

HEMOTERAPIA

PREPARO DE COMPONENTE DE ARMAZENAGEM

INSPEÇÃO NOS CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS PARA DETECÇÃO DE LIPEMIA

WS Teles^a, AMMS Barros^b, PCC Santos-Junior^c, MHS Silva^d, LXC Santos^e, MC Silva^f, AB Hora^e, AFSM Andrade^e, RC Torres^c, SMSS Rodrigues^g

^a Centro de Hemoterapia de Sergipe (Hemose), Aracaju, SE, Brasil

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^c Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe (IHHS), Aracaju, SE, Brasil

^d Faculdade Ages de Medicina, Jacobina, BA, Brasil

^e Centro Universitário Estácio de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil

^f Faculdade Pio Décimo de Canindé (FAPIDE), Canindé de São Francisco, SE, Brasil

^g Centro Universitário Uninassau, Aracaju, SE, Brasil

O procedimento operacional padrão das bolsas de sangue contendo concentrados de hemácias (CH), pode por vezes ocasionar ruptura das células sanguíneas. Tencionando diminuir essa ocorrência inconvenientes, as normas e legislação sanitária vigentes, deliberou que 1% do total de bolsas de CH deve passar por rigorosos testes colorimétricos para verificar o grau de hemólise, lipemia entre outros testes realizados no laboratório da qualidade. Trata-se de um estudo seccional, retrospectivo realizado por meio de análise dos relatórios da (GEPROD) do Centro de Hemoterapia no período de junho de 2012 a junho de 2021. Objetivou-se avaliar o índice de descarte de bolsas de sangue por lipemia na Gerência de Produção e Dispensação de hemocomponentes (GEPROD), assim como traçar um perl epidemiológico dos candidatos à doação. Resultados: O Durante o período analisado foram descartadas em função da lipemia 1.986 bolsas de plasma, destas 99,8% (1982) corresponde a plasma fresco congelado, 0,15% (03) de plasma comum e 0,05% (01) de plasma fresco congelado (resfriamento de 24h). Destes 88% (1.749) são do sexo masculino e 12% (237) do sexo feminino (figura 2). Em relação à localização 39, 3% (782) residem na capital e 60,6% e (1204) no interior. Discussão: Após a análise dos dados foi observado que no ano de 2018 teve maior índice de bolsas descartadas em função da lipemia, sendo que o maior número de bolsas descartadas era de indivíduos do sexo masculino. Quanto ao descarte dos concentrados de plasmas não infecciosos o principal é a lipemia, o que acarretam prejuízos no processamento de hemocomponentes. Conclusão: O alto índice de descarte em bolsas de plasma por lipemia observados no estudo revelou que a perda deste hemocomponente, implicando em gastos financeiros. Testes que confirmem a presença de lipemia pré-doação são de suma importância para a seleção de candidatos a doação de sangue.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.616>

TRANFUSÃO DE GRANULÓCITOS DE BUFFY COAT DE DOADOR ÚNICO MOBILIZADO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS ATÉ 13,5KG

ML Savioli, RF Araújo, LYL Myazi, AB Franco, LD Santos, DAD Santos, MG Aravechia, ANF Cipolleta, AM Sakashita, JM Kutner

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), SP, Brasil

Introdução: A transfusão de granulócitos (GC) é indicada para pacientes com neutropenia grave e infecção documentada refratária à terapêutica antimicrobiana adequada. Essa terapêutica, apesar de controversa, demonstrou melhores desfechos clínicos quando transfundidas doses superiores a $0,6 \times 10^9/\text{kg}$. Entretanto, a logística de coleta de granulócitos é complexa, o que torna o fornecimento deste produto um desafio para os bancos de sangue. Um dos obstáculos é o prazo de validade do produto (24h), a coleta por aférese, além da mobilização prévia com fator estimulador de colônia de granulócitos (GCSF) e corticoide. Uma outra opção seria “buffy coat” (BC), processado a partir de sangue total (ST), cuja coleta é mais simples e rápida. Para pacientes adultos, o pool de BC não é a opção ideal, por implicar múltiplas exposições a doadores, além de maior risco de aloimunização e transmissão de infecções. Porém, para pacientes pediátricos pequenos, o granulócito de BC parece ser uma opção viável, por conter a dose mínima efetiva, além de evitar o descarte do excedente de células coletadas por aférese. Devido a isso, nos questionamos se em pacientes pediátricos menores seria factível a transfusão de doses adequadas de granulócitos a partir do BC de doadores de ST mobilizado. **Objetivos:** Avaliar a viabilidade de transfusão de granulócitos a partir do buffy coat de um único doador mobilizado, produzido a partir de bolsas top-top. **Material e métodos:** Análise observacional retrospectiva de todas as GC por BC de março de 2019 a março de 2022 em um Serviço de Hemoterapia em São Paulo, SP. Os doadores foram mobilizados com GCSF e Dexametasona. As sorologias foram coletadas até 72h antes da doação. Uma amostra do ST era coletada para contagem de leucócitos totais e de granulócitos. Adicionado hidroxietilamida 450/0,7 (HES) ao ST, utilizado 1/8 do volume do ST. Após, a bolsa era acondicionada na caçapa “invertida”, e centrifugada à 3000rpm por 10 minutos, a 20-24°C. Por ser uma bolsa com sistema top-top, foi necessário coloca-la invertida na caçapa, para seguir com a deseritrocitação. O ST foi deseritrocitado de maneira lenta e gradual. A bolsa foi submetida novamente a centrifugação (igual a anterior) para retirada do excesso de plasma. Ao final, uma nova contagem de leucócitos totais, granulócitos e hematócrito. Apenas GC isogrupo foram transfundidos. Ao término do preparo, todas as bolsas foram irradiadas e o volume final foi definido pela equipe médica. **Resultados:** Tivemos 4 pacientes que receberam transfusão de GC a partir de BC de doador único. O peso médio dos receptores foi de 10,45 kg (6,46 – 13,45 kg). Houve 13 coletas de ST e 11 BC transfundidos. A dose média de granulócitos infundido foi $0,83 \times 10^9/\text{kg}$ ($0,59-1,24 \times 10^9/\text{kg}$). O volume médio do ST coletado foi de 447mL. A leucometria média dos doadores pré doação foi de 34.000/mm³. A contagem média de granulócitos no produto pré processamento foi de $1,2 \times 10^{10}$. A