

de anticorpos e prova cruzada. Os métodos de mitigação da interferência de Daratumumabe incluem tratar as hemácias com Ditiotretol (DTT) para quebrar a ligação ao Daratumumabe. Uma vez que o sistema de grupo sanguíneo Kell também é sensível ao tratamento com DTT, unidades K-negativas devem ser fornecidas após exclusão ou identificação de aloanticorpos usando hemácias tratadas com DTT. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente do sexo masculino, 66 anos, portador de Mieloma Múltiplo IgG Kappa – ISS III. Diagnóstico em Janeiro de 2022 com anemia, injúria renal aguda, hipercalcemia e lesões líticas em coluna vertebral. Mielograma apresentou 90% de plasmócitos e eletroforese de proteínas com pico monoclonal de 4,6 g/dL. Recebeu tratamento com quimioterapia de indução – esquema VRd (Bortezomibe + Lenalidomida + Dexametasona), 04 ciclos, seguido de consolidação com Transplante Autólogo de células tronco hematopoiéticas em Julho de 2022. Prosseguiu para manutenção com Lenalidomida diária. Alcançou resposta parcial muito boa nos exames de reavaliação. Em Fevereiro de 2023 houve ressurgimento do pico monoclonal (1,1 g/dL), sendo confirmado em nova eletroforese de Abril – 1,8 g/dL, com imunofixação novamente positiva para banda monoclonal IgG Kappa. Iniciou esquema de resgate com esquema Daratumumabe + Caflizomibe + Dexametasona em Junho de 2023. Necessária a indicação de transfusão e foi confirmado a incompatibilidade nos testes pré-transfusionais. **Material e métodos:** Foram realizados testes pré-transfusionais que incluíram a tipagem ABO/Rh, teste da antiglobulina direta, Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) e teste de eluição de anticorpos através da metodologia de gel teste (Bio-Rad). Adicionalmente, as hemácias de triagem, identificação de anticorpos e das bolsas que foram compatibilizadas foram tratadas com Ditiotretol 0,2M. **Resultados:** Não foram observadas discrepâncias na tipagem ABO e RhD, entretanto, houve panreatividade na pesquisa de anticorpos irregulares, na identificação do painel e incompatibilidade das hemácias da prova cruzada sem tratamento prévio com DTT. Após o tratamento das hemácias com DTT, foi possível evidenciar uma PAI positiva, com identificação de aloanticorpos anti-C e provas cruzadas compatíveis. **Discussão:** O Daratumumabe é um anticorpo monoclonal IgG1k direcionado ao CD38, proteína de superfície também expressa em células eritrocitárias, sendo um recurso promissor altamente eficaz e utilizado no tratamento do mieloma múltiplo. No entanto, por esse anticorpo ter a capacidade de reconhecer o receptor CD38 nas células do MM e interferir nos testes pré-transfusionais, podem ocasionar erros na interpretação do teste indireto de antiglobulina e mascarar a presença de aloanticorpos de importância clínica. **Conclusão:** Embora apresente benefícios promissores, a interferência do medicamento anti-CD38 nos testes pré-transfusionais deve ser criteriosamente avaliada pelo laboratório de imuno-hematologia, uma vez que pode comprometer a segurança transfusional, introduzir testes desnecessários na rotina transfusional e atrasar o fornecimento de unidades de sangue compatíveis. O tratamento das hemácias com DTT 0,2M pode ser eficiente e acessível para reduzir a interferência do Daratumumabe na interpretação dos testes pré-transfusionais, incluindo a compatibilidade de hemocomponentes.

UM CASO DE SÍNDROME HEMOLÍTICA URÊMICA (SHU): PROTOCOLO TRANSFUSIONAL DE EMERGÊNCIA COMO ABORDAGEM TERAPÊUTICA

EFGD Santos, CGS Nogueira, MS Junior, MVM Polo, JCS Costa, PMN Teixeira, JCI Gazola

