

anos, 1 com 60 anos e 1 com 69 anos. Os pacientes acima de 80 anos tinham HAS, em uso de duas medicações para controle pressórico, e dois apresentavam-se hipertensos no momento da instalação do hemocomponente. Paciente com 83 anos apresentava relato em prontuário de piora de ICC, NYHA 4, Mielodisplasia, hemorragia digestiva baixa. Outros 2 pacientes, diagnóstico de Mielodisplasia, endocardite, hemorragia digestiva respectivamente. Paciente de 83 anos com Câncer de Mama, internada por IAM e ICC. Paciente 84 anos. Mieloma Múltiplo, e COVID. Paciente de 69 anos, endocardite infecciosa e IRA dialítica. Paciente de 60 anos, glomerulonefrite difusa aguda, sepse de foco urinário em regime de diálise. Paciente de 74 anos, câncer de Pulmão, sepse de foco cutâneo e HAS. O hemocomponente relacionado a reação foi concentrado de hemácias em 6 pacientes (2 pacientes receberam 2 bolsas), plaquetas em 1 paciente e 1 paciente foi transfundido concentrado de hemácias e plaquetas. As transfusões foram realizadas em tempo menor ou igual a 2 horas. Dois pacientes com prescrição de duas bolsas, a segunda bolsa foi iniciada imediatamente após o término da primeira. **Discussão:** TACO é ocasionado por intolerância à infusão rápida de volume por pacientes cardiopatas ou com comprometimento pulmonar, visto em pacientes com anemia crônica devido ao seu volume plasmático aumentado. Quadro clínico é de insuficiência respiratória aguda, edema pulmonar, HAS. Dados complementares auxiliam o diagnóstico: achados de imagem de edema pulmonar, balanço hídrico positivo, aumento de peptídeo natriurético. Nos pacientes citados observamos comorbidades que são consideradas fator de risco para sobrecarga volêmica: HAS, ICC, IRA em diálise. Após análise dos casos os fatores determinantes foram: transfusão do hemocomponente com volume e/ou velocidade superior à necessidade ou reserva cardíaca do receptor, administração concomitante de outros volumes. **Conclusão:** Os fatores determinantes para a ocorrência de TACO podem ser minimizados com a análise de indicação de transfusão, resultados laboratoriais, doença de base, idade, comorbidades e reserva cardíaca. Protocolos de velocidade de infusão lenta, intervalo de instalação entre hemocomponentes devem ser maciçamente difundidos entre equipe da Hemoterapia e são fundamentais para profilaxia de TACO.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1399>

AValiação de Parâmetros Clínicos Pré e Pós-Transfusional de Concentrado de Hemácias em Cães

KK Sarto, AP Serafim, JC Souza, K Zanetti,
ME Lima, HS Ramos, PE Luz, FN Gava,
PM Pereira

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina,
PR, Brasil

Introdução: A anemia grave leva a hipóxia tecidual e ativação de mecanismos compensatórios, com aumento da frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR). Como em humanos, a transfusão sanguínea com concentrado de hemácias em cães é uma terapia suporte

