

REVISTA BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

CONGRESSO BRASILEIRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
HEMO 2009

- 8º Congresso de Hematologia Pediátrica
- 9º Encontro de Enfermagem em Hematologia, Hemoterapia e TMO
- 13º Simpósio Nacional de Captação de Doadores de Sangue
- 11º Simpósio de Odontologia em Hematologia
- 5º Simpósio de Psicologia Hospitalar em Hematologia
- 3º Simpósio de Gestão em Unidades de Hemoterapia
- 1º Simpósio de Farmácia em Hematologia

11 a 14 de Novembro de 2009
Florianópolis - SC-Brasil

ABHH
Associação Brasileira
de Hematologia e Hemoterapia

Volume 31 - Suplemento 5 - Novembro 2009

Órgão Oficial da
Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea
Associazione Italo-Brasiliana di Ematologia

Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

Brazilian Journal of Hematology and Hemotherapy

ISSN 1516-8484

EDITOR

Milton Artur Ruiz – São Paulo, SP – Brasil

EDITOR EXECUTIVO: *Cármíno Antonio de Souza* – Campinas, SP – Brasil

EDITORES ASSOCIADOS

Carlos Sergio Chiattonne – São Paulo-SP (Brasil)
Dalton A. F. Chamone – São Paulo-SP (Brasil)
Dante Mário Langhi Júnior – São Paulo-SP (Brasil)
Dimas Tadeu Covas – Ribeirão Preto-SP (Brasil)
Irene Loraand- Metzke – Campinas-SP (Brasil)

Luis Fernando S. Bouzas – Rio de Janeiro- RJ (Brasil)
Maria Helena Pitombeira – Fortaleza-CE (Brasil)
Márcio Nucci – Rio de Janeiro-RJ (Brasil)
Nelson Hamerschlag – São Paulo-SP (Brasil)
Paulo Eduardo de Abreu Machado – Botucatu-SP (Brasil)

CONSELHO EDITORIAL

Alfredo Mendrone Júnior – São Paulo-SP (Brasil)
Álvoro Urbano-Ispizua – Sevilha (Espanha)
Alois Gratwöhl – Basileia (Suíça)
Andrea Bacigalupo – Genova (Itália)
Ângelo Maiolino – Rio de Janeiro-RJ (Brasil)
Antonio Fabron Júnior – Marília-SP (Brasil)
Christian Gisselbrecht – Paris (França)
Corrado Tarella – Turim (Itália)
Daniel Tabak – Rio de Janeiro-RJ (Brasil)
David Gómez Almaguer – México (México)
Elbio A. D'Amico – São Paulo-SP (Brasil)
Eric Carreras – Barcelona (Espanha)
Fernando Ferreira Costa – Campinas-SP (Brasil)
Frederico Luiz Dulley – São Paulo-SP (Brasil)
Gino Santini – Genova (Itália)
Guillermo Dighiero – Montevideu (Uruguai)
Guillermo Ruiz-Arguelles – Puebla (México)
Ivan Lucena Ângulo – Ribeirão Preto-SP (Brasil)
Jacob Rosenblit – São Paulo-SP (Brasil)
Jesus Fernando San Miguel – Salamanca (Espanha)
João Carlos Pina Saraiva – Belém-PA (Brasil)
Júlio César Vistarelli – Ribeirão Preto-SP (Brasil)
Kátia M. Motta – Rio de Janeiro-RJ (Brasil)
Laércio de Melo – Belo Horizonte-MG (Brasil)
Lilian Maria Castilho – Campinas-SP (Brasil)

Linamara Rizzo Batistella – São Paulo-SP (Brasil)
Lúcia Maria Silla – Porto Alegre-RS (Brasil)
Luiz Gastão Mange Rosenfeld – São Paulo-SP (Brasil)
Márcia Cristina Zago Novaretti – São Paulo-SP (Brasil)
Marco Antonio Zago – Ribeirão Preto-SP (Brasil)
Marcos de Lima – Houston (Estados Unidos)
Maria de Lourdes L. F. Chauffaille – São Paulo-SP (Brasil)
Maria do Socorro P. de Oliveira – Rio de Janeiro-RJ (Brasil)
Mario Cazzola – Pavia (Itália)
Mary Evelyn Flowers – Seattle (Estados Unidos)
Nelson Abraham Fruiji – Manaus-AM (Brasil)
Nelson J. Chao – Durham (Estados Unidos)
Paul M. Nexs – Baltimore (Estados Unidos)
Paulo César Naoum – São José do Rio Preto-SP (Brasil)
Pedro Clóvis Junqueira – Rio de Janeiro-RJ (Brasil)
Pedro Enrique Dhorlliac Llacer – São Paulo-SP (Brasil)
Raul C. Ribeiro – Memphis (Estados Unidos)
Raul Gabas – Montevideu (Uruguai)
Ricardo Pasquini – Curitiba-PR (Brasil)
Roberto Passeto Falcão – Ribeirão Preto-SP (Brasil)
Sergio Giral – Houston (Estados Unidos)
Vanderzon Rocha – Paris (França)
Vânia Tietsche Hungria – São Paulo-SP (Brasil)
Vicente Odono Filho – São Paulo-SP (Brasil)
Waldir Veiga Pereira – Santa Maria-RS (Brasil)

A *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia* é sucedânea do Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia ISSN 01027662, que circulou de 1973 a 1998, com 179 fascículos em 20 volumes.

EX- EDITORES: *Antonio P. Capanema* – 1973-1981; *Milton A. Ruiz* – 1981-1990
Carlos S. Chiattonne – 1991-1994; *Milton A. Ruiz* – 1995-1998

Editor Assistente: *David A. Hewitt* – **Redação/Edição:** Trasso Comunicação Ltda – Av. N. Sra. Copacabana 1059 – sala 1201 – Copacabana – 22060-001 - Tel/Fax: (21) 2521-6905 – Rio de Janeiro-RJ – trasso@trasso.com.br – www.trasso.com.br
Jornalista Responsável: Ana Carneiro Cerqueira - Reg. 23751/ DRT/RJ

A *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia* (ISSN 1516-8484) é uma publicação de propriedade da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, e editada pela Trasso Comunicação Ltda. Está incluída na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (Lilacs), e Coleção SciELO Brasil e Scopus. Distribuição gratuita para bibliotecas regionais de Medicina e Faculdades de Medicina, Farmácia e Bioquímica do Brasil e sociedades congêneras da América do Sul, Central e do Norte. Assinatura anual: R\$ 150,00. Nº individual: R\$ 20,00. Para o Exterior: Assinatura anual: R\$ 300,00 (US\$ 150,00); Nº individual R\$ 30,00 (US\$ 15,00); Exemplar avulso: R\$ 30,00 (US\$ 15,00). As contribuições aceitas para publicação passam a pertencer à *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia* e não podem ser reproduzidas ou publicadas, mesmo em parte, sem a autorização da mesma. Tiragem desta edição: 3.000 exemplares. Distribuição: Nacional. Capa: Matilde Toledo

Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

DIRETORIA ATUAL

Presidente: José Orlando Bordin
Vice-presidente: Carlos Sérgio Chiattonne
Diretor Administrativo: Eduardo Magalhães Rego
Vice-Diretor Administrativo: Dante Mário Langhi Junior
Diretor Financeiro: Dimas Tadeu Covas
Vice-diretor Financeiro: Marília Álvares Rugani
Diretor Científico: Fernando Ferreira Costa
Vice-diretor Científico: Cármino Antonio de Souza
Diretor de Comunicação: João Carlos Pina Saraiva
Diretor de Defesa de Classe: Sílvia Maria Meira Magalhães
Vice-diretor de Defesa de Classe: Sergio Barroca Mesiano
Diretor de Eventos: Nelson Spector
Vice-diretor de Eventos: João Pedro Marques Pereira

CONSELHO DELIBERATIVO

Região Sul: Marco Antonio da Silva Rótolo, Paulo Tadeu Rodrigues de Almeida, Ricardo Pasquini

São Paulo: Antonio Fabron Junior, Alvaro Pontes Langhi, Cármino Antonio de Souza, João Carlos Campos Guerra, Marcia Cristina Zago Novaretti, Maria Odila Jacob de Assis Moura

Centro-Oeste: Antonio Cesar Teixeira, Sergio Barroca Mesiano

MG/ES: Helio Moraes de Souza, Thales Gouveia Limeira

Rio de Janeiro: Katia Machado Motta, Maria Margarida Nunes Pecego, Marília Álvares Rugani

Região Norte: Leny Nascimento da Motta Passos

Região Nordeste: Divaldo de Almeida Sampaio, Francisco Guilherme Fujita Neto, Marcos Dias Leão

CONSELHO FISCAL – 2006/2010

Elbio Antonio D'Amico, José Francisco Comenalli Marques Júnior, Rodolfo Delfini Caçado

COMISSÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

Hematologia: Carlos Sérgio Chiattonne, Cármino Antônio de Souza, Clarisse Lopes de Castro Lobo, Irene Lorand-Metze, Milton Artur Ruiz, Rodolfo Delfini Caçado

Hemoterapia: Antonio Fabron Junior, Dante Mario Langhi Junior, Dimas Tadeu Covas, João Pedro E. Marques Pereira, Márcia Zago Novaretti, Maria Margarida Pêcego

PRESIDENTES DA SBHH

1950	Walter Oswaldo Cruz	1985	Augusto Luiz Gonzaga;
1951	Michel Abujamra	1987	Helio Ramos;
1954	Darcy Lima	1988	Milton Artur Ruiz;
1955	José Candido C. Villela	1990	Nelson Hamerschlag;
1957	Joaquim M. Barreto	1992	Eurípedes Ferreira;
1959	Oswaldo Kessler Ludwig	1994	João Carlos Pina Saraiva;
1961	Walter Hupsel	1996	João Pedro E. Marques Pereira
1963	Rui Faria	1998	Celso Carlos de C. Guerra
1965	Orion Bastos	2000	Dante Mário Langhi Júnior
1967	Ubiratan Ouwinha Peres	2002	Dante Mário Langhi Júnior
1970	Oswaldo Mellone	2004	Carlos Sérgio Chiattonne
1973	Pedro Clovis Junqueira	2006	Carlos Sérgio Chiattonne
1975	Pedro Clovis Junqueira	2008	Carlos Sérgio Chiattonne
1977	Maria Nazareth Petrucelli	2009	Carlos Sérgio Chiattonne/
1979	Celso Carlos de C. Guerra		
1981	Jacob Rosenblit		
1983	Luiz Gastão M. Rosenfeld		

Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea

Diretoria Executiva Triênio 2009/2012

Presidente: Frederico Luiz Dulley

Vice-Presidente: Júlio César Voltarelli

1º Secretário: José Carlos Barros

2º Secretário: Adriana Seber

1º Tesoureiro: Luis Fernando da S. Bouzas

2º Tesoureiro: Cristiana Solza

Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea

Rua Haddock Lobo 72 sl 407 – 20260-132 – Tijuca – Rio de Janeiro

Telefone: 55 21 2273-8390 – Fax: 55 21 2273-2908

www.sbtmo.org.br. E-mail: contato@sbtmo.org.br

Associazione Italo-Brasileana Di Ematologia

Presidente: Gino Santini – Itália

Coordenadores

Gino Santini – Itália

Angelo Maiolino – Brasil

Secretários Científicos

Tarrela Corrado – Itália

Cármino Antonio de Souza – Brasil

Comitê Científico

Teodoro Chisesi – Itália

Constituzione dell'Associazione denominata
"Associazione Italo-brasiliana Di Ematologia

Repubblica Italiana

Addi 2.4.2004

Associazione Italo-Brasileana Di Ematologia

Viale Benedetto XV 16100, Genova – GE – Italia

SECRETARIA GERAL – ABHH

Rua da Assembléia 10 – Gr. 1704 – 20011-901 – Centro – Rio de Janeiro-RJ – Tel/Fax.: 5521-35111101
www.sbhj.com.br – E-mail: sbhj@terra.com.br

SECRETARIA DE REDAÇÃO/PRODUÇÃO DA RBHH

Av. N. Sra. de Copacabana, 1059 sala 1201 – Copacabana – 22060-001 – Rio de Janeiro-RJ – Tel/Fax.: 5521-25216905
www.trasso.com.br – E-mail: josefina@trasso.com.br

com a legislação atual e semelhante à bibliografia. Os microrganismos mais frequentemente isolados são comumente encontrados no epitélio humano e no ambiente, sugerindo contaminação do hemocomponente no momento da coleta e/ou contaminação da cultura no momento de realização do teste.

0740

Perfil dos doadores que se autoexcluíram na Clínica de Hemoterapia, Niterói, RJ, no ano de 2008

MM Gramático, CMB Finkel, SN Siqueira, RZ Hensel, RRPB Fernandes, ALL Lima, CHS Hossmann, GAP Guasti, DO Maciel, JGF Teixeira, MM Lisboa
Clínica de Hemoterapia

Introdução: A Hemoterapia tem como maior desafio evitar a transmissão de doenças pelo sangue, aumentando desta maneira a segurança transfusional. Logo desde 2004 foi implantado em nosso serviço o voto de autoexclusão. Neste trabalho foi analisado o perfil dos doadores que se autoexcluíram no ano de 2008. **Material e Métodos:** Analisamos o perfil dos doadores que se autoexcluíram no ano de 2008. **Resultados:** No ano de 2008, a Clínica de Hemoterapia recebeu 14.506 doadores de sangue; destes, 91 (0,63%) se autoexcluíram. Ao analisar o perfil dos doadores que se autoexcluíram observamos: Quanto ao sexo, 88% eram do sexo masculino e 12% do feminino. Quanto ao tipo de doação, 56% foram espontâneos e 44% foram de reposição. Quanto à faixa etária 40%, entre 18 e 29 anos de idade e 60% acima de 29 anos de idade. Ao analisar retrospectivamente observamos que 42% foram primo doadores, 23% estavam na sua segunda doação, 22% estavam na terceira a quinta doação, 12% na sexta a décima doação e 1% acima da décima doação. Quanto à escolaridade, 35% tinham o ensino fundamental, 45% ensino médio e 20% o superior. Quanto aos exames sorológicos 03 (3%) foram reativos. Desses 02 foram reativos para anti-HBc, o primeiro era do sexo masculino, espontâneo, 22 anos de idade, primo doador, ensino médio e o segundo também do sexo masculino, doador de reposição, 47 anos de idade, primo doador, ensino fundamental. O terceiro foi reativo para anti-HBc e anti-HIV 1 e 2 do sexo masculino, espontâneo, 34 anos de idade, primo doador, ensino fundamental. **Conclusão:** Dos doadores que se autoexcluíram, 58% já haviam doado anteriormente, então já haviam sido submetidos à triagem clínica, abordagem sobre o voto de autoexclusão e captação. Dos doadores que se autoexcluíram 44% foram doação de reposição, ou seja, vieram especificamente para um paciente. Devemos nos empenhar no esclarecimento ao doador quanto ao voto de autoexclusão, numa linguagem clara, para que todos os doadores independente da escolaridade entendam, é necessário aperfeiçoar e mudar a abordagem do setor de captação de doadores quanto à solicitação de doadores aos familiares sobre a responsabilidade da doação, diminuindo a tensão da reposição de doadores. O voto de autoexclusão cumpriu o seu papel?

