

causada pela deficiência na atividade da enzima plasmática ADAMTS13, podendo ser de etiologia congênita ou adquirida. Na maioria dos casos essa disfunção é de etiologia adquirida, onde há o desenvolvimento de um autoanticorpo contra a enzima ADAMTS13. Em casos mais raros, de etiologia hereditária, onde há uma mutação do gene responsável pela formação da enzima ADAMTS13. O comprometimento renal e neurológico são as principais e mais graves complicações da PTT, causados quando os trombos bloqueiam a circulação de sangue para os rins e cérebro, podendo levar, por exemplo, a insuficiência renal e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Seu tratamento inclui o uso de corticosteroides e transfusões de plasmas frescos congelados (PFC's), juntamente com plasmaférese. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com decorrentes reações alérgicas pós transfusões indicadas para tratamento de PTT Hereditária. **Relato de caso:** Paciente de 14 anos, sexo feminino diagnosticada com PTT Hereditária, em tratamento e acompanhamento com hematologista desde os 2 anos de idade. Inicialmente realizava transfusão de hemácias para tratar anemia e aos 4 anos foi modificado tratamento para transfusão de PFC's eventualmente seguindo valores de hemogramas. Em 2019 deu entrada ao pronto socorro evidenciando diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). A partir daí transfusões passaram a ter o intuito de manter o valor de plaquetas acima de 170K/uL, sendo 2U de PFC por semana. Em agosto de 2020 durante uma transfusão, no segundo PFC paciente apresentou grave reação alérgica com melhora total no quadro clínico após intervenção medicamentosa. Devido à reação paciente ficou cerca de 3 meses sem receber transfusões em tentativa de manutenção das plaquetas fazendo uso de fator VIII, sem sucesso tendo novo AVCI com paralização parcial do lado esquerdo do corpo. Em novembro deu continuidade do tratamento com transfusão de PFC's utilizando corticoides antes de todas as transfusões e o mantém até hoje, porém, segue apresentando reações alérgicas com frequência. **Discussão:** Há hipótese de que quando paciente possui contagem de plaquetas abaixo de 200 K/uL não apresenta reações alérgicas, porém com valores acima de 220 K/uL, a possibilidade de reação alérgica aumenta quando é transfundido 2 PFC's, hematologista estuda realizar transfusão de apenas 1 PFC por vez já que as reações em sua maioria são após início do 2º PFC. **Conclusão:** Paciente continua em tratamento e atualmente vem transfundindo 01 PFC por semana, onde não apresentou mais reações alérgicas. Pais buscam tratamentos alternativos a fim de diminuir ou eliminar a frequência transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.491>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR VEIAS VARICOSAS EM MEMBROS INFERIORES NA BAHIA NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

JMC Oliveira, DD Barros, CDC Lima, GC Casas, VSA Silva, JVS Valadares, FMN Souza, FM Reis, LC Lins, NBA Miranda

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS),
Feira de Santana, BA, Brasil

Objetivos: Descrever as internações hospitalares por veias varicosas nos membros inferiores na Bahia, através da lista

