

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	Emissão: 01/04/2025 Versão: 4	Próxima revisão: 01/04/2027

**1. SIGLAS E CONCEITOS**

RT - Reação Transfusional;

CMV – Citomegalovírus;

Tx – Transplante.

A reação transfusional pode ser classificada quanto:

1. Ao tempo de aparecimento do quadro clínico e/ou laboratorial;
  - a. Imediata: Ocorrência da RT durante a transfusão ou até 24 horas após seu início.
  - b. Tardia: Ocorrência da RT após 24 horas do início da transfusão.
2. À gravidade;
  - a. Grau 1 – Leve: Ausência de risco à vida. Poderá ser requerida intervenção médica, mas a falta desta não resulta em danos permanentes ou em comprometimento de um órgão ou função.
  - b. Grau 2 – Moderado: Morbidade a longo prazo. Em consequência da reação transfusional houve:
    - Necessidade de hospitalização ou prolongamento desta e/ou
    - Deficiência ou incapacidade persistente ou significativa ou
    - Necessidade de intervenção médica ou cirúrgica para evitar danos permanentes ou
    - Comprometimento de um órgão ou função.
  - c. Grau 3 – Grave: Ameaça imediata à vida, em consequência da reação transfusional, sem óbito atribuído à transfusão. Intervenção médica exigida para evitar a morte.
  - d. Grau 4 – Óbito: Óbito atribuído à transfusão.
3. À correlação com a transfusão – detalhado nos tipos de reação;
4. Ao diagnóstico da reação.

**2. OBJETIVOS**

Este protocolo visa padronizar as condutas nos casos suspeitos de reação transfusional, com os objetivos de identificação precoce, minimização das complicações e notificação adequada aos órgãos competentes.

**3. JUSTIFICATIVAS**

A transfusão é uma terapêutica de suporte essencial para o cuidado do paciente clínico e cirúrgico. Apesar de bastante segura, pela junção de uma triagem clínica rigorosa com o desenvolvimento de novas tecnologias, a terapêutica transfusional apresenta riscos inerentes ao uso de material biológico, imediatos e tardios, que podem comprometer a situação clínica e a sobrevivência do paciente.

Os riscos associados ao manuseio da transfusão, desde sua indicação, escolha do componente adequado à situação clínica do paciente, administração e monitoramento do procedimento transfusional, independem da tecnologia agregada e estão vinculadas principalmente à qualificação

PRO.UHO-CHUFC.001 – V4 CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

dos profissionais envolvidos nessas etapas da transfusão, em sua maioria, realizadas fora do serviço de hemoterapia.

Reação transfusional é qualquer efeito indesejável que ocorre durante ou após a transfusão sanguínea e que está a ela relacionado. As RTs ocorrem em cerca de 1-3% dos pacientes transfundidos e podem causar danos transitórios e até mesmo a morte.

#### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- **Critério de inclusão:**  
Qualquer paciente que apresente sinais, sintomas e/ou alterações laboratoriais sugestivos de reação transfusional, em qualquer momento após o início de transfusão de hemocomponente.
- **Critério de exclusão:**  
Não se aplica.

#### 5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

A transfusão é uma terapêutica de suporte essencial para o cuidado do paciente clínico e cirúrgico. A indicação e a prescrição da transfusão são exclusivas do médico e a liberação de um hemocomponente pelo serviço de hemoterapia só pode ser feita a partir de uma solicitação médica e prescrição adequadas, em local em que haja pelo menos um médico apto e disponível para manusear possíveis intercorrências. A indicação da transfusão pode ser objeto de análise do médico do serviço de hemoterapia. O ato transfusional e sua monitorização, com a notificação das reações transfusionais são atribuições das equipes médicas e de enfermagem.

#### 6. HISTÓRIA CLÍNICO E EXAME FÍSICO

O quadro clínico e exames diagnósticos indicados serão especificados abaixo de acordo com cada tipo de reação transfusional.

