

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES TRANSPLANTADOS DE MEDULA ÓSSEA EM UMA INSTITUIÇÃO REFERÊNCIA DO VALE DO PARAÍBA

Almeida EC, Moraes FF, Santos LM, Chagas LR.

Universidade do Vale do Paraíba. Faculdade de Ciências da Saúde. Graduação em Enfermagem, Avenida Shishima Hifumi, 2911- Bairro Urbanova Cep 12244- 000 – São José dos Campos – SP.

Resumo- Este estudo teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes transplantados de medula óssea, e possibilitar a divulgação do tema aos acadêmicos e profissionais da saúde. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória, de dados epidemiológicos de prontuários, de pacientes submetidos ao TMO entre janeiro de 2008 a dezembro de 2009. O resultado caracterizou o perfil predominante através de formulário. Foram analisados 36 prontuários contendo dados de: idade, sexo, raça, escolaridade, diagnóstico médico, número de transplantes, medicamentos utilizados dentre outros; em uma instituição referência no Vale do Paraíba.

Palavras-chave: Transplante de Medula Óssea, Enfermagem.

Área do Conhecimento: Enfermagem

Introdução

A área de saúde, incluindo a enfermagem, vem sendo favorecida nas últimas décadas, pelos diversos segmentos do conhecimento humano. Os avanços científicos e tecnológicos observados na área de saúde, tem trazido contribuições com a implementação de novos recursos e técnicas de tratamento e prolongamento de vida por meio de procedimentos, cada vez mais sofisticados como é o caso do Transplante de Medula Óssea (TMO) (ABRAMOVITZ, 1991).

O TMO para Dulley et al (1989) consiste na infusão por via intravenosa, de sangue de medula óssea obtida de um doador previamente selecionado, em um receptor adequadamente condicionado. Tem por finalidade reconstruir o órgão hematopoiético enfermo, devido a sua destruição, por aplasia, neoplasia como nos casos de leucemia. Outra doença, como tumores sólidos, vem sendo beneficiadas com essa forma de tratamento. O tratamento consiste na imunossupressão do paciente com altas doses de quimioterápicos (condicionamento) associadas ou não ao uso de irradiação corporal total (ICT) (DULLEY et al,1989). As células progenitoras hematopoiéticas podem ser obtidas a partir da própria medula óssea, do sangue periférico ou cordão umbilical. Na coleta com aspiração da medula óssea o doador é hospitalizado e o procedimento é realizado sob anestesia. Após o doador ser posicionado em decúbito ventral, são realizadas diversas punções nas cristas ilíacas posteriores das quais é aspirado com agulhas

apropriadas a quantidade de medula óssea necessária para o transplante, usualmente estimada em 10 a 15 ml/Kg de peso do receptor. Geralmente este volume contém um número adequado de células progenitoras para permitir a enxertia e/ou pega (THOMAS, E.D.; STORB R, 1970).

A medula óssea coletada é posteriormente filtrada, a fim, de que sejam removidas espículas ósseas e gordura. Após este procedimento, a medula é transferida para bolsas secas de transfusão e infundida por via venosa do paciente. O índice de complicações graves deste procedimento é baixo. (HOROWITZ, M.M.; HOWE, C.W.S 2000).

Este estudo partiu do interesse em conhecer o trabalho desenvolvido pelo centro de referência de transplante de medula óssea no Vale do Paraíba. Justifica-se por sua importância na região, estado e país. Possibilitará a divulgação do tema e do serviço para os alunos e profissionais da área da saúde, com o objetivo de conhecer as indicações e características de pacientes submetidos ao TMO e seus resultados.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter epidemiológico, exploratória de informações constantes em prontuários de pacientes submetidos ao TMO, entre janeiro de 2008 a dezembro de 2009. A coleta de dados aconteceu entre os meses de fevereiro a maio de 2010, utilizando-se de um modelo de formulário que

permitiu caracterizar o paciente, identificar a doença, e o tipo de tratamento recebido. Utilizou-se o programa EPI- INFO 6, para análise dos dados. A pesquisa foi autorizada pela instituição e pelo CEP/UNIVAP nº H19/CEP/2010. Trata-se de uma instituição de referencia no Vale do Paraíba para TMO.

Resultados

Os pacientes submetidos ao procedimento de TMO, de uma instituição de referência para este tratamento no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009, tinham idade média de 51 anos, mediana de 48 anos (19 – 68) e moda de 35 anos.

