

definidos no Consenso Internacional de 2020, os resultados obtidos da investigação laboratorial IH (TAD e titulação da aglutinina a 4°C) possibilitaram diferenciar e classificar os cinco pacientes, sendo três como CAD (2 Leucemias Linfoides e 1 Linfoma não Hodgkin) e dois como CAS (ambos doenças infecciosas). Concluindo, os resultados das avaliações IH foram compatíveis com as etiologias das doenças de aglutinina à frio.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1356>

TERAPIA TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

LS Gonçalves^a, GBM Szeneszi^a, KB Fonseca^a, CA Mesquita^a, RC Marques^a, FM Bandeira^b

^a Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O suporte transfusional é parte essencial do plano terapêutico de pacientes onco-hematológicos, principalmente os submetidos a transplante de medula óssea (TMO) uma vez que protocolos de condicionamento altamente aplasiantes e a pouca reserva medular pela doença de base, são as principais causas da alta necessidade transfusional dos receptores. Dessa forma, é indispensável o manejo adequado dos hemocomponentes em centros que realizam TMO, tendo em vista que as repercussões imuno-hematológicas das transfusões podem resultar em efeitos negativos no desfecho desses pacientes. **Objetivo:** Analisar dados sobre a necessidade transfusional de pacientes que realizaram TMO autólogo no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), no período estudado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, realizado no HUPE. Foram coletadas informações sobre o suporte transfusional de 25 pacientes submetidos a transplante autólogo de medula óssea, de janeiro de 2023 a abril de 2024. Os dados foram coletados a partir da plataforma HEMOTE e do prontuário eletrônico, e o intervalo considerado foi desde a realização do transplante à recuperação medular de cada paciente. **Resultados:** A mediana de idade dos pacientes é de 55 anos (29-74), sendo 9 diagnosticados com linfomas e 16 com mieloma múltiplo. A mediana de dias para a pega do enxerto foi de 12 dias. Dos 25 pacientes estudados, 23 necessitaram de transfusão. A mediana do número total de hemocomponentes para todos os pacientes foi de 2. A mediana do número de transfusões de plaquetas no grupo linfoma foi o dobro em comparação com a do grupo mieloma (4 e 2, respectivamente). No grupo mieloma, o número de concentrados de hemácias (CH) variou de 0 a 1, enquanto no grupo linfoma a mediana foi de 2 concentrados (1-7). Cinco pacientes do estudo tiveram alguma reação transfusional, sendo quatro delas alérgicas e uma febril não hemolítica. **Conclusão:** Pacientes submetidos a TMO autólogo

necessitaram de pelo menos uma transfusão no período peri transplante. O concentrado de plaquetas é o hemocomponente mais utilizado nesse contexto, sendo muitas vezes escasso nos hemocentros. O número de reações transfusionais foi elevado nesse grupo de pacientes. Uma comunicação efetiva entre a hemoterapia e o serviço de hematologia é essencial para o gerenciamento dos hemocomponentes e a notificação adequada de reações transfusionais, visando a melhor assistência para o paciente e a prevenção de eventos adversos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1357>

RELATO DE CASO: DOR AGUDA RELACIONADA A TRANSFUSÃO

MC Moraes, JPL Amorim

Grupo GHS, Brasil

Introdução: Dentre as reações transfusionais agudas, a dor aguda relacionada a transfusão é caracterizada pela ocorrência de dor, de curta duração, principalmente na região lombar, torácica e membros superiores, durante ou até 24 horas após a transfusão, tendo sido descartadas outras causas. Contudo, apesar de reconhecida e descrita em manuais e protocolos de hemovigilância, muito pouco se sabe sobre esse tipo de reação, com pouco relatos na literatura. **Caso:** Paciente de 31 anos, sexo feminino, no 3º dia de pós-operatório de abdôminoplastia, com febre e anemia (Hb 7,2g/dL), sendo solicitada a transfusão de 1 unidade de concentrado de hemácias filtradas (CHF). Após 20 min do início da transfusão, a paciente apresentou cefaleia, náuseas e rebaixamento do nível de consciência, sendo a transfusão interrompida e a paciente medicada com anti-inflamatório, corticoide e solução fisiológica, com melhora parcial de sintomas. Na sequência, apresentou dor torácica, com irradiação para dorso, tremores e queda de saturação, sendo instalado máscara de O₂ e transferida para a UTI. Evoluiu com melhora progressiva, com desmame de O₂, até completa resolução do quadro. Exames de tomografia computadorizada de crânio e tórax, eletrocardiograma, angio tomografia de tórax e testes imuno-hematológicos sem alterações. **Discussão:** A incidência de dor aguda relacionada a transfusão, não está bem estabelecida. No Brasil, o Manual Técnico de Hemovigilância sugere uma incidência de aproximadamente 1: 4500 transfusões. No Grupo GSH, tivemos 3 casos notificados entre janeiro/22 a abril/23, num total de 482.249 transfusões, representando uma incidência aproximada de 1:160.749. Em relação a etiologia, as informações na literatura também são inconclusivas, sugerindo uma associação com o uso de filtros de bancada para desleucocitação de hemocomponentes ou com a transfusão de anticorpos HLA de classe II. Contudo, o nosso caso, assim como a maioria dos casos descritos na literatura, ocorreu após a transfusão de hemocomponentes desleucocitados pré armazenamento, sugerindo uma correlação com o uso de filtro de leucócitos e uma etiologia não associada ao aumento de citocinas. Exceção a essa regra seria a interleucina 8, que não reduz sua concentração após a remoção dos leucócitos e tem sido implicada na hipernocicepção inflamatória no