

tativa de mortalidade e morbidade secundária ao transplante que é certamente muito menor que a de um paciente, digamos, de 60 anos, com um doador não aparentado. O número de transplantes de medula óssea para LMC em fase crônica caiu dramaticamente tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, indicando que, apesar de qualquer consideração teórico-estatística da comunidade médica, os pacientes estão claramente optando pelo tratamento com imatinib, quando a opção existe em função do sistema de saúde, investimento governamental e poder aquisitivo e de pressão da sociedade.

O artigo de Funke et al⁵ ilustra vários aspectos do tratamento com imatinibe na realidade brasileira, mas o mais importante são as similaridades com a experiência internacional, em termos de resposta e tolerância à medicação. Apesar de algumas diferenças no espectro de efeitos colaterais, a mensagem 'subliminar' deste artigo é clara: pesquisa clínica é importante e fundamental para o desenvolvimento tecnológico e humano de uma nação. Investigação clínica pode (e deve!) ser realizada como uma parceria do governo, indústria farmacêutica e a universidade, uma associação que garanta a ética da pesquisa, clareza dos resultados e, acima de tudo, beneficie nossos pacientes.

References

1. Druker BJ, Talpaz M, Resta DJ et al. Efficacy and safety of a specific inhibitor of the BCR-ABL tyrosine kinase in chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med* 2001;344:1031-1037.
2. Kantarjian HM, Talpaz M, O'Brien S et al. Dose escalation of imatinib mesylate can overcome resistance to standard-dose therapy in patients with chronic myelogenous leukemia. *Blood* 2003; 101: 473-475.
3. Cortes J, O'Brien S, Kantarjian H. Discontinuation of imatinib therapy after achieving a molecular response. *Blood* 2004;104: 2.204-2.205.
4. Cortes J, Faderl S, Estey E et al. Phase I study of BMS-214662, a farnesyl transferase inhibitor in patients with acute leukemias and high-risk myelodysplastic syndromes. *J Clin Oncol* 2005;23: 2.805-2.812.
5. Funke VAM et al. Therapy of chronic myeloid leukemia with imatinib mesylate in brazil: A study of 98 cases. *Rev bras hematol hemoter* 2005; 27(3):159-165.

Correspondence to: Marcos de Lima
 Department of Blood and Marrow Transplantation
 1515 Holcombe Blvd, unit 423
 M D Anderson Cancer Center
 Houston, Texas 77033
 USA

A medicina transfusional e o paciente crítico

Transfusional medicine and the critically ill patient

Milton A. Ruiz

Neste fascículo dois temas de medicina transfusional são abordados e nos remetem a considerações em relação a esta atividade médica. A primeira contribuição, de Bastos & Hoeltge,¹ do Departamento de Patologia Clínica da Cleveland Clinic Foundation, do estado americano de Ohio, realiza um estudo retrospectivo de um ano em 11.197 pacientes. Foram avaliados todos os pacientes internados no período e selecionados aqueles com resultados de hemoglobina inferiores a 8 g/dL. Dentre estes, foram determinados todos os que apresentaram evidências clínicas e laboratoriais de isquemia com o objetivo de caracterizar e correlacionar a demora na indicação de transfusão como possível desencadeante do evento cardíaco. O estudo concluiu pelo achado de cinco casos em que o retardo na indicação transfusional pode ter colaborado no evento isquêmico cardíaco e remete aos comitês de auditoria transfusional o alerta para o dado, visto que as comissões se preocupam pelos casos em que o uso transfusional seja superestimado ou excedido, ficando no esquecimento a sub-indicação da transfusão.

A segunda contribuição, de Ferreira e colaboradores,² do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, apresenta os resultados do uso de transfusões em 654 pacientes durante o período de um ano em uma unidade de terapia intensiva. Determina valores, como taxa transfusional, e discute aspectos como critérios de indicação baseados nos valores de hemoglobina pré-transfusional e, nos pacientes graves, determinam o valor de corte em 7g/dL para indicação transfusional.

A publicação destas duas contribuições propicia ilações que devemos colocar aos leitores com a finalidade de refletirmos sobre a medicina transfusional em nosso país.

Como exposto na primeira contribuição, os resultados alertam os comitês transfusionais e a pergunta que nos vem à mente é sobre os Comitês de Auditoria Transfusional e de como atuam em nosso país. Existem recomendações e normas para o funcionamento destes comitês intra-hospitalares, mas, salvo raras informações, como as do Hospital Albert Einstein, de S.Paulo, e as do Hemope, em Pernambuco, isto não ocorre na prática.³

Outra ilação repousa sobre o valor de corte para indicação de transfusão, o que nos leva a conjecturar da necessidade de elevação dos valores de corte para pacientes críticos a fim de se evitar o risco de isquemia cardíaca.

Concluindo, recomendo a todos os leitores a leitura criteriosa destas contribuições que muito cooperam com a medicina transfusional.

