

o que dificulta e adia o procedimento de transfusão. A resolução dos casos imunohematológicos no HU-UFJF era dependente de uma instituição externa, localizada em outra cidade, o que gerava pelo menos 15 dias para liberação do resultado. **Material e métodos:** Os pacientes envolvidos neste estudo foram aqueles internados no HU-UFJF com indicação de transfusão de hemocomponentes entre janeiro de 2019 e junho de 2020, dos quais rotineiramente são coletadas amostras de sangue periférico para a execução dos testes pré-transfusionais. A pesquisa e a identificação de anticorpos irregulares foram realizadas por técnicas sorológicas utilizando cartões de coluna em gel de aglutinação e hemácias comerciais (Bio-rad). **Resultados:** Durante o período estudado, foram realizadas 1.354 transfusões de concentrados de hemácias no HU-UFJF, referentes a 376 pacientes, das quais detectamos uma taxa de aloimunização de 1,92%. Estabelecemos protocolo de investigação imunohematológica para pacientes com pesquisa de anticorpos irregulares positiva utilizando dois painéis (LISS/Coombs e enzimático) de 11 células com uma configuração de antígenos especificamente selecionada para a identificação de anticorpos eritrocitários irregulares. Com a implementação deste protocolo, detectamos durante o período do estudo 12 aloanticorpos com especificidades diferentes e predomínio de anticorpos contra antígenos sistema Rh, Kell e Diego. Em 88,46% dos casos de aloimunização identificados, foi possível a liberação das transfusões em até 24 horas respeitando a especificidade do aloanticorpo. Deste modo, o tempo de liberação das unidades de sangue fenótipo compatível foi reduzido consideravelmente, resultando em melhoria do atendimento e da qualidade de vida dos pacientes, além de redução significativa do tempo de internação e de suspensão de cirurgias eletivas. Ao considerarmos os custos da diária de internação dos pacientes aloimunizados e os gastos com os reagentes comerciais utilizados para o protocolo estabelecido, verificamos uma economia de 81,09% para o hospital. **Conclusão:** Com a implementação do protocolo proposto, foi possível otimizar o atendimento ao paciente e reduzir o risco de transfusões incompatíveis, além de resultar em um impacto financeiro para o sistema de saúde, com rápida resolução e redução dos custos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.659>

658

INCIDÊNCIA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS IMEDIATAS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SÃO PAULO

P.E. Kamioka^a, T.A.O. Paula^a, P.S. Batista^a,
B.C.C. Cremasco^a, A.M. Sakashita^b, D.
Nobrega^a, A. Bousso^a, C.Y. Nakazawa^a

^a Hospital Municipal Vila Santa Catarina –
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert
Einstein, São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São
Paulo, SP, Brasil

Objetivos: As transfusões de hemocomponentes, mesmo quando bem indicadas, podem levar a reações adversas ao

paciente. As reações transfusionais têm incidência desconhecida, devido principalmente à subnotificação de casos. No Brasil, a frequência de notificações de reações transfusionais vem aumentando com a implantação do sistema NOTIVISA. Nosso objetivo é avaliar a incidência de reações transfusionais imediatas em um hospital terciário na cidade de São Paulo. **Materiais e métodos:** Foi realizado um levantamento retrospectivo de todas as reações transfusionais imediatas investigadas e notificadas desde a abertura do hospital, no período de 01/07/2015 a 30/06/2020, e registradas no Departamento de Hemoterapia. Trata-se de um hospital terciário que atende maternidade de alto risco, pacientes do programa de transplante hepático e renal, e pacientes oncológicos entre outras especialidades. **Resultados:** Houve um total de 119 reações transfusionais imediatas confirmadas em nosso serviço, no período acima citado, de um total de 16819 transfusões realizadas, o que equivale a uma média anual de 0,83% das transfusões. As reações mais frequentes foram reação alérgica e reação febril não hemolítica (RFNH). As reações observadas foram: reação alérgica (84/119, ou 71%), RFNH (22/119, ou 18%), TACO (5/119, ou 4%), distúrbio metabólico (3/119, ou 3%), contaminação bacteriana (2/119, ou 2%), reação hemolítica aguda (1/119, ou 1%), hipotensão (1/119, ou 1%) e TRALI (1/119, ou 1%). **Discussão:** A incidência de reações transfusionais imediatas em nosso serviço está abaixo da meta estabelecida pelo SHOT, de < 2%. Em nosso serviço, temos alguns protocolos institucionais para minimizar a frequência de reações transfusionais tais como: deleucotização de concentrados de hemácias em menos de 48 horas após a coleta; irradiação universal; fenotipagem profilática de acordo com a doença de base; verificação de histórico transfusional e protocolos de deleucotização e irradiação no sistema informatizado; protocolos de procedimentos especiais para os pacientes que já tiveram história de reações transfusionais, tais como aliquotagem, lavagem e redução de plasma, como condutas preventivas; cultura universal em plaquetas; coleta de PFC apenas de doadores do sexo masculino e nulíparas. Também instituímos a busca ativa de reações em pelo menos 10% das transfusões mensais a partir de setembro de 2017. Além disso, notificamos no NOTIVISA 100% das reações transfusionais conforme o Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância – ANVISA 2015, apresentamos os casos no Comitê de Auditoria Transfusional, realizamos a notificação via SINAPSE (sistema informatizado interno de notificação de eventos adverso), com o objetivo de compartilhar as reações transfusionais com as áreas, estimulando assim o reconhecimento precoce pelos profissionais de enfermagem dos eventos e reportamos aos Bancos de sangue terceiros do destino dos hemocomponentes (transfusão, descarte ou reação transfusional). **Conclusão:** A notificação e investigação adequadas das reações transfusionais são importantes para verificar a real incidência de reações transfusionais no Brasil. Os protocolos instituídos em nosso serviço são de grande importância para manter a meta de menos de 2% de reações transfusionais em todas as transfusões realizadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.660>

