



Orientação diagnóstica  
e abordagem da  
**deficiência de ferro** e  
da **anemia** em idosos



- A Anemia é frequente em idosos e **associada a maior risco de mortalidade, quedas, declínio funcional, hospitalizações e demência.**
- A **deficiência de ferro** é uma das principais causas, frequentemente **subdiagnosticada.**
- Várias doenças crônicas comuns em idosos acompanham-se de anemia –**anemia por doença crônica ou anemia inflamatória.** Caracteriza-se por apresentar ferritina elevada apesar de haver **deficiência de ferro.** Alguns exemplos são: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal crônica, diabetes, cancro, obesidade. A detecção da deficiência de ferro é fundamental porque o seu tratamento é benéfico.

## PREVALÊNCIA

- Nos idosos a **anemia** é uma condição muito prevalente (12 a 47%), mas não deve ser considerada fisiológica.
- A **deficiência de ferro** é uma das causas mais frequentes de anemia nos idosos (30-45%).



## Fisiologia do Ferro no Idoso

- ➔ **Redução da absorção intestinal**  
( ↓ ácido gástrico, atrofia gástrica).
- ➔ **Aumento da hepcidina (inflamação crônica):**  
bloqueio da absorção intestinal de ferro a nível do duodeno e da libertação do ferro armazenado nos macrófagos e hepatócitos.
- ➔ **Reservas limitadas de ferro:** associam-se a instalação rápida de anemia importante numa situação de perdas de sangue (p.ex. hemorragia digestiva).



## Definição Laboratorial – Anemia e Deficiência de ferro

### ➔ Anemia:

Hb inferior a 13 g/dL em homens e 12 g/dL em mulheres

### ➔ Reservas de ferro normais:

Ferritina 30 – 300 ng/mL + IST >20%

### ➔ Ferropénia sem doenças crónicas:

Ferritina <30 ng/mL ou IST <20 %  
(ferropénia absoluta)

### ➔ Ferropénia em doenças crónicas:

**Ferropénia absoluta:** Ferritina 30-100 ng/mL + IST <20% e/ou PCR >5mg/L

**Ferropénia funcional:** Ferritina 100-300 ng/mL + IST <20% e/ou PCR >5mg/L



## Relevância do Diagnóstico e Tratamento

### ➔ Corrigir a deficiência de ferro melhora:

- Capacidade funcional e desempenho físico.
- Qualidade de vida.
- Risco cardiovascular e capacidade de reabilitação.

### ➔ Evita transfusões desnecessárias e internamentos.



## Manifestações Clínicas da Deficiência de Ferro no Idoso

### Sintomas Comuns:

- Fadiga, fraqueza, intolerância ao esforço.
- Palidez muco-cutânea.
- Dispneia aos esforços, taquicardia, palpitações.
- Tonturas, diminuição da performance física.
- Compromisso cognitivo (*delirium*, lentificação cognitiva).

### Sintomas Menos Específicos:

- Cefaleia, irritabilidade.
- Glossite, queilite angular.
- Unhas frágeis e quebradiças, queda de cabelo.

### Manifestações Clínicas Frequentes:

- Hipotensão postural.
- Sopro sistólico funcional.
- Taquicárdia de repouso.
- Palidez conjuntival.



## Quando Suspeitar de Deficiência de Ferro

- Hb <13 g/dL em homens ou <12 g/dL em mulheres (em qualquer idoso)
- Presença de sintomas mesmo com Hb “normal-baixa” (<11 g/dL)
- Alterações no hemograma:
  - Microcitose (VCM <80 fL)
  - Aumento de RDW
  - Hipocromia
- Fatores de risco:
  - Hemorragia digestiva crônica (ex: pólipos, angiodisplasias, neoplasia colorretal)
  - Uso crônico de AINEs, anticoagulantes ou ácido acetilsalicílico
  - Ingestão alimentar pobre em ferro
  - Malnutrição
  - Doenças que cursam com má absorção (ex: doença celíaca, acloridria)



## EXAMES INICIAIS ESSENCIAIS

Deve ser reservada amostra de sangue para o estudo da anemia antes de realizar transfusão de sangue. Se isto não tiver sido feito, é prudente esperar um dia após a transfusão para realizar o estudo do ferro.



