

ausência de antígenos de alta frequência, recomenda-se priorizar a busca por doadores R0 na região Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste para atender às necessidades transfusionais de pacientes com fenótipos raros. Mais testes e resultados desse estudo estão sendo apurados e serão publicados futuramente.

Conclusão: O conhecimento das variantes de Rh e suas associações como fenótipo RhCE, outros antígenos de grupos sanguíneos, etnia, localização e ancestralidade são importantes para busca de doadores com compatibilidade sanguínea. Dessa forma, garantimos a segurança dos pacientes que necessitam de transfusões. Além disso, a busca por doadores com fenótipos raros nas regiões Nordeste e Sudeste do país mostra-se uma estratégia relevante nesse contexto.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1335>

FATORES ASSOCIADOS À TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS EM RECÉM-NASCIDOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PROTOCOLO TRANSFUSIONAL E VOLUMETRIA

EFGD Santos, SI Pozzer, ENP Florentino, PMN Teixeira, JCI Gazola

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

Transfusões de concentrado de hemácias podem reduzir a morbidade associada ao quadro anêmico relacionado a prematuridade. Através das transfusões vidas podem ser salvas, especialmente daqueles neonatos que sofreram grande perda volêmica em quadros de trombocitopenia grave, septicemia, cardiopatias congênitas, ou mesmo em pacientes com grandes desconfortos respiratórios que necessitem de um maior aporte de oxigênio, entre outras enfermidades. Na anemia grave neonatal, a apresentação clínica mais comum se resume a taquicardia, acidose, hipoatividade, ocorrência de apneias, necessidade de suporte respiratório, baixo ganho ponderal e dificuldade de sucção. As transfusões são uma medida temporária que apensar do ganho em estabilidade hemodinâmica imediato podem ter a desvantagem de inibir ainda mais a eritropoiese. O protocolo transfusional em nossa instituição para Recém-Nascidos (RN) adota as sugestões da legislação vigente como regra: Os concentrados de hemácias devem ser desleucocitados removendo aproximadamente 99,9% dos glóbulos brancos e glóbulos vermelhos compactados presentes na unidade primária coletada do doador, reduzindo a transmissão de possíveis infecções como a do Citomegalovírus – CMV, que em recém-nascidos pode provocar doenças graves que comprometem o aparelho digestivo, sistema nervoso central e retina e reações transfusionais febris não hemolíticas. A transfusão deve ocorrer em pequenas alíquotas a fim de prevenir sobrecarga volêmica. Os testes pré-transfusionais com a amostra de sangue do RN incluem a tipagem ABO direta e o TAD, em paralelo deve-se realizar com a amostra da mãe ou eluato do RN, todos os testes pré transfusionais (Tipagem ABO direta e reversa, TAD, PAI e Pannel de identificação em caso de presença de anticorpos irregulares) na primeira transfusão, sendo todos compatíveis não há a necessidade de repetição dos testes em novas

transfusões até os seis meses de vida do RN. A unidade de Concentrado de hemácias deve ser preferencialmente do grupo O RhD negativo, D fraco negativo, com hemolisinas negativas para A e B, com até cinco dias de coleta. Realizamos em nossa instituição um levantamento no período de 01/2022 a 12/2022 da volumetria transfusional de Concentrado de hemácias, destacando em quantos protocolos foi possível transfundir exclusivamente unidades de hemácias O RhD negativo e o tempo de vida dos receptores. Foram realizadas 94 transfusões de Concentrado de Hemácias Desleucocitados (CHD) em 34 pacientes na UTI neonatal, somente em 13,16% dos casos foi necessária a transfusão de unidades O RhD positivo, possivelmente pela falta de unidades O RhD negativas em nosso estoque. A maioria dos pacientes, 65%, tinham até um mês de vida e não foi observado nenhum caso que evidencie uma reação transfusional. A transfusão na grande maioria das vezes é um procedimento o qual não se pode substituir, porém em alguns casos pode-se recorrer a fármacos estimuladores hormonais, como a eritropoetina que é o principal regulador do processo de formação das hemácias, reduzindo a necessidade de terapia transfusional, diminuindo os riscos gerais para o receptor. Em nossa instituição não dispomos da eritropoetina como opção terapêutica sendo a transfusão o único meio de tratamento emergencial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1336>

