

hematológico dos pacientes na lista de transplantes é crucial para um bom planejamento pré-operatório.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.667>

666

PRESCRIÇÃO DE CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS POR MÉDICOS EMERGENCISTAS

B. Cansian, J.C.P. Faria, C.A. Victorino, A. Szulman, R.O.S. Sarni

Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil

Objetivo: Avaliar a adequação na prescrição de concentrados de hemácias por médicos emergencistas. **Material e métodos:** Estudo transversal por levantamento de fichas de requisição de transfusões preenchidas por médicos emergencistas, no período de maio de 2018 a abril de 2019, em um hospital de emergências. Foram avaliadas as adequações na indicação, volume e subtipo (filtradas, irradiadas e lavadas) de hemácias prescritas. Para comparação dos dados qualitativos, utilizamos o teste de χ^2 . O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Foram avaliadas 1022 transfusões. A indicação, volume e subtipos estavam corretos em 72,7%, 45,9% e 81,6% respectivamente. A transfusão prescrita em pacientes sintomáticos, apresentou adequação superior quando comparada aos assintomáticos com diferença estatística significativa (indicação: 79,6% vs. 67,2% – $p < 0,001$; volume: 63,5% vs. 31,7% – $p < 0,001$; subtipo: 85,3% vs. 78,7% – $p = 0,006$). Entre as situações clínicas, ocorreram mais erros na sepse (39,7%) e pneumonia (36,3%). Mais da metade das prescrições apresentavam volume excessivo elevando o risco de sobrecarga circulatória, observando-se que a média da idade foi 60,6 anos. A análise específica dos subtipos prescritos apresentou adequação de 17,9% nas filtradas, 1,7% nas irradiadas e nenhuma das lavadas. Trinta transfusões deveriam ter sido filtradas, porém o prescritor não solicitou o subtipo. **Conclusão:** Uma hipótese para as incorreções observadas é a formação médica inadequada sobre o assunto, tanto na graduação como residência médica, associada a falta de atualização nos protocolos transfusionais. O comitê transfusional recebeu os resultados deste estudo com proposta de medidas de educação permanente sobre hemoterapia transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.668>

667

PRESENÇA DE ANTICORPOS PLAQUETÁRIOS ANTI-CD41 E ANTI-CD61 CONTRA A GLICOPROTEÍNA IIB/IIIA EM PACIENTE COM TROMBASTENIA DE GLANZMANN

K.N.C. Ziza^a, C. Gabe^a, M.C.A.V. Conrado^b, V.B. Oliveira^b, M.R. Dezan^b, P. Villaça^a, V. Rocha^a, A. Mendrone-Junior^b, C.L. Dinardo^b

^a Serviço de Hematologia e Terapia Celular, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^b Divisão de Imuno-Hematologia, Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Trombastenia de Glanzmann (TG) é uma doença autossômica recessiva hereditária das plaquetas, é causada por uma deficiência quantitativa ou qualitativa da glicoproteína (GP) IIB/IIIA (ITG α IIb β 3), que é receptor do fibrinogênio. É uma doença rara com prevalência de 1:1 milhão de indivíduos. Esta alteração da GP causa agregação plaquetária defeituosa com retração do coágulo prejudicada e tempo de sangramento prolongado. As manifestações clínicas incluem epistaxe, hematomas, menorragia em mulheres e outras complicações hemorrágicas. A transfusão de plaquetas é atualmente o tratamento padrão quando o quadro de sangramento não responde a antifibrinolíticos, podendo, entretanto, resultar em aloimunização contra Antígenos Leucocitários Humanos (HLA) e/ou Antígenos Plaquetários Humanos (HPA) e, conseqüentemente, em refratariedade plaquetária (RP). **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 26 anos, com diagnóstico de TG (tipo I) e em tratamento de meningioma. Fazia uso contínuo de anticoncepcional desde a menarca aos 11 anos. A TG foi identificada com 1 ano de vida, com início de manifestações hemorrágicas e necessidade de suporte transfusional aos 8 anos. Ao longo da vida até o presente momento, a paciente recebeu 28 unidades de plaquetas randômicas, 1 concentrado de pool de plaquetas, 3 concentrado de plaquetas por aférese (CPAF) e 1 concentrado de hemácias para a paciente. Considerando-se o histórico transfusional, foi solicitado rastreamento laboratorial para presença de anticorpos anti-plaquetários. **Resultados:** Foi realizada triagem para presença de anticorpos contra os antígenos HLA de Classe I e HPA pelo teste de Imunofluorescência Plaquetária (PIFT) por citometria de fluxo. Foram testadas 5 plaquetas ABO compatíveis com o soro da paciente e todas apresentaram resultados positivo para a presença de anticorpos anti-plaquetários. Na sequência, foi realizada a identificação dos anticorpos anti-plaquetários pelo teste de imunoenensaio qualitativo com o kit Pak LxTM Assay (Immucor, USA) no equipamento Luminex xMAP[®]. O imunoenensaio Pak Lx detecta e diferencia anticorpos IgG contra HPA-1, -2, -3, -4, -5, GPIV e HLA classe I. Os anticorpos identificados apresentaram positividade contra os antígenos HPA1a1b, HPA3a3b, HPA4a4b, todos presentes na GP IIB/IIIA (CD41 e CD61). **Conclusão:** Pacientes com TG apresentam depleção parcial ou total da GP IIB/IIIA, levando ao fenótipo CD41 e CD61 com baixa expressão e/ou null. Neste caso, a correta identificação de anticorpos anti-CD41 e anti-CD61 pelo teste do PIFT associado ao imunoenensaio qualitativo pode auxiliar diretamente na conduta clínica e, possibilitando o manejo alternativo, como o uso de concentrado de fator VII em caso de ausência de resposta a transfusão de plaquetas diante de manifestações hemorrágicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.669>