## Hemograma completo

- ↓ Hemoglobina
- ↓ VCM (microcitose)
- ↓ CHCM (hipocromia)
- ↑ RDW (anisocitose)
- ↓ Contagem de reticulócitos (hipoproliferação medular)



## Marcadores de ferro

- Ferritina
- IST (Índice de saturação da transferrina)
- **Nota:** a determinação do ferro sérico não é útil para o diagnóstico de ferropênia; no entanto, nalguns casos é necessário solicitar nas análises o **Ferro sérico** e a **CTFF** (Capacidade Total de Fixação do Ferro) para ser calculado e disponibilizado o IST.



## Marcadores complementares

- **PCR:** a inflamação pode elevar falsamente a ferritina.
- **Creatinina e função renal:** a anemia por doença renal crónica é frequente.
- **Vitamina B12 e folato:** deficiências nutricionais coexistentes são comuns.



## Índice sTfR/log Ferritina (índice do recetor solúvel de transferrina / ferritina):

→ Permite identificar deficiência de ferro mesmo na presença de inflamação, distinguindo anemia de doença crónica, anemia ferropénica e as 2 condições em simultâneo.

→ Valores necessários para o cálculo:

• **sTfR**: concentração de receptor solúvel de transferrina no sangue (geralmente em mg/L ou µg/mL).

• **Ferritina sérica**: em ng/mL.



sTfR-F Index  
Calculator



## Observações Importantes

- **VCM pode estar normal** em fases iniciais ou em deficiências múltiplas (ferro + B12).
- **Não adiar a investigação etiológica perante ferritina no limite inferior do normal (hemorragia oculta!).**
- Idosos com doenças crónicas podem ter **ferritina “falsamente” normal ou elevada e terem estado de deficiência de ferro.**
- **Anemia com IST ≥20%:** Avaliar outras causas (SMD, ACI, B12, etc.).

## Interpretação:

Índice	Interpretação
<1,5	Anemia de doença crónica (sem défice de ferro)
1,5–2	Possível anemia mista (ferropénica + doença crónica)
>2	Deficiência de ferro significativa (mesmo com inflamação)

As análises necessárias para o estudo do ferro devem ser feitas em jejum, uma vez que o IST aumenta, se o doente ingerir alimentos ricos em ferro antes da colheita de sangue.



### Diferenciar Deficiência de Ferro de Outras Anemias Comuns



### Anemia por Deficiência de Ferro (ADF)

- Ferritina <30 ng/mL (ou <100 com inflamação)
- IST <20%
- VCM ↓ (microcitose)
- RDW ↑
- Ferro sérico ↓, CTFF ↑
- Reticulócitos ↓

### Anemia de Doença Crônica (ou doença inflamatória)

- Anemia ligeira ou moderada, normocítica
- Reticulócitos ↓
- Ferritina normal ou ↑
- IST <20%
- CTFF ↓
- PCR ↑



### Anemia na Insuficiência Cardíaca

A anemia e a ferropenia são comuns na IC. A ferropenia é definida por ferritina <100 ng/mL ou ferritina 100 – 299 ng/mL e IST <20%.

#### • Considerações em relação ao diagnóstico:

- Em doentes com IC deve-se fazer estudo regular da anemia e do ferro (uma vez por ano em doentes estáveis, ou antes, em caso de anemia ou agravamento da classe funcional, independentemente da FEVE).
- A ferropenia sem anemia pode ser atribuída à IC e não requer estudo etiológico, exceto se sintomas ou sinais específicos.
- A anemia pode ser por hemodiluição, se descompensação clínica.
- Os IECA podem causar anemia por inibição da eritropoiese, de forma mais acentuada, se associada a DRC. A Hb pode descer durante os 3 primeiros meses de tratamento e depois tende a estabilizar. Não está recomendada a suspensão dos IECA.

