

Complicações Agudas na Doença Falciforme: Crise Vaso-oclusiva

Autores e Afiliação:

Flávia Leite Souza Santos. Médica Assistente da Divisão de Hematologia e Hemoterapia do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP; Ana Cristina Silva Pinto. Médica Assistente da Divisão de Hematologia e Hemoterapia do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP; Fabíola Traina. Docente da Divisão de Hematologia e Hemoterapia do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Data da última alteração: segunda, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: quarta, 29 de agosto de 2018

Definição / Quadro Clínico:

A crise vaso-oclusiva (CVO) é um episódio de dor muito frequente em pacientes com doença falciforme (DF), sendo a principal causa de atendimento e internação. O primeiro episódio pode ocorrer logo aos 6 meses de idade e recorrer durante toda a vida. A crise algica decorre da isquemia tissular resultante da obstrução do fluxo sanguíneo produzido pelas hemácias falcizadas levando à acidose e potencialização do processo de falcização e isquemia. A intensidade da CVO é variável e a duração geralmente é de 4 a 6 dias podendo, no entanto, persistir por várias semanas. Pode ser desencadeada por infecção, febre, acidose, desidratação, apneia do sono, exercício físico e exposição ao frio, porém, na maioria das vezes, nenhum fator precipitante é identificado.

Diagnóstico:

O diagnóstico do evento vaso-oclusivo é clínico, baseado na história de dor, caracterizando localização e intensidade. Deve-se realizar a anamnese e exame físico completo com atenção especial para os fatores desencadeantes.

Exames Complementares:

O diagnóstico do quadro é clínico. Os exames laboratoriais permitem avaliar fatores desencadeantes, como infecções, assim como complicações decorrentes da crise álgica. Os exames laboratoriais recomendados são: hemograma completo, contagem de reticulócitos, função renal, eletrólitos, gasometria arterial, radiografia de tórax, urina rotina, hemocultura.

Tratamento:

- Hidratação: a escolha da via (parenteral ou oral) é determinada pelo grau de desidratação. Em adultos, administrar cerca de 3 litros/dia de SF0,9%. Considerar redução do volume infundido quando houver melhora dos sintomas ou ainda quando o estado de hidratação já estiver otimizado, evitando assim a sobrecarga volêmica.

- Transfusão: a transfusão não está indicada para tratamento de CVO, entretanto, diante do risco de evolução da CVO para síndrome torácica aguda, principalmente em quadros refratários às medidas iniciais, ela pode ser considerada. A escolha entre transfusão simples ou transfusão de troca dependerá dos níveis de hemoglobina (Hb) do paciente. Os valores de hemoglobina pós transfusionais devem ser $\leq 10\text{g/dL}$ e não há necessidade de atingir $\text{HbS} < 30\%$.

- Analgesia: Deve ser baseada na intensidade da dor (leve, moderada, ou grave), com o objetivo de controlá-la o mais rápido possível, de preferência na primeira hora. Havendo necessidade de internação, a alta hospitalar está indicada a partir de 24 horas do controle da dor com analgésicos via oral.

Dor leve:

- Paracetamol VO: 500mg até de 4/4h ou 750mg até de 6/6h. Em crianças, 10mg/Kg/dose até de 4/4h (1 gota/Kg/dose).

- Dipirona VO: 500-750mg até de 6/6h (20-30 gotas/dose). Em crianças. 1 gota/Kg/dose até de 6/6h (no máximo 30 gotas). Se peso < 5Kg, não administrar a droga.

- Ibuprofeno VO: 300-600mg/dose até de 6/6h, dose máxima diária de 2400 mg. Em crianças, 1- 2 gotas/kg dose até de 6/6h (1ml=50mg). Diclofenaco sódico VO: 50mg até de 8/8h.

- Paracetamol + codeína VO: 7,5 mg ou 30 mg até de 4/4h

Dor moderada/grave:

- Morfina EV: 0,1 mg/Kg a cada 20 min, até o controle da dor; 1 ampola=10mg. Após o controle, manter 0,05-0,1mg/Kg a cada 2-4h. Não ultrapassar 10mg/dose. Considerar analgesia não-opiíide adjuvante. Atentar para depressão respiratória provocada pelos opiíides.
- VO: 0,3-0,6mg/Kg/dose até de 4/4h.
- Tramadol EV: 1 ampola (100mg) diluído em 100 ml SF0.9% ev em 15-30 minutos até de 6/6h.
- VO: 50mg, podendo ser repetida em 30-60min, não excedendo dose diária de 400mg.
- Cetoprofeno EV: 1 ampola (100mg) diluído em 100 ml SF0.9% ev em 15-30 minutos até de 8/8h.
- Dipirona EV: 1 ampola (500mg) até de 6/6 hs.

Observação: Não é recomendável o uso da meperidina, pois sua ação analgésica é inferior à da morfina. Além disso, pode desencadear crises convulsivas e deve ser evitado em pacientes com disfunção renal, em uso de inibidores da MAO ou com doenças neurológicas.

Referências Bibliográficas:

- 1 - Jeffrey Glassberg et al. Evidence-Based Management Of Sickle Cell Disease In The Emergency Department. Emergency Medicine Practice; August 2011 Volume 13, Number 8.