



# REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

**Dra. Karina Nava de Almeida**

**Hematologista e Hemoterapeuta**

**HEMOPI**

# TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

A transfusão sanguínea é um método terapêutico universalmente aceito, irreversível e comprovadamente eficaz, principalmente se bem indicada.

A transfusão sanguínea acarreta benefícios e riscos potenciais ao receptor.

É importante que todos os profissionais envolvidos na prescrição e administração de hemocomponentes estejam capacitados a identificar prontamente uma reação transfusional.



# OBJETIVOS



- **ALERTAR OS PROFISSIONAIS SOBRE AS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS**
- **RECONHECIMENTO / IDENTIFICAÇÃO PRECOCE**
- **CONDUTA IMEDIATA**

---

## REAÇÃO TRANSFUSIONAL

---



É toda e qualquer intercorrência que ocorra durante ou após uma transfusão sanguínea e que esteja a ela relacionada.

---

As RT ocorrem em cerca de 1-3% dos ptes transfundidos



# CLASSIFICAÇÃO

- TEMPO
- GRAVIDADE
- CORRELAÇÃO COM TRANSFUSÃO
- MECANISMO FISIOPATOLÓGICO

# CLASSIFICAÇÃO

## QUANTO AO TEMPO

**IMEDIATA**- ocorrência da RT durante a transfusão ou até 24hs após seu início

**TARDIA**- ocorrência da RT após 24hs do início da transfusão

# CLASSIFICAÇÃO

## Imediatas

Febril não hemolítica

Reação alérgica

Reação por contaminação bacteriana

Reação hemolítica aguda imunológica

Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão

Reação hemolítica aguda não imune

Reação hipotensiva relacionada à transfusão

Sobrecarga circulatória associada à transfusão

Dor aguda relacionada à transfusão

Distúrbios metabólicos

## Tardias

Aloimunização/Aparecimento de anticorpos irregulares

Reação hemolítica tardia

Doença do enxerto contra o hospedeiro pós-transfusional

Púrpura pós-transfusional

Hemossiderose com comprometimento de órgãos

Distúrbios metabólicos

Transmissão de doença infecciosa

# CLASSIFICAÇÃO

## QUANTO A GRAVIDADE

- **LEVE**: sem risco a vida
- **MODERADA**: morbidade a longo prazo
- **GRAVE**: ameaça imediata à vida – intervenção médica obrigatória
- **ÓBITO**

# CLASSIFICAÇÃO

GRAVIDADE	DEFINIÇÃO
LEVE	Ausência de risco à vida .Poderá ser requerida intervenção dela , mas a falta desta não resulta em danos permanentes ou em comprometimento de um órgão ou função.
MODERADA	Morbidade a longo prazo . Em consequência da reação transfusional houve: Necessidade de hospitalização ou prolongamento desta e/ou Deficiência ou incapacidade pesistente ou significativa ou Necessidade de intervenão médica ou cirúrgica para evitar danos permanentes ou comprometimento de um órgão ou função.
GRAVE	Ameaça imediata a vida ,em consequência da RT , sem óbito atribuído à transfusão. Intervenção médica exigida para evitar a morte.
ÓBITO	Óbito atribuído à transfusão.

Guia de Hemovigilância. Marco conceitual,2015

# CLASSIFICAÇÃO

- QUANTO A CORRELAÇÃO COM TRANSFUSÃO

**CONFIRMADA**

**PROVÁVEL**

**POSSÍVEL**

**IMPOSSÍVEL**

**DESCARTADA**

**INCONCLUSIVA**

## QUADRO 9 – CLASSIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DAS REAÇÕES QUANTO À CORRELAÇÃO COM A TRANSFUSÃO.

CORRELAÇÃO	DESCRIÇÃO
Confirmada (definitiva/certa)	Quando a investigação concluiu que há evidências claras (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal), sem qualquer dúvida acerca da correlação com a transfusão.
Provável	Quando a investigação já concluída, ou ainda em curso, apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) que indicam a correlação com a transfusão, mas há dúvidas para sua confirmação.
Possível	Quando a investigação já concluída, ou ainda em curso, apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial/ evolução e vínculo temporal) que indicam a correlação dos sinais e sintomas a outras causas, mas a correlação com a transfusão não pode ser descartada.
Improvável	Quando a investigação já concluída, ou ainda em curso, apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) que indicam a correlação do evento adverso a outra(s) causa(s), mas há dúvidas para a sua exclusão.
Descartada*	Quando a investigação já concluída apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) que indicam claramente a correlação do evento adverso a outra(s) causa(s) e não à transfusão.
Inconclusiva	Quando a investigação já concluída não encontrou evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) suficientes para confirmar ou descartar a correlação com a transfusão.

