

município de destino das transfusões interrompidas, e organizadas em planilhas no Microsoft Excel 2010. Os hospitais e agências foram divididos com base no hemocomponente e na localização na cidade de Manaus, e em outros municípios do Amazonas. Foi utilizado o software QGIS v. 2.18.4 para construir mapas do estado do Amazonas e da cidade de Manaus, caracterizando os municípios com base no perfil de transfusões interrompidas no Amazonas, bem como bairros de Manaus. **Resultados:** Durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019, foram registradas 418.883 interrupções de hemocomponentes em todo o estado do Amazonas. Destes, o Concentrado de Hemácias (CH) registrou 227.611 (54%) do total das transfusões interrompidas, seguido pelo concentrado de plaquetas com 117.629 (28%) das interrupções, plasma fresco congelado com 57.414 (14%) e crioprecipitado com 16.231 (4%) do total. Das transfusões interrompidas de CH, 221.403 (97%) ocorreram em Manaus, enquanto no interior, foram registradas 6.208 (2,7%) intercorrências distribuídas em 52 municípios, e 10 (16,12%) não apresentaram interrupções. Das transfusões interrompidas de concentrado de plaquetas, 117.326 (99,7%) ocorreram na cidade de Manaus, enquanto no interior foram registradas 303 (0,25%) interrupções. Do plasma fresco congelado, foram registradas 57.414 transfusões interrompidas no estado, sendo destas, 56.024 (97,58%) apenas na cidade de Manaus, e 1.390 (2,42%) distribuídas em 39 municípios. Houve registros de transfusões interrompidas do crioprecipitado somente na cidade de Manaus, com 16.231 casos. **Discussão:** A partir dos dados obtidos, foi possível perceber que o CH foi o hemocomponente com o maior índice de interrupções, provavelmente por ser o de maior demanda, e que pode estar relacionado à densidade populacional. A capital Manaus foi detentora dos maiores números, e dentre os municípios do interior, observamos uma ampla distribuição das intercorrências em todo o estado. Tais dados não haviam sido descrito antes, e podem ser utilizados futuramente para traçar estratégias de gestão hemoterápica no estado do Amazonas. **Conclusão:** Foi possível perceber que ainda existe uma grande taxa de transfusões interrompidas em todo o estado. Faz-se necessário um controle maior e registros que incluam as causas relacionadas, para melhorar logística e a gestão hemoterápica em todo o estado, de forma a reduzir as intercorrências transfusionais e aumentar a viabilidade dos hemocomponentes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1365>

EVOLUÇÃO DA DEMANDA TRANSFUSIONAL NA PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

KP Roriz, PAC Machado, KB Fonseca,
CA Mesquita, FMGC Bandeira

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

Introdução/objetivos: Analisar a evolução do padrão transfusional em pacientes oncológicos ambulatoriais no Hospital

Universitário Pedro Ernesto, entre 2017 e 2022. **Método:** Este estudo faz parte do projeto de extensão “Educação permanente para uma transfusão segura – aprendendo a cuidar melhor do doador ao receptor” que tem como premissa, difundir conhecimento e seus impactos em relação a necessidade transfusional na população do HUPE, pensando em estratégias educacionais em relação à medicina transfusional. Foram coletados dados transfusionais oriundos do sistema informatizado de Hemoterapia, HEMOTE PLUS®, de janeiro de 2017 a dezembro de 2022 em relação a quantidade de Concentrado de Hemácias (CH) transfundidas em pacientes oncológicos ambulatoriais, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), excluindo-se os pacientes onco-hematológicos. Foi feita análise evolutiva transfusional ao longo do tempo a fim de se obter uma possível curva de tendência para o futuro. **Resultados:** De janeiro de 2017 a dezembro de 2022 foram realizadas 182 transfusões de concentrados de hemácias em pacientes oncológicos ambulatoriais, sendo observado aumento progressivo ao longo dos anos. Em 2017–2 bolsas, 2018–5 bolsas, 2019–29 bolsas, 2020–31 bolsas e em 2021–46 bolsas, 2022–69 bolsas. Pela análise de tendência polinomial de ordem 2, estima-se previsão de uso de 85 CH em 2023, 107 em 2024 e 135 em 2025, portanto previsão de aumento de consumo nos próximos dois anos. **Discussão:** A oncologia é uma área da ciência médica que tem no envelhecimento populacional e nos fatores de impacto evolutivo ambiental muitos desafios. Os anos analisados neste estudo, foram anos difíceis no estado do Rio de Janeiro devido à crise fiscal por que passou o estado, como a pandemia de COVID-19. Com base nesses resultados, é possível observar que ocorreu uma evolução da demanda transfusional dos pacientes oncológicos do HUPE. Tal situação pode estar atrelada não só ao aumento do envelhecimento populacional, mas também a uma mudança de perfil de acolhimento de pacientes com câncer no HUPE que parece estar absorvendo mais pacientes oncológicos conforme mostra o olhar da medicina transfusional. Este fato pode ser justificado pois é nítido o aumento da demanda de leito e vagas para pacientes oncológicos no Sistema de Regulação (SISREG) no estado do Rio de Janeiro. **Conclusão:** Apesar da crise fiscal no estado do Rio de Janeiro e da pandemia de COVID-19, os dados, sinalizam para perspectivas futuras de aumento da demanda de acesso em saúde por pacientes oncológicos no HUPE, o que pode repercutir na necessidade de uma política e estratégia transfusional institucional direcionadas para este grupo de pessoas. O quantitativo de bolsas coletadas e insu- mos relacionados à transfusão segura em oncologia, precisam ser redimensionados na instituição.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1366>

