

indivíduos com DM e HAS. Conclusões: Embora a maioria dos exames não tenha identificado TVP recente, as alterações vasculares encontradas indicam a necessidade de acompanhamento contínuo e intervenções adequadas. Futuros estudos longitudinais são essenciais para entender melhor a progressão das complicações vasculares com pacientes com COVID Longo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1049>

ACHADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS EM PACIENTES COM D-DÍMERO SUPERIOR A 3.000 NG/ML FEU COMO PREDITOR DA ATIVAÇÃO DO SISTEMA COMPLEMENTO NA INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID-19)

DGM Catarino^a, FR Moreira^a, JO Bordin^{a,b}

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O complemento e a cascata de coagulação compartilham algumas proteases ativas e há uma grande quantidade de evidências mostrando sua interconexão. O D-dímero é um marcador de gravidade em COVID-19 e a ativação do complemento tem sido associada à insuficiência respiratória.

Objetivo: Avaliar se a presença do D-dímero aumentado pode ser preditor da ativação do complemento em pacientes com COVID-19 e descrever as características clínicas e laboratoriais desses pacientes. **Método:** Cinquenta pacientes internados com COVID-19, confirmados por RT-PCR, e dímero D maior que 3.000 ng/mL de FEU foram recrutados em 2021 após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** A mediana do tempo decorrido desde o início dos sintomas até a coleta de sangue foi de 15 dias (13,0; 19,0 dias), 72% sexo masculino, idade mediana de 62 anos (53,8; 68,0), 52% hipertensos, 46% obesos, 34% diabéticos, 26% cardiopatas, 10% asmáticos e 6% com diagnóstico prévio de neoplasia. A amostra foi em 3 grupos de acordo com o perfil de ativação do SC: Grupo 1 (G1) – CH50 e AH50 normais; Grupo 2 (G2) – ativação do CH50 e AH50 normal; Grupo 3 (G3) – ativação de AH50 com ou sem alteração de CH50. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre as medianas de CH50 ($p < 0,001$), AH50 ($p < 0,001$); C3 ($p = 0,023$) e C4 ($p = 0,041$) entre os 3 grupos independentes. No teste de comparações múltiplas houve diferença significativa no CH50 entre G1vsG2 ($p < 0,001$); G1vsG3 ($p = 0,005$) e G2vsG3 ($p = 0,002$). Em relação à AH50 a diferença foi observada em G1vsG3 ($p < 0,001$), G2vsG3 ($p < 0,001$) e para C3: G2vsG3 ($p = 0,038$). Também há diferença estatisticamente significativa entre a mediana da contagem de leucócitos ($p < 0,001$) e neutrófilos ($p < 0,001$) entre os 3 grupos independentes, sendo maior nos grupos com ativação do complemento (G2 e G3) em relação ao G1. A mediana do dímero-D, ferritina e haptoglobina foi menor no G2 em relação ao G1 e G3, enquanto fibrinogênio, IL-6 e plaquetas foram maiores. A linfopenia foi mais pronunciada no G3. Não se observou diferença estatisticamente significativa nas proporções de trombose confirmada comparadas entre os

grupos G1, G2, G3 ($p = 0,353$); porém houve associação significativa entre a necessidade de suporte respiratório invasivo e a variável grupos segundo teste exato de Fisher ($p = 0,0109$). A proporção de óbito foi de 32,1%, 11,1% e 25,0% nos grupos G1, G2, G3 respectivamente e na amostra total foi observado diferença estatisticamente significativa em relação à dosagem de fibrinogênio ($p = 0,0093$); haptoglobina ($p = 0,0082$) e na dosagem de linfócitos ($p = 0,0244$) em relação ao desfecho vital. Em análise de correlação com toda a amostra, foi observado correlação estatisticamente significativa e inversamente proporcional entre o D-dímero e Trombomodulina (TM) e D-dímero e C2; e correlação proporcional positiva entre CH50 e AH50; TM e fibrinogênio, C3 em relação à AH50, CH50, C2, C4, C5, fator H e haptoglobina, entre ferritina e haptoglobina, e fator H e fibrinogênio. **Discussão:** A identificação dos 3 grupos de pacientes de acordo com CH50 e AH50 demonstra um perfil não uniforme de ativação do complemento que, quando ativado, apresentou maior tendência de eventos tromboembólicos e necessidade de suporte ventilatório invasivo, especialmente com a via alternativa ativada. **Conclusão:** O D-dímero superior a 3.000 ng/mL de FEU demonstrou ser um marcador interessante para a pesquisa da ativação do complemento. Com esses dados, medicamentos inibidores do complemento poderiam ser utilizado de modo mais assertivo na COVID-19 e, possivelmente, em outras infecções virais, com possíveis benefícios clínicos para esses pacientes em relação à morbi-mortalidade da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1050>

IMPACTO DA COVID-19 NA HEMOSTASIA: REVISÃO DAS ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS E TROMBOEMBÓLICAS

JRA Pereira, CF Venas-Do, ICDN Maluly, LC Godoy

Universidade Nove de Julho (Uninove), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Realizar o levantamento de dados dos últimos anos que correlacionam os distúrbios de coagulação com o COVID-19, além de demonstrar a importância do monitoramento laboratorial para o tratamento desses pacientes. **Material e métodos:** Foram utilizadas as bases do PubMed, Periódicos da Capes e ScienceDirect, usando-se os termos de busca nos idiomas português (para a base Periódicos da Capes) e inglês (para as demais bases), no período de 2020 a 2024. Os termos usados foram “hematological profile”, “hemostasis”, “COVID-19” e “hypercoagulability”. A partir da combinação dos descritores foram obtidos 268 artigos, entretanto, foram utilizados 35 estudos que atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** Pesquisas indicam que cerca de 12% a 16% dos pacientes com COVID-19 desenvolvem coagulopatia, estando associada com o aumento da mortalidade hospitalar e maior tempo de internação. Além disso, foi identificada presença de endotelite em autópsias de pacientes que apresentaram alguma complicação trombótica em decorrência da COVID-19. Esse distúrbio é oriundo das inflamações no endotélio dos vasos sanguíneos que podem agravar a doença e também pode