Tabela 1. Distribuição em números percentuais e absolutos da idade de pacientes submetidos ao TMO. São José dos Campos, SP 2010 N= 36

Idade	n	%
19	1	2,8%
20	1	2,8%
26	1	2,8%
28	1	2,8%
35	4	11,1%
38	1	2,8%
39	1	2,8%
41	2	5,6%
42	1	2,8%
43	1	2,8%
44	1	2,8%
48	2	5,6%
51	2	5,6%
52	1	2,8%
53	1	2,8%
54	1	2,8%
56	2	5,6%
57	3	8,3%
59	1	2,8%
61	1	2,8%
62	3	8,3%
63	1	2,8%
64	1	2,8%
67	1	2,8%
68	1	2,8%
Total:	36	100%

Tabela 2. Distribuição em números percentuais e absolutos por sexo de pacientes submetidos ao TMO. São José dos Campos, SP 2010 N= 36

Sexo	n	%
Feminino	17	40.2%
Masculino	19	52.8%
Total:	36	100%

De acordo com a tabela 2, em relação ao sexo, prevalece o masculino 52,8%. O feminino 40,2%.

Tabela 3. Distribuição em números percentuais e absolutos da raça dos pacientes submetidos ao TMO. São José dos Campos, SP 2010 N= 36

Raça	n	%
Branca	30	83,3%
Negra	03	8,3%
Parda	03	8,3%
Total:	36	100%

Houve predomínio da raça branca, 83, 3% seguida de negra, 8,3% e parda 8,3%.

Tabela 4. Distribuição em números percentuais e absolutos da escolaridade de pacientes submetidos ao TMO. São José dos Campos, SP 2010 N= 36

Escolaridade	n	%
Não informado	01	2,8%
Ensino Fund.Incompleto	03	8,3%
Ensino Fund.Completo	05	13,9%
Ensino Med. Incompleto	03	8,3%
Ensino Med.Completo	18	50,0%
Superior Incompleto	04	11,1%
Superior Completo	02	5,6%
Total:	36	100%

Observou-se que 66,7% dos pacientes haviam completado o ensino médio

Tabela 5. Distribuição em números percentuais e absolutos do convênio de pacientes submetidos ao TMO. São José dos Campos, SP 2010 N= 36

Convênio	n	%
SUS	29	80,6%
Bradesco	02	5,6%
Marítima	01	2,8%
Unimed	03	8,3%
Cooperativa Medica	01	2,8%
Total:	36	100%

Tabela 5 demonstra que o convênio mais utilizado foi o SUS (Sistema Único de Saúde).

Tabela 6. Distribuição em números percentuais e absolutos das doenças de base de pacientes submetidos ao TMO. São José dos Campos, SP 2010 N= 36

Doenças de base	n	%
LH	06	16,7%
LH recidivado	02	5,6%
LMA	02	5,6%
LNH	03	8,3%
MM	23	63,9%
Total:	36	100%

De acordo com a tabela 6 o maior número de transplantados foram diagnosticados com MM (Mieloma Múltiplo) sendo 63,9%.

Tabela 7. Distribuição em números percentuais e absolutos de n° de infusões de medula óssea em pacientes submetidos ao TMO. São José dos Campos, SP 2010 N= 36

Nº de infusões	n	%
01 infusão	26	72,2%
02 infusões	09	25,0%
03 infusões	01	2,8%
Total:	36	100%

A tabela 7 demonstra, que dos 36 pacientes transplantados somente 9 necessitaram de uma segunda infusão e apenas um necessitou de uma terceira infusão.

Tabela 8. Distribuição em números percentuais e absolutos de n° de transplantes em pacientes submetidos ao TMO. São José dos Campos, SP 2010 N= 36

Nº de transplantes	n	%
1º transplante	33	91,7%
2º transplante	03	8,3%
Total:	36	100%

Conforme tabela 08 houve 03 pacientes que necessitaram fazer um segundo transplante.

Tabela 9. Distribuição em números percentuais e absolutos de pacientes submetidos ao TMO que receberam G- CSF. São José dos Campos, SP 2010 N= 36

Recebeu G-CSF	n	%
Antes TMO	33	91,7%
Antes/Depois TMO	03	8,3%
Total:	36	100%

Todos receberam G-CSF antes do transplante, e 8,3% receberam antes e depois, como mostra a tabela 9.

Tabela 10. Distribuição em números percentuais e absolutos de pacientes submetidos ao TMO que receberam ATB. São José dos Campos SP 2010 N= 36

ATB	n	%
Cefepime	12	33,3%
Cefepime e Fungison	02	05,6%
Cefepime, Fungison, Vancomicina	11	30,6%
Fungison	01	2,8%
Cefepime, Vancomicina	09	25,0%
Fungison, Vancomicina	01	2,8%
Total:	36	100%

Em sua maioria os transplantados receberam Cefepime em seu tratamento como tabela 10.

Tabela 11. Distribuição em números percentuais e absolutos de pacientes submetidos ao TMO que desenvolveram ou não mucosite. São José dos Campos, SP 2010 N= 36

Mucosite	n	%
Não Apresentou	22	59,5%
Grau I	02	5,4%
Grau II	07	18,9%
Grau III	04	13,5%
Grau IV	01	2,7%
Total	36	100%

Alguns casos apresentaram mucosite em variáveis graus como mostra tabela 11.