EXSANGUINEOTRANSFUSÃO PARCIAL EM PACIENTE FALCIFORME: COMPLEXIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

BP Zambonato^a, M Sosnoski^a, CR Rocha^a, NF Mesquita^a, AM Rosa^a, L Sekine^b, MA Almeida^b

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Doença Falciforme (DF) é a doença hereditária monogênica mais comum no Brasil e a terapia de troca parcial, ou Exsanguineotransfusão Parcial (EP), é a terapia transfusional mais utilizada no país para o seu controle. **Objetivo:** Descrever os principais cuidados de enfermagem em pacientes com DF e quais as complexidades envolvidas no processo de EP. **Material e métodos:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a vivência de enfermeiros atuantes em um ambulatório de transfusão pertencente ao banco de sangue de um hospital universitário do sul do país, com evidências da atuação entre janeiro de 2022 a julho de 2023. **Resultados:** A frequência de EP tem aumentado significativamente no hospital em estudo. Passou de uma média de 5 procedimentos por mês no ano de 2022 para uma média de 10 por mês no primeiro semestre de 2023, evidenciando o dobro de procedimentos no ano vigente. A EP envolve um cuidado complexo e específico da equipe de enfermagem que presta atendimento aos pacientes portadores de DF, fazendo-se necessário atualizações sobre o tema para melhorar o cuidado, tão intenso, nesse procedimento. Neste hospital, a

equipe de enfermagem atua desde a coleta de exames pré procedimento, realização do procedimento em si e coletas de exames pós procedimento, além de realizar educação e orientações para os pacientes, familiares e equipes de outros setores envolvidos no processo. Há cerca de 10 anos passamos a realizar esse procedimento de forma sistemática e desde então as práticas de enfermagem foram sendo aprimoradas, como a utilização de cateteres até então não utilizados (cateter totalmente implantado e cateter central de inserção periférica) até a implantação de práticas de cuidados durante o procedimento visando a segurança do paciente em sua totalidade. **Discussão:** O cuidado de enfermagem durante esse complexo procedimento demonstra a necessidade de capacitação e estudos constantes por parte da equipe de enfermagem, visando, principalmente, otimizar a qualidade e a segurança assistencial. **Conclusão:** Diante do aumento de EP na instituição e da complexidade do procedimento, percebe-se que a segurança do paciente deve ser o principal foco durante a realização desse procedimento que, nessa realidade, tem-se mostrado efetivo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1337>

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE E OS DESAFIOS TRANSFUSIONAIS ASSOCIADOS: RELATO DE CASO DOS ACHADOS IMUNOHEMATOLÓGICOS

LS Pegorer^a, EFGD Santos^b, ENP Florentino^b,
JAR Neto^b, AF Vasconcelos^b, PMN Teixeira^b,
JCI Gazola^a

^a Centro Universitário das Faculdades Integradas de
Ourinhos (UNIFIO), Ourinhos, SP, Brasil