#### 7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O quadro clínico e exames diagnósticos indicados serão especificados abaixo de acordo com cada tipo de reação transfusional.

#### 8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

##### Conduta inicial na suspeita de reação transfusional

Na suspeita de reação transfusional imediata:

1. PARAR a transfusão e NUNCA reinstalar o hemocomponente.
2. Manter a extremidade do equipo de transfusão ocluída para evitar contaminação.
3. Manter acesso venoso com SF0,9%.
4. Avaliar sinais vitais.
5. Checar a identificação do paciente, a etiqueta de transfusão e o rótulo do hemocomponente. Se evidência de troca, comunicar **IMEDIATAMENTE** a Agência

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

Transfusional.

6. Avaliar presença de sinais de gravidade e comunicar imediatamente ao médico assistente ou plantonista.
7. Registrar no prontuário a reação e as condutas realizadas.

Toda SUSPEITA de reação transfusional deve ser notificada no VIGHOSP e informada imediatamente para a Unidade Transfusional correspondente pelos ramais 8116 (HUWC) ou 8510 (MEAC) para coleta de amostras, se pertinente.

#### Reações transfusionais imediatas:

- **Reação febril não hemolítica**

Definição de caso: presença de febre (temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) com aumento de pelo menos  $1^{\circ}\text{C}$  em relação ao valor pré-transfusional durante a transfusão ou até quatro horas após;

E/OU

tremores e calafrios, durante a transfusão ou até quatro horas após;

E

ausência de outras causas tais como contaminação bacteriana, reação hemolítica ou outra condição subjacente.

Podem ocorrer náuseas, vômitos e cefaleia. Os sintomas podem ceder espontaneamente.

Diagnóstico e conduta: O diagnóstico é de exclusão, sendo necessária a coleta de amostras pós-transfusionais para avaliação de hemólise imune no HEMOCE e o envio da bolsa para cultura no Hemoce. Além das medidas iniciais recomendadas previamente, pode ser administrado antitérmicos para alívio dos sintomas.

- **Reação alérgica**

Definição de caso: consiste no aparecimento de reação de hipersensibilidade (alergia) durante a transfusão ou até quatro horas após. O caso confirmado deve apresentar pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas:

- pápulas;
- prurido;
- urticária;
- edema labial, de língua e de úvula ou periorbital/conjuntival;
- tosse, rouquidão.

Na reação anafilática – caso grave da reação alérgica – os sinais e sintomas ocorrem rapidamente, em poucos segundos ou minutos após o início da transfusão. Observam-se, obrigatoriamente, distúrbios respiratórios e os sintomas abaixo:

- Edema de laringe;
- Cianose;
- Insuficiência respiratória;
- Broncoespasmo;

## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão:
		Versão: 4	01/04/2027

- Estridor respiratório.

Podem ocorrer também: ansiedade, taquicardia, perda da consciência, hipotensão arterial e choque.

Diagnóstico e conduta: Deve-se fazer diagnóstico diferencial com reação alérgica a outros medicamentos, óxido de etileno ou outras doenças como asma brônquica, embolia pulmonar, lesão pulmonar aguda associada a transfusão (TRALI) ou sobrecarga de volume. É essencial a realização de radiografia de tórax na presença de qualquer sintoma respiratório, devendo ser afastadas outras causas de insuficiência respiratória.

Deve-se interromper a transfusão. A maioria das reações é benigna e pode ceder espontaneamente após a interrupção da mesma. Caso a reação persista ou os sintomas sejam mais intensos, pode ser administrado anti-histamínico por via oral ou endovenosa. Na reação anafilática, tratar a hipotensão mantendo o paciente na posição de Trendelenburg, administrar fluidos e adrenalina intramuscular. Considerar uso de beta 2 agonista se broncoespasmo e hidrocortisona 500mg, via endovenosa, se sintomas persistentes.

