

dias) em outro serviço, com pesquisas imunohematológicas prejudicadas pela presença de hemácia circulante da bolsa, presença de autoanticorpo/aloanticorpos e ativação do sistema complemento. Acionamos o hemocentro responsável pela transfusão anterior, na tentativa de adquirir alguma informação pré-transfusão que pudesse direcionar a rotina de testes imunohematológicos, não obtivemos sucesso. Realizamos rotina de fenotipagem eritrocitária Rh+Kell à partir dos neócitos, e identificamos uma fenotipagem eritrocitária prejudicada, sugerindo perfil de R1R1 K-. Realizamos adsorção com 3 hemácias diferentes para cobrir todos os principais antígenos de importância clínica que a paciente pudesse ter sensibilizado em transfusão anterior. Nas 3 adsorções com células líquidas R1R1, independente da fenotipagem estendida, todas as Eluições apresentaram reatividade nas hemácias de triagem e painel completo, e o soro após as 6 adsorções apresentaram reatividade de 2+ apenas nas hemácias com fenótipo e+, evidenciando a presença de autoanticorpo anti-e, que não foi completamente exaurido mesmo após a exaustão da amostra. Novo painel de hemácias selecionadas foi realizado (painel de e), para excluir a presença de outros anticorpos na amostra. Paciente apresentou auto IgG inespecífico, associado a auto anti-e. Recebeu 2 unidades de concentrado de hemácias R1R1, K-, Jka-, S-, com hemoglobina pós-transfusão de 5,1 g/dl. Paciente foi orientado a respeito da complexidade das técnicas necessárias para liberação de transfusão de hemácias e recebeu laudo com conduta transfusional, caso necessite transfundir em outra instituição. **Conclusão:** Pacientes com AHAI apresentam um desafio para o laboratório de imunohematologia, possuir a história clínica e conhecer o perfil fenotípico do paciente fornece clareza na investigação de aloimunizações, direciona o fenótipo de hemácias a serem compatibilizadas e reduz tempo na liberação de transfusões.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.708>

CÓDIGO VERMELHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CAUSAS DE SANGRAMENTO DE 2 HOSPITAIS EM SÃO PAULO

EAF Oliveira, FO Braga, FCV Perini,
MCM Campos, MCL Silva, LFF Dalmazzo,
SD Vieira

Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A elaboração de protocolos com o objetivo de rápido controle de sangramentos agudos é de suma importância, pois pode levar a redução de desfechos desfavoráveis. Transfusões maciças são situações de estresse para equipes de saúde e necessitam de um manejo ágil e eficaz. Com o objetivo diminuir a evolução de sangramentos agudos para transfusões maciças, grande parte dos serviços elabora um protocolo (comumente chamado código vermelho), cujo o fornecimento de hemocomponentes em tempo hábil constitui um dos principais pilares. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico de acionamento do código vermelho em dois hospitais de São Paulo atendidos pelo Grupo GSH. **Métodos:** Foram revisados os prontuários de pacientes em que o código

vermelho foi acionado de setembro de 2021 a julho de 2022. Os critérios para acionamento do código eram: presença de sangramento maior associado a alteração de sinais vitais (PAS < 90 mmHg, FC > 110 bpm). **Resultados:** Foram analisados 55 atendimentos, com 42 (76%) pacientes do sexo masculino, e uma mediana de idade de 66 anos. A maior parte (66%), eram pacientes com perfil cirúrgico, com acionamento do código durante ou após o procedimentos, seguido de 15% de hemorragia gastrointestinal. Em relação as terapias complementares, 32,7% receberam ácido tranexâmico, 18,1% fibrinogênio, 7,2% complexo protrombínico, e 1,8% fator VII ativado, sendo que 16,3% se enquadravam em critério de transfusão maciça. A média de hemoglobina ao acionamento foi de 8,5g/dl e 27% dos pacientes evoluíram a óbito. Foi utilizado tromboelastograma em 58% dos pacientes avaliados neste trabalho. **Discussão:** Nesse estudo, apenas 16,3% dos códigos vermelhos evoluíram para transfusão maciça, demonstrando a coordenação no atendimento ao paciente com hemorragia grave após a implementação do protocolo, seja pelo acionamento precoce das equipes envolvidas em medidas invasivas de controle de sangramento (tratamento endoscópico, cirurgias e embolização arterial), seja pela maior agilidade no fornecimento de hemocomponentes e de outras terapias (hemoderivados e antifibrinolíticos). Outro fator importante é o uso de testes viscoelásticos que guiam a terapia transfusional, prevenindo efeitos adversos associados a transfusão e o desperdício. A implementação de protocolos de atendimento à hemorragia grave tem mostrado benefício clínico com diminuição da mortalidade em vítimas de trauma, porém, há pouca evidência a respeito da melhor abordagem para pacientes com outros tipos de sangramento. Segundo dados da literatura, até 50% dos acionamentos desses protocolos podem ocorrer em pacientes não traumatizados. Comparativamente, em nosso estudo, os pacientes envolvidos apresentaram predominantemente causas cirúrgicas e hemorragia gastrointestinal. Este dado pode estar superestimado devido a um dos hospitais ser referência em cirurgia cardíaca de alta complexidade. Ainda assim, analisando isoladamente o outro hospital, a porcentagem de ocorrência de sangramento em pacientes cirúrgicos também foi majoritária (64%). **Conclusão:** A hemorragia fora do cenário do trauma pode ser predominante em muitos hospitais. A abordagem similar para todos os tipos de sangramento grave não é ideal. Logo, há necessidade de mais estudos para que se conheçam as melhores estratégias terapêuticas para sangramentos de causa não traumática.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.709>

AVALIAÇÃO DA ALOIMUNIZAÇÃO ERITROCITÁRIA EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MINEIRO

HS Contelli^a, MC Oliveira^b, AAS Ido^b,
EM Francalanci^b, POC Terra^b, ER Filho^{b,c},
DWF Batistão^d, S Royer^a

^a Instituto de Ciências Biomédicas (ICBIM),
Universidade Federal de Uberlândia (UFU),
Uberlândia, MG, Brasil