

ID - 1585

RENDIMENTO EFETIVO DA COLETA DE MEDULA ÓSSEA, ESTIMANDO A PERDA DURANTE O PROCESSO DE FILTRAÇÃO, NO HOSPITAL BP

GMB Leal, DC Benini, LP Fernandes,
RP Battaglini, IHF De Paula

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A coleta de células progenitoras obtidas diretamente da medula óssea é um procedimento realizado em centro cirúrgico, sob anestesia geral, com diversas punções da crista ilíaca. O procedimento dura cerca de 90 minutos e a medula óssea do doador se recompõe em aproximadamente 15 dias. Para maior segurança, ao final do procedimento a medula coletada é filtrada utilizando dois filtros de 500 e 200 microns, para remoção de partículas óssea, gorduras e coágulos, porém a filtração tem impacto na perda de células, pois o filtro também retém uma parte dos leucócitos, impactando no desfecho do produto final. **Objetivos:** Avaliação da filtração da medula óssea em relação a perda celular durante a filtração do produto ao final da coleta e também controle microbiológico, devido a manipulação. **Material e métodos:** O estudo foi realizado entre março e junho de 2024 em um total de 16 coletas de células progenitoras coletadas diretamente da medula óssea. Foram realizadas contagens de leucócitos/mm³ em várias etapas do processo. Foi considerado L1: leucócitos/mm³ de uma amostra coletada no meio do procedimento, para projeção do quanto a mais de volume deveria ser coletado para um transplante; L2: leucometria/mm³ no final do procedimento, pré filtração; L3: leucócitos/mm³ do produto coletado após a filtração. As análises foram realizadas em contador hematológico. Amostras em sistema fechado foram coletadas para culturas microbiológicas anaeróbicas, aeróbicas e para fungos. **Resultados:** A média da contagem de leucócitos no meio do procedimento (L1) foi de 31.197 células/mm³; ao final do procedimento, pré filtração, foi de 28.124 células/mm³, a contagem pós filtração, de 26.288 células/mm³. Houve uma perda de 6,52% entre os resultados pré e pós filtração. A média do volume coletado de medula foi de 1.010 mL (371 mL – 1.646 mL). Não houve crescimento microbiológico nas 16 medulas coletadas neste período. **Discussão e conclusão:** A análise demonstrou uma perda leucocitária de 6,52%, do produto coletado após a filtração. Paralelamente a isso foi observado uma diferença leucocitária pós filtração entre a contagem realizada pelo contador hematológico (L3), e o citômetro de fluxo (L4), quando se realiza a quantificação de células CD34+ em equipamento que utiliza plataforma única, ou seja, que contém “beads” de contagem de leucócitos. Na metodologia pelo citômetro não é quantificado eritroblasto, levando a uma diferença de contagem de leucócitos pós filtração de 27,4% entre o contador hematológico e o citômetro. O valor da leucometria pelo citômetro, pós filtração (L4) foi de 19.068 células/mm³. Compreender a porcentagem de perda permite ao médico planejar o volume coletado de medula óssea de forma mais eficaz, compensando a perda esperada de 6,52% com a filtração do produto

ou mesmo outras diferenças quando se utiliza outras metodologias na citometria de fluxo, garantindo que a dose celular adequada seja obtida para o transplante do paciente

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105552>

ID - 3290

RESULTADOS E DESAFIOS NO PRIMEIRO ANO DE UM CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA NO NORDESTE DO BRASIL

MV Carvalho Rodrigues Gonçalves, SR Simões,
VC Santos, STA Accioly, FG Valente,
LO das Neves, ALA Santos

Hospital Santa Isabel, Salvador, BA, Brasil

Introdução: A implantação de um serviço de transplante de medula óssea (TMO) vai além da adequação da estrutura física, exigindo uma gestão integrada que promova qualidade, segurança e capacitação contínua da equipe. Este serviço é essencial no tratamento de doenças hematológicas graves, cujas chances de cura dependem diretamente da excelência da assistência prestada. Nesse contexto, o presente estudo foca nas estratégias adotadas para superar os desafios inerentes ao processo de implantação e garantir a sustentabilidade e perenidade do serviço. Tem como objetivo Analisar o desempenho e processo de implantação de um serviço de TMO em um hospital filantrópico de grande porte. **Relato de caso:** Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado em um hospital filantrópico de grande porte, em Salvador, Bahia. baseado na análise prospectiva das ações de gestão realizadas desde o início do projeto, incluindo a integração multidisciplinar, desenvolvimento de protocolos, treinamento da equipe e adequação da infraestrutura. Foram realizadas 40 sessões de capacitação com metodologias ativas para equipe multidisciplinar, alinhadas a reuniões mensais entre os setores envolvidos visando o monitoramento dos avanços e a realização de ajustes necessários. Durante o processo de implantação do serviço, quatro pilares principais sustentaram as ações realizadas. Em primeiro lugar, a gestão integrada e a multidisciplinaridade mostraram-se fundamentais para o sucesso, com a criação de canais de comunicação regulares e o envolvimento direto da liderança hospitalar, o que possibilitou o alinhamento dos objetivos e a resolução rápida de entraves. A capacitação contínua da equipe também foi um fator-chave, tendo sido realizados treinamentos específicos focados no atendimento seguro e na aplicação de protocolos adaptados ao perfil dos pacientes transplantados, fortalecendo a cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar. Apesar dos desafios físicos e operacionais, especialmente a demora na finalização da estrutura física necessária, o planejamento detalhado e o engajamento da equipe contribuíram para minimizar os impactos negativos, garantindo a inauguração do serviço com alta qualidade assistencial. Além disso, os resultados clínicos alcançados nos primeiros meses de funcionamento foram promissores, com a realização de 19 transplantes autólogos em um ano de funcionamento com uma taxa de pega medular de 100%,

