

responsável por menos de 1% dos casos de leucemia mielóide aguda. Na morfologia os megacarioblastos são de médio a grande porte e possuem núcleos irregulares ou recortados e citoplasma basofílico com formação de bolhas ou pseudópodes. Megacariócitos pequenos e grandes podem ser misturados com blastos. Adultos com esta leucemia têm uma alta incidência de distúrbio hematológico antecedente, síndrome mielodisplásica e/ou quimioterapia prévia. O diagnóstico requer que os blastos expressem pelo menos uma das seguintes glicoproteínas plaquetárias: CD41, CD61 ou CD42b (como na paciente). A leucemia megacarioblástica aguda em crianças com síndrome de Down é uma entidade distinta, chamada leucemia mielóide associada à síndrome de Down. Em crianças sem essa síndrome pode estar associada a outras alterações citogenéticas. **Conclusão:** Em períodos de grande incidência de casos de arboviroses, é importante ficar atento para o diagnóstico diferencial de outras patologias que levam também a anemia e plaquetopenia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1191>

SOBREVIDA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LEUCEMIA PROMIOLOCÍTICA AGUDA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA: COMPARAÇÃO DE DOIS PROTOCOLOS DE TRATAMENTO

MM Lins^a, MD CD Borborema^a, JR Marinho^b, LS Lúcio^b, MEV Oliveira^b, MJ Petribú^b, MJG Mello^a

^a Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

^b Faculdade Pernambucana de saúde (FPS), Recife, PE, Brasil.

Objetivo: Descrever as características clínico-laboratoriais, a mortalidade e a sobrevida em uma coorte de crianças e adolescentes com diagnóstico de Leucemia Promielocítica Aguda (LPA), comparando dois protocolos de tratamento utilizados no período. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo, incluindo menores de 18 anos com LPA acompanhados no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), entre 2011 e 2023. No período de 2011 a 2018 foi utilizado o protocolo ICC/APL 01 que consiste na associação de Ácido Transretinóico (ATRA) à quimioterapia (Idarrubicina, Citarabina, Methotrexato, Mercaptopurina). A partir de 2019, iniciou-se o protocolo CLEHOP que associou ATRA e Trióxido de arsênio (ATO) à quimioterapia (Idarrubicina), para os pacientes de alto risco (AR) e a associação de ATO e ATRA, sem quimioterapia, para os pacientes de baixo risco (BR). A análise de Sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier, considerando óbito como evento para a sobrevida global e Recidiva para a Sobrevida livre de eventos. **Resultados:** Foram incluídos 46 pacientes, sendo 28 tratados no primeiro período, com o Protocolo ICC/APL 01 e 18 pacientes tratados no segundo período com o CLEHOP. Não houve diferença significativa nas características clínico-laboratoriais entre os dois grupos de pacientes. Os principais sítios de sangramento foram pele, mucosas e SNC. Houve cinco óbitos durante a indução do tratamento, sendo

quatro no primeiro período e um no segundo período. Os óbitos indutórios aconteceram nos primeiros 7 dias do tratamento. Todos os pacientes avaliados após a indução obtiveram remissão completa e cinco pacientes recidivaram, sendo quatro no primeiro período (todos classificados ao diagnóstico como BR). Destes 3 foram resgatados com trióxido de Arsênio e Transplante Autólogo de Medula Óssea (TAMO) e um paciente foi a óbito após a recidiva, com doença em progressão. Houve apenas 1 recidiva no segundo período, paciente de AR resgatado com esquema de ATO, ATRA e TAMO. A frequência total de óbitos foi mais que 3x maior no primeiro período que no segundo ($17,9\% \times 5,6\%$). A sobrevida global no primeiro período foi de 82,1% versus 91,6% no segundo período ($p = 0,46$). **Discussão:** O número absoluto e relativo de óbitos entre os períodos evidencia a possibilidade de redução da letalidade com a mudança do protocolo. Em relação ao tempo de ocorrência do óbito, foi observado a frequência elevada de óbitos na primeira semana do tratamento, relacionados com a apresentação clínica da doença e com a toxicidade dos quimioterápicos. Foi evidenciado melhor sobrevida global, nos pacientes que realizaram tratamento com o protocolo CLEHOP. Essa diferença não apresentou significância estatística, provavelmente devido ao pequeno número de pacientes e o curto intervalo de tempo em que foram acompanhados neste estudo. Nosso estudo também demonstrou uma sobrevida livre de eventos maior nos pacientes tratados com o segundo protocolo (CLEHOP), uma vez que os valores de recidiva e óbitos prevaleceram no primeiro período. **Conclusão:** Houve menor frequência de óbitos e recidivas e melhor taxa de sobrevida nos pacientes tratados com o protocolo CLEHOP

