

Introdução: A transfusão de granulócitos é indicada nos quadros de neutropenia severa ($<500/\mu\text{L}$) com infecções não responsivas às terapias convencionais. A coleta de granulócitos é feita através de aférese em equipamentos automatizados de fluxo contínuo ou intermitente. Para viabilizar o procedimento, o doador necessita de acesso venoso adequado, passar por triagem clínica/sorológica e avaliação do hemograma (contagem de leucócitos $> 5.000/\mu\text{L}$), e realização de prova de compatibilidade. Esta etapa é conhecida como rastreamento. Os exames têm validade de 72h. Após aprovação, o doador passará por estimulação medicamentosa com Corticoide oral e/ou fatores de crescimento subcutâneo (G-CSF) para a coleta. O produto deverá ser coletado e infundido em até 24 horas. **Objetivo:** Descrever os desafios na efetivação de coleta de granulócitos para paciente em pós transplante imediato de medula óssea. **Descrição do caso** **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de caso. O caso foi acompanhado em um hospital federal oncológico localizado no Rio de Janeiro, em julho de 2025. **Resultados e discussão:** Foram captados 12 doadores ABO/Rh compatíveis pela família, sendo elegíveis e coletados apenas 3 (25%). Tipos de impedimentos encontrados: 4 (33,5%) acesso venoso inadequado; 1 (8,3%) leucometria baixa; 1 (8,3%) sem condições emocionais; 1 (8,3%) desistência de coleta; 1 (8,3%) menor de idade sem RG; 1 (8,3%) diarreia aguda. Vale ressaltar que a primeira coleta ocorreu 1 semana após o início da captação dos doadores. Após a terceira infusão de granulócitos no paciente, houve melhora clínica e suspensão de novas transfusões. Além das exigências técnicas para o procedimento proposto, encontramos outros desafios que aumentam a complexidade na obtenção deste produto, tais como: 1) Disponibilidade de tempo dos doadores: O procedimento demanda duas vindas do doador ao serviço: a primeira para rastreamento, orientações sobre o procedimento e entrega das medicações, a segunda para a doação, que leva, em média, duas horas; 2) Orientações sobre a mobilização: Deve ser feita de maneira clara e didática pois exige a compreensão sobre a administração por vias oral e subcutânea no horário correto a fim de otimizar a coleta do produto; 3) Comunicação intersetorial e multidisciplinar: é necessário a coesão de vários setores da Hemoterapia (Recepção, Triagem Clínica, Aférese, Imunohematologia e Sorologia) e da instituição (farmácia, clínica solicitante). **Conclusão:** A captação de doadores de granulócitos é essencial uma vez que a perda de potenciais doadores é significativa. A Multidisciplinaridade de setores envolvidos aumenta o risco de falha na comunicação. Cabe destacar que há escassez de relatos de caso sobre os desafios na seleção do doador e no sucesso da coleta, tornando esse trabalho uma contribuição importante nesse tema. Acrescido ao fato, o procedimento é pouco frequente e realizado em caráter de urgência o que dificulta a obtenção de doadores e padronização dos fluxos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105587>

ID - 332

DESAFIOS NO GERENCIAMENTO DE HEMOCOMPONENTES EM PACIENTES COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA (PTT): RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE MACEIÓ/AL