0741

Rastreabilidade gerenciando e viabilizando uma agência transfusional

SO Lauer, M Pimentel, TAM Oliveira, N Ramos, S Ishi, GFF Reis
Hospital Casa de Saúde de Campinas

Introdução: A rastreabilidade é uma necessidade básica nos serviços hemoterápicos, não somente para sabermos a origem e destino dos hemocomponentes, mas também para analisarmos a produção do serviço, proporcionando o seu planejamento técnico e financeiro, corrigindo erros e implantando melhorias. **Material e Métodos:** Através do nosso sistema de informática, rastreamos a

informações obtidas de maio de 2006 a julho de 2009, com a finalidade de avaliar: 1) Características dos doadores 2) Número de hemocomponentes gerados e utilizados suprimindo adequado do serviço? 3) Perdas de hemocomponentes e motivos. **Resultados:** Dos 4.820 doadores 49% eram de reposição e 49,7% eram voluntários. De todos, 74,2% (3.580) eram doadores de 1ª vez e apenas 25,7% de repetição. Em relação ao sexo, 71,8% homens e 28,1% mulheres. Idade 36,8% (de 18 a 29 anos), 28,5% (30 a 39 anos) e 22,1% (40 a 49 anos). As principais causas de exclusão foram hipertensão e anemia. Em relação à produção e utilização dos concentrados de hemáceas (CH) conseguimos produzir 93,1% dos CH O+ e conseguimos suprir as necessidades de CH A+, A- e O-. Dos 12.305 hemocomponentes produzidos, houve uma perda de 15,1%. Do total de CH descartamos 3,6%, dos Plasmas 11,4% e das Plaquetas 30,9%; sendo que das perdas plaquetárias 89% foram por validade vencida. **Conclusões:** Dos doadores, o que chamou a atenção foi a quantidade de doadores de 1ª vez e poucos doadores de repetição, mostrando a necessidade de estratégias de fidelização. Em relação aos hemocomponentes, o descarte de 30,9% das plaquetas fracionadas e 89% por validade vencida nos orientou a fazer algumas coletas com bolsa dupla. Na avaliação da produção de CH dos diferentes tipos versus utilização, conseguimos suprir satisfatoriamente as necessidades do serviço. Assim apesar de sermos um serviço pequeno. A rastreabilidade adequada do programa de informatização, nos permitiu descobrir pontos falhos, onde novas condutas poderão gerar ganhos para a qualidade e viabilidade financeira do serviço.

0742

Registro de kits para diagnóstico de uso *in vitro* da Hepatite C

VP Oliveira¹, MC Adati²

¹Agência Nacional de Vigilância Sanitária/MS

²Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde/Fiocruz

Introdução: Dentre os instrumentos mais importantes de controle e regulamentação sanitária, está o registro de produtos, o qual permite ao órgão regulador ter o conhecimento dos produtos e sua comercialização com a finalidade primordial de garantir produtos eficazes e perfeitamente seguros. Desta forma, o registro sanitário é um ato privativo do órgão competente do Ministério da Saúde destinado a comprovar o direito de fabricação do produto submetido ao regime da Lei nº 6360/76. A concessão de registro de produtos é de competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do Ministério da Saúde, conforme disposto no Artigo 7º da Lei nº 9.782/99. O registro do produto objeto deste estudo são os kits para diagnóstico de uso *in vitro* para Hepatite C, por se tratar de uma doença grave na maioria dos casos incurável, apenas controlável e que atinge cerca de 170 milhões de pessoas no mundo e aproximadamente, 3 milhões somente no Brasil. O objetivo deste trabalho é analisar os registros dos kits para diagnóstico de uso *in vitro* da Hepatite C. **Material e Métodos:** A fonte de informação utilizada foi sistema eletrônico Datavisa, da Anvisa, que fornece dados sobre os produtos registrados: nome comercial do produto, número do processo, número do registro, validade, dentre outras informações. **Resultados:** Atualmente, existem registrados na Anvisa, cerca de 50 kits para diagnóstico de uso *in vitro* para Hepatite C, de diferentes metodologias como: Ensaio Imunoenzimático (Elisa), Quimioluminescência, Teste Rápido, ImunoBlot e Ensaio de Amplificação de Ácidos Nucleicos - RNA para detecção e quantificação do HCV. Foram analisados quanto a sua proveniência: 94% são produtos importados e 6% são produtos nacionais. Os produtos importados estão distribuídos em 15 diferentes países, que são: Estados Unidos (26%), Alemanha (19%) e Itália (9%), contudo países como Japão, África do Sul, Reino Unido, China, Argentina, Canadá, Espanha, Bélgica, Coreia do Sul, França e Isra-

0908

Frequência de aloimunização em pacientes transfundidos na Clínica de Hemoterapia, Niterói, RJMMLisbôa, CHS Hossmann, JPR Azevedo, BMC Ferreira, AO Azevedo, MM Gramático, ES Carvalho
Clínica de Hemoterapia

Introdução: A transfusão de sangue pode acarretar efeitos adversos, entre eles, a aloimunização eritrocitária. A aloimunização eritrocitária ocorre quando o indivíduo entra em contato com antígenos da membrana da hemácia, estranhos ao seu organismo, através da transfusão de sangue ou gestação, levando a sensibilização primária e em seguida produção de aloanticorpos específicos contra os mesmos antígenos. **Material e Métodos:** Durante o período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008 a Clínica de Hemoterapia recebeu 15.497 doações. Estas doações resultaram em 28.596 hemocomponentes que posteriormente foram transfundidos. Para melhor análise deste estudo, os pacientes que receberam estes hemocomponentes e que apresentaram aloimunizações foram segregados em grupos de acordo com o gênero masculino e feminino. Foram realizados todos os testes prétransfusionais conforme aRDC no153, de 14 de junho de 2004. Com a ocorrência de certas discrepâncias foram realizados testes adicionais, tais como: Coombs Direto, Eluição e Adsorção. **Resultados:** Do total de 15.301 bolsas de CH transfundidas, 142 pacientes apresentaram aloimunizações, 47 foram do sexo masculino e 95 do sexo feminino. Deste grupo, 3,2% eram gestantes. Nos pacientes do grupo masculino, foram observados 40% de aloimunização. Os aloanticorpos mais frequentes em ambos os grupos foram: anti-E 27,89%, anti-D 17,36%, anti-C 13,45%, anti-K 12,63%, anti-c 3,15% anti-C 0, 52% Anti-JK^a 3,15% anti-S 2,10% anti-M 2,10%, anti-FY^a 2,63, anti-Kpa 1,05%, anti-Le^a 0,52%, anti-Lu^a 1,05%, anti-Di^a 0,52% anti-e 1,05% de um total de 190 anticorpos. **Conclusão:** A aloimunização é uma das complicações mais relevantes na medicina transfusional, podendo levar a efeitos adversos que poderiam ser evitados mediante um estudo imuno-hematológico prévio, como, por exemplo, a transfusão ineficaz e, em casos mais graves, hemólise intravascular. O desenvolvimento de aloanticorpos (aloimunização) é uma das reações mais frequentes após transfusões de concentrado de hemácias e poucos estudos tem investigado os fatores clínicos destas aloimunizações. A rotina de identificar os anticorpos nos intervalos depois de cada transfusão reduzirá os riscos de uma aloimunização. Hemácias antígenos negativas devem ser selecionadas para futuras transfusões até mesmo quando o anticorpo se torna indetectável. Na Clínica de Hemoterapia os dados dos pacientes sensibilizados ficam registrados no sistema Hemote Plus®, contendo informações sobre possíveis anticorpos formados no tempo de hospitalização, dados estes necessários para a esquematização de novas transfusões.

