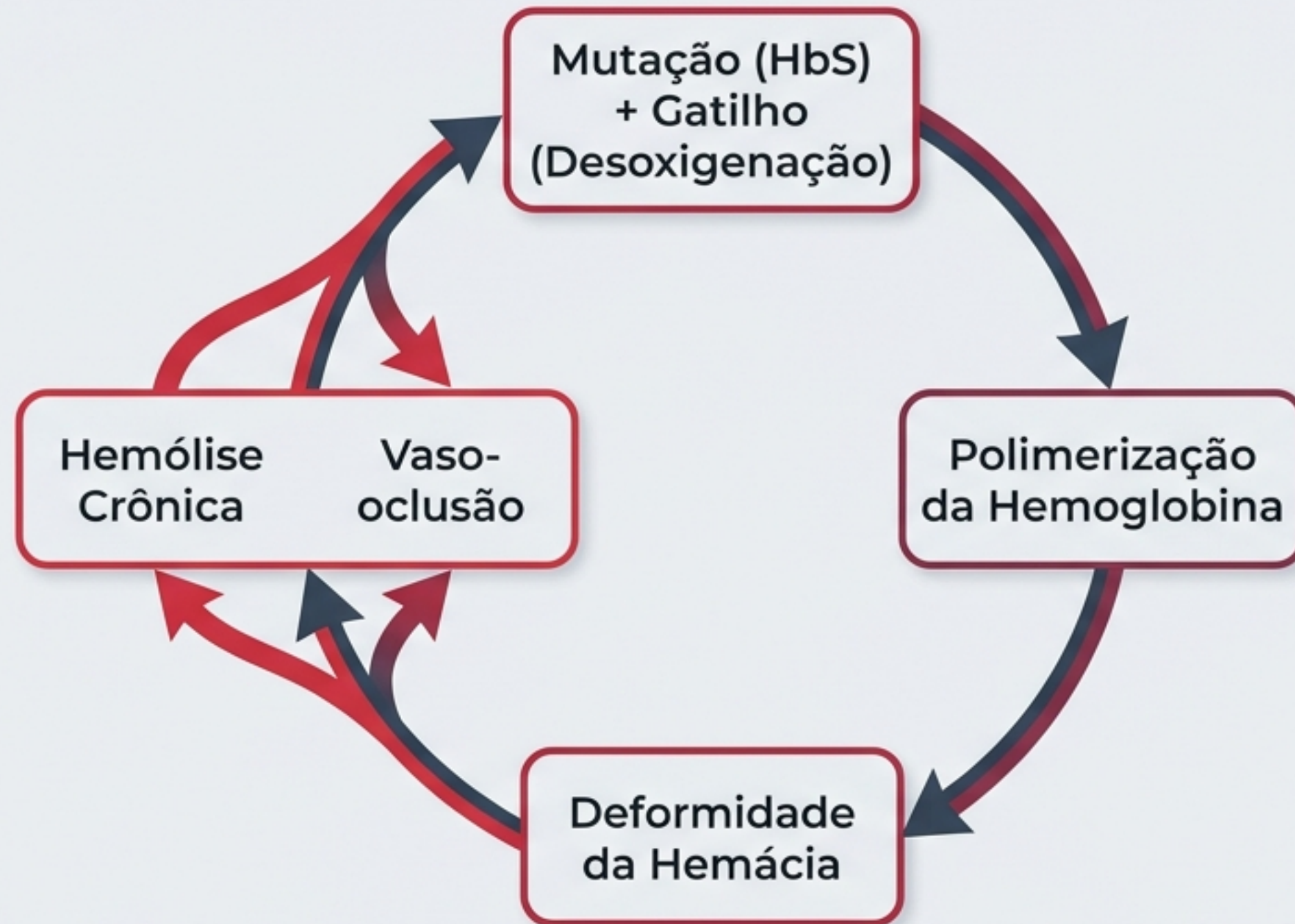


Anemia Falciforme na Emergência

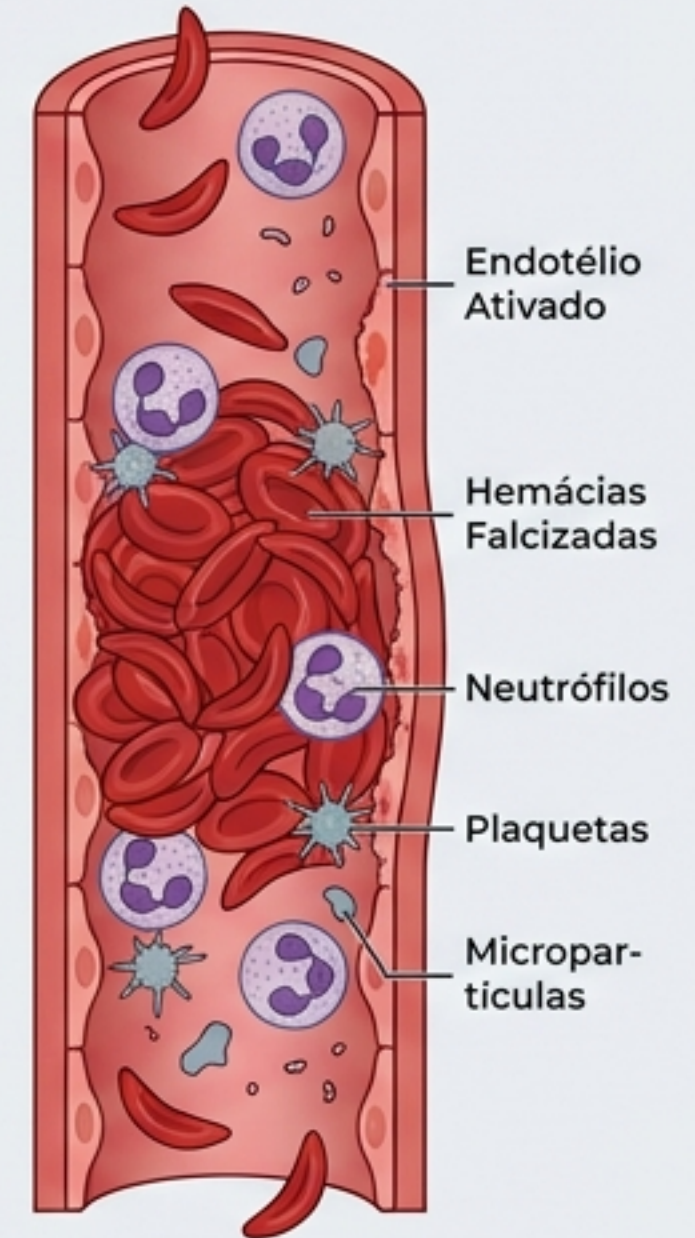
Protocolo Institucional de Reconhecimento
Rápido, Analgesia e Estabilização.

Público-alvo: Equipe Médica e Enfermagem | Diretrizes de Ação Imediata

O Ciclo Vicioso Falciforme



O Trombo Multicelular



A doença causa isquemia rápida. Cerca de 67% dos óbitos precoces na emergência ocorrem no 1º dia de internação e 40% na primeira hora. O tempo salva vidas.

Espectro da Doença

