



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



ARTIGO CIENTÍFICO

Perfil transfusional em diferentes tipos de unidades de terapia intensiva[☆]

Ilusca Cardoso de Paula^a, Luciano Cesar Pontes Azevedo^a,
Luiz Fernando dos Reis Falcão^a, Bruno Franco Mazza^a,
Melca Maria Oliveira Barros^b, Flavio Geraldo Rezende Freitas^a
e Flávia Ribeiro Machado^{a,*}

^a Setor de Terapia Intensiva, Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina Intensiva da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Disciplina de Hematologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 14 de maio de 2013; aceito em 15 de julho de 2013
Disponível na Internet em 12 de novembro de 2013

PALAVRAS-CHAVE

Transfusão;
Hemoglobina;
Unidade de terapia
Intensiva;
Hemocomponentes

Resumo

Justificativa e objetivos: Anemia é um achado clínico frequente nas UTIs. A transfusão de hemácias é a principal forma de tratamento, apesar dos riscos a ela associados. Dessa forma, propusemos avaliar o perfil transfusional dos pacientes em diferentes UTIs.

Métodos: Análise prospectiva dos pacientes internados nas UTIs de um hospital universitário terciário com indicação de transfusão de concentrado de hemácias. Foram coletados características demográficas e o perfil transfusional, foi feita análise univariada e foram considerados significativos resultados com $p \leq 0,05$.

Resultados: Foram analisadas 408 transfusões em 71 pacientes. A concentração média de hemoglobina na internação foi $9,7 \pm 2,3$ g/dL e a concentração pré-transfusional $6,9 \pm 1,1$ g/dL. As principais indicações de transfusão foram a concentração de hemoglobina (49%) e o sangramento ativo (32%). O número mediano de unidades transfundidas por episódio foi 2 (1-2) e a mediana do tempo de estocagem foi 14 (7-21) dias. O número de pacientes transfundidos com hemoglobina acima de 7 g/dL e o número de bolsas transfundidas por episódio foram significativamente diferentes entre as UTIs. Pacientes que receberam três ou mais transfusões tiveram maior tempo de ventilação mecânica e de permanência na UTI e maior mortalidade em 60 dias. Houve associação da mortalidade com gravidade da doença, mas não com as características transfusionais.

Conclusões: A prática transfusional de hemocomponentes esteve parcialmente de acordo com as diretrizes preconizadas, embora haja diferença de conduta entre os diferentes perfis de UTIs. Pacientes transfundidos evoluíram com desfechos desfavoráveis. Apesar da escassez de sangue nos bancos de sangue, o tempo médio de estocagem das bolsas foi elevado.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

[☆] Estudo realizado no Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: fmachado.dcir@epm.br (F.R. Machado).

Introdução

A anemia é um achado clínico frequente nas unidades de terapia intensiva (UTI). Já foi demonstrado que até 77% dos pacientes críticos apresentam anemia durante sua internação hospitalar e mais de um terço deles recebe hemotransfusões.^{1,2} Os fatores associados ao surgimento da anemia na UTI incluem perda sanguínea por sangramentos evidentes, como a "anemia iatrogênica" decorrente da coleta seriada de exames laboratoriais; procedimentos invasivos; deficiências nutricionais (ferro, ácido fólico e vitamina B12); hemólise; perda sanguínea oculta e diminuição da eritropoiese por reduzida liberação de eritropoietina, principalmente por ação de citocinas inflamatórias.³⁻⁶

A transfusão de hemácias ainda é a principal forma de tratamento para anemia, apesar dos riscos de complicações a ela associados. Possíveis complicações incluem transmissão de agentes infecciosos, reações febris, aloimunização, lesão pulmonar aguda, edema pulmonar por hipervolemia, toxicidade pelo citrato e imunossupressão, com consequente aumento de infecções nosocomiais.⁷⁻¹¹ Desse modo, a transfusão sanguínea se tornou tema constante de discussão nas UTIs e há controvérsias em relação aos possíveis benefícios e riscos da manutenção de níveis mais baixos de hemoglobina.^{12,13} A partir do fim da década de 1990 começaram a ser feitos estudos com estratégias restritivas de transfusão em UTI. Nesse sentido, Hébert et al. não evidenciaram benefícios em se manter concentração de hemoglobina (Hb) superior a 10 g/dL, quando comparado a um grupo com hemoglobina entre 7 g/dL e 9 g/dL, em pacientes internados em unidades de terapia intensiva, com possível exceção daqueles com síndromes coronarianas agudas.¹³ Esse estudo norteou a terapia transfusional a partir de sua publicação e atualmente é preconizada a transfusão de concentrado de hemácias (CH) em pacientes graves com Hb abaixo de 7 g/dL.