- **Reação por contaminação bacteriana**

Definição de caso: 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  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) com aumento de pelo menos  $2^{\circ}\text{C}$  em relação ao valor pré-transfusional durante a transfusão ou até 24 horas após, sem evidência de infecção prévia.

É comum a ocorrência de alguns dos seguintes sinais e sintomas:

- tremores;
- calafrios;
- hipotensão arterial;
- taquicardia;
- dispneia;
- náusea, vômitos;
- choque.

Diagnóstico e conduta: Além das medidas iniciais recomendadas previamente, deve-se solicitar hemocultura do paciente e enviar os hemocomponentes envolvidos para agência transfusional para realização de cultura das bolsas. Iniciar tratamento antimicrobiano de amplo espectro para bactérias Gram-negativas e Gram-positivas. Oferecer suporte clínico de acordo com a gravidade do quadro, como uso de drogas vasoativas em caso de choque.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

- **Reação hemolítica aguda imunológica**

Definição de caso: reação caracterizada por rápida destruição de hemácias durante a transfusão ou até 24 horas após o término, por incompatibilidade ABO ou de outro sistema eritrocitário. Presença de qualquer um dos seguintes sinais e sintomas:

- Ansiedade; agitação; sensação de morte iminente;
- Febre; tremores/calafrios;
- Rubor facial;
- Dor no local da venopunção, dor abdominal, lombar e em flancos;
- Hipotensão arterial, choque;
- Epistaxe;
- Oligúria/anúria, insuficiência renal; hemoglobinúria;
- Coagulação intravascular disseminada (CIVD);
- Sangramento no local da venopunção;

E  
teste de hemólise positivo na amostra do paciente;

E  
dois ou mais dos seguintes resultados:

- Teste de antiglobulina direto positivo para anti-IgG ou anti-C3;
- Teste de eluição positivo;
- Lactato desidrogenase elevada;
- Bilirrubina indireta elevada;
- Queda de hemoglobina e hematócrito;
- Haptoglobina baixa;
- Hemoglobinúria;
- Fibrinogênio baixo ou hemoglobina livre aumentada.

Diagnóstico e conduta: Além das medidas iniciais recomendadas previamente, devem ser solicitados exames para avaliação de hemólise (hemograma pós-transfusional, LDH, bilirrubinas totais e frações) e avaliação de complicações, como TAP, TTPa, fibrinogênio e função renal. É necessária a coleta de amostras pós-transfusionais para avaliação de hemólise imune no HEMOCE e o envio da bolsa para cultura no Hemoce. Manter diurese de 100ml/h nas primeiras 24 horas por meio de infusão de solução cristalóide e administrar diurético, se necessário.

- **Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão – TRALI**

Definição de caso: síndrome que se caracteriza por desconforto respiratório agudo que ocorre durante a transfusão ou até seis horas após sua realização, sem evidência anterior de lesão pulmonar;

E

exame de imagem de tórax frontal apresentando infiltrado pulmonar bilateral

E

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

hipoxemia com saturação de oxigênio < 90% em ar ambiente e/ou PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> < 300 mmHg.

E

Nenhuma evidência de hipertensão atrial esquerda (ou seja, sobrecarga circulatória)

Pode apresentar dispneia, febre, taquicardia, hipertensão/hipotensão arterial e cianose.

Diagnóstico e conduta: Não há teste diagnóstico específico, a suspeita e identificação de TRALI é clínico-radiológica. É essencial a realização de radiografia de tórax na presença de qualquer sintoma respiratório, devendo ser afastadas outras causas de insuficiência respiratória. O tratamento baseia-se no suporte clínico e respiratório eficaz e intensivo, que será definido de acordo com as manifestações clínicas apresentada pelo paciente.

- **Reação hemolítica aguda não imune**

Definição de caso: caracteriza-se por hemólise, durante a transfusão ou até 24 horas após, com ou sem sintomas clínicos significativos, sem evidência de causa imunológica;

E

presença de hemoglobina livre no plasma (hemoglobinemia) e/ou na urina (hemoglobinúria).

