

entre as mais comuns da prática transfusional, estima-se de 1 a 3% das transfusões de componentes plasmáticos e plaquetários. Um estudo de coorte retrospectivo com 179 indivíduos que receberam plaquetas não manipuladas e posteriormente receberam plaquetas das quais o plasma foi reduzido encontrou um declínio nas reações transfusionais alérgicas de 5,5% para plaquetas não manipuladas para 1,7% para plaquetas concentradas. Nesse caso essa técnica proporcionou prevenção das reações transfusionais alérgicas em todas as transfusões de CP subsequentes. **Conclusão:** Esse relato demonstra que a parceria entre equipe multidisciplinar e diferentes instituições de saúde podem fazer diferença no cuidado permitindo validação de técnicas ainda não utilizadas, que podem proporcionar melhoria dos cuidados em saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1377>

FEBRE: UM SINTOMA IMPORTANTE NO PROCESSO DE HEMOVIGILÂNCIA

SL Castilho, JO Martins, KC Gomes,
LKR Caloiaro, F Akil

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

No processo transfusional, a febre é um sinal de alerta. Em geral, está relacionada a Reação Febril Não Hemolítica (RFNH). Três outras reações estão associadas a febre: a Reação Febril Hemolítica (RFH), a Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI) e a Contaminação Bacteriana (CB) e devem ser consideradas no diagnóstico diferencial. Em todos os casos a transfusão deve ser interrompida e o hemocomponente (HC) descartado. Os testes imuno-hematológicos devem ser repetidos e a cultura do HC e do paciente realizada. Objetivamos avaliar os casos de febre associada a transfusão e estabelecer os fatores associados a RFNH em pacientes de um hospital geral. Material e métodos: Foram analisados, os registros dos pacientes transfundidos no período de 01/01/2020 a 31/07/2024. Foram avaliados o número (N) de HC utilizados, o N de RT associadas a febre, o N de casos classificados como RFNH, sexo, idade e diagnóstico dos pacientes, o momento da reação, o tipo de HC utilizado, o tempo de estocagem, e o N de HC descartados. Resultados: Foram transfundidos no período 42.888 HC. O N de RT foi 112(0,26%). Foram registrados 55(49,1%) casos de febre. O N de pacientes foi 45 sendo 36 homens e 19 mulheres. Trinta pacientes tinham doenças hematológicas, 11 doenças infecciosas, 5 quadro hemorrágico, 3 anemia a esclarecer, 6 patologias diversas. Destes, 15 receberam concentrado de plaquetas (CP) e 40 a concentrado de hemácias (CH). Todos os HC eram desleucocitados. Seis receberam anti-térmico antes da transfusão. Em todos os casos a investigação imuno-hematológica e a cultura dos HC foram negativas e a reação classificada como RFNH. Em 26 casos as reações ocorreram após e 20 durante a transfusão havendo descarte dos 20 HC. Em 11 casos houve falha no registro do momento da reação. Dos 40 casos de transfusão de CH, o tempo de estocagem dos HC variou de 2 a 42 dias sendo 23 com período de coleta entre 1 a 15 dias e 19 entre 16

e 42 dias. Discussão: Duas vias são descritas para explicar a RFNH. A via imunológica relacionada a presença de anticorpos contra os antígenos leucocitários humano (HLA) no receptor. CP expressam antígeno HLA o que explica a RFNH nos 15 pacientes transfundidos com CP. Hemácias não expressam antígenos HLA. Leucócitos residuais presentes nos CH expressam estes antígenos e a desleucotização reduz a possibilidade da RFNH. Todos os 40 pacientes foram transfundidos com CH desleucocitados diminuindo a possibilidade de RFNH por anticorpos HLA. Uma outra via, não imune, explica a RFNH: presença de citocinas (fator de necrose tumoral- α (TNF- α), interleucina-1 (IL-1), IL-6 e IL-8) nos HC estocados. Quanto maior o tempo de estocagem maior a quantidade de citocinas. Neste estudo não houve diferença entre CH com tempo de coleta < ou > que 15 dias. Isto aponta para outras possibilidades de febre. Embora 20 componentes tenham sido descartados, a interrupção da transfusão e a investigação laboratorial é extremamente importante principalmente para descartar a RFH e a CB. A pré-medicação nos 6 pacientes não foi eficaz para controle da febre. Conclusão: Em nosso estudo em 100% dos casos a febre foi associada a RFNH e a realização dos testes laboratoriais e cultura foram fundamentais para esta conclusão. Nos 40 casos relacionados a transfusão de CH, a desleucotização não foi eficiente para conter a reação e o tempo de estocagem também não influenciou no desfecho. Mais estudos são necessários para esclarecimento do mecanismo patológico da RFNH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1378>

ACCURACY OF SOLID PHASE METHOD FOR THE DETECTION OF RBC ANTIBODIES OF TRANSFUSION RELEVANCE

RA Cardoso ^a, TF Vieira ^b, AD Santos ^b,
R Tokuhu ^a, MCAV Conrado ^a, J Fukimoto ^c,
J Pellegrino-Junior ^d, A Mendrone-Junior ^a,
V Rocha ^a, CL Dinardo ^a

^a Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo,
São Paulo, SP, Brazil

^b Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo,
SP, Brazil

^c Fresenius-Kabi Diagnóstico, São Paulo, SP, Brazil

^d Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brazil

Background: Solid phase red cell adhearance (SPRCA) is a highly sensitive method applied for the screening and identification of red blood cell (RBC) irregular antibodies as well as for weak-D phenotype detection. The methodology can be performed under secure automation and selected by blood banks for the immunohematological routine of both blood donors and patients. Considering the high sensitivity of solid phase, concerns might rise referring to the risk of false positive results. In this scenario, determining the specificity and accuracy of SPRCA for antibody screening is important, as well as determining if the positive results represent antibodies of transfusion relevance. **Aims:** 1) To evaluate the