

9.801 doações de sangue no serviço no período avaliado, 87 (0,88%) apresentaram resultados reagentes na triagem para hemoglobinas variantes. Destas, a maioria apresentou hemoglobina S (63%–77,8%), hemoglobina C (15%–18,5%), hemoglobina D (5%–6,2%), 3 (0,03%) apresentaram eletroforese negativa para hemoglobinas variantes e de 3 (0,03%) doadores não foi realizada a eletroforese. Em relação ao perfil dos doadores, 45 eram do grupo O, 21 do grupo A, 11 do grupo B e 4 do grupo AB. Os doadores eram majoritariamente homens (58%–71,6%). A média de idade foi de 38,8 anos (18–60). Quanto à identificação étnico racial, 43 doadores foram classificados e/ou se autodeclararam como pretos e pardos, 32 como brancos. Em 15 cadastros não constava a identificação. **Discussão:** Estudos demonstram que a prevalência de hemoglobina S no Brasil varia de 0,43% a 9,80%, sendo que a maior concentração está nas regiões norte e nordeste, devido à maior proporção de afrodescendentes. A heterogeneidade da população brasileira e a diferença nas técnicas para detecção das hemoglobinas variantes em doadores nos diferentes serviços tornam difícil a comparação entre os estudos. Cabe destacar que a população do sul do Brasil é composta, em sua maioria, por imigrantes europeus, porém, com a miscigenação, a hemoglobina S deixou de ser restrita à população descendente de africanos. Com relação ao sexo dos doadores, houve predomínio de doadores masculinos, dado que está em concordância com a literatura. Vale ressaltar que geralmente a população de doadores masculinos é superior à do sexo feminino, o que também pode influenciar estes resultados. O estudo apresenta uma limitação, que é a informação sobre a identificação étnico-racial dos doadores, que por não haver uma padronização em relação ao preenchimento dos cadastros no sistema informatizado, houve prejuízo na avaliação da prevalência das variantes de hemoglobina por raça. **Conclusão:** O conhecimento da prevalência de hemoglobinas variantes em doadores de sangue contribui com a segurança transfusional, permitindo que estes concentrados de hemácias não sejam fornecidos a alguns grupos específicos de pacientes, como principalmente recém-nascidos, pacientes com doenças cardíacas e em exsanguíneo transfusão, além de possibilitar a orientação e o aconselhamento genético destes indivíduos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1416>

#### EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA NA BUSCA E SELEÇÃO DE BOLSAS DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS PARA USO EM RECÉM-NASCIDOS

SB Leite<sup>a</sup>, RM Benites<sup>a</sup>, G Zucchetti<sup>a</sup>,  
L Sekine<sup>a,b</sup>, JPM Franz<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

**Introdução/objetivos:** A busca por Concentrado de Hemácias (CH) destinados aos Recém-Nascidos (RN) é um desafio nos

serviços de hemoterapia, devido necessidade de seleção criteriosa do hemocomponente para minimizar os potenciais riscos relacionados à transfusão, associados ao aumento dos níveis de potássio e/ou risco de reação hemolítica associado a altos títulos de isoaglutininas. O objetivo do trabalho foi avaliar a elegibilidade de bolsas de concentrado de hemácias a partir da titulação de isoaglutininas anti-A e Anti-B para uso em recém nascidos. **Material e métodos:** Foram analisados os títulos de anti-A e anti-B IgM e IgG em amostras de sangue de doadores do grupo O RhD positivo e RhD negativo. O período avaliado foi de abril a julho de 2023 no Serviço de Hemoterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram considerados os seguintes critérios de seleção do CH para titulação para uso na neonatologia: bolsa de sangue coletada com solução anticoagulante CPDA-1, com até 3 dias de irradiação, O RhD negativo C, E e K negativo. A titulação seriada para IgM e IgG foi realizada no equipamento automatizado NEO Iris® Immucor – Fresenius Kabi e utilizou as hemácias A1 e B. Primeiramente foi realizada a titulação IgM em tubo na bancada, com ponto de corte 1:100. As amostras com IgM <100 foram analisadas no equipamento para IgM em 4 pontos (≤16, 32, 64 e ≥128) e IgG em 8 pontos (≤16, 64, 128, 256, 512, 1024, 2048, ≥4096). **Resultados:** Avaliamos a elegibilidade de 235 amostras conforme a necessidade do serviço, primeiramente considerando os títulos IgM ≤16 e IgG ≤32. Destas, 82 apresentaram título de anti-A e anti-B de IgM superior ao ponto de corte na bancada, 46 apresentaram apenas título superior para anti-A e 22 apenas para anti-B. Desse modo, 150 (63,8%) amostras não foram para investigação complementar. Das 85 amostras testadas para IgM no NEO, 39 apresentaram alto título de anti-A e 30 título anti-B. Desse total, 66 amostras foram testadas para IgG, 30 apresentaram alto título de anti-A e 21 para anti-B. Do total de 235 amostras testadas, 10 (4,3%) foram elegíveis pelo título de IgM e IgG. Em uma segunda avaliação, analisamos as titulações de IgM ≤32 e IgG ≤64, onde obtivemos um aumento de 130% na disponibilidade de CH (23%–9,8%). **Discussão:** A presença de altos títulos de isoaglutininas também pode estar relacionada a existência de outras variáveis como o efeito sazonal, a influência do ambiente, alimentação e outras condições fisiológicas do doador. Os critérios de seleção restritivos estabelecidos na nossa instituição, associado aos períodos de baixo estoque de CH O RhD positivo e negativo, reduziram ainda mais a disponibilidade de bolsas para neonatologia. Devido a dificuldade em manter o estoque suficiente para atender a demanda transfusional de todos os RNs até 4 meses, modificamos o nosso protocolo assistencial e mantivemos o título IgM ≤16 e IgG ≤32 apenas para prematuro extremo (peso inferior a 1.200g) e o título IgM ≤32 e IgG ≤64 para os RNs até 4 meses. **Conclusão:** Após a análise das titulações IgM e IgG para anti-A e anti-B e da demanda transfusional para neonatologia, conseguimos adequar os nossos critérios de seleção do CH sem comprometer a segurança transfusional destes pacientes, especialmente dos prematuros extremos, que são os mais suscetíveis a complicações clínicas mais graves.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1417>