

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS

*Olga Maimoni Aguillar **

*Márcia Maria Fontão Zago ***

AGUILLAR, O.M.; ZAGO, M.M.F. Assistência de enfermagem ao paciente com distúrbios hematológicos. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 22(1):5-12, abr. 1988.

Este trabalho aborda considerações gerais sobre o cuidado ao paciente com distúrbios hematológicos. As autoras levantam os problemas mais comuns destes pacientes e apresentam algumas propostas para a solução dos mesmos.

UNITERMOS: *Assistência de enfermagem. Doenças hematológicas. Sangue.*

INTRODUÇÃO

Com frequência, os mecanismos homeostáticos e reacionais fazem com que a doença seja uma situação transitória que, uma vez superada, não cause transtornos maiores nos padrões de vida, embora o período de doença possa ser extremamente desconfortável.

Entretanto, a adaptação é muito mais complexa nos casos que têm duração prolongada ou quando suas conseqüências estendem-se além do período de doença. Grande proporção das moléstias hematológicas constituem exemplo dessa natureza, pois são congênitas ou têm evolução prolongada, embora algumas tenham curso limitado e tratamento muito simples, como as anemias nutricionais. Desta forma, além dos sintomas específicos causados pelas alterações orgânicas do sangue e seus componentes (como anemia, infecções e hemorragias, e que serão discutidos a seguir), estes pacientes experimentam numerosos outros problemas resultantes da cronicidade de sua situação. A identificação e análise de todo o conjunto de problemas constitui etapa essencial para que o enfermeiro possa elaborar seu plano de cuidados e propor soluções apropriadas às necessidades do paciente.

COMPONENTES SANGUINEOS NORMAIS

Para compreensão dos sintomas exibidos pelos doentes hematológicos, é necessário rever, ainda que de maneira sumária, a composição normal do sangue, que incluiu *plasma* e *elementos celulares*.

* Enfermeira. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

** Enfermeira. Auxiliar de Ensino do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

O *plasma* é uma solução de água, sais (NaCL, KCL, Mg, Ca, bicarbonato) e proteínas, principalmente albumina e imunoglobulinas, que são os anticorpos. O plasma serve de veículo para transporte de numerosas substâncias como aminoácidos, hormônios, vitaminas, ferro, glicose, lipídios. No plasma existem ainda os fatores de coagulação (como fibrinogênio, protrombina, fator VIII), que são indispensáveis para a hemostasia, ou seja, o conjunto de mecanismos que evitam os sangramentos.

Os *elementos* celulares do sangue são produzidos predominantemente na medula óssea, embora uma parte dos linfócitos possa ser produzida nos gânglios linfáticos e baço. Na vida adulta, a atividade de produção de sangue limita-se aos ossos chatos da parte central do esqueleto (bacia, crânio, vértebras, costelas, esterno) e epífises do fêmur e úmero; por este motivo, a punção ou biópsia de medula óssea em adultos é sempre realizada no esterno ou no osso ilíaco.

Os *Componentes celulares* do sangue normal são representados por:

a) *eritrócitos* ou *hemácias*: células sem núcleo, com aspecto de disco bicôncavo, produzidas na medula óssea a partir dos eritroblastos. Seu principal constituinte é a hemoglobina e sua principal função é a de transportar oxigênio para os tecidos e CO₂ dos tecidos para os pulmões. Vivem em média 120 dias em circulação e são destruídas em vários locais, especialmente no fígado, no baço e na própria medula óssea;