evidenciando a eficácia do modelo implantado e a qualidade do atendimento prestado. **Conclusão:** A excelência na implantação do serviço de TMO depende tanto da infraestrutura adequada quanto das estratégias de gestão, capacitação contínua e comunicação eficiente entre as equipes. O investimento em formação, padronização de processos e liderança comprometida foi decisivo para alcançar resultados clínicos superiores aos padrões nacionais, além de ampliar o acesso regional a terapias avançadas. O serviço está preparado para evoluir, ampliando o volume e a complexidade dos transplantes. Os desafios futuros incluem a consolidação da rotina assistencial, ampliação das modalidades de transplante e fortalecimento da capacitação técnica, visando à expansão da oferta e melhoria contínua da qualidade do serviço.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105553>

ID - 1544

RISCOS DO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: A DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO

BV Vilhena Gomes, EL Garcêz Reis,
V Viana Furtado, L Barros da Silva,
L Celestino Pinto

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia,
Belém, PA, Brasil

Introdução: O transplante de medula óssea é uma importante modalidade terapêutica utilizada no tratamento de diversas doenças hematológicas, como leucemias e linfomas. Apesar de seus benefícios, essa terapia envolve riscos significativos. Dentre eles, destaca-se a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), uma grave complicação imunológica que pode se apresentar nas formas aguda ou crônica, comprometendo diversos órgãos. Por ser reconhecida como uma das principais causas de óbito após o transplante, a DECH constitui um dos maiores desafios clínicos no contexto do TMO. **Objetivos:** Realizar uma revisão narrativa sobre os riscos associados ao transplante de medula óssea, com foco na fisiopatologia, manifestação clínica, estratégias diagnósticas e terapêuticas da DECH. **Material e métodos:** Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, utilizando os descritores: “Transplante de Medula Óssea”, “GVHD”, “Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro” e “DECH” para a busca de artigos nas plataformas: PubMed, SciELO e Science Direct, incluindo estudos do período de 2010 a 2025, que abordassem fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e/ou abordagens terapêuticas da DECH. **Discussão e conclusão:** A DECH é uma complicação imunológica mediada por células T imunocompetentes do doador, os quais reconhecem as células do receptor como estranhas devido à disparidade nos antígenos de histocompatibilidade. Como consequência, ocorre uma intensa resposta inflamatória sistêmica, em que as células T CD8 citotóxicas do doador reconhecem os tecidos do receptor como estranhos, proliferam e desencadeiam uma resposta imunológica que resulta em lesões teciduais significativas em diversos órgãos. Pode se apresentar em duas formas clínicas: aguda e

crônica. A forma aguda se manifesta especialmente nos primeiros 100 dias, sendo caracterizada por sintomas como erupção maculopapular, diarreia aquosa e icterícia. Por outro lado, a forma crônica costuma ocorrer após esse período e é marcada por manifestações autoimunes multissistêmicas, podendo envolver o sistema oral, esofágico, fascial e ocular. O diagnóstico fundamenta-se em uma avaliação clínica, associada a exames laboratoriais e histopatológicos. Atualmente, as abordagens terapêuticas mais recentes têm contribuído significativamente para o aumento da sobrevida e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes acometidos pela DECH. Um exemplo é o ruxolitinibe, que, em um estudo com 48 pacientes, foi administrado com mediana de 340 dias após o início da DECH, apresentando uma taxa de resposta geral de 33% e sobrevida livre de falha de 58%. Outro fármaco em estudo é o ofatumumabe, cuja eficácia foi avaliada em 38 pacientes com DECH refratária, resultando em uma taxa de resposta clínica de 62,5% após seis meses de tratamento. A DECH permanece como uma das principais complicações associadas ao transplante de medula óssea, representando um grande desafio clínico devido à sua elevada mortalidade. Apesar das limitações terapêuticas, os avanços recentes no desenvolvimento de novas abordagens demonstram perspectivas promissoras no controle da doença, especialmente em casos refratários. Diante disso, é essencial a continuidade das pesquisas e o investimento em terapias mais eficazes e individualizadas, visando à melhoria dos desfechos clínicos dos pacientes submetidos ao transplante de medula óssea.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105554>

ID - 3119

ROMIPLOSTIM IN HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTS WITH PLATELET TRANSFUSION RESTRICTIONS

RM Amaral, CMS Pinto, VC Ginani, ACR Correa,
LL Quintino, LS Domingues, MG Matos,
RV Gouveia, A Seber

GRAACC, São Paulo, SP, Brazil

Introduction: Patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HCT) are expected to have severe thrombocytopenia. We have been through several blood shortages e.g. holidays, viral outbreaks, live mass vaccinations, environmental disasters and lack of public education to increase volunteer donations. Some patients refuse transfusions due to religious convictions, such as the Jehovah's Witnesses. In the latter, hematologic support may be limited, potentially compromising the safety of the procedure. Romiplostim, a thrombopoietin receptor agonist, has shown promise in refractory thrombocytopenia scenarios, but its use in the HCT setting remains underexplored. **Aim:** Our objective was to investigate the role and safety of romiplostim as an adjuvant agent for platelet support in pediatric HCT to reduce platelet transfusion requirement, prevent adverse effects and alloimmunization, and also include patients with transfusion objection based on religious beliefs. **Method:** Romiplostim was