

Atenção, pode ser câncer!



Manejo da neutropenia febril



A neutropenia febril (NF) é uma complicação frequente entre crianças com câncer e que recebem tratamento quimioterápico. Define-se neutropenia como um número de neutrófilos no sangue periférico menor que 1000/mcl, o que ocorre nos primeiros dias do nadir leucocitário, momento em que existe uma tendência à queda nessas contagens (1). A neutropenia é considerada como o mais importante fator de risco isolado para infecções nesses pacientes.

Os germes mais frequentemente identificados como causadores das infecções são: *Stafilococcus coagulase negativo*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter spp.*, (2,3). Nos últimos anos houve um aumento das infecções por gram-positivos (4). As bactérias anaeróbias são menos freqüentes e as infecções fúngicas assumem grande importância, especialmente naqueles pacientes com neutropenia superior a duas semanas (5,6).

Os pacientes com NF são manejados em ambiente de internação hospitalar a fim de serem monitorados quanto às complicações clínicas com potencial risco de morte. Na avaliação inicial do paciente com NF é de suma importância uma anamnese bem conduzida que avalie: sintomas específicos, exposição a infecções ambientais, história prévia de infecções, co-morbidades associadas, data da última quimioterapia e estádio da doença.

Em seguida proceder a um exame físico completo e detalhado (avaliar atentamente gengiva, mucosa oral, pulmões, abdômen, períneo - particularmente região anal e abdômen).

A solicitação de exames é o próximo passo, sempre baseando-se na anamnese e no exame físico. São importantes: hemograma completo, provas de função renal e hepática, culturais do sangue e catéter, cultura de secreções quando presentes e exames de imagem. Se a criança permanecer febril após o início empírico dos antibióticos, devemos proceder a coleta diária de hemoculturas nos próximos dois dias e também deverá ser realizada nova coleta em caso de alteração do status clínico do paciente. Se o paciente evoluir sem febre, nova coleta só estará indicada em caso de recorrência da febre (7).

É necessário instituir um tratamento imediato com antibióticos de amplo espectro para os pacientes, pois na maioria das vezes, os resultados dos exames não são suficientemente rápidos, específicos e sensíveis para identificar a causa do episódio febril.



Atualmente a monoterapia com antibióticos de amplo espectro vem se tornando uma boa alternativa, como por exemplo, cefalosporinas de terceira e quarta geração com atividade anti-pseudomonas (ceftazidime ou cefepime), penicilinas inibidoras de beta-lactamase e carbapenêmicos (8) ou ainda piperacilina-tazobactan.

A seguir segue tabela com doses ajustadas para pacientes com NF (8):

cefepime	150mg/kg/dia IV - 8/8h
ceftazidime	150mg/kg/dia IV - 8/8h
meropenem (acima 3 meses)	20mg/kg/dose IV - 8/8h SE SNC 40mg/kg/dose - 8/8h Dose máx. 2g/dose
piperacilina-tazobactan	<30kg 100mg/kg/dose IV - 8/8h <30kg 3g/dose IV - 6/6h

Outros antimicrobianos poderão ser acrescidos neste esquema de acordo com os sintomas clínicos apresentados pelo paciente. A grande incidência de cocos gram positivos como agentes etiológicos nesta população de pacientes sugere o uso de vancomicina, se houver critérios clínicos. Aminoglicosídeos não são recomendados como terapêutica inicial para pacientes com câncer em NFI. O uso da terapêutica antifúngica deverá ser considerada na persistência de febre por mais de 4 dias e da

neutropenia a despeito da terapia antimicrobiana.

O tempo para um neutropênico ficar afebril varia de 2 a 7 dias. O tempo mínimo necessário para avaliar a eficácia do tratamento antimicrobiano é de 3 dias (2). Após iniciar o regime antimicrobiano, os pacientes devem ser monitorados diariamente e a modificação do esquema iniciado irá depender da modificação do cenário clínico(3).



Figura 1. Neutrófilo em processo de fagocitose – Fonte: Natureduca.com

Bibliografia

- 1- Walsh TJ, Roilides E, Groll AH. Infectious complications in pediatric cancer patients. In: Pizzo PA, Poplack DG. Principles and Practice of Pediatric Oncology. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 5th ed 2006;1269-1329.
- 2- Buck ML. Meropenem: An Alternative for Broad-Spectrum Antibacterial Coverage. Ped Pharm 1998;(4)7.
- 3- Pizzo PA, Commers J, Cotton D, Gress J, Hathorn J, Hiermenz J, et al. Approaching the controversies in antibacterial management of cancer patients. Am J Ped 1984;76:436-449
- 4- Donowitz GR, Maki DG, Cmrich CJ, Pappas PG, Rolston KV. Infections in the Neutropenic Patient – New Views of an Old Problem. Hematology 2001;113-39.
- 5- Walsh TJ, Pizzo PA. Nosocomial fungal infections: a classification for hospital-acquired fungal infections and mycoses arising from endogenous flora or reactivation. Annu Rev Microbiol 1988; 42:517.
- 6-Pizzo PA, Walsh TJ. Fungal infections in the pediatric cancer patient. Semin Oncol 1990; 17:6.
- 7-Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, et al. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the infectious diseases society of america. Clin Infect Dis 2011; 52 e 56.
- 8- Viscoli C, Castagnola E. Treatment of febrile neutropenic: what is new? Curr Opin Infect Dis 2002;15: 377-382

Realização:



Apoio:



Mais informações:
<http://heprgs.wordpress.com>

HSV

Rua Teixeira Soares, 808 Passo Fundo/RS Centro
CEP: 99010-080 Tel.: (54) 3316.4000 www.hsvp.com.br



Dra Ângela Rech Cagol

Onco-Pediatra - Mestrado e Doutorado pela UFRGS em Oncologia Pediátrica, Preceptora do Programa de Residência Médica em Pediatria do HGCS (Hospital Geral de Caxias do Sul)

