

equipe de enfermagem atua desde a coleta de exames pré procedimento, realização do procedimento em si e coletas de exames pós procedimento, além de realizar educação e orientações para os pacientes, familiares e equipes de outros setores envolvidos no processo. Há cerca de 10 anos passamos a realizar esse procedimento de forma sistemática e desde então as práticas de enfermagem foram sendo aprimoradas, como a utilização de cateteres até então não utilizados (cateter totalmente implantado e cateter central de inserção periférica) até a implantação de práticas de cuidados durante o procedimento visando a segurança do paciente em sua totalidade. **Discussão:** O cuidado de enfermagem durante esse complexo procedimento demonstra a necessidade de capacitação e estudos constantes por parte da equipe de enfermagem, visando, principalmente, otimizar a qualidade e a segurança assistencial. **Conclusão:** Diante do aumento de EP na instituição e da complexidade do procedimento, percebe-se que a segurança do paciente deve ser o principal foco durante a realização desse procedimento que, nessa realidade, tem-se mostrado efetivo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1337>

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE E OS DESAFIOS TRANSFUSIONAIS ASSOCIADOS: RELATO DE CASO DOS ACHADOS IMUNOHEMATOLÓGICOS

LS Pegorer^a, EFGD Santos^b, ENP Florentino^b,
JAR Neto^b, AF Vasconcelos^b, PMN Teixeira^b,
JCI Gazola^a

^a Centro Universitário das Faculdades Integradas de
Ourinhos (UNIFIO), Ourinhos, SP, Brasil

^b Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

A Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI) é uma citopenia causada pela destruição de eritrócitos por autoanticorpos quentes ou frios, através do sistema complemento ou sistema retículo endotelial. O caso em que se trata é de uma paciente com um quadro clínico de AHAI idiopática, apresentando uma anemia sintomática com a necessidade de diversas transfusões de concentrado de hemácias e de medidas de terapia intensiva devido ao agravamento do seu quadro clínico. O serviço de Imunohematologia utilizou uma técnica acessória a fim de pesquisar o TAD positivo eliminando os anticorpos fixados nas hemácias da paciente para que fossem identificados ao menos os antígenos ABO e Rh para uma transfusão compatível. Realizamos adsorção com difosfato de cloroquina que tem por finalidade remover anticorpos IgG da superfície das hemácias, preservando seus antígenos na membrana. Após o tratamento das hemácias, foi possível confirmar a fenotipagem eritrocitária do paciente em fase direta e reversa: O Rh negativo, D fraco negativo, assim como evidenciado o TAD negativo após a remoção dos autoanticorpos. Resultado importante, pois, trouxe a segurança de que o processo hemolítico das hemácias estava realmente sendo causado pela autodestruição e não por anticorpos heterólogos que pudessem gerar ainda mais hemólise na transfusão alogênica de hemácias. Paciente não apresentou sinais de reação transfusional em nenhuma das

infusões, não foi observado alteração dos sinais vitais que pudessem justificar alarde, pelo contrário, houve melhora progressiva a cada transfusão da taquicardia e fadiga causada pelo processo anêmico, assim como queda da icterícia pela avaliação clínica. No dia 15/07 apesar de não existir melhora significativa dos exames laboratoriais (Hb 3,3 g/dL), por conta da melhora clínica importante, a equipe optou pela alta da UTI e acomodação em leito de enfermagem, ao exame clínico a paciente encontrava-se, acordada, calma, contactuante, orientada no tempo e espaço, afebril, sem sedação, eupneica em ambiente, estável hemodinamicamente sem uso de drogas vasoativas, normocárdica, normotensa, euglicêmica; Encerrado o uso de imunoglobulina por via endovenosa e optado por não entrar com antibioticoterapia. Teste de COVID-19 e influenza negativos. No dia 01/08 paciente encontrava-se visivelmente melhor, com Hb 5,5 g/dL, estável hemodinamicamente e sem sinais de desconforto respiratório, exames laboratoriais sorológicos para patologias virais e parasitárias negativos, teste de FAN reagente para anticorpos nucleares (padrão nuclear pontilhado fino) com título 1/160, sugestivo de LES, para confirmação mais exames serão solicitados no acompanhamento hematológico. Recebeu alta hospitalar com encaminhamento para seguimento ambulatorial com hematologista, receita de medicamentos para uso em domicílio, atestado médico de 3 meses e carta para retorno no Pronto Socorro em 1 semana para reavaliação médica e exames laboratoriais. Ao retorno, a avaliação clínica foi satisfatória, relatou que não sentiu mal-estar no período, e aos exames laboratoriais, Hb 11,7 g/dL e Ht 37,5%. Foi liberada e segue em acompanhamento ambulatorial, até o momento sem necessidade de nova internação e transfusão de sangue. Pacientes com AHAI apresentam um desafio para o laboratório de imunohematologia, 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. O laboratório deve estar apto para resolver os casos destes pacientes com metodologias capazes de solucionar os bloqueios ocasionados por essa múltipla aglutinação, e capacidade técnica para interpretar os resultados e disponibilizar a transfusão o mais rápido possível.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1338>

