

de concentrado de hemácias do tipo A+, 05 unidades do tipo B+ e 05 unidades de concentrado de hemácias do tipo A-. Analisando ainda estas transfusões por sexo podemos perceber que das 45 transfusões realizadas neste mês 19 unidades foram transfundidas em mulheres e 25 destas unidades foram transfundidas em homens. Podemos constatar nestes diferentes períodos de transfusões padrões que mesmo com um grande aumento no número de transfusões entre mulheres percebe-se que o maior número de unidades transfundidas foram realizadas em homens, percebemos ainda que a maioria das transfusões realizadas foram do tipo O+ seguidos de A+, A- e B+ mostrando assim que houve no mês de julho uma diversificação maior em relação aos tipos sanguíneos em relação ao mês de junho que prevaleceu o tipo A+. Podemos perceber ainda que o número de transfusões entre mulheres vem crescendo gradativamente e cada vez mais cedo estão necessitando de transfusão o que tem criado um alerta e a necessidade de um estudo maior sobre as causas destes problemas. Estudos serão elaborados com essa finalidade para que outras ações possam ser elaboradas quanto a necessidade de esclarecimento e conduta por parte dos médicos e com isso poder beneficiar os pacientes que são os maiores interessados. A hemoterapia é um recurso maravilhoso mas a cautela e bom senso devem ser levados em consideração sempre. Palestras e eventos estão sendo elaborados para essa finalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.689>

GESTÃO DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES FENOTIPADOS PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES INTERNADOS NO SETOR DE TMO

KT Pires, VA Brum, BS Monteiro, JCDR Pilato, F Akil, LFF Dalmazzo

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia- Grupo GSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: Monitorar o perfil fenotípico/genotípico dos pacientes internados no setor de TMO para assegurar oferta de hemocomponentes fenotipados de acordo com protocolo institucional de hemocomponentes modificados. **Material e métodos:** Realizada fenotipagem estendida (sistema Rh, Kell, Duffy, Kidd, MNS) de todos os pacientes internados no setor de TMO a partir de dezembro de 2019 até junho de 2022 em hospital da rede privada do município do Rio de Janeiro. **Resultados:** Avaliados 41 pacientes, sendo 4 portadores de Linfoma de Hodgking, 5 Linfoma não Hodgking, 12 Leucemia Mieloide Aguda, 18 Mieloma Múltiplo, 1 Aplasia de Medula Óssea e 1 Síndrome Mielodisplásica. A média geral de transfusões por paciente foi de 7 concentrados de hemácias, porém considerando os diagnósticos encontramos os seguintes **Resultados:** LH 3 bolsas/pc, LNH 5 bolsas/pc, LMA 16 bolsas/pc, Mieloma Múltiplo 2 bolsas/pc, Síndrome Mielodisplásica 26 bolsas/pc, Aplasia de Medula 35 bolsas/pc. Encontramos os seguintes genótipos: 5 pacientes R1R1 (2 pacientes com LMA e 3 com Mieloma Múltiplo), 6 pacientes R1R2 (3 pacientes com Mieloma Múltiplo e 2 pacientes com LH, 1 Síndrome