Existe, portanto, grande interesse no entendimento da terapia transfusional em terapia intensiva e no impacto da anemia sobre a evolução e o prognóstico desses pacientes. Apesar disso, em hospitais brasileiros foram feitos poucos estudos que avaliaram a prática da transfusão, as características clínicas e a evolução desses pacientes.¹⁴⁻¹⁶ Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil transfusional de diferentes UTIs dentro de um hospital universitário terciário, com análise das indicações e dos critérios para transfusão. Procurou-se também determinar o número de unidades de CH recebidas, o seu tempo médio de estocagem e suas possíveis correlações com a morbimortalidade.

Métodos

Foram incluídos pacientes com idade superior a 18 anos e indicação de transfusão de CH pelo médico assistente, internados em cinco UTIs (geral-SUS, geral-saúde suplementar, clínica médica, cardiologia e pneumologia) de um hospital universitário terciário entre 1 de outubro e 30 de novembro de 2005. Nenhum critério de exclusão foi usado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o número 1534/04 sem a necessidade de coleta de termo de consentimento por se tratar de registro de dados sem intervenção.

A triagem inicial foi feita por solicitação dos registros de transfusão do banco de sangue do hospital. Todos os pacientes internados nas UTI participantes para os quais foram dispensados CH nesse período foram incluídos. Dois médicos responsáveis pelo estudo registraram os seguintes dados demográficos: idade, gênero, diagnóstico de internação na UTI e presença de comorbidades. Como avaliação de gravidade foram usados os índices Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (Apache II)¹⁷ de admissão na UTI e o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)¹⁸ no dia da transfusão e no sétimo dia após. Com relação aos dados diretamente relacionados às transfusões, foram registrados a indicação de transfusão, a hemoglobina de admissão na UTI e a pré-transfusional, o tempo de estocagem de cada bolsa, a presença de reações transfusionais e o número de CH transfundidos em um mesmo episódio transfusional, bem como o número total de bolsas recebidas por paciente.

O grupo de pacientes transfundidos foi acompanhado prospectivamente no tocante à morbimortalidade até a alta hospitalar ou 60 dias após a primeira transfusão. Foram registrados a ocorrência de complicações infecciosas (na forma de infecção documentada ou suspeita, sepse grave, choque séptico), respiratórias (síndrome de desconforto respiratório agudo) e renais (insuficiência renal aguda); o tempo de ventilação mecânica e de uso de vasopressores; o tempo de internação na UTI e a sobrevida após 28 e 60 dias da transfusão. Como parte da análise de morbidade foi calculado o delta SOFA, que correspondeu ao SOFA do dia sete menos o SOFA do dia zero. O mesmo foi categorizado de acordo com a variação ocorrida em piora ou não alteração ($\Delta \geq 0$) e melhoria ($\Delta < 0$).

Os dados encontrados foram apresentados de forma descritiva. As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão ou mediana e percentil 25-75%, conforme sua normalidade, e as variáveis categóricas em percentual. A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Os achados demográficos e as características transfusionais das diversas UTIs, bem como as relações com o número de bolsas, o tempo de estocagem e os fatores de risco para mortalidade, foram analisados com o uso do teste de qui-quadrado (para variáveis categorizadas), *t* de Student/Anova (para variáveis contínuas, paramétricas) ou Mann-Whitney/Kruskall-Wallis (para variáveis contínuas não paramétricas). Correlações entre variáveis quantitativas foram testadas por meio da correlação de Spearman. A variável número total de bolsas transfundidas foi categorizada com o uso como ponto de corte do valor obtido na curva *receiver operator characteristics* (ROC) para mortalidade em 60 dias. Para análise do tempo de estocagem usou-se o valor mediano encontrado na amostra. A análise foi feita no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) e foram considerados significativos os resultados com $p \leq 0,05$.

Resultados

Foram incluídos 71 pacientes das cinco UTIs participantes do estudo, que totalizaram 241 episódios de transfusão num total de 408 unidades de CH transfundidas. A **tabela 1** demonstra os dados demográficos globais dos pacientes e sua divisão por unidades. A mediana de idade dos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749158>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749158>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)