CP Lopes ^a, DO Cardoso ^b

^a Grupo GSH, Maceió, AL, Brasil

^b Grupo GSH, Salvador, BA, Brasil

Introdução: A púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) é uma doença rara e grave, caracterizada por microangiopatia trombótica, agregação plaquetária intravascular e anemia hemolítica, com risco elevado de mortalidade. O tratamento de escolha é a plasmaférese terapêutica, que exige transfusão diária de grandes volumes de plasma fresco congelado (PFC). Esse cenário impõe grandes desafios logísticos às agências transfusionais, que precisam responder de forma imediata e coordenada para garantir a continuidade do tratamento. **Descrição do caso:** Este trabalho descreve a experiência da agência transfusional de um hospital privado de Maceió/AL no suporte hemoterápico a um paciente com diagnóstico de PTT, internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) entre 05 de abril e 03 de maio de 2024. Durante esse período, foram realizadas 19 sessões de plasmaférese, totalizando 398 unidades de PFC administradas — média de 20,9 unidades por sessão. Essa demanda contínua e elevada exigiu um gerenciamento intensivo de todos os processos relacionados à hemoterapia. Entre as estratégias adotadas, destacam-se: * A reavaliação diária do estoque de PFC, com controle rigoroso de validade e quantidades disponíveis; * Armazenamento adequado em freezers específicos entre -18°C e -25°C , conforme a RDC n° 34/2014, com manutenções preventivas regulares; * Protocolos internos para descongelamento ágil via banho-maria, com tempo médio de resposta inferior a 30 minutos; * Comunicação diária com a equipe multiprofissional da UTI, permitindo planejamento e previsibilidade das solicitações; * Contato contínuo com o hemocentro fornecedor para reposição emergencial e escalonada; * Ações de captação ativa de doadores, com foco em doadores regulares e familiares do paciente, para repor o estoque de plasma. A experiência evidenciou a importância da integração entre os setores envolvidos no atendimento transfusional, sobretudo em situações de alta complexidade como a PTT. A previsibilidade no consumo, a organização de estoque em tempo real, o preparo técnico das equipes e os protocolos bem definidos foram determinantes para garantir a segurança e a continuidade do tratamento. **Conclusão:** Conclui-se que o manejo transfusional de pacientes com PTT exige muito mais que a simples disponibilização de hemocomponentes. Trata-se de um processo que demanda planejamento estratégico, infraestrutura adequada e comunicação efetiva entre todos os setores envolvidos, desde a captação de doadores até a liberação final do plasma para uso clínico. A vivência relatada

reforça a necessidade de preparo institucional para atender com eficiência doenças raras, porém críticas, como a PTT, onde cada minuto pode representar a diferença entre a vida e a morte.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105588>

ID – 897

DOSAGEM DE FIBRINOGÊNIO E RISCO DE SANGRAMENTO EM PACIENTES SUBMETIDOS À PLASMAFÉRESE TERAPÊUTICA

M Moraes^a, E Oliveira^b, F Perini^b, N Remigio^a, I Lima^a

^a GSH, Brasília, DF, Brasil

^b GSH, São Paulo, SP, Brasil;

Introdução: Embora conhecidos os efeitos da plasmaférese sobre a hemostasia, não há protocolo definido para controle laboratorial ou manejo das alterações. A ocorrência de eventos hemorrágicos é baixa (< 10%), pelo baixo significado clínico, uso de medidas profiláticas ou subnotificação. A principal alteração transitória é do fibrinogênio, cuja meia-vida (96h) excede o intervalo entre sessões. Vários fatores influenciam essas alterações: volume de troca, número de procedimentos, fluido de reposição, tipo de anticoagulante, procedimentos invasivos e anticoagulação concomitante. Intervenções geralmente são indicadas com níveis <100mg/dL, embora estudos recentes considerem <80mg/dL. As condutas incluem transfusão de plasma fresco congelado ou crioprecipitado, administração de fibrinogênio ou ajuste no intervalo das sessões. **Objetivos:** Analisar os níveis de fibrinogênio, necessidade de transfusão e risco de sangramento em pacientes submetidos à plasmaférese terapêutica. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo de prontuários de pacientes submetidos a plasmaférese terapêutica entre 01/10/2023 e 07/03/2025, em hospitais atendidos pelo Banco de Sangue do Grupo GSH. Avaliadas as dosagens de fibrinogênio (antes e após o tratamento), número de sessões, fluido de reposição, intercorrências e necessidade de transfusão. Considerou-se baixo fibrinogênio ≤ 100 mg/dL. **Resultados:** Dos 315 pacientes analisados, 191 (60,6%) realizaram dosagem de fibrinogênio antes e 180 (57,1%) após o término, totalizando 216 (68,6%) com ao menos uma dosagem. Os valores iniciais variaram de 39 a 660mg/dL (média: 259), com 6 (2,8%) apresentando níveis baixos; nenhum precisou de reposição ou teve sangramento. Os valores pós variaram de 40 a 500mg/dL (média: 193), com 15 (6,9%) pacientes com hipofibrinogenemia, sendo 12 com doenças neurológicas, 1 vasculite pauci-imune, 1 microangiopatia trombótica pós-transplante renal e 1 doença de Wilson. Três não tinham dosagem inicial, e 1 já apresentava valor baixo ao início, possivelmente pela doença de base. Ao todo, 13 pacientes (6%) receberam algum tipo de reposição: 6 crioprecipitado, 4 PFC, 1 complexo protrombínico e 2 fibrinogênio. Houve 2 casos de sangramento (0,93%): 1. Paciente com microangiopatia trombótica associada à infecção, realizou 4 sessões diárias com PFC, não dosou fibrinogênio, sangrou no local do cateter e recebeu PFC. 2. Paciente com vasculite pauci-imune,

