

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON – FAHECE
CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA – HEMOSC

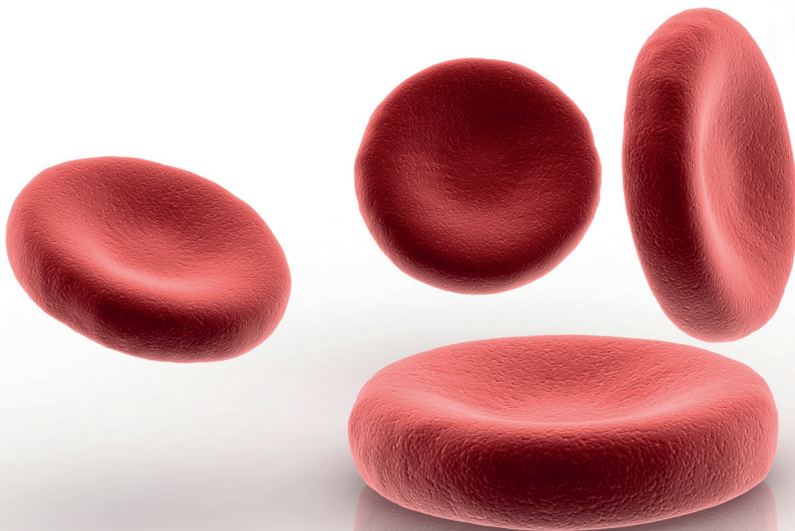


Centro de
Hematologia
e Hemoterapia
de Santa Catarina

HEMOSC

MANUAL DE TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES.

Indicações e instalação de hemocomponentes



Agosto/2014

ÍNDICE

PARÂMETROS PRÁTICOS PARA O USO DA TRANSFUÇÃO	5
TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS EM ADULTOS ...	6
Definição	6
Indicações clínicas.....	6
Perda aguda de sangue.....	6
Transfusão maciça	8
Anemia normovolêmica.....	8
Transfusão de concentrado de hemácias fenotipadas.....	10
Transfusão em casos de emergência	10
TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS RhD POSITIVO EM PACIENTE RhD NEGATIVO	11
TRANSFUÇÃO DE PLAQUETAS	11
Indicações de transfusão profilática.....	12
Indicações de transfusão terapêutica.....	13
Pacientes Rh(D) negativo do sexo feminino com menos de 45 anos de idade.....	14
TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES LEUCORREDUZIDOS (FILTRADOS)	15
Indicações de hemocomponentes leucorreduzidos.....	15
TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES IRRADIADOS	16
Indicações de hemocomponentes irradiados	16
TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES LAVADOS.....	17
Indicações de hemocomponentes lavados.....	17
TRANSFUÇÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)	18
Indicações de uso do PFC	18

TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO	19
Indicações de crioprecipitado	19
TRANSFUSÃO DE CONCENTRADOS LIOFILIZADOS DE FATORES DE COAGULAÇÃO EM HEMOFILIA.....	20
TRANSFUSÃO EM PEDIATRIA	22
Exsanguíneo transfusão	22
Indicações de exsanguíneo transfusão.....	22
Níveis indicativos.....	23
Escolha do grupo sanguíneo da unidade de CH	23
Volume de troca na exsanguíneo transfusão	23
Técnica Push-Pull	24
Doença hemolítica do recém-nascido por Rh	24
Transfusão de concentrado de hemácias em pediatria	25
Volume.....	26
Transfusão em crianças acima de 4 meses de idade.....	26
Pacientes em regime de transfusão crônica.....	27
Transfusão de plaquetas em neonatologia	27
Orientações sobre transfusão de hemocomponentes.....	28
Tabela de algumas reações transfusionais/sinais/sintomas	33
Tabela de reserva cirúrgica para adultos.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

PARÂMETROS PRÁTICOS PARA O USO DA TRANSFUÇÃO

As diretrizes apresentadas neste manual são baseadas na literatura médica e nas evidências científicas sobre o tema. Além disso, está de acordo com as recomendações técnicas presentes no *Guia para o uso de hemocomponentes*, do Ministério da Saúde, e de acordo com a legislação vigente.

As condutas em medicina transfusional dependem sempre da avaliação conjunta dos parâmetros laboratoriais com os dados clínicos, estando sempre sujeita, portanto, a particularidades e especificidades de cada caso.

O conjunto de informações deste manual deve servir como ferramenta para a prática clínica, bem como para a pesquisa e a educação médica. Seu maior objetivo é a melhoria contínua da qualidade do atendimento e do serviço prestados.

TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS EM ADULTOS

Definição

O concentrado de hemácias (CH) é obtido pelo fracionamento, por centrifugação, de uma unidade de sangue total. Constitui um volume aproximado de 275 ml e hematócrito de 65 a 80%, quando coletado em bolsa sem solução aditiva, e cerca de 360 ml e hematócrito de 50 a 70% nas bolsas que contêm SAG-M. Deve ser estocado a temperaturas entre 2 e 6 °C, e a validade varia entre 35 e 42 dias.

Indicações clínicas

A transfusão de CH é indicada no tratamento da anemia para aumentar rapidamente o transporte de oxigênio para os tecidos e depende da avaliação conjunta de critérios clínicos e laboratoriais. As situações clínicas que habitualmente requerem transfusão podem ser divididas em dois grupos:

Perda aguda de sangue

A estimativa do volume da perda sanguínea é uma ferramenta útil para guiar a necessidade de transfusão em situações de hemorragia. Pode ser difícil estimar o volume do sangramento em vítimas de politrauma, mas em procedimentos cirúrgicos a estimativa deve ser realizada para orientar a transfusão intraoperatória.

