

apresentou resultado reativo no teste sorológico. Dentre as 15 amostras positivas no teste anti-HCV (Químio), 6 (40%) apresentaram resultados concordantes com o teste NAT. Das 36 amostras positivas para o HIV (Químio), 34 (94%) apresentaram resultados concordantes com o teste NAT) e das 31 positivas para os testes de HbsAg e anti-HBC, 29 (93,5%) apresentaram resultados concordantes com o teste NAT. Todos os resultados NAT detectado no pool de 6 amostras, em seguida são testados em reação individual para confirmação. O perfil dos doadores reagentes foi doadores de primeira doação com prevalência maior para o sexo masculino e idade entre 40 e 55 anos. **Conclusão:** Um resultado de NAT HIV detectado e anticorpo HIV (Químio) negativo, dentre as 47.714 amostras analisadas no período, confirma que o NAT indubitavelmente, se faz necessário para complementar os testes sorológicos, sendo um teste relevante para o aumento da segurança transfusional. A fidelização de doadores e uma triagem clínica criteriosa são também fatores de grande relevância para o aumento da segurança transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1548>

RELATO DE INVESTIGAÇÃO DE SOROCONVERSÃO PARA ANTI-HIV DE UMA DOADORA DO VITA HEMOTERAPIA DA BAHIA

S Falcão, R Coutos, EB Menezes, LPD Santos, CL Oliveira, TC Pinheiro, E Lima, A Soares, A Pires

Vita Hemoterapia da Bahia, Salvador, BA, Brasil

Introdução: : Somente a partir de 1985 o Brasil teve acesso aos testes sorológicos para detecção do anti-HIV 1/2 na triagem sorológica de doadores de sangue e, em 1989, a pesquisa deste anticorpo tornou-se obrigatória em todos os bancos de sangue do país. A Portaria de Consolidação 5/2017, do Ministério da Saúde, redefiniu o regulamento técnico dos procedimentos hemoterápicos então vigentes, tendo como base a Resolução 34/2014 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. De acordo com essa portaria, para detectar a presença do HIV nos doadores, são obrigatórios testes sorológicos (que detectam anticorpos ou complexo antígeno-anticorpo) e moleculares (que, pela tecnologia do ácido nucleico, detectam diretamente a presença do vírus). Para fins de segurança das transfusões sanguíneas, apenas um teste positivo é suficiente para o descarte da bolsa de sangue. Os indivíduos que possuem anticorpos anti-HIV são considerados HIV-positivos. Entretanto, o diagnóstico de AIDS só é estabelecido com base nas manifestações clínicas. **Relato de caso:** : A.D.S., 38 anos, doadora de repetição do Vita Bahia, tendo doado em 08/10/22 com sorologia negativa e Teste de Ácido Nucléico (NAT) (PCR tempo real) não detectado, retorna em 16/09/23. Nesta ocasião apresentou o teste anti-HIV1,2(A) (Químio) negativo (D.O 0,054) e NATHIV (PCR tempo real) em pool de 6 amostras, detectado e confirmado com o NATHIV individual, os hemo-componentes foram descartados. Convocada para coleta de nova amostra em 04.10.23, compareceu no dia 05.10.23. O resultado da segunda amostra foi anti-HIV (Eletroquímio) DO 0.066 negativo, o NATHIV (PCR tempo real) detectado e W.Blot

Ausência de bandas. Foi acordado com a doadora a coleta de uma terceira amostra no dia 23.10.23, sendo HIV1,2 (A) (Químio) negativo (D.O 0,108), NATHIV (PCR tempo real) detectado – carga viral 376 cópias/ML. Revendo o questionário da triagem clínica de 08.10.22, a doadora relata que fez doação em outro serviço há um ano e afirma estar sem parceiro há 4 meses e no questionário da triagem clínica de 16.09.23, ela relatou estar com namorado fixo há um ano, provável causa da contaminação. A doadora compareceu ao banco de sangue no dia 14.11.23, junto com o namorado, conforme orientada. A doadora foi encaminhada ao serviço de referência e foi coletada amostras do namorado (E.B.S), 40 anos, para realizar os testes com os seguintes resultados: HIV 1,2 (A) (Químio) reativo (D.O 236.315), NATHIV (PCR tempo real) detectado e W. Blot reagente (ENV:GP 160, GP41; POL: P31; GAG: P24). Contatos telefônicos foram realizados para orientação e encaminhamento, sem sucesso. Foi realizada notificação na Vigilância epidemiológica. **Discussão:** A triagem clínica e sorológica criteriosa são fundamentais para diminuição dos riscos transfusionais, a fidelização de doadores é também de fundamental importância, não somente com relação ao HIV, mas para todas as doenças infecciosas passíveis de transmissão pela transfusão. Além disso, o NAT, obrigatório desde 2014 nos bancos de sangue, reduzindo o período de janela imunológica, é outro fator de grande relevância para o aumento da segurança transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1549>