Doença Falciforme:

Termo amplo
(Genótipos HbSS, SC,
Sβ).

Anemia Falciforme:

Especificamente
homozigose HbSS
(maior gravidade).

Traço Falciforme:

Não é doença clínica.



CVO (Crise Vaso-Oclusiva)

Dor óssea severa.



STA (Síndrome Torácica Aguda)

Febre, dispneia,
novo infiltrado.



AVC

Isquemia aguda
em jovens.



Infecções / Sepses

Risco gravíssimo por
asplenia funcional.



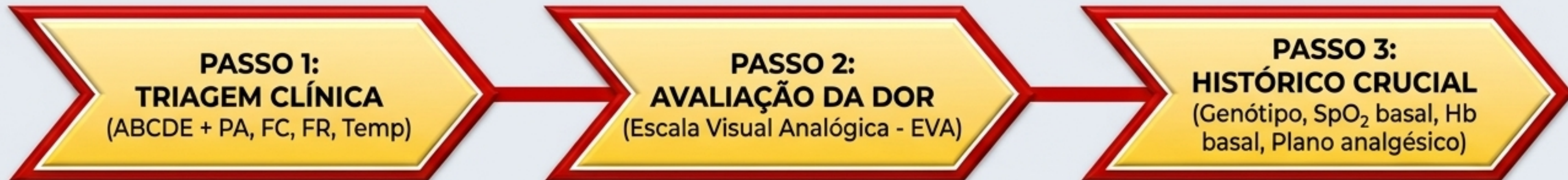
Emergências Geniturinárias

Priapismo (risco
urológico) e Necrose
de Papila Renal.