enquanto se busca o diagnóstico ou o tratamento se torne efetivo. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo foi analisar os parâmetros: frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura retal (T°C) e coloração de mucosas (CM) pré e pós-transfusionais em cães com anemia de causas diversas. **Material e métodos:** Foi realizada análise retrospectiva das fichas de acompanhamento de transfusões de concentrado de hemácias em um Hospital Veterinário no período de julho de 2023 a junho de 2024. As transfusões foram realizadas em cães de várias raças, idades e peso corpóreo. A hemoglobina destes pacientes variou de 1,5 a 5g/dL. Foram analisados os registros de FC, FR, T°C e CM pré-transfusionais (T1) e pós-transfusionais (T2) de 149 transfusões, sendo que foram retirados do estudo quatro transfusões devido a reação transfusional (três reações febril não hemolítica e uma sobrecarga de volume (TACO)), totalizando 145 transfusões avaliadas. Os dados foram submetidos ao teste t pareado ou de Mann Whitney na dependência da avaliação da normalidade dos dados, considerando $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** Houve redução significativa na frequência cardíaca e frequência respiratória após as transfusões: FC T1: $134,9 \pm 29,6$ bpm; FC T2: $104,3 \pm 26,1$ bpm; FR T1: 28 (mín: 8, max: 80) mpm; FR T2: 24 (mín: 8, max: 80) mpm. Não houve diferença na temperatura retal, T1: $37,7^\circ\text{C}$ (mín: $33,4$; max: $40,0$) e T2: $37,9^\circ\text{C}$ (mín: $33,0$; max: $39,7$). Das 145 transfusões, houve melhora na CM em 97 transfusões (67%); não houve alterações na CM em 41 transfusões (28%); em 7 transfusões (5%) não foi possível avaliar a mucosa por fatores como agressividade dos animais. **Discussão:** A redução na FC e FR após as transfusões confirma a eficácia do procedimento na diminuição da hipóxia tecidual e redução na ativação de mecanismos compensatórios. A T°C ao longo das transfusões não apresentou alterações significativas, mostrando que a utilização de sangue refrigerado (4°C) em cães não ocasiona diminuição da temperatura corporal. A melhora da coloração das mucosas pode sinalizar o aumento do número de hemácias e/ou diminuição da vasoconstrição periférica. **Conclusão:** Pode-se concluir com os presentes dados que o acompanhamento da transfusão sanguínea com FC, FR, CM e temperatura é importante para detecção precoce de reação transfusional, mas também para avaliação da melhora dos parâmetros clínicos dos pacientes. Portanto, a transfusão de concentrado de hemácias em cães é eficaz para diminuição da hipóxia tecidual demonstrada pelo acompanhamento de parâmetros facilmente obtidos no exame físico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1400>

LEVANTAMENTO DOS MOTIVOS E IMPACTOS DA RECUSA TRANSFUSIONAL EM PACIENTES COM REQUISIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES EM DOIS HOSPITAIS PRIVADOS DE GRANDE PORTE DA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO

KT Pires, MECS Correia, VA Brum,
KCCD Santos, F Akil

Grupo GSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: Mapear fatores motivacionais de recusa à transfusão sanguínea em pacientes com critérios aceitáveis de indicação de transfusão de hemocomponentes, com a finalidade de orientação sobre possíveis mitos relacionados ao tratamento.

Material e métodos: Foram analisados os termos de consentimento livre esclarecidos aplicados a pacientes com requisição de hemotransfusão em 2023. Foram excluídos do estudo pacientes que transfundiram em situações de urgência, em que a aplicação do TCLE não foi possível ao próprio ou responsável legal. Nessas situações os médicos prescritores se responsabilizaram pela indicação da transfusão e justificativa de urgência para o impedimento da aplicação do TCLE. Os hospitais avaliados tem perfil de alta complexidade, emergência porta aberta, realizam uma média de 600 cirurgias/mês (70% eletivas, 30% emergência), 37 leitos de CTI geral, 36 leitos de CTI pós-operatório, 20 leitos de CTI cardiológico/hemodinâmica, 16 leitos CTI pediátrico, 18 leitos de serviço oncológico (tumores sólidos e hematológicos), realizam transplante de medula óssea e renal.

Resultados: No ano de 2023 foram atendidos um total de 4.681 pacientes, e realizadas 12.071 transfusões. Desse total de pacientes foram aplicados TCLE para 90%. Nesse período recebemos requisição para 20 pacientes, que se recusaram a recebê-las e assinalaram essa opção no TCLE. Todos os pacientes com recusa alegaram motivos religiosos. Desses pacientes 10 apresentavam Hb menor ou igual a 7g/dl, e 10 com valores hematimétricos maiores que 7g/dl. Dos 20 pacientes que se recusaram a receber as bolsas solicitadas 5 tinham diagnóstico de hemorragia digestiva alta, 15 com sepse e instabilidade hemodinâmica associada a quadro de base e anemia. Desses 20 pacientes, 18 tinham idade superior a 65 anos, e dois pacientes tinham 45 anos. Dois pacientes voltaram atrás de suas decisões no decorrer da internação por piora clínica, e assinaram no TCLE autorizando a transfusão, recebendo duas bolsas de concentrado de hemácias cada um. Todos os pacientes receberam alta melhorados. Recebemos uma requisição de reserva cirúrgica, para paciente de 65 anos, para artrodese de coluna, sem anemia, que manifestou recusa na coleta de amostra para testes pré transfusionais, alegando também motivos religiosos. Esse caso foi levado ao Comitê de ética do hospital, e após uma conversa cirurgião assistente com a paciente, ela concordou em fazer a reserva e transfundir em caso de risco iminente de vida, assinou o TCLE. A transfusão não foi necessária. **Discussão:** No estudo realizado encontramos um número muito baixo de recusa a solicitação médica de transfusão de hemocomponentes. Todas as recusas que encontramos foi por motivos religiosos. Nenhum paciente relatou como causa de recusa medo ou qualquer outra situação que pudesse com informação e orientação técnica especializada reverter a decisão. **Conclusão:** A autonomia do paciente na recusa de transfusão de sangue por motivos religiosos deve ser respeitada em casos de ausência de risco iminente de vida. Os hospitais devem ter protocolos de orientação para equipe de saúde de como proceder de forma ética e legal em situações de recusa e risco iminente de vida. Cada vez mais considerase uma boa prática o paciente ser um ator ativo nos seus cuidados de saúde. Ter um olhar atento aos motivos de recusa é muito importante para difundir conhecimento aos pacientes que porventura possam ter uma motivação errônea para a recusa transfusional.

