

por maior facilidade posológica e não envolver uso de dispositivos invasivos. O desabastecimento de IGIV desde 2019 em diversos países do mundo, inclusive no Brasil, tem dificultado o acesso a este tratamento. Entre as possíveis causas para este desabastecimento, podemos citar: aumento da demanda não acompanhada por aumento na produção, impactos da pandemia de COVID-19 sobre matéria-prima (doadores de sangue) e logística (transporte, etc), descontinuação do produto por alguns laboratórios, entre outros. Segundo o último guideline da Sociedade Americana de Aférese não há diferença no desfecho entre IGIV e plasmáfereze. Entre os principais eventos adversos da plasmáfereze em pacientes pediátricos, destacam-se os relacionados ao acesso central (infecções, complicações mecânicas, entre outros), hipocalcemia, o volume extracorpóreo utilizado no procedimento e riscos de intoxicação por citrato. A paciente do caso apresentou apenas sintomas leves de hipocalcemia, que melhoraram após redução do fluxo de extração. **Conclusão:** A plasmáfereze terapêutica em pacientes pediátricos tem se mostrado eficaz, seja em primeira linha ou como tratamento complementar. Ajustes na taxa de extração, reposição profilática de cálcio e cuidados com o acesso central aumentam a segurança do procedimento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.853>

ANÁLISE DO PERFIL DOS DOADORES E DOS PROCEDIMENTOS DE PLAQUETAFÉRESE NO BANCO DE SANGUE SANTA MARCELINA REALIZADOS EM 2021

ST Alves, LS Nepomuceno, AKM Bessa, LMSR Araújo, RD Santos, ADG Silva, AC Cruz, ECF Alves, JSR Oliveira

Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Analisar o perfil dos doadores de plaquetaféreses do Banco de Sangue Santa Marcelina, no ano de 2021, seguido da análise dos procedimentos correlacionando com características dos doadores. **Material e métodos:** Coleta de dados dos procedimentos de plaquetaféreses realizados em 2021 no Banco de Sangue Santa Marcelina. **Resultados:** Feito, em 2021, 1104 procedimentos de plaquetaféreses em 466 doadores. Executados na MCS⁺, 67% (736 procedimentos) e na TRIMA[®], 33% (368 procedimentos). Desses 466 doadores, 78% (365 doadores) eram homens e 22% (101) mulheres. Em relação a idade, 70% (325 doadores) na faixa etária de 30-49 anos, 1% (4) tinham mais de 60 anos. Doadores com sobrepeso foram os mais comuns, 51% (239), com índice de massa corpórea (IMC) entre 25-29,9, obeso grau I (IMC 30-34,9) presente em 26% (120), 17% (78) na faixa normal (IMC 18,5-24,9) e 2% (9), sendo 6 homens e 3 mulheres, tinham obesidade grau III (IMC ≥ 40). A contagem plaquetária prévia em 49% (227) variou entre 200.000 e 269.999/mm³, em 29% (133) entre 150.000-199.999/mm³, 2% (7) apresentavam plaquetas acima de 320.000/mm³. Mais da metade desses doadores, 52% (244), fizeram apenas um procedimento de plaquetaférese em 2021, e no geral, 93% (435) fizeram de 1-6 procedimentos no ano, o máximo de coletas foi de 14 vezes em um doador. Em 61% (284) dos doadores, a volemia sanguínea variou entre 4.100 e 5.299ml, 5% (22)