Tabela 12. Condições de alta de pacientes submetidos ao TMO.

Condição de alta	n	%
Alta	32	86,5%
Óbito	04	13,5%
Total	36	100%

Conforme tabela 12, 32 pacientes tiveram alta hospitalar e 04 foram a óbito devido a complicações pós TMO.

Discussão

Este estudo foi realizado em uma unidade de TMO de referencia para o Vale do Paraíba. Esta localizada dentro de um hospital geral, em uma ala própria para pacientes oncológicos, com 02 leitos para pacientes submetidos ao TMO. Foram analisados, retrospectivamente 36 prontuários, entre janeiro de 2008 a dezembro de 2009. Esta analise apresenta limitações de um estudo retrospectivo. Tem por objetivo apresentar o perfil

epidemiológico dos pacientes transplantados de medula óssea em uma instituição de referência. Utilizando os dados: idade, sexo, raça, escolaridade, convênio, diagnóstico médico, número de infusões, número de transplantes, pacientes que receberam G - CSF (Fator de Crescimento), antibióticos e graus de mucosite. Os dados foram tabulados e analisados pelo programa EPI- Info 6.

Analisando a tabela 1, foi possível identificar que a média de idade dos pacientes transplantados está em concordância com Kyle et al, (2003) afirma que o TMO esta indicado para esta faixa de idade da população. Em nosso estudo nenhuma criança foi transplantada. De acordo a tabela 2 em nosso estudo há predominância do sexo masculino, segundo Hungria VT,(2005.) sexo não está relacionado com as indicações para o TMO e sim as doenças de base.

Apesar da literatura apresentar predominância de negros, este estudo mostra a prevalência do TMO em raça branca. Isso pode ser justificado pela característica própria da população do Vale do Paraíba. Tabela 3.

Observou-se Tabela 4, que 66,7% dos pacientes tem ensino médio completo, Mastropietro, Ana Paula et al,(2001), relatam que são poucas as pesquisas nacionais acerca da influência do perfil socioeconômico, no TMO.

A tabela 5 demonstra que o convênio mais utilizado na instituição foi o SUS (Sistema Único de Saúde), justificando-se por ser unidade de referência em TMO e prestar assistência médica hospitalar a outros municípios do Vale do Paraíba.

A tabela 6 demonstra que 63,9% de pacientes transplantados tem como doença de base Mieloma Múltiplo. O Mieloma Múltiplo perfaz um total de 23 casos, dentre os 36 prontuários analisados, de acordo com Burt KR, Deeg HJ, Lonthian ST, Santos GW,(1998), o Mieloma Múltiplo é caracterizado pelo super crescimento e pela disfunção das células plasmáticas da medula óssea. O crescimento das células plasmáticas interfere no crescimento dos glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e das plaquetas. O Mieloma Múltiplo representa 1% de todas as neoplasias malignas, sendo a segunda neoplasia hematológica mais comum. O aumento da incidência do Mieloma Múltiplo nos últimos anos relaciona-se ao maior crescimento da historia natural da doença e sua patogênese, e a melhora dos recursos laboratoriais como afirma o estudo realizado por Hussein MA, Juturi JV, Liebermam I,(2002).

A tabela 8 mostra a necessidade de um segundo transplante para 3 pacientes. Segundo

Hungria VT,(2007) o TMO pode ser proposto como consolidação em recidivas quimiossensíveis ou como tratamento de resgate se as células tronco periféricas tiverem sido coletadas anteriormente.

A tabela 9 demonstra o G-CSF (Fator de Crescimento) foi administrado em 3 pacientes, antes e após a infusão da medula óssea. A maioria dos pacientes receberam o G-CSF antes do TMO. Para Massumoto CM et AL (1997) o G-CSF tem o intuito de acelerar a recuperação hematopoiética.

De acordo com a tabela 10 o antibiótico mais utilizado foi o Cefepime. Caracteriza-se por ser um antibiótico de amplo espectro e de atividade contra grande variedade de bactérias Gram - positivas e Gram - negativas, incluindo a maioria das cepas resistente aos aminoglicosídeos ou a cefalosporinas de terceira geração.

No TMO a terapia antimicrobiana é utilizada para evitar e tratar os quadros infecciosos, segundo estudo de Wingard Jr (2002) uma complicação frequente responsável pela grave morbidade e por altas taxas de mortalidade nessa população. Os antimicrobianos são prescritos em regimes combinados, e/ou associados a antifúngicos, pois, frente a neutropenia recorrente ao tratamento, infecções por microorganismos oportunistas (Cândida albicans, Herpes simples, Vírus citomegalovirus, Varicela zoster) são frequentes.

