

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2015, enquanto a França estima a ocorrência de aproximadamente 3 reações transfusionais a cada 1.000 transfusões, existe a hipótese de que a taxa de reação transfusional no Brasil pode encontrar-se mais próxima de 5 ocorrências a cada 1.000 transfusões. **Conclusão:** É de extrema importância o mapeamento do perfil das reações transfusionais e quais seus principais sintomas, para que possam ser identificadas e implantadas medidas de prevenção, garantindo a segurança transfusional minimizando a recorrência de reações para uma transfusão segura dentro das unidades.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1392>

IMPORTÂNCIA DO PROTOCOLO DE RESERVA CIRÚRGICA COMO FERRAMENTA DE QUALIDADE PARA GESTÃO DO ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES E REGÊNCIA FINANCEIRA EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

RE Almeida^{a,b}, DPM Almeida^a, JPB Bokel^a, FRM Silva^a, AG Vizzoni^a

^a Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital Municipal Rocha Faria, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A medicina transfusional se consolidou como terapêutica importante no tratamento de diversas patologias clínicas e agenciada como garantia à segurança intraoperatória em procedimentos cirúrgicos de risco hemorrágico elevado. Apesar do conhecimento científico ampliado, da introdução de testes laboratoriais e da melhoria na triagem de doadores resultarem em qualidade e segurança, a transfusão ainda se relaciona a complicações de gravidade variável. As transfusões têm sido associadas a piores resultados como aumento da ocorrência de insuficiência renal e infecção, bem como complicações respiratória, cardíaca e neurológica em pacientes transfundidos. Tais desfechos oneram financeiramente as instituições de saúde com aumento do tempo de internação hospitalar, indigência de tratamentos ou exames complementares para enfrentamento aos danos produzidos. Também há o desafio em se assegurar disponibilidade de hemocomponentes em estoque pois o Brasil exibe estatística de doação inferior à promulgada pela OMS para a autossuficiência em componentes sanguíneos. Entre 2016 e 2019, 1,7% a 1,8% da população brasileira era doadora de sangue, se contraindo a 1,47% no ano de 2020. Esse cenário ficou agudamente crítico na pandemia por SARS-CoV2 e tendenciona a dificuldades com a transição vital como resultado, em ambos, do aumento da demanda por transfusão concomitante à redução de doadores. Para as instituições de saúde, a escassez em produtos sanguíneos refreia o potencial assistencial a pacientes em situações clínicas debilitantes ou candidatos a procedimentos cirúrgicos. **Discussão:** A agência transfusional em análise é um serviço de apoio terapêutico às especialidades clínicas e cirúrgicas de uma instituição de saúde cujo perfil assistencial alude a atendimentos de

urgência e emergência, com mais de 250 transfusões/mês e frequentemente instituindo protocolos de transfusão maciça. No ano de 2021, as cirurgias ortopédicas representaram 92,8% dos procedimentos cirúrgicos com reserva de Concentrado de Hemácias (CH) mas com 83% de compatibilizações desnecessárias. Considerando que a medicina transfusional é onerosa em razão do emprego de tecnologias de alta valoração e que reservas cirúrgicas dispensáveis atribuem à instituição custos inúteis e falta temporária de hemocomponentes, tornou-se imperativo ponderar a política de uso de produtos sanguíneos para procedimentos operatórios ortopédicos. Deste modo, 394 cirurgias eletivas avaliadas no ano de 2022 promoveram o preparo de 756 CH para reserva cirúrgica, porém consumo de 31 CH na etapa intraoperatória (4,1% da reserva cirúrgica). A partir do levantamento dos dados relativos às particularidades de reservas cirúrgicas e consumo intraoperatório de CH, foi possível apreciar parâmetros norteadores para uma conduta hemoterápica prévia às cirurgias ortopédicas. Apenas as cirurgias de artroplastias de quadril, fratura de acetábulo e amputação de membros inferiores requerem reserva cirúrgica de CH. A grande maioria dos procedimentos não requer nenhuma reserva de CH, o que significaria para a instituição uma economia de 89,8% em custos no preparo de reservas cirúrgicas desnecessárias se o protocolo estivesse em vigor. **Conclusão:** A reserva cirúrgica excessiva de CH impõe desafios às instituições à medida que desperdícios financeiros e a indisponibilidade temporária desse recurso terapêutico comprometem a assistência a outros pacientes e a viabilidade econômica do serviço de saúde. É imperativo rever recursos de transfusão em cirurgias, baseando a decisão em uma avaliação individualizada do perfil do paciente e do tipo de procedimento para uma alocação eficiente dos hemocomponentes e economicidade para a instituição.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1393>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM PESQUISA DE ANTICORPO IRREGULAR POSITIVA DE AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS DO HEMOVITA CAXIAS

