

poliangeíte microscópica com hemorragia alveolar difusa em uso de plasmaférese. **Material e métodos:** Realizado estudo descritivo, retrospectivo do prontuário de internação de paciente com poliangeíte microscópica com doença restrita ao trato respiratório sem envolvimento sistêmico, por agudização de doença. **Resultado:** Paciente, sexo feminino, 48 anos, branca, tabagista (120 maços/ano), diagnóstico de poliangeíte microscópica confirmado em 2002 através de biópsia pulmonar com doença restrita ao trato respiratório, interna devido à hemoptise, febre e dispnéia secundária à atividade de doença e possível pneumonia. Tomografia de seios da face com espessamento mucoso e nível líquido em seios maxilares e células etmoidais; tomografia de tórax com opacidade em vidro fosco difusa; pesquisa para COVID-19, influenza A e B negativas. Submetida à pulsoterapia + anticorpo monoclonal + plasmaferese a partir do 11º dia de internação com o equipamento Spectra Optia® Apheresis System, num total 16 sessões. No 17º dia de internação realizado broncoscopia que mostrou progressão de atividade de doença. A paciente foi transfundida 8 com concentrados de hemácias para manter níveis de hemoglobina acima de 7 g/dL. Apresentou toxicidade leve (sensação de frio) ao anticoagulante (citrate de sódio) utilizado na plasmaferese. **Discussão:** Paciente com histórico de internações anteriores por agudização de doença, interna com hemoptise, febre e dispnéia. Evoluiu com piora importante da hemoptise, associado à dispnéia e hemorragia alveolar, sendo iniciado pulsoterapia com metilprednisolona + Rituximab, sem resposta satisfatória. Devido à refratariedade, iniciado plasmaferese no 12º dia de internação, 4 dias após 1ª infusão de rituximab + pulsoterapia, com proposta inicial de troca de 1,5 volemia com reposição de plasma fresco diariamente, e diminuição para 1,0 volemia assim que o sangramento regredir, conforme preconizado no *Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice* – 2019, sendo suspensa no dia seguinte à infusão de rituximab. A partir da 4ª sessão de plasmaferese observou-se redução da necessidade transfusional com concomitante redução do sangramento. Na 11ª plasmaferese o volume de troca foi reduzido para 1,0 volemia pois houve redução importante do sangramento alveolar, sendo realizado 3 sessões com este volume de troca, já em dias alternados. A plasmaferese foi suspensa após última dose de rituximab com paciente sem exteriorização de sangramento alveolar. Recebeu alta hospitalar 8 dias após a suspensão da plasmaférese com prescrição de rituximab ambulatorial. **Conclusão:** Não há evidências suficientes que suportem a plasmaferese para tratamento de pacientes com Poliangeíte Microscópica com hemorragia alveolar. Porém, no caso descrito a introdução da plasmaferese apresentou benefício clinicamente útil.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1399>

UTILIZAÇÃO DE RECUPERAÇÃO INTRAOPERATÓRIA DE SANGUE EM REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO – ESTUDO DE 42 CASOS

KBL Buratta, AP Bizerril

Grupo Gestor de Serviços em Hemoterapia, Brasil

Objetivo: Avaliar perfil, comorbidades, evolução, transfusão alogênica e desfecho de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio em hospital da rede privada, localizado no bairro de Cascadura/RJ. **Material e métodos:** Realizado estudo observacional descritivo, com levantamento de dados em prontuário de 42 pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio entre janeiro de 2020 e junho de 2023, com utilização de recuperação intraoperatória de sangue homólogo pela XTRA/SORIN. O critério para transfusão de concentrado de hemácias foi de hemoglobina abaixo de 8–9 g/dL quando houve instabilidade hemodinâmica. O número de unidades de plasma, plaquetas e crioprecipitados usados não foram analisados, por não ser o objetivo do estudo. Um hemograma foi obtido antes da cirurgia, na chegada do paciente a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no 5º dia após e no dia da alta hospitalar. O Volume Globular (VG) e Hb foram tabelados, assim como o volume de sangue aspirado, o volume de sangue infundido, o número de CH transfundidos. O levantamento dos dados foi realizado através do Sistema Realblood e do prontuário eletrônico da unidade hospitalar (WPD). A análise dos resultados foi realizada pela estatística descritiva, e os dados foram trabalhados em planilhas do software Microsoft Excel. **Resultados:** Quanto à prevalência, 36 (85,71%) eram do sexo masculino com idade média de 59,08 anos e peso médio de 72,14 kg, e 6 (14,29%) do sexo feminino com idade média de 64,33 anos e peso médio de 67,65 kg. As comorbidades mais encontradas foram: hipertensão arterial (97,62%), doença arterial coronariana (80,95%) sendo 76,47% com infarto prévio, dislipidemia (66,67%), diabetes mellitus (64,29%) e tabagismo (45,83%); 26 pacientes (66,67%) utilizavam antiagregante plaquetário à época da cirurgia. O tempo médio de internação foi de 26,78 dias com média de 15,40 dias de hospitalização após a cirurgia. Quanto à média dos índices hematimétricos: 1) Antes da cirurgia: hemoglobina=12,2 g/dL; 2) No pós-operatório imediato: hemoglobina=11,4 g/dL; 3) No quinto dia de pós-operatório: hemoglobina=10,73 g/dL; 4) Na alta: hemoglobina=10,59 g/dL. A média de sangue recuperado foi em média 1,12 unidade de concentrado de hemácias por procedimento. Durante a cirurgia somente 4,76% teve sangramento importante. Quanto à transfusão alogênica: 9 pacientes (21,43%) foram transfundidos com concentrado de hemácia durante a cirurgia e 5 (11,90%) necessitaram de transfusão no pós-operatório. Três pacientes (7,14%) tiveram que ser reabordados por sangramento e 1 (2,38%) evoluiu para o óbito. No pós-operatório as intercorrências mais observadas foram: fibrilação atrial (19,04%), pneumonia (14,28%), arritmias (9,52%) e sepse (9,52%). **Discussão:** Em média, um terço do sangue recuperado foi infundido beneficiando os pacientes deste estudo. O objetivo maior da recuperação intraoperatória de sangue é diminuir a utilização de concentrado de hemácias nos pacientes, diminuindo as reações inflamatórias e a morbimortalidade, não havendo contraindicação nem complicações observadas pelo uso do método. **Conclusão:** A recuperação intraoperatória de sangue pode ser usado nos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, não havendo contraindicação nem morbidade decorrente do seu uso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1400>