ALERTA DE OURO: Paciente falciforme nunca é ficha verde. Atrasar o atendimento é agravar a isquemia.

OS PRIMEIROS 10 MINUTOS



BUSCA ATIVA (RED FLAGS)



FEBRE



**DISPNEIA /
DOR TORÁCICA**

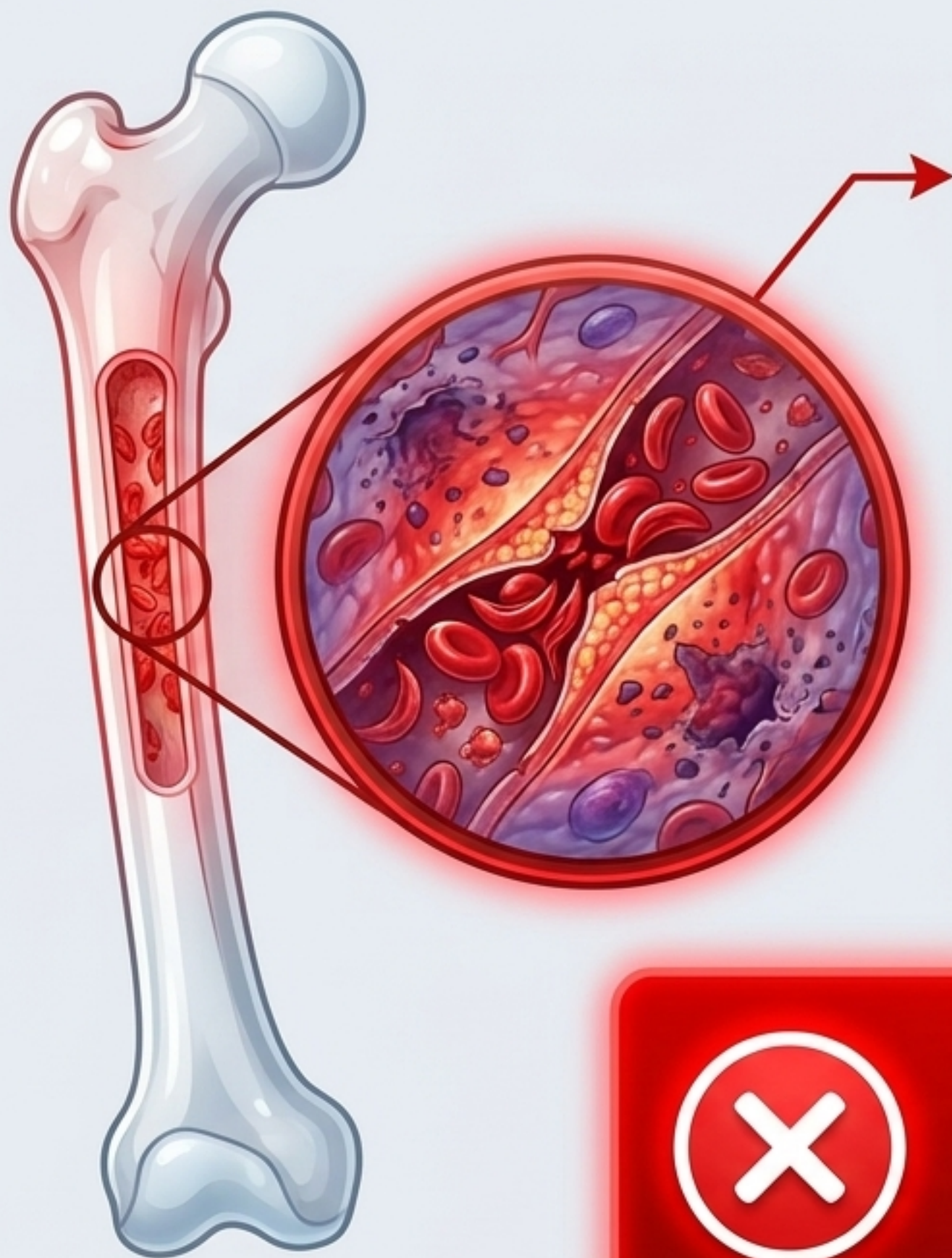


**DÉFICIT
NEUROLÓGICO**



PRIAPISMO

A presença de qualquer sinal acima altera imediatamente a classificação de risco do paciente.