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

A Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU) é uma doença grave que afeta principalmente crianças entre 6 meses a 4 anos, podendo atingir adultos em qualquer idade. Caracterizada por trombocitopenia, anemia hemolítica, microangiopatia e lesão renal aguda conhecida como Tríade da SHU. A doença pode ser infecciosa ou idiopática, sendo a infecciosa a principal causa e de grande relevância epidemiológica, é causada geralmente pela *Escherichia coli* produtora da toxina Shiga-toxina (STEC). Outros microrganismos também podem estar associados com essa síndrome como a *Shigella dysenteriae*, *Campylobacter*, *Aeromonas*, Enterovírus entre outros. O consumo de alimentos contaminados, carne mal cozida e leite não pasteurizado é a porta de entrada da bactéria. A SHU também pode ocorrer através da administração de medicamentos específicos. Quando causada pela produção de STEC, essas toxinas adentram as células endoteliais principalmente dos rins e sistema nervoso central, interrompendo a síntese de proteínas nas células afetadas, isso acarreta uma disfunção endotelial, ativação e agregação plaquetária evoluindo para a formação de trombos. O diagnóstico é laboratorial, através do hemograma e dosagem de creatinina e ureia, além da urionálise completa. Em 06/01/2023 recebemos em nossa instituição uma paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, apresentando fraqueza, náuseas, tontura, febre e confusão mental. Exames laboratoriais: Hb de 5,1 g/dL, plaquetas em 11.000 mil/mm³, Urina: vestígios de bilirrubina e 220 cilindros hialinos. Foi prescrito protocolo transfusional de 05 UI de concentrado de plaquetas e 01 UI de concentrado de hemácias, após a transfusão a paciente apresentou reação alérgica leve, foi medicada conforme prescrição médica e estabilizada pela equipe. Acreditamos que a reação alérgica possa ter como origem sua patologia de base, porém realizamos protocolo para investigação de reação transfusional onde as medidas de prevenção para as próximas transfusões serão de leucorredução dos hemocomponentes e medicação antialérgica pré transfusão. O tratamento para SHU depende de sua gravidade, na maioria das vezes inclui suporte nutricional, controle da hipertensão e controle da plaquetopenia e da anemia. Casos mais graves que necessitam de suporte renal, a administração de antibióticos ainda é controversa, pois pode aumentar a liberação de toxinas piorando o quadro. A plasmaférese é um tratamento que pode ser usado em pacientes com SHU em situações graves. Na plasmaférese, o plasma sanguíneo é separado das células sanguíneas e removido do corpo. Em seguida, o paciente recebe uma infusão de plasma fresco ou substituto, o que ajuda a reduzir a quantidade de toxinas circulantes no sangue e a estabilizar a condição do paciente. Esse procedimento é usado em casos selecionados de SHU atípica ou formas graves da doença, especialmente em situações em que há envolvimento dos rins e risco de insuficiência renal aguda. É importante destacar que o tratamento da

SHU deve ser conduzido por uma equipe médica especializada, e a plasmaférese é apenas uma das opções disponíveis para o tratamento dessa condição complexa. A paciente foi transferida para um hospital referência em nossa DRS, e após avaliação do caso a equipe optou pela plasmaférese terapêutica e seguimento do tratamento. Não obtivemos maiores informações sobre o desfecho do caso. A prevenção é fundamental para se evitar a doença, a higiene pessoal e com os alimentos é essencial, é necessário que sigam pesquisas para o diagnóstico precoce assim como o desenvolvimento de estratégias eficazes para o tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1340>

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA QUE RECEBERAM HEMOTRANSFUSÃO EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

QD Heiderich, DMS Schlindwein, SB Souza, B Sodré, BLM Pereira

Hospital Santa Catarina de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil

