

received hemodialysis. The median SAPS3 was 51 (29–73). Body mass index was 29.93 (± 5.57). The mean length of hospitalisation were 43.46 (± 33.67) and 29.94 (± 22.09) for mechanical ventilation (five patients were discharged in rehabilitation and were not included in this calculation). 45.9% had thrombosis, of which 29.4% during ECMO. 33.3% had bleeding during ECMO. On the day of the circuit installation, the mean value of haemoglobin was 10.9 (± 2.15) and TTPA 1.5 (± 0.76), but it did not influence the number of transfusions ($p > 0.05$). The mean of RBC transfused was higher and statistically significant in the period of ECMO support (9.15 ± 9.10 vs. 2.41 ± 4.26). Only three units of fresh frozen plasma were transfused. All patients received heparin unfractionated as an anticoagulant during ECMO. There was no difference in the patient's use of platelets (apheresis or pool) during the support (0.43 ± 1.05 vs. 0.16 ± 0.72). Any cryoprecipitate was transfused. There was a correlation (Spearman test) between the use of RBC and length of ECMO support ($p < 0.001$), length of hospitalisation ($p < 0.004$), length of mechanical ventilation ($p < 0.004$) and length of intensive care support ($p < 0.001$). **Discussion:** The survival rate of ECMO is about 40%, diminishing with more days in support. Our data was similar to the literature regarding epidemiological characteristics (age, male, high body mass index, and hypertension being the most common chronic disease). Bleeding and thrombosis are frequently associated with ECMO-treated patients with COVID-19, which may lead to the need for transfusion of multiple blood products. Despite that, our results showed that RBC was the product most transfused, and it was correlated with the length of hospital stay, mechanical ventilation, and intensive care support. **Conclusion:** There is an increase in the consumption of RBC for patients with COVID-19 in ECMO support. Blood banks should be prepared for an emergent virus with respiratory symptoms and ECMO support indication.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1406>

INFUSÃO LENTA E CONTÍNUA DE PLAQUETAS INCOMPATÍVEIS EM PACIENTES COM REFRATARIEDADE PLAQUETÁRIA

DMR Speransa, LO Garcia, MT Garcia, L Sekine, JPM Franz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivos: A Refratariedade Plaquetária (RP) é definida quando não há incremento plaquetário adequado, em pelo menos duas transfusões de plaquetas consecutivas, ABO compatíveis, coletadas a menos de 48 horas, podendo ser de causa imune ou não imune. Quando a causa da RP é imune, está indicada a transfusão de plaquetas compatíveis. Porém, quando não há disponibilidade de plaquetas compatíveis e o paciente apresenta sangramento ativo, uma alternativa de tratamento é a infusão lenta e contínua de plaquetas (em inglês, *24-continuous infusion of platelet* ou *platelet drip*), que tem como objetivo principal o controle do sangramento através da

manutenção da integridade do endotélio. O objetivo deste estudo foi avaliar os casos de refratariedade plaquetária imune em que este protocolo foi aplicado. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo que avaliou no período de março/2021 a maio/2023 os pacientes com refratariedade plaquetária imune, sem doador compatível, no cenário de sangramento ativo (WHO grau ≥ 2), que receberam plaquetas incompatíveis no protocolo de infusão lenta e contínua (drip). Para identificação dos anticorpos anti-HLA realizamos o Pannel de Reatividade contra Antígenos HLA (PRA) Classe I (LABScreen®, Single Antigen, One Lambda Inc.) e a prova cruzada de plaquetas por citometria de fluxo. Neste teste, o soro do paciente é incubado com as plaquetas de um ou mais doadores, os resultados obtidos em valores de Fluorescência de Canal Mediano (MCF) são transformados em valores de Deslocamento de Canal Mediano (MCS), na qual a intensidade de fluorescência do soro do paciente é comparada ao valor de intensidade de fluorescência do controle negativo. A prova cruzada é considerada positiva quando MCS for ≥ 90 canais. As plaquetaféreses que apresentaram o menor MCS foram selecionadas para transfusão e fracionadas em alíquotas com volumes menores, de aproximadamente 50 a 120 mL, dependendo do peso do paciente. Posteriormente, foram infundidas em 2 a 4 horas, continuamente, até parar o sangramento. **Resultados:** Foram avaliados seis pacientes com idade 02–65 anos e mediana 47 anos, que apresentaram sangramento ativo e uma contagem média de plaquetas de 2500 mil. O PRA classe I variou entre 73%–98%. O MCS das plaquetas infundidas variou de 228–445. Os diagnósticos eram leucemia mielóide aguda, leucemia linfoblástica aguda B Ph+, leucemia promielocítica aguda, anemia aplásica, leucemia mielocítica crônica, mieloma múltiplo; dois desses pacientes (33%) realizaram transplante. O protocolo drip ficou ativo em uma média de 3 dias. **Discussão:** Em todos os casos analisados, as hemorragias cessaram e não foram reportadas reações durante as infusões de plaquetas incompatíveis. A média em dias para a recuperação plaquetária (alvo de 10 mil), após desativação do protocolo, foi de 7 dias. **Conclusão:** A transfusão lenta e contínua de plaquetas se mostrou uma abordagem eficaz e segura para pacientes com refratariedade plaquetária imune, incluindo os hipersensibilizados (PRA $> 80\%$), que não apresentam plaquetas compatíveis e necessitam de uma alternativa terapêutica para controle de sangramento crítico, que em alguns casos pode ser fatal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1407>

REAÇÃO ALÉRGICA TIPO ANAFILÁTICA GRAVE ASSOCIADA A ÓBITO – RELATO DE CASO

MC Costa, MECS Correia

Grupo GSH, Brasil

Objetivo: Descrição de caso de ocorrência de choque anafilático associado a transfusão com evolução fatal. **Materiais e métodos:** Análise de caso com revisão de prontuário e