

única paciente em 2023. Quando comparamos a quantidade transfundida por hemocomponentes observamos um aumento significativo entre os períodos de 2023 e 2024, com um aumento de 37,3% no número de CH transfundidos e 27% a mais no número de CP. Esse aumento se deve ao crescimento de transfusões em pacientes queimados, desbridamento, retallo cirúrgico e cirurgias ortopédicas de grande porte que não ocorriam neste hospital. **Conclusão:** A importância de analisar e atualizar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo hospital o qual a agência transfusional atende, é de garantir adequação de protocolos e estoque adequado de hemocomponentes, incluindo hemocomponentes especiais, para atender aos diferentes perfis clínicos e cirúrgicos do hospital.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1352>

PERFIL DO USO DE HEMOCOMPONENTES EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS DE UM HOSPITAL PRIVADO NO RIO DE JANEIRO

KB Fonseca, DNL Assis

*Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia (GSH),
Brasil*

Objetivos: : Analisar as reservas cirúrgicas ortopédicas e seu uso de acordo com o tipo de cirurgia realizadas no Hospital Casa Evangélico – RJ entre 2019 e 2023. **Materiais e métodos:** : Estudo retrospectivo e observacional utilizando dados da agência transfusional do hospital relacionados as reservas cirúrgicas da ortopedia assim como as respectivas transfusões. Foram consideradas reservas as solicitações realizadas com este objetivo explícito no pedido e foram consideradas as transfusões realizadas no perioperatório pela equipe cirúrgica. **Resultados:** : Foram realizadas no período 409 cirurgias ortopédicas para as quais solicitados 819 concentrados de hemácias (CH) para reserva (média de 2 CHs por procedimento cirúrgico independentemente do tipo). Destas reservas, foram utilizados 42 CHs (10,26%). O procedimento que mais utilizou as reservas foi o que envolvia a plastia de fêmur com 33 CHs utilizados (78,6% das transfusões) em um total de 241 procedimentos (0,13 bolsas por procedimento) seguido pela artroplastia de quadril com 4 CHs utilizados em 40 procedimentos (0,1 bolsa por procedimento). Procedimentos que envolviam a abordagem de ossos como úmero, tibia, clavícula e do punho não utilizaram as bolsas reservadas. **Discussão:** : A reserva de hemocomponentes ainda é uma estratégia fundamental para o sucesso de cirurgias de grande porte e potencial alto de sangramento. Para otimizar seu uso e poupar os estoques escassos dos bancos de sangue, é necessário seguir diretrizes como o Patient Blood Management (PBM) e o Maximum Surgical Blood Ordering Schedule (MSBOS) que orientam sobre o preparo pré operatório e quantidade de bolsas para reserva em cada procedimento. Avaliando o preparo e utilização de bolsas no hospital em questão, observamos um índice transfusional < 0,5 com uma probabilidade transfusional menor que 30% em todas as cirurgias evidenciando uma solicitação de bolsas para reserva acima do ideal o que prejudica o andamento da rotina da

agência transfusional. **Conclusão:** : Ao colocar em prática o MSBOS, observamos que as cirurgias de fêmur e quadril merecem reserva cirúrgica de hemocomponentes ao passo que o restante dos procedimentos envolvendo outros ossos e regiões necessita de uma redução de solicitações de reserva haja vista o uso praticamente inexistente das reservas utilizadas. Esta redução, além de otimizar o preparo das reservas, auxilia na manutenção dos estoques de hemocomponentes liberados para o hospital.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1353>