Diagnóstico e conduta: As reações hemolíticas não imunológicas são descritas como tipicamente benignas. É necessária a coleta de amostras pós-transfusionais para avaliação de hemólise imune e o envio da bolsa para cultura no Hemoce. É importante manter diurese forçada até melhora do quadro de hemoglobinemia e hemoglobinúria, com infusão de solução fisiológica a 0,9% ou na velocidade que o paciente tolerar, de acordo com avaliação clínica.

- **Reação hipotensiva relacionada à transfusão**

**Definição de caso:**

Acima de 18 anos de idade:

queda maior ou igual a 30 mmHg e aferição menor ou igual a 80 mmHg da pressão arterial sistólica, em até uma hora após a transfusão;

OU

entre 1 a 18 anos de idade:

queda maior que 25% da pressão sistólica basal, em até uma hora após a transfusão;

OU

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

em menores de 1 ano de idade ou com peso corpóreo inferior a 12 kg:  
 queda maior que 25% do valor basal da pressão arterial sistólica, diastólica ou média, em até uma hora após a transfusão;

E

exclusão de todas as outras causas de hipotensão arterial; responde rapidamente à cessação da transfusão e ao tratamento de suporte.

Diagnóstico e conduta: O diagnóstico é clínico conforme definição de caso descrito acima. A transfusão deve ser interrompida imediatamente, manter o paciente em posição de Trendelenburg e infundir solução fisiológica. Se não houver melhora dos sintomas após 30 minutos da ocorrência, investigar outras causas de hipotensão.

- **Sobrecarga circulatória associada à transfusão – TACO**

Definição de caso: os pacientes classificados com TACO (diagnóstico de vigilância) devem ter respiração aguda ou com piora do comportamento e/ou evidência de edema pulmonar (A e/ou B abaixo) durante ou até 12h após a transfusão e a presença de um total de 3 ou mais critérios abaixo:

- Comprometimento respiratório agudo ou agravamento (taquipneia, falta de ar, cianose, desaturação, broncoespasmo).
- Evidência de edema pulmonar agudo ou agravamento com base em exame físico (estertores na ausculta pulmonar, ortopneia, tosse, ausculta cardíaca com terceira bulha, expectoração rosada e espumosa em casos graves) e/ou imagem radiográfica de tórax e/ou ecocardiograma.
- Evidências de alterações do sistema cardiovascular não explicadas pelas condições clínicas subjacentes ao paciente, incluindo taquicardia, hipertensão, pressão de pulso aumentada, distensão jugular, silhueta cardíaca aumentada e/ou edema periférico.
- Evidência de sobrecarga de fluidos, incluindo qualquer um dos seguintes: um balanço de fluidos positivo; resposta a terapia diurética (diurético ou diálise com melhora clínica) e mudança no peso do paciente no período peri-transfusão.
- Resultado de suporte de biomarcador relevante (por exemplo: pro-BNP acima do intervalo de referência específico da faixa etária e superior a 1,5 vezes o valor pré transfusional).

Diagnóstico e conduta: O principal diagnóstico diferencial é com TRALI. Além do quadro clínico, a história clínica pode contribuir muito para o diagnóstico. Pacientes idosos, portadores de doença renal crônica, insuficiência cardíaca ou anemia grave são mais suscetíveis. É essencial a realização de radiografia de tórax na presença de qualquer sintoma respiratório. A dosagem de pró-BNP no período peri-transfusão auxilia no diagnóstico diferencial.

Além das medidas iniciais recomendadas previamente, devem ser adotadas

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

medidas para tratamento de sobrecarga volêmica como restrição hídrica, administração de diuréticos, suporte de oxigênio ou ventilação mecânica nos casos mais graves.

