

fornece clareza na investigação de aloimunizações, direciona o fenótipo de hemácias a serem compatibilizadas e reduz tempo na liberação de transfusões. Glicocorticoides e imunossuppressores são a primeira linha de tratamento sugerida para AHAI, estudos demonstram que os corticosteroides são mais efetivos na fase aguda da hemólise do que nos tratamentos crônicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1333>

TWO YEARS OF USING LOW-TITER GROUP O WHOLE BLOOD TRANSFUSION EXPERIENCE IN A TRAUMA HOSPITAL IN SOUTH BRAZILIAN

MMO Rodrigues, MF Wohlenberg,
MS Fernandes

Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre,
RS, Brazil

Objective: Evaluated the use of low-titer group O Whole Blood (LTOWB) in hemorrhagic shock patients for emergency transfusion, at Cristo Redentor Hospital, a specialized trauma hospital in South Brazilian. **Material and methods:** A retrospective, single-center study of two years of LTOWB experience (2021–2023). LTOWB were produced at Hemotherapy Service HNSC, with low-titer group O (IgG <200), man blood donor, RhD positive, HbS negative. Evaluated data from a type of trauma, number of LTOWB used, clinical outcome, survival after 48 hours, and laboratory data. Also, was performed search in electronic databases for studies published. **Results:** In two years 208 LTOWB units were transfused in 149 patients (134 male [90%]). Regarding clinical outcomes, 56 deaths, 34 were in less than 48 hours. Road traffic injuries (n=66) and gunshot wounds (n=52) were the most frequent type of trauma in hemorrhagic shock. After LTOWB was used, 90 patients continue transfusion with conventional component therapy (packed red blood cells, plasma, platelets, and cryoprecipitate). The number of LTOWB units transfused for each patient was variable to 1 unit (n=90), 2 units (n=43), 3 units (n=4), 4 and 6 units (n=1). Concerning ABO and RhD type, O-positive was the most frequent (n=60) followed by A-positive (n=47), only 17 patients were RhD negative. The lowest hemoglobin after transfusion LTOWB and components was 4.8 g/dL (median=10.8 g/dL). **Discussion:** In trauma, the historical scenario expected the highest number of male patients, then using O-positive whole blood is a safe choice considering the number of O-negative blood units is lower. Some studies showed the use of LTOWB was associated with improved survival in shock hemorrhagic patients, in our study 62.4% of patients had a hospital discharge. **Conclusion:** LTOWB is an interesting alternative use in trauma resuscitation, the experience of two years of using LTOWB at Cristo Redentor Hospital showed a safety protocol and true agility in managing hemorrhagic trauma patients.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1334>

IDENTIFICAÇÃO DAS VARIANTES DE RHD EM DOADORES DE SANGUE D-FRACO E D-NEGATIVO EM 4 REGIÕES DO BRASIL

TCS Silva^a, MR Dezan^b, BR Cruz^a, GM Costa^b,
SSM Costa^c, DM Langhi^{a,c}, CL Dinardo^{a,b},
JO Bordin^a

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^b Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^c Imunolab, Brasil

