

31

ANEMIA ADQUIRIDA EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR E SUA PREVENÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA



P.G.B. Tavares, A.V.T.M.J. Pacheco, A.C.C. Batista, L.R. Miranda, M.E.A. Santos, A.C.P.E. Oliveira, H.I. Paula, G.M. Gonzaga, D.L.A.N. Amorim, I.B. Rios

Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

Objetivo: O intuito deste trabalho é realizar uma revisão literária sobre a anemia adquirida em internação hospitalar, assim como revisar os últimos estudos para prevenção dessa. **Materiais e métodos:** Foram selecionados artigos sobre o tema publicados no intervalo 2006 até 2019, utilizando plataformas online “PubMed” e “SciELO”. As palavras chaves usadas foram: “Iatrogenic Anemia”, “Phlebotomy”, “Hospital-acquired Anemia” e “ICU Anemia”. **Resultados:** Pacientes submetidos a unidade de tratamento intensivo (UTI) estão sob os cuidados constantes da equipe médica, de maneira que seus vasos são manipulados frequentemente, seja para retirada de sangue ou administração de substâncias. Até 90% desses pacientes desenvolvem anemia pelo 3º dia de internação. Essa é uma condição multifatorial, sendo os principais fatores: a constante retirada de sangue para exames (vampirismo médico), diluição do sangue dos pacientes ao administrar medicamentos e uma produção de eritrócitos reduzida. Segundo estudos, a cada 100 ml de sangue apartados desses pacientes, ocorre, em média, uma diminuição de 7.0 g/l na hemoglobina e 1,9% no hematócrito. Outro estudo indicou um aumento de 18% de risco de contrair anemia hospitalar adquirida a cada 50 ml de sangue retirados. Esses pacientes estão associados com uma maior estadia na UTI e com maiores chance de necessitarem de uma transfusão de concentrado de hemácias no futuro. **Discussão:** Quando sob cuidados intensivos, os pacientes estão sujeitos à possível iatrogenia médica, e suas consequências. 40% das transfusões realizadas na UTI são devido a anemia provinda da flebotomia. Ainda assim, trata-se de uma situação evitável. A retirada de sangue para exames pode ser diminuída com uso de recipientes coletores menores, esse método mostrou-se eficaz reduzindo até 25% do sangue extraído durante um período de 2 anos. O mesmo resultado foi alcançado usando dispositivos de retorno sanguíneo ao paciente. Dessa maneira, vários casos de anemia hospitalar adquirida poderiam ser evitados, assim como uma maior permanência desses pacientes na UTI e a sua mortalidade. **Conclusão:** O manejo de pacientes na UTI é um processo delicado e precisa de esforços da equipe médica para não piorar a saúde dos pacientes. Trata-se de um problema retroalimentativo, onde o paciente adquire uma condição que pode vir a piorar sua condição primária e assim aumentar a permanência no leito. Porém, os fatores que levam o paciente a desenvolver essa condição podem ser amenizados, como: evitar uma retirada excessiva de sangue usando de artifícios de manejo sanguíneo, assim como atenção ao administrar qualquer medicamento ou fluido intravenoso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.032>

32

ANEMIA NA GESTAÇÃO: DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO



L.P. Silva, J.C.S. Lóss, F.L.F. Teixeira

Universidade Iguazu (UNIG), Nova Iguazu, RJ, Brasil

O presente estudo tem por objetivo elucidar e compreender como se dá o diagnóstico e prognóstico da anemia na gestação. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, a partir dos descritores: Anemia na gestação e diagnóstico da anemia na gestação e prognóstico da anemia, nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed. Os Resultados demonstram que cerca de um quarto da população mundial é acometida pela anemia, que constitui um problema global de saúde pública. A etiologia da anemia é multifatorial, podendo ser derivada de patologias genéticas, deficiência da ingestão de micronutrientes (ferro, folato, vitamina B12) ou outras condições que induzem perda ou necessidade aumentada ou absorção diminuída dos mesmos. Outrossim, o diagnóstico caracteriza-se a anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina (Hb) forem menores do que 11 g/dL e hematócrito (Hct) for menor do que 33% no 1º e no 3º trimestres da gravidez; Hb menor do que 10,5 g/dL e Hct menor do que 32% no 2º trimestre, e Hb menor do que 10 g/dL no puerpério. Com relação ao diagnóstico, deve-se observar o hemograma e ferritina na 1ª consulta (pré-concepção e/ou 1º trimestre), às 24-28 semanas e no 3º trimestre; eletroforese da hemoglobina para diagnóstico de hemoglobinopatias, na presença de microcitose (mesmo sem anemia) na pré-concepção e/ou 1º trimestre ou perante certas etnias ou história familiar. Ademais, mesmo que não haja consenso de que a suplementação universal e sistemática da mulher grávida com ferro melhora os desfechos maternos e neonatais, a OMS e outras entidades defendem a suplementação universal das grávidas, já que foram constatadas alterações hematológicas fisiológicas na gravidez, havendo aumento das necessidades de ferro (Clode et. al., 2020). Ressalta-se que a elevada prevalência destas patologias na gravidez é consequência do alto número de mulheres com dietas inadequadas e ausência de suplementação pré-natal de micronutrientes. Ocorre que a necessidade de aumentar o conhecimento e instituir práticas de prevenção, diagnóstico precoce, orientação e tratamento desta condição se dá pelo impacto da anemia na saúde materna e perinatal aumentar o risco de restrição do crescimento fetal, parto pré-termo, prematuridade e défices cognitivos no recém-nascido. Conclui-se que há dificuldades na determinação de um consenso no que diz respeito à terapêutica com impacto mais benéfico a nível preventivo e sintomático, devido à variedade de formulações estudadas na prevenção e tratamento da anemia, os valores de hemoglobina considerados limite para introdução de terapêutica transfusional, e as múltiplas evidências contraditórias com relação às diferenças de eficácia, segurança e tolerabilidade em trimestres particulares da gravidez (Viegas, 2019).