

da Antiglobulina Humana Direto (TAD) ou Coombs Direto. **Resultados:** Quanto à classificação ABO e fator RhD, 46 pacientes eram O Positivo (41,4%), 29 A Positivo (26,1%), 16 O Negativo (14,4%), 12 B Positivo (10,8%), 5 A Negativo (4,5%), 2 AB Positivo (1,8%) e 1 AB Negativo (0,9%). Não houve transplantes em pacientes B Negativo. Dos 111 pacientes analisados, apenas 2 apresentaram P.A.I. Positivo, um com aloanticorpo anti-Fya e outro com Anti-E. O teste de Coombs direto foi negativo para todos os receptores. Um dos riscos da transfusão sanguínea é a formação de anticorpos contra antígenos eritrocitários. Aloanticorpos eritrocitários trazem risco de hemólise e ocorrem em pacientes que receberam múltiplas transfusões. Se presentes, é preciso encontrar doadores sem os antígenos correspondentes. A realização de testes imunohematológicos é obrigatória em receptores de sangue, a fim de reduzir esses riscos. Como pacientes renais crônicos geralmente são politransfundidos previamente ao transplante, essa análise torna-se ainda mais importante. **Conclusão:** Tendo em vista o potencial risco de aloimunização, pode-se ter dificuldade em encontrar unidades compatíveis com urgência para uma politransfusão. Por isso, o conhecimento do perfil imunohematológico dos pacientes na lista de transplantes é essencial para um bom resultado cirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.660>

CLASSIFICAÇÃO HEMORRÁGICA DAS GESTANTES TRANSFUNDIDAS EM UMA MATERNIDADE

F Akil, MC Mattos, NRS Gomes, SSA Lozano, LFF Dalmazzo

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia - Grupo GSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A hemorragia obstétrica é uma emergência médica caracterizada por sangramento materno excessivo. Esta pode ocorrer antes, durante ou após o parto e, por ser mais frequente nos dois últimos momentos, pode também ser chamada de hemorragia puerperal (HPP). Segundo a literatura sua incidência atinge até 6% de todas parturientes. Atualmente, a HPP configura a principal causa de morbimortalidade materna em todo mundo. Seu manejo é desafiador e, abrange a atuação de equipe multidisciplinar. A instituição de protocolos que, não apenas classificam as gestantes conforme sua maior predisposição para sangramento, mas que descrevem as principais medidas obstétricas, cirúrgicas e hemoterápicas a serem tomadas frente a uma situação emergencial é fundamental para a redução da mortalidade materna. As principais etiologias podem ser divididas em 4 grandes grupos: alteração do tônus uterino, retenção de tecido ou coágulos, trauma no trato genital e distúrbios de coagulação. Dentre estes a mais frequente é a atonia uterina, definida como falha na contratilidade do útero após o parto resultando num sangramento excessivo. **Material e método:** Em nosso Serviço, o protocolo de atendimento à hemorragia puerperal (HPP) é bem estabelecido. As pacientes são classificadas na admissão e, reclassificadas durante a permanência hospitalar de acordo com o curso clínico. Nas de baixo risco é

realizada tipagem sanguínea, nas de médio risco acrescentamos a pesquisa de anticorpos irregulares e, nas de alto risco realizamos a prova cruzada de forma que, o concentrado de hemácia está disponível para atendimento hemoterápico imediato. Nosso objetivo foi analisar de forma retrospectiva a classificação, pelo protocolo de HPP, das gestantes transfundidas em nosso serviço, a fim de avaliar os fatores de risco mais associados a sangramento obstétrico com necessidade transfusional. O período de análise foi de abril/2020 à Junho/2021. **Resultados:** No período analisado, ocorreram 6145 atendimentos obstétricos que envolveram parto vaginal, cesariana, curetagem ou reabordagem cirúrgica. Destes 59 (0,96%) necessitaram de transfusão durante a internação. As gestantes que mais receberam hemotransfusão foram aquelas classificadas em baixo risco 23 (39%), seguidas pelas de alto risco 22 (37,3%) e, por fim as de médio 14 (23,7%). Dentre as causas do sangramento, a alteração do tônus foi a mais frequente ocorrendo em 25 (42,4%) pacientes. O total de hemocomponentes transfundidos nessas pacientes foi 228 perfazendo uma taxa de 3,9 hemocomponentes por paciente e, distribuído da seguinte forma: 85 (37,3%) nas de baixo risco, 39 (17,1%) nas de médio e 104 (45,6%) nas de alto risco. **Conclusão:** A estratificação de risco das gestantes auxilia o serviço a se preparar melhor para o atendimento das pacientes classificadas em um maior risco para sangramento. Porém, parte expressiva das parturientes com hemorragia obstétrica não apresenta fatores de risco identificáveis durante a gestação ou admissão hospitalar, sendo inicialmente classificadas como baixo risco. Portanto, os serviços de maternidade devem estar estruturados e, ter equipe capacitada para o atendimento emergencial. Apenas dessa forma, conseguiremos reduzir as taxas de mortalidade obstétrica por HPP.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.661>

