

transfusionais. **Conclusão:** Conclui-se que apesar das requisições de emergência serem a minoria, ainda permanece a preocupação com pacientes aloimunizados, além da subnotificação de reações transfusionais, sugerindo a necessidade de melhorias no sistema de comunicação com os hospitais para ressaltar a importância da hemovigilância.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.742>

ESTUDO COMPARTIVO NA UTILIZAÇÃO DE CELL SAVER EM HOSPITAIS PRIVADOS DO ESTADO DE SÃO PAULO ENTRE OS ANOS DE 2021 E 2022

TB Barboza, BFS Oliveira, FM Melo,
JED Giacomo, JAD Santos, DE Rossetto,
LFF Dalmazzo

Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: O estudo vigente tem como objetivo descrever a realidade de hospitais que utilizam *cell saver*, como rotina em cirurgias cardíacas, com elevada perda sanguínea estimada como troca valvar (TV) e revascularização miocárdica (RM). **Métodos:** Foram compilados dados de procedimentos especiais com *cell saver* realizados em três hospitais, do período de junho de 2021 a maio de 2022 retirados do sistema informatizado utilizado na instituição. Após a compilação dos procedimentos, foram selecionados apenas os pacientes que utilizaram a *cell saver* para RM e/ou TV. Através dos dados obtidos, foi realizado um estudo comparativo com o número de procedimentos encontrados para cada especialidade em cada ano. **Resultados:** Entre os dados analisados foi verificado que em 2021 foram realizados um total de 31 procedimentos durante a troca valvar, desses: 15 foram realizados em 2021 e 16 no ano de 2022. O procedimento de revascularização do miocárdio, foi realizado um total de 42 procedimentos, desses 15 em 2021 e 27 em 2022. **Discussão:** Foi possível observar que teve uma crescente no número de procedimentos de *cell saver*. Além disso, um aumento no número de procedimentos no ano de 2022 se comparado ao ano de 2021. Isso se deve pela fidelização de equipe médica cardiológica, que anteriormente não operava no hospital e ao envio frequente de pacientes de alta complexidade cirúrgica. **Conclusão:** A partir deste estudo é possível concluir que o uso de *cell saver* em 2022 para os hospitais privados analisados está em num processo gradual positiva se comparado ao ano de 2021, garantindo uma segurança para o paciente durante esses dois procedimentos sem que haja risco associado a uma transfusão homóloga, além de amenizar a preocupação com a reposição de estoque no banco de sangue.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.743>