FREQUÊNCIA DE ANTICORPOS IRREGULARES EM UMA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DO EXTREMO NORTE DO BRASIL

IYS Caitano^a, LCA Holanda^b, VBSC Sampaio^b, WF Lotas^a, VS Paula^{c,d}, IG Fortes^{b,c,d}

^a Claretiano - Pólo Boa Vista, Boa Vista, RR, Brasil

^b Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, Boa Vista, RR, Brasil

^c Laboratório de Virologia e Parasitologia Molecular, Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^d Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A identificação de anticorpos irregulares é fundamental para a segurança transfusional, prevenindo reações adversas e aloimunização em pacientes que recebem transfusões de sangue. **Objetivo:** Descrever os principais anticorpos irregulares (PAI) encontrados no ano de 2023 na agência do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista - Roraima, extremo norte do Brasil. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo. Foi realizado levantamento dos exames de PAI positivos do ano de 2023 na agência transfusional. Verificou-se a especificidade de anticorpo, sexo, grupo sanguíneo dos pacientes e hospital de origem. As informações foram tratadas em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2016 para análise de frequência. Os exames foram realizados pela técnica Gel

centrifugação, BioRad, de acordo com as instruções do fabricante utilizando um kit de painel de hemácias. **Resultados:** No período de 2023, foram realizados 3286 testes de PAI. Destes, 22 amostras (0,67%) foram positivas. A detecção de anticorpos irregulares revelou a maior prevalência de Anti-D em 3 pacientes (13,6%), Anti-K em 2 pacientes (9,1%) e Anti-E, Anti-Jsb, Anti-Fya, Anti-Fyb, Anti-Lea e Anti-M, cada um encontrado em 1 paciente (4,5%). A distribuição dos tipos sanguíneos foi: O+ com 15 pacientes (68,2%), O- com 3 pacientes (13,6%), A+ com 2 pacientes (9,1%), A- com 1 paciente (4,5%) e B+ com 1 paciente (4,5%). Além disso, houve 3 testes não realizados (13,6%) devido à ausência de kit para identificação, e 8 resultados inconclusivos (36,4%) devido ao ensaio de autocontrole e/ou Coombs direto com reação positiva, o que dificulta a identificação do anticorpo. A distribuição por sexo mostrou uma predominância de mulheres, com 16 pacientes (72,7%), enquanto 6 pacientes eram homens (27,3%). Cerca de 12 (54%) testes eram provenientes de pacientes internados de hospitais externos que a agência transfusional dá suporte (03 privados e 01 hospital Estadual) e 10 (45%) exames correspondiam a solicitações internas. **Discussão:** A prevalência dos aloanticorpos e a especificação de cada um receptores de sangue faz-se necessário para a proteção do receptor em minimizar possíveis reações transfusionais, visto que os anticorpos identificados possuem importância clínica transfusional e obstétrica. Detecção de Anti-D como o anticorpo mais frequente é consistente com outros estudos, ressaltando a importância da triagem para este anticorpo. A presença de outros anticorpos, embora menos frequente, também indica a necessidade de uma vigilância abrangente. A taxa de resultados inconclusivos e testes não realizados destaca desafios operacionais. A predominância do grupo O+ reflete a distribuição geral da população. **Conclusão:** O estudo reforça a importância da triagem de anticorpos irregulares para a segurança transfusional. A prevalência de anticorpos como Anti-D e Anti-K sublinha a necessidade de vigilância contínua. A identificação de anticorpos irregulares possibilita uma transfusão segura em situações de urgência, visto a possibilidade de escolha de hemocomponente com antígenos correspondentes negativos. Os resultados inconclusivos sugerem a possibilidade da investigação por outros painéis de hemácias ou outras técnicas imunohematológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1550>