# CLASSIFICAÇÃO

- QUANTO AO MECANISMO FISIOPATOLÓGICO

**IMUNOLÓGICAS:** comprovação de mecanismo antígeno (Ag)-anticorpo(Ac) na reação

**NÃO -IMUNOLÓGICAS**

# CLASSIFICAÇÃO

## IMUNOLÓGICAS

- Reação Febril não-hemolítica(RFNH)
- Reação Hemolítica Aguda Imune(RHAI)
- Reação Alérgica (ALG)
- Lesão Pulmonar Aguda relacionada à transfusão(TRALI)
- Aloimunizações (eritrocitárias,HLA)
- Púrpura Pós-transfusional(PTT)
- Doença do enxerto-contra-hospedeiro pós-transfusional(DECH/GVHD)

## NÃO IMUNOLÓGICAS

- Sobrecarga Circulatória
- Contaminação Bacteriana(CB)
- Hipotensão relacionada a Tx(HIPOT)
- Hemossiderose
- Transmissão de doenças infecciosas
- Reação Hemolítica Não Imune(RHANI)
- Distúrbios Metabólicos (DM)
- Hipotermia

# SINAIS E SINTOMAS

- Cefaléia
- Cianose
- Dispnéia
- Dor torácica
- Dor lombar
- Dor no local da injeção
- Edema de pulmão
- Exantema
- Febre
- Hipotensão

- Mialgia
- Náusea e vômitos
- Oligúria/anúria
- Prurido
- Rubor facial
- Sangramento anormal
- Sibilos
- Soro e/ou urina escura
- Tosse
- Tremores/calafrios
- Urticária

SUSPEITA

# CONDUTA

1. **SUSPENDER IMEDIATAMENTE A A TRANSFUSÃO E NÃO REINSATALAR**
2. **MANTER ACESSO VENOSO COM SF0,9%**
3. **CONFERIR TODOS OS REGISTROS DE IDENTIFICAÇÃO**
4. **AFERIR SINAIS VITAIS**
5. **CHAMAR O MÉDICO**
6. **COMUNICAR A AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**
7. **NÃO DESPREZAR A BOLSA TRANSFUNDIDA NEM O EQUIPO**
8. **COLHER UMA AMOSTRA PÓS-TRANSFUSIONAL (ENVIAR À AT)**
9. **NOTIFICAR ( NOTIVISA)**

# CONDUTA



**1. Suspender imediatamente a transfusão.**



**2. Manter acesso venoso com soro fisiológico 0,9%.**



**3. Conferir todos os registros de identificação do hemocomponente e do receptor.**



**6. Comunicar** o ocorrido ao funcionário da AT, que entrará em contato com o médico responsável.



**5. Chamar um médico.**



**4. Aferir os sinais vitais.**



**7. Não desprezar as bolsas de componentes sanguíneos transfundidas.**



**8. Colher uma amostra pós-transfusional** e enviar à AT junto com a bolsa e os equipos anexos a ele (evitando a contaminação dos equipos) para todas as reações, exceto para as alérgicas.



