

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 1

INCIDÊNCIA DE DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO EM PACIENTES
PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A TRANSPLANTE ALOGÊNICO HAPLOIDÊNTICO DE
CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Zecchin VG¹, Mendona AC¹, Guimarães RFC¹, Junior VCAF¹, Monteiro C¹, Ibanez ASS¹, Fagiorgio LAR¹, Felix OMWO¹, Souza FMLDNS¹, Alves ACL¹

¹*Instituto de Oncologia Pediátrica - IOP - GRAACC - UNIFESP*

Introdução : O uso de doadores haploidênticos tem permitido que um maior número de pacientes tenha acesso ao transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). Entretanto, por se tratar de uma modalidade terapêutica relativamente nova ainda é necessário acompanhar as complicações apresentadas pelos pacientes e os resultados a longo prazo. A doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), em especial em sua forma crônica, compromete a qualidade de vida dos pacientes. **Objetivo** : Avaliar a incidência de DECH aguda e crônica em pacientes pediátricos submetidos a TCTH haploidêntico e estabelecer correlação com possíveis fatores desencadeantes. **Método** : Foi realizado estudo de coorte retrospectivo de pacientes submetidos ao TCTH haploidêntico, no período de dezembro de 2011 a maio de 2018. **Resultado** : 26 TCTH haploidênticos foram realizados em 25 pacientes (14 masculinos). A mediana de idade variou de 1,4 a 21 anos (mediana 10,4). O tempo de seguimento variou entre um e 2167 dias (mediana 265 dias). Dois pacientes tinham diagnóstico de anemia aplásica muito grave, nove LLA, 10 LMA, 3 síndromes mielodisplásicas (citopenias refratárias) e uma mielofibrose. Células-tronco periféricas do doador foram usadas em 14 TCTH, e medula óssea em cinco. Em 14 casos o doador foi a mãe, em 11 o pai e em um o irmão. 15 TCTH foram feitos com regime de condicionamento mieloablativo e 11 com regime de intensidade reduzida. Dos 21 pacientes avaliáveis para DECH, nove apresentaram DECH aguda e seis evoluíram com DECH crônica. **Discussão** : A incidência de DECH aguda em toda a série foi de 43% e de DECH crônica 21%. Apenas um paciente apresentou DECH aguda grau 3 (e os demais graus 1 e 2) e apenas este apresentou refratariedade ao corticoide, necessitando tratamento de segunda linha. Com relação às DECH crônicas, dois foram leves, dois moderados e dois graves. Não houve diferença na incidência de DECH aguda quando considerados idade (maior ou menor que 10 anos), fonte de células ou intensidade do regime de condicionamento. Nenhum óbito foi atribuído a DECH e a mortalidade associada ao transplante (MAT) foi de 7% (2 de 26). Dezesete pacientes (68%) permanecem vivos em remissão da doença de base.

Conclusão : Apesar da incidência relativamente alta de DECH aguda, a quase totalidade dos pacientes apresentou resposta adequada ao tratamento de primeira linha com corticoide. A incidência de DECH crônica se mostrou semelhante àquela observada com o uso de doadores aparentados e não aparentados. Nenhuma variável analisada foi associada a maior incidência de DECH aguda ou crônica, possivelmente pelo pequeno número de pacientes.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 2

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO DE HOSPITAL PRIVADO DE SÃO PAULO.

Ferreira SO¹, Ponciano DB¹, Gimenez DEC¹, Santos RD¹, Novis YAS¹

¹*Sociedade Beneficente de Senhoras - Hospital Sirio Libanês*

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é uma opção de tratamento para muitas doenças congênitas e/ou adquiridas do sistema hematopoiético, alguns tumores sólidos, deficiências imunológicas primárias, e cada vez mais ganha espaço como opção de tratamento para doenças autoimunes. Com os adventos tecnológicos e a evolução dos protocolos de condicionamento, permitiu a ampliação da faixa etária de indicação de transplante e maior resolutividade na assistência dessas patologias^{1,2}. Nesse contexto, o planejamento do cuidado se estabelece a partir de alguns indicadores, como a condição clínica do paciente, a modalidade de transplante, fonte de células que será utilizada e esquema de condicionamento. Momento em que também são avaliados os riscos e o monitoramento da recuperação da função medular, toxicidades e complicações mais prevalentes². **Objetivo:** Descrever o perfil demográfico de pacientes das unidades de TCTH de um hospital privado de São Paulo. **Método:** Estudo descritivo retrospectivo referentes aos registros de pacientes atendido por um Hospital privado localizado na cidade de São Paulo SP, entre os meses de agosto 2011 a dezembro de 2017, considerando aspectos epidemiológicos (sexo e idade), modalidades de TCTH e doenças de base. Foi utilizado os dados das internações do hospital e compilados em planilha de Excel®, a análise foi descritiva e apresentada em números totais e percentagem. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultado:** No período de acompanhamento, foram transplantados 358 pacientes. Quanto ao gênero: 225 (62,85%) do sexo masculino; e na faixa etária de 19 - 76 anos: 297 (82,96%). Em relação aos tipos de TCTH: 215 (60,05%) alogênicos e 143 (39,95%) autólogos; e dentre estes 335 (93,57%) com diagnóstico de doenças malignas. Conforme demonstrado na literatura as indicações para o TCTH são extensas e com ampla distribuição de faixa etária, características estas, que corroboram para um perfil diverso de pacientes e comorbidades. Mesmo ocupando um lugar de destaque na medicina especializada, o TCTH ainda se mantém associado a grandes índices de morbimortalidade e representa altos custos em saúde, sendo, assim, necessário o encaminhamento dos pacientes a serviços de referência, onde as equipes estejam em constante atualização e os recursos possam ser otimizados, conforme a realidade socioeconômica de cada população³. **Conclusão:** O planejamento do cuidado no TCTH se perfaz de vários fatores, a saber, condição clínica prévia, modalidade de transplante, fonte de células que será utilizada, idade, sexo, esquema de condicionamento, dentre outras. A partir disso, definem-se os riscos e o plano de cuidado individualizado de cada paciente. Conforme evidenciado, no nosso serviço, o perfil de pacientes transplantados com doença maligna assemelha-se aos dados internacionais e há uma superioridade no número absoluto de transplantes alogênicos e em adultos. **Bibliografia:** Mantovani, D. C.; et. al. Manual de Farmácia Clínica. Ed. Atheneu 1ª Edição, 2017. Capítulo 13: Farmácia Clínica no Cuidado ao Paciente Onco-Hematológico; Diretrizes da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea 2012; 3. A. Gratwohl, et. al. Quantitative and qualitative differences in use and trends of hematopoietic stem cell transplantation: a Global Observational Study. *haematologica* | 2013; 98(8)

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 3

VISITA MULTIDISCIPLINAR EM UM SETOR DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sartori KB¹, Eleutério FR¹, Takacs TR¹, Esteves SR¹, Monteiro PM¹, Pereira DVDS¹, Vigarinho MES¹, Mancusi FCM¹, Almeida FNF¹, Elias NMDP¹

¹*Hospital Alemão Oswaldo Cruz*

Introdução: Equipe multiprofissional é a junção de esforços e interesses de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se identificam com o trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum cuja a atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estritamente ligado. A visita da equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que tem o objetivo de integrar as ações de saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação estejam interligadas. Em uma unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) devido à alta complexidade e gravidade dos casos, a realização da visita multiprofissional mostra-se de grande importância para monitorizar o estado de saúde e identificação de novas demandas do paciente e família, embasando o planejamento dos cuidados, garantido, assim, melhores resultados de acordo com as metas estabelecidas. **Objetivo:** Relatar a experiência da visita multiprofissional do setor de transplante de células-tronco hematopoiéticas de um hospital privado do estado de São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por meio de aspectos vivenciados por uma equipe multiprofissional com ênfase no transplante de células tronco hematopoiéticas de um hospital privado do estado de São Paulo. **Resultados e discussão:** A frequência das visitas multiprofissionais é semanal e é composta pela seguinte equipe: enfermeira, médico, nutricionista, farmacêutica, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e um profissional do grupo do CATSMI (Centro Avançado de Terapia de Suporte e Medicina Integrativa). Antes de entrar no quarto do paciente é realizado um Roteiro de Visita Multidisciplinar entre os profissionais envolvidos para direcionar o que será abordado. Durante a visita, colhe-se informações sobre as necessidades referenciadas pelo paciente e por seus familiares. Após a visita, a equipe reúne-se para preparar o Plano Terapêutico Multiprofissional que é o estabelecimento de metas para implantação do Plano de Cuidados. As visitas multidisciplinares aproximaram os membros da equipe assistencial e a tornaram mais integrada e coesa, possibilitando que cada profissional identifique melhor o papel do outro na assistência ao paciente, proporcionando uma comunicação mais efetiva, fundamental para que Plano Terapêutico Multiprofissional responda às necessidades do paciente na sua forma mais holística. **Conclusão:** É possível concluir que a convergência de informações e ações promovem uma maior credibilidade do paciente em relação à equipe, um dos fatores essenciais para o sucesso do tratamento. Além do que o cuidado de forma compartilhada promove a excelência no atendimento ao paciente e à família.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 4

IMPLANTAÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA DO CUIDADO EM UMA UNIDADE DE ONCO-HEMATOLOGIA E TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS.

Goncalves PMM¹, Eleutério FR¹, Esteves SR¹, Tocchini R¹, Bonoli KP¹, Takacs TR¹, Mancusi FCM¹, Sartori KB¹

¹*Hospital Alemão Oswaldo Cruz*

Objetivo: Avaliar a importância da implantação do quadro de referência do cuidado em uma unidade de onco-hematologia e transplante de células tronco-hematopoiéticas. Metodologia: Relato de caso ambientado em um hospital privado do estado de São Paulo. Discussão: Modelo Assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. O modelo assistencial desenvolvido para o hospital em questão é baseado no RBC (Relationship Based Care ou Cuidado Baseado no Relacionamento) e no Primary Nursing (Enfermeiro Referência), que são modelos assistenciais onde o paciente é considerado o centro do cuidado, além do profissional da equipe multiprofissional ser reconhecido como referência. Foi desenvolvido, então, um quadro acrílico e instalado em todos os quartos das unidades de internação do hospital, visando a disseminação desse modelo e destacando os profissionais da equipe multiprofissional que são referências para o paciente, registrando as metas do plano do cuidado, data da provável alta, as seis metas internacionais de segurança do paciente entre outros dados importantes para o planejamento do cuidado do paciente pela equipe multiprofissional, pelo próprio paciente e sua família, ou seja, o cuidado é planejado por todos os envolvidos, inclusive o paciente e sua família, que são o centro do cuidado. A implantação do quadro se tornou, então, uma parte importante da consolidação do modelo assistencial adotado, facilitando o diálogo com o paciente e família.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 5

GRUPO DE APOIO AOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE ONCO-HEMATOLÓGICA:
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE ESCUTA