#### • Considerações sobre o tratamento:

- Na **IC com FEVE reduzida ou ligeiramente reduzida e ferropenia** (com ou sem anemia), deve ser feito tratamento com ferro endovenoso. Em alternativa, poderá ser administrado ferro oral, se contra-indicação ao ferro endovenoso ou indisponibilidade deste. *(mais informações no ponto 6).*
- Na **IC com FEVE preservada com anemia ferropenica**, pode ser feito tratamento com ferro oral ou endovenoso, individualizando às necessidades de cada doente. *(mais informações no ponto 6).*



## Anemia da Doença Renal Crônica

→ Normocítica, normocrômica

→ Creatinina ↑, TFG ↓

→ Eritropoietina ↓

→ IST pode estar <20%

→ Ferritina geralmente normal

→ **Ferropênia sem anemia:**

· Na DRC, a **ferropênia absoluta** é definida por ferritina <100 ng/mL e IST <20%.

· Pode dever-se à própria DRC; contudo, pode justificar-se estudo etiológico se houver suspeita clínica (p.ex.: ferritina muito baixa, hematúria, história sugestiva de perdas GI).

→ **Anemia ferropênica:**

· Se a TFG for <30 mL/min, é provável que se deva à DRC e não requer obrigatoriamente estudo etiológico; contudo, pode justificar-se estudo etiológico se houver suspeita clínica (p.ex.: ferritina muito baixa, hematúria, história sugestiva de perdas GI).

· Se a TFG for >60 mL/min recomenda-se o estudo da ferropênia.

→ **Tratamento com ferro na DRC:**

**Doentes sem tratamento dialítico (ou em diálise peritoneal):**

· **RECOMENDA-SE** se ferritina <100 ng/mL e/ou IST <20%, independentemente da anemia.

· **É ACONSELHADO** se ferritina 100-300 ng/mL e IST <25% com o objetivo de aumentar a Hb e, assim, evitar os AEE.

**Doentes em hemodiálise:**

· **RECOMENDA-SE** se ferritina ≤500 ng/mL e IST ≤30%, mesmo sem anemia marcada (ferro endovenoso).

→ **Considerações durante o seguimento:**

· O objetivo é manter a IST ≤30% e a ferritina ≤500 ng/mL. Se estes limites forem ultrapassados, deve-se descontinuar o tratamento com ferro e monitorizar.

· Se Hb ≤10 g/dL persistir, considerar tratamento com AEE.

· Os AEE podem produzir ferropênia através da redistribuição das reservas de ferro.

· Nos doentes em tratamento com AEE, com IST <30% e ferritina <300 ng/mL, associar tratamento com o ferro pode aumentar o valor da Hb e permitir que a dose dos AEE seja reduzida. Recomenda-se primeiro o tratamento com ferro oral versus o ferro EV, se for tolerado.



## Deficiência de Vitamina B12 / Folato

→ VCM ↑ (macrocítica)

→ RDW ↑

→ Homocisteína e ácido metilmalónico ↑

→ Neutrófilos hipersegmentados

→ Possível pancitopenia ligeira



## Síndromes Mielodisplásicas (SMD)

→ Anemia refratária, sem causa definida

→ VCM geralmente ↑ ou normal

→ RDW ↑, plaquetas e leucócitos alterados

→ Displasia no hemograma (bicitopenia/pancitopenia)

→ Confirmado por biópsia de medula óssea

## Perfil Laboratorial Comparativo

Tipo de Anemia	VCM	Ferritina	IST	CTFF	Reticulócitos
Deficiência de ferro	↓	↓	↓	↑	↓
Doença crônica	N ou ↓	N ou ↑	↓	↓	↓
Doença Renal crônica	N	N	↓	N	↓
Défice de vit B12 / folato	↑	N	N	N	↓
SMD	N ou ↑	N	N	N	↓

Em idosos, a deficiência de ferro raramente é apenas nutricional, procurar **sempre fonte de perda crónica ou distúrbios de absorção**. A causa pode ser **MULTIFATORIAL!**



### Má Absorção de Ferro (duodeno)

- Doença celíaca.
- Gastrite atrófica (especialmente com acloridria).
- Infecção por *Helicobacter pylori*.
- Cirurgia bariátrica ou ressecção intestinal.
- Hipocloridria por medicamentos que diminuem o pH gástrico: IBP, anti-H2.
- Doença inflamatória intestinal.



### Perda Sanguínea Crónica

#### → Causas Gastrointestinais (HD alta e baixa):

Gastrite | esofagite | úlceras gástricas e duodenais | pólipos do cólon e gástricos | neoplasia colorectal | hemorroidas | angiodisplasia | colite | Hemorragia oculta por AINEs, AAS, anticoagulantes.