ALOIMUNIZAÇÃO ERITROCITÁRIA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA AGUDA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO

RL Almeida ^{a,b}, K Vicenzi ^{a,b}, ALBR Soares ^{a,b}, LST Papinutto ^{a,b}, BB Wigderowitz ^{a,b}, JM Santos ^{a,b}, TA Barros ^{a,b}

^a Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: A aloimunização eritrocitária é complicação que pode ocorrer nos pacientes politransfundidos e pode ser evitada através de fenotipagem de antígenos eritrocitários. Os pacientes portadores de leucemias agudas (LAs) dependem de intenso suporte transfusional durante seu tratamento. No entanto, a melhor estratégia na seleção de concentrados de hemácias não foi definida. No nosso Hospital a fenotipagem estendida não é prática padronizada para esses pacientes e a avaliação da aloimunização ocorrida com essa estratégia nos últimos anos poderia ajudar a guiar a melhor conduta. O objetivo desse estudo foi avaliar a ocorrência de aloimunização eritrocitária em pacientes com diagnóstico de leucemia aguda. **Materiais e métodos:** Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, a partir de consulta ao prontuário eletrônico e ao Hemovida dos pacientes atendidos nesse Hospital Universitário (HU) com diagnóstico de LAs entre 2000 e 2023 com o objetivo de quantificar e analisar a aloimunização eritrocitária. **Resultados:** Foram incluídos 228 pacientes. Desses, 161 (70,6%) tiveram diagnóstico de LMA, 19 (8,3%) LMA M3 e 48 (21,1%) de LLA. Sendo 142 do sexo masculino (62,3%) e 86 do sexo feminino. A mediana de idade foi 48 anos. O total de concentrados de hemácias transfundidos foi de 3851 com mediana de 14 CH por paciente e 2841 doses de plaquetas, com mediana de 10 doses por paciente. Dos 228 pacientes, apenas 7 foram aloimunizados (12 aloanticorpos no total), sendo 3 desses portadores prévios de síndrome mielodisplásica (SMD) transformada e 4 mulheres. A taxa de prevalência de aloimunização (paciente com anticorpo(s)/pacientes avaliados) foi de 3%, sendo a densidade de aloimunização (número de aloanticorpos/CHs transfundidos) de somente 0,31%. **Discussão:** A fenotipagem estendida para RH e Kell em pacientes com diagnóstico de SMD ou hemoglobinopatias é recomendação amplamente aceita e validada para a profilaxia de aloimunização. No entanto, no subgrupo das neoplasias hematológicas essa prática é ainda questionada. Embora sejam pacientes submetidos a intensa carga transfusional, constituem pacientes imunossuprimidos pela doença de base e pelo tratamento imposto, o que poderia reduzir a capacidade da formação de aloanticorpos. A baixa taxa de prevalência de aloimunização observada com densidade de aloimunização ainda menor sugerem que a fenotipagem estendida, prática de custo elevado e com risco de atrasar a transfusão em pacientes potencialmente graves, não se demonstre custo-efetiva, principalmente naqueles com diagnóstico de LLA ou LMA de novo. Apesar da população ser majoritariamente masculina, a maior parte dos