Objetivo: Esse trabalho tem por objetivo apresentar a análise de prontuários de pacientes que foram submetidos a cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio e troca valvar e realizaram hemotransfusão em um hospital acreditado na cidade de Blumenau, SC-Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo analítico, realizado em sistema informatizado, utilizando o software Tasy®. Foram selecionados 56 (100%) prontuários eletrônicos de pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio e troca valvar, considerando o período de junho 2022 a junho de 2023. Foi desconsiderado para a análise 40 (71,43%) prontuários, pois os mesmos não apresentaram evidências de hemotransfusão. Realizamos a análise de 16 (28,57%) prontuários eletrônicos, que atenderam o objetivo desse trabalho. O desfecho clínico considerado para o estudo foi a mortalidade de quaisquer causas durante a internação hospitalar. **Resultados:** Dos 16 (100%) prontuários analisados que apresentaram evidências do processo de hemotransfusão na cirurgia cardíaca, 07 (43,75%) eram revascularização do miocárdio e 09 (56,25%) eram troca valvar. Dos 16 (100%) prontuários analisados, 14 (87,5%), utilizaram recuperação sanguínea intraoperatória em sistema de circulação extracorpórea. Dos pacientes que utilizaram o recurso CEC, foi notável que o tempo médio do uso da máquina foi de 00:77 minutos. Ao analisar o perfil desses pacientes também foi possível observar que a média do hematócrito pré-operatório foi de 33,5%. Em relação aos pacientes que não precisaram de hemotransfusão no Pós-Operatório Imediato (POI), obtivemos um resultado de 62,50%. Observou-se que não houve perfil predominante de gênero, sendo, 08 (50%) masculino, e, 08 (50%) feminino. Em relação a idade variou de 46 anos a 80, sendo que houve 01 (0,16%) paciente com idade de 14 anos (realizado troca valvar, devido a endocardite). O tempo médio de internação foi de 6 dias, sendo que 01 paciente permaneceu por 28 dias (fora do tempo médio). Em relação ao resultado do desfecho final, 10 (62,50%) dos

prontuários analisados, obtiveram alta médica. E, 06 (32,50%) dos analisados, tiveram resultado final como óbito, destes 5 (83,33%) tinham idade superior a 66 anos. **Discussão:** Considerando o total de prontuários analisados a porcentagem de pacientes transfundidos foi baixa em comparação com dados da literatura. Recursos como recuperação sanguínea intraoperatória e hemostáticos, podem ter influenciado esses resultados. Comparando a revascularização do miocárdio com a troca valvar, esta última apresentou maior frequência de transfusões, maior uso de hemocomponentes e maior desfecho desfavorável (óbitos) no pós-operatório. Podemos observar também que nesse estudo o óbito esteve relacionado a idade mais avançada (maior que 66 anos). **Conclusão:** Conhecer as particularidades do processo de cirurgias cardíacas é essencial para a gestão do cuidado e isso inclui as boas práticas como o uso racional de hemocomponentes. Com esse estudo evidenciamos que os pacientes que utilizaram a recuperação de sangue intraoperatória tiveram uma menor necessidade de transfusão o que minimiza a possibilidade de reações adversas e futuras complicações. Contudo trata-se de uma primeira análise de prontuário e fica a sugestão de novos estudos considerando outras variáveis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1341>

PROTOCOLO DE RESERVA CIRÚRGICA VINCULADO A REQUISIÇÃO TRANSFUSIONAL ELETRÔNICA

JSL Guilherme, AIJ Pezzotti

Grupo GSH, Brasil

Objetivo: O conhecimento e análise do consumo de hemocomponentes pelo paciente submetido à intervenção cirúrgica são de fundamental importância para que a Agência Transfusional promova um serviço rápido, eficaz e seguro. Tal consumo é bastante variável para cada cirurgia, portanto, é necessário que cada serviço realize um levantamento do número de hemocomponentes utilizados em cada procedimento e elabore uma tabela conforme cirurgias realizadas no hospital. Estes números servirão como guia no momento da solicitação de hemocomponentes para reserva cirúrgica, evitando gastos excessivos com compatibilizações desnecessárias e comprometimento do estoque de bolsas de sangue. O grande desafio do Serviço de Hematologia e Hemoterapia Alta Noroeste – Grupo GSH foi realizar estudo comparativo de conformidade do protocolo cirúrgico, após revisão junto aos anestesistas e cirurgiões do hospital vinculado diretamente à requisição eletrônica, conforme aprovação do Comitê Transfusional (CT) e Núcleo de Segurança ao Paciente (NSP). **Materiais e métodos:** O trabalho foi realizado nas seguintes etapas: implantação da requisição de serviços no sistema informatizado do hospital, sistema MV, levantamento da necessidade de realizar o protocolo de reserva do próprio hospital de acordo com as cirurgias ativas, inserção do protocolo de reserva no checklist de cirurgia segura do hospital junto ao Núcleo de Segurança ao Paciente, participação médica na revisão do protocolo junto ao Comitê Transfusional formada por equipe multidisciplinar com participação total do Núcleo