

O manejo clínico da anemia grave em pacientes com restrição de hemotransfusão.

The clinical management of severe anemia in patients with blood transfusion restriction.

Luciana Ferreira de Oliveira

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
lu.oliveira.md@gmail.com

Flávio de Paula Ramos

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
drflaramos@gmail.com

Nicolli Romualdo Coutinho

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
nicolli.rcoutinho@gmail.com

Luiza Lustosa Falcão

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
luizalfalcao@outlook.com

Victória Alves Petrili da Costa

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
debora.shalaguti@yahoo.com.br

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente que necessitava realizar uma cirurgia para a retirada de tumor cerebral, porém, devido a uma anemia severa que obteve, não era passível de cirurgia naquele momento por conta do nível extremamente baixo de hemoglobina em seu hemograma. Um dos métodos para aumentar o nível de hemoglobina e chegar no valor estipulado para a cirurgia seria a realização de transfusão sanguínea. No entanto, por questões religiosas, o paciente tinha restrição de hemotransfusão. Desse modo, a equipe médica entrou com alternativas específicas para aumentar a concentração de hemoglobina para a execução da cirurgia.

Palavras-chave: Hemotransfusão; Anemia; Doença hematológica; Crença religiosa.

ABSTRACT

This study aims to report the case of a patient who needed surgery to remove a brain tumor, however he had an severe anemia and couldn't realize the surgery at that time because of his low hemoglobin on his hemogram. One of the ways of increasing hemoglobin for surgery is to perform a blood transfusion, but because of your religion the patient couldn't do this procedure. Then, the medical team come in with alternatives to increase the hemoglobin concentration to realize the surgery.

Keywords: Blood transfusion; Anemia; Hematological disease; Religious belief.

1 CONTEXTO

A anemia é uma patologia bem frequente em todo o mundo e é diagnosticada na análise do hemograma completo, podendo ter influência negativa no paciente cirúrgico, com risco no perioperatório. Em cirurgias sob anestesia, por exemplo, os agentes anestésicos podem reduzir a pressão arterial, podendo levar à infusão de fluidos intravenosos, resultando em hemodiluição e redução ainda maior da concentração de hemoglobina (CORDEIRO, 2019).

Em pacientes portadores de anemia, no período perioperatório, estratégias que visam minimizar a anemia e o sangramento devem ser consideradas para todos os pacientes (CORDEIRO, 2019).

Recomenda-se o tratamento da anemia pré-operatória a fim de minimizar complicações, uma vez que está associada a maior morbidade e mortalidade perioperatória em pacientes cirúrgicos. Apesar de alguns estudos mostrarem que a hemotransfusão pré-operatória seja eficaz no tratamento da anemia e diminui a necessidade de transfusões no período perioperatório, deve-se dar preferência às medidas não transfusionais, como a administração de eritropoetina ou reposição de ferro e, assim, deixar para casos excepcionais a utilização de hemocomponentes (BRANDÃO et al., 2019).

A anemia intraoperatória é relativamente um achado comum, principalmente em cirurgias de grande porte, e costuma acontecer decorrente de perdas intraoperatórias e hemodiluição (BRANDÃO et al., 2019).

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda – PET-UniFoa”, registrado sob o número 30457714.1.0000.5237.

Paciente, 65 anos de idade, masculino, residente e natural de Volta Redonda-RJ, testemunha de Jeová, é admitido na sala vermelha da emergência de um hospital público da região com quadros de crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e Doença Renal Crônica. À ectoscopia inicial, o paciente encontrava-se com rebaixamento do nível de consciência, em estado pós-ictal, corado, hidratado, pupilas isocóricas e fotorreagentes, além de taquipneia com roncos. Ao exame físico, o aparelho cardiovascular apresentava ritmo cardíaco regular em dois tempos, aparelho respiratório com murmúrio vesicular universalmente audível com roncos e membros inferiores sem edemas e panturrilhas livres. Apresentava pressão arterial de 140x90 mmHg, frequência cardíaca de 95 bpm e saturação de O₂ de 94%.

Foram solicitados exames laboratoriais que apresentaram os níveis de He 5.240.000/mm³, Hb 15,2 g/dL e Ht 45,0%. Além disso, foi realizada uma TC de crânio, na data da admissão, que evidenciou lesão expansiva sólido-cística de aspecto neoplásico. Devido desorientação e agitação do paciente, houve dificuldade em ser realizada a RM de crânio, prolongando a internação e levando-o a intercorrer com complicações. Dentre as complicações, houve choque séptico de foco pulmonar (pneumonia nosocomial), devidamente tratado, e trombose venosa profunda. A trombose venosa profunda tem como fator de risco, além da internação prolongada com restrição ao leito, a própria síndrome neoplásica e ocorreu mesmo em uso de profilaxia primária.

