

Resumo: O objetivo é traçar o perfil dos doadores de hemocomponentes por aférese do Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia – Grupo GSH – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil com relação à idade, sexo e frequência de doação.

Introdução: A manutenção dos estoques de sangue e componentes é um maiores desafios da hemoterapia atual. A conscientização da população sobre a importância da doação é um pilares para ações efetivas por parte da captação de doadores, com a finalidade de atender às demandas diárias e de caráter emergencial. A doação de hemocomponentes por aférese tem sido amplamente divulgada e tem como maior objetivo reduzir a exposição dos pacientes politransfundidos à múltiplos doadores, assim como reduzir a probabilidade de aloimunização. O cuidado com a seleção com a seleção e o acompanhamento do procedimento são fundamentais para que o risco de complicações inerentes ao procedimento seja minimizado a fim de garantir a segurança e fidelização destes doadores, apesar da frequência de eventos adversos neste tipo de doação ser baixa (entre 5% e 17%). **Métodos:** Trata-se de estudo observacional analítico realizado pelo Grupo GSH – Rio de Janeiro/RJ, de doadores que foram aptos à doação de hemocomponentes por aférese, segundo Portaria de Consolidação nº5 MS/GM, no período de 01 de julho de 2020 à 31 de julho de 2021. As coletas foram realizadas em equipamento para realização de coleta por aférese modelos TRIMA ACELL, fabricação TERUMO e MCS+, fabricação Haemonetics. Foram coletados os dados de 576 doadores em 1501 doações de concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas e plasma fresco cadastradas no Sistema Realblood e tabulados no programa Excel, sendo então analisados. Deste montante foram excluídos 169 cadastros vistos que em 70 coletas houve perda de acesso e em 89, os doadores foram excluídos pela triagem clínica ou triagem laboratorial. **Resultados:** Dos 576 doadores de aférese, 526 (91,32%) eram do sexo masculino e apenas 40 do sexo feminino (6,94%). Analisando os doadores do sexo masculino, 302 eram de repetição (57,41%) enquanto 236 (42,58%) doavam pela primeira vez. Ao analisarmos o tipo de hemocomponente doado, 387 doaram concentrado de plaquetas (73,57%) sendo 154 (39,79%) doadores de primeira vez com idade média de 35,55 anos e 234 doadores eram de repetição (60,21%) com idade média de 32,11 anos. Ainda quanto aos doadores do sexo masculino, 129 doaram concentrado de hemácias e 56 (43,21%) eram de repetição com idade média de 39,11 anos enquanto que 73 doadores (56,59%) doavam pela primeira vez. Ainda olhando para os doadores do sexo masculino, 10 doadores realizaram doação de plasma AB pela primeira vez, sob demanda. Analisando os doadores do sexo feminino, 11 (27,5%) eram de repetição sendo 10 doadores de concentrado de plaquetas e 01 de concentrado de hemácias. Quanto aos 29 doadores de primeira vez (72,5%), 27 (93,10%) doaram concentrado de plaquetas, enquanto 02 (6,9%) doaram concentrado de hemácias. **Conclusão:** O perfil dos doadores por aférese no Grupo GSH – Rio de Janeiro/RJ consiste em sua maioria de homens com idade entre 25 e 40 anos. A análise do perfil não mostrou ser diferente da literatura. Porém, é importante continuar a sensibilização quanto à doação de sangue assim como a fidelização do doador do doador de aférese.

PLASMAFÉRESE COMO TERAPIA AUXILIAR NA TROMBOCITOPENIA TROMBÓTICA INDUZIDA POR VACINA (VITT) CONTRA COVID

LCA Gama^a, FC Vieira^a, EAF Oliveira^a,
J Vassalo^b, DRC Rocha^c, RRM Dantas^c,
LFF Dalmazzo^a, SD Vieira^a

^a Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia- Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