Emer MC¹, Ittner M¹, Kunrath R¹, Rocha CP¹, Moraes MAC¹, Cezar VS¹, Saraiva TKG¹, Birnfeld CF¹, Astigarraga CC¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução : Os pacientes internados em unidade onco-hematológica compartilham do anseio desencadeado pelo impacto do adoecimento em suas vidas e pelas incertezas em relação ao futuro. Compreendendo as repercussões emocionais decorrentes desta experiência, os serviços de psicologia e de pastoral adotam como rotina avaliar e acompanhar individualmente todos os pacientes que internam nesta unidade. Entretanto, a partir do acompanhamento individual dos casos, observou-se uma certa curiosidade, por parte de alguns pacientes, acerca das histórias dos demais. A partir da identificação desta demanda e reconhecendo a potência do encontro com o outro, que passa pela vivência desde o mesmo lugar, este relato objetiva descrever a experiência de um espaço grupal que foi constituído na unidade de oncohematologia. **Objetivo:** Descrever a experiência da constituição de um grupo de apoio para pacientes internados em uma unidade onco-hematológica de um hospital privado da região sul do Brasil, ressaltando as impressões acerca do impacto deste dispositivo grupal no processo dos participantes. **Método:** Observação do funcionamento de um grupo voltado para pacientes internados em unidade onco-hematológica. O espaço grupal foi instituído em novembro de 2017 e desde então acontece de forma semanal, coordenado pelo serviço de psicologia em parceria com o serviço de pastoral. Além dos pacientes internados, em alguns encontros pontuais, são convidadas pessoas que já estiveram internadas neste setor, na condição de pacientes, para que possam falar de sua experiência a partir do lugar de quem já atravessou esta etapa. **Resultados:** Observa-se que os pacientes que participam pela primeira vez do grupo tendem a participar sempre, ausentando-se apenas em caso de impossibilidade médica. Também se observa a criação de uma importante rede de apoio entre eles, deixando de ser, um para o outro, apenas o paciente do quarto ao lado. Além disso, percebe-se que o processo de grupo potencializa a elaboração de processos internos que, muitas vezes, ainda não haviam ocorrido no tratamento individual. **Discussão:** A identificação parece ser um dos principais mecanismos de fortalecimento do grupo, através da qual os pacientes se reconhecem na fala um do outro. É notável o impacto que a percepção de ser compreendido produz em seus participantes, diminuindo o sentimento de solidão e aumentando o repertório de estratégias de enfrentamento, a partir do conhecimento de outras histórias e outros jeitos de se relacionar com a doença e com as privações do tratamento. **Conclusão** : A experiência grupal tem se mostrado um dispositivo efetivo de cuidado. No entanto, este espaço não dispensa o olhar singular para cada caso, uma vez que nem todos os pacientes irão aderir a esta proposta e, portanto, se beneficiar deste cuidado, além disso, existem desafios para torná-lo acessível a todos que desejarem, uma vez que, atualmente, pacientes em isolamento de contato ficam impedidos de participar.

Palavras chaves: Oncohematologia; grupo de apoio; equipe multidisciplinar

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 6

IMPLANTAÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA DO CUIDADO EM UMA UNIDADE DE ONCO-HEMATOLOGIA E TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS

Goncalves PMM¹, Eleuterio FR¹, Esteves SR¹, Tocchini R¹, Bonoli KP¹, Takacs TR¹, Mancusi FCM¹, Sartori KB¹, Pereira EA¹

¹*Hospital Alemão Oswaldo Cruz*

Introdução: O paciente onco-hematológico, em geral, passa por internações longas e, durante sua hospitalização, precisa se adaptar a normas, procedimentos e rotinas a que não estava acostumado na sua vida cotidiana. Além disso, o estigma da doença e os efeitos colaterais do tratamento trazem sofrimento e estresse. A equipe multidisciplinar precisa estar muito bem preparada para assistir esse paciente, necessitando de um modelo de cuidado bem definido para direcioná-la no planejamento da assistência. Visando a importância de um modelo assistencial consistente, foi desenvolvido para o hospital em questão um modelo baseado no RBC (Relationship Based Care ou Cuidado Baseado no Relacionamento) e no Primary Nursing (Enfermeiro Referência), que são modelos assistenciais onde o paciente é considerado o centro do cuidado, além do profissional da equipe multiprofissional ser reconhecido como referência. O profissional referência está atento à detecção das necessidades do paciente e da família, o que permite que a comunicação aconteça de maneira eficiente, colaborando para o alcance de melhores resultados. **Objetivo:** Avaliar a importância da implantação do quadro de referência do cuidado em uma unidade de onco-hematologia e transplante de células tronco-hematopoiéticas. **Metodologia :** Relato de caso ambientado em um hospital privado do estado de São Paulo. **Discussão:** Modelo Assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. O modelo assistencial desenvolvido para o hospital em questão é baseado no RBC (Relationship Based Care ou Cuidado Baseado no Relacionamento) e no Primary Nursing (Enfermeiro Referência), que são modelos assistenciais onde o paciente é considerado o centro do cuidado, além do profissional da equipe multiprofissional ser reconhecido como referência. Foi desenvolvido, então, um quadro acrílico e instalado em todos os quartos das unidades de internação do hospital, visando a disseminação desse modelo e destacando os profissionais da equipe multiprofissional que são referências para o paciente, registrando as metas do plano do cuidado, data da provável alta, as seis metas internacionais de segurança do paciente entre outros dados importantes para o planejamento do cuidado do paciente pela equipe multiprofissional, pelo próprio paciente e sua família, ou seja, o cuidado é planejado por todos os envolvidos, inclusive o paciente e sua família, que são o centro do cuidado. **Conclusão:** A implantação do quadro se tornou, então, uma parte importante da consolidação do modelo assistencial adotado, facilitando o diálogo com o paciente e família.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 7

QUANTIFICAÇÃO DOS TRANSCRITOS BCR-ABL¹ EI COMO VALOR PREDITIVO DE RECAÍDA AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA

Bonecker S¹, Amaral N¹, Padilha T¹, Tavares RCB², Gutiyama LM¹, Zalber I¹

¹Laboratório de Biologia Molecular, INCA, Rio de Janeiro, Brasil

²Centro de Transplante de Medula Óssea, INCA, Rio de Janeiro, Brasil

Introdução: A leucemia mieloide crônica (LMC) é caracterizada pela translocação recíproca entre os cromossomos 9 e 22, justapondo os genes *BCR-ABL1*. Mesmo após a introdução dos inibidores alvo específicos e o aumento na sobrevida global dos pacientes, a única terapia curativa ainda é o transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas (aloTCTH). Os marcos de resposta nos pacientes em acompanhamento ao uso dos inibidores são bem caracterizados, mas para os pacientes pós transplante estes marcos ainda são controversos, alguns estudos sugerem acompanhamento trimestral nos 2 primeiros anos pós-TCTH e depois semestral até 5 anos seguidos de anual de 5 a 10 anos. Porém, mais do que o tempo de monitoramento, o valor dos transcritos e sua associação com recaída não são estabelecidos. **Objetivo:** Avaliar se há um valor de %*BCR-ABL1* preditivo de recaída clínica no acompanhamento dos pacientes com LMC pós aloTCTH. **Material e Métodos:** Foram incluídos 101 pacientes com LMC com dados clínicos e moleculares bem caracterizados com mais de 18 meses de acompanhamento pós aloTCTH. Os valores de *BCR-ABL1* foram quantificados pela metodologia de RT-qPCR usando o *ABL1* como gene de referência. A curva ROC com índice de Youden foi utilizada para avaliar quantitativamente o valor com melhor relação sensibilidade x 1-especificidade capaz de caracterizar melhor os pacientes que recaíram ao transplante. Para a recaída foram considerados os dados clínicos do prontuário. **Resultados:** Levando em consideração recaída como parâmetro, o índice de Youden foi de $\leq 0,06\%$ *BCR-ABL1*^{EI}. O valor da área da curva ROC (AUC) foi de 0,994 (0,973 a 1,000). Este resultado indica que os pacientes que apresentaram níveis de *BCR-ABL1*^{EI} $>0,06\%$ apresentaram uma maior probabilidade estatística de recair quando comparado aos que possuíam valores $\leq 0,06\%$ *BCR-ABL1*^{EI}. (P<0,05). **Conclusão:** Sugere-se o valor maior do que 0,06% *BCR-ABL1*^{EI} como um marcador preditivo precoce de recaída para pacientes com LMC após o aloTCTH, mas validá-lo em uma coorte independente de pacientes ainda se faz necessário. Nos pacientes que ultrapassem esse limite, o acompanhamento mais frequente talvez seja indicado. Resultados precoces na cinética de aumento dos transcritos possibilitam imunomodulação ou instituição de manutenção com inibidor tirosina quinase que aumentem a sobrevida dos pacientes.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 8

MONITORAMENTO DOS TRANSCRITOS BCR-ABL1 EM PACIENTES COM LEUCEMIA
MIELOIDE CRÔNICA APÓS O TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS TRONCO
HEMATOPOIÉTICAS POR PCR DIGITAL

Bonecker S¹, Monteiro A¹, Padilha T¹, Gutiyama LM¹, Zalberg I¹

¹*Laboratório de Biologia Molecular, INCA, Rio de Janeiro, Brasil*

Introdução: Apesar do sucesso terapêutico dos inibidores alvo específicos, o transplante alogênico de células-tronco hematopoiético (aloTCTH) ainda é a única terapia curativa na leucemia mieloide crônica (LMC). Uma particularidade desta leucemia é a presença do gene de fusão *BCR-ABL1*, produto da translocação recíproca entre os cromossomos 9 e 22. O monitoramento dos transcritos *BCR-ABL1* após o transplante é necessário, pois alguns pacientes apresentam níveis baixos, porém detectáveis dos transcritos e ainda, há relatos na literatura de recaída após anos de transplante. Atualmente as metodologias mais utilizadas para o monitoramento da doença no período pós-aTCTH são: Nested PCR e PCR quantitativa em tempo real após transcrição reversa (RT-qPCR). Talvez o uso de técnicas mais sensíveis para a quantificação da baixa carga leucêmica nesses pacientes, como a PCR digital (dPCR) possa antever a recaída da doença com maior eficiência e assim, prover uma janela terapêutica maior que permita um aumento da sobrevida do paciente. **Objetivo:** Comparar qual a técnica quantitativa, RT-qPCR e dPCR, é mais adequada para o monitoramento da LMC em pacientes pós-aTCTH. **Material e Métodos:** Foram incluídos 101 pacientes (124 amostras) com mais de 18 meses de acompanhamento após o transplante. As mesmas amostras foram avaliadas por RT-qPCR (ThermoFisher) e dPCR (BioRad). **Resultados:** Das 124 amostras avaliadas, 83 foram positivas e 29 negativas por ambas as técnicas e 12 divergentes, sendo dez detectadas pelo dPCR e negativa pelo RT-qPCR. A sensibilidade do dPCR foi de 93% e a especificidade do RT-qPCR de 97%. A regressão linear (R^2) foi avaliada para *BCR-ABL1*, *ABL1* e a razão em $\%BCR-ABL1/ABL1^{EI}$ e foi observado: 0,9039, 0,8947, 0,9408, respectivamente. Vale ressaltar que para níveis mais baixos de transcritos essa correlação é menor. Entre os 101 pacientes analisados, 17 recaíram ao aTCTH e foi observado que esses possuíam mais de uma amostra detectável para o transcrito pelo método de RT-qPCR. Nenhum dos pacientes com níveis indetectáveis de transcritos por RT-qPCR recaíram ao aloTCTH. Ainda, as 10 amostras positivas para o dPCR e negativas para o RT-qPCR eram de pacientes que não recaíram ao aTCTH. **Conclusão:** Esses dados sugerem que o dPCR é mais sensível. No entanto, o significado clínico deve ser avaliado em uma coorte maior e independente. Nossos resultados indicam que uma metodologia mais específica, como o RT-qPCR, apresentou maior correlação com a recaída da doença no período pós-aloTCTH e por isso é mais adequada para o monitoramento de pacientes pós aloTCTH.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 9