0909

Frequência de aloimunização eritrocitária em doadores do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande - PBPRF Mendes, HR Sousa, LFP Alves
Hospital Universitário Alcides Carneiro

Introdução: Os testes imuno-hematológicos realizados em pacientes e doadores de sangue são fundamentais na medicina transfusional. Dentre eles, a pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) é essencial na rotina pré-transfusional, principalmente em pacientes politransfundidos, visto que os anticorpos irregulares podem provocar reações hemolíticas pós-transfusionais. Diante

dos fatos, torna-se importante conhecer a prevalência e identificar os aloanticorpos presentes em pacientes que receberam transfusões de hemocomponentes em nosso serviço. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo transversal descritivo, cujos dados foram obtidos do período de junho de 2008 a junho de 2009. A amostra foi constituída de 1.236 pacientes internados no HUAC, entre os quais realizou-se a pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) no soro. A metodologia empregada foi a da técnica de gel centrifugação (LISS/Coombs). Em seguida utilizou-se o painel de hemácias LISS/Coombs e/ou painel enzimático para a identificação dos aloanticorpos. **Resultados:** No total de amostras analisadas, foram identificados 22 (1,78%) aloanticorpos em 18 pacientes com PAI positiva. Sendo 07 (31,8%) anti-D, 04 (18,2%) anti-C, 03 (17,3%) anti-E, 02 anti-c (9,1%), 02 (9,1%) anti-M, 01 (4,5%) anti-e, 01 (4,5%) anti-Di^a, 01 (4,5%) anti-JK^a e 01 (4,5%) anti-Le^a. Entre os 18 pacientes, 14 (77,8%) apresentaram apenas 01 anticorpo e 04 (22,2%) apresentaram dois anticorpos. Os anticorpos correspondentes aos antígenos do sistema Rh (17 77,3%) apresentaram maior frequência, confirmando a alta imunogenicidade desse sistema. Entre os sistemas de moderada imunogenicidade, cujos anticorpos são capazes de ativar complemento e produzir reações severas tardias ou imediatas, encontramos anti-JK^a e o anti-Di^a. Os demais anticorpos, anti-Le^a e anti-M, podem ser clinicamente significativos quando capazes de reagirem a 37°C. **Conclusão:** Os resultados encontrados correspondem aos da literatura e demonstram a eficácia dos métodos imuno-hematológicos empregados em nosso serviço na realização dos exames, aumentando a segurança transfusional e minimizando o risco de uma reação hemolítica.

0910

Frequência de antígenos eritrocitários em doadores no HemoscA Geraldo, MM Hangai, J Vilvert, EJ Schörner, E Vieira
Hemosc

Introdução: O conhecimento da frequência fenotípica de antígenos contra os quais há anticorpos clinicamente significativos é fundamental para avaliar a probabilidade de encontrar sangue compatível para pacientes aloimunizados. Além do aumento do banco de dados, a fenotipagem estendida torna possível a disponibilidade de sangue compatível de acordo com o fenótipo do paciente evitando assim aloimunizações. Esse trabalho tem como objetivos verificar a frequência dos antígenos eritrocitários C^a, K, Kp^a, Fy^a, Fy^b, Jk^a, Jk^b, M, S, s e Di^a nos doadores de sangue do Hemosc, bem como, compará-las com os dados existentes na literatura. **Material e Métodos:** De dez. de 2007 a jul. de 2009 foram fenotipadas aleatoriamente amostras de doadores de sangue, onde: 1230 foram para o antígeno Cw, 1.779 K, 535 Kp^a, 704 Fy^a, 275 Fy^b, 1154 Jk^a, 420 Jk^b, 580 M, 276 S, 182 para s e 805 Di^a. A técnica utilizada para a fenotipagem dos antígenos C^a e K foi a microplaca, utilizando bromelina como potencializador e a técnica de gelcentrifugação foi empregada em cartões DG Gel Coombs para a fenotipagem dos demais antígenos. Todos anticorpos utilizados eram monoclonais. **Resultados:** A frequência observada na população estudada é de 1,5% para Cw, 6,9% Kell, 2,2% Kp^a, 60,0% Fy^a, 78,9% Fy^b, 78,9% Jk^a, 72,14% Jk^b, 78,8% M, 53,6% S, 92,8% s e 2,6% Di^a. **Conclusão:** Analisando as frequências encontradas com as descritas na literatura para populações caucasianas pode-se observar que na maioria dos antígenos estudados não houve diferenças significativas, com exceção do C^a, Kell e Di^a. A menor frequência encontrada para os antígenos C^a e K e maior para o antígeno Di^a está relacionada com a miscigenação da população encontrada no Brasil. A literatura relata que a frequência do Di^a é menor que 0,01% em caucasianos, porém pode chegar a 36% em índios sul-americanos e 12% em japoneses. Na população do estado do RJ se encontrou uma incidência de 6,7% para esse antígeno. Sabe-se que é

ção Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 30% da população mundial, ou cerca de dois bilhões de pessoas já foram contaminadas pelo vírus da Hepatite B (HBV), sendo a infecção responsável por 470.000 mortes por ano. O HBV trata-se de um vírus bastante infeccioso, transmitido pelo sangue e outros fluidos corpóreos. Sua transmissão varia de acordo com a prevalência do HBV, sendo nas regiões de baixa endemicidade o contato sexual e a transfusão de sangue e derivados a principal via de transmissão. Em bancos de sangue são realizados testes de anti-HBc e HBsAg para triagem sorológica, conforme preconizado pela RDC 153/2004. Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a prevalência de marcadores sorológicos das Hepatites B em doadores de sangue no Hemocentro Regional de Pelotas (Hemopel). **Material e Métodos:** Foram analisadas 19400 amostras obtidas de doação de sangue do Hemopel no período de novembro de 2003 a novembro de 2008. O HBsAg e anti-HBc foram realizados por métodos imunoenzimáticos (Elisa automatizado). As amostras com sorologia reativa foram repetidas em duplicata para o parâmetro em análise e as amostras que apresentaram reatividade na replicata tiveram as bolsinhas descartadas. Além da pesquisa dos marcadores de Hepatite B, as amostras também foram testadas para presença de HIV (anti HIV III e Ag p24 do HIV I), Hepatite C (anti-HCV), Doença de Chagas (anti-*Trypanosoma cruzi*), sífilis e HTLV I/II, conforme a legislação vigente. **Resultados:** Do total de doadores, 4,39% apresentaram sorologia positiva para algum dos parâmetros testados. Destes, 0,57% apresentavam sorologia positiva para Chagas, 0,34% para HIV, 0,22% para sífilis, 0,55% para Hepatite C e 0,51% para HTLV I/II. A pesquisa para Hepatite B apresentou a maior taxa de rejeição sorológica entre os doadores, 2,2%, sendo o anti-HBc o marcador mais frequente com 1,83% (IC 95%: 1,46-2,10) enquanto o HBsAg teve uma prevalência de 0,37% (IC 95%: 0,15-0,67). **Conclusão:** A Hepatite B é a doença responsável pelo maior número de descarte de bolsinhas na pesquisa de agentes transmissíveis pelo sangue, sendo o anti-HBc o parâmetro com maior prevalência de reatividade na triagem sorológica nos estabelecimentos de hemoterapia.