- **Dispneia associada à transfusão (DAT)**

**Definição de caso:** caracterizada por desconforto respiratório agudo dentro das primeiras 24 horas da transfusão, que não preencha os critérios de TRALI, sobrecarga circulatória associada à transfusão e reação alérgica.

O desconforto respiratório é o sintoma clínico mais proeminente;

E

não pode ser explicada pelo quadro de base do paciente ou por outra causa.

**Diagnóstico e conduta:** A suspeita e identificação da dispnéia associada à transfusão é clínica e devem ser afastadas outras causas de insuficiência respiratória e reações transfusionais, como TRALI e TACO. **É essencial a realização de radiografia de tórax na presença de qualquer sintoma respiratório, devendo ser afastadas outras causas de insuficiência respiratória.** O tratamento baseia-se no suporte clínico e respiratório eficaz e intensivo, que será definido de acordo com as manifestações clínicas apresentada pelo paciente.

- **Dor aguda relacionada à transfusão**

**Definição de caso:** dor aguda, de curta duração (até 30 minutos), principalmente na região lombar, torácica e membros superiores, durante a transfusão ou até 24 horas após, sem outra explicação. É comum a ocorrência de alguns dos seguintes sinais e sintomas: hipertensão arterial, inquietação, vermelhidão na pele, calafrios, taquipneia, dispneia e taquicardia.

**Diagnóstico e conduta:** Surgimento de dor conforme definição do caso. Geralmente é mais intensa que a dor apresentada em outras reações. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com infarto agudo do miocárdio, TRALI, sobrecarga circulatória, reação hemolítica aguda febril não hemolítica e reação alérgica. **É necessária a coleta de amostras pós-transfusionais para avaliação de hemólise imune e o envio da bolsa para cultura no Hemoce.** É recomendado o uso de analgésico e se não houver melhora, utilizar opióide, como morfina.

- **Distúrbios metabólicos**

**Definição de caso:** evidência clínica de distúrbios metabólicos (por exemplo: hipocalcemia, hipercalcemia, alcalose metabólica) na ausência desses mesmos distúrbios na doença de base;

E confirmação laboratorial.

**Diagnóstico e conduta:** As complicações metabólicas são raras e podem ocorrer com mais frequência nos paciente hepatopatas (toxicidade pelo citrato) e pacientes

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

submetidos a transfusão maciça. A reposição e correção dos distúrbios deve ser realizada baseado nos exames laboratoriais e quadro clínico apresentado pelo paciente.

- **Outras reações transfusionais imediatas**

**Definição de caso:** quadro clínico/laboratorial com aparecimento durante a transfusão ou em até 24 horas, que após a investigação não pôde ser classificado em nenhuma das reações transfusionais descritas, tendo sido excluídas outras causas não relacionadas à transfusão.

**Reações Tardias:**

- **Transmissão de outras doenças infecciosas**

**Definição de caso:** o receptor apresenta infecção pós-transfusional (vírus, parasitas ou outros agentes infecciosos, exceto bactérias), sem evidência da existência dessa infecção antes da transfusão;

E ausência de uma fonte alternativa da infecção;

E doador de hemocomponente transfundido no receptor apresenta evidência da mesma infecção;

OU hemocomponente transfundido no receptor apresenta evidências do mesmo agente infeccioso.

**Diagnóstico e conduta:** O diagnóstico é baseado na alteração sorológica pós transfusão conforme definição do caso. O tratamento deve ser realizado conforme a infecção diagnosticada.