As perdas sanguíneas podem ser classificadas em:

- Hemorragia classe I: perda de até 15% do volume sanguíneo.
- Hemorragia classe II: perda de 15 a 30% do volume sanguíneo.

- Hemorragia classe III: perda de 30 a 40% do volume sanguíneo.
- Hemorragia classe IV: perda maior que 40% do volume sanguíneo.

Obs. 1: nas situações de hemorragia classes III e IV pode ser necessário transfundir CH.

Obs. 2: hemorragias inferiores a 30% da volemia (classes I e II) habitualmente não necessitam de transfusão.

Volemia: aproximadamente 8% do peso corporal.

Uma vez que nem sempre a estimativa da perda sanguínea é possível e os resultados de hematócrito e hemoglobina podem demorar a alterar após o sangramento, deve-se considerar, para a indicação de transfusão nas hemorragias agudas, a ocorrência de sinais e sintomas clínicos como:

- Frequência cardíaca > 120 bpm.
- Hipotensão arterial.
- Queda do débito urinário.
- FR aumentada.
- Enchimento capilar retardado (> 2 segundos).
- Alteração do nível de consciência.

Muitas transfusões de CH em cirurgias podem ser evitadas com medidas pré, intra e pós-operatórias. As principais medidas recomendadas são:

- Suspensão adequada de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários
- Tratamento de anemia pré-operatória (ferro, EPO etc.).
- Reaproveitamento do sangue no intraoperatório (especialmente em cirurgias cardíacas, ortopédicas e vasculares).

- Evitar excessivas coletas de sangue para exames laboratoriais.
- Monitoramento de ressangramentos no pós-operatório.

Transusão maciça

É a transfusão de concentrado de hemácias em volume igual ou superior à volemia do paciente em 24 horas.

A conduta no paciente em situação de transfusão maciça pode ser:

- TAP ou PTT > 1,5: transfundir plasma fresco congelado.
- Contagem de plaquetas < 50.000/dL: transfundir concentrado de plaquetas.
- Dosagem de fibrinogênio < 100 mg/dL: transfundir crioprecipitado.

Nos casos em que os exames laboratoriais não estiverem disponíveis em tempo hábil, recomenda-se:

- Se forem transfundidas seis unidades de concentrado de hemácias, iniciar a transfusão de plasma fresco congelado e concentrado de plaquetas se o sangramento for não cirúrgico.

Assim que possível, de preferência antes de iniciar as transfusões, coletar amostras para os exames de compatibilidade e enviar para a Agência Transfusional com o pedido de transfusão.

Anemia normovolêmica

A decisão de transfundir CH deve ser baseada em fatores clínicos e laboratoriais, como a idade do paciente, a velocidade de instalação da anemia, a etiologia da anemia, o volume intravascular e as comorbidades.

Quanto mais lenta for a instalação da anemia, mais facilmente o organismo terá que elaborar mecanismos compensatórios para suavizar os seus efeitos clínicos. Associado a isso, fatores como a idade, bem como a presença de comorbidades, sobretudo aquelas que envolvem diretamente a capacidade de transporte de oxigênio, como DPOC, asma, ICC e doença coronariana, influenciam diretamente na tomada de decisão de efetuar ou não a transfusão do CH.

A dose a ser utilizada depende dos valores de hematócrito e hemoglobina pré-transfusionais, além da função miocárdica e situação volêmica. Pacientes com hipervolemia, oligúria, recebendo hidratação venosa vigorosa e especialmente aqueles portadores de ICC precisam ser cuidadosamente avaliados quanto ao risco de sobrecarga de volume. Espera-se habitualmente um incremento de 3% no hematócrito e 1 g/dL na hemoglobina para cada unidade transfundida em um adulto sem sangramento ativo. Quadros de anemia hemolítica, bem como o alto volume de soluções de hidratação venosa concorrente, podem levar a incrementos inferiores. A dose deverá ser suficiente para aliviar os sintomas decorrentes da anemia ou para que os níveis de hematócrito e hemoglobina atinjam níveis aceitáveis.

Recomenda-se, sempre que possível, realizar a transfusão de 1U de CH por vez. Tal medida pode reduzir a incidência de sobrecarga de volume, bem como evitar transfusões desnecessárias.

Pode-se considerar em linhas gerais:

- > 10 g/dL: raramente necessita de transfusão.
- 7 - 10 g/dL: a indicação depende da avaliação clínica.
- < 7 g/dL: geralmente necessita de transfusão.

A transfusão **não** deve ser considerada nas seguintes situações:

- Para promover aumento da sensação de bem-estar.
- Para promover a cicatrização de feridas.
- Profilaticamente.

- Para expansão do volume vascular, quando a capacidade de transporte de O₂ estiver adequada.

Transfusão de concentrado de hemácias fenotipadas

Transfundir hemácias com fenótipo, pelo menos Rh e Kell, compatíveis com o receptor nos casos de:

- Hemoglobinopatias.
- Síndrome Mielodisplásica (SMD).
- É recomendado transfundir concentrado de hemácias fenotipadas em todos os pacientes que serão submetidos à transfusão crônica.
- Sugerimos fenotipar os pacientes, principalmente na primeira transfusão, coletando uma amostra em EDTA.

Transfusão em casos de emergência

- É a transfusão realizada de imediato, devido ao risco de morte do paciente caso não receba a transfusão imediatamente.
- Solicitar concentrado de hemácias “O” RhD negativo, devido à emergência a Agência Transfusional/HEMOSC.
- Se possível, enviar a amostra de sangue com o pedido de emergência ou, se não for possível, enviar a amostra posteriormente para a realização dos testes pré-transfusionais obrigatórios, mesmo que a transfusão já tenha ocorrido.
- Assim que o resultado da classificação ABO e RhD estiver disponível, iniciar transfusão de hemácias ABO/RhD compatíveis.

TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS RhD POSITIVO EM PACIENTE RhD NEGATIVO

Pode ser aceito o uso de concentrado de hemácias RhD positivo em pacientes RhD negativo em situações de falta no estoque de hemácias RhD negativo. Os casos mais comuns deste uso são:

- Expectativa de transfusão maciça baseada na situação clínica do paciente RhD negativo.
- Paciente instável ou grave que não possa aguardar a recuperação dos estoques de RhD negativo.

Nestes casos, é necessário se certificar que na amostra pré-transfusional não contenha anticorpos anti-D, oriundos de sensibilização prévia. Devem ser utilizados métodos adicionais na PAI para excluir qualquer possibilidade de sensibilização prévia ao antígeno RhD.

TRANSFUSÃO DE PLAQUETAS

O concentrado de plaquetas (CP) pode ser obtido a partir de sangue total ou por aférese, coletado de doador único. Os tipos disponibilizados para uso clínico pelo HEMOSC são:

- Concentrado de plaquetas obtido por aférese: obtido de doador único, contém pelo menos 3×10^{11} plaquetas em cerca de 200 ml de plasma.
- Concentrado de plaquetas em pool: união de 4 a 5 unidades de plaquetas ABO idênticas. Um pool contém aproximadamente 3×10^{11} plaquetas em 200-300 ml de plasma.
- Concentrado de plaquetas randômicas: cada unidade de plaquetas contém aproximadamente $5,5 \times 10^{10}$ plaquetas em 50-60 ml de

plasma e podem ser utilizadas em número variável conforme a dose necessária. Possuem grupos ABO não idênticos.

A transfusão de CP pode ser terapêutica ou profilática.

Indicações de transfusão profilática

- Falência medular com plaquetas $< 10.000/\text{mm}^3$: em casos crônicos (aplasia medular, mielodisplasia etc.), pode-se usar $5.000/\text{mm}^3$ como gatilho transfusional.
- Falência medular com plaquetas $< 20.000/\text{mm}^3$: associada a fatores como febre, manifestações hemorrágicas menores (petéquias, equimoses), esplenomegalia, doença do enxerto contra hospedeiro, uso de medicamentos que reduzem a sobrevivência das plaquetas, queda rápida das plaquetas.
- Transfusão maciça com plaquetas $< 50.000/\text{mm}^3$.
- Pré-operatório de pacientes com disfunções plaquetárias.
- Pré-operatório de pacientes com plaquetopenia, conforme a tabela:

Indicação de transfusão para procedimentos cirúrgicos e/ou invasivos	
Condição	Nível Desejado ($/\mu\text{L}$)
Punção lombar para coleta de líquido ou quimioterapia	
Pacientes pediátricos	> 10.000
Pacientes adultos	Superior a 20.000
Biópsia e aspirado de medula óssea	Superior a 20.000

Endoscopia digestiva	
Sem biópsia	> 20.000 - 40.000
Com biópsia	Superior a 50.000
Biópsia hepática	Superior a 50.000
Broncoscopia com instrumento de fibra óptica	
Sem biópsia	> 20.000 - 40.000
Com biópsia	Superior a 50.000
Cirurgias de médio e grande porte	Superior a 50.000
Cirurgias oftalmológicas e neurológicas	> 100.000

Indicações de transfusão terapêutica

- Sangramento ativo com plaquetas < 50.000/mm³.
- CIVD com sangramento ativo.
- Púrpura trombocitopênica imune com sangramento grave e risco de morte.
- Transfusão maciça.
- Disfunção plaquetária congênita ou adquirida com sangramento ativo.

A dose recomendada é 1 unidade de CP obtido por aférese, ou 1 pool, ou 1 U/10 kg de plaquetas randômicas a cada transfusão. Recomenda-se que a transfusão seja feita em um sistema de “uma a uma”. A solicitação de unidades subsequentes deve ser guiada pela contagem de plaquetas após a transfusão da primeira unidade.

A compatibilidade ABO e Rh deve ser preferencialmente respeitada, sobretudo em pacientes jovens do sexo feminino. A transfusão de CP com incompatibilidade - ABO - pode estar relacionada a uma maior incidência de refratariedade à transfusão. Evitar transfundir hemocomponentes com plasma ABO incompatível ou CP com teste de hemolisina positiva (hemolisina positiva contra o antígeno ABO do paciente), para evitar reação transfusional por plasma ABO incompatível. Quando por necessidade imperiosa ou risco de vida for necessário transfundir hemocomponente com plasma ABO incompatível, avaliar bem os riscos envolvidos e assim que tiver no estoque hemocomponente ABO compatível usar este hemocomponente.

Caso seja transfundido hemocomponente ABO incompatível, por necessidade imperiosa de estoque, avaliar se houve algum sintoma de reação transfusional hemolítica aguda e coletar após a transfusão amostra com anticoagulante (EDTA). Centrifugar a amostra e avaliar o sobrenadante para ver se houve alguma hemólise. Neste caso, um teste de Coomb Direto (TAD) deve ser realizado na mesma amostra e os resultados informados ao médico hemoterapeuta responsável pela transfusão e para o médico assistente do paciente. O uso de CP Rh(D) positivo em pacientes Rh(D) negativo pode causar aloimunização, o que pode ser prevenido com a utilização da imunoglobulina Anti-D.