1012

Relato de caso: Primeira janela imunológica para HIV detectada na Clínica de Hemoterapia em Niterói, RJ

JPR Azevedo, MM Gramático, CMB Finkel, RCM Braga, RJN Lisboa, MM Lisboa
Clínica de Hemoterapia

Introdução: A Hemoterapia tem como um de seus maiores desafios a redução do risco da transmissão de doenças pelo sangue, aumentando desta maneira a segurança transfusional. A Clínica de Hemoterapia desde maio/2006 realiza testes moleculares (NAT) nas amostras de sangue de seus doadores, visando à redução da janela imunológica para os vírus da Hepatite C (HCV) e da imunodeficiência Humana (HIV). **Material e Métodos:** Homem branco, 24 anos, solteiro, estudante de nível superior, realizou 03 doações de sangue em nosso serviço em 18/06/03, 16/10/07 e 18/08/2008. Nas duas últimas foram realizados os testes sorológicos preconizados pelo Ministério da Saúde e testes moleculares (NAT-HIV/HCV). Apto nas triagens clínicas não demonstrou expor-se a situações de risco para transmissão do HIV, e não optou pela autoexclusão. Na primeira doação não se realizava o NAT nem o voto de autoexclusão. **Resultados:** Na última doação os testes sorológicos para HIV foram negativos (um teste para detecção de anticorpo e outro combinado antígeno/anticorpo), entretanto, o NAT foi reativo (metodologia TMA), levando-nos a suspeitar de uma janela imunológica. Convocamos o doador para coleta de nova amostra. O resultado sorológico foi reativo, o NAT novamente reativo, confirmando a soroconversão

para o vírus HIV. Na entrevista médica para entrega do resultado ao doador, ele foi novamente questionado sobre relacionamentos de risco acrescido para DSTs. Relatou relacionamentos homossexuais em 2005 e 2006 e que seu último relacionamento sexual ocorreu em 05/08/2008 com parceira fixa que se relacionava havia 3 anos, sem o uso de preservativo, portanto 13 dias antes de sua doação voluntária de sangue. **Conclusão:** Concluímos tratar-se de uma janela imunológica para o vírus HIV. O NAT uma vez implantado evitou o risco de transmissão do vírus HIV para 3 ou até mesmo 4 pacientes através da transfusão sanguínea, proporcionando maior segurança para o ato transfusional. Neste caso, as informações dadas pelo doador na triagem clínica não foram confiáveis uma vez que dados importantes foram omitidos apesar de terem sido questionados pelo triador, como relacionamentos eventuais com pessoas do mesmo sexo, e relacionamentos heterossexuais sem preservativo, o que pode sinalizar uma necessidade por testagem sorológica. Ressaltamos que este doador tem escolaridade de terceiro grau o que evidencia a necessidade de maiores esclarecimentos aos doadores quanto à responsabilidade do ato de doar sangue. Além disto, fica evidente a importância e a necessidade da realização de testes de Biologia Molecular, uma vez que claramente, o teste combinado antígeno/anticorpo falhou na detecção do vírus HIV.

1013

Retenção sorológica em doadores de sangue no Hemocentro Recife e interior do estado de Pernambuco no período de 2003 a 2008

ACS Bezerra¹, LMD Lopes¹, MBDA Pinto¹, MIB Valença¹, NMOB Queiroz², D Sampaio², D Sampaio²
¹Fundação Hemope, Recife, PE
²Faculdade de Ciências Médicas, UPE, Recife, PE

Introdução: A boa qualidade do sangue é missão dos hemocentros do país procurando sempre melhorar a triagem sorológica do sangue que é doado. Em Pernambuco ocorre alta prevalência para algumas infecções, tais como, Chagas no interior do estado, HTLV-1/2 em Recife e interior. Atualmente, a média de doações/mês é de 7228. A retenção sorológica pode ser indicadora de vários parâmetros, como a qualidade dos kits utilizados, o tipo de doação que apresenta maior índice de soropositividade, a existência de um aumento da infecção na população. O objetivo do estudo é avaliar a retenção sorológica no período de 2003 a 2008, comparando a variação neste período. **Material e Métodos:** Foram analisados 739.979 amostras, no Laboratório de Sorologia do Doador de Sangue da Fundação Hemope, no período de 2003 a 2008. A metodologia utilizada foi o teste Elisa (Enzima Imuno Ensaio) para todos os parâmetros, com exceção de sífilis, o qual é feito pelo método de flocculação (VDRL). **Resultados:** Nos anos de 2003 a 2008, observou-se no Hemocentro Recife, quanto ao HIV, uma variação de retenção de 0,07% a 0,1%; HBsAg 0,2% a 1,2%; HTLV 0,1% a 0,3%; HBc 1,6% a 2,8%; HCV 0,1% a 0,2%; Chagas 0,02% a 0,05% e Sífilis 0,6% a 0,9%. Nas Unidades Hemoterápicas do interior do estado, são coletadas por mês 3.049 amostras com retenção mensal de 0,70% (notestes reagentes/notestes realizados), HIV variou de 0,01% a 0,03%; HTLV 0,02% a 0,07%; HBsAg 0,1% a 0,4%; HBc 0,5% a 1,0%; HCV 0,05% a 0,1%; Chagas 0,05% a 0,1% e Sífilis 0,1% a 0,4%. **Conclusão:** Retenção das amostras de doadores, para todos os parâmetros analisados, é mais expressiva na capital que no interior do estado, com exceção de Chagas, onde o percentual no interior é mais elevado. Foi observado que no ano de 2004 o HBsAg atingiu índices mais altos de retenção em comparação aos anos seguintes. O VDRL apresentou percentuais mais estáveis no Hemocentro Recife, que nos doadores coletados no interior do estado de Pernambuco. Observa-se um decréscimo considerável no percentual de retenção para Anti-HBc, nos anos