CORRELAÇÃO DE DEFICIÊNCIA DE IMUNOGLOBULINA IGA EM CHOQUE ANAFILÁTICO POR TRANSFUSÃO

FEC Piassa^a, SB Azeredo^a, VL Camargo^a, VD Rossato^a, CM Wink^b, JS Palaoro^b, CSR Araújo^{a,b}

^a Faculdade de Medicina, Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo, Fundo, RS, Brasil

^b Serviço de Hemoterapia do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo, Fundo, RS, Brasil

Introdução: Deficiência de imunoglobulina A (IgA) é o defeito imunológico humano mais comum, classificado como uma imunodeficiência humoral primária e caracterizado pela ausência de IgA sérica. As condições que envolvem essa doença são heterogêneas, com diversos mecanismos fisiopatológicos como possíveis causas. Com relação ao quadro clínico, a maioria dos pacientes é assintomático, porém podem apresentar infecções de repetição e doenças autoimunes. Portadores dessa deficiência podem apresentar anticorpos anti-IgA, que pode ser o responsável por reações anafiláticas após transfusões de hemocomponentes. **Relato do caso:** Paciente



masculino, 65 anos, em tratamento para linfoma Não-Hodgkin de alto grau, transfundido há 7 meses, interna por exacerbação de quadro de dispneia iniciado há 3 meses em função de pneumonia bacteriana. Devido a quadro oncológico subjacente, foi solicitada uma unidade de concentrado de hemácias (CH) para correção de quadro anêmico grave. Durante a infusão do CH, o paciente evolui com angioedema, anasarcado, sendo manejado com metilprednisolona, difenidramina e adrenalina. Mesmo com medidas, paciente entra parada cardio respiratória e evolui para óbito em menos de uma hora após início de infusão. Em estudo post-mortem, utilizando a amostra da soroteca do paciente, foi possível confirmar que o paciente apresentava deficiência de IgA. **Discussão:** A transfusão sanguínea, embora seja uma forma de terapia segura e efetiva, não é isenta de riscos. A anafilaxia relacionada à transfusão é uma reação transfusional aguda, rara e explicada, nesse caso, pela presença de anticorpos anti-IgA em receptores deficientes desse tipo de imunoglobulina que reagem com as proteínas IgA no soro do componente transfundido. No caso citado, o paciente provavelmente desenvolveu anticorpos anti-IgA em transfusão prévia e, meses depois, na posterior infusão de CH, cursou com quadro respiratório, evoluindo para angioedema, anasarca, insuficiência respiratória grave e consequente óbito pela reação anafilática. Esse tipo de reação pode começar discretamente e de forma sistêmica, evoluindo para choque, até óbito. É necessário, então, manejo precoce, que cursa com suspensão imediata da transfusão, administração de epinefrina, infusão de fluidos endovenosos, drogas vasopressoras e manutenção da permeabilidade e oxigenação adequados. A prevenção dessa reação se faz pelo diagnóstico precoce da deficiência da imunoglobulina IgA e posterior uso de concentrado de hemácias lavadas e, quando possível, transfusão de hemocomponentes de doadores raros deficientes de IgA. **Conclusão:** No Brasil, a legislação não determina a pesquisa de imunoglobulina IgA em doadores nem em pacientes, e em nosso serviço não temos disponível hemocomponentes provenientes de doadores com deficiência de IgA, porém, para estes pacientes, existe a possibilidade de transfundir hemocomponentes lavados como alternativa terapêutica no caso de pacientes com diagnóstico de deficiência de imunoglobulina IgA.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.662>