- Fazer hemograma de vigilância em utilizadores crónicos de AINEs/anticoagulantes.

#### → Causas Genitourinárias

- Neoplasia renal e vesical.
- Urolitíase.
- Patologia ginecológica (deficiência de ferro crónica por (meno-)metrorragias previamente).

#### → Outras causas de perdas de sangue:

epistaxis | úlceras dos membros inferiores | análises de sangue ou exames invasivos frequentes | cirurgias | traumatismos | défice crónico por perdas ginecológicas | dádiva de sangue.



### Ingestão Inadequada (raro como causa exclusiva)

- Dietas pobres em ferro heme (origem animal) (vegetarianismo restrito).
- Malnutrição.
- Alcoolismo.
- Negligência alimentar.



### Deficiência Funcional de Ferro

- **Inflamação crónica** (DPOC, artrite reumatoide, insuficiência cardíaca, cancro).
- **Hepcidina elevada**: ferro sequestrado nos macrófagos.



## AVALIAÇÃO SUGERIDA



### Hemorragia macroscópica ativa

#### → Estudos dirigidos

Por exemplo: endoscopia digestiva alta, colonoscopia, estudo urológico, estudo ginecológico.



### Sem hemorragia macroscópica ativa

#### → Doença celíaca: Ac. anti-transglutaminase

#### → *H. pylori*: Ag em fezes de *H. pylori* ou Teste respiratório

#### → Gastrite atrófica: Vit B12 ↓, Gastrina ↑, Ac. anti-cél. parietais +

Se exames anteriores positivos:

- Endoscopia digestiva alta com biópsia.
- Tratamento específico.



### Investigação inconclusiva (Anemia ferropénica ou ferropénia)

#### → Endoscopia digestiva alta com biópsias

- Se normal considerar: Colonoscopia total.

OU

#### → Endoscopia digestiva alta e colonoscopia simultâneas

#### → Se EDA e colonoscopia recentes (<5 anos), de boa qualidade e feitas pela mesma indicação, não é necessário repetir, salvo se surgirem sintomas novos ou sinais de alarme (p.ex: perda ponderal, dor, alteração do trânsito intestinal, etc.).

→ Se EDA e CT normais, deve considerar-se investigação adicional de perdas ocultas e causas não gastrointestinais, incluindo enteroscopia por videocápsula, pesquisa de sangue oculto nas fezes, testes de absorção, estudo ginecológico, urológico ou hematológico, conforme o contexto clínico.

→ Considerar estudos dirigidos à origem específica, de acordo com história clínica e sintomas.

Se doença crónica avançada, fragilidade grave, défice cognitivo grave e/ou em fim de vida (expectativa de vida até 12 meses).



### Deve ser feita a Avaliação Geriátrica Global (AGG) e individualização

- Considerar fazer testes não invasivos em primeiro lugar: **TAC abdominal, colonoscopia virtual por TC.**
- Considerar se o resultado dos exames vai alterar o tratamento (em especial dos exames invasivos).
- Avaliar se o risco do procedimento supera o benefício clínico.
- Avaliar se o doente consegue compreender em que consistem os exames e quais os seus riscos, e se concorda com a realização dos mesmos.

#### Avaliar especialmente o risco de exames invasivos se:

- Dependência grave nas AVD (Barthel <30).
- Défice cognitivo grave ou muito grave (GDS estádios 6-7).
- Fragilidade grave ou muito grave (CFS estádios 7-9).
- Risco de Mortalidade elevado a 1 ano (p.ex. aplicar ePROGNOSIS).



A decisão deve ser individualizada, centrada no estado funcional, expectativa de vida e preferências do doente.

### Primeira linha: VIA ORAL



### Doses recomendadas:

#### Oral

- Começar com **50-100 mg/dia** de **Ferro elementar**. 200 mg/dia é a dose máxima recomendada. (de acordo com os critérios de prescrição STOPP-START versão 3).
- **Dose de ferro sucrossômico®: 30 mg/dia**



### Possíveis efeitos adversos do tratamento com ferro

#### Ferro oral convencional

- Sabor metálico. Desconforto epigástrico, dor abdominal, náuseas e vômitos.
- Flatulência, cólicas abdominais.
- Obstipação, diarreia.
- Fezes escuras.