USO DO DITIOTREITOL (DTT) COMO TÉCNICA IMUNO-HEMATOLÓGICA ASSOCIADA AO SUPORTE TRANSFUSIONAL DE PACIENTE EM USO DE ANTICORPO ANTI-CD38

AG Vizzoni^a, BS Fernandes^b, AMB Bertolo^b,
ICED Carmo^b, FG Mello^c, MCPD Santos^c

^a Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
(INI/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital da Força Aérea do Galeão (HFAG), Rio de
Janeiro, RJ, Brasil

^c Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), Rio de
Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O Daratumumabe se liga ao CD38 nas hemácias e interfere com testes de compatibilidade, incluindo a triagem

de anticorpos e prova cruzada. Os métodos de mitigação da interferência de Daratumumabe incluem tratar as hemácias com Ditiotretol (DTT) para quebrar a ligação ao Daratumumabe. Uma vez que o sistema de grupo sanguíneo Kell também é sensível ao tratamento com DTT, unidades K-negativas devem ser fornecidas após exclusão ou identificação de aloanticorpos usando hemácias tratadas com DTT. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente do sexo masculino, 66 anos, portador de Mieloma Múltiplo IgG Kappa – ISS III. Diagnóstico em Janeiro de 2022 com anemia, injúria renal aguda, hipercalcemia e lesões líticas em coluna vertebral. Mielograma apresentou 90% de plasmócitos e eletroforese de proteínas com pico monoclonal de 4,6 g/dL. Recebeu tratamento com quimioterapia de indução – esquema VRd (Bortezomibe + Lenalidomida + Dexametasona), 04 ciclos, seguido de consolidação com Transplante Autólogo de células tronco hematopoéticas em Julho de 2022. Prosseguiu para manutenção com Lenalidomida diária. Alcançou resposta parcial muito boa nos exames de reavaliação. Em Fevereiro de 2023 houve ressurgimento do pico monoclonal (1,1 g/dL), sendo confirmado em nova eletroforese de Abril – 1,8 g/dL, com imunofixação novamente positiva para banda monoclonal IgG Kappa. Iniciou esquema de resgate com esquema Daratumumabe + Caflizomibe + Dexametasona em Junho de 2023. Necessária a indicação de transfusão e foi confirmado a incompatibilidade nos testes pré-transfusionais. **Material e métodos:** Foram realizados testes pré-transfusionais que incluíram a tipagem ABO/Rh, teste da antiglobulina direta, Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) e teste de eluição de anticorpos através da metodologia de gel teste (Bio-Rad). Adicionalmente, as hemácias de triagem, identificação de anticorpos e das bolsas que foram compatibilizadas foram tratadas com Ditiotretol 0,2M. **Resultados:** Não foram observadas discrepâncias na tipagem ABO e RhD, entretanto, houve panreatividade na pesquisa de anticorpos irregulares, na identificação do painel e incompatibilidade das hemácias da prova cruzada sem tratamento prévio com DTT. Após o tratamento das hemácias com DTT, foi possível evidenciar uma PAI positiva, com identificação de aloanticorpos anti-C e provas cruzadas compatíveis. **Discussão:** O Daratumumabe é um anticorpo monoclonal IgG1k direcionado ao CD38, proteína de superfície também expressa em células eritrocitárias, sendo um recurso promissor altamente eficaz e utilizado no tratamento do mieloma múltiplo. No entanto, por esse anticorpo ter a capacidade de reconhecer o receptor CD38 nas células do MM e interferir nos testes pré-transfusionais, podem ocasionar erros na interpretação do teste indireto de antiglobulina e mascarar a presença de aloanticorpos de importância clínica. **Conclusão:** Embora apresente benefícios promissores, a interferência do medicamento anti-CD38 nos testes pré-transfusionais deve ser criteriosamente avaliada pelo laboratório de imuno-hematologia, uma vez que pode comprometer a segurança transfusional, introduzir testes desnecessários na rotina transfusional e atrasar o fornecimento de unidades de sangue compatíveis. O tratamento das hemácias com DTT 0,2M pode ser eficiente e acessível para reduzir a interferência do Daratumumabe na interpretação dos testes pré-transfusionais, incluindo a compatibilidade de hemocomponentes.