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS QUE NECESSITARAM DE SUPORTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Fernandes PA¹, Macedo MCMA¹, Ramos LWF¹, Simoes CM¹, Rocha JDN¹, Tobaldini F¹, Okada L¹, Cavalcante J¹, Almeida MSS¹, Silva RL¹, Silva RL¹, Sampaio M¹, Sampaio M¹

¹*Instituto Brasileiro de Controle do Cancer*

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos tem-se observado um aumento no número de pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH). Como se trata de uma terapia agressiva, mais de 10% dos pacientes submetidos ao TCTH alogênico e mais de 5% dos TCTH autólogo necessitam de suporte em unidade de terapia intensiva (UTI). A mortalidade desses pacientes na UTI, que chegava a 80% começou a melhorar chegando aos atuais 50%. **OBJETIVO:** Descrever as características de pacientes submetidos ao TCTH que necessitaram de suporte em UTI no Instituto Brasileiro de controle do Câncer. **MATERIAIS E METODOS:** Foram incluídos os pacientes do TCTH admitidos na UTI entre junho de 2015 e dezembro de 2017, podendo ser na própria internação do transplante ou posterior. Foi realizada uma revisão dos prontuários caracterizando os pacientes de acordo com a idade, sexo, doença de base, causa da admissão, tipo do transplante e alta ou óbito na UTI. **RESULTADOS:** Foram analisados os dados de 91 pacientes. A média de idade era de 45 anos e 46% da amostra era do sexo feminino. O tempo médio de internação foi de 9 dias. A mortalidade na UTI foi de 54% sendo que a média de internação dos pacientes que receberam alta da UTI foi de 6 dias contra 12 dias dos que foram a óbito. Cinquenta e cinco pacientes (60%) tinham Leucemia, 23 (25%) Linfoma e 9 (10%) mieloma. As três principais causas de admissão foram sepse, insuficiência respiratória aguda (IRpA) e rebaixamento do nível de consciência (RNC). Sendo que 31 pacientes (34%) foram admitidos por Sepse, o mesmo numero por IRpA e 16 (18%) por RNC. Trinta e seis (39%) pacientes tinham feito TCTH alogênico “fullmatch”, 24 (26%) TCTH haploidêntico e 19 (21%) transplante autólogo. Dos pacientes com leucemia 13 (24%) morreram na UTI, dos linfomas foram 10 (43%) e dos mielomas 4 (44%). Dos pacientes admitidos com IRpA 22 (71%) morreram contra 16 (51%) dos com sepse e 7 (44%) dos com RNC. Dos pacientes submetidos ao TCTH autólogo 47% morreram na UTI, mesmo numero do grupo do TCTH alogênico “fullmatch” contra 71% do haploidêntico. Com relação ao ano de admissão na UTI em 2015 foram registradas 20 pacientes com 65% de mortalidade, em 2016 foram 33 pacientes com 48% de mortalidade e em 2017 foram 38 pacientes com 51% de mortalidade. **DISCUSSÃO:** Os dados do estudo sugerem uma melhora dos resultados de sobrevida pelo o ano de admissão na UTI. Possivelmente devido ao avanço nos conhecimentos desse tema, porem com numeros ainda piores que os da população em geral. A mortalidade dos pacientes pós TCTH haploidêntico chamou atenção. Provavelmente por ser uma terapia muito imunossupressora. Dificuldades no suporte e no diagnostico da causa da IRpA resultam nas altas taxas de mortalidade vistas na literatura e confirmadas nesse estudo. **CONCLUSÃO:** Nesta análise preliminar os dados apresentados foram similares aos já descritos na literatura. A alta mortalidade dos pacientes com IRpA e dos pacientes do Haploidêntico parecem ser as principais dificuldades.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 10

ESTUDO PROTEÔMICO DO MICROAMBIENTE MEDULAR EM PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Rezende MA¹, Oliveira NCA¹, Corrêa SC¹, Abdelhay E¹, Binato R¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*

A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) é caracterizada pela proliferação anormal de células mieloides, uma diminuição no nível de apoptose e uma parada de diferenciação celular. Muitos estudos têm sido relatados para a compreensão dos processos leucemogênicos que indicam que a LMA é uma doença derivada de alterações na Célula Tronco Hematopoética, levando a formação de uma Célula Tronco Leucêmica. A manutenção das células-tronco hematopoéticas e a regulação de sua autorrenovação e diferenciação *in vivo* dependem da sinalização entre células-tronco e estroma através de citocinas, quimiocinas e fatores de crescimento. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a expressão proteica diferencial de amostras de plasma de MO de pacientes com LMA e plasma de MO de doadores saudáveis através da análise proteômica. Para isso, as amostras foram caracterizadas por imunofenotipagem de acordo com os critérios FAB. Para a análise proteômica, as amostras de plasma da MO foram concentradas em colunas de Amicon, digeridas por tripsina e a performance proteômica foi realizada por cromatografia multidimensional acoplada ao espectrômetro de massas Synapt HDMS. As proteínas foram identificadas e quantificadas utilizando software Proteinlynx-Global Server v.2.5.2 (PLGS) com a ferramenta Expression^E. As análises *in silico* foram realizadas utilizando o software MetaCoreTM. Para análise proteômica, a fim de diminuir a heterogeneidade, os plasmas das amostras de MO foram analisados por subtipos de LMA em *pool* comparados com um *pool* de 5 doadores saudáveis de MO. Nesta análise proteômica identificamos proteínas diferencialmente expressas quando comparadas com o plasma de doador: M0 (576), M0 / M1 (529), M1 / M2 (439), M2 (519), M3 (552), M4 / M5 (569) e M7 (644). No intuito de avaliar possíveis processos biológicos nos quais as proteínas diferencialmente expressas estavam envolvidas, realizamos a análise *in silico*. Nossos resultados demonstraram que essas proteínas participam de diversos processos biológicos importantes como adesão celular, apoptose, ciclo celular, transdução de sinal e processo de inflamação. A partir desses resultados realizamos o diagrama de Venn que nos revelou 215 proteínas diferencialmente expressas comuns, indicando que uma alteração comum a todos os subtipos pode estar relacionada com importantes alterações no contexto da doença. Dentre as proteínas, PDK1, apresentou sua expressão diminuída em todos os subtipos de LMA. PDK1 é uma importante proteína cinase que pode estar relacionada com a regulação de várias vias de sinalização importantes, como a via de Akt e a via de HIF1 α . Ensaios de WB e ELISA confirmaram que tanto Akt fosforilado quanto HIF1 α apresentaram suas expressões alteradas no plasma de pacientes com LMA. Nossos resultados sugerem que essas proteínas, especialmente PDK1 são proteínas importantes e potenciais para os futuros estudos na compreensão do papel do microambiente medular no desenvolvimento da LMA.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 11

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS QUE NECESSITARAM DE SUPORTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Fernandes PA¹, Macedo MCMA¹, Ramos LWF¹, Simoes CM¹, Rocha JDN¹, Rocha JDN¹, Tobaldini F¹, Okada L¹, Simoes A¹, Almeida MSS¹, Silva RL¹

¹*Instituto Brasileiro de Controle do Cancer*

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos tem-se observado um aumento no número de pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH). Como se trata de uma terapia agressiva, mais de 10% dos pacientes submetidos ao TCTH alogênico e mais de 5% dos TCTH autólogo necessitam de suporte em unidade de terapia intensiva (UTI). A mortalidade desses pacientes na UTI, que chegava a 80% começou a melhorar chegando aos atuais 50%. **OBJETIVO:** Descrever as características de pacientes submetidos ao TCTH que necessitaram de suporte em UTI no Instituto Brasileiro de controle do Câncer. **MATERIAIS E METODOS:** Foram incluídos os pacientes do TCTH admitidos na UTI entre junho de 2015 e dezembro de 2017, podendo ser na própria internação do transplante ou posterior. Foi realizada uma revisão dos prontuários caracterizando os pacientes de acordo com a idade, sexo, doença de base, causa da admissão, tipo do transplante e alta ou óbito na UTI. **RESULTADOS:** Foram analisados os dados de 91 pacientes. A média de idade era de 45 anos e 46% da amostra era do sexo feminino. O tempo médio de internação foi de 9 dias. A mortalidade na UTI foi de 54% sendo que a média de internação dos pacientes que receberam alta da UTI foi de 6 dias contra 12 dias dos que foram a óbito. Cinquenta e cinco pacientes (60%) tinham Leucemia, 23 (25%) Linfoma e 9 (10%) mieloma. As três principais causas de admissão foram sepse, insuficiência respiratória aguda (IRpA) e rebaixamento do nível de consciência (RNC). Sendo que 31 pacientes (34%) foram admitidos por Sepse, o mesmo numero por IRpA e 16 (18%) por RNC. Trinta e seis (39%) pacientes tinham feito TCTH alogênico “fullmatch”, 24 (26%) TCTH haploidêntico e 19 (21%) transplante autólogo. Dos pacientes com leucemia 13 (24%) morreram na UTI, dos linfomas foram 10 (43%) e dos mielomas 4 (44%). Dos pacientes admitidos com IRpA 22 (71%) morreram contra 16 (51%) dos com sepse e 7 (44%) dos com RNC. Dos pacientes submetidos ao TCTH autólogo 47% morreram na UTI, mesmo numero do grupo do TCTH alogênico “fullmatch” contra 71% do haploidêntico. Com relação ao ano de admissão na UTI em 2015 foram registradas 20 pacientes com 65% de mortalidade, em 2016 foram 33 pacientes com 48% de mortalidade e em 2017 foram 38 pacientes com 51% de mortalidade. **DISCUSSÃO:** Os dados do estudo sugerem uma melhora dos resultados de sobrevida pelo o ano de admissão na UTI. Possivelmente devido ao avanço nos conhecimentos desse tema, porem com numeros ainda piores que os da população em geral. A mortalidade dos pacientes pós TCTH haploidêntico chamou atenção. Provavelmente por ser uma terapia muito imunossupressora. Dificuldades no suporte e no diagnostico da causa da IRpA resultam nas altas taxas de mortalidade vistas na literatura e confirmadas nesse estudo. **CONCLUSÃO:** Nesta análise preliminar os dados apresentados foram similares aos já descritos na literatura. A alta mortalidade dos pacientes com IRpA e dos pacientes do Haploidêntico parecem ser as principais dificuldades.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 12