### Suplementação com ferro oral

#### Horário:

- A absorção é maior se tomado em jejum, mas pode causar desconforto gástrico.
- Em alternativa, tomar antes da refeição (p.ex. 30 min) e/ou com pequena quantidade de alimento.
- A toma juntamente com vitamina C pode aumentar a absorção (p.ex. sumo de laranja).

#### Frequência:

- Doses elevadas de ferro oral comportam mais efeitos secundários gastrointestinais, limitam a tolerância e pode haver diminuição da absorção pelo aumento da hepcidina.
- A absorção é semelhante quer com a administração diária de dose baixa (40-60 mg) quer com dose mais elevada (80-100 mg) em dias alternados, sendo que esta última opção pode diminuir os efeitos secundários.

**Mais de 1 dose por dia não é mais eficaz.**



**O ferro sucrossômico® tem uma absorção independente da hepcidina.**

#### Duração:

3 a 6 meses, até normalização das reservas de ferro, mesmo após a normalização da hemoglobina.

Contexto clínico	Valores alvo de ferritina
Geral	> 50 ng/mL
Inflamação, doença crónica, cancro	> 100 ng/mL
Doença renal crónica (DRC)	≥ 100–200 ng/mL
Insuficiência cardíaca (IC)	100–300 ng/mL

## Terapêutica medicamentosa simultânea:

- Evitar toma de fármacos que diminuem a concentração de ferro.


OU

- Administrar o ferro oral separadamente da administração destes medicamentos (2 horas de intervalo, antes e depois do ferro).
- **Ex:** Quinolonas, bifosfonatos, IBP, anti-ácidos, cálcio, magnésio, levodopa, levotiroxina, doxiciclina, micofenolato, metildopa, penicilamina.

## Ingestão alimentar:

- Evitar a ingestão de alimentos que diminuem a concentração de ferro.
- Em alternativa, separar a toma do ferro e a ingestão dos alimentos em 2 ou mais horas (antes e depois).
- **Ex:** Café, chá, laticínios, soja, espinafres, leguminosas, cereais integrais.

**O ferro sucrossômico® pode ser tomado com ou sem alimentos a qualquer hora do dia.**



### Segunda linha: VIA ENDOVENOSA, se

- > Intolerância grave ao ferro oral (o ferro sucrossômico® tem menos efeitos gastro-intestinais, pelo que é melhor tolerado).
- > Necessidade de reposição rápida em caso de anemia grave.
- > Refratariedade ao tratamento com ferro oral (não esquecer excluir causas de má absorção, ingestão de alimentos e toma de medicamentos que diminuem a absorção de ferro oral).
- > Ferropénia, com ou sem anemia, na insuficiência cardíaca com FEVE reduzida ou ligeiramente reduzida (1ª linha de acordo com os critérios de prescrição STOPP-START versão 3).



## Doses recomendadas Ferro EV

- Dose (em mg) de ferro a administrar:  
**= peso (kg) x (14 - Hb\*) x 2.145**



## Possíveis efeitos ferro EV

- Anafilaxia.
- Urticária autolimitada.
- Hipotensão arterial transitória.
- Palpitações, tonturas, cefaleias, náuseas.
- Mal estar geral, calafrios, febre.
- Mialgias e artralgias.

(\*) = Hb é a hemoglobina inicial do doente.

IBP: Inibidores da Bomba de Prótons; FEVE: Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo; Hb: Hemoglobina; EV: Via Endovenosa.



## Efeitos gastrointestinais do ferro oral

- São os principais efeitos secundários da suplementação com ferro oral e podem limitar o tratamento, condicionando a melhoria da ferropénia e da anemia.
- Incluem: dor abdominal, pirose e refluxo gastroesofágico, obstipação, náuseas e vômitos e diarreia.
- Podem desencadear cascatas de prescrição (prescrição de um novo medicamento para tratar uma reação adversa associada a outro medicamento) e potenciação da iatrogenia medicamentosa.