**9. Notificar** todas as reações transfusionais por meio do Notivisa.



# REAÇÕES TRANSFUSIONAIS IMEDIATAS

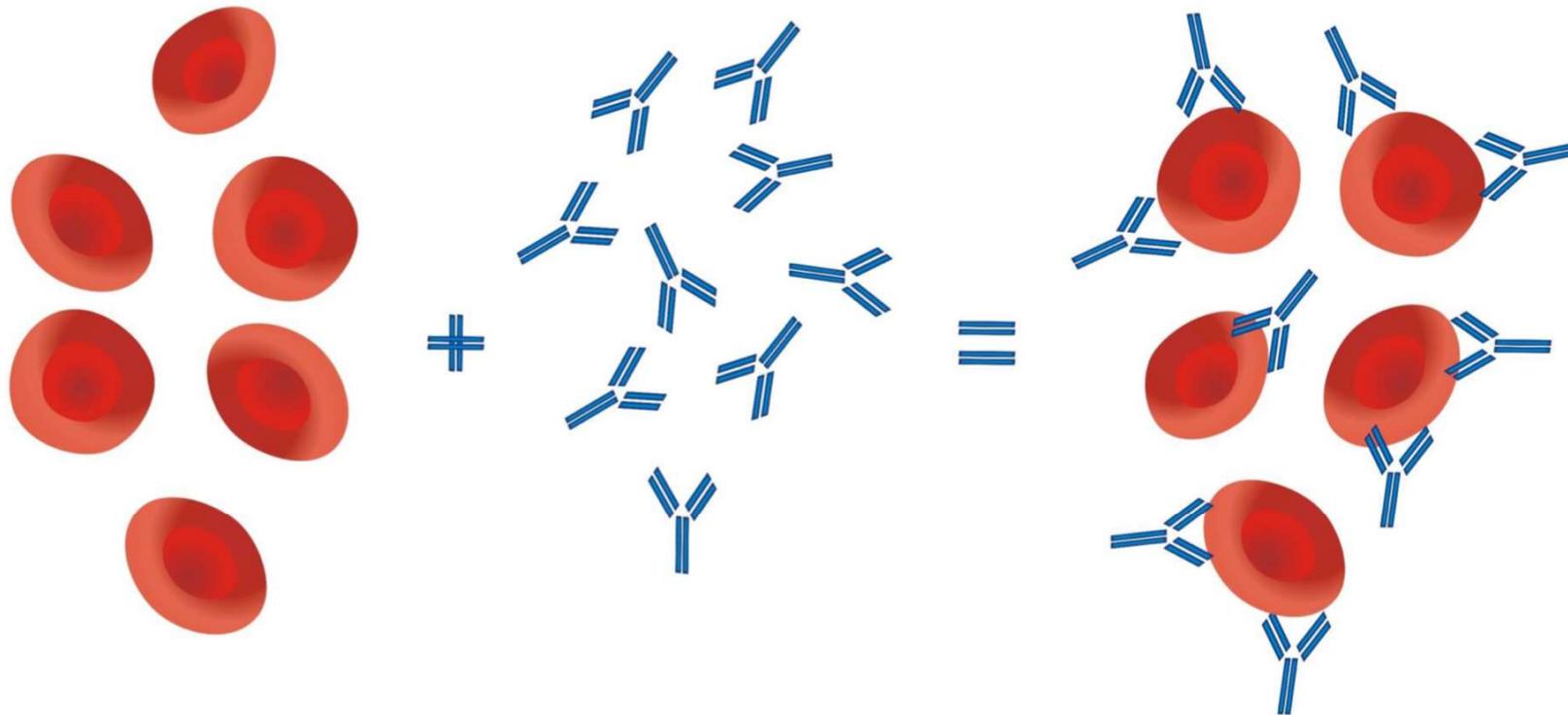


# **REAÇÕES TRANSFUSIONAIS IMEDIATAS IMUNES**

# REAÇÃO HEMOLÍTICA AGUDA IMUNE

- Hemólise de hemácias incompatíveis transfundidas
- Ac no receptor contra Ag do doador
- Grave e de mau prognóstico
- Transfusão de hemácias ABO incompatíveis são as mais comuns
- **PRINCIPAL CAUSA:** erros de identificação das amostras e dos paciente transfundidos

## Reação hemolítica aguda



Hemácias do doador  
Antígeno

Anticorpos em  
título suficiente

Reação imediata

# REAÇÃO HEMOLÍTICA AGUDA IMUNE

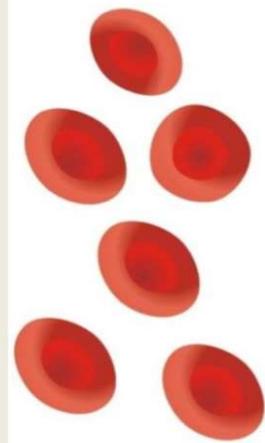
## INCOMPATIBILIDADE IMUNOLÓGICA

### SISTEMA ABO

Ac. Naturais = IgM aparecem a  
partir do 4º mês de vida

Hemólise intra-vascular

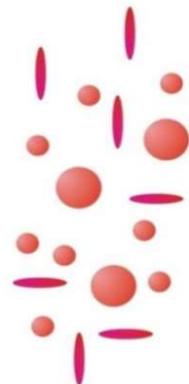
# Hemólise Intravascular



+

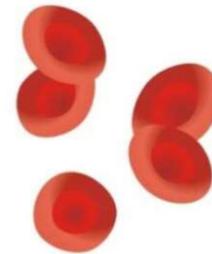


+



C1 - C9

Lise



+



Urina avermelhada



Hemácias do doador (antígeno)

+

Anticorpos do receptor (fixam complemento)

+

Fixação de complemento

→

Hemólise (estroma celular)

+

Plasma avermelhado

# SINAIS E SINTOMAS

- Febre alta ,tremores, calafrios
- Dor no local da infusão
- Náuseas e vômitos
- Dor lombar/torácica
- Dor abdominal
- Hipotensão grave
- Hemoglobínúria
- Sensação de morte iminente
- ↓↓ Hb/Ht
- ↑↑ BI
- ↑↑ DHL
- Coombs direto +
- Hemoglobínúria
- Alterações na função renal
- CIVD

**5ml são suficientes para causar  
clínica importante**

**Grave→Óbito**

# CONDUTA

- INTERROMPER A TRANSFUSÃO
- MANTER ACESSO VENOSO COM SF0,9%
- CONFERIR DADOS BOLSA x PACIENTE  
TROCA  outro paciente em risco
- HIDRATAÇÃO VIGOROSA  
Estimular diurese → 100ML/h por 18 a 24hs  
Manter pressão arterial
- ENVIAR BOLSA E AMOSTRA PARA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
- NOTIFICAR

# CONDUTA

- **EXAMES**

**Solicitar hemograma, provas de hemólise, função renal, hemostasia e urina do paciente**

**Monitorar função renal**

**Hemoculturas**

# PREVENÇÃO

- **Atenção e cuidado**
- **Monitorar os sinais vitais / queixas**
- **Infusão lenta dos 50ml iniciais**

Art. 191. As transfusões serão realizadas por médico ou profissional de saúde habilitado, qualificado e conhecedor das normas constantes desta Portaria, e serão realizadas apenas sob supervisão médica, isto é, em local em que haja, pelo menos, um médico presente que possa intervir em casos de reações transfusionais.

