

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

aloimunizados foram mulheres. O subgrupo dos pacientes com SMD transformada, embora representasse menos de 5% dos pacientes estudados, foi responsável por 42% dos pacientes aloimunizados, ratificando a informação de que os pacientes com diagnóstico de leucemias agudas de novo estão sob muito baixo risco para aloimunização. Por fim, dos aloanticorpos encontrados, 11 dos 12 eram das famílias RH e Kell, demonstrando que, assim como ocorre em outras populações, esses são os antígenos mais imunogênicos. **Conclusão:** Os pacientes com leucemia aguda de novo, apesar de politransfundidos, apresentam baixa prevalência de aloimunização, sendo a fenotipagem eritrocitária estendida estratégia pouco custo-efetiva para prevenção de aloimunização nesses casos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1402>

TRANSFUSÃO PRÉ-HOSPITALAR NO SAMU AÉREO – AVALIAÇÃO DA SOBREVIVÊNCIA DOS PACIENTES

VM Marcussi^{a,b,c}, MN Hashimoto^{a,b,c},
G Zanusso-Junior^{a,b,c}, MRMN Ferreira^{a,b,c},
TT Higa^{a,b,c}, MM Lemos^d, MC Francisco^d,
MR Bittencourt^d

^a Hemocentro Regional de Maringá (DHE), Maringá,
PR, BR

^b Universidade Estadual de Maringá (UEM),
Maringá, PR, Brasil

^c Hospital Universitário Regional de Maringá
(HUM), Maringá, PR, BR

^d SAMU Regional Norte Novo, Maringá, PR, BR

Introdução: A hemorragia continua sendo um dos principais fatores de mortalidade precoce em pacientes traumatizados. A literatura recente tem se concentrado na ressuscitação no centro de trauma para reduzir esses números. Através da transfusão de concentrado de hemácias, a infusão de grandes volumes de cristaloides pode ser evitada, pois a utilização de sangue fornece uma expansão de volume mais eficaz, a hemostasia e a trombose são promovidas e a capacidade de transporte de oxigênio restaurada. Em um esforço para diminuir a morbidade por hemorragia após trauma grave, a transfusão pré-hospitalar de derivados de sangue é cada vez mais realizada. O Hemocentro Regional de Maringá faz parte da Hemorrede do Estado do Paraná, o HEMEPAR, e atende os 30 municípios da 15ª Regional de Saúde. Em outubro de 2022, o Hemocentro Regional de Maringá iniciou o fornecimento de unidades de concentrados de hemácias (CH) ao serviço aeromédico do SAMU Regional Norte Novo, possibilitando a realização da transfusão no ambiente pré-hospitalar. Com esta parceria, o nosso serviço tem oferecido cobertura para 131 municípios do estado do Paraná, cuja população estimada destas regiões é de aproximadamente 1.800.000 pessoas. **Objetivo:** Avaliar se a transfusão pré-hospitalar tem contribuído no melhor prognóstico para os pacientes. **Materiais e métodos:** As bolsas de CH são transportadas na aeronave do SAMU, sob condição controlada, em caixa térmica validada, para uma eventual necessidade transfusional. Já neste

atendimento pré-hospitalar é realizada a coleta de amostra de sangue do paciente, a qual é encaminhada junto à solicitação de transfusão para o Hemocentro assim que o paciente adentra o pronto atendimento do Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM). O teste de compatibilidade da(s) bolsa(s) é(são) realizado(s) e, a depender do quadro do paciente, este suporte transfusional segue com a equipe médica da sala de emergência do Pronto Atendimento do HUM. **Resultado e discussão:** O primeiro atendimento foi realizado em 17/10/2022. Até o momento foram realizadas 36 transfusões, sendo utilizados 61 CH. Destes, 10 mulheres (28%) e 26 homens (72%), idade média de 40,3 anos. Os tipos de ocorrências foram em sua maioria de acidentes de trânsito (89%), seguido por ferimento por arma branca ou agressão (11%). O número de sobreviventes foi de 24 indivíduos. Nenhum dos sobreviventes apresentou distúrbio de coagulação. A média de internação destes pacientes foi de 32 dias, demonstrando uma redução na mortalidade precoce e melhor prognóstico intra-hospitalar. **Conclusão:** A utilização de concentrados de hemácias em ambiente pré-hospitalar fornece às vítimas, reanimação hemostática mais precoce, otimizando a estabilização hemodinâmica, diminuindo a quantidade de transfusões intra-hospitalares e combatendo a tríade: hipotermia, acidose e distúrbio de coagulação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1403>

ELUCIDAÇÃO DE DISCREPÂNCIA ABO – RELATO DE CASO

RE Almeida, AP Bizerril, KA Motta, RCVD Reis

Grupo GSH, Brasil

Introdução: O sistema de Grupo Sanguíneo ABO é o de maior importância transfusional e a identificação de seus fenótipos é usualmente cumprida por meios das tipagens direta e reversa, sendo imperativo que os resultados sejam concordantes ou justificáveis. Condições onde haja discrepância entre os testes devem ser solucionadas como requisito necessário à segura seleção de hemocomponentes. **Objetivo:** Apon-
tar providências tangíveis que um técnico na agência transfusional pode deflagrar diante da discrepância ABO para cooperar à redução de atrasos em atendimento hemoterápico. **Descrição do caso:** Menor, 3 anos de idade, internado em razão de anemia (Hb 5,4 g/dl) com repercussão hemodinâmica, sem etiologia definida. História de transfusões ou uso de medicamentos foram negados na solicitação médica de hemocomponente. Na fenotipagem ABO do paciente, empregando soros e hemácias comerciais, se apresentou a discrepância com a sugestão de tipagem AB e tipagem B nas provas direta e reversa, respectivamente. Antecipadamente ao encaminhamento de material biológico para elucidação diagnóstica em laboratório de referência, alguns comandos foram dirigidos: repetição da tipagem ABO com novo kit de reagentes e nova amostra para excluir contaminação, e realização de Coombs indireto com incubação a 4°C e tipagem sanguínea com amostra aquecida a 37°C para excluir a presença de anticorpos frios. Com efeito, manteve-se a discrepância ABO e a suspeita de anticorpo frio não se ergueu como