### Cascatas de prescrição associadas a Ferro oral

Efeito gastrointestinal secundário ao Ferro oral		Novo medicamento (cascata de prescrição)		Iatrogenia medicamentosa
Dor abdominal	→	Butilescopolamina	→	Delirium, boca seca, retenção urinária, taquicardia, glaucoma, obstipação
Pirose e refluxo gastroesofágico	→	Inibidor da bomba de prótons	→	Infecção por <i>C. difficile</i> , pneumonia, neoplasias GI, osteoporose, fraturas
Obstipação	→	Laxantes	→	Desequilíbrios iónicos, desidratação, diarreia, dor abdominal, cólicas
Náuseas e vômitos	→	Metoclopramida	→	Extra-piramidais, parkinsonismo
Diarreia	→	Loperamida (opióide)	→	Obstipação, íleo paralítico, arritmias, prostração, delirium





## Comparação entre formas clássicas de ferro oral e o ferro sucrossômico®

	<b>Ferro Oral Clássico</b> (ex: sulfato ferroso, gluconato ferroso, proteinosuccinilato de ferro, hidróxido férrico polimaltose)	<b>Ferro Sucrossômico®</b>
<b>Prevalência de efeitos secundários</b>	<b>Elevada (10–20 %).</b> <sup>1,2</sup>	<b>Baixa (&lt; 5 %).</b> Sem sabor metálico e raros efeitos secundários GI. Não escurece as fezes. <sup>10</sup>
<b>Tolerabilidade e adesão</b>	<b>Geralmente baixa:</b> muitos doentes interrompem tratamento. <sup>2</sup>	<b>Boa:</b> elevada adesão mesmo em esquemas prolongados. <sup>10</sup>
<b>Absorção</b>	<b>Limitada,</b> depende do pH e da presença de inibidores (alimentos, fitatos, medicamentos). <sup>3</sup>	<b>Maior e mais consistente,</b> protegido por matriz sucrossômica que facilita a passagem pela mucosa. <sup>10</sup>
<b>Influência de interações alimentares</b>	<b>Forte:</b> chá, café, laticínios, cereais integrais reduzem a absorção. <sup>4</sup>	<b>Mínima:</b> formulação sucrossômica atenua o efeito de inibidores no lúmen intestinal. <sup>11</sup>
<b>Influência de interações medicamentosas</b>	<b>Elevada.</b> <sup>5</sup>	<b>Reduzida:</b> a matriz sucrossômica protege o ferro de quelantes e de fármacos que inibem a absorção. <sup>11</sup>
<b>Desempenho em estados inflamatórios</b>	<b>Comprometido</b> (hepcidina elevada bloqueia a absorção). <sup>2</sup>	<b>Melhor:</b> absorção menos afetada pela hepcidina elevada. <sup>10, 12</sup>
<b>Necessidade de dose elevada</b>	<b>Sim:</b> tradicionalmente doses de 100–200 mg de ferro elementar várias vezes ao dia; Estratégias otimizadas: 40–60 mg/dia ou 80–100 mg em dias alternados. <sup>6,7</sup>	<b>Não:</b> doses menores (30–60 mg Fe elementar/dia) costumam ser suficientes. <sup>10, 13</sup>
<b>Custo e disponibilidade</b>	<b>Baixo custo;</b> amplamente disponível. <sup>8</sup>	<b>Custo moderado,</b> mais acessível que ferro EV; disponível em fórmulas específicas (cápsulas ou saquetas). <sup>14</sup>
<b>Prescrição em cascata</b>	Devido à <b>taxa elevada de EA</b> , necessidade de prescrição de fármacos adicionais para controlá-los. <sup>1,2,9</sup>	<b>Menor ocorrência de EA</b> , não existe necessidade de prescrição em cascata, permitindo uma administração direta e mais simples. <sup>10</sup>



# SUMÁRIO DAS VANTAGENS DO FERRO SUCROSSÔMICO®

## Fácil de tomar<sup>15</sup>



### Não precisa de ser tomada em jejum

É absorvido com uma toma a qualquer hora do dia com ou sem alimentos



### Não requer sumo de laranja

para ser bem absorvido

## Sem interações<sup>16-20</sup>



### Não interage com os alimentos

Café, chocolate, laticínios



### Não interage com fármacos

ao ser tomado a qualquer hora do dia. Antiácidos, hormonas da tiroide, bifosfonatos

## Minimiza os efeitos secundários<sup>16-20</sup>



### Minimiza os efeitos adversos

Coloração dos dentes / Náuseas e vômitos / Dor abdominal, diarreia, obstipação



### Não escurece as fezes nem a mucosa intestinal

Não é necessário parar a sua administração antes de uma endoscopia

## Prescrição em cascata associada ao uso de ferro oral

Os efeitos secundários gastrointestinais são extremamente comuns com a administração de ferro oral e podem estar envolvidos em cascatas de prescrição (prescrição de um novo medicamento para tratar uma reação adversa associada a quatro medicamento).