§ 1º O paciente deve ter os seus sinais vitais (temperatura, pressão arterial e pulso) verificados e registrados, pelo menos, imediatamente antes do início e após o término da transfusão.

§ 2º Os primeiros 10 (dez) minutos de transfusão serão acompanhados pelo médico ou profissional de saúde qualificado para tal atividade, que permanecerá ao lado do paciente durante este intervalo de tempo.

# REAÇÃO FEBRIL NÃO HEMOLÍTICA

- É a RT mais comum descrita
- Não coloca em risco a vida do paciente e tende a ser autolimitada
- Incidência : 0,5 a 10% (CH) e 4% a 30%(CP)

# REAÇÃO FEBRIL NÃO HEMOLÍTICA

## ETIOLOGIA

- Presença de citocinas liberadas pelos leucócitos residuais
- Ac anti-HLA/anti-plaquetas/anti-leucócitos no paciente ,que interagem com Ag do doador , ativando o sistema complemento e liberando pirógenos



# CONDUTA



**1. Suspender imediatamente a transfusão.**



**2. Manter acesso venoso com soro fisiológico 0,9%.**



**3. Conferir todos os registros de identificação do hemocomponente e do receptor.**



**6. Comunicar o ocorrido ao funcionário da AT, que entrará em contato com o médico responsável.**



**5. Chamar um médico.**



**4. Aferir os sinais vitais.**



**7. Não desprezar as bolsas de componentes sanguíneos transfundidas.**



**8. Colher uma amostra pós-transfusional e enviar à AT junto com a bolsa e os equipos anexos a ele (evitando a contaminação dos equipos) para todas as reações, exceto para as alérgicas.**



**9. Notificar todas as reações transfusionais por meio do Notivisa.**

# REAÇÃO FEBRIL NÃO HEMOLÍTICA CONDUTA

- Interromper Tx e manter acesso venoso
- Ver registros da bolsa e do pacto
- Aferir sinais vitais
- Comunicar os funcionários da AT
- Não desprezar a bolsa do hemocomponente transfundido
- Colher amostras pós-transfusionais
- Notificar (NOTIVISA)

# REAÇÃO FEBRIL NÃO HEMOLÍTICA CONDUTA

- Administrar antitérmico e
- Calafrios - meperidina
- Investigar contaminação bacteriana
- Diagnóstico diferencial com contaminação bacteriana, RHA

**PREVENÇÃO: LEUCORREDUÇÃO**

# REAÇÃO ALÉRGICA

- Reação de hipersensibilidade.
- Presença no receptor de Ac contra proteínas plasmáticas do doador
- Pode acontecer cm PFC, CP e CH
- Geralmente benigna e autolimitada
- Corresponde a 1 a 3% das reações

# ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

- Ig E do receptor contra proteínas plasmáticas
- Transferência passiva alergênicos/IgE
- Reação Ag/Ac → ↑substâncias vaso-ativas →  
↑permeabilidade vascular

# SINAIS E SINTOMAS

## Cutâneo

- Prurido
- Pápulas
- Urticária
- Angioedema

## Respiratório

- V.A superiores  
rouquidão, estridor
- V.A inferiores  
sibilos, broncoespasmos
- Dispnéia
- Cianose
- Ansiedade







# REAÇÃO ANAFILÁTICA

**Início súbito → infusão de 10 a 15 ml**

**Sintomas gastrointestinais**

**náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreia**

**Hipertensão transitória → hipotensão →**

**perda da consciência → choque → óbito**

**Rubor, calafrios e edema de glote**

# CONDUTA



**1. Suspender**  
imediatamente a  
transusão.



**2. Manter**  
**acesso venoso**  
com soro  
fisiológico 0,9%.



**3. Conferir todos os**  
**registros de identificação**  
do hemocomponente  
e do receptor.



**6. Comunicar**  
o ocorrido ao funcionário  
da AT, que entrará  
em contato com o médico  
responsável.



**5. Chamar um**  
**médico.**



**4. Aferir os**  
**sinais vitais.**



**7. Não desprezar**  
as bolsas de  
componentes  
sanguíneos  
transfundidas.



**8. Colher uma amostra**  
**pós-transfusional**  
e enviar à AT junto com  
a bolsa e os equipos  
anexos a ele (evitando a  
contaminação dos equipos)  
para todas as reações,  
exceto para as alérgicas.