TRANSLOCAÇÃO (11;22) CONSTITUCIONAL EM UM PACIENTE COM SÍNDROME
MIELODISPLÁSICA TRATADO COM TRANSPLANTE DE CÉLULAS
TRONCO-HEMATOPOÉTICAS ALOGÊNICO : IMPLICAÇÕES NO DIAGNÓSTICO E NO
TRATAMENTO

Otero L¹, Tavares RC¹, Padilha T¹, Abdelhay E¹, Fernandez TS¹

¹*Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) - Instituto Nacional de Câncer (INCA)*

Rearranjos cromossômicos constitucionais balanceados são encontrados em aproximadamente 0,2% da população. Dentre as translocações, a t(11;22)(q23;q11)c é a mais freqüente. Geralmente, tais alterações são descobertas durante investigação de infertilidade, abortos espontâneos ou filhos com retardo mental. Indivíduos portadores dessa translocação podem gerar prole com a Síndrome de Emanuel, também conhecida como síndrome do cromossomo supernumerário der(22)t(11;22) ou da trissomia parcial do cromossomo 22. A síndrome é clinicamente caracterizada por deficiência cognitiva relevante, anomalias craniofaciais, malformações cardíacas e anormalidades renais. Recentemente, estudos têm demonstrado a associação desta translocação constitucional com maior incidência de doenças neoplásicas malignas, tais como câncer de mama, renal, coloretal, próstata, leucemia entre outros. Nesse trabalho, descrevemos o relato de um paciente masculino com 23 anos, apresentando síndrome mielodisplásica (SMD) hipocelular que foi encaminhado ao CEMO-INCA para realização do transplante de células tronco hematopoéticas alogênico (TCTHa). No estudo citogenético pré-TCTHa em amostra de medula óssea foi detectada a presença da t(11;22)(q23;q11.2) em todas as metáfases analisadas. Foi realizado o estudo citogenético em amostra de sangue periférico que confirmou tal alteração como constitucional. Também foi realizado estudo citogenético do irmão, o doador de medula óssea, e o mesmo apresentou cariótipo normal. O paciente realizou o TCTHa e obteve o quimerismo citogenético total após 2 meses do transplante. Nesse caso, a t(11;22)(q23;q11)c serviu como marcador citogenético de quimerismo, já que o paciente e o doador eram do mesmo sexo. Atualmente, o paciente encontra-se em quimerismo total citogeneticamente e também por técnicas moleculares (VNTR) após 5 anos do transplante. O papel da t(11;22)(q23;q11.2) no desenvolvimento tumoral ainda encontra-se em discussão. Alguns estudos sugerem um potencial oncogênico desta translocação devido a perda de heterozigidade de sequências gênicas no cromossomo 22 em células tumorais. O presente relato de caso corresponde a primeira associação da t(11;22)(q23;q11)c com a SMD. Em nosso paciente, a presença da t(11;22)(q23;q11)c não teve impacto na sobrevida pós-TCTHa, mas foi fundamental como marcador citogenético para acompanhamento do quimerismo. A definição do cariótipo também foi importante para encaminhar o paciente, no caso de desejo de filhos, para um aconselhamento genético.

Palavras-chave: síndrome mielodisplásica, transplante de células tronco hematopoéticas alogênico, cariótipo, quimerismo.

Auxílio financeiro: Ministério da Saúde - INCA

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 13

ESTUDO CITOGENÉTICO E PROTEÔMICO DE CÉLULAS MESENQUIMAIS ESTROMAIS DE PACIENTES COM SÍNDROME MIELODISPLÁSICA: INVESTIGANDO AS ALTERAÇÕES DO MICROAMBIENTE MEDULAR

Fernandez TS¹, Binato R¹, Pizzatti L², Lemos G¹, Redondo P¹, Bouzas LF¹, Abdelhay E¹

¹*Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), Instituto Nacional de Câncer (INCA)*

²*Laboratório de Biologia Molecular e Proteômica do Sangue - LBCD / Departamento de Bioquímica, Instituto de Química, IQ, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ*

Introdução : O microambiente da medula óssea tem sido indicado como um importante componente envolvido na patogênese da SMD. O principal componente do microambiente medular corresponde as células mesenquimais estromais (CMEs). No entanto, não é claro o padrão citogenético das CMEs em SMD. Em relação à caracterização das proteínas e das vias de sinalização em CMEs através da análise proteômica, até o momento não existem estudos utilizando essa estratégia. **Objetivo:** Analisar citogeneticamente CMEs de pacientes com SMD e caracterizar através da análise proteômica as proteínas, processos e vias de sinalização em CMEs envolvidos na patogênese da SMD. **Materiais e Métodos:** Amostras de medula óssea foram obtidas de 25 pacientes com SMD e 20 doadores saudáveis provenientes do INCA. As CMEs foram cultivadas em DMEN-baixa glicose, suplementado com SFB, glutamina e antibióticos. Essas células foram coletadas para análise citogenética e proteômica após a 3ª passagem. **Resultados:** Nossos resultados mostraram que as CMEs de SMD não apresentam anormalidades cromossômicas clonais. A análise proteômica das CMEs de SMD quando comparadas com CMEs de doadores saudáveis caracterizou a presença de 46 proteínas diferencialmente expressas, tanto no estágio inicial de SMD quanto nos estágios avançados. As análises *in silico* mostraram que essas proteínas estão relacionadas aos processos biológicos: ciclo celular, apoptose, modelagem do citoesqueleto, resposta imune e “checkpoint” de dano ao DNA. A análise *in silico* também demonstrou, pela primeira vez, que a proteína c-Myc pode atuar como um potencial regulador positivo das 46 proteínas diferencialmente expressas encontradas. **Discussão e Conclusão:** O conhecimento sobre o papel das CMEs durante o desenvolvimento e a evolução da SMD para a LMA ainda é limitado. Em relação a citogenética, alguns estudos mostraram ausência de alterações cromossômicas nas CMEs de SMD e outros mostraram a presença de cariótipos anormais. Em nosso estudo, não detectamos alterações cromossômicas clonais nas CMEs de SMD. Entretanto, em alguns casos, foi observada uma perda cromossômica aleatória, que não foi observada em CMEs de doadores, sugerindo uma instabilidade cromossômica nessas células. Nossos resultados sugerem que a proteína c-Myc atua como um potencial regulador positivo das proteínas diferencialmente expressas em CMEs de SMD. Observamos a presença de um maior número de proteínas reguladas por c-Myc durante a transformação leucêmica, característica da complexidade da patogênese da SMD. Esses resultados sugerem o relevante papel do microambiente medular durante a patogênese da SMD e sua provável associação com casos de recidiva da doença pós-transplante de medula óssea.

Palavras-chave: Síndrome mielodisplásica, citogenética, análise proteômica, células mesenquimais estromais.

Auxílio Financeiro : Ministério da Saúde - INCA, FAPERJ, CNPq.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 14

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS QUE NECESSITARAM DE SUPORTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Fernandes PA¹, Macedo MCMA¹, Ramos LWF¹, Simoes CM¹, Rocha JDN¹, Simões AA¹, Tobaldini F¹, Okada L¹, Cavalcante JN¹, Almeida MSS¹, Silva RL¹

¹*Instituto Brasileiro de Controle do Câncer*

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos tem-se observado um aumento no número de pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH). Como se trata de uma terapia agressiva, mais de 10% dos pacientes submetidos ao TCTH alogênico e mais de 5% dos TCTH autólogo necessitam de suporte em unidade de terapia intensiva (UTI). A mortalidade desses pacientes na UTI, que chegava a 80% começou a melhorar chegando aos atuais 50%. **OBJETIVO:** Descrever as características de pacientes submetidos ao TCTH que necessitaram de suporte em UTI no Instituto Brasileiro de controle do Câncer. **MATERIAIS E METODOS:** Foram incluídos os pacientes do TCTH admitidos na UTI entre junho de 2015 e dezembro de 2017, podendo ser na própria internação do transplante ou posterior. Foi realizada uma revisão dos prontuários caracterizando os pacientes de acordo com a idade, sexo, doença de base, causa da admissão, tipo do transplante e alta ou óbito na UTI. **RESULTADOS:** Foram analisados os dados de 91 pacientes. A média de idade era de 45 anos e 46% da amostra era do sexo feminino. O tempo médio de internação foi de 9 dias. A mortalidade na UTI foi de 54% sendo que a média de internação dos pacientes que receberam alta da UTI foi de 6 dias contra 12 dias dos que foram a óbito. Cinquenta e cinco pacientes (60%) tinham Leucemia, 23 (25%) Linfoma e 9 (10%) mieloma. As três principais causas de admissão foram sepse, insuficiência respiratória aguda (IRpA) e rebaixamento do nível de consciência (RNC). Sendo que 31 pacientes (34%) foram admitidos por Sepse, o mesmo numero por IRpA e 16 (18%) por RNC. Trinta e seis (39%) pacientes tinham feito TCTH alogênico “fullmatch”, 24 (26%) TCTH haploidêntico e 19 (21%) transplante autólogo. Dos pacientes com leucemia 13 (24%) morreram na UTI, dos linfomas foram 10 (43%) e dos mielomas 4 (44%). Dos pacientes admitidos com IRpA 22 (71%) morreram contra 16 (51%) dos com sepse e 7 (44%) dos com RNC. Dos pacientes submetidos ao TCTH autólogo 47% morreram na UTI, mesmo numero do grupo do TCTH alogênico “fullmatch” contra 71% do haploidêntico. Com relação ao ano de admissão na UTI em 2015 foram registradas 20 pacientes com 65% de mortalidade, em 2016 foram 33 pacientes com 48% de mortalidade e em 2017 foram 38 pacientes com 51% de mortalidade. **DISCUSSÃO:** Os dados do estudo sugerem uma melhora dos resultados de sobrevida pelo o ano de admissão na UTI. Possivelmente devido ao avanço nos conhecimentos desse tema, porem com numeros ainda piores que os da população em geral. A mortalidade dos pacientes pós TCTH haploidêntico chamou atenção. Provavelmente por ser uma terapia muito imunossupressora. Dificuldades no suporte e no diagnostico da causa da IRpA resultam nas altas taxas de mortalidade vistas na literatura e confirmadas nesse estudo. **CONCLUSÃO:** Nesta análise preliminar os dados apresentados foram similares aos já descritos na literatura. A alta mortalidade dos pacientes com IRpA e dos pacientes do Haploidêntico parecem ser as principais dificuldades.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 15

CITARABINA E MITOXANTRONA EM BAIXAS DOSES COM G-CSF PODEM INDUZIR
REMISSÃO DE LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA-T REFRATÁRIA E PERMITIR TRANSPLANTE
ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH)

Gouveia RV¹, Ginani VC¹, Marques JF¹, Paiva PM¹, Lee MLM¹, Pupim M¹, Lima AC¹, Zamperlini G¹, Macedo CRD¹, Seber A¹