de morbidade do CID 10 (CID 10 – 183), no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2021, quanto aos custos de hospitalização, características sociodemográficas e mortalidade. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, de análise quantitativa, cuja fonte de dados foi o Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2021. **Resultados:** Foram realizadas 749 internações por varizes de membros inferiores em 2021, o que representa uma diminuição de 77,4% em relação a 2012, e o valor médio de internamento foi de 1125,3. O tempo médio de permanência das internações foi de 9,5 dias, com aumento de 2% no período analisado. A taxa de mortalidade foi de 1,05 óbitos/100 internações, com aumento de 198%, predominante no sexo masculino (48,8%) e na faixa etária de 80 anos ou mais (30%). 70,7% das internações ocorreram no feminino e 43,2% na cor parda, a faixa etária predominante foi de 40-49 anos (25%), seguida de 50-59 anos (23%). **Discussão:** As veias varicosas não possuem causa conhecida, no entanto a debilidade das paredes de veias superficiais faz com que haja uma perda de elasticidade e, consequentemente, acarretam essa condição. No período analisado houve uma diminuição significativa no número de internações, depreende-se que a acessibilidade de informações corrobora para que, antes de haver complicações, haja uma busca por tratamentos. Nas mulheres, o número de internações é majoritário (70,7%), isso se dá devido à produção de estrogênio, que modifica a parede vascular. Além disso, tem-se que a partir dos 40 anos a taxa de internação é predominante e ocorre pelo processo degenerativo das veias, como também pela perda progressiva de fibra muscular. A taxa de mortalidade é maior para indivíduos acima de 80 anos, ou seja, soma-se às varizes outros fatores de risco, como, geralmente, o sedentarismo e a ausência de um tratamento longitudinal. **Conclusão:** Diante disso, as estratégias para continuar decrescendo a taxa de internação por veias varicosas em MMII são implementação de um tratamento eficaz e direcionado, o quanto antes para não acarretar complicações, bem como a conscientização da importância de uma vida ativa, boa alimentação e dos riscos de fumar. Assim, seria possível tratar da condição antes de se agravar e levar à internação ou, ainda pior, ao óbito.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.492>

AValiação das Interações Medicamentosas com Varfarina em Pacientes Diagnosticados com Síndrome Antifosfolípe Primária

RMD Carvalho^a, CO Vaz^b, JD Oliveira^b,
BC Jacintho^b, BM Mazetto^b, FA Orsi^b

^a Centro Universitário Max Plank (UNIMAX),
Indaiatuba, SP, Brasil

^b Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brasil

Introdução: A síndrome antifosfolípide (SAF) é uma doença autoimune caracterizada clinicamente por trombooses vasculares ou complicações obstétricas. Dado o diagnóstico, a

anticoagulação por tempo indeterminado com a varfarina é a terapia de escolha para evitar a recorrência trombótica. O efeito terapêutico da varfarina deve ser monitorado pela manutenção dos valores de INR (International Normalized Ratio) idealmente entre 2 e 3, já que sua efetividade pode ser prejudicada devido a interação com outros medicamentos utilizados para o tratar doenças crônicas coexistentes. **Objetivo:** Identificar as interações medicamentosas entre varfarina e outros medicamentos contínuos utilizados por pacientes com SAF trombótica e avaliar o impacto de tais interações no controle laboratorial da terapia anticoagulante. **Métodos:** Dados clínicos e demográficos foram obtidos através dos prontuários eletrônicos do Hemocentro da UNICAMP. A avaliação da eficácia da varfarina foi determinada através do cálculo do TTR (“time in therapeutic range”) pelo método de Rosendaal, utilizando valores de INR dosados em um período de 6 meses. A identificação de interações medicamentosas foi realizada nas plataformas UpToDate e IBM MICROMEDEX. Foram considerados significativos resultados com $p < 0.05$. **Resultados:** 74 pacientes com SAF e idade média de 39,9 anos (IQR: 29,2–53,4) foram incluídos, a maioria composta por mulheres (63%) que tiveram ao menos um evento trombótico. Tromboses venosas (62,1%) e espontâneas (62,1%) foram prevalentes e, mesmo com o tratamento anticoagulante, 27,02% dos pacientes apresentaram recidiva. O TTR médio observado na população foi de 48,2 (IQR: 16,5–78,8). Além da SAF, 33,78% dos pacientes apresentavam hipertensão, 6,7% diabetes, 36,5% dislipidemias. 73 % utilizavam outros medicamentos continuamente, sendo que em 54,8% dos casos tais medicamentos apresentaram interação medicamentosa com varfarina. Pelo UpToDate, 21,6% destas foram consideradas importantes e em 22,9% dos casos foi indicado manejo da dose, troca ou suspensão do fármaco para evitar alterações na eficácia do anticoagulante. Nos pacientes sem interação significativa identificada pela base, a mediana do TTR foi 56,3% (IQR 14,8 –80, $n = 36$), interação moderada 41,8 % (IQR 25,8 –63,1, $n = 22$) e contraindicada 45,9% (IQR 13,4 –78,1, $n = 16$; $p = 0,83$). Já pelo IBM MICROMEDEX, 40,5% das interações foram consideradas importantes e em 21,6 % sugeriu-se algum manejo. Quando não havia interação significativa a mediana de TTR foi 50,0% (IQR 11,4 – 90,0, $n = 33$), interação moderada 50,0 (IQR 37,7 – 73,3, $n = 11$) e contraindicada 43,2 (IQR 12,7 – 69,6, $n = 30$; $p = 0,65$). Não houve diferença significativa entre o TTR dos pacientes que estavam sujeitos a ter a eficácia da varfarina diminuída pela presença de interações medicamentosas relevantes. **Discussão:** Apesar de boa parte dos pacientes incluídos no estudo estar sujeito às alterações na eficácia da varfarina devido a utilização de medicamentos contínuos, não foi observada correlação entre a relevância das interações medicamentosas e a diminuição do TTR. Acreditamos que isso se deva ao monitoramento constante do INR, que possibilita que possíveis variações na concentração sanguínea do anticoagulante sejam corrigidas pelo manejo da dose. Como o TTR médio de nossa população foi baixo, independentemente da presença de interações medicamentosas relevantes, acreditamos que o sucesso da terapêutica da varfarina seja multifatorial. **Conclusão:** As interações medicamentosas entre a varfarina e os medicamentos de uso contínuo utilizados pela nossa população parecem não ter influência na variação do TTR, sendo este parâmetro