RAIO X DA TACO: EPIDEMIOLOGIA DOS PACIENTES ENVOLVIDOS EM TRÊS HOSPITAIS PRIVADOS DO RIO DE JANEIRO

KB Fonseca, ALA Magno, BNMD Couto,
DNL Assis

*Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia (GSH),
Brasil*

Objetivos: : Avaliar o perfil dos pacientes que apresentaram Sobrecarga Circulatória Associada a Transfusão (TACO) entre 2019 e 2024 em três Hospitais Privados do Rio de Janeiro. **Material e métodos:** : Estudo retrospectivo e observacional realizado por meio de análise dos registros de reações no Sistema de Notificações da Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e nos prontuários dos pacientes internados nos Hospitais Casa de Portugal, Casa Evangélico e Casa de Câncer no Rio de Janeiro – RJ. **Resultados:** : Foram notificadas 16 reações classificadas como TACO. Destas, 31,3% (5) apresentavam como diagnóstico principal alguma neoplasia ao passo que 25% (4) apresentavam cardiopatia e/ou doença renal crônica (DRC). A média de idade dos pacientes envolvidos foi de 68,7 anos (mediana de 67) com 62,5% (10) pacientes acima dos 60 anos. O concentrado de hemácias (CH) foi o hemocomponente mais utilizado em um total de 13 pacientes com uma média de 1,8 CHs por paciente. O valor médio de hemoglobina para definir transfusão foi de 6,85 g/dL. Além dos CHs, também foram transfundidos em alguns pacientes concentrados de plaquetas (CP) e plasma fresco congelado (PFC) com uma média de 7,8 unidades de CP e 4 unidades de PFC por paciente. **Discussão:** As reações transfusionais são eventos indesejados ou inesperados em consequência de uma transfusão de sangue. Podem ocorrer durante ou após a mesma e classificadas quanto ao tempo, gravidade e mecanismo imune. A TACO é uma reação imediata, não imune e que ocorre por um erro em qualquer etapa do ato transfusional gerando um aumento da pressão hidrostática acima do tolerado pelo receptor que evolui com edema pulmonar. Mais da metade dos pacientes avaliados (56,3%) apresentava fatores de risco para TACO (Neoplasia, coronariopatia e DRC). Além disso, grande parte dos pacientes possuía mais de 60 anos o que também configura outro fator de risco para a reação em discussão. Apesar de um valor médio alto de hemoglobina (6,8), a maioria das solicitações foi de 2 CHs aumentando o risco de sobrecarga de volume. **Conclusão:** : Reconhecer os fatores de risco para TACO, assim como aplicar as boas práticas transfusionais são uma forma de evitar tais episódios. Pacientes considerados

“frágeis” como pacientes idosos ou com câncer estão sob risco de apresentar esta reação. Portanto, ao avaliar a necessidade transfusional destes pacientes, deve-se ponderar a real necessidade de múltiplas bolsas de uma vez ou fracionar as doses associadas a reavaliações criteriosas após cada transfusão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1354>

DESCRIÇÃO DE CASO IMUNO-HEMATOLÓGICO

LH Fedeli, ACF Marret, LMD Santos, GRM Silva, AJ Carvalho, JP Binelli, A Larrubia

Hospital BP - Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: relato de estudo imuno-hematológico, tendo por finalidade compartilhar experiência de identificação de anticorpo IgG dirigido a antígeno de alta frequência (Anti-Kna) e suas implicações transfusionais. **Descrição:** Paciente de 68 anos, feminino, brasileira, diagnosticado com tumor intracraniano. Em 14/03/2024 foram realizados testes pré-transfusoriais que apresentaram os seguintes resultados: tipagem sanguínea A Rh(D) positivo; teste de antiglobulina direto (TAD) negativo; pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) positiva em gel LISS Coombs / gel IgG / gel NaCl, este último mais fracamente reativo; identificação do(s) anticorpo(s) sérico(s): anticorpo Indeterminado (reativo com quase todas as células do painel); autocontrole negativo em gel LISS + autocrioaglutinina indeterminada (método em tubo / 4°C). Outros testes realizados mostraram triagem em gel LISS positiva mesmo após tratamento sérico com DTT0,01M; inibição com pool de plasma para descarte de Anti-CH/Rg; triagem positiva, descartado anti-Ch/Rg; PAI positiva com hemácias tratadas com DTT0,2M, antígeno resistente; pesquisa de subclasse de IgG (indireta): IgG1 1:1 Neg. / IgG3 1:1 Neg. A paciente não possuía histórico transfusional em nosso serviço. Iniciando seu tratamento em 14/03/2024 apresentou o fenótipo: C-, Cw-, c+, E+, e-, K-, k+, Kp(a-b+); Jk(a+b-); M+, N-, S-, s+; Fy(a-b+); Le(a+ b-); Lu(a-b+); P1+. Encaminhamos a amostra ao laboratório de referência para a realização de estudos sorológicos e moleculares. As técnicas moleculares utilizadas (PCR multiplex), demonstraram KN*2. Fenótipo deduzido do genótipo: Kn(a-b+). O soro foi testado com painel de hemácias raras, no qual não apresentou reatividade com uma hemácia Kn(a-). Como resultado final, liberado pelo laboratório de referência, o anticorpo em questão foi caracterizado como anti-Kna. **Conclusão:** anticorpo sérico anti-Kna. De 19/04/24 a 28/05/24 a paciente recebeu cinco unidades de concentrado de hemácias, todas com prova de compatibilidade negativa em gel LISS Coombs, sendo quatro C- e K- e uma unidade C- e+ K-. Não apresentou reação transfusional, assim como elevação em testes de perfil hemolítico, com adequado incremento transfusional confirmando os dados existentes na literatura a respeito do Anti-Kna, bem como a pesquisa para subclasse de IgG que também informava não se tratar de IgG1 e/ou IgG3, portanto anticorpo sem significado clínico transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1355>