doadores tinham entre 3500 e 4099ml e 5% (23) tinham mais de 6500ml. Em 64% (706) dos procedimentos, o tempo variou entre 60 e 89 minutos, houve 1% (14) procedimentos que, devido intercorrências variadas, o tempo ficou entre 0 e 30 minutos e não houve coleta de produto viável, sendo 8 interrupções na MCS⁺ e 6 na TRIMA. Em 23% (86/368) dos procedimentos na TRIMA foi possível realizar em menos 60 minutos, e apenas em 5% (36/736) na MCS⁺, mas, o tempo médio, entre 1 hora e 1h30min, foi similar, 63% (462/736) na MCS⁺ e 66% (242/368) na TRIMA. Na maioria dos procedimentos, 60% (659), coletou-se uma plaquetaférese simples, e em 37% (413) foi possível coletar uma dupla, separando por máquina, a TRIMA coletou mais duplas 56% (205/368) contra 28% (208/736) na MCS⁺. O procedimento removeu de 0,0 a 50% das plaquetas circulantes, em 76% (840) retirou entre 20-39,9%. Após o procedimento, a contagem plaquetária remanescente estimada ficou acima de 100.000/mm³ em 100% dos doadores. **Discussão:** A doação de plaquetaféreses contribui para manutenção dos estoques, pois de um doador é possível coletar o equivalente a 6 ou 12 unidades de randômicas, se for bolsa simples ou dupla, e são desleucocitadas durante o processamento com baixa contaminação de hemácias. Em nosso serviço, a maioria dos doadores são do sexo masculino, acima de 30 anos, com excesso de peso e contagem prévia de plaquetas acima de 200.000/mm³. Em 2021 ainda havia muitas restrições por causa da pandemia de Sars-Cov-2, isso poderia explicar o porquê 52% dos doadores fizeram apenas uma doação neste ano avaliado. Bolsas duplas foram obtidas com mais frequência na TRIMA, porém, nem todos os doadores têm um acesso venoso bom para TRIMA e a realizamos muito mais procedimentos na MCS⁺ em nosso serviço. Na MCS⁺ o tempo de procedimento foi maior que na TRIMA, a primeira é de fluxo descontínuo e a segunda contínuo, essa diferença de tempo é de conhecimento geral. Conforme recomendação, nenhum doador terminou o procedimento com plaquetas estimadas menor que 100.000/mm³. **Conclusão:** Os equipamentos avaliados são seguros e tem diferenças de processos que auxiliam o serviço a ampliar as opções de doadores sem comprometer a qualidade. Deve-se adotar os cuidados previsto na legislação em relação a seleção e proteção e estimular as doações de repetição, que são permitidas até 24 vezes por ano.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.854>

PERFIL DAS COLETAS DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM SANGUE PERIFÉRICO MOBILIZADO PARA TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AC Souza^a, LP Bittencourt^b, EAE Silva^b, ACA Araujo^a, RLR Baptista^a

^a Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivos: A coleta de CTH para o transplante autólogo é realizada após a mobilização de leucócitos com utilização de fator

de crescimento de colônias de granulócitos(GCSF), associado ou não a quimioterapia, e monitorização da contagem de CD34 periférico. A partir da contagem mínima 7 célulasde CD34+/mm³, instala-se um cateter em acesso venoso central (CVC) calibroso, para dar início à coleta de CTH por aférese. Trata-se de um estudo descritivo, que tem o objetivo de delinear o perfil das coletas de CPHSP mobilizado realizadas em um Hospital Universitário do estado do Rio de Janeiro. **Material e métodos:** Utilizou-se estatística descritiva para a análise dos dados, que foram obtidos através de fonte secundária dos registros utilizados pelo setor de aférese relacionado às coletas de sangue periférico mobilizado. Todas as coletas foram realizadas com equipamento de fluxo contínuo COBE Spectra. **Resultados:** O período estudado foram os meses de janeiro à julho de 2022, totalizando 24 coletas, envolvendo 16 pacientes. Desses, 56% encontra-se na faixa etária de 60-69 anos, com 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino. A maioria dos pacientes são portadores de Mieloma Múltiplo (56%), seguido de Linfoma de Hodgkin (31%) e Linfoma não Hodgkin (13%). Do total de pacientes, 12 (75%) iniciaram a coleta no D4 de mobilização, e 4 (25%) no D5. Com relação ao alvo da coleta - $2,0 \times 10^6$ células CD34+/kg -, 14 pacientes (87,5%) alcançaram o alvo, dos quais 9 (56%) realizaram uma única coleta. É importante ressaltar que todos os pacientes foram mobilizados com GCSF, porém 2 desses não alcançaram o alvo, e um deles foi remobilizado com Ciclofosfamida e GCSF (fator de crescimento hematopoiético), resultando em coleta exitosa. **Discussão:** Observamos que a maioria dos pacientes(87,5%) submetidos ao procedimento alcançou o alvo na primeira coleta, resultando em benefícios econômico-financeiros, reduzindo o tempo de internação e a chance de efeitos adversos. Dos 14 pacientes que alcançaram o alvo até a segunda coleta, 9 assim o fizeram no D4 de mobilização, com contagem pré-coleta de CD34+ maior ou igual a 15 células; dos 5 pacientes com contagem pré-coleta de CD34+ inferior a 15 células, 3 deles iniciaram a coleta no D4 de mobilização e 2 no D5. **Conclusão:** O levantamento em questão demonstrou que a maioria dos pacientes atingiu o alvo estabelecido na coleta de CPHSP. Os achados podem refletir o aprimoramento dos profissionais, mobilização mais eficaz e melhor interação entre as equipes do transplante de medula óssea e serviços envolvidos. Os resultados obtidos com as coletas para os transplantantes autólogos foram semelhantes aos descritos na literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.855>