Mielodisplásica), 4 pacientes Ror (1 paciente Mieloma Múltiplo, 1 LH, 1 LMA, 1 aplasia de medula), 14 pacientes R1r (7 Mieloma Múltiplo, 5 LMA, 1 LH, 1 LNH), 3 pacientes R2r (2 Mieloma Múltiplo e 1 LMA), 6 pacientes rr (2 Mieloma Múltiplo, 3 LNH, 1 LMA). Um dos pacientes com LMA, já apresentava um aloanticorpo anti-E desde o primeiro atendimento em nosso serviço. Paciente com diagnóstico de Aplasia de Medula, foi aloimunizado (anti-C) durante uma transfusão realizada de urgência com bolsa que não respeitava a fenotipagem. A média de dias de internação por diagnóstico foi: Aplasia de Medula 46 dias, LH 33 dias, LNH 34 dias, LMA 101 dias, Mieloma Múltiplo 19 dias, Síndrome Mielodisplásica 106 dias. Não estratificamos os motivos das internações. As transfusões foram realizadas obedecendo os sistemas Rh e Kell. Os demais sistemas foram caracterizados com o objetivo de informação para estudos imunohematológicos necessários a posteriori. **Discussão:** A transfusão de hemocomponentes fenotipados tem como objetivo prevenir a aloimunização eritrocitária, principalmente para anticorpos eritrocitários clinicamente significativos, e evitar reação hemolítica naqueles já aloimunizados. Recomenda-se a transfusão fenotipo compatível para pacientes aloimunizados e para aqueles que poderão receber múltiplas transfusões. As indicações devem ser definidas em comitês transfusionais com intuito de garantir a melhor assistência hemoterápica para a população. Dos pacientes estudados, 1 já tinha aloimunização prévia e outro foi aloimunizado por uma transfusão de urgência realizada sem obedecer a fenotipagem Rh. Todas as outras transfusões realizadas obedeceram a fenotipagem para sistemas Rh, Kell. Não tivemos o aparecimento de outros anticorpos irregulares. Conseguimos a partir do monitoramento diário das internações garantir um estoque mínimo por fenótipo para o atendimento dessa população. **Conclusão:** Uma vez instituídos os protocolos clínicos, é muito importante o conhecimento do perfil de pacientes, afim de garantir um estoque que possibilite o atendimento preconizado. A disponibilidade de estoque exige conhecimento do perfil clínico, fenotipagem da população atendida e gerenciamento logístico com envolvimento do setor de captação de doadores, transporte de hemocomponentes, e ampla comunicação entre a equipe multidisciplinar assistencial e o serviço de hemoterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.690>

SÍNDROME MIELODISPLÁSICA E SUPORTE TRANSFUSIONAL

MML Louback, O Pereira, M Gramatico, D Vidal, J Todesco

Clínica de Hemoterapia, Niterói, RJ, Brasil

Introdução: As síndromes mielodisplásicas compreendem desordens clonais heterogêneas da célula progenitora hematopoietica, que podem progredir para Leucemia Mielóide Aguda em cerca de 40% dos pacientes. Uma ou mais citopenias são observadas no sangue periférico, associadas a uma medula óssea normo ou hiperclular (hematopoiese ineficaz). As SMD podem ser idiopáticas ou secundárias a quimioterapia e radioterapia. Cursam como doenças oligossintomáticas,

de difícil diagnóstico diferencial com outras causas de anemia e plaquetopenia. Mais de 80% dos indivíduos acometidos têm idade acima de 60 anos e apenas 8 a 10% menos de 50. Acometem mais indivíduos do sexo masculino e a maioria é de origem idiopática. **Objetivos:** Quantificar as transfusões realizadas em pacientes com SMD no ambulatório da Clínica de Hemoterapia. **Material e métodos:** Foram avaliadas num período de 30 meses (janeiro/20 a junho/22), as transfusões realizadas no ambulatório da Clínica de Hemoterapia em pacientes com diagnóstico de SMD. Avaliamos sua necessidade transfusional, considerando o número de transfusões de concentrados de hemácias e de concentrados de plaquetas (em pool ou aférese). **Revisão de literatura:** As SMD se caracterizam por citopenias isoladas ou combinadas, associadas a alterações de maturação em uma ou mais linhagens hematopoiéticas. Cursam com anemia muitas vezes acompanhada de trombocitopenia e/ou leucopenia. Os eritrócitos são macrocíticos ou dismórficos, muitas vezes hipocrômicos e os granulócitos podem apresentar hipogranulação. De 30% a 60% dos pacientes possuem cariótipo normal. A classificação adotada pela OMS a partir de 2001 considera o número de linhagens hematopoiéticas acometidas, o percentual de blastos e o tipo de anomalia citogenética. A principal diferença para a LMA está na contagem de blastos, inferior a 20% nas SMD e superior a 20% na LMA. O diagnóstico diferencial é feito com outras patologias citopênicas, hematológicas ou não, tais como anemia aplástica, mielofibrose e doenças autoimunes. **Resultados:** Foram atendidos 55 pacientes, 29 masculinos (52,8%) e 26 femininos (47,2%), com idade média de 74,5 anos (mínima de 40 e máxima de 92), sendo 90% acima de 60 anos. Dos 2289 CH transfundidos no ambulatório neste período, 534 (23,32%) foram em pacientes portadores de SMD, assim como 133 (46,83%) das 284 transfusões de CP (pool ou aférese). Dos 55 pacientes, 54 receberam transfusão de CH (1 a 51) e 16 receberam transfusão de CP (1 a 30). **Discussão:** Os pacientes portadores de SMD corresponderam a quase das transfusões de CH e a metade das transfusões de CP realizadas a nível ambulatorial, comprovando a alta prevalência desta síndrome, principalmente na população idosa. Nas SMD, a anemia não melhora com tratamentos tradicionais (reposição de ferro, folato, vitamina B12, eritropoetina). Por serem pacientes idosos e portadores de comorbidades, não toleram tratamentos quimioterápicos agressivos nem são candidatos a transplante de medula óssea. Assim sendo, é comum a evolução para necessidade de suporte transfusional de CH e, eventualmente, de CP. **Conclusão:** Embora variável em número, frequência e tipo de hemocomponente, o suporte transfusional é quase sempre necessário durante a evolução das SMD, e os serviços de hemoterapia devem estar preparados para atender esta demanda.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.691>

DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO ASSOCIADO À TRANSFUSÃO

M Lisboa, O Pereira, M Gramático, D Vidal, J Todesco

Clinica de Hemoterapia, Niterói, RJ, Brasil

Introdução: O desconforto respiratório relacionado à transfusão ocorre em reações transfusionais imediatas de várias causas que devem ser diferenciadas. A mais frequente é a Sobrecarga Circulatória Relacionada à Transfusão (TACO), caracterizada por edema pulmonar agudo de origem cardiogênica. Ocorre em pacientes suscetíveis à sobrecarga de fluidos, como idosos, portadores de cardiopatia ou insuficiência renal. O principal diagnóstico diferencial é com a Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão (TRALI), uma reação imunológica rara, caracterizada por edema pulmonar não cardiogênico. O principal mecanismo é a ativação de neutrófilos após a infusão de hemocomponentes contendo anticorpos anti-HLA e/ou anti-HNA, levando à inflamação e edema alveolar. Outras causas de desconforto respiratório são as reações alérgicas, contaminação bacteriana, embolia aérea e dispnéia associada à transfusão (DAT). **Objetivos:** Avaliar retrospectivamente os casos de desconforto respiratório agudo relacionado à transfusão da Clínica de Hemoterapia quanto às possíveis causas. **Material e métodos:** Foram avaliados os casos de desconforto respiratório agudo notificados entre outubro/15 e outubro/19, tendo como critério de inclusão a presença de dispnéia. Por ser anterior à pandemia, este estudo não incluiu pacientes portadores de Covid-19. **Resultados:** Foram identificados 41 casos de desconforto respiratório agudo durante ou até 6 horas após a transfusão, em 30 pacientes femininos (73,17%) e 11 masculinos (26,83%), com idades entre 7 e 99 anos, sendo 26 (63,41%) acima dos 60 anos. Quanto aos hemocomponentes transfundidos, 34 pacientes receberam apenas concentrados de hemácias, 1 apenas concentrados de plaquetas, 1 apenas plasma fresco e 5 receberam múltiplos hemocomponentes. A dispnéia ocorreu em 100% dos casos (critério de inclusão), sendo acompanhada de hipertensão arterial em 17 pacientes (41,46%), hipotensão em 3 (7,32%) e febre em 1 (2,44%). Dos 24 pacientes submetidos à avaliação radiológica e/ou tomografia de tórax, 22 apresentavam alterações sugestivas de congestão pulmonar. A ventilação mecânica foi necessária em 11 pacientes (26,83%). Quase todos evoluíram com regressão do quadro respiratório após uso de diuréticos, corticóides, anti-hipertensivos e suporte de oxigênio. Apenas 1 foi a óbito. A maioria dos pacientes teve o diagnóstico de provável TACO e apenas 1 foi diagnosticado como provável TRALI. **Discussão:** A maioria dos casos ocorreu em pacientes idosos (acima de 60 anos), portadores de comprometimento cardíaco prévio e outras comorbidades associadas, que não toleraram receber grandes volumes em curto espaço de tempo. Portanto é importante identificar os pacientes de maior risco de desenvolverem esta complicação e adotar medidas preventivas como a transfusão lenta ou em alíquotas e o maior intervalo entre a administração dos hemocomponentes. Muitas vezes é levantada a suspeita de TRALI, mas as limitações técnicas para confirmação do diagnóstico (identificação do anticorpo anti-neutrofílico) dificultam a diferenciação com outras síndromes respiratórias. **Conclusão:** É necessário definir critérios e facilitar a execução de testes diagnósticos mais precisos para diferenciar as síndromes respiratórias relacionadas à transfusão, além de intensificar a adoção de medidas preventivas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.692>