DOENÇA DA AGLUTININA FRIA (CAD) E SÍNDROME DA AGLUTININA FRIA (CAS): INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL SEGUNDO CONSENSO INTERNACIONAL 2020

FA Moretto, ACT Sousa, HP Fernandes, ML Barjas-Castro

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Anemia hemolítica autoimune (AHAI) por anticorpos frios é uma patologia rara caracterizada pela presença de elevados níveis de autoanticorpos circulantes, na maioria da classe IgM que reagem em baixas temperaturas e permanecem reativos em temperaturas próximas a 30°C. Segundo recente Consenso Internacional de Anemia Hemolítica Auto Imune (Jäger U. et. al, Blood Rev. 2020 e Berentsen S. Front Immunol. 2020;) a Doença da aglutinina fria (CAD) foi definida como uma doença de etiologia linfoproliferativa, clonal de células B com produção de autoanticorpo da classe IgM, com especificidade anti-I ou i e capacidade de ativar a via do Complemento gerando hemólise intravascular. A investigação imuno-hematológica (IH) é caracterizada pelo teste da antiglobulina direto (TAD) fortemente positivo para o fragmento de complemento C3d e a presença de anticorpo da classe IgM no soro com um título da aglutinina ≥ 64 a 4°C; títulos de aglutinina fria inferiores normalmente não possuem relevância clínica. O TAD para IgG é geralmente negativo, mas pode ser fracamente positivo em até 20% dos pacientes. A Síndrome da aglutinina fria (CAS) foi caracterizada por uma condição transitória secundária causada por uma doença clínica associada a uma infecção bacteriana ou viral, como *Mycoplasma pneumoniae* ou vírus Epstein-Barr. CAS também pode ocorrer após certas doenças malignas e distúrbios autoimunes. A investigação IH se caracteriza pelo TAD (C3d) positivo e presença de IgM no soro com titulação da aglutinina fria menor que 64. **Objetivo:** Investigação imuno-hematológica de AHAI a frio segundo os critérios do Consenso Internacional 2020 permitindo o diagnóstico laboratorial diferencial entre CAD e CAS. **Materiais e métodos:** Foram estudados cinco pacientes, no período entre fevereiro e agosto de 2024 com quadro clínico e laboratorial de AHAI que apresentaram na investigação IH inicial presença de crioaglutinina. Os pacientes foram submetidos à avaliação IH com a realização do TAD poliespecífico e monoespecífico (IgG e C3d), e eluição do anticorpo pela técnica da glicina ácida. A pesquisa de anticorpos no soro foi realizada em técnica de gel centrifugação utilizando meio de baixa força iônica (LISS) e hemácias tratadas com a enzima papaína (PAP) com posterior identificação da especificidade do anticorpo. Para esses pacientes foi realizada a técnica de titulação da aglutinina a 4°C. **Resultados:** O resultado do TAD foi fortemente positivo, com intensidade de aglutinação de 4+ a 3+ com soro poliespecífico para todos os pacientes, no TAD monoespecífico (C3d) a aglutinação variou de 1+ a 4+, o eluato foi negativo em quatro pacientes e um paciente apresentou eluato positivo com auto-IgG. No soro de três pacientes identificamos especificidade para Anti-I e em dois pacientes Anti-IgM sem especificidade definida. Em três pacientes o título da aglutinina a 4°C foi superior a 64 e em dois pacientes o título foi inferior a 64. **Discussão e conclusão:** Segundo os critérios