b) *leucócitos*: representam um grupo heterogêneo de células que, segundo a morfologia e a função, são subdivididos em: *granulócitos* (que de acordo com a coloração dos grânulos compreendem os neutrófilos, os eosinófilos e os basófilos), os *monócitos*, e os *linfócitos*; os granulócitos são produzidos na medula óssea, passam rapidamente pelo sangue circulante (algumas horas) e, pelo sangue, atingem os tecidos onde vão exercer sua função de defesa contra infecções através da propriedade de *fagocitose*, isto é, são capazes de ingerir e destruir partículas estranhas como bactérias; os monócitos também são produzidos na medula óssea e, através do sangue, alcançam os tecidos onde se transformam em grandes células capazes de exercer a fagocitose (*macrófagos*); finalmente, os linfócitos são células envolvidas nos processos imunológicos; podem participar diretamente dos processos imunológicos (imunidade celular) ou através da produção de anticorpos (imunidade humoral);

c) *plaquetas*: não são propriamente células, mas sim pequenos fragmentos citoplasmáticos de grandes células da medula óssea (*megacariócitos*); sobrevivem em média de 7 a 10 dias em circulação e, juntamente com os fatores da coagulação, protegem o organismo contra as hemorragias.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PROBLEMAS MAIS COMUNS APRESENTADOS PELO PACIENTE HEMATOLÓGICO ADULTO

Ao invés de analisarmos todas as doenças hematológicas do adulto, vamos nos restringir àquelas de ocorrência mais comum, inclusive as anemias, as doenças hemorrágicas e as neoplasias (linfomas, leucemias, mieloma múltiplo).

É conveniente recordar que algumas destas doenças são hereditárias e, assim, além de se manifestarem precocemente, o paciente deve conviver com elas a vida toda: talassemia, anemia falciforme, hemofilia. Outro grupo é representado pelas doenças adquiridas; algumas têm diagnóstico bom, como as anemias por carência de ferro ou de vitamina B12, a anemia hemolítica auto-imune e a plaquetopenia imune (púrpura trombocitopênica idiopática); por outro lado, as doenças neoplásicas como leucemias e linfomas são de prognóstico mau e raramente a cura pode ser obtida.

A seguir procuraremos descrever algumas manifestações comuns das doenças hematológicas e os correspondentes cuidados de enfermagem ao paciente.

Anemias

O aparecimento da anemia reflete insuficiência medular, ou perda excessiva de hemácias, ou ambas, e defeitos congênitos na síntese da hemoglobina.

Além da intensidade da anemia, vários fatores afetam o paciente anêmico e tendem a influenciar na gravidade, a saber: a velocidade de desenvolvimento da anemia, sua cronicidade, as exigências metabólicas do paciente, quaisquer distúrbios ou desequilíbrios que aflijam o paciente e complicações especiais. Quanto mais rapidamente se desenvolve a anemia mais graves são os seus sintomas.

Os sintomas mais comuns decorrentes da anemia são: fraqueza, palidez, fadiga e dispnéia, devidos à diminuição da capacidade de transporte de oxigênio pelo sangue.

Cuidados de Enfermagem

Algumas formas de anemia exigem tratamento regular com transfusão de sangue. Um exemplo é representado pelos pacientes com talassemia maior, que habitualmente recebem transfusão a cada 3-4 semanas, a partir da época do diagnóstico. Estes pacientes e seus familiares exigem apoio e atenção a fim de fazê-los compreender e aceitar esse tipo de tratamento. Além disto, a própria transfusão exige cuidados especiais como:

— identificar corretamente o paciente e o sangue a ser transfundido, quanto ao tipo, Rh e quantidade;

— Inspeccionar o sangue para detectar a presença de hemólise, turvação ou coloração anormais;

— a administração deve ser feita com agulhas ou catéteres intravenosos de grande calibre, em uma veia calibrosa do antebraço;

— a administração do sangue não deve ocorrer em conexão secundária ou em ipsilon com soro glicosado, soluções balanceadas ou soluções que contenham cálcio;

— verificar os sinais do paciente, antes de iniciar a transfusão;

— estar atento para detectar as reações indesejáveis que geralmente ocorrem durante os primeiros quinze minutos; portanto iniciar a transfusão lentamente e se não ocorrer qualquer sintoma de reação, aumentar a velocidade da administração;

— observar constantemente o local da infusão para perceber a presença de sinais de infiltração nos tecidos subcutâneos;

— verificar com freqüência a velocidade do fluxo, pois a mudança da altura do suporte ou a recolocação do paciente no leito pode alterar a velocidade da infusão.

