

# HEMOVIGILÂNCIA: QUATRO ANOS DE ESTUDO DE REACÇÕES ADVERSAS À TRANSFUSÃO\*

Teresa Sousa Guerreiro ■ António Barra ■ Félix Monteiro ■ Anabela Barradas

## INTRODUÇÃO

Efectuámos o presente estudo com o intuito de contribuir para a melhoria de uma das mais importantes etapas da cadeia transfusional - a prevenção das reacções adversas à transfusão (RAT). O seu registo e análise são fundamentais num conceito epidemiológico de vigilância das boas práticas da medicina transfusional.

## OBJECTIVOS

(1) Registo com carácter voluntário e análise de todas as suspeitas de RAT; (2) Avaliação da morbilidade associada à transfusão; (3) Identificação dos incidentes adversos graves e evitáveis no decorrer do processo e instituição das respectivas medidas correctivas, no sentido de prevenir a recorrência das RAT.

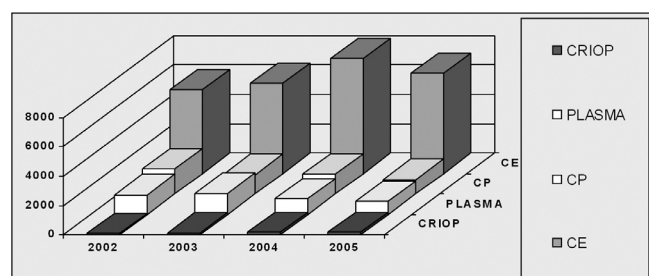
## MATERIAIS E MÉTODOS

Perante a suspeita de RAT, é preenchida e enviada ao Serviço de Imuno-hemoterapia (SIH) uma ficha de notificação das RAT, existente nos serviços prescritores desde 2004 (ficha auto copiativa), ficando a cópia no processo do receptor. Destaca-se a obrigatoriedade da assinatura da ficha pelo médico que diagnosticou a RAT, no sentido de saber quem vai ser nosso interlocutor no processo e a envolver os médicos dos serviços prescritores no processo. O médico imuno-hemoterapeuta verifica a informação, devolve a notificação ao serviço prescritor se esta se encontrar incompleta, acerta a eventual terapêutica com o colega prescritor, confirma a recepção do componente restante e a colheita das amostras pedidas. Inicia a investigação da causa da RAT instituindo se necessário as medidas adequadas para evitar que outros receptores sejam atingidos, para além dos directamente envolvidos, colocando assim em marcha o processo de rastreabilidade. Finalmente, assina o documento. Posteriormente, quando a investigação está concluída, é devolvida ao serviço prescritor uma cópia (ficha auto copiativa) com o resultado do estudo efectuado, cópia esta a arquivar no processo do receptor da transfusão, ficando o original arquivado no SIH.

Durante 4 anos, de 1/1/2002 a 30/11/2005, foram transfundidas no Hospital Fernando Fonseca, 36 433 unidades

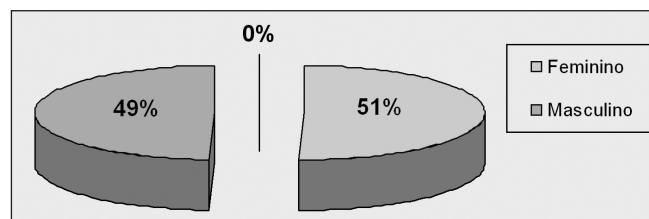
de componentes sanguíneos. O movimento transfusional apresenta-se no Quadro 1.

QUADRO 1: MOVIMENTO TRANSFUSIONAL POR COMPONENTE SANGUÍNEO



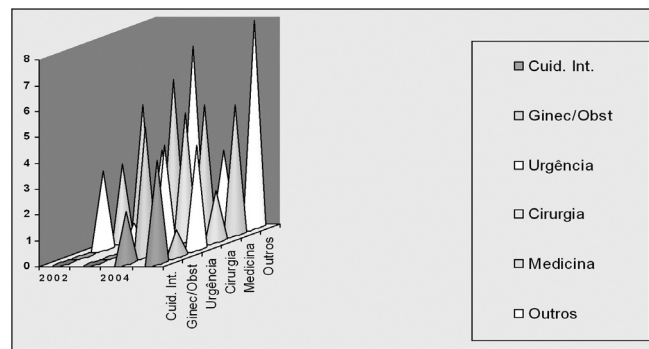
Foram reportadas ao SIH 76 suspeitas de RAT (0,20%) em 75 pacientes (38 sexo feminino e 37 do sexo masculino), com idades entre o nascimento e os 88 anos (Quadro 2).