^b Oncologia D'Or, Brasil

^c Hospital do Coração (HCor), São Paulo, SP, Brasil

A Trombocitopenia Trombótica induzida por vacina (VITT) tem sido relatada como um efeito adverso raro e grave após a administração de vacinas contra o COVID-19 que usam adenovírus não replicante como vetor. A VITT caracteriza-se pela presença de: (1) trombose em sítios não usuais (e.g., seio venoso sagital, veias esplênicas e renais), (2) plaquetopenia, (3) aumento importante dos valores de D-dímero e (4) elevação do Fator anti-plaquetário 4. Ocorre geralmente cerca de 3 a 30 dias após a vacinação. Segundo a Organização Mundial de Saúde, sua incidência é de 0,5 a 6,8 casos/100.000 vacinados. A fisiopatologia da VITT ainda não é bem esclarecida, porém existe relação com mecanismos relacionados a Trombocitopenia induzida pela Heparina. A maioria dos relatos de reação estão associados a primeira dose da vacina, porém também há casos na segunda dose. Devido a potencial gravidade na evolução, o tratamento não deve ser retardado. A terapia inicial inclui o uso de Imunoglobulina 2 g/kg (em 2 dias). O uso de corticoide em alguns casos pode ser feito como adjuvante, porém ainda não há comprovação de sua eficácia. A plasmaférese deve ser feita de imediato em pacientes com Trombose em Seio Venoso Sagital ou em casos refratários a Imunoglobulina. Não deve ser realizado transfusão de plaquetas e o uso de heparina como anticoagulante deve ser evitado. Faremos o relato de 2 casos em que a plasmaférese foi utilizada como terapia auxiliar ao tratamento: Paciente 1: Paciente mulher, jovem, 24 anos, foi admitida no Hospital 10 dias após a primeira dose da vacina Astrazeneca com quadro de cefaleia persistente refratária a analgésicos e petéquias em face e tronco iniciado 3 dias da internação. Admitida com plaquetopenia 2000, fibrinogênio 190 e D dímero 12000. Iniciado Imunoglobulina 2 g/kg (dois dias seguidos). Foi associado corticoide 1 mg/kg/dia. No nono dia de tratamento, evoluiu com 50 mil plaquetas, D dímero 7400 e PF4 3,34 U/mL. Evoluiu com Crise Convulsiva sendo diagnosticado Trombose Venosa de Seio Sagital. Iniciada Plasmaférese (feito 5 sessões em dias alternados com troca por albumina). Na quinta sessão de plasmaférese estava com D dímero 880, plaquetas 71 mil e fibrinogênio 58. Após 4 dias do término da plasmaférese, paciente apresentou retorno da cefaleia. Dosado D dímero 2300. Reiniciado Plasmaférese (Plasma 1:Albumina 1). Foram realizadas mais 2 sessões com plaquetas acima de 150 mil. Após a quarta sessão, no D27 internação estava com D dímero 470, plaquetas 362 mil e PF4 2,2. Paciente 2: Paciente do sexo masculino, 85 anos, foi admitido no hospital 21 dias após a segunda dose da vacina da AstraZeneca com quadro de fraqueza, astenia, confusão mental e inapetência, associado a tromboembolismo pulmonar. Paciente previamente renal crônico não dialítico, hipertenso, diabético,



2 cirurgias cardíacas prévias (2014 e 2017) e púrpura trombocitopênica idiopática crônica sem necessidade de tratamento prévio. A admissão, exames demonstravam plaquetas de 47.000, TTPa 35,8, INR 1,5 e fibrinogênio de 234. O Anticorpo anti-PF4 foi de 4,8 U/mL, e as plaquetas chegaram a 19.000. Foram realizados dois ciclos de IGIV, sem resposta, e mesmo com associação de corticóide 1 mg/kg/dia, não houve resposta. Foi optado por realizar plasmáfereze terapêutica com realização em dias seguidos com troca de 1 volemia plasmática e reposição realizada com plasma fresco congelado em todas as sessões. Após 4 sessões, paciente apresentou melhora clínica, a despeito de manter plaquetopenia. Nesse momento, devido a história de PTI prévia, foi optado por iniciar eltrombopag. **Conclusão:** Relatamos 2 casos clínicos, nos quais a plasmáfereze terapêutica pode contribuir para evitar um desfecho desfavorável na VIT.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.525>

PLASMAFÉRESE PRÉ-TMO DEVIDO INCOMPATIBILIDADE ABO MAIOR

TCF Santos, I Garbin, GM Raitz, MS Urazaki, NF Beccari, LN Farinazzo, NR Ziolla, IG Vitoriano, VG Freitas, MCL Falco

Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Objetivo: Relatar a redução efetiva de isoaglutinina Anti-A previamente ao Transplante de Células Tronco Hematopoieticas (TCTH) com incompatibilidade ABO-maior. **Metodologia:** Os dados foram obtidos por meio de revisão do prontuário e entrevista do paciente. **Relato de caso:** Paciente feminina, 54 anos, diagnóstico de Anemia Aplástica grave sem resposta a imunossupressão e com proposta de TCTH alogênico. Doador aparentado, HLA idêntico, do grupo A RhD(+) e paciente do grupo O RhD(+) com título de anti-A IgG 4096 e IgM 512. Indicada a redução de isoaglutininas por plasmáfereze. Três procedimentos foram inicialmente realizados 10 dias antes do regime de condicionamento (com redução do Anti-A/IgG de 4096 para 32) e mais três sessões foram realizadas do D-2 ao D0 (com redução do Anti-A/IgG de 256 para 16). A infusão se deu após a última sessão. Utilizou-se Plasma Fresco Congelado (PFC) do grupo A como fluido de reposição e processamento de uma volemia. **Discussão:** A incompatibilidade ABO-maior ocorre em cerca de 20% a 25% dos TCTH e está associada a hemólise, atraso na enxertia eritróide, Aplasia Pura da Série Vermelha e consequente aumento das demandas transfusionais e seus efeitos indesejáveis. Essas complicações ocorrem pela presença de isoaglutininas específicas contra o doador (DSI) no plasma do receptor e o risco é maior quando em títulos elevados e quando incompatibilidade mediada por anti-A. Acredita-se que os títulos de anticorpos da classe IgG (e não IgM) são melhores preditores da demanda transfusional pós-transplante. A plasmáfereze é uma forma de reduzir isoaglutininas e pode ser considerada quando títulos ≥ 32 , embora variabilidade exista entre os centros e diferentes técnicas de titulação como tubo ou gel. Os procedimentos são



realizados diariamente com objetivo de reduzir o título para <16 imediatamente antes da infusão. A técnica é mais eficiente para redução de anticorpos da classe IgM por sua localização eminentemente intravascular, porém mais procedimentos são necessários para depleção dos anticorpos da classe IgG. Uma forma de depletar ainda mais o anti-A é a escolha do PFC grupo A ou AB devido a ocorrência de antígenos A solúveis nestes fluidos, capazes de neutralizar o anticorpo remanescente. As quantidades de antígeno A solúvel não maiores no plasma A do que no AB uma vez que não há competição entre as glicosiltransferases A e B sobre a substância precursora H1 presente nos indivíduos secretores. Esta diferença entre os PFCs A e AB, no entanto, é clinicamente irrelevante quando o paciente é do grupo O devido ao anticorpo anti-A,B que pode ser neutralizado por ambos antígenos solúveis A e B. Portanto, a escolha do PFC A contribui com a melhor manutenção dos estoques de plasma AB, por sua vez de menor disponibilidade e de maior consumo no cenário do trauma até que os testes pré-transfusionais permitam liberar componentes isogrupos. **Conclusão:** Esse caso demonstra a efetividade da estratégia de se realizar plasmáfereze com PFC A para pacientes O com altos títulos de isoaglutinina anti-A/IgG no cenário da incompatibilidade ABO-maior no TCTH alogênico. Três procedimentos foram capazes de reduzir os títulos de 4096 para 32 na fase pré-condicionamento e de 256 para 16 imediatamente antes da infusão das Células Progenitoras Hematopoieticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.526>

PLASMAFÉRESE TERAPÊUTICA COMO ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DA INFUSÃO DO PROPOFOL: RELATO DE CASO

CS Aurabi, A Kowes, LH Dulley, RC Lima, RC Alves, MCA Olivato, CS Georg, VF Dutra, CH Godinho, DE Fujimoto

Hemocentro da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O propofol é um medicamento muito usado para sedação, bem como indução e manutenção de anestesia geral, e tem vantagens como o rápido início de ação e a curta duração. A síndrome da infusão do propofol (SIP) é uma condição rara e potencialmente fatal que pode ocorrer após infusões prolongadas e em altas doses, e é caracterizada por acidose láctica, instabilidade hemodinâmica, rabdomiólise, hipertrigliceridemia, falência renal, hipercalemia e alterações eletrocardiográficas. Não há tratamento específico, o manejo consiste na suspensão da droga e no controle das disfunções apresentadas. Plasmáfereze, hemodiálise e oxigenação por membrana extracorporea são opções que podem ser benéficas. A plasmáfereze consiste na separação do sangue entre plasma e elementos celulares, e no procedimento ocorre a retirada do plasma do paciente, que é substituído por um fluido de reposição. **Relato de caso:** JRMS, masculino, 31 anos, sem comorbidades, vítima de politrauma por atropelamento. Na admissão necessitou de intubação orotraqueal e foi