**9. Notificar**  
todas as reações  
transfusionais por  
meio do Notivisa.



# CONDUTA

- Interromper Tx e manter acesso venoso
- Ver registros da bolsa e do pacto
- Aferir sinais vitais
- Comunicar os funcionários da AT
- Não desprezar a bolsa do hemocomponente transfundido
- Colher amostras somente se for grave

# TRATAMENTO

- Se for reação leve :Administração de anti-histamínico, corticóides
- Se moderada ou grave :fazer Adrenalina IM, suporte respiratório/choque

## Prevenção

- Pré-medicação
- Lavar hemocomponente

# TRANSFUSION RELATED ACUTE LUNG INJURY (TRALI)

- **DEFINIÇÃO;**

- Lesão pulmonar aguda de início em até 6 hs após a Tx, caracterizada por:

Insuficiência respiratória aguda

Edema pulmonar bilateral

SatO<sub>2</sub> < 90%)  
Hipoxemia severa (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 300 mmHg ou

Ausência de comprometimento cardíaco

Ausência de fatores de risco para IRA

## INCIDÊNCIA:

- Principal causa de mortalidade relacionada a Tx
- Incidência de 5 a 10% das Tx

# FISIOPATOLOGIA TRALI

Relacionado a Tx de hemocomponentes que contém plasma

- **Mecanismo imunológico**

**Ac anti-HLA doador x Ag receptor (94%)**

**Ac receptor x Ag doador**

- **Mecanismo não-imunológico**

**Moléculas inflamatórias acumuladas durante a  
estocagem**

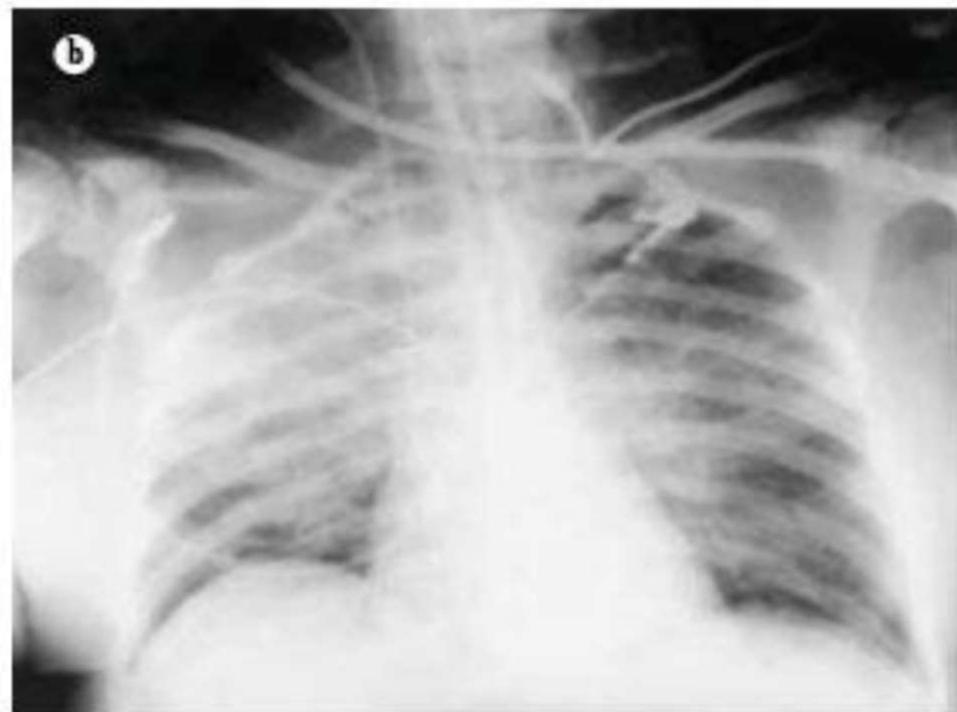
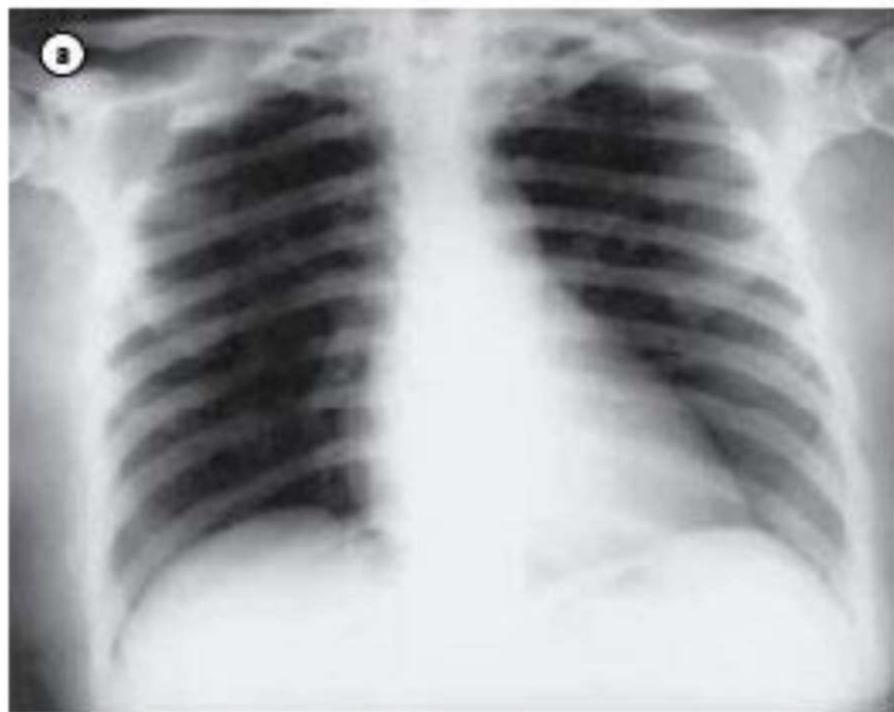
# FISIOPATOLOGIA TRALI

