

Q de Cochran, e os resultados visualizados com *forest plots*. A taxa global de remissão foi de 78% (95% IC: 52%–92%). A combinação de imunossupressores e anticoagulantes apresentou a maior taxa de remissão entre as terapias analisadas 67% (95% IC: 64%–71%). Estratégias isoladas, como o uso de imunossupressores (59%) ou anti-TNF (64%), mostraram eficácia moderada. Cirurgia (45%) e imunomoduladores (47%) apresentaram os menores índices. A heterogeneidade elevada ($I^2=80,9\%$) justifica o uso de modelo de efeitos aleatórios e reflete a diversidade dos estudos incluídos. Nesse contexto, também foi analisada a taxa de recorrência trombótica, que apresentou um valor global de 22% (95% IC: 8%–48%), o que reforça que, embora as estratégias atuais promovam remissão, o risco de recorrência ainda demanda atenção. Assim, o uso combinado de imunossupressores e anticoagulantes se destaca como potencial estratégia superior, ao aliar controle da inflamação sistêmica à redução do risco trombótico, embora requeira monitoramento contínuo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105011>

ID – 3260

HEREDOGRAMA FAMILIAR PARA EVENTOS DE TROMBOSE E PERDA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PRÉVIA NÃO SE CORRELACIONAM COM PERDA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA RECÊM IMPLANTADA

L Ferreira Alves ^a, L Monteiro Tórres ^a,
V Camargo de Mota Sousa ^a,
AC Pierote Rodrigues Vasconcelos ^a,
AP Pereira Santana Lemes ^b,
FJ Dutra de Moura ^b, LK Alves da Rocha ^a

^a Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB),
Brasília, DF, Brasil

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) tem prioridade em saúde pública devido à alta morbidade e mortalidade. A hemodiálise salva aqueles que estão no estágio final de doença renal. Existem várias causas para perda de FAV, entre elas, a trombose, que é responsável por 85% dos casos. Nesse contexto, foi aplicado o Heredograma Familiar (HedF), na busca de histórico de eventos de trombose familiar (HF+) e/ou eventos de perda de FAV pelo paciente (HFAV+). **Objetivos:** Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a associação entre histórico familiar de trombose e/ou perda de FAV e a ocorrência de disfunção da fístula arteriovenosa em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Material e métodos:** Foram aplicados HedF e questionário para detectar HFAV+, além de revisão de prontuários, nos pacientes com DRC em HD no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Os pacientes foram reavaliados 3 meses após o implante para verificar a funcionalidade da FAV. Aqueles pacientes com implante de FAV com menos de 3 meses não foram incluídos na análise, bem como aqueles submetidos ao transplante renal. Como método estatístico, foi aplicado o teste χ^2 para comparação entre os pacientes com HF+ e/ou HFAV+ em relação ao grupo de pacientes com HF- e/ou HFAV- (negativa). **Resultados:** 40

pacientes que obedeciam aos critérios de elegibilidade, com idade acima de 18 anos, estavam em hemodiálise no HUB no período de aplicação dos questionários, isto é, entre 08/2023 e 02/2024. Deste total, 35% dos pacientes pertenciam ao sexo feminino, e 87,5% dos pacientes foram definidos como pertencentes à raça negra/parda. A principal causa da DRC identificada foi a hipertensão arterial sistêmica (90%). Além disso, apenas 25% dos pacientes com DRC foram ou são tabagistas. O tempo médio de FAV pérvia, no momento da aplicação do questionário, foi de 70,2 meses (8–252 meses). Como análise final, não foi encontrada diferença estatística significativa entre os pacientes que apresentam HF+ e/ou HFAV+ em relação aqueles com HF- e/ou HFAV- para a ocorrência de perda da atual FAV ($p = 0,550$). **Discussão e Conclusão:** A simples obtenção de um HedF ou HFAV+, embora prática, não foi suficiente para detectar aqueles pacientes com risco potencial de perda de FAV. Isso sugere que talvez associar a pesquisa laboratorial para fatores trombofílicos pudesse tornar essa identificação mais crível, porém seria potencialmente dispendioso. Além disso, outras causas de perda de FAV, como a estenose, podem servir de fator de confusão ao se tentar fazer essa associação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105012>

ID – 3007

IMPAIRED FIBRINOLYSIS IN TRIPLE-POSITIVE ANTIPHOSPHOLIPID ANTIBODY PATIENTS: EVIDENCE OF DELAYED AND INEFFECTIVE CLOT RESOLUTION

MCF Lopes, L Arzenares,
JM Annichino-Bizzacchi, SdL Montalvão

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brazil

Introduction: Antiphospholipid Syndrome (APS) is associated with a persistent prothrombotic state. The Triple- Positive Antiphospholipid Antibodies profile is characterized by the presence of Lupus Anticoagulant (LA), anticardiolipin antibodies (aCL), and anti- β_2 glycoprotein I antibodies. This profile is considered a high-risk feature for APS due to its propensity to thrombotic events. Antiphospholipid antibodies may interfere with fibrinolysis, impairing fibrin clot degradation. **Objectives:** To assess fibrinolysis in triple-positive antiphospholipid antibody patients. **Material and methods:** Blood samples from patients investigated for APS at the Coagulation Outpatient Clinic, University of Campinas, were compared with age- and sex-matched healthy controls. A global fibrinolysis resistance assay, based on six parameters, was applied to assess clot formation and lysis. Associations with lupus anticoagulant, anticardiolipin, and anti- β_2 glycoprotein I antibodies were analyzed. **Results:** Twenty triple-positive antiphospholipid antibody patients were included. Compared with 20 health individuals as a control, patients showed a significantly longer time to clot initiation (median: 9.0 min [6.0–7.3] vs. 2.3 min [2.7–2.8]; $p = 0.003$), slower maximum clot formation rate (184.0 [128.0–211.0] vs. 92.7 [47.7–69.5]; $p < 0.001$), and a threefold prolonged clot lysis time (9.7 [8.0–12.0]