UM CASO DE SÍNDROME HEMOLÍTICA URÊMICA (SHU): PROTOCOLO TRANSFUSIONAL DE EMERGÊNCIA COMO ABORDAGEM TERAPÊUTICA

EFGD Santos, CGS Nogueira, MS Junior, MVM Polo, JCS Costa, PMN Teixeira, JCI Gazola

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

A Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU) é uma doença grave que afeta principalmente crianças entre 6 meses a 4 anos, podendo atingir adultos em qualquer idade. Caracterizada por trombocitopenia, anemia hemolítica, microangiopatia e lesão renal aguda conhecida como Tríade da SHU. A doença pode ser infecciosa ou idiopática, sendo a infecciosa a principal causa e de grande relevância epidemiológica, é causada geralmente pela *Escherichia coli* produtora da toxina Shiga-toxina (STEC). Outros microrganismos também podem estar associados com essa síndrome como a *Shigella dysenteriae*, *Campylobacter*, *Aeromonas*, Enterovírus entre outros. O consumo de alimentos contaminados, carne mal cozida e leite não pasteurizado é a porta de entrada da bactéria. A SHU também pode ocorrer através da administração de medicamentos específicos. Quando causada pela produção de STEC, essas toxinas adentram as células endoteliais principalmente dos rins e sistema nervoso central, interrompendo a síntese de proteínas nas células afetadas, isso acarreta uma disfunção endotelial, ativação e agregação plaquetária evoluindo para a formação de trombos. O diagnóstico é laboratorial, através do hemograma e dosagem de creatinina e ureia, além da urionálise completa. Em 06/01/2023 recebemos em nossa instituição uma paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, apresentando fraqueza, náuseas, tontura, febre e confusão mental. Exames laboratoriais: Hb de 5,1 g/dL, plaquetas em 11.000 mil/mm³, Urina: vestígios de bilirrubina e 220 cilindros hialinos. Foi prescrito protocolo transfusional de 05 UI de concentrado de plaquetas e 01 UI de concentrado de hemácias, após a transfusão a paciente apresentou reação alérgica leve, foi medicada conforme prescrição médica e estabilizada pela equipe. Acreditamos que a reação alérgica possa ter como origem sua patologia de base, porém realizamos protocolo para investigação de reação transfusional onde as medidas de prevenção para as próximas transfusões serão de leucorredução dos hemocomponentes e medicação antialérgica pré transfusão. O tratamento para SHU depende de sua gravidade, na maioria das vezes inclui suporte nutricional, controle da hipertensão e controle da plaquetopenia e da anemia. Casos mais graves que necessitam de suporte renal, a administração de antibióticos ainda é controversa, pois pode aumentar a liberação de toxinas piorando o quadro. A plasmaférese é um tratamento que pode ser usado em pacientes com SHU em situações graves. Na plasmaférese, o plasma sanguíneo é separado das células sanguíneas e removido do corpo. Em seguida, o paciente recebe uma infusão de plasma fresco ou substituto, o que ajuda a reduzir a quantidade de toxinas circulantes no sangue e a estabilizar a condição do paciente. Esse procedimento é usado em casos selecionados de SHU atípica ou formas graves da doença, especialmente em situações em que há envolvimento dos rins e risco de insuficiência renal aguda. É importante destacar que o tratamento da