

durante o ato transfusional, pois avalia a capacidade das equipes em identificar com brevidade e de forma assertiva esse evento. Ter conhecimento dos dados do nosso histórico de RT notificadas e comparar o que está descrito em literatura auxilia centros como o nosso a traçar metas de treinamento para as equipes assistenciais, objetivando, assim, que saibam identificar, atender e notificar o maior número possível de reações. Com isso espera-se melhorar a qualidade e agilidade no atendimento, bem como, se necessário, verificar possíveis mudanças na produção e/ou fornecimento dos hemocomponentes. **Conclusão:** Apesar da prescrição e administração serem corretas, uma RT pode ocorrer. Nestes casos é necessário que os profissionais envolvidos neste processo sejam capacitados a identificar e agir prontamente utilizando as estratégias mais adequadas conforme protocolos institucionais a fim de resolver a intercorrência e prevenir novos episódios de reação transfusional. E com a análise dos dados pode-se ver que os profissionais do HCPA envolvidos no processo de transfusão de hemocomponentes são altamente capacitados a identificarem uma reação transfusional, o que contribui para um melhor e mais seguro atendimento aos pacientes que necessitam de suporte transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.706>

IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICOS DOS PACIENTES ALOIMUNIZADOS DO GRUPO GSH DE RIBEIRÃO PRETO

LCM Silva, JCD Pires, ALG Amaral, MIA Madeira, V Tomazini

Grupo GSH, Brasil

Introdução: Conhecer o perfil epidemiológico fenotípico dos pacientes é fundamental para a eficiência do gerenciamento de estoque de unidades fenotipadas, captação de doadores, mas principalmente garantir a segurança do processo transfusional, prevenindo a aloimunização eritrocitária. **Objetivo:** O trabalho tem como objetivo mapear o perfil epidemiológico dos pacientes que desenvolveram anticorpos irregulares entre 2021-2022 e baseado no diagnóstico avaliar a necessidade de mudanças no protocolo de hemocomponentes especiais, no atendimento de concentrado de hemácias fenotipadas. **Matérias e métodos:** Realizada análise retrospectiva e observacional de dados dos pacientes aloimunizados nas 05 agências transfusionais do Grupo GSH em Ribeirão Preto. **Resultados:** Foram analisados 47 pacientes dentro do período de 2021-2022 que apresentaram pesquisa de anticorpos irregulares positivas durante os testes pré-transfusionais, dos quais foram identificados 61 anticorpos. Entre os incluídos, 01 Linfoma não Hodgkin, 04 Leucemias Agudas, 01 Mieloma Múltiplo, 06 tumores sólidos, 04 cirurgias ortopédicas, 10 acometimento do trato gastrointestinal, 03 acometimentos respiratórios, 02 doenças renal crônica, 05 acometimentos cardíacos, 01 cirurgia ginecológica, 03 pacientes em tratamento intensivo e 07 anemias a esclarecer no momento da transfusão. A prevalência dos anticorpos foi de 29% Anti E, 19% Anti D, 11% Anti Jka, 8% Anti K, 6,5% Anti C, 6,5% Anti c, 5% Anti Dia, 3% Anti Fya, 3% Anti M, 3% Anti Fyb, 1,5% Anti

Kpa, 1,5% Anti Leb, 1,5% Anti Jkb e 1,5% Anti Lua. **Discussão:** Sabemos que alguns diagnósticos são suscetíveis à terapia transfusional, e acaba aumentando a exposição a diferentes antígenos eritrocitários, levando a uma resposta imunológica mediada pela produção de aloanticorpos. Conhecer o perfil de nossos atendimentos é de extrema importância, visto que um dos sistemas sanguíneos com maiores índices de imunogenicidade na literatura é o sistema Rh, e a adoção de protocolos que contribuam com a prevenção de aloimunização, asseguram um suporte transfusional adequado. Os dados demonstram que a prevalência da aloimunização dentro do sistema Rh(D,C,E,c,e) foi de 54,5% dos casos. **Conclusão:** As amostras com pesquisa de anticorpos irregulares positivos, 54% foram do sexo feminino, as doenças com maior incidência foram as gastrointestinais, leucemias e cardiológicas. Em relação aos anticorpos identificados o de maior prevalência foi Anti E com 29% seguido do Anti D com 19%. Um achado importante em nossa análise foi a terceira maior prevalência ser de 11% para anti-Jka, sendo 42% dos pacientes oncohematológicos, um público com alto índice de transfusões ao longo do tratamento. Esses resultados nos ajudam no planejamento e cuidado transfusional para esse perfil de pacientes. Visto que a aloimunização pelo sistema Kidd pode gerar um desafio imunohematológico pelo seu perfil de rápida redução de título de anticorpos e fraca reação antígeno-anticorpo; e que a não detecção pode gerar grave reação hemolítica é sugerido para o público oncohematológico a pesquisa dos antígenos fenotípicos do sistema Rh e Kidd.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.707>