1032

Experiência em aférese terapêutica no Hemocentro de São José do Rio Preto-SP

EC Moreira, AR Munholl, JAG Lissoni, ABBOS Bueno, RM Fachini, O Ricci Jr

Hemocentro da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto

Introdução: A palavra aférese, de origem greco-latina, significa alistar pela força ou retirar. No campo da medicina hemoterápica, traduz-se como a separação e retenção de um componente sanguíneo com retorno, ao doador ou paciente, dos componentes remanescentes. As aféreses terapêuticas consistem em técnicas de purificação sanguínea em um circuito extracorpóreo destinadas à remoção de plasma ou componentes celulares, as quais envolvem a retirada do sangue anticoagulado, por veia periférica ou catéteres, separação dos diferentes componentes sanguíneos por centrifugação ou filtração, remoção ou substituição do componente indesejado e reinfusão dos remanescentes com reposição fluida ao paciente, quando necessário, objetivando o controle ou o tratamento de doenças. Objetivamos, neste trabalho, descrever a quantidade de procedimentos de aférese de acordo com as patologias tratadas. **Material e Métodos:** Foram avaliadas 91 aféreses terapêuticas no período de janeiro de 2008 à junho de 2009, realizadas nos equipamentos Cobe Spectra e Baxter Fenwall CS 3000 Plus de fluxo contínuo e Haemonetics MCS + de fluxo descontinuo, seguindo protocolo do serviço e recomendações dos fabricantes para cada equipamento. **Resultados:** No total de 91 aféreses terapêuticas, sendo divididas em 86 plasmaféreses, 4 leucaféreses e 1 eritrocitaférese. Em plasmaférese terapêutica atendemos as seguintes patologias: com maior frequência a síndrome Guillain-Barré em 9 pacientes, total de 42 sessões; a Miastenia Gravis em 1 paciente, total de 5 sessões; Púrpura Trombocitopênica Trombótica em 5 pacientes, total de 32 sessões; a Encefalite tronco em 1 paciente, total de 5 sessões; redução de título anti-A em 1 paciente receptor de medula óssea alogênico com incompatibilidade ABO maior, total de 2 sessões. Realizamos 4 procedimentos de leucaférese nas patologias de leucemia mieloide crônica (3 sessões) e aguda (1 sessão) e 1 procedimento de eritrocitaférese. **Conclusão:** A experiência maior em nosso serviço é com a plasmaférese terapêutica para tratamento de patologias neurológicas e para púrpura trombocitopênica trombótica, onde tem sido utilizada em larga escala, com equipamentos diferentes que nos traz plena confiança durante a manipulação.

1033

Levantamento das intercorrências observadas pelo enfermeiro durante a realização da fotoférese extracorpórea

RFM Fernandes, VGS Costa, FA Oliveira, IJF Motta
Instituto Nacional de Câncer (Inca)

Introdução: A fotoférese extracorpórea foi trazida ao Brasil, em novembro de 2000, pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca), o primeiro centro da América Latina a utilizar a metodologia. É uma modalidade de terapia celular que tem demonstrado eficácia e segurança em pacientes portadores de doenças autoimunes e mediadas por células T, incluindo esclerodermia, linfoma cutâneo de células T / síndrome de Sézary e doença enxerto contra hospedeiro após transplante de células-tronco hematopoéticas. O tratamento se baseia no efeito biológico de uma substância fotosensibilizante, o 8-metoxipsoraleno e da radiação ultravioleta A, nas células mononucleares coletadas por aférese e reinfundidas ao paciente. O procedimento era realizado, inicialmente por médi-

cos, sendo que em 2004 houve a inserção do enfermeiro na realização de tal atividade. O objetivo do estudo foi levantar as principais intercorrências detectadas pelo enfermeiro durante a realização da fotoférese extracorpórea. **Material e Métodos:** Os dados foram coletados por meio de levantamento retrospectivo das fichas de 30 pacientes submetidos a fotoférese extracorpórea, no período de abril de 2004 a agosto de 2009, no Inca. Destes pacientes, 17 eram homens e 13 mulheres, com idade média de 38,3 anos (de 9 a 84 anos), sendo 8 com diagnóstico de Doença Enxerto Aguda, 17 Doença Enxerto Crônica e 5 com Linfoma Cutâneo de células T. **Resultados:** No total, foram 586 procedimentos, sendo observadas 224 intercorrências: febre, tremores, hipotensão, taquicardia, náuseas, aumento de tempo de sangramento no local de punção venosa, vômito, parestesia, dispnéia, perda de acesso venoso, funcionamento inadequado do catéter venoso central e problemas com equipamento. Constatamos que ocorreram 38,2% de intercorrências do total de procedimentos, detectadas pelo enfermeiro. As mais frequentes em ordem decrescente foram: problemas com equipamento 102 (42%), funcionamento inadequado do catéter venoso central 60 (26,8%) perda de punção venosa 28 (12,5%) e hipotensão 11 (5%). **Conclusão:** Concluiu-se que é um procedimento que não interfere de forma significativa na estabilidade hemodinâmica do paciente, porém requer constante atenção do enfermeiro para as eventuais alterações levantadas no estudo, é importante ressaltar que as intercorrências com acessos venosos centrais ou periféricos, que representaram 38% do total, exigem do enfermeiro maior tempo de dedicação em sua resolução.

1034

Perfil dos doadores de plaquetas por aférese (plaquetaférese) na Clínica de Hemoterapia, Niterói, RJ, no período de maio de 2007 a maio de 2009

RZ Hensel, MM Gramático, CMB Finkel, SN Siqueira, KO Martins, JPR Azevedo, MM Lisboa
Clínica de Hemoterapia

Introdução: A Clínica de Hemoterapia realiza aférese terapêutica e transfusional, dando um grande suporte aos pacientes de transplante de medula óssea (TMO). Em virtude da grande demanda, a captação do doador de plaquetaférese é realizada através de uma seleção rigorosa dos doadores de sangue total e entre familiares e amigos dos pacientes que recebem estes componentes. **Material e Métodos:** O concentrado de plaquetas por aférese (CPA) tem uma captação específica devido à uma maior necessidade de gerenciamento do estoque, incluindo os fenótipos específicos e o procedimento de deleucocitação pré-estocagem. Foram avaliadas as doações realizadas através do equipamento Trima Accel™ (Gambro BCT versão 5.1) no período de maio de 2007 a dezembro de 2008. **Resultados:** Foram realizadas 154 doações de plaquetas duplas por aférese, destas 94,80% foram do sexo masculino com idade média de 37 anos, e outros parâmetros médios foram considerados: volemia 5.526 ml, hemoglobina 14,42 g/dL, hematócrito 44,11% e contagem plaquetária de 264.000/mm³. Quanto à fenotipagem para os sistemas ABO e Rh, 46,75 % foram O Rh D positivo, 6,50 % foram O Rh D negativo, 39,61 % foram A Rh D positivo, 5,19 % foram A Rh D negativo e 1,95 % foram B Rh D positivo. Quanto ao retorno destes doadores para novas coletas, 48,06% retornaram para doações de hemocomponentes por aférese, 35,71% para sangue total e 16,23% não retornaram. **Conclusão:** Foi observado que além das dificuldades rotineiras em adequar o doador de repetição aos parâmetros mínimos da coleta de plaquetaférese, se faz necessário a realização de um trabalho de fidelização e atendimento exclusivo destes doadores através da conscientização sobre o hábito de doar sangue, aliado a orientação sobre a segurança para si e as vantagens desse procedi-

mento para os pacientes, pois apesar da abordagem diferenciada apenas 48,06% retornaram para uma nova doação por aférese.