DETERMINAÇÃO DO PERFIL IMUNO-HEMATOLÓGICO EM CANDIDATOS DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

SB Leite, LO Garcia, LDN Vargas, DMR Speransa,
L Sekine, JPM Franz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivos: O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é o tratamento e a cura de diversas doenças hematológicas e não-hematológicas. A avaliação do perfil imuno-hematológico dos pacientes listados para TCTH permite o planejamento do suporte transfusional durante o período pré e pós-transplante dos serviços de hemoterapia e agências transfusionais. O objetivo foi analisar os resultados dos exames pré-transfusionais de doadores e receptores do TCTH a fim de traçar um perfil dos candidatos ao transplante. **Materiais e métodos:** Foram analisados retrospectivamente os dados dos pacientes listados para a realização do TCTH alogênico entre janeiro de 2017 e junho de 2021 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS. Realizamos a determinação da tipagem ABO, fator RhD e parentesco entre receptor e doador, titulação de isohemaglutininas e pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) com identificação do anticorpo, quando presente, no receptor. **Resultados:** Dos 171 candidatos, a maioria apresentou tipagem sanguínea ABO e fator RhD: O positivo (72 – 42,1%), seguido de A positivo (54 – 31,6%), A negativo (13 – 7,6%), B positivo (12 – 7,0%), O negativo (11 – 6,4%), AB positivo (4 – 2,3%), AB negativo (2 – 1,2%), indeterminado positivo (2 – 1,2%). Entre os doadores, a tipagem sanguínea distribuiu-se em O positivo (70 – 40,9%), A positivo (55 – 32,2%), B positivo (20 – 11,7%), O negativo (10 – 5,8%), A negativo (8 – 4,7%), AB positivo (7 – 4,1%), B negativo (1 – 0,6%). Em relação a compatibilidade do sistema ABO entre receptor e doador, a maioria dos transplantes foi isogrupo (84 – 46,9%), seguido de incompatibilidade maior (42 – 24,2%), incompatibilidade menor (38 – 22,7%), incompatibilidade bidirecional (5 – 3,6%) e não determinado (2 – 2,6%). O transplante aparentado foi maioria, 90 (52,6%) enquanto o não-aparentado (81 – 47,4%). Dos pacientes analisados, 8 (10,3%) apresentaram PAI positivo, sendo um paciente com anti-Cw, um com anti-S e anti-E e um com anticorpo não detectável. Em cinco receptores não foi possível identificar o anticorpo presente. A titulação de isohemaglutininas foi realizada nos transplantes com incompatibilidade maior para auxiliar na segurança do TCTH. Foi considerado alto título $\geq 1:128$. Identificamos títulos anti-A IgM de 1:128 em 2 receptores e 1:512 em 1 receptor; anti-A IgG 1:128 (3), 1:512 (2) e 1:1024 (1); título anti-B IgG 1:128 em 4 receptores. Não foi observado título anti-B IgM elevado em nenhum dos receptores avaliados. **Discussão:** A realização de testes imuno-hematológicos é obrigatória conforme a legislação (Portaria de Consolidação nº5, de 28 de Setembro de 2017) e a identificação do perfil dos pacientes transplantados auxilia o serviço de hemoterapia no controle do estoque com intuito de garantir a segurança transfusional antes, durante e após o transplante, respeitando a sua respectiva fase, sobretudo em pacientes submetidos a transplantes não-isogrupo. Além disso, para esse grupo de receptores, devido ao risco de complicações, a informação dos títulos anti-A e anti-B auxilia na avaliação do risco de hemólise na infusão e monitoramento da síndrome do linfócito passageiro, contribuindo para a segurança transfusional. **Conclusão:** O conhecimento do perfil imuno-hematológico dos pacientes na lista do transplante permite o planejamento do suporte transfusional, uma vez que requerem cuidados na transfusão de concentrado de

hemácias e de plaquetas, devido ao risco de aloimunização e de refratariedade plaquetária.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.744>

SIGNIFICADO CLÍNICO DO ALOANTICORPO ANTI-GE AVALIADO PELO ENSAIO DA MONOCAMADA DE MONÓCITOS EM PACIENTE ATENDIDO PELA FUNDAÇÃO HEMOMINAS: RELATO DE CASO

MM Godin ^{a,b}, LC Schmidt ^a, MCFS Malta ^a, CG Andrade ^a, KF Rodrigues ^a, MTA Vieira ^a, MEA Oliveira ^a, KPM Belo ^a, TLA Silva ^a, LMS Dusse ^b

