

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),



Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivos: Este estudo visou gerar subsídios para a implantação de estratégia para uso racional do sangue em cirurgias eletivas, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). **Material e métodos:** Foram identificadas as clínicas cirúrgicas e os procedimentos que demandavam reserva de concentrado de hemácias (CH). Foi dimensionado o índice de uso de sangue por cada procedimento, considerando o sangue transfundido sobre o reservado, gerando o índice de pacientes transfundidos (IPT) e o índice prova cruzada/transfusão (PC/T). Verificou-se a confirmação destas reservas, mediante a resposta ao mapa cirúrgico, enviada para o centro cirúrgico. A utilização ou não destas reservas no perioperatório (até 24 horas após a cirurgia), foi confirmada através da comprovação de expedição no sistema informatizado em uso na Hemoterapia HUPE. O resultado do IPT, indicaria necessidade de reserva se $>10\%$; necessidade de realização de tipagem sanguínea (TS) e pesquisa de anticorpo irregular (PAI) se $\text{IPT} > 1$ e $< 10\%$; ou nenhum preparo hemoterápico prévio se $< 1\%$. O índice PC/T justificaria a reserva quando $= 1$. Foram revisados todos os mapas cirúrgicos de 2017, os mapas cirúrgicos da Neurocirurgia e Ortopedia no período de Jan a Mai 2021 e os da Ginecologia de Jan a Mar 2021. **Resultados:** Cirurgia Cardíaca, justificou reserva de hemocomponente, com $\text{IPT} > 10\%$ em todos os procedimentos. TS e PAI apenas, seriam necessários em 50% dos procedimentos na Cirurgia Vascular. Na Cirurgia Torácica, 27,7% dos procedimentos justificaram a reserva de CH, 16,6% apenas TS e PAI e as demais não requereriam preparo. Cirurgia Geral tem 22,2% dos procedimentos que justificariam reserva de CH, enquanto que para nenhum outro justifica sequer TS e PAI. Dos procedimentos realizados pela Urologia, 27% justificariam reserva, 8% TS e PAI e os demais nenhum preparo hemoterápico. A Neurocirurgia utilizou apenas 1,8% das reservas solicitadas e a Ortopedia, 2,2%. Na Ginecologia, o uso racional do sangue vem sendo divulgado entre residentes e staff desde 2017 e no período do estudo, dos 71 procedimentos realizados, foi solicitada reserva em 11 deles (15,5%), tendo sido usada em apenas um procedimento (laparotomia exploradora). **Discussão:** A implantação do “patient blood management” (PBM) e do “maximum surgical blood ordering schedule” (MSBOS) visam otimizar e racionalizar as reservas de hemocomponentes para cirurgias eletivas. Observa-se que é alta a solicitação de reserva de hemocomponentes no HUPE, justificando a busca por evidência para a racionalização do uso de sangue. Em pacientes cujos procedimentos e comorbidades não falem a favor de coagulopatia, uso de anticoagulação, ou risco acrescido de sangramento, quando o IPT e PC/T não revelem risco acrescido de uso de hemocomponentes, apenas TS e PAI deveriam ser solicitados. Procedimentos cujo IPT for menor que 1%, não justifica a reserva de hemocomponentes prévia. **Conclusão:** É necessária a criação de um protocolo de reservas de hemocomponentes para cirurgias no HUPE, baseado no PBM e MSBOS e recomenda-se ampliação desta avaliação para novos procedimentos incorporados no HUPE, tal como cirurgias robóticas. Sugerimos a criação de uma comissão de otimização de reservas cirúrgicas no hospital, com

participação da Medicina Transfusional, clínicas Cirúrgicas, Anestesiologia e com a chancela do Comitê Transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.664>

ESTUDO MULTICÊNTRICO DA PREVALÊNCIA DE MARCADORES VIRAIS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

FC Vieira, CG Andrade, MC Moraes, LFF Dalmazzo, SD Vieira

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia – Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil



As hepatites e infecções virais têm grande importância para a saúde pública e para o indivíduo, pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas. Divergem quanto às formas de transmissão, sendo que o grupo das hepatites B e C possui diversos mecanismos como o parenteral, sexual, compartilhamento de objetos contaminados (agulhas, seringas, alicates de manicure), piercing, tatuagens, instrumentos usados para uso de drogas injetáveis. De 1999 a 2019, foram notificados no Sinan (Sist. de Inform. de Agravos de Notificação) 673.389 casos confirmados de hepatites virais no Brasil. Destes, 247.890 (36,8%) são referentes aos casos de hepatite B e 253.307 (37,6%) aos de hepatite C. Em relação ao HIV, cerca de 1,8 milhão de pessoas são infectadas a cada ano no mundo. Em 2017, quase 37 mil pessoas viviam com o vírus, e 940 mil morreram por causas relacionadas à AIDS. No Brasil, são 40 mil novos casos por ano, ou seja, um a cada 15 minutos. **Objetivo:** Analisar o impacto e o perfil sorológico na realização dos testes para marcadores virais (hepatite B, C e HIV) na rotina pré transfusional de pacientes internados. **Métodos:** Levantamento retrospectivo entre o período de 2015 a 2019, em 9 instituições hospitalares de diversas especialidades em São Paulo. Junto à coleta de amostras para realização de testes pré-transfusoriais, foi coletada amostra para realização dos marcadores sorológicos para HBsAg, anti-HCV e anti-HIV, cuja metodologia utilizada foi o teste de Elisa. **Resultados:** Foram realizados 12.163 marcadores virais para HBsAg e anti-HCV e 4.745 para anti-HIV. Foram 267 pacientes que apresentaram alguma sorologia reativa, sendo que um apresentou mais de um marcador sorológico. A taxa de prevalência foi de 0,9% para HBsAg, 1,5% para anti-HCV e 0,77% para anti-HIV. A idade média foi de 63 anos, excluindo os recém-nascidos (de 0 a 4 meses), com predomínio do sexo masculino (68%). Em relação ao HBsAg, 86 sorologias positivas foram amostras de recém-nascidos com provável positividade por vacina materna. A informação do diagnóstico prévio de sorologia reagente desses pacientes é desconhecida. Todos os resultados foram informados para os médicos responsáveis pelos pacientes e para a equipe de SCIH (Controle de infecções hospitalares) dos Hospitais, como forma de monitoramento e controle de cada caso. **Conclusão:** A identificação de pacientes hospitalizados apresentando uma determinada sorologia reagente a marcadores virais antes da realização das transfusões prescritas é de extrema importância, pois desencadeia uma série de intervenções precoces como o tratamento