^b Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

A Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI) é uma citopenia causada pela destruição de eritrócitos por autoanticorpos quentes ou frios, através do sistema complemento ou sistema retículo endotelial. O caso em que se trata é de uma paciente com um quadro clínico de AHAI idiopática, apresentando uma anemia sintomática com a necessidade de diversas transfusões de concentrado de hemácias e de medidas de terapia intensiva devido ao agravamento do seu quadro clínico. O serviço de Imunohematologia utilizou uma técnica acessória a fim de pesquisar o TAD positivo eliminando os anticorpos fixados nas hemácias da paciente para que fossem identificados ao menos os antígenos ABO e Rh para uma transfusão compatível. Realizamos adsorção com difosfato de cloroquina que tem por finalidade remover anticorpos IgG da superfície das hemácias, preservando seus antígenos na membrana. Após o tratamento das hemácias, foi possível confirmar a fenotipagem eritrocitária do paciente em fase direta e reversa: O Rh negativo, D fraco negativo, assim como evidenciado o TAD negativo após a remoção dos autoanticorpos. Resultado importante, pois, trouxe a segurança de que o processo hemolítico das hemácias estava realmente sendo causado pela autodestruição e não por anticorpos heterólogos que pudessem gerar ainda mais hemólise na transfusão alogênica de hemácias. Paciente não apresentou sinais de reação transfusional em nenhuma das

infusões, não foi observado alteração dos sinais vitais que pudessem justificar alarde, pelo contrário, houve melhora progressiva a cada transfusão da taquicardia e fadiga causada pelo processo anêmico, assim como queda da icterícia pela avaliação clínica. No dia 15/07 apesar de não existir melhora significativa dos exames laboratoriais (Hb 3,3 g/dL), por conta da melhora clínica importante, a equipe optou pela alta da UTI e acomodação em leito de enfermagem, ao exame clínico a paciente encontrava-se, acordada, calma, contactuante, orientada no tempo e espaço, afebril, sem sedação, eupneica em ambiente, estável hemodinamicamente sem uso de drogas vasoativas, normocárdica, normotensa, euglicêmica; Encerrado o uso de imunoglobulina por via endovenosa e optado por não entrar com antibioticoterapia. Teste de COVID-19 e influenza negativos. No dia 01/08 paciente encontrava-se visivelmente melhor, com Hb 5,5 g/dL, estável hemodinamicamente e sem sinais de desconforto respiratório, exames laboratoriais sorológicos para patologias virais e parasitárias negativos, teste de FAN reagente para anticorpos nucleares (padrão nuclear pontilhado fino) com título 1/160, sugestivo de LES, para confirmação mais exames serão solicitados no acompanhamento hematológico. Recebeu alta hospitalar com encaminhamento para seguimento ambulatorial com hematologista, receita de medicamentos para uso em domicílio, atestado médico de 3 meses e carta para retorno no Pronto Socorro em 1 semana para reavaliação médica e exames laboratoriais. Ao retorno, a avaliação clínica foi satisfatória, relatou que não sentiu mal-estar no período, e aos exames laboratoriais, Hb 11,7 g/dL e Ht 37,5%. Foi liberada e segue em acompanhamento ambulatorial, até o momento sem necessidade de nova internação e transfusão de sangue. Pacientes com AHAI apresentam um desafio para o laboratório de imunohematologia, conhecer o perfil fenotípico do paciente fornece clareza na investigação de aloimunizações, direciona o fenótipo de hemácias a serem compatibilizadas e reduz tempo na liberação de transfusões. O laboratório deve estar apto para resolver os casos destes pacientes com metodologias capazes de solucionar os bloqueios ocasionados por essa múltipla aglutinação, e capacidade técnica para interpretar os resultados e disponibilizar a transfusão o mais rápido possível.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1338>

USO DO DITIOTREITOL (DTT) COMO TÉCNICA IMUNO-HEMATOLÓGICA ASSOCIADA AO SUPORTE TRANSFUSIONAL DE PACIENTE EM USO DE ANTICORPO ANTI-CD38

AG Vizzoni^a, BS Fernandes^b, AMB Bertolo^b,
ICED Carmo^b, FG Mello^c, MCPD Santos^c

^a Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
(INI/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital da Força Aérea do Galeão (HFAG), Rio de
Janeiro, RJ, Brasil

^c Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), Rio de
Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O Daratumumabe se liga ao CD38 nas hemácias e interfere com testes de compatibilidade, incluindo a triagem