A mucosite apresentou em variáveis graus nos pacientes pós- transplantados. A mucosite oral é uma manifestação surgida após alguns dias de terapia antineoplásica, supressão imunológica ou hiperreatividade. Caracteriza-se pela inflamação e ulceração da mucosa oral, que se torna edemaciada, eritematosa, friável, resultando em dor, desconforto, disfagia, e debilidade sistêmica. São classificadas de acordo com critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde descritos por Trotti et al, (2000) como: grau 0, ausência de sinais de mucosite, grau I presença de eritema, grau II presença de pseudomembrana com menos de 1,5 cm de diâmetro, grau III apresenta de pseudomembrana com diâmetro maior que 1,5 cm e grau IV presença de ulcerações.

Tabela 12 refere-se as condições de alta dos pacientes. Embora o TMO esteja associado com uma morbidade precoce, grande numero consegue restabelecimento de uma vida com boa saúde, aumentando significativamente a cada dia. (WINGARD 2002).

Conclusão.

Após análise e interpretação da discussão podemos concluir que o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos ao TMO, entre os anos de 2008 a 2009 em um serviço de referencia no Vale do Paraíba, é:

- Foram transplantados 36 pacientes, com uma única infusão e 3 pela segunda infusão;
- A idade média foi 51 anos (mínima 19 anos e máxima 68 anos) a mediana 48 anos;
- sendo 52,8% do sexo masculino e 40,2% sexo feminino;
- 83,3% raça branca
- Predominou como doença de base o Mieloma Múltiplo 63,9%, seguido de Linfoma Hodgkin 16,7%, Linfoma não Hodgkin 8,6%, Linfoma Hodgkin recidivado 5,6%, Leucemia Mielóide Aguda 5,6%;
- 15 pacientes apresentaram mucosite;
- todos fizeram uso de algum tipo de antibiótico;
- 32 altas;
- 04 óbitos.

Referências

ABRAMOVITZ LZ. Perspectives on pediatric bone marrow transplantation. In: Whedon MB. Bone marrow transplantation: principles, practice and nursing insights. Boston: Jones and Barlett Publishers; 1991. p. 70-104.

BURT KR, Deeg HJ, Lonthian ST, Santos GW. Bone Marrow Transplantation. Texa (USA): Londres Bioscience; 1998.

DULLEY, F.L. et al etiopatogenese da anemia aplástica e tratamento da forma severa com imunossupressão e transplante de medula ossea. Rev. Hosp. Clin. Faq. Med. Univ. São Paulo, V. 44, n. 4, p. 167-70, Ju./ago. 1989.

HOROWITZ, M.M.; HOWE, C.W.S. Bone marrow transplantation using unrelated donors. In ARMITAGE, J.O.; ANTMAN, K.H. (Eds). High dose cancer therapy: pharmacology, hematopoietins, stem cells. Ed. 3rd ed. Philadelphia – EUA. 2000, Lippincott e Wilkins 221 – 242.

HUNGRIA VT et al SOUTH American Multiple Myeloma Study Epidemiological and clinical characteristics of 751 patients Haematologica 2005 a; (90 s1): abstract 521.

HUSSEIN MA, Juturi JV, Lieberma I. Multiple Myeloma: present and future. Lurr Opin Oncol 2002, 14 (1): 31- 5.

KYLE RA, Gertz MA, Witzig TE, Lust JA, Lacy MQ, Dispenzieri A, et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. Mayo Clin Proc. 2003;78(1):21-33.

MASSUMOTO, C.M., et al. Criopreservação de Medula Ossea e células pluripotentes periféricas. Utilizando um congelador programavel, experiencia em 86 congelamentos. Rev. Associação Med. Bras. Vol 43, nº2- São Paulo, Apr/June 1957.

MASTOPIETRO, A.P. et al. Functional Assesment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation Rev. Saúde Publica vol. 41 nº2, São Paulo Apr, 2007.

THOMAS, E.D.; STORB, R. Technique for humam marrow grafting. Blood, 1970; 36: 507- 515

TROTTI A, Byhardt R, Stetz J, Gwede C, com B, FM K, Gunderson L, McCormick B, Morris M, Rich T, Shipley WE, Curranw, Common Toxicity Criteria Version.

WINGARD J.R, Udgelsang GB, Deeg HJ. Sten Cell Transplantation Supportive Care and Long-Term Complications. Hematology Am Soc Hematol Educ Program [Serial on The Internet]. 2002. [Cited 2005 sept. 15]

XIV INIC

Encontro Latino Americano
de Iniciação Científica

X EPG

Encontro Latino Americano
de Pós Graduação

IV INIC Jr

Encontro Latino Americano
de Iniciação Científica Júnior