

DETERMINAÇÃO DO ÍNDICE TRANSFUSIONAL NO TRANSPLANTE RENAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

MGM Neto^a, CMB Junior^a, KB Fonseca^a,
FM Bandeira^b, RC Marques^a, CA Mesquita^a

^a Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio
de Janeiro, RJ, Brasil

^b Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do
Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

Introdução: A transfusão sanguínea é fundamental no suporte clínico e cirúrgico, de forma que garantir a disponibilidade de hemocomponentes num contexto de escassez de doadores e alto volume de procedimentos se mostra um desafio constante nos hospitais. Nesse contexto, a análise crítica da solicitação, processamento e transfusão dos hemocomponentes é essencial para o uso racional destes recursos limitados. **Objetivo:** Suscitar análise sobre a reserva pré-operatória e a utilização de hemocomponentes nas cirurgias de transplante renal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) de 01 janeiro de 2023 a 31 de maio de 2024. **Metodologia:** Este estudo retrospectivo observacional foi realizado com dados do Banco de Sangue Herbert de Souza, pertencente ao HUPE. As informações dos pacientes que foram submetidos ao transplante renal e seus respectivos hemocomponentes foram obtidas pelos prontuários eletrônicos MV e HemotePlus, respectivamente. Foram considerados como reserva cirúrgica os hemocomponentes com prova cruzada realizada no pré-operatório, e como hemocomponentes utilizados aqueles expedidos no per-operatório e no pós-operatório imediato (período até 24 horas após a cirurgia). **Resultados:** No período do estudo, 33 pacientes foram submetidos ao transplante renal, sendo 21 homens (63%) e 12 mulheres (37%), com mediana de idade de 45 anos (entre 17 e 71 anos), 70% pretos ou pardos e 30% brancos. Ao todo, foram realizadas 50 provas cruzadas em concentrados de hemácias, com utilização de apenas 13 destes. A razão entre prova-cruzada e transfusão (C/T) foi de 3,8 bolsas cruzadas para cada transfusão, enquanto a probabilidade transfusional correspondeu a 9,7% (pacientes transfundidos/pacientes com prova cruzada) e o índice transfusional foi de 0,42 (unidades transfundidas/pacientes com prova cruzada). **Conclusões:** A determinação de índices transfusionais máximos, como o “maximum surgical blood order schedule”(MSBOS), é utilizada em estudos que avaliam a eficiência na utilização dos hemocomponentes em hospitais de países em desenvolvimento. Por estes parâmetros, a razão C/T > 2,5, probabilidade transfusional abaixo de 30% e o índice transfusional < 0,5 encontrados neste estudo apontam para uma baixa demanda transfusional nas cirurgias de transplante renal, assim como solicitação de reserva e cruzamento desnecessário de bolsas no pré-operatório. Através dessa análise, esperamos otimizar os processos do ciclo do sangue, desde sua solicitação até a transfusão.

ALOIMUNIZAÇÃO ERITROCITÁRIA APÓS TRANSFUSÃO DE PLAQUETAS EM PACIENTE COM LMA

A Szulman^a, MCO Tavares^b, APLM Vargas^a,
FL Lino^a

^a Serviço de Hemoterapia, Hospital do Servidor
Público Estadual - FMO, São Paulo, SP, Brasil

^b Serviço de Hematologia, Hospital do Servidor
Público Estadual - FMO, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Relato de caso de aloimunização RH (Anti-D, Anti-C e Anti-E) após transfusão de CP randômicas em um paciente com diagnóstico de LMA em tratamento quimioterápico. **Materiais e métodos:** Paciente feminina, 64a, internada por Leucemia Mieloide Aguda (LMA) de baixo risco (CBPA α mutado) deu entrada no Serviço de Hemoterapia em 20/09/23 sem histórico transfusional. No 1º teste imuno-hematológico apresentou tipagem sanguínea “A RHD neg r/r (cde/cde) K-“, Pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) negativa. Durante a quimioterapia (QT) de indução (7+3 Citarabina + Daunorrubicina), entre 27/09 e 03/10/23 recebeu 19 CP randômicas RHD+. Durante o período pós indução (Nadir) recebeu mais 20 CP RHD+, totalizando 39 CP randômicas RHD+. Em remissão, seguiu o esquema terapêutico com mais ciclos de QT de consolidação (citarabina por 3 dias): 2º e 3º ciclos entre 15/11/23 e 19/01/24. Em 30/01/24 precisou de nova transfusão de CP. Nessa data, apresentou alteração nos testes pré-transfusoriais com a positividade na PAI com a Identificação de anticorpos irregulares Anti-D, Anti-C e Anti-E imunes. Entre 31/01 e 15/05/24, período correspondente ao 3º e 4º ciclos de QT de consolidação, recebeu mais 41 CP RHD+. Ao longo do tratamento recebeu também 6CHs fenótipo compatíveis para ABO, Rh (CDE-) e Kell. Não apresentou nenhuma outra reação transfusional. Todas as bolsas usadas foram desleucotizadas e irradiadas. **Discussão:** Embora as plaquetas não expressem antígenos do sistema Rh na sua superfície, a aloimunização eritrocitária após a transfusão de CP é possível, apesar de infrequente. A taxa de aloimunização é muito variável na literatura, porém claramente é mais frequente para o antígeno D do que para antígenos não-D (Rh ou outros grupos). Há relatos de aloimunização por anti-E, anti-e, anti-C, anti-c, anti-K, anti-f, anti-Jka e anti-Fya. Os mecanismos que levam à aloimunização incluem a (1) presença de hemácias residuais no CP após a sua produção e (2) a presença de microvesículas/micropartículas que são vesículas extracelulares decorrentes da lesão da membrana dos eritrócitos que surgem durante o período de estocagem. As micropartículas derivadas de hemácias podem ser mais imunogênicas do que as hemácias residuais porque são mais facilmente fagocitadas. A presença do antígeno D e de outros antígenos de vários sistemas de grupos sanguíneos em microvesículas já foi evidenciada. Em pacientes onco-hematológicos RHD- submetidos a quimioterapia, a taxa de aloimunização RhD parece ser ainda menor, sendo que alguns autores não evidenciaram casos de aloimunização nessa população. Nosso caso alerta para o risco de aloimunização RhD e RHCE com o uso de CP mesmo em paciente teoricamente imunodeprimido. As diretrizes nacionais atuais recomendam que receptores RhD-, do sexo feminino, com idade < 45a devam ser, preferencialmente,