

instituições. No primeiro teste pré transfusional em nossa instituição (01/2024), foi evidenciado: pesquisa de anticorpos irregulares (PAI): reagente e teste de antiglobulina direto (TAD): IgG 1+; C3d 3+. Nesta análise, a presença do autoanticorpo prejudicou a identificação do aloanticorpo e a busca por uma bolsa compatível, a cirurgia foi suspensa, iniciado corticoterapia em 02/2024 e paciente recebeu alta hospitalar. Em nova análise 03/2024 (34 dias após corticoide) identificado presença de anti- f e TAD (fracamente positivo). Em 05/2024 é necessário nova internação por sepse de foco abdominal a paciente permanecia com Anti-f e TAD+, contudo, devido gravidade do quadro clínico recebeu 2 UI de concentrado de hemácias (CH) apesar de prova de compatibilidade maior incompatível. A paciente foi transfundida com fenótipo CCee, realizou a cirurgia e não apresentou reações transfusionais. Análises laboratoriais de imuno-hematologia foram realizadas por laboratório de referência parceiro da agência transfusional do hospital. **Discussão:** As transfusões são importantes para o cuidado dos pacientes com DF, contudo, muitas dessas transfusões ocorrem em emergências, na qual hemocomponentes especiais não estão prontamente disponíveis para transfusão aumentando o risco de aloimunização eritrocitária. Pesquisas em pacientes com DF demonstram taxas de aloimunização que variam de 12 até 50%. A maior frequência é para anti- C, anti- E (sistema Rh) e anti- K (sistema Kell). O antígeno- f faz parte do sistema RH sendo expresso quando as hemácias possuem c e e no mesmo haplótipo (cis). O anti-f não é comum na prática transfusional, pode se manifestar de forma natural, como alo ou autoanticorpo e ser mascarado por outros anticorpos. Trata-se de um anticorpo clinicamente significativo podendo levar a reação hemolítica e doença hemolítica perinatal. A paciente tinha histórico transfusional em diversos hospitais, o que aumentava o risco de aloimunização. Foi identificada associação de um autoanticorpo com anti-f. O tratamento com esteroides pode ter minimizado a reação do autoanticorpo proporcionando a identificação do anti-f em um segundo momento. Destaca-se também a dificuldade de identificação do antígeno f pela ausência deste nos diagramas das hemácias comerciais da rotina. Unidade de CH negativas para ce são mais difíceis de encontrar na população, desta forma, dada a frequência destes a ausência do antígeno c é uma escolha mais conservadora para transfusão do que as unidades negativas para o antígeno e. Várias agências transfusionais não possuem laboratório de imuno hematologia para resolução de alterações em testes transfusionais, o que aumenta o tempo de espera para transfusão podendo agravar o quadro clínico dos pacientes. No caso em questão a paciente aguardou meses para concluir a investigação, o quadro de colecistite evoluiu para sepse abdominal, mas manteve desfecho favorável e não apresentou reações transfusionais. **Conclusão:** Transfusões continuam sendo essenciais para o tratamento da DF, o uso racional dos hemocomponentes associado a transfusão de CH especiais (filtrado e fenotipado) são condutas necessárias para evitar complicações transfusionais.

PERFIL DOS PACIENTES AO ATENDIMENTO A SANGRIA TERAPÊUTICA REALIZADOS EM HOSPITAL ATENDIDO PELO GRUPO GSH EM FRANCA/SP

GMM Spereta, LCM Silva, ALG Amaral,
YH Andrade, TG Souza, TVG Silva

Grupo GSH, Brasil

Introdução: A sangria terapêutica é uma modalidade de tratamento médico que estabelece a retirada de sangue do paciente como tratamento de doenças. Foi a prática médica mais comum desde antiguidade até finais do século XIX, por um período de quase 2000 anos sendo um procedimento realizado a nível ambulatorial ou internado. A sangria terapêutica é um processo com a finalidade de extrair algumas substâncias do organismo e moderar o aumento da viscosidade sanguínea nas eritrocitoses e reduzindo o conteúdo total de ferro nas situações de acúmulo de ferro hereditário hemocromatose e ou Policitemia Vera. É um procedimento relativamente seguro, mas não isento de eventos adversos, como por exemplo, a hipotensão transitória. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo identificar o perfil de atendimentos de sangrias terapêuticas realizados em hospital e maternidade atendidos pelo Grupo GSH em Franca/SP no ano de 2023. **Materiais e métodos:** Neste estudo foram avaliadas retrospectivamente as requisições de serviço realizados no durante o ano de 2022 correlacionado ao ano de 2023. Analisamos um total de 103 sangrias terapêuticas realizadas durante o ano de 2022 e 127 realizadas durante o ano de 2023. **Resultados:** No ano de 2022, foram realizados 103 atendimentos sendo 45 pacientes dentre os quais; 42 pacientes foram do sexo masculino, e 3 pacientes do sexo feminino, idade entre 45 e 55 anos, com hemoglobina em média de 17,9% e Ferritina 645 em média; 84,47% com diagnósticos de hemocromatose hereditária e 15,53% por Policitemia secundária. Em 2023 foram realizados 127 procedimentos os quais 47 pacientes do sexo masculino e 7 do sexo feminino, idade entre 28 e 45 anos, com hemoglobina de 19,9% e Ferritina de 605 em média, 73,58 % com diagnóstico hemocromatose hereditária e 26,42% de Policitemia em decorrência ao uso de testosterona. **Discussão:** Observamos um aumento no número de atendimento a pacientes em relação ao ano anterior em relação ao ano anterior e com diagnóstico e indicação de Policitemia após o uso de testosterona. **Conclusão:** Apesar da sangria terapêutica ser uma técnica segura e bem fundamentada, pouco se sabe sobre a prática para Policitemia induzida por reposição hormonal. O presente trabalho confirma a mudança no perfil de atendimentos, mostrando um aumento no número de atendimento a sangria terapêutica decorrente a reposição de testosterona um hormônio anabólico e androgênico indicado para aumentar força e a massa muscular, aumentando assim eritropoetina agindo nos receptores renais relacionando à elevação do hematócrito e não da ferritina.