

Suporte transfusional em cuidados paliativos

Introdução

- Definição de anemia (OMS)
 - Homens com idade igual ou superior a 15 anos:
 - hemoglobina <13,0 g/dL;
 - ligeira entre 11,0 a 12,9, moderada entre 8,0 e 10,9 e grave < 8,0.
 - Mulheres não grávidas com 15 ou mais anos:
 - hemoglobina < 12,0 g/dL;
 - ligeira entre 11,0 e 11,9, moderada entre 8,0 e 10,9 e grave < 8,0 g/dL.

Introdução

- Os eritrócitos são administrados como um concentrado com uma solução preservante (hematócrito de 60%) que permite o armazenamento em refrigeração até 42 dias.
- Em média, a transfusão de 1 unidade de eritrócitos, que tem um volume de 350 mL, resulta numa subida da hemoglobulina de 1 g/dL num adulto com um volume de sangue estável.
- A transfusão deve ocorrer dentro de 4 horas após a remoção do armazenamento a temperatura controlada devido à proliferação bacteriana.

Directrizes gerais

- Recomendam que se use um limiar restrictivo para iniciar transfusões de 7 g/dL e uma concentração de 7 a 9 g/dL após a transfusão, excepto:
- Doentes com síndrome coronária aguda em que se deve considerar um limiar de 8 g/dL com o objectivo de atingir 8 a 10 g/dL após a transfusão.
- Doentes com anemia crónica em que os objectivos devem ser individualizados.

Prevalência da anemia em cuidados paliativos

- Em 77% dos homens
- 68% das mulheres
- A etiologia da anemia é muitas vezes multifactorial, mas a anemia de doença crónica parece predominar;
 - Outros factores incluem:
 - processos específicos da doença em causa,
 - malnutrição
 - perda de sangue.

Fadiga e dispneia

- As transfusões de eritrócitos usam-se para tratar os sintomas causados pela anemia, sobretudo fadiga e dispneia.
- Mas, a relação entre a anemia e a fadiga e a dispneia não é clara em cuidados paliativos.

Dispneia

- Há anemia em apenas 20% dos doentes com dispneia.
- A dispneia é uma experiência subjectiva que resulta de interacções de factores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais e incluem a doença subjacente, caquexia e descondicionamento.

Dispneia

- Está presente sem doença cardiopulmonar, hipoxia ou hipercapneia.
- A dispneia ocorre em muitas doenças crónicas:
 - 70% dos doentes com cancro terminal,
 - 68% dos doentes com SIDA avançada,
 - 37% dos doentes após AVC,
 - 50% dos doentes com esclerose lateral amiotrófica,
 - 70% dos doentes com demência.

Fadiga

- Ocorre em 80% dos doentes em cuidados paliativos.
- Pode ocorrer sem actividade prévia e não é aliviada completamente pelo repouso e pode não se correlacionar com fraqueza muscular.
- Consiste numa fraqueza global, dificuldade em iniciar actividades, capacidade reduzida de manter a actividade e fadiga mental associada com alterações da concentração e da memória e aumento da labilidade emocional.

Fadiga e dispneia

- No tratamento da fadiga e da dispneia é importante corrigir as causas reversíveis, juntamente com as intervenções paliativas.
- A anemia pode ser uma causa reversível.
- As intervenções para a correcção da anemia podem ser diversas, dependendo da causa,
 - uma delas é a transfusão.

Fadiga e dispneia

- A disponibilidade de oxigénio para os tecidos depende do conteúdo de oxigénio do sangue.
- As transfusões aumentando a concentração de hemoglobina e a capacidade de transporte de oxigénio do sangue.
- A alteração da capacidade de transporte de oxigénio pode resultar em dispneia, fadiga, diminuição da actividade e do estado de performance.

Fadiga e dispneia

- A dissociação do oxigénio depende do 2,3-difosfoglicerato (DFG) nos eritrócitos
 - O sangue armazenado muitas vezes tem um DFG baixo.
 - Disto resulta numa ligação mais forte à hemoglobina, reduzindo a libertação de oxigénio,
 - Pode levar 48 horas até à normalização da DFG e conseqüentemente da dissociação do oxigénio.