JD Ramos, CA Kreisig, MA Leite

Hemovita Caxias, Caxias do Sul, RS, Brasil

Objetivos: Na prática transfusional há contato frequente com anticorpos, sendo alguns considerados naturais como do grupo ABO e outros anticorpos produzidos devido a exposição a antígenos eritrocitários não próprios, considerados irregulares, como do grupo Rh, Kell, dentre outros. Assim, o estudo objetiva estabelecer o perfil epidemiológico dos pacientes com anticorpos irregulares, bem como identificar os principais anticorpos irregulares encontrados em pacientes atendidos por agências transfusionais do Hemovita Caxias, no período de dezembro de 2022 à julho de 2023. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo transversal, descritivo, retrospectivo utilizando a base de dados do serviço. **Resultados:** Foram encontrados 40 pacientes com pesquisa de anticorpos irregulares positiva, 35% (14) do sexo masculino e 65% (26)

feminino. A mediana de idade foi de 76 anos. Destes, 7,5% (3) apresentaram tipagem A Negativo, 27,5% (11) A Positivo, 12,5% (5) B Positivo, 7,5% (3) AB Negativo, 20% (8) O Negativo e 25% (10) O Positivo. Do total dos pacientes, 2,5% (1) tiveram um dos diagnósticos: AHAI, LLC, LMA, SMD, hemorragia digestiva alta, aplasia pura de série eritróide e AVC hemorrágico. Ainda, 5% (2) apresentavam diagnóstico de mieloma múltiplo, 7,5% (3) manifestaram algum diagnóstico hematológico, 27,5% (11) eram pacientes com anemia ferropriva, 37,5% (15) pacientes que passariam por procedimento cirúrgico e 2,5% (1) tratava-se de prematuro, logo, a amostra utilizada foi a materna. Dos anticorpos identificados, Anti-M, Autoanticorpo Anti-e, Anti-S, Autoanticorpo Anti-c, combinação Anti-C e Anti-K e combinação Anti-D, Anti-C, Anti-E e Anti-K foram encontrados em 2,5% (1) dos pacientes respectivamente. Identificou-se, Anti-Fya e Anti-K em 7,5% (3). Autoanticorpo Anti-E e a combinação de Anti-D e Anti-C foi encontrada em 5% (2). Identificou-se 17,5% (7) dos pacientes com Anti-D isoladamente, 10% (4) com Anti-Dia, em 17,5% (6) apresentaram autoanticorpo sem especificidade definida com ausência de aloanticorpo, e 10% (4) não foi possível a identificação do anticorpo devido à baixa titulação, 2,5% (1) negativou a PAI após tratamento com Dithiothreitol, e 2,5% (1) apresentou teste inconclusivo, possível presença de IgM. Dos 40 pacientes, 52,5% (21) já entraram no serviço com PAI positiva. **Discussão:** Devido a 65% (26) dos pacientes estudos pertencerem ao sexo feminino, foram observados a prevalência de anticorpos dirigidos ao sistema Rh e Kell, que estão frequentemente ligados a Doença Hemolítica do Feto e Recém-nascido. Também, por 35% dos pacientes apresentarem tipagem A e 45% tipagem O, comprovou-se a necessidade de se ter no estoque, essencialmente, concentrados de hemácias A e O com fenotipagem Rh e Kell e alguns CH com fenotipagem estendida, pois 12,5% (5) apresentaram anticorpos dirigidos a sistemas como Duffy e MNS. **Conclusão:** A aloimunização eritrocitária pode complicar uma transfusão. A busca por bolsas compatíveis deve ser feita criteriosamente para se encontrar um hemocomponente seguro, evitando reações transfusionais. Manter um estoque de hemocomponentes fenotipados em sua totalidade ainda é uma prática monetariamente inviável e demanda uma rotina laboriosa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1394>