¹Hospital Samaritano de São Paulo

A leucemia linfóide aguda T (LLA-T) é responsável por 10-15% das leucemias linfóides em crianças. A recidiva da Leucemia linfóide T tem um prognóstico muito ruim, com sobrevida abaixo de 20% quando tratada com protocolos quimioterápicos ou mesmo com TCTH em 2^a remissão. A maior dificuldade é conseguir alcançar a remissão. Chineses descreveram remissão da maior parte das LLA-T com esquema de baixas doses de quimioterapia, mas nunca havíamos testado em nosso serviço. **Método:** o tratamento proposto é realizado com aracytin 10 mg/m²/dose SC 12/12h, aclarubicina – substituída por mitoxantrone 5 mg/m²/dia EV nos D1, D3 e D5 e G-CSF 200 mcg/m² SC por 10 dias (Xue SL et al. CAG regimen enables relapsed or refractory T-cell acute lymphocytic leukemia patients to achieve complete remission: A report of six cases. Am. J. Hematol. 83:167–170, 2008). **Resultados :** KAT, 4 anos, masculino, LLA-T Jun/16 com 500.000 leucócitos. Recebeu BFM 2002, além de clofarabina, sendo completamente refratário a todos os esquemas quimioterápicos. A seguir, foi tratado com baixas doses de aracytin 10 mg/m²/dose SC de 12/12h e mitoxantrone 5 mg/m²/dia EV nos D1, D3 e D5 e granulokine 200 mcg/m² SC por 10 dias, alcançando medula aplásica. A equipe optou por realizar transplante haploidêntico (pai) ainda em aplasia em Jan/17 com fludarabina, TBI 1200cGy; Ciclofosfamida pós TCTH, CsA-MMF. A criança evoluiu com DECH aguda de pele e trato gastrointestinal. Foi suspenso o MMF em 3 meses e a ciclosporina em 4 meses do TCTH. Avaliação mensal da medula demonstrou remissão completa da doença por imunofenotipagem e VNTR 100% doador. Infelizmente, cinco meses após o TCTH faleceu por miocardite viral aguda por coxsackie B2 e B3, em remissão **Conclusão:** Quimioterapia em baixa doses, com biologia muito diferente das estratégias de tratamento habitualmente utilizadas, pode levar à remissão doença anteriormente refratária, com baixa toxicidade e baixo custo, possibilitando a realização de TCTH alogênico.

Área: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**
Trabalho: 16

DOENÇA VASCULAR CEREBRAL ASSOCIADO AO USO DE INIBIDORES DE TIROSINA KINASE (TKI) DE SEGUNDA GERAÇÃO PARA TRATAMENTO DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA

Ginani VC¹, Gouveia RV¹, Marques JF¹, Paiva PM¹, Cassia AL¹, Reis APD¹, Zamperlini G¹, Pupim M¹, Hashimoto C¹, Seber A¹

¹Hospital Samaritano de São Paulo

Inibidores da tirosina quinase (TKI) de segunda geração utilizados para tratamento de leucemias BCR-ABL positivas estão associados a doenças cardiovasculares periféricas e, mais recentemente, foram descritos relatos de estenose vascular intracraniana. Eventos adversos vasculares (EAV) descritos com uso de TKI são: doença aterosclerótica progressiva das artérias coronárias, cerebrais e periféricas associadas ao uso do nilotinib; eventos de oclusão arteriais e venosos ao uso do ponatinib e hipertensão pulmonar associadas ao uso de dasatinib. Embora cada TKI tenha um perfil único de ligação a alvos moleculares nas células leucêmicas e células vasculares, a exata etiologia das vasculopatias induzidas por essas drogas ainda não é clara. Provavelmente, certos fatores moleculares predisponentes, assim como fatores de risco cardiovascular pré-existentes e certas comorbidades predisõem ao surgimento dos EAV. **Objetivo:** descrever caso de um adolescente que apresentou acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico com necessidade de stent após uso de TKI e dois transplantes de medula óssea (TMO) **Materiais e métodos:** paciente com leucemia mielóide crônica (LMC) aos 12 anos, tratada com imatinib. Evoluiu com crise blástica linfóide e infiltração líquórica. Pesquisa de mutação evidenciou E255K (763 G>A) associada à resistência ao imatinib e nilotinib. Submetido a TMO alogênico aparentado (irmão doador- HLA idêntico) em 30/6/15. Condicionamento TBI (1200 cGy) e etoposide e profilaxia doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) com ciclosporina (CSA). Células-tronco periféricas (CTP) infundidas: 11×10^6 CD34/kg. Fez uso de dasatinib após TMO. Evoluiu com doença residual mínima (DRM) positiva no D+50 e recidiva líquórica. Realizou quimioterapia (QT) intratecal e radioterapia complementar craniana, além de infusão de linfócitos (DLI) com boa resposta. No D+164, recidiva medular. Resposta completa à troca de dasatinib por ponatinib e 3^aDLI, com negatificação do RT PCR p210 em março/16. DECH crônica leve (folicular), não tratada. Após 13 meses do TMO, nova recidiva medular e líquórica. Durante citorredução, em uso de ponatinib apresentou cefaleia intensa e desvio de rima, hemiparesia à direita – AVC isquêmico. Na fase de aplasia após QT, realizou 2^aTMO alogênico não aparentado (9×10^6), CTP 8×10^6 CD34/kg condicionamento: treosulfano, fludarabina e tiotepa em 19/08/16. Profilaxia DECH: ATG de coelho, CSA e metotrexato. Pega neutrófilos no D+17. Melhora progressiva do quadro neurológico. Após 11 meses, recidiva medular. Iniciou Blinatumomab e DLI com excelente resposta. Fez uso de nilotinib por 1 mês com novo AVCi, sendo substituído por bosutinib desde agosto/17. Novo AVC isquêmico em fevereiro/18 - cirurgia com colocação de 2 stents um na artéria cerebral média e outro na artéria cerebral anterior. Evoluiu com recuperação neurológica progressiva e em remissão. DECH crônica ocular e provável pulmonar. **Conclusão:** apesar de raro, o uso de TKI de segunda geração tem risco de apresentar eventos cardiovasculares graves, mesmo na população jovem sendo de extrema importância a seleção personalizada do medicamento para minimizar seus eventos adversos enquanto mantém os efeitos antileucêmicos

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 17

ESTUDO DA REGULAÇÃO DE BMP4 PELA VIA DE SINALIZAÇÃO DE WNT EM CÉLULAS ESTROMAIS MESENQUIMAIS DE PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOÍDE AGUDA

Azevedo PL¹, Oliveira NCA¹, Corrêa S¹, Abdelhay E¹, Binato R¹

¹*Instituto Nacional de Câncer*

A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) é a neoplasia hematológica caracterizada pela parada da diferenciação celular, diminuição do nível de apoptose, aumento da proliferação e acúmulo de precursores mieloides na medula óssea (MO). Eventos relacionados com o início da doença ainda não foram claramente elucidados, no entanto, sabe-se que a LMA possui uma origem única a partir da transformação das Células Tronco Hematopoéticas, dando origem a Célula Tronco Leucêmica (CTL). Acredita-se que alterações na sinalização das Células Estromais Mesenquimais (CEM) possam estar relacionadas com esta transformação. Um estudo do nosso laboratório identificou uma assinatura molecular comum a todas as CEMs de pacientes com LMA (CEM-LMA). Dentre os genes, *BMP4* foi encontrado com sua expressão diminuída tanto nas CEMs como no plasma de pacientes com LMA. *BMP4* é uma proteína secretada no microambiente da MO e a diminuição de sua expressão pode resultar em uma alteração na manutenção das CTH. Alguns estudos relacionam a expressão de *BMP4* com a via de WNT. Desta forma, o objetivo desse trabalho foi verificar se a via de WNT é capaz de atuar na regulação do gene *BMP4* nas CEMs. Com esta finalidade, amostras de MO de doadores saudáveis e de pacientes com LMA ao diagnóstico, foram colocadas em culturas para isolamento das CEMs. Após a caracterização destas células na passagem 3, o perfil de expressão gênica da via de WNT foi avaliado através do ensaio de PCR Array. Neste ensaio, encontramos 26 genes diferencialmente expressos nas CEM-LMA em comparação com as CEM de doadores saudáveis (CEM-DO). Estes resultados foram confirmados por PCR em tempo real (RT-qPCR). Também avaliamos a expressão proteica dos receptores de membrana LRP5, Frizzled 5 e Frizzled 6, relacionados com a via canônica, através de ensaios de citometria de fluxo. Todas as proteínas apresentaram menor expressão em CEM-LMA. A via canônica de WNT é dependente de β -catenina, no entanto, não foi encontrada nenhuma alteração de sua expressão. Como β -catenina precisa ser translocada para o núcleo para promover a regulação de genes alvo, avaliamos se existe diferença de localização de β -catenina entre as CEM-LMA e CEM-DO por ensaios de imunofluorescência. Os resultados não mostraram nenhuma diferença significativa. Porém, além de ser translocada para o núcleo, β -catenina precisa se associar aos fatores de transcrição *TCF/LEF* que foram encontrados com sua expressão diminuída no PCR Array. A confirmação da diminuição da proteína LEF1 em CEM-LMA foi obtida através de ensaios de Western Blot. Após análise *in silico* da região promotora de *BMP4*, encontramos seis sítios consenso de ligação TCF/LEF. Através de ensaios de imunoprecipitação de cromatina (ChIP) com LEF1 seguido de RT-qPCR, observamos uma menor ligação de LEF1 em dois sítios TCF/LEF no promotor de *BMP4* nas CEM-LMA em comparação com as CEM-DO. Com esses resultados, sugerimos que a via canônica WNT é potencialmente capaz de atuar na regulação do gene *BMP4* nas CEM-LMA.