PERFIL IMUNOHEMATOLÓGICO DE PACIENTE APÓS TMO ALOGÊNICO. RELATO DE CASO

LHC Fedeli, LMD Santos, GRM Silva,
AJ Carvalho, JPBB Silva, ACF Marret, A Larrubia

BP – Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo,
São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Relato de estudo imunohematológico inconclusivo, tendo por finalidade compartilhar essa experiência afim de verificar possíveis casos similares e outras condutas técnicas realizadas. **Descrição:** Paciente: R. M. M, 21 anos, masculino, brasileiro diagnosticado com anemia aplástica grave, submetido a transplante de medula óssea alogênico aparentado isogrupo em junho de 2021. Enxertia neutrofilica no D+21, porém evoluindo com função pobre do enxerto, plaquetopenia sustentada e dependência transfusional. Em 13/06/2023 foram realizados testes pré-transfusionais que apresentaram os seguintes resultados: tipagem sanguínea: O RH(D): Positivo; teste de antiglobulina direto (TAD): Positivo (IgG+ / IgA- / IgM- / C3c- / C3d- / CTL -); eluato: Negativo (Método: eluição ácida); Pesquisa de Anticorpos irregulares (PAI): Positiva apenas em gel LISS CoombsI/gel IgG; identificação do(s) Anticorpo(s) Sérico(s): Aloanticorpo Indeterminado (reativo com todas as células do painel); autocontrole positivo. Outros Testes realizados mostraram, triagem enzimática em Gel NaCl e Gel IgG: Negativas (Antígeno sensível a papaína); triagem em gel IgG: Positiva mesmos após tratamento sérico com DTT 0,01M; inibição com pool de plasma para descarte de Anti-CH/Rg: triagem positiva, descartado Anti-CH/Rg; PAI Positiva com hemácias tratadas com DTT 0,2M, antígeno resistente; anticorpo não reativo contra hemácias de cordão: Negativo (gel IgG); pesquisa de subclasse de IgG (indireta): IgG1 1:1 Neg. / IgG3 1:1 Neg. Histórico Transfusional: 103 CHIFs entre 9/6/2021 e 9/6/2023. O paciente iniciou seu tratamento em nosso serviço, em 09/06/2021 apresentando o fenótipo Pré-TMO: C+, Cw-, c+, E-, e+, K Dupla População celular. (Obs. Fenotipagem realizada em já apresentando dupla população (antígeno K) visto que ele já havia iniciado o tratamento em outro serviço). Realizada também a Fenotipagem Eritrocitária da doadora de CPH: C+, Cw-, c-, E-, e+, K-, k+, Kp(a-b+); Jk(a+b-); M-, N+, S-, s+, Fy(a+b+); Di(a-); Lu(b+). Este padrão de pesquisa vem se apresentando desde 09/06/21, apenas com variações em relação a intensidade e número de células reativas e em muitas ocasiões a pesquisa de anticorpos se apresenta negativa em LISS e NaCl (papaína) bem como o Coombs Direto e Eluato em curtíssimo intervalo de tempo (4 dias) entre uma pesquisa e outra. Encaminhamos a amostra ao Laboratório de referência para a realização de estudos sorológicos e moleculares, como resposta obtivemos a exclusão de aloanticorpos anti-E, anti-c, anti-K, anti-Jkb e anti-S. As técnicas moleculares utilizadas (bloodChip kit ID Corext Progenika e multiplex para os sistemas CROMER E KNOPS), não demonstraram ausência de nenhum antígeno de alta frequência que pudesse colaborar com alguma outra suspeita. Como resultado final liberado pelo Laboratório de referência, o anticorpo em questão foi caracterizado como autoanticorpo, apesar do eluato se apresentar negativo. **Conclusão:** Anticorpo sérico indeterminado, dirigido a antígeno de alta frequência aparentemente sem importância clínica transfusional, que como característica principal se comporta de modo atípico, ora reativo ora não reativo em curto espaço de tempo (quatro dias), com incremento transfusional adequado e sem apresentar testes hemolíticos alterados (DHL, Bilirrubina Direta, TAD e Eluato).

