

foram: ortopedia (N:187;31%), cirurgia geral (N:137;22%) e cardíaca (N:74;12%). Contudo, as cirurgias cardíacas e vasculares, obtiveram a maior taxa transfusional, com 13,1% e 12,5% respectivamente. O procedimento cirúrgico de maior utilização de CH (% > 4%) foi cirurgias valvulares (17,7%), seguidos por: laparotomia exploradora planejada (12,9%), revascularização miocárdica/fratura de fêmur (9,6%) e decorticação pulmonar/aneurisma de aorta torácica (4,8%). Dos 76 tipos de cirurgias avaliadas, 22(29%) apresentaram IPT > 10%, 2(3%) IPT entre 1-10% e 52(68%) IPT < 1%. Nas cirurgias com transfusão, o índice IUCH encontrado foi de 16(67,0%) > 2 e 8(33%) < 2. **Discussão:** O IPT reflete a necessidade de utilização de hemocomponentes para cada cirurgia. No período avaliado, 22 procedimentos apresentaram IPT > 10%, recomendando a compatibilização de sangue previamente à cirurgia. Em outros 52 apresentaram IPT < 1%, indicando nenhum preparo prévio. O IUCH representa uma relação entre unidades compatibilizadas/unidades transfundidas (C/T). Observamos 67% com valor maior que 2, considerado como tendo número excessivo de unidades preparadas. É notável que a maioria dos CH compatibilizados não foram utilizados, mesmo após 24 horas do pós-operatório. Dados semelhantes foram encontrados em inúmeros trabalhos e demonstraram que a maior demanda de hemocomponentes estão relacionados a eventos cirúrgicos, com consequente bolsas preparadas e não utilizadas. Essas informações reforçam a importância de cada serviço de Hemoterapia analisar continuamente os dados de CH no pré-operatório, mediante solicitação/uso e reformular os protocolos de acordo com a realidade de cada Instituição. **Conclusão:** A especialidade com maior índice transfusional foi cirurgias cardíacas. Aplicação dos índices IPT e IUCH podem orientar as solicitações de hemácias no pré-operatório de cirurgias eletivas. Todas as especialidades cirúrgicas poderiam economizar com os custos de solicitação de CH. Atualizar o protocolo de reserva baseado na utilização histórica, possibilita a otimização de recursos operacionais, envolvendo principalmente a gestão de estoque, redução de custos e melhoria no atendimento. O uso racional do sangue é primordial para eficácia em procedimentos hemoterápicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1334>

REAÇÃO HEMOLÍTICA AGUDA APÓS TRANSFUSÃO DE PLAQUETAS ABO INCOMPATÍVEL: RELATO DE CASO

SMC Lira, IGP Silva, JPL Amorim, EC Ferreira,
PDS Teixeira, WWV Sampaio, M Valvasori,
LFF Dalmazzo

Grupo GSH, Brasil

Introdução: A transfusão de concentrado de plaquetas (CP) deve idealmente ser ABO-isogrupo, entretanto o uso de CP não idênticas não são incomuns devido baixa disponibilidade de todos os tipos sanguíneos e a vida-média curta de 5 dias destes hemocomponentes. A portaria brasileira define que para transfusões de CP deve-se respeitar a compatibilidade do plasma do doador com as hemácias do receptor e caso não seja possível, recomenda-se avaliar o volume residual do

plasma do componente sanguíneo e a presença de anti-A e anti-B de relevância clínica. Embora rara, pode haver reação hemolítica aguda seguido da transfusão de plaquetas ABO incompatível. **Materias e métodos:** Relatamos um caso de um paciente sexo feminino, 59 anos com diagnóstico de síndrome mielodisplásica e plaquetopenia, tipagem sanguínea: A RHD POSITIVO, pesquisa de anticorpos irregulares(PAI) negativa, teste da antiglobulina direta POSITIVA (++)/+4) que recebeu 02 unidades de plaquetas randômicas tipagem sanguínea: B RHD POSITIVO com título anti-A < 64 na técnica em tubo. Nos 10 minutos da segunda bolsa apresentou dor lombar e desconforto respiratório sem alterações dos sinais vitais. A transfusão foi suspensa imediatamente e houve melhora considerável dos sintomas. **Resultados:** Os testes pós-reação foram colhidos e não demonstraram alterações comparados com os testes pré-transfusionais. Testes de hemólise, eluato e eluato lui foram negativos. Durante a evolução dos exames laboratoriais após transfusão houve queda da hemoglobina de 2 g/dl, urina 1 com hemoglobinúria, DHL aumentado e bilirrubina indireta de 3,9. **Discussão:** Reação hemolítica (RH) clinicamente significativa é rara porém potencialmente grave durante a transfusão de plaquetas ABO incompatível. A determinação do título de isoaglutininas crítico onde os produtos não devem ser administrados é um desafio, pois não há método padrão para esta definição e relatos de RH com ampla variação de títulos foram implicados. **Conclusão:** Deve-se estabelecer critérios mais padronizados para definição de títulos críticos de isoaglutininas para as transfusões de plaquetas ABO-incompatíveis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1335>

INCIDÊNCIA DE ANTICORPOS IRREGULARES EM PACIENTES TRANSFUNDIDOS EM HOSPITAIS ATENDIDOS PELO GRUPO GSH EM SÃO LUÍS- MA

EL Lopes, AM Ribeiro, JPL Amorim, EC Ferreira,
MAV Figueiredo, GS Mendes, TDL Santos

Grupo GSH, Brasil

Objetivos: Os aloanticorpos eritrocitários irregulares, estão diretamente relacionadas as reações transfusionais hemolíticas. Na rotina da agencia transfusional (AT) a pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) é obrigatória para a transfusão de hemocomponentes, a falha na realização ou ausência do PAI pode levar a uma reação hemolítica imediata ou tardia de intensidade que pode agravar a condição clínica do receptor. Nesse contexto, o trabalho tem o objetivo de determinar a incidência de aloanticorpos irregulares, em pacientes com PAI positivo, das AT do Grupo GSH em São Luís – MA. **Material e métodos:** Realizado estudo descritivo e retrospectivo do período de agosto de 2020 a abril de 2024. Foram analisados os dados e laudos de pacientes que apresentaram PAI positivo, realizados pelo método de gel aglutinação. Foram excluídos pacientes que apresentaram reação positiva, devido a interferência medicamentosa ou TAD positivo. **Resultado:** Foram atendidos no período 3.405 pacientes; destes 53 (1,5%) foram PAI positivos, sendo 67,9% do sexo feminino e 32,1%