Riscos das transfusões

- As transfusões de eritrócitos têm riscos, ex.:
 - reacções transfusionais agudas,
 - contaminação bacteriana
 - sobrecarga circulatória associada às transfusões (SCAT)
 - A SCAT é o edema pulmonar cardiogénico provocado pela infusão de produtos sanguíneos
 - A SCAT ocorre em 1% a 6% dos doentes a quem é administrada uma transfusão, com uma mortalidade de 6% a 10%.

Um estudo no Reino Unido

- Em 121 (58%) de 210 hospices;
 - A maioria foi realizada por hemoglobina baixa (51%)
 - Por uma combinação de hemoglobina baixa e dispneia (40%)
 - Por fadiga (16%)
 - Com um número médio e mediano de unidades de 2 unidades

Um estudo no Reino Unido

- 18% dos doentes tiveram um benefício sustentado até 30 dias depois da transfusão;
- 31% tiveram uma melhoria transitória (<14 dias)
- 11% não tiveram melhoria
- 32% morreram dentro dos 30 dias.

Um estudo no Reino Unido

- Verificou-se que se fizeram transfusões com níveis de hemoglobina acima do que as directrizes baseadas em investigação sugerem:
 - nível médio antes da transfusão foi 7,5 g/dL;
 - 82% tinham uma hemoglobina > 7,0 g/dL;
 - 32% tinham hemoglobina cima de 8,0 g/dL

Revisão Cochrane

- Não foram encontrados estudos randomizados.
- Foram identificados 12 estudos que avaliaram os doentes antes e após a transfusão que incluíram 653 doentes:
 - Houve melhoria subjectiva entre 31% e 70%.
 - 5 destes estudos focaram especificamente a fadiga e a dispneia:
 - Houve uma resposta precoce após a transfusão, que se desvaneceu pelos 14 dias,
 - A sobrevivência global variou de 2 a 293 dias,
 - 23% a 35% morreram dentro de 2 semanas da transfusão.

Recomendações aplicáveis em cuidados paliativos

O sangue é um bem valioso e escasso que deve ser usado de modo cuidadoso quando o benefício do seu uso em transfusões tem um propósito claro e os benefícios ultrapassam claramente os riscos.

Como muitas outras intervenções, as indicações para as transfusões em cuidados paliativos, devem ter em conta os objectivos gerais do tratamento para cada doente em face da sobrevivência esperada.

Recomendações aplicáveis em cuidados paliativos

- Os níveis de hemoglobina não se correlacionam com a resposta à transfusão;
- As transfusões devem ser consideradas apenas em doentes com anemia sintomática;
- Em doentes com uma sobrevivência esperada curta (dias a poucas semanas – o prognóstico pode ser difícil de determinar) as transfusões podem ser inapropriadas;
- Os estudos sugerem que os doentes com melhor estado funcional e melhor prognóstico beneficiam mais das transfusões;
- Transfundir 1 unidade de cada vez e avaliar após cada unidade.

Interrupção das transfusões

- Alguns doentes com anemia não melhoram sintomaticamente com as transfusões ou respondem apenas por um curto intervalo de tempo.
- As decisões sobre a continuação das transfusões deve ter em conta:
 - os sintomas,
 - o prognóstico,
 - a resposta a transfusões prévias
 - os desejos dos doentes

Transfusão de plaquetas

- Algumas recomendações gerais para a transfusão de plaquetas sugerem:
 - Transfusão em doentes com $\leq 10 \times 10^9/L$ para reduzir o risco de hemorragias espontâneas;
 - Transfusão em doentes com $\leq 20 \times 10^9/L$ que necessitem da colocação de um cateter central;
 - Transfusão de doentes com $\leq 50 \times 10^9/L$ submetidos a punção lombar diagnóstica ou cirurgia neuroaxial electiva.

Transfusão de plaquetas

- Não há consenso quanto à transfusão de plaquetas nas doenças avançadas.
- Há que ter em conta que:
 - As transfusões têm uma viabilidade baixa e necessitariam de ser repetidas com intervalos de 3 a 4 dias para profilaxia das hemorragias,
 - Há subidas menores provocadas por destruição imunológica ou não-imunológica.