DOAÇÃO MATERNA DE SANGUE RARO PARA EXSANGUINEOTRANSFUSÃO EM RECEM NASCIDO COM DOENÇA HEMOLÍTICA

BB Arnold, MT Souza, LP Menezes, BB Cal, AB Castro, CL Miranda, P Bonichini-Junior, TSP Marcondes, LL Almeida, PC Garcia-Bonichini

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB-Unesp), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Doença Hemolítica do Feto e do Recém Nascido (DHFRN) ocorre por aloimunização materna após exposição a antígeno eritrocitário incompatível e denota alta morbimortalidade fetal. Causa hemólise, anemia, hidropisia e morte do feto; ao recém-nascido (RN), hiperbilirrubinemia que pode levar a condição cerebral grave. **Objetivo:** relatar caso de sangue materno raro, polialoimmunizado, necessitando de doação da mãe para Exsanguinotransfusão (EXT) no RN. **Relato de caso:** Gestante, 29 anos, sem comorbidades prévias, grupo sanguíneo A RhD negativo. Antecedentes obstétricos incluíam três gestações prévias de partos naturais, diferentes pais: (2011) 34 semanas, com isoimunização Rh, necessidade de EXT e sequela auditiva; (2013) 38 semanas, sem intercorrências; (2018) 37 semanas, natimorto por hidropisia fetal. Acompanhando em pré-natal de alto risco na sua quarta gestação. Realizada análise sorológica e molecular do sangue materno: Teste Direto da Antiglobulina (TAD) negativo no tubo e gel; pelos métodos Gel-Enzima (Papaína) e Gel-Liss e pela genotipagem eritrocitária foram identificados múltiplos aloanticorpos. Fenotipagem estendida deduzida do genótipo: D-C-E-c-e+ (rr); K-k+; Kp(a-b+); Js(a-b+); Jk(a-b+); Fy(a-b+); M-N +; S-s-; Uvar; Mía-; Di(a-b+); Do(a-b+); Hy+; Jo(a+); Co(a+b-); Yt(a+b-); Lu(a-b+). Concluída presença de anticorpos anti-D, anti-C, anti-JKa e um anti-U-like ou anti-U. Com 20 semanas gestacionais, havia sinais de anemia grave (polidrâmnio, ascite e aumento do pico da velocidade sistólica ao US morfológico), indicando Transfusão Intrauterina (TIU), feito 6 sessões ao total. Prevendo possibilidade de EXT ao nascimento e impossibilidade de sangue compatível para o RN na Hemorrede, optado pela doação de sangue materno e resolução da gestação em tempo hábil para seu uso. Parto induzido com 35 semanas, via vaginal, sem intercorrências. Nas primeiras horas de vida, RN recebeu transfusão de Concentrado de Hemácias (CH) da doação materna (20 mL/kg) e, no dia seguinte, realizado EXT com o restante do sangue materno doado. Seguiu-se 4 dias de fototerapia, normalizando Bilirrubina Indireta (BI). **Discussão:** Foca-se em prevenir e minimizar complicações da DHFRN. EXT é um dos principais recursos e busca corrigir a anemia, reduzir título dos anticorpos maternos, remover hemácias sensibilizadas e BI antes da sua difusão para os tecidos. O CH na EXT deve ter <5 dias, ser irradiado e compatível com o soro da mãe. Os anticorpos maternos no caso descrito apresentam importância clínica para reações hemolíticas. O fenótipo Uvar, causado pela variante P2, ocorre devido a uma alteração de sítio de *splicing* no gene GYPB, resulta na ausência do antígeno S e na expressão variante antígeno U na Glicofórmula B, podendo desenvolver anticorpo anti-U-like ou anti-U. Doadores com esse fenótipo são raros e um desafio transfusional. A RDC nº