Objetivos: Identificar os alelos variantes de RHD em doadores de sangue RhD fraco e RhD negativo C e/ou E positivos provenientes das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-oeste do Brasil. **Material e métodos:** O estudo se iniciou com a busca pelo período de 1 ano em 200.000 doadores de sangue de 4 regiões do Brasil (Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste). Foram encontradas 295 amostras com fenotipagem fraca para o antígeno RhD. A separação inicial ocorreu com base no fenótipo RhCE (C+ ou E+). Amostras C+ foram testadas para D-fraco tipo 3, 38 e 11 por PCR-Multiplex. Amostras E+ foram testadas para D-fraco tipo 2 e 5 por PCR-Multiplex. As amostras não definidas seguiram para outras técnicas de AS-PCR ou Sequenciamento de Sanger. Doadores R0r (C- e E-) foram testados por AS-PCR para D-fraco tipo 4, com confirmação de RHD*DAR através de sequenciamento de Sanger. Foram analisadas 486 amostras fenotipadas com RhD negativo, C e/ou E positivo por PCR-multiplex para detectar RHD, RHD*Ψ e RHCE*C/c. As negativas foram encaminhadas para o grupo controle e as positivas foram testadas individualmente para outro PCR-multiplex para detectar RHD*Ψ. Amostras não definidas foram encaminhadas para o sequenciamento de Sanger. **Resultados:** Das 295 amostras D-fraco positivo, 88% apresentaram alelos expressando antígeno RhD alterado. D-fraco tipo 1, 2 ou 3 foi a variante mais comum (67%), seguida por D-fraco parcial (19%) e outros tipos de D-fraco (14%). Entre as variantes encontradas, D-fraco tipo 1, 2 e 3 predominou no Sudeste (35%), Nordeste (17%) e Centro-Oeste (31%), enquanto D-fraco tipo 38 foi mais comum no Sul (29%). A variante D-fraco parcial 11 ocorreu com maior frequência no Sudeste (43%) e D-fraco tipo 15 foi exclusiva da região Sul. A variante RHD*DAR e RHD*DAU foram encontradas em maior quantidade nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-oeste. Das 486 amostras fenotipadas como RhD negativo que eram C e/ou E+, apenas 5% (26 amostras) apresentaram o gene RHD. Das 26 amostras positivas, 19% (5) eram do genótipo RHD*08N.01/RHD*01N.01 e 31% (8) eram RHD*03N.01/RHD*08N.01, 13 amostras não foram definidas. A distribuição regional foi variada. **Discussão:** A análise dos alelos variantes de RHD em doadores de sangue no Brasil revelou diversidade genética, o que já era esperado. Essas descobertas destacam a importância de uma investigação abrangente das variantes de Rh para garantir uma seleção adequada de doadores e práticas transfusionais seguras. Partindo do princípio que os indivíduos RHD*DAR e RHD*DAU são aqueles que apresentam possíveis mutações em RHCE e, por isso, expressam antígenos parciais e possuem

ausência de antígenos de alta frequência, recomenda-se priorizar a busca por doadores R0 na região Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste para atender às necessidades transfusionais de pacientes com fenótipos raros. Mais testes e resultados desse estudo estão sendo apurados e serão publicados futuramente. **Conclusão:** O conhecimento das variantes de Rh e suas associações como fenótipo RhCE, outros antígenos de grupos sanguíneos, etnia, localização e ancestralidade são importantes para busca de doadores com compatibilidade sanguínea. Dessa forma, garantimos a segurança dos pacientes que necessitam de transfusões. Além disso, a busca por doadores com fenótipos raros nas regiões Nordeste e Sudeste do país mostra-se uma estratégia relevante nesse contexto.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1335>

FATORES ASSOCIADOS À TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS EM RECÉM-NASCIDOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PROTOCOLO TRANSFUSIONAL E VOLUMETRIA

