

responsável por 46% dos casos seguida da febril não hemolítica e da sobrecarga volêmica (TACO), 43,4% e 2,3%, respectivamente. Apenas 1,7% das reações foram tardias. Acerca da gravidade, 57,2% das reações foram leves, mas houve um óbito associado a transfusão (0,3%). A maioria das reações (31,9%) foram descritas como provável após investigação segundo critérios do Manual Conceitual e Operacional de Hemovigilância (2015). **Discussão:** O perfil epidemiológico das reações transfusionais descrito acima está em consonância com dados mundiais, que descrevem uma incidência de 3 reações a cada 1000 transfusões, bem como dados brasileiros, que mostram que os pacientes oncohematológicos recebem inúmeras transfusões ao longo do tratamento, estando mais suscetíveis a ocorrência de reações transfusionais. A baixa prevalência das reações transfusionais tardias pode sugerir uma subnotificação destas, situação que se configura como uma realidade na maioria dos serviços de hemoterapia do país. Em relação ao óbito isolado ocorrido no referido período, este foi secundário a TACO, no contexto de neonato com cardiopatia congênita grave, confirmando dados da literatura que descreve aumento do risco de ocorrência deste tipo de reação em pacientes com fatores predisponentes adicionais, como portadores de doenças cardíacas, insuficiência renal, neonatos e idosos. **Conclusão:** Conhecer o perfil de ocorrência de reações transfusionais em hospital quaternário de grande porte que atende pacientes com alta demanda transfusional incentiva o aprimoramento das ações internas de hemovigilância e propicia aumento da segurança transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1377>

#### REPRODUTIBILIDADE DOS RESULTADOS DA TITULAÇÃO DE ISOAGLUTININAS ABO UTILIZANDO A TÉCNICA CONVENCIONAL E GEL TESTE AUTOMATIZADO

KVD Cruz<sup>a</sup>, FL Guimarães<sup>a</sup>, AR Silva<sup>a</sup>,  
SC Sales<sup>b</sup>, SR Folco<sup>b</sup>, ST Alves<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Bio-Rad Laboratórios Brasil, Lagoa Santa, MG, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Santa Marcelina (HSM), São Paulo, SP, Brasil

**Objetivos:** Verificar a reprodutibilidade dos resultados obtidos em dois serviços, nos testes de titulação de isoaglutininas ABO pelos métodos convencional em tubo e Gel Teste automatizado (IH-500/Bio-Rad). **Material e métodos:** Os títulos de 31 amostras do grupo sanguíneo “O” foram analisados entre agosto e outubro de 2020, no Hospital Santa Marcelina/SP e no Laboratório de Atendimento ao Cliente Bio-Rad/MG. A titulação de anticorpos (isoaglutininas) ABO foi realizada pelo método convencional em tubo e Gel Teste automatizado no equipamento IH-500 da Bio-Rad em ambos os laboratórios. Para a metodologia convencional em tubo foi utilizada a solução fisiológica 0,9% como meio para a diluição seriada dos anticorpos, o teste foi incubado por 15 minutos à temperatura ambiente e em seguida realizada a leitura dos resultados. Para a metodologia Gel Teste automatizada, foi realizada a diluição seriada utilizando a solução padronizada ID-Titration