Quinze dias após sua admissão, o paciente foi submetido a uma RM de crânio, que precisou ser feita sob sedação anestésica, necessária para a programação neurocirúrgica, que mostrou lesão infiltrativa com

características agressivas no lobo frontal esquerdo, apresentando também componente cístico/necrótico volumoso com realce irregular.

Com isso, o paciente evoluiu com uma anemia grave, na qual a hemoglobina se apresentava com um valor de 5,2g/dL. Além da contribuição pelo quadro séptico, a grande causa da anemia foi que, com o início do tratamento para a trombose, o paciente intercorreu com uma hemorragia digestiva com quadro de melena, apresentando uma endoscopia digestiva alta normal, com resolução do quadro após suspensão temporária do anticoagulante.

Diante desse quadro de anemia, ao ser solicitado uma avaliação da neurocirurgia para abordagem do tumor, foi respondido um parecer informando que o paciente não tinha condições clínicas para abordagem cirúrgica, devendo aguardar melhora de anemia para reavaliação. Essa abordagem cirúrgica, só poderia ser realizada com a hemoglobina acima de 10 g/dL e, então, para abordar cirurgicamente o paciente naquele momento imediato, seria necessário realizar transfusão sanguínea de modo a aumentar o valor da hemoglobina. Entretanto, por ser da religião testemunha de Jeová, o paciente apresentava termo assinado e registrado em cartório o qual não era permitido a realização de hemotransfusão.

3 TRATAMENTO

Para o tratamento da anemia severa no caso clínico abordado, foram utilizados Ácido fólico, Alfapetina, Hidróxido férrico, Ácido ascórbico e alimentação rica em ferro. Posteriormente, o hidróxido férrico foi transicionado para a Carboximaltose férrica.

4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Pelo fato do paciente ser testemunha de Jeová e ter restrição quanto a questão de hemotransfusão, iniciou-se um manejo clínico rigoroso da anemia do paciente, com uma conduta visando chegar no valor de 10 g/dL da hemoglobina. Foi feito um acompanhamento severo, verificando de 2 em 2 dias o valor da hemoglobina e checando a cinética do ferro, ácido fólico e vitamina B12. Além disso, sempre dialogando com a família, que conversaram com membros da religião que apoiaram o tratamento, foi possível além da suplementação de ácido fólico, iniciar carboximaltose férrica adquirida pela família, com autorização para ser utilizada no hospital durante a internação. Além disso, foi adotada uma dieta líquida com alimentos ricos em ferro.

Dessa forma, três semanas após todo esse manejo clínico adotado, a hemoglobina do paciente, que inicialmente estava de 5,2 g/dL, chegou ao valor de 10 g/dL podendo, assim, ser enviado uma nova solicitação de avaliação para a neurocirurgia. Assim, foi transferido para o hospital de referência na cidade e, posteriormente, foi realizada a cirurgia de retirada do tumor, feita com sucesso.

5 DISCUSSÃO

Embora as transfusões de sangue sejam comuns em intervenções de cuidados intensivos, há um número crescente de “Programas de Medicina e Cirurgia Sem Sangue” que se concentram na melhor forma de cuidar de pacientes que recusam produtos sanguíneos, sendo os mais comuns as Testemunhas de Jeová. Estudos de mais alta qualidade sobre esse assunto apontaram que o tratamento sem sangue está associado a resultados semelhantes em relação à morbimortalidade, e até custos de saúde reduzidos, comparados com o tratamento convencional (SCHARMAN et. al, 2017).

Aos pacientes submetidos a procedimentos eletivos de risco intermediário ou alto, de 4 a 6 semanas antes da cirurgia, são solicitados hemograma e ferritina. Enquanto naqueles com risco de deficiência de vitamina B12 ou folato, verificam-se os níveis de ácido metilmalônico (MMA) e homocisteína (SCHARMAN et. al, 2017).