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 18

COMPARAÇÃO ENTRE PROCESSAMENTO DE “LARGE VOLUME” E “STANDARD VOLUME”: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE COLETA DE CPH

Lopes ER¹, Piovani NC¹, Moreale VC¹, Albino CD¹, Feliciano JVP¹

¹*Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto*

Introdução: Transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) autólogo é uma opção terapêutica em neoplasias hematológicas. Este procedimento requer a mobilização de células progenitoras hematopoéticas (CPH) da medula óssea para o sangue periférico (SP), para posterior coleta via leucoaférese. O processamento de grandes volemiás (“large volume”, >4 volemiás) na aférese difere do processamento padrão (“standard volume”, até 4 volemiás) no fluxo de extração e na estratégia de anticoagulação utilizada e pode melhorar a efetividade da coleta nos maus mobilizadores (<20x10³/ul CD34+). **Objetivo:** Avaliar o processamento de grandes volemiás comparado com o processamento padrão em viabilizar coleta de CPH em número de células que possibilite o transplante. **Método:** Análise retrospectiva de dados das coletas realizadas no Hospital de Base de São José do Rio Preto, entre outubro de 2017 e abril de 2018, comparando os resultados das coletas com processamento maior que 4 volemiás com aquelas com menor ou igual a 4 volemiás. Todos os pacientes foram submetidos à mobilização com altas doses de filgrastima, coleta de CD34 em SP no quinto dia da mobilização para definição de uso de plerixafor, além da definição do número de volemiás a processar. Os pacientes foram monitorizados laboratorialmente antes e clinicamente após as coletas, realizadas na máquina Cobe Spectra. No processamento de grandes volemiás foi utilizado citrato e heparina, conforme literatura. **Resultados:** Dos 29 pacientes coletados, 65,5% foram submetidos a “large volume”. A média de dose de filgrastima foi igual entre os grupos 19,3 mcg/kg/dia. Média de CD34+ (x10³/ul) no SP foi 22,98 (6,5 - 44) no “large volume” e 78,54 (48,3 - 155) no “standard volume”, sendo utilizado plerixafor em 2 pacientes do grupo “large”. Média de volemiás processadas foi 6,63 (5 - 8) no “large” e 3,9 (3 - 4) no “standard”. Apenas 1 paciente do grupo “large” necessitou de 2 dias de coleta. Média de CD34+ (x10³/ul) na bolsa coletada entre “large” e “standard” foi, respectivamente, 2,97 (1,3 - 4,8) e 6,73 (3,15 - 12,8). A média de dias para enxertia de neutrófilos no grupo “large” foi 12,85, no “standard” 13,8. **Discussão:** Uma coleta de CPH via aférese apropriada afeta diretamente a possibilidade de realização do TCTH dependendo do número de células adquiridas, diminuindo o número de coletas necessárias em maus mobilizadores, a exposição a filgrastima/plerixafor, além de diminuir os custos do procedimento e da criopreservação. O uso de anticoagulante a base de citrato associado à heparina não fracionada tem mostrado segurança e possibilidade de coletas eficientes em pacientes maus mobilizadores de nosso centro. **Conclusão:** Os dados evidenciam que o processamento de grandes volemiás é eficaz em viabilizar a coleta de CPH em pacientes maus mobilizadores, possibilitando redução do número de coletas e viabilizando o procedimento de TCTH sem prejuízos em enxertia. **Palavras-chave:** mobilização, leucoaférese

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 19

PROVA CRUZADA CONTRA PLAQUETAS: QUAL A INFLUÊNCIA DOS ANTICORPOS ANTI-HLA DOADOR ESPECÍFICO E DA COMPATIBILIDADE ABO?

Arend AC¹, Cardone JM¹, Fagundes IDS¹, Speransa DMR², Franz JPM², Sekine L², Jobim LFJ¹

¹*Serviço de Imunologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

²*Serviço de Hemoterapia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Introdução : A refratariedade plaquetária por causas imunológicas está associada ao desenvolvimento de aloanticorpos, principalmente contra HLA de Classe I. O Serviço de Imunologia do HCPA utiliza a prova cruzada contra plaquetas por Citometria de Fluxo (FCPXM) e a detecção de anticorpos anti-HLA para o manejo de pacientes refratários. Objetivo: Analisar a influência de DSA Classe I, e da compatibilidade ABO, nos valores de desvio de canal (MCS) da FCPXM.

Material e Métodos : Foram analisados 272 FCPXM de doadores com tipagem HLA realizados entre junho e agosto de 2017 para a paciente R.R.N.P., com Síndrome Mielodisplásica e PRA CI de 85%. A positividade na FCPXM foi definida para valores de MCS ≥ 63 . A presença de DSA foi determinada quando os valores de MFI para HLA-A e/ou HLA-B eram ≥ 1.000 e os valores categorizados em: 1-“sem DSA”; 2-“DSA baixo”(MFI<5.000); 3-“DSA intermediário”(MFI entre 5.001 e 10.000) e; 4-“DSA alto”(MFI>10.000).

Resultados : Para 81% dos doadores testados a paciente apresentava DSA, sendo que em 61% com MFI>10.000. 58% dos FCPXM foram positivos. Os valores de MCS (mediana) foram diferentes entre as categorias: “sem DSA”(14) x “DSA intermediário”(66,5) (p=0,02); “sem DSA”x “DSA alto”(111,5) (p<0,001) e “DSA baixo”(35,9) x “DSA alto”(p<0.001). Não foram observadas diferenças estaticamente significantes entre as categorias “sem DSA”X “DSA baixo”e “DSA intermediário”X “DSA alto”. A compatibilidade ABO parece influenciar os resultados de MCS (média): Compatibilidade ABO (54,6) X Incompatibilidade Maior (108,3) (p=0.01); Compatibilidade ABO X Incompatibilidade Bidirecional (129,6) (p>0,001); Incompatibilidade Menor (68,0) X Incompatibilidade Maior (p=0,023) e; Incompatibilidade Menor X Incompatibilidade Bidirecional (p>0.001). Não houve diferenças significativas entre: Compatibilidade ABO e Incompatibilidade Menor e; Incompatibilidade Maior e Incompatibilidade Bidirecional.

Discussão e Conclusão : A compatibilidade ABO se mostrou importante nos resultados de MCS, justificando a importância da seleção de plaquetas guiada pelos grupos ABO para seleção de doadores, mesmo quando a FCPXM é utilizada. A paciente apresenta painel com MFI>10.000 contra HLA-A A*01, A*03, A*24 (três dos mais prevalentes no Sul do Brasil) e que estão presentes em 52% dos doadores testados, o que explicaria os 58% de FCPXM positivos. As comparações entre as quatro categorias de DSA nos permite definir dois grupos principais: “sem DSA/DSA baixo”(MCS<63); e “DSA intermediário/DSA alto”(MCS>63).

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 20

AVALIAÇÃO DA SOLUÇÃO À BASE DE HIDROXIETILAMIDO NA LAVAGEM PARA RETIRADA DE DMSO EM SISTEMA AUTOMATIZADO

Lira CCP¹, Dias J¹, Vieira PFC¹, Baiense LN¹, Bouzas LFS¹, Lerner D¹, Braga FHP¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*

Introdução: O dimetil sulfóxido (DMSO) é o agente crioprotetor mais utilizado na criopreservação de células progenitoras hematopoéticas (CPH). No entanto, várias reações adversas na infusão de produto descongelado, em paciente submetido a transplante, estão associadas ao DMSO. Contudo, a retirada de DMSO através de lavagem reduz as reações sem causar prejuízo na enxertia. **Objetivo:** Avaliar o colóide sintético hidroxietilamido como constituinte de solução de lavagem, para retirada de DMSO, utilizando um sistema automatizado. **Material e métodos:** Foram avaliadas 9 amostras de sangue periférico mobilizado (SPM) criopreservados. A solução cristalóide (cloreto de sódio 0,9%) foi chamada de solução 1 e a solução colóide (hidroxietilamido 6% - Voluven), chamada de solução 2, ambas acrescidas de albumina humana a 2,5%. As bolsas foram descongeladas em banho-maria a 37°C e procedidas imediatamente ao protocolo de lavagem. Foi realizada lavagem por sistema Sepax 2, seguindo protocolo de lavagem estabelecido pelo fabricante. Após o descongelamento e após a lavagem, foram avaliados: recuperação de células nucleadas totais (CNT); número de células CD34⁺ viáveis; número de colônia granulocítica-monocítica (CFU-GM) e avaliação visual de presença de aglutinação celular. **Resultados:** Ao comparar os resultados pós-lavagem com pós-descongelamento em cada uma das soluções, a média de recuperação de CNT foi de 74,6% para a solução 1 e 99,7% para a solução 2. Na recuperação de células CD34⁺ viáveis, a solução 1 apresentou uma média de 94,7% e a solução 2 apresentou 100%. No número de CFU-GM a média foi de 73,3% para a solução 1 e 100% para a solução 2. Ao comparar as soluções, foi observado diferença significativa apenas no número de CFU-GM, $p=0,0489$, com uma média de $23,4 \times 10^4$ colônias para solução 1 e $40,7 \times 10^4$ colônias para solução 2. A análise de inspeção visual foi observado uma considerável aglutinação celular na solução 1 quando comparado a solução 2. Todas as amostras apresentaram resultados negativos de hemoculturas, tanto para bactérias aeróbia e anaeróbia como para fungo, antes do descongelamento, e após a lavagem. **Discussão:** Nossos resultados mostraram que a solução 2 apresentou melhor média de recuperação tanto de CNT como de células CD34⁺ viáveis e número de CFU-GM. Além disso, ao comparar as soluções entre si, foi possível observar que a solução 2 apresentou um significativo aumento no potencial para a formação de CFU-GM. Sobretudo, o sistema Sepax2 se mostrou eficaz na rotina de lavagem de SPM, considerando tanto a média de recuperação de CNT, de células CD34⁺ viáveis e de CFU-GM como o teste de esterilidade. Esses resultados estão compatíveis com estudos realizados em unidades de sangue de cordão umbilical utilizando o sistema Sepax. **Conclusão:** A solução à base de hidroxietilamido é uma boa opção de escolha na retirada de DMSO em amostras de SPM criopreservado utilizando o sistema automatizado Sepax2, sendo esse método aplicável na rotina clínica do transplante de CTPH.

Palavras-chave: Dimetil sulfóxido, Sepax, células progenitoras hematopoéticas, Hidroxietilamido

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 21

INDICADORES UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO LABORATÓRIO DE CRIOPRESERVAÇÃO EM BANCO DE SANGUE E TECIDO DE CORDÃO UMBILICAL

Massumoto SM¹, Massumoto CM¹, Melati I¹, Lizier NF¹, Nakamoto RR¹, Ayoub FF¹, Ayoub CA¹

¹*Centro de Criogenia Brasil - CCB*

Introdução:

O Banco de sangue e tecido de cordão umbilical tem como objetivo armazenar células-tronco de parturientes. O sangue (SCUP) e tecido (TEC) de cordão umbilical são uma rica fonte de células-tronco hematopoéticas e mesenquimais. As células-tronco hematopoéticas são utilizadas como fonte de progenitores celulares após ablação quimioterápica e as células mesenquimais são amplamente utilizadas em caráter experimental, com a finalidade de reparação e diferenciação em outros tecidos. Existem indicadores para avaliação da qualidade do serviço realizado pelo laboratório de criopreservação das células hematopoéticas e mesenquimais. Estes indicadores são utilizados em programa de gestão de qualidade.

Objetivo:

Este trabalho tem como objetivo relatar os indicadores utilizados no laboratório de criopreservação do Banco de sangue e tecido de cordão umbilical.

Materiais e métodos:

Foram avaliadas 1053 amostras com os dados completos de SCUP coletados e criopreservados no período de janeiro a dezembro de 2017. Após a coleta do SCUP e TEC em centro obstétrico, as amostras foram encaminhadas aos respectivos laboratórios de criopreservação (CTC I) e “sala limpa” (CTC II) para serem processadas e criopreservadas. Foram avaliados 4 indicadores: recuperação celular após processamento, celularidade, porcentagem de células CD34+ e viabilidade celular. Os critérios utilizados foram: recuperação celular em porcentagem, celularidade (cél/m³), porcentagem de células CD34+ e viabilidade celular em porcentagem.