Pacientes Rh(D) negativo do sexo feminino com menos de 45 anos de idade

- Transfundir preferencialmente CP Rh(D) negativo.
- Caso seja necessária a transfusão de hemocomponente Rh(D) positivo, recomenda-se a administração de imunoglobulina Anti-D

em até 72 horas, na dose de 300 mcg, a cada 8 semanas, se a paciente não for previamente sensibilizada.

- Dose: 20 mcg para cada 1 mL de concentrado de hemácias.
- Para transfusões subsequentes de hemocomponentes Rh(D) positivos, uma nova pesquisa pré-transfusional de anticorpos irregulares deve ser feita e, se necessário, administrada uma nova dose de Anti-D.

TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES LEUCORREDUZIDOS (FILTRADOS)

A leucorredução é um processo utilizado com a finalidade de reduzir o número de leucócitos presentes no concentrado de hemácias ou no concentrado de plaquetas. A redução se dá por filtros específicos que têm a capacidade de eliminar cerca de 99% dos leucócitos presentes na bolsa.

O objetivo é reduzir a incidência de complicações relacionadas à exposição do receptor aos leucócitos do doador, tais como: reação febril não hemolítica, aloimunização leucocitária e transmissão de CMV.

Indicações de hemocomponentes leucorreduzidos

- Insuficiência renal crônica.
- Hemoglobinopatias.
- Anemias hemolíticas hereditárias.
- História de duas reações febris não hemolíticas.
- Síndromes de imunodeficiências congênitas.
- Anemia aplástica.
- Leucoses agudas.
- Transplante de medula óssea.

- Doenças onco-hematológicas.
- Recomenda-se para cirurgia cardíaca.
- Prevenção de transmissão de CMV nas seguintes situações:
 - Transfusão intrauterina.
 - Receptor HIV positivo com sorologia negativa para CMV.
 - Candidatos a transplante, se o doador do órgão e o receptor tiverem sorologia negativa para CMV.
 - Gestante com sorologia para CMV desconhecida ou negativa.
 - RN prematuro e de baixo peso (< 1.200 g) de mães com sorologia para CMV desconhecida ou negativa.
- Pacientes oncológicos em geral que são politransfundidos.

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES IRRADIADOS

A irradiação dos hemocomponentes tem o objetivo de prevenir a ocorrência da doença do enxerto contra o hospedeiro associada à transfusão (DECH-AT). Essa síndrome está relacionada à atividade dos linfócitos T do doador e a uma intensa imunodepressão do receptor. Os hemocomponentes passíveis de irradiação são o concentrado de hemácias e o concentrado de plaquetas. A dose de radiação deve ser entre 25 e 50 Gy.

Indicações de hemocomponentes irradiados

- Transfusão intrauterina.
- Exsanguíneo transfusão, quando houver transfusão intrauterina prévia.
- Recém-nascidos prematuros (< 28 semanas) e/ou de baixo peso (< 1.200 g).
- Portadores de imunodeficiências congênicas graves.

- Pós-transplante de medula óssea autólogo ou alogênico.
- Pós-transplante com células de cordão umbilical.
- Pacientes tratados com análogos da purina, fludarabina, cladribina, deoxicoformicina.
- Receptor de transplante de coração ou pulmão.
- Portadores de linfomas, leucemia aguda e anemia aplástica em uso de imunossupressor.
- Receptor de concentrado de plaquetas HLA compatível.
- Quando o receptor tiver qualquer grau de parentesco com o doador.

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES LAVADOS

A lavagem dos hemocomponentes tem o objetivo de eliminar grande parte do plasma presente no concentrado de hemácias ou no concentrado de plaquetas, a fim de reduzir a incidência das reações transfusionais relacionadas às proteínas plasmáticas. A solução utilizada é salina, 0,9%, na quantidade de 1 a 3 litros. Após o procedimento, o hemocomponente passa a conter menos de 500 mg de proteínas.

Indicações de hemocomponentes lavados

- Reações alérgicas (algum episódio de reação anafilática prévia ou repetidas reações alérgicas moderadas).
- Deficiência de IgA.

TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)

O plasma fresco congelado é obtido pela centrifugação de uma bolsa de sangue total e congelado a uma temperatura inferior a -20 °C dentro de 8 horas. Pode ter validade de 2 anos, se armazenado a uma temperatura inferior a -30 °C. Sua utilização envolve o tratamento ou a prevenção de sangramentos decorrentes da deficiência dos fatores de coagulação, como os abaixo:

Indicações de uso do PFC

- Hepatopatia crônica com sangramento ativo.
- CIVD com sangramento ativo.
- Necessidade de reversão urgente da anticoagulação por cumarínicos.
- Transfusão maciça de hemácias.
- Deficiência de fator de coagulação para o qual não haja um concentrado específico disponível.
- Púrpura trombocitopênica trombótica.
- Edema angioneurótico por deficiência de inibidor de C1 esterase.

A dose do PFC é de 12-15 mL/kg, e o volume de uma unidade é em torno de 200 mL. Uma vez descongelado, deverá ser transfundido dentro de 6 horas, se mantido em temperatura ambiente, ou 24 horas, se mantido refrigerado (de 2 a 6 °C). Não poderá ser congelado novamente.

A transfusão de plasma fresco congelado **não** deve ser considerada nas seguintes situações:

- Tratamento de grandes queimados.
- Sangramento sem coagulopatia.
- Correção de testes anormais da coagulação na ausência de sangramento.

- Imunodeficiências.
- Expansão volêmica.

TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO

Cada bolsa de crioprecipitado contém aproximadamente 80-120 unidades de fator VIII com atividade coagulante, 200 mg de fibrinogênio, fator de von Willebrand (40-70% do PFC original), fator XIII (20-30% do PFC original) e fibronectina (25% do PFC). Devido à existência dos fatores específicos industrializados para tratamento de deficiência de fator VIII e do fator de von Willebrand, o crioprecipitado não deve ser utilizado rotineiramente com a finalidade de reposição desses fatores. Suas indicações são, portanto, de:

Indicações de crioprecipitado

- Reposição de fibrinogênio em pacientes com hemorragia e deficiência isolada congênita ou adquirida de fibrinogênio, quando não se dispuser do concentrado de fibrinogênio industrial.
- Reposição de fibrinogênio em pacientes com CIVD e baixa grave do fibrinogênio.
- Reposição de fator XIII em pacientes com hemorragia e deficiência deste fator, quando não se dispuser do concentrado de fator XIII industrial.
- Reposição de fator de von Willebrand em pacientes sem indicação de uso de DDAVP, ou que não respondam a ele, quando não se dispuser de concentrados de fator de von Willebrand ou de concentrados de fator VIII ricos em multímeros de von Willebrand.

Dose do crioprecipitado: 1 a 1,5U para cada 10 kg de peso.

TRANSFUSÃO DE CONCENTRADOS LIOFILIZADOS DE FATORES DE COAGULAÇÃO EM HEMOFILIA

Problema	Hemofilia A (fator VIII)	Hemofilia B (fator IX)
Pequena hemartrose ou tratamento precoce	10-15 UI/kg, de 12/12h, por 2 a 3 dias	20- 30 UI/kg, repetindo a cada 24h
Hemartroses em grandes articulações ou volumosas ou tratamentos tardios	20-30 UI/kg, de 12/12h, por 3-5 dias	40-50 UI/kg, 24/24h, por 3-5 dias
Hematoma muscular grave (ileopsoas, panturrilha e região interna, antebraço e coxa, associado ou não à síndrome comportamental)	50 UI/kg na 1ª aplicação e manter 25 UI/kg a cada 12h, por 3-7 dias	100 UI/kg na 1ª aplicação e manter 50 UI/kg a cada 24h, por 3-7 dias

Cirurgias de médio porte	50 UI/kg no pré-operatório imediato, 25 UI/kg de 8/8h no D1-D3 pós-operatório (Po) e 25 UI/kg de 12/12h no D4-D7 pós-operatório	100 UI/kg no pré-operatório imediato, 50 UI/kg de 12/12h no D1-D3 pós-operatório e então 50 UI/kg a cada 24h, do D4-D7
Cirurgias de grande porte, ortopédicas e neurológicas	50 UI/kg no pré-imediato, 25 UI/kg de 8/8h no D0-D3 pós-operatório, 25 UI/kg de 12/12h no D4-D7 pós-operatório e 25 UI/kg 24/24h no D8-D14 pós-operatório	100 UI/kg no pré-imediato, 50 UI/kg de 8/8h no D0-D1 pós-operatório, 50 UI/kg de 12/12h no D2-D5 pós-operatório e 50 UI/kg a cada 24h no D6-D14 pós-operatório

- Contatar hematologista/hemoterapeuta para acompanhamento do quadro.
- No caso de cirurgias, de grandes hematomas, ou uso prolongado, dosar fator VIII e IX a cada 3 dias. Avaliar desenvolvimento de inibidor.
- Cirurgias ortopédicas podem requerer manutenção de fator por até 6 semanas.

É possível utilizar os concentrados de fatores liofilizados (tanto de fator VIII como IX) em infusão contínua, quando a necessidade de fator é maior ou igual a 50U/kg/dose em tempo prolongado. Com isso, diminui-se a quantidade de fator utilizada com a mesma eficácia.

TRANSFUSÃO EM PEDIATRIA

Exsanguíneo transfusão

O objetivo é remover, ao menos parcialmente, as hemácias recobertas de anticorpos e hemolisadas, os anticorpos passados da mãe para o feto, a bilirrubina e as toxinas (sepsis, CIVD, hiperamoniemia). Também pode ser realizada para tratar outras causas: eritro-enzimopatias (deficiência de G-6PD e piruvatoquinase), defeitos estruturais congênitos da membrana eritrocitária (esferocitose e eliptocitose) e para o clareamento dos anticorpos contra antígenos plaquetários na trombocitopenia aloimune.

Indicações de exsanguíneo transfusão

- Níveis tóxicos de bilirrubina sem resposta à fototerapia.
- Bilirrubina do cordão > 4,5 mg/dL, Hb do cordão < 11 g/dL.
- Hb entre 11 e 13 g/dL com aumento de bilirrubina > 0,5 mg/dL por hora a despeito da fototerapia.
- Bilirrubina acima de 20 mg/dL.
- Progressão da anemia apesar de outros controles.

Níveis indicativos

IDADE EM HORAS	BIL TOTAL	PESO/GRAMAS	BIL TOTAL
24-48	> 25	Pré-termo < 1.000	10-12
49-72	> 30	1.000 < 1.500	12-15
> 72	> 30	1.500 < 2.000	15-18
		> 2.000	18-20

Correção da anemia em RN hidrópico (ICC - D. Hemolítica)

Escolha do grupo sanguíneo da unidade de CH

Substituir o sangue do RN por hemácias de doador com o antígeno negativo para o anticorpo materno, na incompatibilidade sanguínea. O ideal é utilizar sangue coletado até 5 dias e reconstituído com plasma fresco congelado coletado de bolsa com CPD. O uso de hemácias irradiadas está indicado no pré-termo com peso menor ou igual a 1.200 g.