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PLASMAFÉRESE E AS PRINCIPAIS INDICAÇÕES CLÍNICAS DE TRATAMENTO NO HEMOPE

PTH Silva ^{a,b}, MEP Silva ^{a,b}, REA Silva ^{a,b},
KMLP Silva ^{a,b}, MG Carneiro ^{a,b},
ER Cavalcante ^{a,b}, JLF Bulhões ^b,
TMR Guimaraes ^{a,b}

^a Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil

^b Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: A plasmaférese destina-se a remoção de componentes celulares derivado do plasma sanguíneo que possam ser substituído com transfusão de plasma de doadores saudáveis quando o paciente possui alguma patologia, moléculas fisiopatologicamente atípicas como autoantígenos circulantes, autoanticorpos, complexos imunes circulantes, proteínas danificadas e toxinas. O volume de plasma retirado é simultaneamente separado por centrifugação, em um circuito extracorpóreo e automatizado com obtenção de ter melhores prognósticos frente à evolução clínica dos pacientes em tratamento. Nesse contexto, o profissional enfermeiro, atuantes nos bancos de sangue nacionais desenvolvem atividades que vão desde o recebimento dos voluntários à doação de forma espontânea, à seleção destes candidatos, o gerenciamento das transfusões de pacientes internados e às terapêuticas via aférese, conforme os protocolos de cada instituição. Devem, ainda, serem capazes de traçar como prioridade o cuidado humanizado, empregando, como prioridade, a comunicação, empatia e a ética no relacionamento humano. **Objetivos:** Analisar a frequência das principais indicações clínicas de plasmaférese na Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo utilizando dados secundários registrados no livro de ocorrências do setor de aférese terapêutica do HEMOPE, no período de junho de 2021 a junho de 2022. A população de estudo foram os pacientes internados no serviço e externos que estavam em tratamento de plasmaférese em outros hospitais. A análise de dados foi realizada no programa Microsoft Excel para tabulação das informações. **Resultados:** Verificou-se que 45 pacientes foram submetidos às sessões de plasmaférese, dos quais 57,8% eram do sexo feminino e 42,2% do sexo masculino. As principais indicações de tratamento foram: Rejeição de Transplante Renal (42,2%), Neuromielite Óptica (20%), Púrpura Trombocitopênica Trombótica (17,8%), Mielite Transversa (8,9%), Esclerose Múltipla (4,4%), Síndrome de Guillan Barré (2,2%), Polirradiculoneurite pós-vacinal (2,2%) e Doença desmielinizante (2,2%). **Discussão:** Verificou-se maior prevalência de plasmaférese na rejeição de transplante renal, que é considerado hoje como a melhor arma terapêutica para os doentes renais crônicos graves, aumentando não só a sobrevida dos pacientes, como também seu prognóstico. Desta forma, recorre-se às aférese terapêuticas para controlar a rejeição e promover a tolerância do rim. O uso da plasmaférese, nestes casos, diminui a morbimortalidade de pacientes que enfrentam a rejeição do enxerto, pós-transplante renal, devido a remoção de autoanticorpos patogênicos. Verificou-se que os enfermeiros da instituição buscam realizar o acolhimento ao paciente com responsabilidade e compromisso, contribuindo para aumentar a confiança dos clientes no serviço de saúde, proporcionando maior margem de segurança no processo. **Considerações finais:** A aférese terapêutica é uma técnica fundamental e complexa que requer treinamento específico, que pode ser realizado pelo enfermeiro, e sua vantagem está na remoção de substâncias solúveis no plasma responsável pela fisiopatologia de várias doenças, sendo indispensável em quadros clínicos com alterações imunológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.856>