O **ferro sucrossômico®**, que é transportado dentro de um sucrossoma, reduz a ocorrência de efeitos adversos gastrointestinais e prescrição em cascata.



## GUIA DE INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS DO FÉRRO ORAL

Conheça a interação entre fármacos observando a grelha de interseção entre as linhas e as colunas; os símbolos e as cores indicam o efeito e o respetivo grau.



### 7

## MONITORIZAÇÃO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO



### Quando reavaliar

- Após 4–8 semanas do início da suplementação oral.
- Em doentes com ferro endovenoso, considerar avaliação em 2–4 semanas.



### Resposta adequada

- ↑ Hemoglobina  $\geq 1$  g/dL em 2 a 4 semanas.
- ↑ Reticulócitos após 7–10 dias.
- Ferritina e IST tendem a normalizar após 8–12 semanas.



### Dicas Clínicas

- Se a Hb sobe, mas a ferritina permanece  $<100$  e IST  $<20\%$ , ainda há deficiência funcional devendo-se prolongar ou intensificar o tratamento ou intensificar tratamento!
- Na anemia de doença crónica ou inflamatória, se persistir dúvida da existência de deficiência de ferro associada, pode ser realizada prova terapêutica com suplementação de ferro.



Na ausência de melhoria, a suplementação com ferro deve ser suspensa.

# Checklist Final

- ✓ Confirmar anemia e deficiência de ferro
- ✓ Investigar causa base
- ✓ Escolher formulação de ferro adequada ao doente
- ✓ Planear seguimento com hemograma e ferritina
- ✓ Considerar outras formulações de ferro oral se houver má tolerância ou ferro endovenoso se o tratamento falhar

Saber mais aqui



## REFERÊNCIAS

1. Curr Med Res Opin. 2013;29(4):291–303. 2. PLoS One. 2015;10(2):e0117383. 3. Blood. 2015;126(17):1981–9. 4. Am J Hematol. 2023;98:1356–1363. 5. Br J Clin Pharmacol. 1991 Mar;31(3):251–5. 6. Geneva: WHO; 2001. Available from: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39849/9241542497\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39849/9241542497_eng.pdf) 7. Blood. 2015 Oct 22;126(17):1981–9. Am Fam Physician. 2018 Oct 1;98(7):437–442. 8. INFOMED. [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt) 9. Aust Prescr 2011;34:162–6. 10. Pharmaceuticals 2018, 11, 97. 11. [www.fisiogenferro.com](http://www.fisiogenferro.com) 12. Nephrol Dial Transplant. 2015;30(4):645–52. 13. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 30(15), 1787–1792. 14. Clin Drug Investig. 2018 Sep;38(9):801–811. 15. Instruções de Utilização de Fisiogen Ferro Forte®. 16. Barri S. 4th Mediterranean multidisciplinary course on iron anemia. April 29th–30th 2016. Apresentado em Expert Rev Hematol; Sep; Madrid, Spain: 2016. 17. Gómez-Ramírez S, Brilli E, Tarantino G, *et al.* Sucrosomial® iron: A new generation iron for improving oral supplementation. Pharmaceuticals (Basel). 2018;11 (4). 18. Luciani R. 1er Curso mediterráneo multidisciplinar en anemia ferropénica. Milán, Junio 2013. 19. Brilli E, LipiDski P, Barnadas R, *et al.* Sucrosomial iron absorption involve M cells interaction. Blood. 2017;130:2217. 20. Brilli E, Barnadas R, Camacho M, *et al.* Sucrosomial Iron absorption involve M cells interaction Presentado en European Iron Club Annual Meeting; Zurich (Switzerland): 2018.

Material exclusivo para profissionais de saúde.