Mecanismo da Dor

Mecanismo da Dor

Isquemia e necrose na medula óssea geram expansão óssea inflamatória.

Dor excruciante predominantemente óssea (EVA geralmente > 8).

Gatilhos Comuns (Busca Ativa)



Desidratação



Frio



Altitude extrema



Exercício intenso



Infecção



Drogas recreativas



Condutas Proibidas

- **NÃO** atrasar analgesia aguardando exames laboratoriais.
- **NÃO** usar **corticosteroides de rotina** (desencadeiam crise rebote severa dias depois).



META: Analgesia inicial em até **60 minutos** da chegada.

Dor Leve/Moderada
(EVA < 6 sem falha prévia em casa)

Prescrição:

Dipirona 1g IV/VO + Opioide fraco
(Tramadol ou Codeína).

Adjuvante: AINE (ex: Cetoprofeno)
APENAS se sem doença renal.

Dor Grave (EVA > 6 ou falha prévia domiciliar) → **PULAR OPIOIDE FRACO**

Prescrição:

Morfina IV 0,1 mg/kg
(máx inicial usual 10mg).

Titular e reavaliar a cada 15-30 min.

Refratariedade: Considerar PCA de Morfina ou Cetamina.

⚠ Regra de Hidratação

Manter normovolemia. Hidratar APENAS se houver desidratação clínica. Evitar hiper-hidratação de rotina (risco de STA). NÃO usar S

Cuidado Crítico: Pacientes falciformes possuem asplenia funcional. Apresentam altíssimo risco para sepse e infecção invasiva letal, mesmo se vacinados.

Gatilho

Febre no PS ou instabilidade hemodinâmica.



Investigação

Acionar Protocolo de Sepses.
Colher hemoculturas imediatamente.
RX de Tórax **OBRIGATÓRIO**.



Intervenção

Antibioticoterapia IV imediata (**NÃO ATRASAR!**).

Prescrição-Base

Ceftriaxona + Macrolídeo (ex: Azitromicina).



ATENÇÃO DIAGNÓSTICA: Sintomas respiratórios e febre exigem investigação cruzada e simultânea de Pneumonia vs. Síndrome Torácica Aguda (STA).

Critérios Diagnósticos de STA

- **Sintoma respiratório** (Dispneia, tosse, dor torácica, expectoração, febre, $\text{SpO}_2 < 93\%$)



- **Novo infiltrado pulmonar** (RX de tórax ou TC).

O Perigo Oculto

1. Pacientes **genótipo HbSC** também fazem STA severa.
2. **Embolia Gordurosa**: Pode surgir 2 a 3 **dias APÓS** a internação por crise vaso-oclusiva.

Protocolo de Manejo - STA

1. Oxigenação:

Manter $\text{SpO}_2 \geq 93\%$ ou dentro de 3% do basal.



2. Tratamento Médico:

ATB de amplo espectro +
Analgesia criteriosa
(evitar sedação/rebaixamento que agrave a hipóxia).



3. Hemoterapia:

Avaliar **transfusão simples** (se queda $\geq 1,5$ g/dL do basal) ou
Transfusão de Troca se quadro grave/progressivo.





Vasculopatia por proliferação da camada média e estenose.
Isquêmico comum em jovens; hemorrágico em adultos.



NÃO FAÇA

Trombólise IV de rotina. Alto risco de sangramento fatal. Nunca atrasar o tratamento hematológico específico aguardando trombólise.



FAÇA IMEDIATAMENTE

Acionar protocolo de neuroimagem + Acionar equipe de Hematologia de forma imediata e simultânea.

Tratamento Definitivo

Transfusão de Troca (Eritrocitaférese). O objetivo imediato e crucial é reduzir a Hemoglobina S para $< 30\%$.

Priapismo



Fato: Emergência tempo-dependente. Duração > 2 a 4 horas gera risco de disfunção erétil irreversível.