Hemácias leucodepletadas: uso de filtros de terceira geração para leucodepleção com redução substancial de linfócitos e CMV, indicado também para os pré-termos de peso inferior a 1.200 g com sorologia para CMV negativa, ou mãe CMV negativa, ou com sorologia para CMV desconhecida. Este sangue é considerado CMV negativo.

Volume de troca na exsanguíneo transfusão

- Trocar 2 volemias: 160 a 180 mL/kg de peso do RN.
- Troca de 87% do sangue do RN.

- Reconstituir para hematócrito entre 55 e 60%, semelhante ao do RN normal. Utiliza-se um concentrado de hemácias com cerca de 250 mL (HT entre 70 a 75%), completando o volume com plasma. O ideal é utilizar o CH e o plasma do mesmo doador.

Técnica Push-Pull

VOLUME DE TROCA NA SERINGA	PESO RN
5 em 5 mL	< 1.500 g
10 em 10 mL	1.500 a 2.500 g
15 em 15 mL	> 2.500 g

Doença hemolítica do recém-nascido por Rh

- Na transfusão intrauterina, utilizar concentrado de hemácias Rh(D) negativo cruzado com o sangue da mãe. Após o nascimento, cruzar também com o do RN.
- O hematócrito da bolsa deve ser > 75%.
- A transfusão pode ser intravascular (cordão) ou intraperitoneal.

Transfusão de concentrado de hemácias em pediatria

- Crianças em ventilação/oxigenação:
 - Assistência ventilatória máxima: Ht < 50%.
 - $FiO_2 > 40\%$: Ht < 40%, Hb < 11 g/dl; se doença cardiopulmonar severa: Hb < 13.
 - $FiO_2 < 35\%$: Ht < 35%, Hb < 10 g/dl.
- Crianças em O_2 mínimo e Ht < 25% ou Hb < 8g/dl:
 - Mais de 24 horas com taquicardia ou taquipneia.
 - Aumento da necessidade de O_2 nas últimas 24 horas (aumento de fluxo da cânula em 4 vezes ou CPAP nasal > 20% nas últimas 48 horas).
 - Ganho de peso < 10 g/kg/dia nos últimos 4 dias recebendo > 100 cal/kg/dia.
 - Aumento do número de apneias ou bradipneias.
- Crianças sem sintomas com Ht < 20% ou Hb < 7 g/dl e contagem de reticulócitos menor que 3%.
- Perdas acumulativas de 10% do volume sangue em 72 horas: repor volume com salina em grandes retiradas; não repor sangue se não houver sintomatologia.

Níveis cada vez mais baixos de hemoglobina têm sido aceitos:

- RN com até uma semana de vida: Hb < 12 g / dL (acima de 12 g%, se cardio ou pneumopata).
- RN de uma semana a 4 meses de vida: Hb < 7 g / dL (acima de 7 g%, se cardio ou pneumopata).

Volume

- 10 a 20 mL/kg (acima de 10 mL/kg somente em crianças estáveis hemodinamicamente); se anemia severa (Hb < 5 g/dl), usar diurético e volume de 3 a 5 ml/kg com infusão lenta de 2 ml/kg/hora, podendo ser repetida após 3 horas do término da transfusão.

Pode ser usado o cálculo do O₂ disponível:

$$\mathbf{O_2D = [0,54 + (0,005 \times IG \text{ corrigida}^1)] \times Hb \text{ (g/dL)}}$$

Quadro 1 – Indicação de transfusão de CH baseada no O ₂ D		
O ₂ D	Condição	Sugestão
> 7 mL/dL		Não transfundir
6 a 7 mL/dL	Se recebeu transfusão de CH nos últimos 30 dias	
	Se não recebeu transfusão de CH nos últimos 30 dias	Transfundir
< 6 mL/dL		

Idade gestacional ao nascimento + idade pós-natal

Transfusão em crianças acima de 4 meses de idade

- Perda aguda de sangue de 15% da volemia ou superior.
- Hb < 8 d/dL com sintomas de anemia.
- Anemia pré-operatória significativa sem outras terapêuticas corretivas disponíveis.
- Hb < 13 g/dL, nos casos de doença pulmonar grave ou uso de oxigenação de membrana extracorpórea (ECMO).

Pacientes em regime de transfusão crônica

- Anemia falciforme com história de falência cardíaca, priapismo, AVC, falência pulmonar.
- Talassemia maior para supressão de hematopoese e inibição do crescimento ósseo mantendo Hb acima de 10 g/dL, mínimo de 8 a 9 g/dL.
- Anemia hipoplástica Blackfan/Diamond e S. Fanconi, anemia aplástica sem possibilidade de TMO ou se risco de falência cardíaca.

Transfusão de plaquetas em neonatologia

Critérios para transfusão profilática:

- RN a termo estabilizado: < 20.000/mm³ plaquetas.
- RN a termo doente: < 30.000/mm³ plaquetas.
- RN pré-termo estabilizado: < 30.000/mm³ plaquetas.
- RN pré-termo doente: < 50.000/mm³ plaquetas.
- Preparação para técnicas invasivas: < 50.000/mm³ plaquetas.
- Preparação para grandes cirurgias: < 100.000/mm³ plaquetas.