Ativação neutrófilos → circulação pulmonar → resposta oxidativa e citotóxica → dano celular endotelial → edema pulmonar agudo não cardiogênico

Principal causa de mortalidade relacionada a Tx

Incidência de 5 a 10% das Tx

# TRALI



**Figura 1** - Radiografia, antes e depois da transfusão de sangue, de um paciente com TRALI. Infiltrado pulmonar bilateral com edema de pulmão é um critério essencial para diagnóstico clínico da TRALI. Radiografias podem ser desiguais nas primeiras horas seguidas da transfusão, com progressão do infiltrado alveolar e intersticial presentes no pulmão inteiro. Resultados radiológicos tendem a ser mais específicos do que resultados de exames físicos. TRALI: *transfusion-related acute lung injury* (lesão pulmonar aguda associada à transfusão).

# QUADRO CLÍNICO TRALI

1. Ocorre até 6hs após a Tx
  2. Hipóxia (Sat O<sub>2</sub> <90% ou PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300mmHg)
  3. Infiltrado pulmonar bilateral no Rx de Tórax
  4. Ausência de causa cardíaca para edema pulmonar agudo
  5. Ausência de lesão pulmonar aguda ou SARA antes da transfusão
- Pode apresentar dispneia, febre/calafrios, taquicárdia

# TRALI

- **EVOLUÇÃO**

Melhora clínica em 48hs -96hs

Radiológica em 4 a 7 dias

Óbito 5 a 10%

## **TRATAMENTO**

**Suporte ventilatório/hemodinâmico**

# TRALI

## PREVENÇÃO

### Doador dependente

- Excluir doadores envolvidos em casos de TRALI,
- Não utilizar plasma de doadoras multigesta,
- Não utilizar plasma de doadores que já foram transfundidos

### Notificação ao HEMOPI



**REAÇÕES TRANSFUSIONAIS IMEDIATAS  
NÃO-IMUNES**

# **SOBRECARGA VOLÊMICA(TACO)**

- **È a 3º causa mais frequente de reação**
- **É o resultado da hipertransfusão em indivíduos com reserva cardíaca diminuída.**
- **Infusão rápida em indivíduos predispostos**  
**Neonatos /idosos**  
**Portadores de IRC/ICC**

# **SOBRECARGA VOLÊMICA QUADRO CLÍNICO**

- **DISPNÉIA/INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA**
- **TAQUICARDIA**
- **HIPERTENSÃO ARTERIAL**
- **RX TÓRAX : EDEMA PULMONAR**
- **BALANÇO HÍDRICO POSITIVO**
- **INSUFICIÊNCIA VENTRICULAR ESQ**

# SOBRECARGA VOLÊMICA QUADRO CLÍNICO

- PLETORA
- CEFALÉIA
- TURGÊNCIA JUGULAR

**DIAGNÓSTICO:CLÍNICO**



# **SOBRECARGA VOLÊMICA TRATAMENTO**

**Dependendo da gravidade:**

- Cabeceira elevada( Sentar o paciente )**
- Oferecer oxigênio**
- Diurético (furosemida)/morfina**

# **SOBRECARGA VOLÊMICA PREVENÇÃO**

- **TRANSFUSÕES FRACIONADAS**
- **DIURÉTICO**
- **TRANSFUSÃO COM INFUSÃO LENTA: 1ML/KG/H**

# CONTAMINAÇÃO BACTERIANA

- Transfusão de hemocomponentes que contenham bactéria
- Presença do microrganismo no hemocomponente transfundido ou em outro hemocomponente proveniente da mesma doação (co-componente)

**E**

**Presença do mesmo microrganismo no sangue do receptor, ainda que sem sintomatologia clínica**

**E/OU**

**Presença de febre (temperatura  $\geq 38^{\circ}$ ) com aumento de pelo menos  $2^{\circ}$  C em relação ao valor pré-transfusional ou até 24hs após, sem evidência de infecção prévia.**

# CONTAMINAÇÃO BACTERIANA

- Introdução de bactérias no hemocomponente:  
    Coleta  
    Armazenamento
- Incidência: maior em Conc. Plaquetas , devido a temperatura de armazenamento.