— estar alerta para as reações imediatas após a transfusão, como reações hemolíticas, pirogênicas e alérgicas, que podem ser evidenciadas pelos sinais e sintomas de hipertensão súbita, taquicardia, dispnéia, cefaléia, calafrios e rápida elevação da temperatura, náuseas e vômitos;

— ao sinal de qualquer reação, interromper a transfusão e comunicar o fato ao médico.

Em relação à fraqueza e dispnéia, o cuidado de enfermagem deve estar voltado para a manutenção da força física do paciente e os meios que facilitem a sua respiração. O paciente deverá ser orientado para períodos freqüentes de repouso; para só exercer atividades que tolere, sem impor-se esforços desnecessários; para executar trabalhos manuais que possam fazê-lo sentir-se mais útil; e para, ao deitar-se, manter a cabeceira do leito elevada, a fim de que sejam facilitados a expansão da caixa torácica e os movimentos respiratórios.

A manutenção de boa hidratação e a especial atenção à nutrição, principalmente se a anemia for devido à falta de elementos nutricionais, devem ser requisitos importantes na orientação ao paciente.

Infecções e febre: A febre é manifestação freqüente em pacientes com doenças hematológicas e geralmente denuncia a presença de infecção que, nestes indivíduos, pode ter prognóstico muito ruim. Deve, no entanto, ser lembrado que, em algumas neoplasias (leucemias, linfomas), pode ocorrer febre sem que haja infecção. A maior suscetibilidade de pacientes hematológicos às infecções é devida a:

a) redução de leucócitos normais; às vezes os leucócitos podem estar elevados, como nas leucemias, mas são leucócitos anormais, inca-

pazes de exercerem a sua função de defesa; a redução de leucócitos normais pode ser provocada pela doença (anemia aplástica, leucemia) e também pelo tratamento quimioterápico e radioterápico;

b) redução de imunoglobulinas, quando os mecanismos de defesa ficam deprimidos, o que favorece a instalação de microorganismos.

Cuidados de Enfermagem

Levando em consideração a deficiência imunológica do paciente, deve-se ter como prioritário o controle dos contactos que favoreçam a infecção. Se o paciente for externo, atendido em ambulatório, deve-se orientá-lo para evitar locais de aglomeração, individualizar os utensílios pessoais e, se ocorrer o aparecimento de febre, procurar assistência para diagnóstico da causa e para tratamento. Se o paciente estiver internado, pode-se providenciar o isolamento protetor, um local onde fiquem limitados os seus contactos.

Ocorrendo febre, deve-se dar especial atenção à ingestão hídrica, evitar o ressecamento de mucosas, administrar medicação antipirética quando prescrita, com atenção à via de administração; procurar manter fria a temperatura ambiente, manter secas e limpas as roupas do paciente e mantê-lo em repouso. Dieta balanceada, com aspecto atrativo e temperatura agradável, deve ser estimulada. Alimentos podem ser fonte importante de infecção para estes pacientes; assim, enquanto for baixo seu nível de leucócitos, não devem comer verduras cruas ou sucos de frutas e "vitaminas" preparados com várias horas de antecedência.

Apoio e orientação durante a fase de infecção e febre são muito importantes para que o paciente enfrente e suporte as dificuldades, e possa colaborar nos exames diagnósticos e tratamento.

Dores ósseas e articulares. As dores ósseas e articulares, nos pacientes com alterações hematológicas, são devidas a:

- a) infiltração do periósteo por células neoplásicas (nas leucemias);
- b) depósito de ácido úrico (gota) devido à destruição de células (nas leucemias);
- c) destruição óssea e fraturas (no mieloma);
- d) obstrução de pequenos vasos periarticulares (na anemia falciforme).