provavelmente mais afetado por outros fatores como aderência e seguimento do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.493>

RELATO DE CASO: TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL EXTENSA EM PACIENTE PORTADOR DE HEMOFILIA A GRAVE ASSOCIADA À VACINA PARA COVID19

CGQ Ferreira^a, LS Oliveira^a, NCR Cunha^b, FA Silva^b, LB Lanza^b, CD Donadel^a, SS Fernandes^b, ALL Morais^a, JH Nogueira^a, LC Oliveira^a

^a Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto (FUNDHERP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A hemofilia A (HA) é uma doença hemorrágica caracterizada pela ocorrência de sangramentos, principalmente articulares e musculares. Embora esses pacientes sejam considerados relativamente protegidos de eventos trombóticos, existem relatos de trombose venosa, associada a fatores de risco como pós-operatório ou com reposição de fator. **Relato de caso:** Homem, 22 anos, em seguimento no Hemocentro de Ribeirão Preto com diagnóstico de HA grave sem inibidor em profilaxia com fator VIII recombinante (FVIIIIR). Compareceu para avaliação em março de 2022 com queixa de dor e edema difuso na perna direita iniciados há 10 dias, sem história de trauma associado. No início do quadro clínico, o paciente não procurou atendimento médico e realizou reposição de FVIIIIR diariamente, com dose superior à habitual (elevação de FVIII em 50%), conforme julgamento pessoal e sem definição diagnóstica. Como não apresentou melhora clínica, no décimo primeiro dia de evolução, procurou atendimento e, após avaliação clínica, foi aventada a hipótese de hematoma muscular no compartimento posterior da perna direita, sendo optado pela manutenção do esquema de reposição diária, repouso muscular e reavaliação em 72 horas. Na reavaliação, paciente mantinha quadro clínico, realizada Tomografia Computadorizada, que não identificou sangramento muscular. Nesse contexto, foi optado por realização de Doppler Venoso de membro inferior direito, que evidenciou tromboflebite de veia safena parva medindo cerca de 10 cm, estendendo-se do terço proximal até o terço médio da perna, sem acometer o sistema venoso profundo. O hemograma não evidenciava plaquetopenia. Como potencial fator de risco adicional, o paciente referiu ter recebido a 3ª dose da vacina para COVID19 (AstraZeneca®) cerca de 3 semanas antes do início dos sintomas. Por se tratar de tromboflebite extensa, com repercussões clínicas, caracterizadas por comprometimento funcional do membro, o paciente teria indicação de anticoagulação terapêutica. Porém, considerando contexto clínico e doença de base, optamos por manter observação clínica, repouso, medidas locais, redução da reposição de FVIIIIR e repetição do Doppler precocemente. O exame de controle com intervalo de 4 semanas mostrou