Referências Bibliográficas

1. Bastos RC & Hoeltge GA. Acute myocardial infarction in the hospital and delay in blood transfusion. *Rev Bras Hematol Hemot* 2005;27(3):175-178.
2. Ferreira JS, Ferreira VLPC, Pelandré GL. Transfusão de concentrado de hemácias em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Hematol Hemot* 2005;27(3):179-182.
3. Saraiva JCP. Comunicação pessoal. 2005.

*Livre-docente de Hematologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Famerp, SP.
Coordenador da Unidade de TMO do Hospital de Base de SJ Rio Preto, Cintrans – Funfarme.*

Correspondência para: Milton Artur Ruiz
Hospital de Base de São José do Rio Preto
Av. Brigadeiro Faria Lima 5544
CEP 15090-000 – SJ Rio Preto, SP - Brazil
Tel.: 55 -17 3201 5172, 32015000 / 1390;1661
E-mail: milruiz@yahoo.com.br

À procura de novos marcadores *The search for new markers*

Oswaldo T. Greco

Embora tenhamos avançado muito no tratamento da doença coronária, especialmente na prevenção de novos eventos e, de modo espetacular, no tratamento das síndromes coronárias agudas, ainda há uma enorme quantidade de pessoas que sofrem de angina do peito, incluindo aqui aquelas já submetidas a tratamentos de revascularização miocárdica por qualquer meio.

Nas últimas décadas, o melhor entendimento da fisiopatologia dos eventos coronarianos, a constatação da eficiência das medidas de prevenção cardiovascular e a utilização de fármacos embasada por evidências científicas sólidas modificaram sobremaneira a evolução e o prognóstico da doença arterial coronariana.

Manifestam-se dentro de uma população extremamente heterogênea, o que pode levar a diferentes apresentações clínicas. Tais apresentações podem ou não incluir alterações eletrocardiográficas, elevação de marcadores séricos de necrose miocárdica e outros fatores que terão sua contribuição no processo de identificação dos pacientes, que venham a evoluir de modo desfavorável. Esse processo é dinâmico e dele depende a conduta adotada, assim como o prognóstico de cada caso.

A estratificação de risco durante a avaliação clínica inicial está baseada nos sintomas apresentados pelo paciente, em seu perfil demográfico e no exame físico. Marcadores bioquímicos auxiliam a compor o quadro clínico, também ajudando a identificar os casos mais graves.

O tratamento atual da síndrome coronariana aguda requer decisões rápidas. Os pacientes devem ser triados rápida e adequadamente, e liberados precocemente e com segurança.

Nos últimos trinta anos, a isoenzima CK-MB atividade tem sido o marcador padrão para esse diagnóstico, embora não seja específico. Novos métodos automatizados com testes imunológicos que utilizam anticorpos monoclonais para CK-MB massa, isoformas de CK-MB, mioglobina e troponina I e T foram introduzidos como possíveis substitutos da CK-MB atividade.

Esses novos marcadores são mais sensíveis e específicos e podem detectar a presença de lesões mínimas do miocárdio em pacientes com dor torácica. Estudos recentes que avaliaram o prognóstico desses pacientes demonstraram que os portadores de troponina positiva evoluem com risco maior de óbito e cura a médio prazo. O uso desses marcadores pode, também, identificar a terapia mais adequada para essa população.¹

Está sendo discutido atualmente se a elevação dos níveis sanguíneos dos diferentes marcadores ocorre na presença de lesão reversível ou não dos miócitos e se a liberação da CK reflete lesão irreversível.

Em relação às troponinas, por causa de sua presença citoplasmática e de seu baixo peso molecular, questiona-se se sua liberação é secundária à lesão celular irreversível. Isso porque, embora tenham peso molecular menor, as troponinas atingem a circulação em tempo semelhante à CK-MB.

Do ponto de vista prático, independentemente da presença de lesão reversível ou não, níveis alterados de troponina estão diretamente relacionados a pior prognóstico.²

Quanto à proteína C reativa, esta é uma proteína de fase aguda correlacionada com a atividade inflamatória, podendo ser adicional, e independe de outros marcadores, como a troponina. Pode ser promissora na avaliação de síndromes coronariana agudas, e ainda carece de grandes estudos que adotem essa conduta. Talvez o uso combinado de um marcador sérico de necrose tissular e outro de atividade inflamatória venham a ser uma boa alternativa no esforço de identificar pacientes que possam evoluir de forma desfavorável.³

Como podemos observar neste breve resumo, ainda carecemos nesta área de marcadores mais consistentes, que possam melhor orientar o médico na emergência e na unidade coronária, qual paciente deve receber uma atenção mais agressiva.

Por isto acho de importante valia o trabalho publicado nesta edição, que propõe o fragmento 1+2 da protrombina como um novo marcador para pacientes com ateromatose coronariana, já que nestes primeiros resultados se mostra como uma alternativa promissora.