

masculino, 64 anos, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva secundária à cardiomiopatia isquêmica, em fila de espera de transplante cardíaco. O paciente deu entrada no serviço de hemoterapia em 15/05/23, sem histórico de transfusão prévia. Ao primeiro teste imunohematológico apresentou tipagem sanguínea A RhD positivo (C+, c+, E-, e+, K-) e Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) negativa. No período de 15/05 à 26/05/23, com intervalo de 2–6 dias, foram transfundidos 18 hemocomponentes, sendo 2 unidades de Concentrados de Hemácias Filtradas e Irradiadas (CHFI) (CCee e Ccee); 2 Concentrados de Plaquetas por Aférese filtradas e Irradiadas (CPADI) (CcEe e ccEe) e 14 concentrados de plaquetas randômicas filtradas e irradiadas (CPDI) (1 ccee, 1 ccEe, 5 CCee, 3 CcEe, 2 Ccee, 2 ccEE), totalizando 8 unidades RhE incompatíveis. Nesse período os testes imunohematológicos foram repetidos em 24/05/2023, de acordo com a necessidade do atendimento, obtendo os mesmos resultados. Contudo, em 03/06/23, observou-se PAI positiva, com identificação de aloanticorpo anti-E. O paciente realizou o transplante cardíaco em 19/07/23, sem necessidade de transfusão de hemocomponentes. **Discussão:** No Grupo GSH, a fenotipagem Rh e Kell para pacientes candidatos à transplante de órgãos sólidos é estabelecida como protocolo de rotina para transfusão de concentrados de hemácias. Contudo, essa regra não se aplica aos concentrados de plaquetas, que são transfundidos respeitando apenas a tipagem ABO e RhD. No banco de sangue de Brasília, todos os doadores são fenotipados para Rh e Kell, tornando possível a análise dos fenótipos dos CPDI transfundidos e trazendo a possibilidade de serem os potenciais responsáveis pela sensibilização do paciente. No caso estudado, destaca-se o rápido desenvolvimento do anticorpo, 19 dias após a primeira transfusão, associado com o aumento da intensidade no Painel de Reatividade a Antígenos (PRA), indicando alta reatividade no paciente em questão. Não encontramos na literatura referências ao impacto da presença de anticorpos não RhD na evolução do paciente e sobrevida do enxerto pós-transplante cardíaco. **Conclusão:** A aloimunização não RhD após transfusão de plaquetas está descrita na literatura, apesar de poucos relatos. Contudo, não há estudos que evidenciam o impacto referente a presença desses anticorpos em pacientes submetidos a transplante cardíaco. O acompanhamento destes pacientes e o estudo de casos semelhante, permitirá definir a necessidade de intervenção, visando a profilaxia da aloimunização não RhD por plaquetas para esses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1379>

#### IMPLEMENTAÇÃO DE CADERNETA TRANSFUSIONAL COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO COM O MÉDICO ASSISTENTE

RC Torres, MF Costa, GMS Junior, LPS Dantas, PCC Santos-Júnior, CS Guimarães

*Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe (IHHS), Aracaju, SE, Brasil*

O registro correto de transfusões sanguíneas no prontuário do paciente é obrigatório de acordo com a legislação

hemoterápica no Brasil, sendo imprescindível a anotação dos sinais vitais antes do início da transfusão e ao término da mesma, a data da transfusão, os números e a origem dos componentes sanguíneos transfundidos, bem como o apontamento de qualquer alteração no quadro clínico e/ou suspeita de reação transfusional, possibilitando a completa rastreabilidade do processo. Entretanto, em serviços ambulatoriais de transfusão, estes registros ficam arquivados e, na maioria das vezes, o médico assistente não solicita informações sobre o transcurso transfusional e acaba não relacionando posteriormente alguma possível reação transfusional imediata (durante a transfusão ou até 24 horas após o seu início) ou tardia (24h após a transfusão), podendo mascarar o quadro clínico real do paciente. Diante desta realidade, objetivou-se implementar uma caderneta de transfusão para cada paciente atendido. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência a partir do sucesso de uma boa prática implementada. Foi construída uma caderneta de transfusão na qual são registrados os dados de identificação do paciente (nome completo e data de nascimento), data da transfusão, a identificação do médico assistente, tipo e quantidade do hemocomponente utilizado, classificação do paciente de acordo com o protocolo de deterioração clínica News, registros de reação transfusional, os sinais vitais no início e final da transfusão, comorbidades, presença ou não de alergia e observações pertinentes. Todo paciente novo no serviço ambulatorial recebe sua caderneta preenchida no final do atendimento e é orientado a mostrar ao seu médico assistente na próxima consulta e trazer a caderneta a cada nova transfusão para a devida atualização. **Resultados e discussão:** A aceitação dos pacientes e acompanhantes do novo processo foi positiva, visto que demonstraram satisfação e segurança no serviço prestado por meio de pesquisa de satisfação, na qual dos 75 (100%) participantes, 71 (95%) afirmaram que acharam uma ótima ferramenta de controle transfusional e apenas 04 (5%) relataram que bastaria o registro no prontuário. Ao considerar os 32 (100%) médicos que responderam à pesquisa de satisfação, todos avaliaram positivamente a implementação da caderneta de transfusão, pois permite uma melhor comunicação entre o serviço de hemoterapia e o médico assistente. Vale ressaltar que, de acordo com o Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil (2022), toda suspeita de reação transfusional, reações confirmadas, prováveis, possíveis, improváveis e inconclusivas devem ser notificadas no sistema NOTIVISA. Destaca-se que evidências científicas demonstram a ocorrência de reações hemolíticas tardias até 90 dias após a transfusão, o que reforça a necessidade de identificação e registro de quadro clínico ou laboratorial que possam ser consequência de uma transfusão sanguínea, para nortear ações de retrovigilância e hemovigilância. **Conclusão:** A caderneta implementada foi efetiva em relação ao acesso às informações transfusionais dos pacientes como estratégia de hemovigilância, contribuindo para a correlação entre sinais, sintomas e possíveis reações transfusionais imediatas ou tardias, permitindo a análise crítica do tipo de hemocomponentes e medidas preventivas futuras a serem adotadas para evitar reações transfusionais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1380>