ANÁLISE DE HISTÓRICO IMUNO-HEMATOLÓGICO E TRANSFUSIONAL DE RECEPTOR TRANSPLANTADO COM MEDULA ABO/RHD INCOMPATÍVEL NO INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER – RELATO DE CASO

SS Peniche-Rebouças, RP Sant'anna,
BMS Gomes, VFDS Alves, IJF Motta

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro,
RJ, Brasil

Introdução: O número de pacientes elegíveis para transplante de células-tronco hematopoéticas tem aumentado devido aos avanços na seleção de doadores. A incompatibilidade ABO não é contraindicada, entretanto os pacientes recebem transfusão no

período pós transplante, sendo necessário um protocolo de transfusão. **Objetivo:** Analisar o histórico imuno-hematológico e transfusional de paciente pós TMO com incompatibilidade ABO/RhD afim determinar a necessidade de revisão do Protocolo de Atendimento Transfusional a Pacientes Transplantados com Incompatibilidade ABO/RhD. **Relato de caso:** Paciente masculino, 51 anos, diagnóstico SMD, Grupo Sanguíneo O+, Pesquisa de Anticorpo Irregular negativo e Teste de Antiglobulina Direto positivo, candidato à transplante alogênico com incompatibilidade maior (DMO GS A RhD Negativo). Titulação de anti-A do paciente igual a 1024. Após a primeira plasmáfereze título 512 e 128 pós a segunda. Apresentou PAI positivo (anti-K) antes da infusão do TMO. Em D+68 apresentou GS O+, anti-A 512 e em D+103 título de 64. Em D+166 foi observada discrepância entre as provas direta e reversa, título de anti-A igual a 1, PAI, AC e TAD negativos. **Metodologia:** Determinação de GS, PAI, TAD e IAI pré e pós transplante pela metodologia de gel centrifugação. Busca do histórico Imuno-hematológico e transfusional do paciente em sistema informatizado do Serviço de Hemoterapia. **Resultado:** Histórico de Estudo Imuno-hematológico: GS O+ do dia D0 até o dia D+103. Título de anti-A igual a 512 em D+68 e título 64 em D+103. Discrepância ABO e Rh em D+166. Histórico Transfusional: Transfundidos 04 Concentrados de hemácias e 25 Plasmas frescos antes do TMO. Do dia D+1 até o dia D+166 foram transfundidos 35 CH, 39 Concentrados de plaquetas por aférese e 27 Pool de concentrados de plaquetas. Todos os componentes transfundidos na fase pré transplante respeitaram o GS do receptor (O+). Dos componentes transfundidos na fase pós, 89% de CH, 51% de CPAF e 82% de PCP também eram GS ABO pré TMO. **Discussão:** A incompatibilidade ABO e/ou RhD pode causar hemólise das células vermelhas do DMO ao serem infundidas, pode ocorrer falha ou atraso no enxerto de eritrócitos, hemólise de células vermelhas do paciente a partir de infusão de plasma do doador, hemólise de hemácias do paciente devido aos linfócitos passageiros derivados de aglutininas, hemólise devido à formação de anticorpo. O manual técnico da AABB descreve as fases pré e pós transplante para auxiliar o suporte transfusional de pacientes com transplante ABO incompatível. Na Fase I o paciente é preparado para o transplante, a Fase II é o início da terapia meloablative até o paciente apresentar TAD negativo, isoaglutininas anti-doador indetectáveis na prova reversa da tipagem ABO, e o GS do paciente estar consistente com o GS do doador. A Fase III consiste na tipagem direta e reversa igual ao GS doador. As fases indicadas constam no Protocolo de Atendimento Transfusional a Pacientes Transplantados com Incompatibilidade ABO/RhD do Serviço de Hemoterapia do INCA. **Conclusão:** Os componentes eritrocitários e plasmáticos foram em sua maioria adequados à tipagem realizada no momento da solicitação transfusional, evidenciando a necessidade de avaliação da fase atual do transplante. O estudo demonstra a necessidade de reformulação do Protocolo de Atendimento Transfusional a Pacientes Transplantados com Incompatibilidade ABO/RhD do Serviço de Hemoterapia do INCA com informações mais criteriosas das fases do transplante e constante avaliação da incompatibilidade ABO do dia D0 até a determinação completa do GS ABO/Rh, a fim de que sejam oferecidos hemocomponentes compatíveis com a fase pós transplante.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1395>