Cuidados de Enfermagem

Os cuidados de enfermagem têm como objetivos o conforto do paciente e a diminuição da dor; para isso se faz necessário: uso de roupas confortáveis; utilização de compressas quentes para alívio da dor; posição confortável dos membros no leito, com utilização de coxins e espu-

mas nas articulações e proeminências óssea. Podem ser necessários: imobilização temporária de um membro, quando a inflamação articular for acentuada; elevação dos membros, para evitar o edema de extremidades; a imobilização total deve ser evitada, como também o esforço excessivo; o paciente deve ser tratado com movimentos suaves e calmos. Em alguns casos, as dores são muito intensas, e o tratamento médico incluirá analgésicos; é importante o enfermeiro estar atento para a possibilidade do uso de opiáceos causar o aparecimento de hábito, o que, se não é problema para pacientes terminais, pode sê-lo para o paciente jovem com doença crônica.

Lesões da boca e mucosas. As lesões ulcerativas de boca, língua e mucosas são decorrentes da diminuição de granulócitos, ou da deficiência de vitamina B12 ou de ácido fólico.

Hipertrofia de gengivas pode ocasionalmente ser observada em decorrência da infiltração leucêmica.

Estas lesões são extremamente dolorosas e incômodas, podem ser portas de entrada para microorganismos, e são, além do mais, freqüentemente sede de infecções bacterianas ou por "*candida albicans*".

Cuidados de Enfermagem

Deve-se ter o cuidado de não oferecer a esses pacientes alimentos ou bebidas ácidas, que são altamente irritantes, bem como de evitar os extremos de temperatura.

A higiene oral deve ser cuidadosa, freqüente, com utilização de soluções como a água bicarbonatada fria.

Para a limpeza dos dentes, orientar o paciente a utilizar escova de cerdas macias ou mesmo cotonetes.

Os lábios devem ser mantidos umedecidos constantemente com cremes hidratantes ou vaselina.

Podem ocorrer lesões da mucosa vaginal, quando são indicadas lavagens externas assépticas diárias e utilização de cremes vaginais. O ressecamento das mucosas bucais pode ser agravado pela respiração inadequada através da boca; deve ser assegurado que o paciente esteja respirando através das narinas.

Manifestações hemorrágicas. Podem ser conseqüentes à redução de plaquetas ou a defeito dos fatores de coagulação, e classificam-se em: a) manifestações hemorrágicas cutâneo-mucosas como petéquias (puntiformes), ou equimoses (maiores de 0,5cm); b) epistaxes e gengivorragias; c) sangramento gênito-urinário e digestivo; d) grandes coleções sanguíneas como hemartroses (nas articulações) e hematomas.

As principais complicações das doenças hemorrágicas são: a) perda de grande volume sanguíneo que pode levar ao estado de choque; b) sangramento que atinjam órgãos vitais, como sistema nervoso central ou

intraocular; c) deformidades crônicas resultantes de sangramentos intra-articulares repetidos, freqüentemente observados em hemofílicos.

Dentre as numerosas doenças que se manifestam por hemorragias, destacam-se: a) redução adquirida do número de plaquetas, como na anemia aplástica, nas leucemias e na púrpura trombocitopênica; b) defeitos hereditários dos fatores de coagulação, do qual o exemplo mais comum é a hemofilia.

Cuidados de Enfermagem

A colaboração e a compreensão do paciente são muito importantes para a sua auto-proteção, como evitar traumatismos e detectar precocemente o problema. O paciente deve ser orientado quanto à prevenção de complicações, por exemplo, a disposição de móveis no lar, a seleção de atividades, etc., quanto aos cuidados gerais, bem como à aceitação do tratamento e sua participação no mesmo. Na administração de injeções ou punções venosas, utilizar agulhas de pequeno calibre e fazer compressão, por tempo mais prolongado, sobre o local.