Solution (Bio-Rad), cartão com gel neutro (ID-NaCl – Bio-Rad), com incubação de 15 minutos à temperatura ambiente no equipamento IH-500 (Bio-Rad) e os resultados interpretados através do software IH-Com (Bio-Rad). **Resultados:** Método convencional: o título de 69% das amostras foram reprodutíveis entre os dois laboratórios com título igual ou com diferença de até 1 título e 31% apresentaram diferença maior que 1 título. Método Gel Teste automatizado: 97% dos resultados obtidos foram reprodutíveis entre os dois laboratórios com título igual ou com diferença de até 1 título e apenas 3% das amostras apresentaram diferença maior que 1 título. **Discussão:** A titulação de anticorpos é difícil de padronizar devido a variações nos protocolos e metodologias entre diferentes laboratórios. Múltiplos fatores podem afetar a determinação dos títulos dos anticorpos, incluindo a plataforma utilizada, os diluentes, o tempo de incubação, além da expertise do operador. Contudo, observamos na rotina de vários laboratórios, a mudança e implementação do parque tecnológico, com a inclusão da automação nos testes imunohematológicos anteriormente executados manualmente. O resultado deste estudo demonstra que a reprodutibilidade interlaboratorial é maior nos resultados obtidos pelo método Gel Teste Automatizado em comparação com o método convencional. Vários estudos comparativos consideram que a diferença de 1 título para mais ou para menos, não é relevante e é inerente ao teste de titulação, portanto, foram considerados neste estudo como mesmo título. Os resultados obtidos ressaltam que a metodologia automatizada não sofre interferência dos diversos fatores operador-dependente que causam variabilidade de resultados na metodologia convencional. **Conclusão:** A metodologia Gel Teste automatizada agrega à rotina laboratorial padronização na realização dos testes, elimina a possibilidade de erros operacionais e apresenta alta reprodutibilidade dos testes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1378>

#### ALOIMUNIZAÇÃO ANTI-E APÓS TRANSFUSÃO DE CONCENTRADOS DE PLAQUETAS EM PACIENTE CANDIDATO A TRANSPLANTE CARDÍACO: RELATO DE CASO

MC Moraes, JPL Alencar, BCA Amorim,  
PDS Teixeira, NRS Remigio

Grupo GSH, Brasil

**Introdução:** A aloimunização eritrocitária RhD após transfusão de plaquetas é descrita em literatura com uma incidência de 0%–7% e já possui protocolos de conduta definidos. Contudo, poucos casos são descritos em relação a aloimunização não RhD por plaqueta, principalmente em casos de pacientes candidatos a transplante cardíaco. Sabendo que a sensibilização por HLA e ABO é um importante fator de prognóstico para esse grupo de pacientes, faz-se necessário avaliar o impacto da presença de anticorpos não RhD na evolução do paciente ou rejeição do enxerto. **Objetivo:** Relatar um caso de aloimunização anti-E após transfusão de concentrados de plaquetas e possíveis repercussões para o paciente pré-transplante cardíaco. **Caso:** Paciente do sexo

masculino, 64 anos, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva secundária à cardiomiopatia isquêmica, em fila de espera de transplante cardíaco. O paciente deu entrada no serviço de hemoterapia em 15/05/23, sem histórico de transfusão prévia. Ao primeiro teste imunohematológico apresentou tipagem sanguínea A RhD positivo (C+, c+, E-, e+, K-) e Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) negativa. No período de 15/05 à 26/05/23, com intervalo de 2–6 dias, foram transfundidos 18 hemocomponentes, sendo 2 unidades de Concentrados de Hemácias Filtradas e Irradiadas (CHFI) (Ccee e Ccee); 2 Concentrados de Plaquetas por Aférese filtradas e Irradiadas (CPADI) (CcEe e ccEe) e 14 concentrados de plaquetas randômicas filtradas e irradiadas (CPDI) (1 ccee, 1 ccEe, 5 CCee, 3 CcEe, 2 Ccee, 2 ccEE), totalizando 8 unidades RhE incompatíveis. Nesse período os testes imunohematológicos foram repetidos em 24/05/2023, de acordo com a necessidade do atendimento, obtendo os mesmos resultados. Contudo, em 03/06/23, observou-se PAI positiva, com identificação de aloanticorpo anti-E. O paciente realizou o transplante cardíaco em 19/07/23, sem necessidade de transfusão de hemocomponentes. **Discussão:** No Grupo GSH, a fenotipagem Rh e Kell para pacientes candidatos à transplante de órgãos sólidos é estabelecida como protocolo de rotina para transfusão de concentrados de hemácias. Contudo, essa regra não se aplica aos concentrados de plaquetas, que são transfundidos respeitando apenas a tipagem ABO e RhD. No banco de sangue de Brasília, todos os doadores são fenotipados para Rh e Kell, tornando possível a análise dos fenótipos dos CPDI transfundidos e trazendo a possibilidade de serem os potenciais responsáveis pela sensibilização do paciente. No caso estudado, destaca-se o rápido desenvolvimento do anticorpo, 19 dias após a primeira transfusão, associado com o aumento da intensidade no Pannel de Reatividade a Antígenos (PRA), indicando alta reatividade no paciente em questão. Não encontramos na literatura referências ao impacto da presença de anticorpos não RhD na evolução do paciente e sobrevida do enxerto pós-transplante cardíaco. **Conclusão:** A aloimunização não RhD após transfusão de plaquetas está descrita na literatura, apesar de poucos relatos. Contudo, não há estudos que evidenciam o impacto referente a presença desses anticorpos em pacientes submetidos a transplante cardíaco. O acompanhamento destes pacientes e o estudo de casos semelhante, permitirá definir a necessidade de intervenção, visando a profilaxia da aloimunização não RhD por plaquetas para esses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1379>