QUADRO 2: DISTRIBUIÇÃO DAS REACÇÕES ADVERSAS À TRANSFUSÃO POR SEXO



Os maiores prescritores revelaram-se os Serviços de Medicina, Cirurgia e Urgência (Quadro 3). As causas de base predominantes foram a patologia oncológica e a hemorragia digestiva alta.

QUADRO 3: MOVIMENTO TRANSFUSIONAL POR SERVIÇO PRESCRITOR



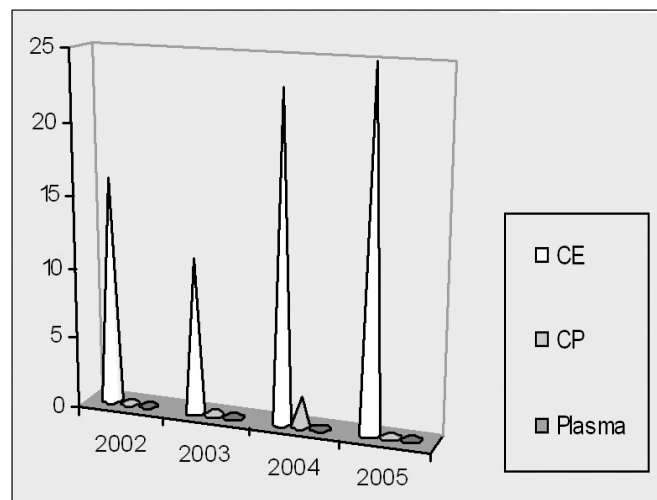
\* Trabalho apresentado como poster.

Tem vindo a diminuir, mas ainda é expressivo, o número de notificações com dados insuficientes na identificação do paciente, nos dados clínicos e, ainda, na colheita de amostras para posterior investigação. O nível preciso da imputabilidade à transfusão não se tem revelado fácil de definir.

## RESULTADOS

Em 2002, foram notificadas 16 suspeitas de RAT, todas associadas a concentrado eritrocitário (CE); Em 2003, foram notificadas 10, todas associadas a CE; em 2004, foram notificadas 25 [23 associadas a CE e 2 a concentrados plaquetários (CP)]; Em 2005, foram notificados 25 casos, todos associados a CE. Tal como é dado observar no Quadro 4, o componente que registou maior número de suspeitas de RAT foi o CE (97%), seguido de longe pelo CP (3%).

QUADRO 4: DISTRIBUIÇÃO DAS REACÇÕES ADVERSAS À TRANSFUSÃO POR COMPONENTE SANGUÍNEO E ANO



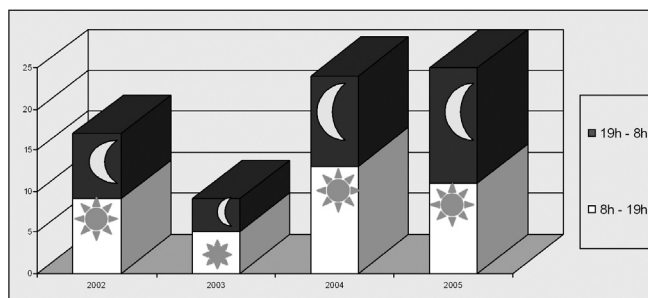
Não há registo de RAT com a transfusão de plasma ou de componentes irradiados.

Não encontramos relação entre o número de RAT e a hora da notificação da mesma (Quadro 5).

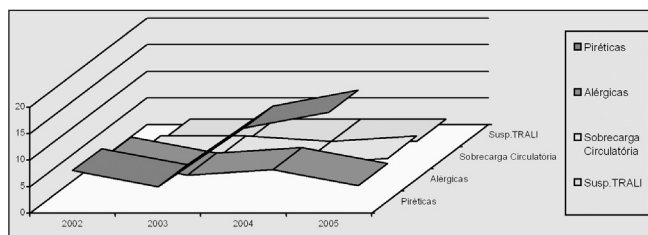
A interpretação deste resultado deverá ser cuidadosa, pois se por um lado durante o período nocturno a redução de equipas e a diminuição da atenção podem ser os responsáveis por uma maior frequência de RAT, o oposto - e que se reveste de maior gravidade - também é verdade, ou seja, nessas condições adversas a disponibilidade para as diagnosticar e notificar é manifestamente insuficiente.