- **Doença do enxerto contra o hospedeiro pós-transfusional (Graft versus host disease) – (DECH/GVHD)**

**Definição de caso:** é uma síndrome clínica que ocorre entre dois dias a seis semanas após a infusão de hemocomponente, sendo caracterizada por:

- Febre;
- Diarreia;
- Eritema com erupção máculo-papular central que se espalha para as extremidades e pode, em casos graves, progredir para eritrodermia generalizada e formação de bolhas hemorrágicas;
- Hepatomegalia;
- Alteração de função hepática (aumento de fosfatase alcalina, transaminases e bilirrubina);
- Pancitopenia;
- Aplasia de medula óssea;

E

resultado de biópsia de pele ou de outros órgãos comprometidos compatível com DECH;  
OU

presença de quimerismo leucocitário.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

**Diagnóstico e conduta:** Solicitar quimerismo linfocitário ao HEMOCE. O tratamento raramente é eficaz. Há relatos de uso de imunossupressores como corticoides, globulina antilinfocitária, imunoglobulina humana, ciclosporina, ciclofosfamida. Uma vez que o tratamento é ineficaz é fundamental a sua prevenção, com a irradiação de hemocomponentes celulares irradiados em pacientes de risco.

- **Reação hemolítica tardia**

**Definição de caso:** o quadro está relacionado ao desenvolvimento de anticorpos contra antígeno(s) eritrocitário(s) após a transfusão. Os sinais clínicos de hemólise geralmente estão presentes entre 24 horas e 28 dias após a transfusão.

O paciente pode ser assintomático, com sinais clínicos discretos e, muitas vezes, imperceptíveis. O quadro clínico clássico, porém, é composto por febre, icterícia e anemia, podendo apresentar outros sintomas semelhantes aos da reação hemolítica aguda imunológica;

E teste direto de antiglobulina (TAD/Coombs direto) positivo;

E teste de eluição positivo ou aloanticorpo eritrocitário recém-identificado no soro do receptor;

E aumento insuficiente do nível de hemoglobina pós-transfusional ou queda rápida da hemoglobina para os níveis anteriores à transfusão ou aparecimento inexplicável de esferócitos.

**Diagnóstico e conduta:** O quadro clínico clássico é composto por febre, icterícia e queda da hemoglobina ou aproveitamento transfusional inadequado, devendo, entretanto, ser suspeitada sempre que ocorrer **aproveitamento inadequado da transfusão** ou febre sem causa aparente, mesmo na ausência de icterícia. Devem ser solicitados exames para avaliação de hemólise (**hemograma pós-transfusional, LDH, bilirrubinas totais e frações**). É necessária a coleta de **amostras pós-transfusionais** para avaliação de hemólise imune no HEMOCE. O tratamento geralmente é desnecessário, mas deve ser avaliada a função renal, dependendo do grau de hemólise ocorrido. Se possível, evitar novas transfusões, mas se houver necessidade de transfusão futura, os concentrados de hemácias deverão ser antígeno-negativos para o correspondente anticorpo identificado, em caso de anticorpo de importância clínica.

- **Aloimunização/aparecimento de anticorpos irregulares – PAI positiva**

**Definição de caso:** aparecimento no receptor de novo anticorpo, clinicamente significativo, contra antígenos eritrocitários detectados pelo teste de antiglobulina direta (TAD) positivo ou triagem de anticorpos irregulares;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

E

ausência de sinais clínicos ou laboratoriais de hemólise.

Obs: São considerados clinicamente significativos os anticorpos contra os antígenos dos seguintes sistemas eritrocitários: -Rh, -Kell, -Duffy, -Kidd; -Diego; -MNSs, -Lewis, -Lutheran. A notificação do aparecimento de anticorpos contra os antígenos listados é obrigatória, porém o serviço pode notificar outros anticorpos detectados. Para fins de notificação no Notivisa, o aparecimento dos anticorpos contra os antígenos acima listados é considerado como gravidade grau II – moderada, uma vez que há necessidade de intervenção médica como o uso profilático de concentrado de hemácias fenotipado para evitar reações hemolíticas. Deve haver histórico de transfusão sanguínea prévia para se notificar aloimunização.

