

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.



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).

Referências

1. Areia AL, Nogueira-Silva C, Serrano F, Mairos J, Guimarães M, Clode N. Anemia na gravidez e no puerpério Normas de Orientação da SPOMMF. Acta Obstet Ginecol Port vol.13 no.2 Coimbra jun. 2019. 2. Viegas MV. Anemias e gravidez: Diagnóstico, Orientação e Tratamento. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina apresentado à Faculdade de Medicina, 2019.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.033>

33

CARCINOMA HEPATOCELULAR EM PACIENTE PORTADOR DE HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA DO TIPO HOMOZIGOSE PARA C282Y: RELATO DE CASO

M.A. Leite^a, A. Bossardi^a, B.V. Dutra^a, L.V. Dutra^a, P. Bossardi^b, A.J.T. Filho^c

^a Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

^b Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil

^c Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A Hemocromatose Hereditária (HH) é a doença genética mais comum na população caucasiana. A predisposição genética ao aumento inadequado da absorção de ferro na dieta pode levar ao desenvolvimento progressivo das complicações da cirrose, do câncer hepatocelular, da diabetes e das doenças cardíacas. A doença é causada principalmente por mutações genéticas no gene HFE. O defeito genético descrito mais comum é uma mutação G para A missense (C282Y) que conduz à substituição de tirosina por cisteína na posição de aminoácido 282 do produto de proteína do gene HFE localizado no braço curto do cromossomo 6. Existem alterações da função hepática em 75% dos casos. O grau de sobrecarga de ferro tem um impacto direto sobre a expectativa de vida no paciente com HH. A hemocromatose hereditária tem risco aumentado de cirrose, que, por sua vez, é um fator de risco para CHC. **Descrição do caso:** Relatamos um caso de CHC em um paciente masculino, 55 anos, em decorrência de HH com estudo genético prévio de homozigose para C282Y. História prévia de hipertensão arterial sistêmica e tabagismo (45 anos/maço). Foi admitido no Hospital Geral de Caxias do Sul com queixa de dor abdominal intensa a qual tinha alívio apenas com uso de opióides. Foram realizados exame de imagem e laboratoriais. O paciente apresentava ferritina sérica superior a 2000 ng/mL, índice de saturação da transferrina de 61,4%, TGO 54 u/L, TGP 44 u/L, Bilirrubina total 0,58 mg/dL, direta 0,26 mg/dL, indireta 0,32 mg/dL, Anti-HCV reagente, GAMA-GT 110 u/L. Tomografia computadorizada do abdome com contraste evidenciou fígado com lesão expansiva medindo 11,0 × 8,8 cm de diâmetro e outros dois nódulos em segmento V com 1,5 cm e um no II com 2,2 cm. Pâncreas com linfonodo adjacente, na cabeça, medindo 3,4 cm. Opaci-

dades nodulares nos pulmões localizados nos lobos inferiores medindo cerca de 0,9 cm e 0,8 cm as quais eram sugestivas de implantes secundários. O paciente foi submetido a uma quimioembolização do tumor de fígado e obteve alta hospitalar com controle ambulatorial periódico. O paciente tinha Hepatite C e evoluiu para óbito depois de 20 dias por encefalopatia hepática. **Discussão:** O mecanismo responsável por essa absorção aumentada de ferro decorre da acentuação do transporte intestinal do metal dos enterócitos para a corrente sanguínea. A HH possui o gene defeituoso igualmente distribuído entre homens e mulheres; todavia, a maioria dos estudos têm identificado maior acometimento nos homens. A hepatomegalia está presente em cerca de 95% dos pacientes sintomáticos e, geralmente, precede o desenvolvimento de sintomas ou alterações dos testes de função hepática. Ocorre, portanto, deposição excessiva de ferro nas células parenquimatosas, em especial do fígado, pâncreas e coração, que acaba por estimular a peroxidação lipídica e produção de radicais livres, lesando-as e promovendo fibrose progressiva. **Conclusão:** Pacientes com Hemocromatose Hereditária Homozigótica com mutação para C282Y possuem uma rápida evolução para o CHC. O prognóstico é mais grave quando há cirrose hepática ao diagnóstico ou HCV associada. Pacientes cirróticos com HH devem ser avaliados a cada semestre com ultra-sonografia abdominal e dosagem de alfa-fetoproteína. Essas medidas são capazes de detectar tumores de até 1 cm de diâmetro e isso certamente pode minimizar a rápida evolução para fibrose, cirrose e até mesmo CHC, a mais longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.034>

34

DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 E SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS: RELATO DE CASO

B.Y.F. Toi, J.M. Sasserone, V.F. Alves, M.S.E.S. Arcadipane, J.C.G.C. Sarinho

Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP, Brasil

A anemia perniciosa é um tipo de anemia macrocítica, que ocorre como consequência de gastrite atrófica, na qual há diminuição da produção de fator intrínseco pelas células parietais do estômago em decorrência de reação inflamatória autoimune da mucosa gástrica, resultando em destruição desse tipo celular e menor absorção de vitamina B12 no íleo distal. Neste relato, apresentamos uma paciente com manifestações psiquiátricas secundárias à deficiência de vitamina B12. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 53 anos, com história prévia de transtorno de personalidade e em acompanhamento psiquiátrico ambulatorial, foi admitida em nosso serviço devido piora dos sintomas depressivos há quatro meses, apresentando choros imotivados, falas autodepreciativas, mania de limpeza e labilidade emocional. Progressivamente, apresentou quadros de agitação, ideação suicida e falas desconexas sem "insight". Não apresentava alterações ao exame físico tóraco-abdominal e neurológico. Foi avaliada pela equipe de psiquiatria, que orientou a investigação de causas orgânicas de psicose. No laboratório, foi evidenciada presença de macrocitose (con-