Orientações sobre transfusão de hemocomponentes

Orientações	Justificativas
O pedido de transfusão deve ser correta e completamente preenchido, sem abreviações	Evitar transfusão em paciente errado e reação transfusional por incompatibilidade
A coleta de amostra deve ser realizada em acesso venoso exclusivo	Evitar interferência de medicações ou soluções nos exames pré-transfusionais
A transfusão de hemocomponentes só pode ser realizada se for prescrita no prontuário do paciente	Por ser uma conduta terapêutica definida pelo médico
O concentrado de hemácia só deve ser transfundido após a realização de 3 exames: - Tipagem sanguínea - Pesquisa de anticorpos irregulares - Prova de compatibilidade	Evitar reações transfusionais, principalmente por incompatibilidade, que coloquem em risco a vida do paciente

<p>Os sinais vitais do paciente devem ser verificados antes, durante e após a transfusão</p> <p>Estar atento a queixas do paciente ou familiar relacionadas ao momento da transfusão</p>	<p>Identificação e tratamento precoce de reação transfusional</p>
<p>Acesso venoso exclusivo para infusão de hemocomponente; se não for possível, lavar com 10 ml de soro fisiológico antes e após a transfusão</p> <p>No caso de catéteres de duplo e triplo lúmen, colocar o hemocomponente na via proximal e as demais soluções e medicações na via distal</p> <p>Somente o soro fisiológico puro a 0,9% pode ser infundido na mesma via do hemocomponente e em caso de necessidade</p>	<p>Evitar agregação plaquetária ou hemólise, no catéter e/ou intravascular</p>
<p>Usar somente equipo específico para transfusão de hemocomponentes (com filtro)</p>	<p>Evitar a infusão de agregados plaquetários e reduzir a quantidade de leucócitos, uma das causas de reação transfusional febril não hemolítica</p>

Usar um equipo novo para cada bolsa de concentrado de hemácias	Evitar manipulação excessiva, reduzindo riscos de reações transfusionais
Jamais introduzir soluções ou medicações dentro da bolsa dos hemocomponentes	Essas práticas podem provocar reação transfusional bacteriana e/ou hemolítica
O aquecimento de concentrado de hemácias não é recomendado; se necessário, discutir a indicação com o hemoterapeuta	Há risco de reação transfusional: - Hemolítica aguda (por rompimento da membrana da hemácia) - Bacteriana (contaminação do hemocomponente pela água, pois o plástico da bolsa é permeável à molécula de água)
Não usar bomba de infusão com "roldana" ou pressurizador	Causam hemólise, destruição das plaquetas e dos fatores de coagulação por ação mecânica

<p>Em pacientes com insuficiência cardíaca, renal e respiratória, idosos, caquéticos, crianças e neonatos, transfundir no tempo máximo de cada hemocomponente:</p> <p>CH: 4 horas</p> <p>Plaquetas: 30 minutos</p> <p>Plasma: 2 horas</p> <p>Crioprecipitado: imediato</p>	<p>Evitar reação transfusional por sobrecarga de volume</p> <p>Após o tempo máximo, aumenta o risco de crescimento bacteriano dentro da bolsa</p>
<p>Em caso de não utilização completa do hemocomponente, este deve ser descartado de acordo com a legislação vigente</p>	<p>Para o devido tratamento/ descarte</p>
<p>Transfusões de bolsas incompatíveis por presença de anticorpo irregular (PAI positivo) e solicitações de extrema urgência (atraso de 15 minutos na transfusão com risco de vida ao paciente): é obrigatória a assinatura de um termo de responsabilidade pelo médico que solicitou a transfusão</p>	<p>Exigência da ANVISA, uma vez que são situações que acarretam risco severo de vida ao paciente (possibilidade de reações transfusionais graves)</p>
<p>As transfusões devem ser realizadas, preferencialmente, no período diurno</p>	<p>Mais profissionais nas unidades de internação para monitorar a transfusão</p>

<p>Em caso de suspeita de reação transfusional, ter as seguintes condutas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Suspender imediatamente a transfusão- Manter acesso venoso com soro fisiológico a 0,9%- Nunca deixar o paciente sozinho- Comunicar imediatamente o médico assistente para tratar os sintomas e solicitar exames, se necessário- Comunicar a reação transfusional para o serviço de hemoterapia <p>Nunca reinfundir a mesma bolsa após a reação transfusional, com exceção daquela por sobrecarga de volume, desde que compensada, ou reação alérgica leve, a critério médico</p>	<p>Para tratamento precoce da reação transfusional e notificação à ANVISA</p> <p>Para controle dessa informação</p> <p>A causa da reação está na bolsa infundida</p>
---	--

Tabela de algumas reações transfusionais/sinais/sintomas

Tipo	Sintomas
Febril não hemolítica	Elevação de pelo menos 1 °C em relação à temperatura inicial, desde que a temperatura final seja menor ou igual a 38 °C
Alérgica leve	Prurido, urticária, eritema, tosse, rouquidão
Alérgica moderada	Edema facial e de extremidades, dispneia, tosse, rouquidão
Anafilática	Dor abdominal, broncoespasmo, tosse, dispneia, urticária, edema de glote, ausência de febre, estridor
Hemolítica aguda	Febre, calafrios, dor lombar, hipotensão, hemoglobinúria, taquidispneia, agitação, dor torácica
TRALI (edema pulmonar relacionado à transfusão)	Taquidispneia, hipóxia, febre, taquicardia, hipotensão, agitação
Bacteriana	Febre, tremores, calafrios, diarreia, náusea/vômito, hipotensão
Sobrecarga de volume	Dispneia súbita, cianose, tosse, hipertensão, agitação, hipóxia, dificuldade de se manter deitado
Hipotensiva	Vermelhidão, hipotensão, mal-estar, sem febre