1035

Plasmaferese terapêutica em colestase intra-hepática recorrente benigna - relato de caso

S Queiroz, C Vaz, R Simoes, R Rocha, S Galindo, A Barros
Instituto de Hematologia do NE - Ithene

Introdução: A colestase intra-hepática recorrente benigna (CIRB) é uma doença rara que se caracteriza por episódios autolimitados e recorrentes de icterícia e prurido de duração variável, na ausência de obstrução extra-hepática. Apesar de não determinar disfunção hepática progressiva, os sintomas observados durante os episódios de colestase podem comprometer de forma significativa a qualidade de vida do paciente. **Material e Métodos:** Relatar um caso de colestase intra-hepática recorrente benigna, utilizando-se como tratamento alternativo 7 sessões de plasmaferese terapêutica. Utilizamos equipamento COBE espectra trocando 1 volêmia plasmática por sessão, sendo realizado reposição com solução de albumina humana e balanço de 100%. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 23 anos, branca, apresentou o primeiro episódio de colestase em 2006 (prurido) com duração aproximada de 15 dias evoluindo com remissão espontânea completa do sintoma. O segundo episódio encontra-se em curso há ± 80 dias apresentando quadro de prurido importante, icterícia cutâneo-mucosa intensa e diarreia, sem outros sinais de hepatopatia. Os exames laboratoriais iniciais são compatíveis com quadro colestatístico (bilirubina total= 38,93 com predomínio da fração direta (BD= 25,53), fosfatase alcalina= 37,7. Como terapêutica usou várias drogas (colestiramina, rifampicina, sertralina, naltrexone, nalaxone) sem sucesso para diminuição do prurido. Solicitado então a realização de plasmaferese como última alternativa terapêutica disponível. Após 7 sessões de plasmaferese realizadas, observou-se uma melhora clínica da icterícia cutâneo-mucosa e diminuição gradativa dos níveis laboratoriais das bilirubinas (38,93 &arr; 30,43 &arr; 17,98 &arr; 12,71) embora havendo a permanência do prurido. Estava programada a realização de mais sessões, porém devido a infecção na inserção do catéter houve a necessidade de suspender o procedimento. **Conclusão:** Sendo assim diante de uma doença rara, em que não houve resposta satisfatória com terapêutica convencional, consideramos válida a utilização da plasmaferese como alternativa terapêutica; pois obtivemos resultados clínicos e laboratoriais significativos, mesmo não havendo diminuição do prurido corporal pois o nível de bilirubina ainda estava alterado. Desta forma concluímos que a continuidade do tratamento com plasmaferese poderia ser benéfico no intuito de diminuir o máximo possível o nível de bilirubina circulante.

1036

Plasmaferese terapêutica em púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) - relato de casos

C Vaz, S Queiroz, R Simoes, R Rocha, S Galindo, A Barros
Ithene - Instituto de Hematologia do Nordeste

Introdução: A PTT é uma doença grave, podendo levar ao óbito, caso não seja tratada. Caracteriza-se por plaquetopenia, anemia e agregados de plaquetas na microcirculação. As mulheres são mais afetadas que os homens. Está envolvido na fisiopatologia desta doença o fator de Von Willebrand (FvW), uma macromolécula que é quebrada em subunidades de multímeros por uma enzima proteolítica ADAMTS-13. Quando há a deficiência dessa, manifesta-se a PTT, é uma doença autoimune, causada pela presença de anticorpos que inibem a ação da ADAMTS-13 resultando na pre-

sença das grandes moléculas do FvW na corrente circulatória ocasionando agregação das plaquetas e lesões na superfície interna dos vasos sanguíneos principalmente no cérebro, rins, fígado, baço e glândulas supra-renais. A plasmaferese terapêutica é utilizada como tratamento de escolha (categoria 1 segundo a AABB e ASFA). **Material e Métodos:** Avaliar três casos de PTT tratados com plasmaferese Terapêutica no período de dezembro de 2008 a março de 2009. Utilizamos equipamentos MCS+ Haemonetics, com troca de 1 volêmia plasmática e reposição com plasma fresco. **Resultados:** Caso 1: M.F.S.F., 25 anos, feminino, plaquetas ↓ 16.000/mm³, DHL ↑ 2000UI, anemia (esquizócitos), ventilação mecânica, confusão mental, sedação. Obteve melhora clínica e laboratorial gradativa. Por volta da 6ª sessão a paciente relatou ser portadora de HIV. Informação omitida até então, havendo confirmação sorológica posterior. Realizado 9 sessões de plasmaferese com regressão total do quadro neurológico, DHL ↓, ↑ contagem de plaquetas (acima de 100.000/mm³), suspenso após a 9ª sessão para tratamento da doença de base; Caso2: W.W.M.G., 29 anos, masculino, plaquetas ↓ 10.000 mm³, DHL ↑ 2000, anemia (esquizócitos), ventilação mecânica, sedação. Extubação após 3ª sessão. Melhora clínica importante e laboratorial gradativa. Realizadas 6 sessões, sem intercorrências; Caso: R.S.S., 25 anos, feminino, plaquetas abaixo de 10.000/mm³, DHL acima de 1000UI, anemia (esquizócitos), paciente consciente, algo desorientada. Apresentou melhora clínica e laboratorial gradativa até a 7ª sessão. Evidenciou-se nesta oportunidade queda das plaquetas, febre e hipotensão sendo diagnosticado infecção pulmonar. Realizado antibioticoterapia. Realizadas 15 sessões no total, com ótima resposta terapêutica (Plaquetas 180.000/mm³, DHL 266); Em todos os casos o tratamento iniciou com plasma fresco de horário(8/8h) até a introdução da plasmaferese e houve o uso de metilprednisolona associado ao procedimento. **Conclusão:** Plasmaferese terapêutica continua sendo o tratamento de escolha inicial, permitindo mudar consideravelmente o prognóstico dos pacientes com PTT; contudo o início precoce das sessões demonstra ser fator decisivo na recuperação do paciente.

1037

Plasmaferese terapêutica na síndrome de Guillain Barré - experiência do Instituto de Hematologia do Nordeste (Ithene) - PE

S Queiroz, C Vaz, R Simões, R Rocha, S Galindo, A Barros
Ithene - Instituto de Hematologia do Nordeste

Introdução: A síndrome de Guillain Barré é uma polineuropatia desmielinizante aguda caracterizada por paresia ou paralisia, que afeta mais de um membro, associada a perda de reflexos tendinosos e aumento de proteína líquótica. Geralmente ocorre após alguma infecção viral ou bacteriana. A síndrome de Guillain Barré ocorre pela produção de autoanticorpos que atacam e destroem a bainha de mielina protetora. A plasmaferese terapêutica é indicada nesta patologia como tratamento de escolha (Categoria 1 segundo AABB e ASFA) e tem como objetivo remover os autoanticorpos, diminuindo-os na circulação. **Material e Métodos:** No período de junho de 2008 a julho de 2009, tivemos 7 pacientes com diagnóstico de síndrome de Guillain Barré em que realizamos plasmaferese terapêutica. Utilizamos equipamento de aférese MCS+ Haemonetics com fluxo intermitente. Realizaram-se em média 5 sessões em dias alternados, onde trocamos uma volêmia plasmática do paciente a 5% com balanço de 100% na troca. Todos os procedimentos foram realizados nos pacientes internados em Unidade Intensiva. **Resultados:** Dos 7 pacientes, 80% obtiveram resposta clínica gradativa após a 2ª sessão, com melhora do quadro motor e respiratório. Os procedimentos na maioria foram bem tolerados tendo como principais intercorrências a hipotensão (2 episódios), calafri-