^a Fundação Hemominas, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A Central de Imuno-Hematologia (CIH) da Fundação Hemominas é o serviço de referência na área no estado de Minas Gerais. A CIH atende a um número expressivo de pacientes que necessitam de transfusão de sangue e que são aloimunizados. A abordagem transfusional desses pacientes é, muitas vezes, bastante desafiadora, em especial para aqueles que apresentam aloanticorpos direcionados a antígenos de alta frequência populacional, visto que nem sempre haverá concentrado de hemácias (CH) compatível. Dentre esses aloanticorpos, destaca-se o Anti-Ge, que é direcionado a antígeno do grupo sanguíneo Gerbich (Ge), de ocorrência natural ou imune. Tal aloanticorpo pode ter importância clínica relevante, uma vez que tem potencial de causar reação transfusional hemolítica. A avaliação do significado clínico de aloanticorpos antieritrocitários é uma das principais aplicações do Ensaio da Monocamada de Monócitos (MMA), um teste *in vitro* empregado para prever o potencial hemolítico pós-transfusional de anticorpos. **Objetivo:** Relatar como o emprego do MMA foi decisivo no desfecho do caso de paciente crítico (sexo masculino; 70 anos; fenotipagem “ABO/RhD”: “B”/ POSITIVO) que apresentava o aloanticorpo Anti-Ge e que necessitava de reserva cirúrgica de 03 CH para correção de aneurisma de aorta abdominal, sem a possibilidade de doação autóloga e na falta de CH compatíveis. **Material e métodos:** Após a identificação do aloanticorpo Anti-Ge e com base na necessidade transfusional do paciente, foi proposta a realização do MMA com 03 CH especificamente selecionados, Ge positivas e, portanto, incompatíveis com o receptor. Os testes foram executados de acordo com a padronização do ensaio estabelecida na CIH, a partir de protocolos disponíveis na literatura. **Resultados:** Os resultados para os índices de monócitos obtidos nos ensaios para os três CH avaliados foram iguais a zero e demonstraram que o aloanticorpo em questão não era clinicamente significativo, dada a ausência de hemácias aderidas e/ou fagocitadas pelos monócitos empregados nos ensaios. Os CH testados pelo MMA foram disponibilizados para o hospital e o paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico. Recebeu 01 CH no intraoperatório e 02 CH no pós-operatório, após apresentar sangramento, sendo o valor da sua hemoglobina pré-

transfusional de 5,7g/dL e pós-transfusional de 7,9g/dL. Foi relatada alta hospitalar no 8º dia após o procedimento e a sua recuperação foi considerada satisfatória. **Discussão:** Considerando as limitações que os testes sorológicos adotados nos serviços de imuno-hematologia apresentam com relação à avaliação do significado clínico de aloanticorpos, torna-se necessário cada vez mais a adoção, em serviços especializados, de outros métodos que forneçam maior respaldo à equipe médica em relação a autorizar ou não transfusões incompatíveis de CH. No caso apresentado, o quadro clínico do paciente era muito delicado e o atraso na sua cirurgia poderia resultar em um desfecho desfavorável. Dessa forma, como não havia CH compatível para ele, o MMA foi empregado como teste auxiliar na avaliação da importância clínica do aloanticorpo em questão. **Conclusão:** O emprego do MMA no presente caso indubitavelmente auxiliou na avaliação do significado clínico do aloanticorpo Anti-Ge e no atendimento hemoterápico satisfatório de paciente crítico aloimunizado que dependia de procedimento cirúrgico e de transfusões para a sua recuperação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.745>

MAGNETIC RESONANCE IMAGING R2* AS A METHOD TO MONITOR IRON OVERLOAD IN PATIENTS UNDERGOING THERAPEUTIC PHLEBOTOMY FOR HEREDITARY HEMOCHROMATOSIS

CSR Araujo ^{a,b}, FCB Lemanski ^a, GK Hammacher ^a, BA Machado ^b, NKD Santos ^c, A Pasqualotti ^a

^a Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brazil

^b Serviço de Hemoterapia do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo Fundo, RS, Brazil

^c Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brazil

Objective: : to determine if there was a reduction in liver iron overload due to therapeutic phlebotomy as a treatment for iron overload in patients with hereditary hemochromatosis. **Materials and methods:** : Through a retrospective observational study, we analyzed Magnetic Resonance imaging (MRI) R2* of 5 patients, before and after phlebotomy treatment, who are in medical follow-up for hereditary hemochromatosis. Data were collected from a hospital database and included patients with the diagnosis of hereditary hemochromatosis, with two MRI R2* (one before and one after treatment with phlebotomy), and with serum ferritin and transferrin saturation (TS) data collected in a period next to each MRI. **Results:** The mean number of phlebotomies between MRIs was seven for each patient. The mean interval between MRIs was 25.6 months (maximum of 66 and minimum of 12). On the first MRI, four patients presented liver iron overload (80%) and 1 did not (20%); the iron overload was severe in all four patients. On the second MRI, all patients with iron overload in the first showed a large reduction to mild overload in the deposits. The only patient who did not have it continued without an