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1192>

HEMOTERAPIA

PREPARO DE COMPONENTE DE ARMAZENAGEM

VALIDAÇÃO DO PROCESSAMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM VISTAS NA QUALIFICAÇÃO PARA ENVIO DE PLASMA À INDÚSTRIA

LPS Dantas, MF Costa, RC Torres, PCCS Júnior, GMS Junior, CS Guimarães, RFD Santos

Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe (IHHS), Aracaju, SE, Brasil

A qualidade dos hemocomponentes produzidos está diretamente ligada a eficácia terapêutica, sendo curcial o monitoramento durante seu fracionamento, armazenamento e transporte. Através de um conjunto rigoroso de testes e análises, é possível garantir que todas as etapas do processamento, desde a coleta do sangue total até o produto final, estejam em conformidade com os mais altos padrões de qualidade e boas práticas hemoterápicas. **Objetivo:** Validar o processamento de sangue total em bolsas quádruplas. Trata-se de um estudo metodológico de validação realizado no período de novembro a dezembro de 2023, em um serviço de

hemoterapia de Sergipe, por meio de metodologia tentativa e erro, atrelado à boas práticas de outros serviços. Baseou-se no índice de conformidade dos hemocomponentes obtidos, sendo eles 07 (sete) bolsas do tipo quádrupla (Macopharma) para o processamento do sangue total e para a segunda fase, que corresponde ao processamento de Plasma Fresco Congelado (PFC) e de concentrado de plaquetas. Quatro (04) bolsas foram validadas na centrífuga THERMO e 03 (três) na centrífuga Presvac 01. Foi elaborada planilha para acompanhamento dos resultados em cada etapa do processo. Na primeira fase o PFC foi submetido à centrifugação leve, armazenado em freezer com temperatura < -80°C para congelamento e, posteriormente, transferido para freezer de armazenamento provisório (ELETROLUX), ainda no setor de produção até a liberação dos testes sorológicos. O PFC foi monitorado durante o período preconizado para congelamento total (até 8 horas após a coleta). Para monitoramento de temperatura foi utilizado Sistema monitoramento digital em tempo real (SEN-SOWEB). As bolsas foram dispostas em quatro prateleiras na posição horizontal. Após o fechamento da porta, o equipamento não foi aberto por um período mínimo de 1 hora. As 07 bolsas foram encaminhadas para dosagem de Fator VIII acondicionadas em caixa de isopor com gelo seco, protegidas por manta térmica. Todas as bolsas de sangue total estavam com volume (massa) dentro do range para produção de todos os hemocomponentes, sendo equivalente ao volume (ml) de 450. O envio das amostras para o laboratório de apoio para realização dos controles foi feito com gelo seco (5 kg) e em caixa de isopor revestida com manta térmica de 21L e temperatura de -45.9°C. Resultados e discussão: O congelamento dos plasmas foi realizado em um tempo médio de 1 hora mantendo temperatura média de -75°C, sendo validado pela dosagem de fator VIII em todas as amostras analisadas, que apresentaram resultado dentro do preconizado ($\geq 0,7$ UI/ml). O percentual geral de conformidade para tempo de produção, congelamento e temperatura alcançada pelo ultrafreezer foi satisfatório. De acordo com as temperaturas registradas pelo sensor durante o processo foi notório perceber que as duas primeiras prateleiras superiores (nas quatro posições) apresentaram menor temperatura e baixa oscilações de variação, enquanto na prateleira inferior a temperatura esteve mais alta porém, com menos oscilação. Durante a validação as temperaturas não ficaram abaixo do range de -20°C, tendo como média -50°C. Conclusão: Validou-se o processo de produção de hemocomponentes devido a performance alcançada em todas as fases monitoradas, demonstrando a assertividade dos equipamentos, técnicas e conhecimento consistente da equipe executante. Constatou-se que o processamento apresenta segurança e eficácia na produção dos hemocomponentes, bem como produz PFC com características homogêneas em todos os lotes. Como desfecho secundário, a validação demonstrou o compromisso do IHHS com a qualidade e segurança, reforçando sua reputação no mercado como o primeiro banco de sangue no Brasil a ser qualificado para o envio de plasma para a HEMOBRÁS.