Conduta Inicial: Analgesia IV rigorosa + Hidratação.



Ação Definitiva: Acionar Urologia imediatamente para aspiração/irrigação e alfa-adrenérgico.

Não atrasar o urologista tentando realizar transfusões prévias.

Sequestro Esplênico



Fato: Mais comum em crianças. Represamento agudo de sangue no baço gerando dor e aumento do volume abdominal.



Diagnóstico Clínico: Queda abrupta de Hb + Reticulócitos ALTOS + Esplenomegalia + Sinais de Choque.



Ação Definitiva: Suporte hemodinâmico, transfusão cautelosa e acionamento de transferência (CROSS).

Diagnóstico Diferencial da Anemia Aguda Abrupta

Síndrome	Nível de Hemoglobina (Hb)	Contagem de Reticulócitos	Tamanho do Baço
Sequestro Esplênico	Baixa	ALTOS	Aumentado
Crise Aplástica (Infecciosa - Ex: Parvovírus)	Baixa	BAIXOS	Normal ou Pequeno

Síndrome de Hiper-hemólise

Queda da Hb para níveis abaixo do valor basal do paciente ocorrendo pós-transfusão recente.

⚠️ ALERTA HEMOTERÁPICO: Em caso de suspeita de Hiper-hemólise, contatar hemoterapia imediatamente. EVITAR mais sangue, risco altíssimo de piora severa.

Diretrizes de Transfusão na Emergência: Conhecer sempre o Hb Basal. Usar concentrado leucorreduzido e fenotipado.

Indicações Comprovadas



Transfusão Simples

STA moderada/grave, Anemia aguda sintomática, Sequestro esplênico, ou queda de Hb $\geq 1,5$ g/dL do basal.



Transfusão de Troca

AVC agudo, STA grave e refratária, Priapismo refratário a tratamento urológico.

Não Indicado



Absolutamente Não Indicado

- Transfundir APENAS por crise de dor não complicada isolada.
- Sangria de rotina na emergência para abaixar o Hb isoladamente, fora de protocolo estrito ou sem orientação da hematologia.



Critérios de Gravidade e Transferência (CROSS / UTI)



Déficit neurológico novo ou suspeita de **AVC**.



STA evolutiva: $SpO_2 < 93\%$ persistente, necessidade crescente de O_2 ou instabilidade clínica.



Priapismo persistente > 2 a 4 **horas** sem suporte de urologista local.



Sequestro esplênico com choque hipovolêmico ou necessidade transfusional indisponível localmente.



Dor refratária necessitando de monitorização intensiva (infusão contínua / bomba de PCA).

Nota de Regulação Obrigatória

Informar sempre na transferência: **Genótipo, Hb basal, Saturação basal**, e todos os **tratamentos e doses já realizados** na triagem.

Alta Segura & Plano de Ação



Critérios de Liberação

- ✓ Dor efetivamente controlada com medicação via oral disponível em domicílio por pelo menos 24 horas.
- ✓ Sinais vitais perfeitamente estáveis (Sem febre de risco, sem hipoxemia, sem suspeita de infecção/STA).

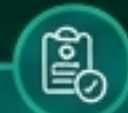
R_x Regra Prática do Plano Analgésico Domiciliar

A alta EXIGE prescrição de opioide para casa. Calcular 50% da dose de opioide utilizada no PS, prescrita para uso oral por cerca de 5 dias.

Manutenção simultânea de Dipirona contínua.



Educação na Alta: Orientação clara sobre sinais de alarme para retorno imediato (febre, dispneia, piora da dor, sintomas neurológicos).



CHECKLIST DO PLANTONISTA — ANEMIA FALCIFORME

- ☐ Dor medicada em até 60 min da chegada.
- ☐ Dor/FR/SpO₂/sedação reavaliadas após opioide.
- ☐ Febre e sintomas respiratórios pesquisados.
- ☐ Déficit neurológico e priapismo pesquisados.
- ☐ Hb basal e transfusões/aloanticorpos procurados.
- ☐ Hidratação sem sobrecarga.
- ☐ STA: alvo SpO₂ $\geq$ 93% ou até 3% do basal.
- ☐ Critérios de CROSS avaliados precocemente.
- ☐ Plano de alta/retorno registrado se liberado.