realizou 1 sessão com albumina, fibrinogênio pós de 70mg/dL, sangrou em local de biópsia renal e recebeu crioprecipitado. **Discussão:** A identificação precoce de níveis críticos de fibrinogênio e fatores de risco permite padronizar condutas, prevenir sangramentos e evitar transfusões desnecessárias. A incidência de sangramento (0,93%) foi inferior à literatura (<10%), mas 13 pacientes receberam reposição, dificultando a conclusão se a baixa incidência decorre do baixo significado clínico ou do uso de medidas profiláticas. Ressalta-se o número expressivo de pacientes sem dosagem de fibrinogênio (39% no pré e 43% no pós) e a heterogeneidade das condutas adotadas. Os dois casos de sangramento possuíam fatores de risco reconhecidos, cateter e procedimento invasivo, confirmando dados da literatura. **Conclusão:** Estudos prospectivos e protocolos definidos são necessários para apoiar as decisões clínicas. Como primeiro passo, é essencial conscientizar as equipes médicas sobre a importância do controle laboratorial da coagulação durante o tratamento com plasmaférese.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105589>

ID – 1076

ERITROCITOAFÉRESE COMO MODALIDADE TERAPÊUTICA NA ANEMIA FALCIFORME: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL

APC Rodrigues, CRA Monteiro, RA Bento, ACA Pitol, DE Rossetto, APC Sessin, SR Loggetto, TC Pereira

Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A anemia falciforme é uma doença hereditária que causa deformidade dos glóbulos vermelhos, levando a obstruções nos vasos sanguíneos, além de diversas implicações graves, como crises de dor, danos aos órgãos e risco aumentado de infecções. Entre as intervenções terapêuticas, a eritrocitoaférese destaca-se como uma técnica eficaz para a substituição de glóbulos vermelhos falciformes por normais, reduzindo assim a incidência de complicações graves da doença. **Objetivos:** Relatar a experiência do ambulatório transfusional de um serviço privado, com programa de eritrocitoaférese terapêutica para pacientes elegíveis com antecedentes de acidente vascular cerebral, crises dolorosas de repetição ou pré operatório de cirurgias eletivas. **Material e métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo e descritivo, no período entre dezembro de 2023 a julho de 2025, com levantamento de dados quanto ao sexo, idade, raça, hematócrito, hemoglobina S, diagnóstico, histórico transfusional e intercorrências. Todas as sessões foram realizadas na máquina Spectra Optia, em acesso periférico (único ou bilateral), com status isovolumétrico. No programa de eritrocitoaférese ambulatorial foram incluídos 8 pacientes, sendo 4 com diagnóstico de anemia falciforme SS (2 gestantes, 2 com acidente vascular cerebral), 2 com S beta talassemia (2 em pré operatório de cirurgia eletiva) e 2 com hemoglobinopatia SC (1 com crises dolorosas de repetição e 1 em pré operatório), com