

RH prevaleceram o tipo O 62,5% e RhD+ 96,88%. Outros fenótipos encontrados foram: Rhee 71,88%, RhCc 46,88%; K-k+ 93,75%, Kp(a-b+) 96,88%; Jk(a+b+) 53,13%; Fy(a-b+) 46,88%; Lu(a-b+) 71,88%; Le(a-b-) 43,75%; P1+ 84,38%; M+N+ 53,13% e Ss e ss, ambos 43,75%. Do total, 6 pacientes (18,75%) foram aloimunizados e os anticorpos irregulares mais frequentes foram: Anti-RhE 50,0% e Anti-Fya 33,33%. Anti-Jka, Anti-Rhc, Anti-RhC, Anti-Fyb, Anti-K e Anti-S tiveram frequência de 16,66%. Destes, 4 (66,64%) pacientes tinham mais que um anticorpo: Anti-RhE + Anti-Fya, Anti-RhE + Anti-Rhc, Anti-K + Anti-Fya e Anti-Jka + Anti-Fyb + Anti-S. Estes pacientes receberam de 7 a 15 concentrados de hemácias e entre 3 a 6 transfusões sanguíneas. Os pacientes do grupo I apresentaram uma frequência maior de aloanticorpos e foi frequente a presença de mais que dois anticorpos irregulares por paciente. A comparação entre os grupos demonstrou diminuição da aloimunização no grupo II, de 30,77% para 10,53%. **Discussão:** O serviço de atendimento é de pequeno porte, com novos pacientes atendidos diariamente e ficou estabelecido que as hemácias seriam liberadas filtradas e posteriormente fenotipadas, conforme legislação vigente. No entanto, este procedimento não foi suficiente para se evitar as aloimunizações: um paciente fenotipado somente na terceira vez em que chegou ao serviço hemoterápico desenvolveu três aloanticorpos: Anti-Jka, Anti-Fyb e Anti-S, comprometendo a busca de bolsa compatível. No entanto, houve diminuição nas frequências de aloimunizações entre os Grupos I e II igual a 65,76%. O ideal é fenotipar antes da primeira transfusão e manter ações contínuas que aumentem a qualidade nos serviços hemoterápicos. Os pacientes entre 0 a 15 anos não foram aloimunizados. O perfil fenotípico dos pacientes falciformes de Paranaíba foi semelhante ao de doadores de sangue da região noroeste do Paraná. O fenótipo raro Jk(a-b-) foi observado em um paciente. **Conclusão:** Houve diminuição na incidência das aloimunizações nos pacientes atendidos no Hemonúcleo de Paranaíba após a introdução da Portaria Consolidação nº 5. No entanto, os protocolos estabelecidos não foram suficientes para evitar a aloimunização e precisam ser revisados. Importante a realização da fenotipagem estendida antes da primeira bolsa de sangue a ser transfundida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.557>

556

ALOIMUNIZAÇÃO ERITROCITÁRIA EM PACIENTES ATENDIDOS NO HEMONÚCLEO DE PONTA GROSSA – PARANÁ

M. Pellissari^a, C.E.S. Clara^b, L. Garbuio^c, B.R. Cruz^b, D.C.K. Borato^b

^a Hemonúcleo de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil

^b Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa, PR, Brasil

^c Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, Ponta Grossa, PR, Brasil

Objetivos: A transfusão sanguínea é um procedimento de grande contribuição na prática clínica atual. Porém, a transfusão de hemácias pode apresentar riscos, como o

desenvolvimento de aloanticorpos. O objetivo deste estudo foi avaliar a frequência e a especificidade de aloanticorpos eritrocitários em receptores fenotipados do Hemonúcleo de Ponta Grossa, Paraná; no período de 2017 a 2019. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal retrospectivo com informações obtidas (idade, sexo e resultados dos aloanticorpos eritrocitários detectados) do banco de dados do SBS.WEB (Sistema de Banco de Sangue). **Resultados:** Foram investigados 156 registros de fenotipagem, 98 (62,8%) demonstraram a presença de aloanticorpos eritrocitários. A idade média da população estudada foi de 54,84±21,17 anos, com maior frequência de aloanticorpos eritrocitários em indivíduos do sexo feminino, na faixa etária entre 20 e 40 anos. Foram detectados 139 aloanticorpos eritrocitários em 98 pacientes avaliados, principalmente Anti-D e Anti-E > Anti-K > Anti-C > Anti-c. Observou-se 64 (65,3%) pacientes com aloanticorpo único e 34 (34,7%) com aloanticorpos eritrocitários múltiplos. Na forma isolada foram detectados principalmente Anti-D > Anti-K > Anti-E, Na forma associada, a combinação mais frequente foi entre Anti-C e Anti-D. **Discussão:** Uma possível explicação para a maior presença de aloanticorpos eritrocitários no sexo feminino, entre 20 e 40 anos, é alta frequência de aloimunização durante a gravidez. Mesmo que, nas últimas décadas, a aloimunização eritrocitária exibiu redução, devido à imunoprofilaxia com administração de anti-D em mulheres Rh-D negativas, a aloimunização ainda representa uma complicação grave na saúde perinatal. Historicamente, é mais provável que os anticorpos anti-D ocasionem hemólise grave, mas outros anticorpos também são importantes. Mais de 50 antígenos eritrocitários do sistema Rh são conhecidos por causar a doença hemolítica perinatal. Além do sistema sanguíneo ABO, os anticorpos clinicamente significantes são aqueles nos sistemas de grupos sanguíneos Rh, Kell, Duffy, Kidd e Diego. Os resultados encontrados no presente estudo demonstraram principalmente a presença de anticorpos clinicamente significantes do sistema Rh e do sistema Kell, sendo Anti-D e Anti-E > Anti-K > Anti-C > Anti-c. Em estudo anterior sobre a especificidade dos aloanticorpos eritrocitários na população brasileira, os mais frequentemente identificados foram Anti-E > Anti-D > Anti-K > Anti-C > Anti-Dia. Outros estudos demonstraram diferentes resultados, Anti-E > Anti-Mia/Mur > Anti-c > Anti-Lea > Anti-M em indivíduos chineses e Anti-E > Anti-Lea > Anti-K > Anti-D > Anti-Leb em americanos. **Conclusão:** O desenvolvimento de aloanticorpos eritrocitários pode complicar expressivamente a terapia transfusional. Pois, provoca uma busca mais criteriosa e específica aos estoques de bolsas fenotipadas para tornar a transfusão sanguínea mais segura, evitando possíveis reações transfusionais. Devido à alta frequência de aloanticorpos observada nesse estudo, ressalta-se a necessidade da conscientização sobre os efeitos e consequências das solicitações de hemocomponentes. Uma vez que, as mesmas devem ser realizadas com mais critério, contribuindo para diminuir o desenvolvimento de aloanticorpos e consequentemente uma redução do tempo do processo de transfusão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.558>