RELATO DE CASO: AHAI DESAFIOS NA ROTINA DE IMUNOHEMATOLOGIA

C Zanella, M Lemos, T Valentino, CS Oliveira

AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI) é caracterizada pela diminuição na sobrevivência das hemácias, devido a hemólise mediada por anticorpos. O processo ocorre por ligação de anticorpos a antígenos eritrocitários com subsequente ativação do sistema complemento e retículo endotelial. **Objetivo:** Relatar os desafios na rotina de imunohematologia em atendimento de pacientes com AHAI recém transfundidos sem screening do momento zero e história transfusional anterior. **Metodologia:** J.G.A, 69 anos, queixa de adinamia e icterícia. Após investigação laboratorial, hemograma com Hb (hemoglobina) 3,5 g/dl e (hematócrito) Ht 10%, leucócitos 25.000 /mm³. As provas de hemólise apresentaram-se alteradas, bilirrubina indireta: 3,76mg/dl, desidrogenase láctica 1.243 U/L. Perfil renal ligeiramente alterado com uréia 56 mg/dl e creatinina em valores normais, 1,20 ml/dl. No laboratório de imunohematologia, amostra do paciente apresentou reatividade em todas as hemácias comerciais e células líquidas, coombs direto e autocontrole nas metodologias tubo e gel Liss/NaCl (4+). Na rotina acessória de técnicas complementares, apresentou reatividade em todas as células do painel com amostra de soro puro e Eluato após Eluição ácida. **Problema:** Paciente com transfusão de hemácias recente (12

dias) em outro serviço, com pesquisas imunohematológicas prejudicadas pela presença de hemácia circulante da bolsa, presença de autoanticorpo/aloanticorpos e ativação do sistema complemento. Acionamos o hemocentro responsável pela transfusão anterior, na tentativa de adquirir alguma informação pré-transfusão que pudesse direcionar a rotina de testes imunohematológicos, não obtivemos sucesso. Realizamos rotina de fenotipagem eritrocitária Rh+Kell à partir dos neócitos, e identificamos uma fenotipagem eritrocitária prejudicada, sugerindo perfil de R1R1 K-. Realizamos adsorção com 3 hemácias diferentes para cobrir todos os principais antígenos de importância clínica que a paciente pudesse ter sensibilizado em transfusão anterior. Nas 3 adsorções com células líquidas R1R1, independente da fenotipagem estendida, todas as Eluições apresentaram reatividade nas hemácias de triagem e painel completo, e o soro após as 6 adsorções apresentaram reatividade de 2+ apenas nas hemácias com fenótipo e+, evidenciando a presença de autoanticorpo anti-e, que não foi completamente exaurido mesmo após a exaustão da amostra. Novo painel de hemácias selecionadas foi realizado (painel de e), para excluir a presença de outros anticorpos na amostra. Paciente apresentou auto IgG inespecífico, associado a auto anti-e. Recebeu 2 unidades de concentrado de hemácias R1R1, K-, Jka-, S-, com hemoglobina pós-transfusão de 5,1 g/dl. Paciente foi orientado a respeito da complexidade das técnicas necessárias para liberação de transfusão de hemácias e recebeu laudo com conduta transfusional, caso necessite transfundir em outra instituição. **Conclusão:** Pacientes com AHAI apresentam um desafio para o laboratório de imunohematologia, possuir a história clínica e conhecer o perfil fenotípico do paciente fornece clareza na investigação de aloimunizações, direciona o fenótipo de hemácias a serem compatibilizadas e reduz tempo na liberação de transfusões.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.708>