EFGD Santos, SI Pozzer, ENP Florentino, PMN Teixeira, JCI Gazola

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

Transfusões de concentrado de hemácias podem reduzir a morbidade associada ao quadro anêmico relacionado a prematuridade. Através das transfusões vidas podem ser salvas, especialmente daqueles neonatos que sofreram grande perda volêmica em quadros de trombocitopenia grave, septicemia, cardiopatias congênitas, ou mesmo em pacientes com grandes desconfortos respiratórios que necessitem de um maior aporte de oxigênio, entre outras enfermidades. Na anemia grave neonatal, a apresentação clínica mais comum se resume a taquicardia, acidose, hipoatividade, ocorrência de apneias, necessidade de suporte respiratório, baixo ganho ponderal e dificuldade de sucção. As transfusões são uma medida temporária que apensar do ganho em estabilidade hemodinâmica imediato podem ter a desvantagem de inibir ainda mais a eritropoiese. O protocolo transfusional em nossa instituição para Recém-Nascidos (RN) adota as sugestões da legislação vigente como regra: Os concentrados de hemácias devem ser desleucocitados removendo aproximadamente 99,9% dos glóbulos brancos e glóbulos vermelhos compactados presentes na unidade primária coletada do doador, reduzindo a transmissão de possíveis infecções como a do Citomegalovírus – CMV, que em recém-nascidos pode provocar doenças graves que comprometem o aparelho digestivo, sistema nervoso central e retina e reações transfusionais febris não hemolíticas. A transfusão deve ocorrer em pequenas alíquotas a fim de prevenir sobrecarga volêmica. Os testes pré-transfusionais com a amostra de sangue do RN incluem a tipagem ABO direta e o TAD, em paralelo deve-se realizar com a amostra da mãe ou eluato do RN, todos os testes pré transfusionais (Tipagem ABO direta e reversa, TAD, PAI e Painel de identificação em caso de presença de anticorpos irregulares) na primeira transfusão, sendo todos compatíveis não há a necessidade de repetição dos testes em novas

transfusões até os seis meses de vida do RN. A unidade de Concentrado de hemácias deve ser preferencialmente do grupo O RhD negativo, D fraco negativo, com hemolisinas negativas para A e B, com até cinco dias de coleta. Realizamos em nossa instituição um levantamento no período de 01/2022 a 12/2022 da volumetria transfusional de Concentrado de hemácias, destacando em quantos protocolos foi possível transfundir exclusivamente unidades de hemácias O RhD negativo e o tempo de vida dos receptores. Foram realizadas 94 transfusões de Concentrado de Hemácias Desleucocitados (CHD) em 34 pacientes na UTI neonatal, somente em 13,16% dos casos foi necessária a transfusão de unidades O RhD positivo, possivelmente pela falta de unidades O RhD negativas em nosso estoque. A maioria dos pacientes, 65%, tinham até um mês de vida e não foi observado nenhum caso que evidencie uma reação transfusional. A transfusão na grande maioria das vezes é um procedimento o qual não se pode substituir, porém em alguns casos pode-se recorrer a fármacos estimuladores hormonais, como a eritropoetina que é o principal regulador do processo de formação das hemácias, reduzindo a necessidade de terapia transfusional, diminuindo os riscos gerais para o receptor. Em nossa instituição não dispomos da eritropoetina como opção terapêutica sendo a transfusão o único meio de tratamento emergencial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1336>

EXSANGUINEOTRANSFUÇÃO PARCIAL EM PACIENTE FALCIFORME: COMPLEXIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

BP Zambonato^a, M Sosnoski^a, CR Rocha^a, NF Mesquita^a, AM Rosa^a, L Sekine^b, MA Almeida^b

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Doença Falciforme (DF) é a doença hereditária monogênica mais comum no Brasil e a terapia de troca parcial, ou Exsanguineotransfusão Parcial (EP), é a terapia transfusional mais utilizada no país para o seu controle. **Objetivo:** Descrever os principais cuidados de enfermagem em pacientes com DF e quais as complexidades envolvidas no processo de EP. **Material e métodos:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a vivência de enfermeiros atuantes em um ambulatório de transfusão pertencente ao banco de sangue de um hospital universitário do sul do país, com evidências da atuação entre janeiro de 2022 a julho de 2023. **Resultados:** A frequência de EP tem aumentado significativamente no hospital em estudo. Passou de uma média de 5 procedimentos por mês no ano de 2022 para uma média de 10 por mês no primeiro semestre de 2023, evidenciando o dobro de procedimentos no ano vigente. A EP envolve um cuidado complexo e específico da equipe de enfermagem que presta atendimento aos pacientes portadores de DF, fazendo-se necessário atualizações sobre o tema para melhorar o cuidado, tão intenso, nesse procedimento. Neste hospital, a