# CONTAMINAÇÃO BACTERIANA QUADRO CLÍNICO

- Febre  $\geq 39^{\circ}$  C
- $\uparrow \geq 2^{\circ}$  C temp.
- Calafrios intensos
- Tremores
- Taquicardia 30mmHg
- hipotensão

Náuseas

Vômito

Dor lombar

Dor abdominal

taquipnéia

Oligúria

Anúria

Hemorragia

# CONTAMINAÇÃO BACTERIANA

- **DIAGNÓSTICO**

  - quadro clínico + exames complementares (hemocultura)

- **CONDUTA:**

  - Suspender a transfusão

  - Tratamento sintomático: Choque + CIVD

  - Antibioticoterapia de largo espectro

  - Enviar bolsa , equipo e amostra pós-Tx do pacto para AT



# REAÇÃO TRANSFUSIONAL

## PROTOCOLO DO HEMOPI



**CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ  
HEMOPI**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO**

**REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS**

**PRTA N° 01**

**REV. 00**

**PAG: 1/9**

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
Data do incidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário de ocorrência: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min  
Hospital/ Serviço: \_\_\_\_\_ Hemocomponentes: \_\_\_\_\_

**Suspeita de Reação Transfusional**

**Conduta inicial de enfermagem:**

- 1 – Interromper imediatamente a transfusão, mantendo o acesso venoso com SF0,9%
- 2 – Verificar os sinais vitais e solicitar avaliação médica imediatamente
- 3 – Verificar todos os registros, formulários e identificação do paciente
- 4 – Comunicar a agência transfusional

**Crítérios clínicos**

- Febre 38°C + elevação de 1°C
- Calafrios  náuseas/ vômitos
- Dor Lombar ou local infusão
- Cianose  Taquicardia
- Hipotensão  Hipertensão
- Hemoglobinúria
- Ansiedade/ Sensação de morte

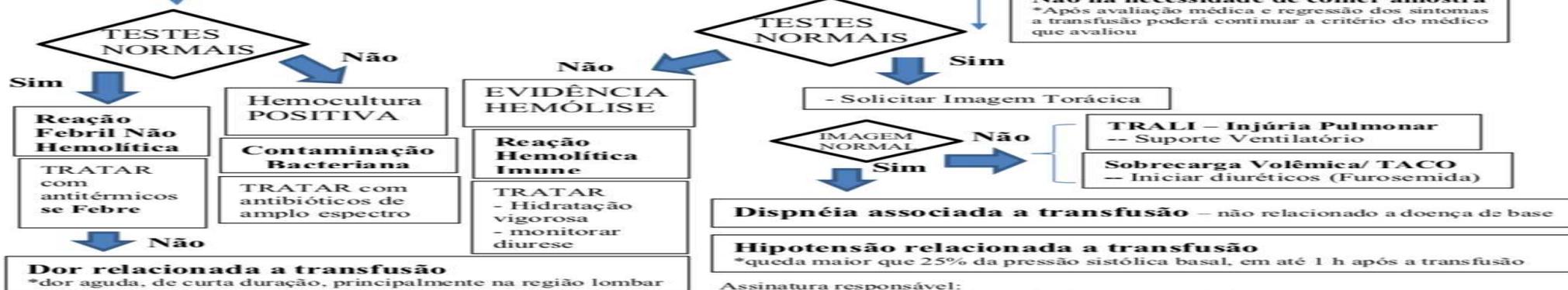
- Dispnéia
- Hipertensão
- Taquicardia
- Hipotensão
- Edema agudo de pulmão
- Cianose
- Insuf Respiratória

- Tosse/Rouquidão
- Urticária/ Prurido
- Placas vermelhas
- Edema lábio/periorbital
- Broncoespasmo
- Reação anafilática

- Colher amostra pós transfusional para:  
-- Hemocultura  
-- Provas de Hemólise  
-- Enviar a bolsa suspeita para a agência transfusional

**REAÇÃO ALÉRGICA**  
- INICIAR ANTI-HISTAMÍNICO de acordo com a gravidade  
-- Dexclorfeniramina VO  
-- Difenidramina IV  
-- Epinefrina SC

**Não há necessidade de colher amostra**  
\*Após avaliação médica e regressão dos sintomas a transfusão poderá continuar a critério do médico que avaliou



Assinatura responsável: \_\_\_\_\_

# CASO CLÍNICO 1

Paciente MPVN, 23 anos

Diagnóstico: Anemia a esclarecer

Liberado 2 CH

Manifestações Clínicas:

Dor lombar/Calafrios/Aumento de 1°/Taquicardia

Sinais vitais antes da transfusão: PA110x70 P:70 T:35,9°C

Sinais vitais depois da transfusão: PA130x80 P:80 T:37,7C

# PROTOCOLO

Febre 38 + elevação de 1 °  
 calafrios  náusea e vômitos  
 dor lombar ou local infusão  
 cianose  taquicardia  
 Hipotensão (hipertensão)  
 Hemoglobinúria  CIVD  
 Ansiedade/ Sensação de morte

Dispnéia  
 Hipertensão  
 Taquicardia  
 Hipotensão  
 Edema Agudo de Pulmão  
 Cianose  
 Insuf. respiratória

Tosse / Rouquidão  
 Urticária/prurido  
 Placas vermelhas  
 Edema lábio/periorbital  
 Cianose  
 Brocoespasmo  
 Reação anafilática