CÓDIGO VERMELHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CAUSAS DE SANGRAMENTO DE 2 HOSPITAIS EM SÃO PAULO

EAF Oliveira, FO Braga, FCV Perini,
MCM Campos, MCL Silva, LFF Dalmazzo,
SD Vieira

Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A elaboração de protocolos com o objetivo de rápido controle de sangramentos agudos é de suma importância, pois pode levar a redução de desfechos desfavoráveis. Transfusões maciças são situações de estresse para equipes de saúde e necessitam de um manejo ágil e eficaz. Com o objetivo diminuir a evolução de sangramentos agudos para transfusões maciças, grande parte dos serviços elabora um protocolo (comumente chamado código vermelho), cujo o fornecimento de hemocomponentes em tempo hábil constitui um dos principais pilares. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico de acionamento do código vermelho em dois hospitais de São Paulo atendidos pelo Grupo GSH. **Métodos:** Foram revisados os prontuários de pacientes em que o código

vermelho foi acionado de setembro de 2021 a julho de 2022. Os critérios para acionamento do código eram: presença de sangramento maior associado a alteração de sinais vitais (PAS < 90 mmHg, FC > 110 bpm). **Resultados:** Foram analisados 55 atendimentos, com 42 (76%) pacientes do sexo masculino, e uma mediana de idade de 66 anos. A maior parte (66%), eram pacientes com perfil cirúrgico, com acionamento do código durante ou após o procedimento, seguido de 15% de hemorragia gastrointestinal. Em relação às terapias complementares, 32,7% receberam ácido tranexâmico, 18,1% fibrinogênio, 7,2% complexo protrombínico, e 1,8% fator VII ativado, sendo que 16,3% se enquadravam em critério de transfusão maciça. A média de hemoglobina ao acionamento foi de 8,5g/dl e 27% dos pacientes evoluíram a óbito. Foi utilizado tromboelastograma em 58% dos pacientes avaliados neste trabalho. **Discussão:** Nesse estudo, apenas 16,3% dos códigos vermelhos evoluíram para transfusão maciça, demonstrando a coordenação no atendimento ao paciente com hemorragia grave após a implementação do protocolo, seja pelo acionamento precoce das equipes envolvidas em medidas invasivas de controle de sangramento (tratamento endoscópico, cirurgias e embolização arterial), seja pela maior agilidade no fornecimento de hemocomponentes e de outras terapias (hemoderivados e antifibrinolíticos). Outro fator importante é o uso de testes viscoelásticos que guiam a terapia transfusional, prevenindo efeitos adversos associados a transfusão e o desperdício. A implementação de protocolos de atendimento à hemorragia grave tem mostrado benefício clínico com diminuição da mortalidade em vítimas de trauma, porém, há pouca evidência a respeito da melhor abordagem para pacientes com outros tipos de sangramento. Segundo dados da literatura, até 50% dos acionamentos desses protocolos podem ocorrer em pacientes não traumatizados. Comparativamente, em nosso estudo, os pacientes envolvidos apresentaram predominantemente causas cirúrgicas e hemorragia gastrointestinal. Este dado pode estar superestimado devido a um dos hospitais ser referência em cirurgia cardíaca de alta complexidade. Ainda assim, analisando isoladamente o outro hospital, a porcentagem de ocorrência de sangramento em pacientes cirúrgicos também foi majoritária (64%). **Conclusão:** A hemorragia fora do cenário do trauma pode ser predominante em muitos hospitais. A abordagem similar para todos os tipos de sangramento grave não é ideal. Logo, há necessidade de mais estudos para que se conheçam as melhores estratégias terapêuticas para sangramentos de causa não traumática.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.709>

AVALIAÇÃO DA ALOIMUNIZAÇÃO ERITROCITÁRIA EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MINEIRO

HS Contelli^a, MC Oliveira^b, AAS Ido^b,
EM Francalanci^b, POC Terra^b, ER Filho^{b,c},
DWF Batistão^d, S Royer^a

^a Instituto de Ciências Biomédicas (ICBIM),
Universidade Federal de Uberlândia (UFU),
Uberlândia, MG, Brasil