#### IMPLEMENTAÇÃO DE CADERNETA TRANSFUSIONAL COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO COM O MÉDICO ASSISTENTE

RC Torres, MF Costa, GMS Junior, LPS Dantas, PCC Santos-Júnior, CS Guimarães

Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe (IHHS), Aracaju, SE, Brasil

O registro correto de transfusões sanguíneas no prontuário do paciente é obrigatório de acordo com a legislação

hemoterápica no Brasil, sendo imprescindível a anotação dos sinais vitais antes do início da transfusão e ao término da mesma, a data da transfusão, os números e a origem dos componentes sanguíneos transfundidos, bem como o apontamento de qualquer alteração no quadro clínico e/ou suspeita de reação transfusional, possibilitando a completa rastreabilidade do processo. Entretanto, em serviços ambulatoriais de transfusão, estes registros ficam arquivados e, na maioria das vezes, o médico assistente não solicita informações sobre o transcurso transfusional e acaba não relacionando posteriormente alguma possível reação transfusional imediata (durante a transfusão ou até 24 horas após o seu início) ou tardia (24h após a transfusão), podendo mascarar o quadro clínico real do paciente. Diante desta realidade, objetivou-se implementar uma caderneta de transfusão para cada paciente atendido. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência a partir do sucesso de uma boa prática implementada. Foi construída uma caderneta de transfusão na qual são registrados os dados de identificação do paciente (nome completo e data de nascimento), data da transfusão, a identificação do médico assistente, tipo e quantidade do hemocomponente utilizado, classificação do paciente de acordo com o protocolo de deterioração clínica News, registros de reação transfusional, os sinais vitais no início e final da transfusão, comorbidades, presença ou não de alergia e observações pertinentes. Todo paciente novo no serviço ambulatorial recebe sua caderneta preenchida no final do atendimento e é orientado a mostrar ao seu médico assistente na próxima consulta e trazer a caderneta a cada nova transfusão para a devida atualização. **Resultados e discussão:** A aceitação dos pacientes e acompanhantes do novo processo foi positiva, visto que demonstraram satisfação e segurança no serviço prestado por meio de pesquisa de satisfação, na qual dos 75 (100%) participantes, 71 (95%) afirmaram que acharam uma ótima ferramenta de controle transfusional e apenas 04 (5%) relataram que bastaria o registro no prontuário. Ao considerar os 32 (100%) médicos que responderam à pesquisa de satisfação, todos avaliaram positivamente a implementação da caderneta de transfusão, pois permite uma melhor comunicação entre o serviço de hemoterapia e o médico assistente. Vale ressaltar que, de acordo com o Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil (2022), toda suspeita de reação transfusional, reações confirmadas, prováveis, possíveis, improváveis e inconclusivas devem ser notificadas no sistema NOTIVISA. Destaca-se que evidências científicas demonstram a ocorrência de reações hemolíticas tardias até 90 dias após a transfusão, o que reforça a necessidade de identificação e registro de quadro clínico ou laboratorial que possam ser consequência de uma transfusão sanguínea, para nortear ações de retrovigilância e hemovigilância. **Conclusão:** A caderneta implementada foi efetiva em relação ao acesso às informações transfusionais dos pacientes como estratégia de hemovigilância, contribuindo para a correlação entre sinais, sintomas e possíveis reações transfusionais imediatas ou tardias, permitindo a análise crítica do tipo de hemocomponentes e medidas preventivas futuras a serem adotadas para evitar reações transfusionais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1380>