Resultados:

No índice de recuperação celular, temos como meta obter a recuperação acima ou igual a 85%. No mês de janeiro tivemos 5 coletas abaixo da meta, 3 em fevereiro, 8 em março, 6 em abril, 6 em maio, 10 em junho, 9 em julho, 8 em agosto, 5 em setembro, 1 em outubro, 7 em novembro e 10 em dezembro. A mediana de recuperação abaixo da meta foi de 84,3% e acima da meta foi de 88%. No índice de celularidade e porcentagem de células CD34+ analisamos mês a mês o número de coletas realizadas, calculamos a mediana de células nucleadas totais: 831,85 x 10⁶ céls., a mediana de células CD34+: 3,0985 x 10⁶ céls e a mediana da porcentagem de células CD34+: 0,37%. A mediana da viabilidade celular pós deu 90%.

Discussão:

Vimos que pelo índice de recuperação celular, podemos melhorar a qualidade do produto separado ou “buffy-coat”, pois inicialmente tivemos como meta obter produtos acima de 80% de recuperação, depois subimos para 82% e atualmente estamos na meta de 85%. Com isso, a tendência é aumentarmos este índice e alcançar cada vez mais um produto com maior índice de recuperação e melhor qualidade.

O índice de concentração e porcentagem de células CD34+ nos dá uma visão de como os SCUP's se comportam em relação a este índice, pois muitos centros de transplante ainda se guiam pelo número de células nucleadas totais para a realização de algum tratamento específico.

A viabilidade celular pós congelamento nos dá uma visão específica de como as amostras estão após o armazenamento e, fazendo o teste acima, em nosso Banco de SCUP realizamos a viabilidade pós de todas as amostras congeladas. A portaria da Vigilância Sanitária exige apenas uma amostragem anual da viabilidade pós.

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 22

INFUSÃO DE CÉLULAS-TRONCO MESENQUIMAIS AUTÓLOGAS EXPANDIDAS DE TECIDO ADIPOSEO EM PACIENTE LESADO MEDULAR GRAVE COM RESÍDUO DE FUNÇÃO ELETROFISIOLÓGICA

Massumoto CM¹, Tuma R¹, Araujo A¹, Massumoto SM², Ayoub CA², Lizier NF³

¹*Hospital 9 de Julho*

²*Centro de Criogenia Brasil*

³*Universidade Federal de São Paulo*

Introdução: No Brasil a incidência de traumatismo raquimedular (TRM) é de 40 casos novos/ano/milhão de habitantes, ou seja, cerca de 6 a 8 mil casos novos por ano, sendo que destes 80% das vítimas são homens e 60% se encontram entre os 10 e 30 anos de idade. A severidade do TRM pode variar de completa paraplegia até mielopatia incompleta ou paraparesia. Além da severidade da lesão, o mecanismo de trauma é um dos fatores cruciais na escolha da modalidade terapêutica e na possibilidade de recuperação. Nesse contexto de as células-tronco mesenquimais (CTM) têm sido utilizadas como uma importante ferramenta terapêutica. **Objetivos:** Avaliar se o transplante autólogo de CTM derivadas de tecido adiposo é seguro e eficaz para tratamento de lesão medular de forma a prevenir a evolução do processo da degeneração tecidual. **Materiais e Métodos:** Dois pacientes do sexo masculino, de 43 e 58 anos, foram selecionados com história previa de lesado medular, cadeirantes há 2 anos. A utilização clínica das CTM foi por meio de uso compassivo. A coleta do punch dérmico do tecido adiposo autólogo foi realizada 30 dias antes do procedimento de injeção. A amostra foi processada no Centro de Tecnologia Celular do CCB e as CTM foram obtidas, expandidas (P2) e caracterizadas por citometria de fluxo e ensaios de diferenciação. O controle de crescimento microbiológico foi realizado para bactérias aeróbias e anaeróbias e cultura de fungos. **Resultados:** Foram infundidas 100x10⁶ cel, mesenquimais por via raquidiana a cada 28 dias, tendo-se o cuidado de diluir as células com o líquido liquorico para evitar a formação de grumos celulares. Não foi observado toxicidade durante a infusão das células mesenquimais. Os dois pacientes apresentaram melhora clínica (ficando de pé com auxílio) e melhora do potencial evocado com aumento do potencial motor dos membros inferiores **Discussão:** possível papel das células mesenquimais na neuromodulação. Os resultados demonstram papel promissor no lesado medular com melhora eletrofisiológica.

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 23

INFUSÃO DE CÉLULAS-TRONCO MESENQUIMAIS ALOGÊNICAS EXPANDIDAS DE TECIDO ADIPOSEO EM PACIENTE COM DOENÇA DO ENXERTO-CONTRA-HOSPEDEIRO APÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICA.

Massumoto CM¹, Massumoto SM², Ayoub CA², Lizier NF^{2,3}

¹*Hospital 9 de Julho*

²*Centro de Criogenia Brasil*

³*Universidade Federal de São Paulo UNIFESP*

Introdução: O transplante de medula óssea (TMO) é uma medida terapêutica utilizada para o tratamento de uma variedade de neoplasias hematológicas e aplasia de medula. Mesmo sendo uma medida terapêutica consolidada, algumas complicações graves são frequentemente observadas após o TMO, como: infecções, rejeição, recidiva e a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). A DECH é uma das principais complicações inerentes que pode ocorrer depois de um transplante alogênico, na qual as células do doador passam a ver tecidos e órgãos do receptor como estranhos e levam a um ataque imuno-mediado aos tecidos do receptor pelas células T do doador contidas no transplante. Nesse contexto de novos métodos para diminuir a incidência da DECH, as células-tronco mesenquimais (CTM) têm sido utilizadas como uma importante ferramenta terapêutica. **Objetivos:** Avaliar a capacidade das CTM derivadas de tecido adiposo a fim de propiciar uma modulação do sistema imune do doador, contribuindo como tratamento da DECH. **Materiais e Métodos:** Paciente do sexo masculino, 46 anos, portador de linfoma Hodgkin, foi submetido a TMO haploidêntico após recidiva de TMO autólogo e brentuximabe. No d+85 com enxertamento estável desenvolveu DECH GIII. A utilização clínica das CTM no Hospital 9 de Julho foi por meio de uso compassivo. A coleta do *punch* dérmico do tecido adiposo do doador alogênico foi realizada 30 dias antes do procedimento de injeção. A amostra foi processada no Centro de Tecnologia Celular do CCB e as CTM foram obtidas, expandidas (P2) e caracterizadas por citometria de fluxo e ensaios de diferenciação. O controle de crescimento microbiológico foi realizado para bactérias aeróbias e anaeróbias e cultura de fungos. **Resultados e Discussão:** foram infundidas 100×10^6 cel.mesenquimais por via venosa a cada 7 dias. O paciente se apresentava com DECH intestinal severa não responsiva ao tratamento padrão. Biopsia de intestino comprovou a DECH. Observamos redução no volume das fezes após a terceira dose das células mesenquimais, porém, o paciente evoluiu para a falência de múltiplos órgãos. **Conclusão:** O uso de células mesenquimais é promissor, entretanto, o início precoce do tratamento deve reduzir a mortalidade neste grupo de pacientes.

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 24

CRIOPRESERVAÇÃO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS NO
TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA – QUALIDADE DA SOLUÇÃO
CRIOPROTETORA

Monteiro CA¹, Silva GC¹, Pereira TL¹, Costa FL¹, Maiolino A¹, Dutra HDS¹

¹UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Introdução: As soluções crioprotetoras de células progenitoras hematopoéticas – CPH de produtos de aférese para transplante autólogo de medula óssea (TAMO) apresentam composições diversas. Embora muitos componentes de uso *in vitro* tenham garantido qualidade satisfatória aos produtos, a troca destes componentes por substâncias de uso clínico vem sendo indicada. Porém, a qualidade destes produtos deve ser certificada. **Objetivo:** Comparar a influência de duas soluções crioprotetoras na recuperação de viabilidade celular e da capacidade proliferativa das CPH. **Metodologia:** Foram avaliadas 15 amostras de produtos de leucaférese para TAMO. As amostras foram congeladas em criotubos. Ao produto da aférese foi adicionado volume igual de solução crioprotetora. A sol. A era composta por 20% de DMSO e 80% de meio de cultura RPMI-1640 (sem vermelho de fenol) e a Sol.B por 20% DMSO e 80% de Voluven (6% Hidroxietilamido 130/0,4 em cloreto de sódio à 0,9%). O congelamento foi realizado em câmara de congelamento programável até -80°C e a preservação em nitrogênio líquido. A viabilidade celular foi determinada por microscopia ótica após coloração com Azul de Trypan. Após o descongelamento foi feita uma diluição da suspensão celular em solução contendo PBS/Albumina/Dextran (PAD). Após incubação com anticorpos específicos e 7-AAD, as hemácias foram lisadas e as células nucleadas lavadas por centrifugação na solução de PAD. O ensaio clonogênico foi feito em soft-agar. O teste estístico utilizado foi o de Wilcoxon Matched-Pairs Signed Rank Test. **Resultados:** Na avaliação de viabilidade por microscopia a taxa de viabilidade pós-descongelamento apresentou a mediana de 81,7% para amostras criopreservadas na Sol. A e de 87,0% na Sol. B (p=0,0009). A taxa de viabilidade por citometria de fluxo para células CD45⁺ e CD34⁺ após descongelamento de produtos preservados na Sol. A foi de 56,8%, e 53%, e na Sol.B foi de 63,5% e 79,7%, respectivamente. Estas taxas foram significativamente diferentes (p<0,05) em todas as análises, exceto para as células CD45^{high}/SSC^{low}. O teste de proliferação pós-descongelamento resultou em uma relação CD34/CFU de 306 e 236, respectivamente no uso da Sol. A e B (p>0,05). **Discussão:** Os resultados obtidos nos testes de viabilidade celular por microscopia ótica ou por citometria revelaram diferença significativa com a substituição de meio de cultura por hidroxietilamido na solução de congelamento. Entretanto, não houve diferença significativa na relação CD34/CFU, uma das perspectivas é o aumento do número de amostras para compreender essa discrepância. **Conclusão:** A substituição de meio de cultura por hidroxietilamido, na solução crioprotetora com 10% de DMSO para produtos de leucaferese no TAMO, pode reduzir a mortalidade induzida por congelamento das células CD45⁺ e das células CD34⁺.

