

ESTRATÉGIAS DE TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS EM CRIANÇAS GRAVES

O estudo prospectivo randomizado multicêntrico de Lacroix J et al., 2007¹, avaliou 637 crianças graves que apresentavam uma concentração de hemoglobina (Hb) menor que 9,5g/dl após sete dias de admissão na Unidade de Terapia Intensiva. Desta amostra, foram randomizadas respectivamente 320 crianças para receber TCG com um limiar de Hb 7g/dl (grupo de estratégia restritiva-ER) e 317 crianças para um limiar Hb 9,5g/dl (grupo de estratégia liberal-EL). As crianças da ER receberam um percentual 44% menor de TCG que as da EL, sendo que 174 crianças (54%) da ER não receberam qualquer TCG comparativamente com sete crianças (2%) da EL [P ≤ 0,001]. Neste estudo, não houve diferença na mortalidade entre os grupos (14 óbitos em cada grupo) 28 dias após a randomização, também não houve diferença estatística significativa nas evoluções primárias, secundárias e nos efeitos adversos entre eles.

Comentário

Anemia é um achado freqüente em crianças gravemente enfermas e um dilema, à beira do leito, para a decisão de quando indicar a TCG. Os riscos da anemia incluem a diminuição da capacidade de transporte de oxigênio e do volume plasmático. Dentre os benefícios da TCG estão a correção dos riscos da anemia e o aumento do fornecimento de oxigênio para os tecidos. Em 1999, Hebert PC et al.² realizaram um estudo controlado randomizado com pacientes adultos, comparando a EL de TCG [nível de Hb indicativa de TCG de 10g/dl] com a ER [nível de Hb de 7g/dl]. O grupo de pacientes com ER recebeu um percentual 54% menor de unidades de glóbulos e apresentou uma menor mortalidade quando comparado com o grupo da EL. Este estudo é utilizado com freqüência como parâmetro para a TCG para recém-nascidos e crianças graves, mas até o momento não havia estudos relevantes demonstrando as implicações para o entendimento da utilização da TCG para crianças graves.

Em 2002, Roseff SD et al.³ publicaram as orientações para a TCG para crianças com idade menor e maior do que 4 meses, que podem ser utilizados como um guia em diversas situações clínicas. O estudo de Lacroix J, et al., 2007¹, é um avanço na área pediátrica. Entretanto, em diversas situações clínicas, nenhuma medida isolada pode substituir o julgamento clínico na indicação da TCG.

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Lacroix J, Hebert PC, Hutchison JS, Hume HA, Tucci M, Ducruet T, et al. TRIPICU Investigators; Canadian Critical Care Trials Group; Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators Network. Transfusion strategies for patients in pediatric intensive care units. N Engl J Med. 2007;356(16):1609-19.
2. Hebert PC, Wells G, Blajchman MA, Marshall J, Martin C, Pagliarello GT, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion

requirements in critical care. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. N Engl J Med. 1999;340(6):409-17. Erratum. N Engl J Med 1999; 340(13):1056.
3. Roseff SD, Luban NL, Manno CS. Guidelines for assessing appropriateness of pediatric transfusion. Transfusion. 2002;42(11):1398-413.