênfase ao isolamento protetor e controlo de infeção. No entanto, a enfermagem, na sua abrangência global e holística, exige muito mais que um conjunto de normas e protocolos, apela a uma entrega total, a um apoio incondicional numa altura de tanta fragilidade e medos inerentes à doença oncológica.

*"O enfermeiro, se assim tiver de ser, tira a luva e dá a mão, tira a máscara e sorri...ao seu doente!"*

#### Referências bibliográficas

- Nucci M, Anaissie E. Fusarium infections In immunocompromised patients. Clin Microb Rev 2010;20(4):695-704.
- Stanzani M, Vianelli N, Bandini G, Paolini S, et al. Successful treatment of disseminated Fusariosis after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation with combination of voriconazole and liposomal amphotericin B. J Infect 2012;56:243-6.
- Ho DY, Lee JD, Rosso F, Montoya JG. Treating disseminated fusariosis: amphotericin B, voriconazole or both? Mycoses 2010;50:227-31.

Pincelli TPH, Brandt HRC, Motta AL, Maciel FVR, Criado PR. Fusariose em paciente imunocomprometido: sucesso terapêutico com voriconazol. *An bras Dermatol* 2012;83(4):331-4.

Sidrin JJC, Cordeiro RA, Rocha MFG. Aspergilose e furiose. In: Sidrin JJC, Rocha MFG. *Micologia Médica à Luz de Autores Contemporâneos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013:275-82