- Colher amostra pós-transfusional  
- Hemocultura  
- Provas de Hemólise  
- Enviar a bolsa suspeita para a AT

REAÇÃO ALÉRGICA  
- INICIAR ANTI\_HISTAMÍNICO de acordo com a gravidade  
- Dexclorfiramina VO  
- Difenidramina IV  
- Epinefrina

## Teste Realizado

Amostra Paciente	Pré- Transfusional	Pós-Transfusional
Inspeção visual do Plasma	Límpido	Amarronzado
ABO	O+	O+
PAI	Negativo	Negativo
Anticorpo Identificado	Negativo	Negativo
Auto-Controle/ TAD	Negativo	Positivo (2+)
Eluato	Negativo	Negativo
Anticorpo Identificado no Eluato	Negativo	Negativo

Amostra	ABO Rh (Pré)	ABO Rh (Pós)	Teste de Hemolise (Pré)	Teste de Hemolise (Pós)	PC Pré	PC Pós
CH	O+	A+	NEG	NEG	COMP	<b>incompatível</b>

Culturas	Resultados (se positivo, identificar Microrganismo isolado)
Paciente	Negativo
Bolsa	Negativo

**Tipo de reação:**

**Reação Hemolítica Aguda Imune**

# **INVESTIGAÇÃO DA REAÇÃO PAPEL DO COMITÊ TRANSFUSIONAL**

- **Foram liberadas 02 CH para o mesmo hospital na mesma caixa térmica no mesmo transporte**
- **Ambas as pacientes tinham o mesmo nome inicial “Maria”**

## CASO CLÍNICO 2

- Paciente 65 anos ,com diagnóstico de Leucemia Aguda, em tratamento no Hospital São Marcos , Hb=6,5 g/dl Ht:19,5%, recebeu 4 CHs anteriormente sem intercorrências.
- Durante a transfusão de CH(20min após início) apresentou febre ( $36,5^{\circ} \rightarrow 38^{\circ}$ ), tremores e calafrios
- **QUAL CONDUITA APROPRIADA?**

# PROTOCOLO

Febre 38 + elevação de 1 °

calafrios  náusea e vômitos

dor lombar ou local infusão

cianose  taquicardia

Hipotensão  hipertensão

Hemoglobinúria  CIVD

Ansiedade/ Sensação de morte



- Colher amostra pós-transfusional  
- Hemocultura  
- Provas de Hemólise  
- Enviar a bolsa suspeita para a AT

Dispneia  
 Hipertensão  
 Taquicardia  
 Hipotensão  
 Edema Agudo de Pulmão  
 Cianose  
 Insuf. respiratória

Tosse / Rouquidão  
 Urticária/prurido  
 Placas vermelhas  
 Edema lábio/periorbital  
 Cianose  
 Brocoespasmo  
 Reação anafilática



REAÇÃO ALÈRGICA  
- INICIAR ANTI\_HISTAMÌNICO de acordo com a gravidade  
- Dexclorfeniramina VO  
- Difenidramina IV  
- Epinefrina

## RESULTADOS

**Exames na amostra pós transfusional foram negativos**

**Exames da bolsa foram negativos**

**Prova cruzada compatível**

**Hemocultura do paciente e da bolsa negativos**

**Qual tipo de reação?**

**Reação Febril Não Hemolítica(RFNH)**

## CASO CLÍNICO 3

Paciente portador de Cirrose Hepática , seria submetido a Biópsia Hepática, foi prescrito Plasma Fresco Congelado(PFC) antes do procedimento. Após 1 hora do início do PFC paciente apresentou prurido e urticária em tronco e membros.

**O que fazer?**

# PROTOCOLO

- Febre 38 + elevação de 1 °
- calafrios  náusea e vômitos
- dor lombar ou local infusão
- cianose  taquicardia
- Hipotensão (hipertensão)
- Hemoglobinúria  CIVD
- Ansiedade/ Sensação de morte



- Colher amostra pós-transfusional
- Hemocultura
- Provas de Hemólise
- Enviar a bolsa suspeita para a AT

- Dispneia
- Hipertensão
- Taquicardia
- Hipotensão
- Edema Agudo de Pulmão
- Cianose
- Insuf. respiratória

- Tosse / Rouquidão
- Urticária/prurido**
- Placas vermelhas
- Edema lábio/periorbital
- Cianose
- Brocoespasmo
- Reação anafilática**



- REAÇÃO ALÉRGICA
- INICIAR ANTI\_HISTAMÍNICO de acordo com a gravidade
  - Dexclorofiramina VO
  - Difenidramina IV
  - Epinefrina

## RESULTADOS

Exames imunohematológicos na amostra pré e pós transfusional foram negativos

Prova cruzada compatível

Exames da bolsa foram negativos

Qual o tipo de reação?

**Reação Alérgica (Leve)**



**MARCO CONCEITUAL E OPERACIONAL DE HEMOVIGILÂNCIA:  
GUIA PARA A HEMOVIGILÂNCIA NO BRASIL**

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA  
2015

OBRIGADA