DOENÇA HEMOLÍTICA DO RECÉM-NASCIDO POR ANTICORPO ANTI-E (RH) E SISTEMA ABO

E Frossard

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A Doença Hemolítica do Recém-nascido (DHRN) por incompatibilidade do sistema de grupo sanguíneo (GS) ABO, perfaz 2/3 das incompatibilidades, sendo a mais comum mãe “O” e filho “A”. Quando é por anticorpo anti-D do sistema Rh esta fração perfaz em 1/3. Uma fração mínima se dá por outros anticorpos contra outros antígenos do sistema Rh, o que é mais raro. **Descrição do caso:** Paciente recebeu alta da

maternidade, com icterícia em zona II de Kramer, Bilirrubina Total (BT) de 7,2 mg/dL, hematócrito em 51,6% e com Coombs direto negativo. Não fez FOTOTERAPIA (FT). No 6º dia de vida, foi encaminhado ao Ambulatório de DHRN para acompanhamento clínico-hematológico. Colhido sangue do RN e da mãe para Estudo ImunoHematológico com seguinte resultado: RN: “B” Rh positivo, Coombs direto positivo fraco, Pesquisa de anticorpos Irregulares no Eluato foi negativa, Fenótipo Rh-R2r, Hemoglobina (Hb) 15,5 g/dL e Hematócrito (Ht) 48,2%, BT 10,8 mg/dL, Reticulócito 1%. Mãe: “O” Rh positivo, no soro materno presença no IgG anti-b com título de 1/128 e anticorpo anti-E (Rh2) do Sistema Rh, Fenótipo Rh- R₀r. Gesta IV Para IV Aborto 0, todos os 3 primeiros filhos Rh positivos, sem história de icterícia após nascimento. Pai: “B” Fator Rh positivo, Fenótipo Rh-R1R2. **Acompanhamento clínico:** Paciente segue em acompanhamento semanal, com queda do hematócrito em 7% por semana, Coombs direto positivo fracamente, bom estado geral (BEG), ativo, reativo. Facies atípica. Sem adenomegalias. Orofaringe sem alterações; fontanela anterior 1×1 cm, normotensa. AR: MVUA em ambos os pulmões, sem RA, FR: 58 irpm, ACV: pulsos isócronos, BNF em 2T, RR, sem sopros, FC: 140 bpm. Abdome: flácido, indolor a palpação, timpânico, peristalse presente. Baço não palpável, fígado em RCD. Membros: sem edemas. Genitália: masculina, testículos em bolsa. Pele: integra. Moro presente. Última consulta em 09/08/2021, com 26 dias, apresentava Hb 10,3 g/dL e Ht 32,2%, Coombs direto positivo fraco e clinicamente compensado. **Conclusão:** o caso clínico chama atenção por apresentar duas incompatibilidades por grupos sanguíneos ABO e Rh, sendo que a incompatibilidade mãe “O” com filho “B” não é a mais comum tanto quanto o título de IgG anti-b elevado. Mesmo com a proteção da IgM na circulação materna, o sistema imune respondeu com a produção de anticorpo irregular anti-E do sistema Rh, que é mais rara, devido as múltiplas gestações pois a mãe nunca recebeu transfusão sanguínea. Observa-se que a hemólise é lenta e gradativa, diferente daquela por anticorpo anti-D. Qualquer que seja a incompatibilidade sanguínea materno fetal, deve-se fazer um bom acompanhamento clínico-hematológico do paciente acompanhado de um Estudo ImunoHematológico dos pais, pois o diagnóstico da DHRN se conclui mostrando que o anticorpo no soro materno é o mesmo presente sobre as hemácias do paciente e neste caso, os fenótipos dos pais não são os mais comuns.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.663>

ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO DE USO RACIONAL DE SANGUE EM CIRURGIAS ELETIVAS, NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO

FMGC Bandeira ^{a,b}, KB Fonseca ^b, JR Cunha ^b

^a Disciplina de Hematologia e Hemoterapia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Serviço de Hemoterapia Herbert de Souza, Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),