QUALITY CONTROL EVALUATION OF LEUCODEPLETED RED BLOOD CELL COMPONENTS PREPARATION WITH TOP AND BOTTOM TECHNIQUE IN GSH BLOOD BANK IN SAO PAULO, BRAZIL

MS Aline^a, Akil-Fabiana^a, R Eduardo^a, AD Santos-Janaina^a, F Felipe^a, S Paula^a, García-Rebecca^b, Vianna-Thiago^b, Frontier-Ludwig^b, Moreno-Dalia^b

^a Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

^b Macopharma, Tourcoing, France

Objectives: To evaluate the quality of leukodepleted red cell concentrates (LD-RCC) obtained with top and bottom systems from the whole blood collected and processed in the GSH blood bank Sao Paulo, during 22 – 26 April 2024, verifying local and the European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) Blood Guide. **Material and methods:** The study was performed following European guidelines for blood processing during collection day, after resting at 22°C. Whole blood (WB) was collected using Top and bottom (T&B) quadruple CDP/SAGM with in-line filter bags (n=60, 450 ml), (LQT610L® system Macopharma; France) in GSH blood bank between April 22 - 26 2024. WB was centrifuged on day 0 at 3,500 rpm (Sorval RC 3C Plus) for 15 min. Blood components were separated with Fractionmatic Plus 2 separator (Grifols, Spain) to obtain pre-filtered red cell concentrate (RCC), plasma (PL), and buffy coat (BC). After T&B separation process, the RCC prefilter system was hung to ensure the transfer of SAGM solution into the RCC before filtration (priming). After priming, the system was put upside down, so the complete content of RCC was filtered by gravity and stored at 4°C in the final bag. All Leukodepleted Red Cell Concentrates (LD-RCC) were tested for cell blood count (Cell Dyn- Esmerald, Abbot), residual leucocytes (rWBC) (n=58) (Nageotte camera, Blaubrand), and microbiological culture. Samples excluded due to incomplete data (n=2). **Results:** LD-RCC average volume was 262.8 ml (> 220 ml). The average Hemoglobin (Hb) content and hematocrit (Ht) per unit were 50.64 grams (gr) and 58.21%, respectively, surpassing minimum threshold of 40gr and 50% per unit. The average rWBC count per unit was 0.0264×10^6 , below the maximum allowable limit of 1×10^6 wbc/unit. All samples showed negative results in microbiological culture (compliance 100%), indicating an effective and safe product. According to local and European standards (EDQM), these results presented more than 90% compliance, as follows: Volume: 99.98%, Hb: 99.95%, rWBC: 100%. **Discussion:** The production of blood components each day faces a significant challenge: meeting the community's transfusion demands while ensuring that the blood products maintain the high quality necessary to support the recovery of all recipients. Through this validation, GSH demonstrates that the quality of blood components with top and bottom technique is a methodology applicable to the reality of blood banks in Brazil, not only increasing the quality of the components but also optimizing resources, since meeting quality standards can reduce wastage due to rejected units and improves the efficient use of blood bank reserves. **Conclusion:** These results demonstrate that In-line T&B process produces high-quality