1054

Frequência de hemolisinas anti-A e anti-B e sua correlação com sexo e raça em doadores de sangue do grupo 'O' da Clínica de Hemoterapia, Niterói, RJ

RA Nunes, BMC Ferreira, AO Azevedo, CMB Finkel, MM Lisboa
Clínica de Hemoterapia

Introdução: O sistema do grupo sanguíneo ABO é considerado o mais importante na prática transfusional. A transfusão ABO incorreta pode resultar em reação hemolítica intravascular seguida de alterações imunológicas e bioquímicas, podendo levar à morte. Os anticorpos do sistema ABO estão presentes no soro dos indivíduos quando os antígenos A e/ou B estão ausentes nas hemácias. O indivíduo do grupo "O" apresenta em seu soro/plasma anticorpos anti-A e anti-B. O uso dos seus hemocomponentes em transfusões não-isogrupos pode acarretar reações transfusionais, como já relatado na literatura. Isto reforça a importância da realização dos testes de hemolisina e titulação na prática transfusional. **Material e Métodos:** Foram analisadas 185 amostras de soro do grupo "O" no período de 11/2008 a 01/2009 através de dois testes: titulação seriada e teste de hemólise. A titulação seriada foi realizada em microplaca, técnica de hemaglutinação com diluições até 1/256. Enquanto o teste de hemólise, em tubo e em duplicada para as hemácias A1 e B (Fresenius). **Resultados:** Das 185 amostras analisadas, 138 foram do sexo masculino (74,59%) e 47 do sexo feminino (25,40%), quanto à etnia, 116 foram brancos (62,70%), 30 foram pardos (16,21%) e 39 negros (21,08%). Na titulação seriada foram detectadas em 2 amostras o título 2; em 40 amostras o título 4; em 67 amostras o título 8; em 68 amostras o título 16; em 62 amostras o título 32; em 63 amostras o título 64; em 52 amostras o título 128 e em 16 amostras o título 256. Foi detectada a presença de hemolisinas em 38 amostras e a correlação quanto ao título foi observado que 7 delas tinham título acima ou igual a 128 e 31 tinham título abaixo de 128. Quanto à especificidade, 16 tinham especificidade anti-A, 10 com especificidade anti-B e 12 com especificidade anti-AB. Quanto à etnia, 23 (19,82%) doadores brancos, 8 (26,66%) doadores pardos e 7 (17,94%) doadores negros. Quanto ao sexo, 32 (23,18%) do sexo masculino e 6 (12,76%) do sexo feminino. **Conclusão:** A diferença encontrada na frequência das hemolisinas sugere a interferência de fatores étnicos ou ambientais. Foi possível comprovar que os altos títulos de aglutininas anti-A e anti-B detectados não tiveram relação com atividade hemolítica. Entretanto, fica evidente a necessidade de maiores investigações e novos protocolos transfusionais, uma vez que o risco de reação transfusional hemolítica em transfusões sanguíneas não-isogrupo existe.

1055

HNA-1 genotyping in mothers and neonates with neutropenia in Brazil

S Abbas¹, C Godinho², A Kuniyoshi³, A Chiba³, A Santos³, A Rolim³, M Lambert³, M Magalhães¹, D Langhi¹, C Chiatone¹, J Bordin¹
¹Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
²Hospital Geral de Guarulhos
³Unifesp
⁴Hospital São Luiz Gonzaga

Background: Neonatal alloimmune neutropenia (NAN) is a potentially lethal disorder that results of maternal alloimmunization to fetal human neutrophil antigens (HNAs). The antibodies more frequently involved in NAN are directed against the HNA-1 and -2 systems. We examined the frequency of neonatal neutropenia and investigated the HNA-1 fetomaternal incompatibility based

on the HNA-1 genotyping in Brazil. **Methods:** A cross sectional study was conducted with 10,000 unselected neonates born in 4 obstetric units in São Paulo City. We found that 173/10,000 (1.73%) newborns had neutropenia in cord blood as per neutrophil count $\leq 2.0 \times 10^9/L$. Genotyping was done in 173 neutropenic newborns including 9 pairs of twins, 164 mothers, and in fathers when fetomaternal HNA-1 incompatibility was found. DNA studies were performed by commercial kits, for the detection of HNA-1a, -1b and -1c we applied the PCR-SSP technique, and the fragments of PCR were visualized in gel agarose 2%/TBE. **Results:** Among 10,000 evaluated neonates, 173 (1.73%; 1/578) had cord blood neutropenia. Twenty (11.6%) of 173 neutropenic neonates presented HNA-1 genotypic incompatibility with their mothers. In 11/20 (55%) cases we found incompatibility for the HNA-1b allele; in 8 (40%) for the HNA-1c allele; and in 1 (5%) for both HNA-1b and -1c alleles. No fetomaternal incompatibility of the HNA-1a allele was detected. In 12 of the 20 cases with neonate-mother incompatibility, the paternal blood was also investigated. Genotyping tests confirmed that all fathers had the same HNA-1a, -1b and -1c genotype found in the neonate. **Conclusions:** Our study was designed to evaluate the frequency of neutropenia in Brazilian newborns and the respective fetomaternal incompatibility based on the HNA-1 system genotyping. We applied the PCR-SSP, which has been found to give 100% concordance with the results of phenotyping by the MAIGA. Our data indicate that the frequency of neonatal neutropenia in Brazil (1.73%; 1/578) is similar to those described by North American and European studies. Our results also showed that fetomaternal HNA-1 incompatibility occurred in 11.6% of neutropenic newborns. The exact incidence of NAN in different populations still remains unknown and confirming the presence of alloantibodies in mother blood is necessary for diagnosis of NAN. The frequency of severe NAN may be expected to be 1/6,000 newborns since mild cases might be missed. HNA genotyping is important in neonates with persistent neutropenia and the use of molecular techniques could help in the diagnostic of NAN.

1056

Implantação do Serviço de Criobiologia no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará-Hemoce

VRM Solon¹, HBM Lucena¹, JF Pimentel¹, APLM Nobrega¹, RPJ Bezerra¹, FB Duarte², ES Eulálio², RARR Holanda², FVBAF Gomes¹, LMB Carlos¹

¹Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - Hemoce/Sesa
²Universidade Federal do Ceará-UFC.Hemoce/SESA

³Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - Hemoce / Sobral / Sesa

Introdução: O transplante de medula óssea tem trazido contribuições relevantes para a terapêutica de doenças hematológicas por ser viável para curar ou prolongar a vida de muitos pacientes. Desde o início de suas atividades, em agosto de 2008, o Serviço de Criobiologia do Centro Hematologia e Hemoterapia do Ceará - Hemoce vem realizando a criopreservação e armazenamento de células progenitoras de pacientes atendidos no Serviço de Transplante do Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC. **Objetivo:** Relatar a experiência com a criopreservação de células progenitoras de 17 pacientes portadores de patologias onco-hematológicas. **Material e Métodos:** Foram realizadas coletas por aférese de células progenitoras e posterior a quantificação de células CD34+ por citometria de fluxo. A viabilidade celular foi testada pelo azul de Trypan. A criopreservação das células hematopoéticas foi realizada utilizando DMSO a 5%, HES a 6% e albumina a 20% com congelamento simples em freezer mecânico a 80°C. **Resultados:** Onze (64,7%) dos pacientes apresentaram número