Caso ocorra sangramento, deve-se manter o paciente em repouso, acalmá-lo, aplicar compressas frias e fazer compressão no local, evitar remover coágulos. Se o sangramento for de gengivas, dar gelo para o paciente chupar, para que haja vaso-constricção. Devem ser observados com atenção os sinais e sintomas hemorrágicos internos, como pulso acelerado e fino, hipotensão arterial, palidez e suor frio.

Adaptação Psicossocial. A adaptação psicossocial torna-se difícil em decorrência das alterações funcionais e estruturais. A auto-imagem e o auto-conceito ficam altamente comprometidos. O paciente é muitas vezes considerado um peso para a família em sua casa, enquanto que, no hospital, é o paciente problema, poliqueixoso, que recusa tratamentos e algumas vezes tem comportamento pouco educado ou até agressivo.

Que mais poderia ser dito para se traçar o seu perfil?

Um indivíduo pálido, com o qual as pessoas conversam a certa distância, pois seu hálito é desagradável e perceptível, as gengivas são inchadas, os lábios são rachados...

É um marido queixoso, que não tem ânimo para o trabalho! Um jovem claudicante, que não consegue mais acompanhar seu grupo de amigos... Uma jovem esposa com a pele coberta por lesões que não atrai mais o companheiro... É esta pessoa cheia de ansiedade e medos, pois sabe que suas dores melhoram mas nunca acabam, que sua doença tem tratamento mas não tem cura.

É a esta pessoa que vamos dirigir nossa atenção, através de uma abordagem amistosa, de uma linguagem honesta, e oferecer nossa presença quando ela precisa, e não quando houver tempo disponível e sobretudo saber ouvir o que ela tem a dizer.

Com esses elementos acreditamos ter dado subsídios para a abordagem do paciente hematológico, lembrando que cada indivíduo apresenta formas únicas de expressar seus problemas, aos quais os profissionais de enfermagem devem estar atentos e dispostos a colaborar na resolução dos mesmos.

AGUILLAR, O.M.; ZAGO, M.M.F. Nursing care to patient with diseases of the blood. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 22(1):5-12, Apr. 1988.

The present paper focuses general considerations about the care of the patient with diseases of the blood. The authors assess the patient's usual problems and present some purposes to solve them.

UNITERMS: *Nursing care. Hematologic diseases. Blood.*

BIBLIOGRAFIA

BELAND, I. & PASSOS, J.Y. Enfermagem do paciente com problemas no transporte de substâncias. In: ————. *Enfermagem clínica*. São Paulo, EDUSP, 1979. v. 2, p. 126-50.

BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Distúrbios hematológicos. In: ————. *Moderna prática de enfermagem*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. v. 1, p. 273-310.

——— Enfermagem do paciente com distúrbios hematológicos. In: ————. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. Cap. 22, p. 539-57.

DRAIN, C.B. & SHIPLEY, S.B. *Enfermagem na sala de recuperação*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1961. 645 p.

ELHART, D.; FIRSICH, S.C.; CRAGG, S.H.; RESS, O.M. *Princípios científicos de enfermagem*. 8. ed. Lisboa, Livros Técnicos e Científicos, 1983.

GANONG, W.F. *Fisiologia médica*. 2. ed. São Paulo, Atheneu, 1973.

LISBOA, A.C. *Hemoterapia: manual para serviços de coleta e transfusão de sangue*. Recife, Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados, 1985.

RAPAPORT, S.I. *Introdução à hematologia*. São Paulo, Harbra, 1978.

ZAGO, M.A.; FALCÃO, R.P.; ISMAEL, S.J. Urgências em hematologia. *Rev. Hosp. Clin.*, Ribeirão Preto, (15):79-85, supl. 1982.

Recebido para publicação em janeiro de 1987.

Aprovado para publicação em maio de 1988.