AFÉRESE

COLETA DE LINFÓCITOS POR AFÉRESE PARA MANUFATURA DA TERAPIA CAR-T CELL, COM ÊNFASE NA AVALIAÇÃO DA DOSAGEM DAS CÉLULAS CD3+ PERIFÉRICAS

LK Acioli, PTR Almeida

Instituto Pasquini Hemoterapia e Hematologia - Grupo Pulsa, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A maioria das instituições que realizam coleta de Células Progenitoras Hematopoiéticas de Sangue

Periférico (CPH-SP) por aférese tem a competência de coletar linfócitos para a terapia, considerando que do ponto de vista técnico não são muito diferentes. Entretanto, atingir a quantidade celular alvo pode ser um desafio, considerando que para a coleta de Concentrado de Linfócitos, além de não possibilitar mobilização para o sangue periférico, devemos considerar a linfopenia do paciente, que em grande parte são submetidos a várias linhas de tratamento quimioterápico. Após a quimioterapia recente, a primeira subpopulação linfocitária a incrementar no sangue periférico é de células NK e não de CD3+, podendo aumentar a dificuldade. **Objetivos:** Compartilhar a experiência das coletas de Concentrado de Linfócitos por aférese, realizadas para manufatura da terapia Car-T Cell adulto e pediátrico. **Materiais e métodos:** Análise descritiva retrospectiva, dos dados das coletas de Linfócitos por aférese para Terapia Car-T Cell na instituição, no período de 10/2022 até 05/2024. Os dados analisados foram: dosagem de CD3+ no sangue periférico, volemia de sangue total processada, produto coletado e a análise de eficiência da aférese. A dosagem celular ideal considerada é de no mínimo 1×10^9 células CD3+ para pacientes com diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda (LLA) e 2×10^9 para pacientes com diagnóstico de Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB). **Resultados:** No total foram analisadas 27 coletas em 21 pacientes, sendo 19 coletas em 16 pacientes adultos com diagnóstico de LDGCB e 8 coletas em 5 pacientes pediátricos com diagnóstico LLA. A dosagem celular ideal foi atingida em coleta única em 14 pacientes adultos e em 3 pacientes pediátricos, volume processado médio 3,5 volemias e eficiência média de 65,5% nas aféreses. **Discussão:** Se mostrou um desafio para alcançar a dosagem celular ideal em única coleta, nos pacientes adultos com dosagem de CD3+ periférico inferior a $300 \times 10^3/\text{ml}$ e os pediátricos com dosagem inferior a $600 \times 10^3/\text{ml}$. Se fez necessário em adulto, três coletas por aférese quando dosagem de CD3+ periférico $< 100 \times 10^3/\text{ml}$ (atingido $2,59 \times 10^9$) e duas coletas por aférese com dosagem $< 340 \times 10^3/\text{ml}$ (atingido $3,19 \times 10^9$). Quando pediátrico, três coletas com dosagem $< 90 \times 10^3/\text{ml}$ ($0,75 \times 10^9$) e duas coletas com dosagem $< 300 \times 10^3/\text{ml}$ na primeira e $< 600 \times 10^3$ na segunda ($1,94 \times 10^9$). O total de leucócitos parece não ter tanta significância para o produto coletado, relatando um paciente adulto com 49 kg, Leucócito Total 0.896×10^3 , Linfócito Total 396×10^3 , CD3+ periférico $395 \times 10^3/\text{ml}$, volume processado 12.250 ml (3,9 volemias) e produto final satisfatório de $3,32 \times 10^9$. **Conclusão:** A dosagem de CD3+ periférico associado a volemia de sangue total do paciente, evidenciam maior relevância como parâmetro para programação da aférese, assim não definindo o volume total que será processado com base somente na dosagem de CD3+ periférica. Buscamos um número total de células no produto final, contrapondo a experiência adquirida na avaliação da dosagem das células periféricas para coletas de CPH-SP, que desejamos quantidade de células conforme o peso do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1551>