Das 76 RAT registadas, 48 foram classificadas como piréticas, 17 como alérgicas, 7 por sobrecarga circulatória e 4 suspeitas de TRALI (Quadro 6).

QUADRO 5: RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE REACÇÕES ADVERSAS À TRANSFUSÃO E A HORA DE NOTIFICAÇÃO



QUADRO 6: DISTRIBUIÇÃO DAS REACÇÕES ADVERSAS À TRANSFUSÃO POR TIPO E ANO



Apenas registamos duas reacções piréticas com hemoculturas positivas do componente transfundido (CE), por estirpe de *Staphylococcus capitis* e *Staphylococcus epidermidis*, sem evolução para infecção bacteriana nestes 2 pacientes. A proveniência das unidades implicadas era externa.

A evolução clínica decorreu sem sequelas graves para a grande maioria dos pacientes, excepto um caso com desfecho fatal por edema agudo do pulmão e que se associou a um nível 3 de imputabilidade à transfusão. Não nos foram reportadas suspeitas de RAT do tipo hemólise imunológica, púrpura pós-transfusão e doença do enxerto contra hospedeiro. Estamos conscientes de que este último tipo de RAT vai justificar uma maior atenção e investimento no futuro.

Apesar de haver indicação para se efectuar em todos os episódios transfusionais o teste confirmatório à cabeça do doente (ABO), registou-se um incidente adverso grave. Um caso de erro humano na identificação do receptor da transfusão, que veio a resultar na infusão de plasma no paciente errado, mas sem consequências para o mesmo. Temos, portanto no futuro de dar mais atenção à real efectivação do teste confirmatório à cabeça do doente.

## CONCLUSÕES

Durante 4 anos, foram notificadas ao SIH 76 suspeitas de RAT, em 36 433 episódios transfusionais. A percentagem é

mínima (0,20%) e está de acordo com o descrito na literatura. Na maioria, tratou-se de reacções imediatas, piréticas (63%) e alérgicas (22%), quase sempre de gravidade discreta, com um nível de imputabilidade à transfusão 1 e 2, possível e provável, respectivamente.

A tendência do registo tem sido crescente, sobretudo à custa das RAT *minor*, para o que contribuiu um espírito de maior sensibilização na sua detecção. Isto deve-se, sobretudo, à implementação de acções de formação bianuais no SIH e também junto dos colegas prescritores e do pessoal de enfermagem, sem esquecer o novo modelo de registo introduzido. A identificação não punitiva do erro na vertente humana e técnica e o estudo e a avaliação da sua dimensão, encorajaram-nos a elaborar medidas práticas e no imediato que permitem a gestão, o controlo e, finalmente, a sua redução, num departamento cuja actividade acaba por ser transversal a todos os outros, como é o caso do SIH num hospital.

Os objectivos e os desafios que a Hemovigilância coloca foram claramente enunciados em legislação comunitária publicada. Para que a sua implementação seja um percur-

so linear que conduza a uma linguagem única, com uma cadência semelhante em todos os Estados Membros da União Europeia, muito virá facilitar a informatização de todos os procedimentos implicados na rastreabilidade e na notificação das RAT e, sobretudo, o envolvimento de todos os profissionais implicados na cadeia transfusional, no interesse e no benefício que um programa de Hemovigilância tem a nível da Qualidade e da Segurança transfusional.

---

AUTORES: Teresa Sousa Guerreiro,<sup>1</sup> António Barra,<sup>1</sup> Félix Monteiro,<sup>1</sup> Anabela Barradas.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Assistente Hospitalar de Imuno-hemoterapia; <sup>2</sup>Chefe de Serviço de Imuno-hemoterapia.

*Correspondência:* Dra. Teresa Sousa Guerreiro, Serviço de Imuno-hemoterapia, Hospital Dr. Fernando da Fonseca, IC19, 2720-276 Amadora (Portugal).