

foram incluídos na revisão. **Resultados/discussão:** Dos oito artigos encontrados, cinco (62,5%) não demonstraram associação entre a melhora clínica e a transfusão de plasma convalescente para o tratamento da COVID-19. Nesses cinco estudos, além da melhora clínica, também foram avaliadas as taxas de mortalidade, os marcadores inflamatórios, o tempo de hospitalização, a admissão na UTI e a duração da ventilação mecânica. Em um deles, o uso do plasma convalescente foi relacionado a menor taxa de mortalidade e em outro à diminuição dos marcadores inflamatórios. Nos demais não houve nenhuma associação. Dos três trabalhos nos quais houve melhora clínica associada à utilização do plasma convalescente (37,5%), dois são relatos de caso: um de uma mulher grávida e o outro de uma paciente com Imunodeficiência Comum Variável e no terceiro artigo não havia um grupo de controle para a comparação dos resultados. Nos oito trabalhos, os indivíduos tratados possuíam sintomas graves de COVID-19 e acredita-se que o plasma convalescente seja mais efetivo nos estágios iniciais da doença, logo o tempo para a sua administração é relevante para os resultados clínicos. Além disso, os estudos diferem quanto ao desenho, ao fato de serem ou não controlados e randomizados, à quantidade de plasma transfundido, aos níveis de anticorpos presentes em cada bolsa e todos possuem um baixo número amostral. Todas essas variáveis impedem uma real comprovação sobre a eficácia desse tratamento. **Conclusão:** Os dados indicam que a transfusão de plasma convalescente para o tratamento da COVID-19 na população geral não foi associada à melhora clínica. Entretanto, parece ser benéfica em situações específicas, nas quais os demais tratamentos não geram o efeito esperado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1621>

SUPORTE TRANSFUSIONAL EM PACIENTE COM DEFICIÊNCIA G6PD E CRISE HEMOLÍTICA AGUDA POR COVID 19 – RELATO DE CASO

KT Pires, VA Brum, KCCD Santos, MECS Correia, F Akil

Grupo GSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: : Relato de caso de paciente com deficiência de G6PD com crise hemolítica aguda desencadeada por infecção por COVID 19 e uso de fármaco. **Material e métodos:** Acompanhamento clínico e laboratorial durante a internação, registros em prontuário eletrônico. **Resultados:** : M.F, 61 anos , sexo feminino , anemia crônica e diagnóstico de deficiência G6PD há dois anos, a partir de investigação de quadro hemolítico do filho. Chega a emergência com sintomas gripais, adinamia , dispneia de início há 3 dias. Refere uso de Ibuprofeno. Ao exame fâcies de dor, hipotensão arterial leve, TAX = 37,8C, FR = 35ircpm, FC = 110bpm, RCR2T, sopro sistólico3+/6, satO₂ 88%, ausculta pulmonar com estertores creptantes. PCR positivo para COVID 19. Hb = 5,7, Ht = 16,5, leucócitos36.600, plaquetas 475.000, LDH = 550U/L, BI = 4 mg/dl . HD: Covid 19, e pneumonia bacteriana. Internada em CTI, iniciado Rendesivir, Azitromicina e Amoxicilina+Clavulanato, protocolo de prevenção de TVP. Solicitada transfusão de concentrado de

hemácias filtrado. Paciente evolui nos dias subsequentes com piora da sensação de cansaço, adinamia á despeito de quadro pulmonar leve. Apresentou aumento de LDH para 1140U/L, Hb = 4,3 g/dl, BI = 7 mg/dl, PCR = 4 mg/dl, icterícia, colúria, TGO = 107u/L, TGP = 76U/L, Ur = 70 mg/dl, Cr = 1,1 mg/dl, amilase = 108 U/L. Prescrito duas bolsas de concentrado de hemácias filtrados. Após a transfusão paciente apresentou melhora da adinamia, FR = 19ircpm, FC = 90bpm. No dia seguinte HB = 8,7g/dl, LDH = 840U/L. Em 48:00h apresentou quadro de cefaleia intensa, com hemicrania, escotomas cintilantes, sem desvio de comissura labial. Realizados exames complementares de imagem, afastada possibilidade de AVC, queixa interpretada como enxaqueca, sem alívio com Ibuprofeno, administrada Dipirona. Evolui com palidez, hipotensão postural, LDH = 2000, HB = 5,5. Realizada a transfusão de mais duas bolsas de concentrado de hemácias filtradas. Após 48 horas HB = 9,4. Durante internação evoluiu com ITU. Recebeu alta após 20 dias, com HB = 10g/dl, LDH = 105U/L, BI = 0,9 mg/dl. **Discussão:** : A deficiência de G6PD, é uma doença hereditária com principal manifestação crise hemolítica diante de gatilhos. Os principais gatilhos são infecções e exposição a fármacos com propriedades oxidativas. Entre os medicamentos que devem ser evitados podemos citar salicilatos, sulfonamidas, nitrofuranos, derivados da vitamina K, dapsona, fenazopiridina, ácido nalidixico, azul de metileno, dipirona, hidroxicloroquina, captopril, inalapril .A hemólise pode ser acentuada com necessidade de transfusão. Paciente teve quadro infeccioso e uso de Dipirona, como fatores atribuídos a hemólise e descompensação hemodinâmica por anemia, transfundiu durante a internação um total de 4 bolsas de CHF. **Conclusão:** A deficiência de G6PD não tem tratamento específico e o objetivo principal é evitar a exposição aos gatilhos oxidativos e de hemólise. Os pacientes devem ser orientados a respeito dos fármacos que devem ser evitados e a equipe médica estar em alerta para monitorar a possibilidade de descompensação hemodinâmica e necessidade transfusional em caso de gatilhos infecciosos, assim como seleção rigorosa de medicações prescritas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1622>

EVOLUÇÃO CLÍNICA, REAÇÕES TRANSFUSIONAIS E SEGURANÇA DA TRANSFUSÃO NOS RECEPTORES DE HEMOCOMPONENTES PROVENIENTES DE DOADOR COM SOROLOGIA POSITIVA E/OU PCR DETECTÁVEL PARA SARS COV 2

MBS Bulhões^a, CR Cohen^b, RE Boehm^b, GG Correa^b, JARA Corrêa^b, G Pasqualim^a, CV Batista^a, JVB Cardoso^a, BD Arbo^a, L Sekine^{a,b}

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), RS, Brasil

Objetivos: Verificar a eficácia e segurança da transfusão de hemocomponentes de doadores com sorologia positiva e/ou