No pré-operatório, consideramos o ferro IV naqueles com ferritina <100 ng/mL, e, neste caso, está indicada a reposição com ferrodextrano de baixo peso molecular. Para aqueles com deficiência de B12, é administrado 1000 µg de cianocobalamina parenteral (para pacientes com função renal normal e MMA >400 nmol/L). Quando há a deficiência de folato, a reposição é feita com ácido fólico oral 1 mg/dia até o momento da cirurgia. Já a suplementação de eritropoetina humana recombinante é uma intervenção bem estudada para pacientes anêmicos antes da cirurgia e geralmente aceita pelas Testemunhas de Jeová (SCHARMAN et. al, 2017).

De acordo com o “Protocolo de Atenção a Saúde de indicação de hemoderivados”, a transfusão está indicada se Hb <7g/dL, principalmente em paciente acima de 65 anos e sintomático, como no caso do paciente relatado. No entanto, pela hemotransfusão não ser uma opção, o caso foi conduzido de maneira excepcional e com otimização da terapêutica disponível e aceita.

Com surgimento de novos fármacos e técnicas cirúrgicas associadas com cuidados de suporte agressivos, as Testemunhas de Jeová podem ser tratadas com sucesso de forma “sem sangue”, mesmo diante de situações relacionadas a anemia profunda, incluindo trauma, transplante de órgãos sólidos e até mesmo transplante de células-tronco (SCHARMAN et. al, 2017).

6 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1- Acerca da anemia por deficiência de ferro, assinale a alternativa correta:

- a) Está geralmente associada com elevação do VCM.
- b) O HCM geralmente está aumentado.
- c) Está associada à diminuição de ferritina.
- d) Responde mais rapidamente à terapia parenteral do que a terapia oral.

Gabarito e comentário: Letra A é falso, o VCM geralmente está diminuído. Letra B é falso, o HCM geralmente está diminuído também. Letra C é a correta. A anemia por deficiência de ferro está associada à diminuição de ferritina. Letra D é falso. O grau de resposta terapêutica é semelhante, uma vez que a hematopoiese ocorre num período entre 5 e 8 dias.

2- Qual o melhor exame para diferenciar um caso de anemia por deficiência de ferro de uma anemia por doença crônica/inflamatória?

- a) Ferritina.
- b) Ferro sérico.
- c) Porcentagem de saturação da transferrina.

d) Volume eritrocitário.

Gabarito e comentário: Letra A. Geralmente, a anemia por doença crônica é normocítica e normocrômica. O índice reticulocitário encontra-se normal. O nível de ferro sérico encontra-se baixo e a ferritina normal ou alta, TIBC encontra-se normal ou até mesmo baixo. Entretanto, esse tipo de anemia pode apresentar-se com hipocromia e microcitose. Assim, o diagnóstico diferencial com anemia ferropriva é realizado pelo valor da ferritina sérica, que estará reduzido na anemia ferropriva e normal/aumentada na anemia por doença crônica.

3- De acordo com a hemoglobina, descreva a classificação da anemia.

Gabarito: De acordo com os valores de hemoglobina, a anemia pode ser classificada como leve, moderada e grave. Uma anemia é considerada leve quando o valor da hemoglobina é maior que 10g/dL. É considerada moderada quando a hemoglobina está entre 7 e 10 g/dL. Já uma anemia grave é quando a hemoglobina está menor que 7 g/dL, que é o exemplo do nosso relato de caso.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Júlio C. Mendes *et al.* Medicina perioperatória e anestesia. **Sociedade Brasileira de Anestesiologia**. Disponível em: <<https://saes.org.br/images/meta/Of132de0-3693-4884-87be-a2618a62c884/133/medicina-perioperato-ria-e-anestesia.pdf>>. Acesso em 08 de junho de 2023.

CORDEIRO, Marco Aurélio Gondim. Prevalência de anemia pré-operatória em pacientes operados em hospital público da região Norte do Brasil. **Programa de pós-graduação em ciências da saúde**. Disponível em: <<https://docs.uft.edu.br/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/LqUqxQnXTBmu26Om11BB0w/content/Preval%C3%AAncia%20de%20Anemia%20Pr%C3%A9-operat%C3%B3ria%20.pdf>>. Acesso em 08 de junho de 2023.

DE SANTIS, Gil Cunha. Anemia: definição, epidemiologia, fisiopatologia, classificação e tratamento. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/156726/157320/377752>>. Acesso em 13 de junho de 2023

SCHARMAN, Carlton D. et al. Tratamento de indivíduos que não podem receber hemoderivados por motivos religiosos ou outros. *Jornal Americano de Hematologia*, vol. 92, edição 12. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajh.24889>>. Acesso em 10 de junho de 2023.