Tabela de reserva cirúrgica para adultos

PROCEDIMENTO	AÇÃO
Cirurgia Geral	
Colecistectomia	TS + PAI
Laparotomia explorada planejada	TS + PAI
Biópsia de fígado	TS + PAI
Hérnia de hiato	2 U
Gastrectomia parcial	TS + PAI
Colectomia	TS + PAI
Mastectomia simples	TS + PAI
Mastectomia radical	2 U
Tireoidectomia: parcial / total	2 U (+ 2)
Cardiorádica	
Angioplastia	TS + PAI
Cirurgia cardíaca aberta	4 u (+ 4)
Broncoscopia	TS + PAI
Biópsia pleural ou pulmonar a céu aberto	TS + PAI
Lobectomia / pneumectomia	2 U

PROCEDIMENTO	AÇÃO
Vascular	
Endarterectomia aorto-iliaca	4 U
Bypass fêmuro-poplíteo	TS + PAI
Bypass ílio-femural	2 U
Ressecção do aneurisma aórtico abdominal	6 U (+ 2)
Neurocirurgia	
Craniotomia, craniectomia	TS + PAI
Meningioma	4 U
Lesão de encéfalo, hematoma extra-dural	TS + PAI
Cirurgia vascular (aneurisma, má-formações A-V)	3 U
Urologia	
Ureterolitotomia	TS + PAI
Cistostomia	TS + PAI
Ureterolitotomia e cistostomia	TS + PAI
Cistectomia	4 U
Nefrolitotomia a céu aberto	2 U
Prostatectomia a céu aberto	2 U
RTU de próstata	TS + PAI
Transplante renal	2 U

PROCEDIMENTO	AÇÃO
Obstetrícia e Ginecologia	
Interrupção de gravidez	TS + PAI
Parto normal	TS + PAI
Cesárea	TS + PAI
Placenta prévia / retida	4 U
Hemorragia pré-parto / pós-parto	2 U
Dilatação e curetagem	TS + PAI
Histerectomia simples abdominal ou vaginal	TS + PAI
Histerectomia estendida abdominal ou vaginal	2 U
Miomectomia	2 U
Mola hidatiforme	2 U
Ooforectomia (radical)	4 U

PROCEDIMENTO	AÇÃO
Ortopedia	
Cirurgia de risco	TS + PAI
Laminectomia	TS + PAI
Remoção da articulação do quadril ou cabeça de fêmur	TS + PAI
Reposição total de quadril	2 U (+ 2)
Ostectomia / biópsia óssea (exceto cabeça de fêmur)	TS + PAI
Fratura de cabeça de fêmur	TS + PAI
Laminectomia	TS + PAI
Fixação interna de fêmur	2 U
Fixação interna: tíbia ou tornozelo	TS + PAI
Artroplastia total de quadril	3 U
Fusão espinal (escoliose)	2 U
Descompressão espinal	2 U
Cirurgia de nervo periférico	TS + PAI

TS + PAI = ABO/RH D E PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES

(+) INDICA UNIDADES ADICIONAIS QUE POSSAM SER NECESSÁRIAS, DEPENDENDO DE COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABO and RhD compatibility in relation to platelet transfusion – 2000. www.bcshguidelines.com

BCSH Blood Transfusion. Task Force: Guidelines for the use of Fresh Frozen Plasma. *Transfusion Medicine*, 1992, 2, p. 57-63.

BCSH Blood Transfusion. Task Force: The administration of blood and blood components and the management of transfused patients. *Transfusion Medicine*, 1999, 9, p. 227-228.

Blood Product Usage Committee. Fresh Frozen Plasma Guidelines. 2001

Blood Product Usage Committee. Platelet Transfusion Guidelines, 2000.

British Committee for Standards in Haematology. Blood Transfusion Task Force. Guidelines for Clinical use of red cell transfusion *BJH*, p. 113, 24-31, 2001.

CONTRERAS, Marcela. ABC of Transfusion, 3^a ed. B.M.J. Books, 1998.
Standard Haematology Practice, 3^a ed. K. Wood for BCSH, 2000. Blackwell Sc.

ELEFTHERIOS, C. et al. Allergic and Anaphylactic Reactions in Transfusion Reaction in Popovsky. M. *Transfusion Reactions* AABB Press, 1996, p. 81-123.

Guidelines for de manegement of platelet transfusion refractoriness – 2002. www.bcshguidelines.com

Management protocol for the treatment of Thalassaemia Patients. Ed. Antonio Cao e cols, printed and distributed by Thalassaemias International Federation, Nicosia, Cyprus, 1997.

MAZZA, J. J. Manual of clinical hematology. 2^a ed. Marshfield Clinic. Little, Brown and Company N.Y. USA, 1995.

NATHAN, D. G.; OSKI, F. A. Hematology of Infancy and childhood, 5^a ed. W.B. Saunders Company USA, 1998.

Platelet transfusion for patients with cancer: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. J. Clin. Oncol. Mar 1; 19(5), p. 1519-1538, 2001.

SIMON T. L., et al. Practice parameter for the use of red blood cell transfusions. Arch Pathol Lab Med, fevereiro 1998 (122), p. 130-138.

VOAK, D. et al. Guidelines for administration of blood products: transfusion of infants and neonates. British Committee for Standards in Haematology Blood Transfusion Task Force: Transfusion Medicine, 4, p. 63-69, 1994.

St. Jame's Hospital. Maximum Blood Ordering Schedule List. Blood Product usage Committee. August 1, 2001.

St. Jame's Hospital. Transfusion of Red Blood Cells in Surgical Patients. Blood Product usage Committee. December 4, 2003.

World Health Organization. Blood transfusion Safety. The Clinical use of blood in Medicine, Obstetrics, Pediatrics, Surgery&Anesthesia, Trauma&Burns. WHO,2002.

MANUAL DE TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES.



www.hemosc.org.br