**Diagnóstico e conduta:** O diagnóstico é exclusivamente laboratorial com a detecção de novo anticorpo no soro ou eluato de paciente previamente transfundido. Devem ser solicitados exames para avaliação de hemólise (**hemograma pós-transfusional, LDH, bilirrubinas totais e frações**) se transfusão há menos de 3 meses para descartar hemólise tardia. Se possível, evitar novas transfusões, mas se houver necessidade de transfusão futura, os concentrados de hemácias deverão ser antígeno-negativos para o correspondente anticorpo identificado, em caso de anticorpo de importância clínica.

- **Púrpura pós-transfusional (PPT)**

**Definição de caso:** é um episódio de trombocitopenia (queda da contagem de plaquetas para níveis inferiores a 20% da contagem pré-transfusional) que ocorre de 5 a 12 dias após a transfusão de sangue;

E

presença de anticorpo antiplaquetário no receptor.

Pode ser assintomático, autolimitado, mas também cursar com sangramento cutâneo-mucoso, gastrointestinal, gênito-urinário e do sistema nervoso central.

**Diagnóstico e conduta:** A ocorrência de plaquetopenia em pacientes que tenham recebido transfusão nos últimos 10 dias, deve levar a hipótese de PPT. O diagnóstico diferencial deve considerar: plaquetopenia auto-imune, plaquetopenia induzida por drogas, consumo de plaquetas não imune, pseudotrombocitopenia. O tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível para reduzir o risco de hemorragia grave. O tratamento preconizado é a infusão de imunoglobulina humana endovenosa em altas doses de 400mg/kg de peso por 10 dias a 1g/kg de peso por 2 dias. Outras opções são uso de corticosteroides e de plasmaférese.

- **Hemossiderose com comprometimento de órgãos**

**Definição de caso:** presença de nível de ferritina sanguínea superior ou igual a 1.000 microgramas/l no contexto de transfusões repetidas de concentrados de hemácias;

E

## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

disfunção orgânica.

**Diagnóstico e conduta:** O quadro clínico cutâneo é caracterizado por hiperpigmentação. As complicações cardíacas, hepáticas e endócrinas podem levar ao óbito. A sobrecarga de ferro é tratada por meio de quelação ou da retirada de sangue total ou componente eritrocitário.

- **Outras reações transfusionais tardias**

Definição de caso: quadro clínico/laboratorial com aparecimento após 24 horas da transfusão, que após a investigação não pôde ser classificado em nenhuma das reações transfusionais descritas, tendo sido excluídas outras causas não relacionadas à transfusão.

## 9. MONITORAMENTO

Análise dos Indicadores do Serviço de Hemoterapia – Índice de reações transfusionais.

## 10. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil. Brasília: ANVISA, 2022
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil. Brasília: ANVISA, 2015.
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas . Brasília : ANVISA, 2007.
4. HILLYER, C.D.; FUNG, M. K. Technical Manual. 18th edition. Bethesda, Maryland: AABB, 2014. 1044 ISBN 978-1-56395-888-5.

## 11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
3	23/02/2022	Atualização do documento. Ajustes das referências.
4	01/04/2025	Atualização do documento conforme novo documento da ANVISA de 2022. Ajustes das referências. Inclusão de novo autor

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UHO-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>CONDUTAS EM CASOS SUSPEITOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b>	Emissão: 01/04/2025	Próxima revisão: 01/04/2027
		Versão: 4	

## 12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Denise Menezes Brunetta Suzanna Araujo Tavares Barbosa Luany Elvira Mesquita Carvalho Lilian Monteiro de Albuquerque	
VALIDAÇÃO	
<b>Raquel Cavalcante Mota</b> Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.000548/2025-01 , assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
<b>Juliana Leite Veríssimo</b> Unidade de Hemoterapia	Conforme Processo SEI nº 23533.000548/2025-01 , assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
<b>Muse Santiago de Oliveira</b> Setor de Apoio Diagnóstico e terapêutico	Conforme Processo SEI nº 23533.000548/2025-01, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
<b>George Chaves Nunes</b> Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Conforme Processo SEI nº 23533.000548/2025-01, assinado eletronicamente.

*Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)  
Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2025,*