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 25

NK CELL ADOPTIVE IMMUNOTHERAPY FOR RELAPSED/REFRACTORY ACUTE MYELOID LEUKEMIA A SAFETY AND FEASIBILITY CLINICAL TRIAL: PRELIMINARY RESULTS

Gomes CF¹, Valim V¹, Zambonato B¹, Silva MAL¹, Pezzi A¹, Brender C¹, Fogliatto LM¹, Weber C¹, Bittencourt R¹, Daudt L¹, Paz AA¹, Silla L¹

¹*Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Introduction: Relapsed or refractory acute myeloid leukemia (R/R AML) have a dismal prognosis, with less than 10% long term survival. Retrospective studies with 5.500 patients, including phase II/III clinical trials failed to show a significant change in disease free survival or overall survival. NK cells have a potent anti-tumor effect against AML and relapse and/or graft-versus-host disease in haplotype NK-KIR mismatched transplants are reduced. Clinical grade in vitro expansion of NK cells are difficult to obtain and is becoming clear high NK cells dose are important for NK cell adoptive immunotherapy. **Methods:** T cell depleted peripheral blood mononuclear cells co-cultured with Interleukine 21 membrane bound artificial antigen presenting cells (IL21m-aAPC) is a new Technological Platform to generate clinical grade number of NK cells and was use to generate haploidentical NK cells for the treatment of R/R AML patients from 2 to 59 years old with or without Central Nervous System (CNS) infiltration. FLAG lymphodepletion was followed by six infusions of escalating NK cell dose (from 10^6 to 10^7 cells/Kg). **Results:** A total of 5 patients were treated: 3 de novo R/R AML, one CNS only AML, and one refractory secondary to Chronic monocytic myeloid leukemia. According to European Leukemia Net classification there were 2 adverse, 2 intermediate and one favorable case. The median number of prior treatment was 4(2-8); one patient received 10^6 , three 0.5×10^6 and one 10^7 NK cells/Kg. There were no KIR-ligand mismatch, and 3 NK cell B haplotype donors for A haplotype recipients. Overall, at day 30 there were 3 complete response, 1 transient response and one stable disease, no immediate adverse effects were observed. **CONCLUSION:** NK cell Adoptive Immunotherapy is feasible, safe and impressively effective for R/R AML in Brazil.

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 26

TOXICIDADE AGUDA A INFUSÃO ALOGÊNICA DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS COM MEDULA ÓSSEA CRIOPRESERVADA

Arcuri LJ¹, Braga FHP¹, Bouzas LF¹, Ribeiro AAF¹, Araujo RC¹

¹*Instituto Nacional de Cancer*

A infusão de células-tronco hematopoiéticas em transplante alogênico é, habitualmente, realizada com o produto a fresco. Em situações excepcionais, o produto é criopreservado para posterior infusão. **METODOLOGIA** : Durante o período de 2012 e 2016, identificamos três casos de toxicidade grave secundárias a infusão – caracterizados por dispnéia, hematúria, insuficiência renal e aumento importante da desidrogenase láctica (LDH). Foi feita então uma análise dos 28 transplantes alogênicos com medula óssea criopreservada no período. As hipóteses levantadas foram (1) toxicidade ao DMSO e (2) reação hemolítica aguda do produto criopreservado. Utilizamos como desfecho o log(LDH); para as análises, o valor do LDH foi dividido pelo valor normal para a idade e, para reportar os resultados. Como variáveis explicativas, utilizamos a compatibilidade ABO, e as doses/kg de DMSO e hemácias. Todas as medulas ósseas foram criopreservadas com DMSO a 5%. Identificamos 28 pacientes que receberam medula óssea criopreservada. Três pacientes foram excluídos por não ter LDH pós infusão ou por evidência de erro no registro do dado de hemácias infundida por peso. **CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO CRIOPRESERVADO** : A quantidade de DMSO infundida foi baixa e (< 1 g/kg em todos, e < 0.5 g/kg em 80%), e a de hemácias foi bem variada (mediana de 0.8 mL/kg, variando de 0.1 – 2.8 mL/kg). Cerca de metade dos pacientes (56%) tinha incompatibilidade maior ou bidirecional. **RESULTADOS** : Na análise univariada, incompatibilidade ABO maior ou bidirecional ($p = 0.01$) foi um fator de proteção, e volume de hemácias/kg ($p < 0.001$) foi um fator de risco, porém o volume de hemácias/kg criopreservado foi bem menor nos casos de incompatibilidade maior ou bidirecional (0.5 contra 1.4 mL/kg, $p < 0,001$). Na análise multivariada, apenas volume de hemácias/kg se associou a maior risco (aumento de 1.86x o valor normal do LDH para cada 1 mL/kg de hemácias infundidas, $p < 0.01$). Incompatibilidade ABO, na análise multivariada, não influenciou no LDH pós infusão de medula óssea criopreservada (0.99x o valor normal de LDH para ABO incompatível maior ou bidirecional, $p = 0.98$). **CONCLUSÃO** : Nossos resultados mostram que o risco de toxicidade grave pós infusão de medula óssea criopreservada é diretamente proporcional ao volume de hemácias/kg criopreservado em DMSO 5%. Paradoxalmente, incompatibilidade ABO maior ou bidirecional pareceu um fator protetor, mas isso se deveu a retirada agressiva de hemácias neste grupo de pacientes. Após a divulgação interna desses resultados, passamos a (1) limitar o volume de hemácias criopreservadas a 1 mL/kg ou, quando esse volume não for atingido, (2) adotar medidas estratégicas para reduzir o risco de hemólise *in vivo* das hemácias infundidas como, por exemplo, dividir a infusão em dois tempos, fazer profilaxia estendida para hemólise e, em algumas situações, lavar o produto pré infusão. Desde então, não houve mais episódios de toxicidade grave por infusão de medula óssea criopreservada.

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 27

USO DE CATETER VENOSO CENTRAL EM DOADORES ALOGÊNICOS DE MEDULA ÓSSEA POR AFÉRESE

Barroso KSN¹, Gurgel LA¹, Leitão JPV¹, Araújo BSGSP¹, Kaufman J¹, Brunetta DM², Barbosa SAT², Carlos LB², Duarte FB¹

¹*Hospital Universitário Walter Cantídio*

²*Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará*

Introdução: Para a coleta de célula tronco hematopoéticas periféricas (CTHSP) por aférese é necessário um acesso venoso periférico calibroso e de boa resistência. Sua indisponibilidade indica a necessidade de passagem de cateter venoso central em ambiente hospitalar ou troca de fonte. **Objetivos:** descrever a experiência do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) na passagem de acesso central para coleta de CTHSP de doadores alogênicos aparentados. **Método:** estudo quantitativo, retrospectivo, com revisão de prontuário, de todas as coletas de CTHSP aparentadas realizadas de janeiro/2016 a dezembro de 2017 no HUWC. As aféreses foram realizadas no Hemocentro do Ceará. **Resultados:** nesse período foram realizadas 31 coletas de CTHSP por aférese. Foi necessário a passagem de 15 acessos centrais em veia femoral (48,4%). Do total de doadores, 17 eram do sexo masculino (55%). No sexo feminino, a porcentagem de acesso central é discretamente maior de 64,28%. Quanto a idade, a média era de 43 anos, sendo o mais novo com 16 anos e passou acesso central e o mais idoso com 68 anos fez aférese por veia periférica. Quanto ao número de aférese apenas um necessitou de 2 aféreses por coleta menor que 1×10^6 de CD34/kg do receptor, esse usava acesso periférico. 45% dos doadores colheram mais de 5×10^6 de CD34/kg. Nos doadores que passaram acesso central: 53% colheram mais de 5×10^6 de CD34/kg do receptor. Quanto ao tempo de internação 93% dos doadores ficaram dois dias internados. Quanto aos efeitos colaterais apenas uma doadora (3,2%) apresentou intercorrência grave com choque hipovolêmico e necessidade transfusão de 01 concentrado de hemácia alogênico por hematoma secundário a acidente de punção de veia femoral, ficando internada por 4 dias. Demais doadores apresentaram complicações leves como hematoma local após retirada do acesso ou necessidade de mais de uma punção. Não houve complicações a médio e longo prazo. Não ocorreu complicação infecciosa. **Discussão:** a passagem de acesso central em doador saudável é um ponto de discussão entre transplantadores por maiores complicações associadas. Por meio deste estudo retrospectivo observa-se que o risco de complicações graves é aceitável. Tomamos alguns cuidados para aumentar a segurança: as punções são realizadas apenas pela preceptoria da cirurgia geral, todos os doadores são internados para o procedimento e mantidos em observação por no mínimo duas horas após a retirada do cateter. Treinamentos são realizados na tentativa de redução da necessidade de acesso central. **Conclusão:** a inexistência de acesso periférico não deve contraindicar o procedimento de coleta de CTHSP por aférese. Devendo-se individualizar caso a caso, considerando a aceitação do doador, tipo de receptor e disponibilidade do serviço de coleta.

Palavras-chaves: aférese, acesso central, doador alogênico aparentado.

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 28

CONTROLE DE QUALIDADE DO PROCESSAMENTO E CRIOPRESERVAÇÃO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE PERIFÉRICO PARA PROTOCOLO DE TERAPIA CELULAR DA FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA (FHB) – 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA.

Piazera FZ¹, Carneiro MM¹, Maraaoui S¹, Fernandes AK¹, Diogo PHJ¹, Araújo JDBC¹, Vaz J¹, Calmon MD¹

¹*Fundação Hemocentro de Brasília*

Palavras chaves: criopreservação, células tronco, terapia celular

INTRODUÇÃO: A utilização de células progenitoras hematopoéticas criopreservadas permite a recuperação medular após a administração de altas doses de quimioterapia. O estabelecimento de controles de qualidades adequados no processamento e criopreservação são fundamentais para verificar o potencial proliferativo das células progenitoras.

OBJETIVOS: O objetivo deste estudo foi validar a metodologia de processamento e criopreservação das células progenitoras hematopoéticas obtidas após sessões de aférese para uso em transplante de células tronco hematopoéticas.

MATERIAL DE MÉTODOS: A obtenção de células progenitoras hematopoéticas de sangue periférico foi realizada em 240 pacientes portadores de neoplasias hematológicas: sendo 60% de portadores de mieloma múltiplo, 35 % de portadores de doenças linfoproliferativas crônicas e 5% de neoplasias sólidas germinativas. A coleta em máquina de aférese foi utilizado kit padrão do equipamento contendo anticoagulante a base de citrato. O material coletado (bolsa) foi acondicionado em maleta térmica com gelo reciclável validada e monitoramento de temperatura (2 a 10 graus) até o transporte ao Laboratório de Processamento Celular (LPC) da FHB. A fração de células nucleadas totais foi separada por meio de centrifugação refrigerada sob rotação de 3000 rpm por 30 minutos, sendo a contagem de CNT pré e pós processamento realizada por contador hematológico do LPC após diluição de 1:10 em solução de PBS. A determinação da viabilidade celular foi realizada por método de azul de Trypan e contagem de células CD34 + pelo protocolo de ISHAGE. O controle microbiológico foi realizado nas unidades pós processamento pelo sistema de BACT-ALERT.

RESULTADOS: Os valores obtidos nas análises das amostras demonstraram volume médio inicial 230ml – máximo de 550ml e mínimo de 180 ml; celularidade inicial média 590×10^9 total – máximo 980 e mínimo 210×10^9 ; recuperação celular média 89% - máximo de 100% e mínimo de 70%; viabilidade celular média: 97% - máxima 100% e mínima 85%; a contagem de células CD34+ média foi de $6,30 \times 10^6$

kg (mediana de todos pacientes submetidos a coleta)- máxima 16×10^6

Kg e mínima de $1,87 \times 10^6$

kg. O controle microbiológico foi positivo em apenas 5% (n=240 pacientes)cuja identificação microbiana demonstrou germes de contaminação da pele relacionado a manipulação do cateter de Shylle da coleta por aférese.

CONCLUSÃO: Os dados laboratoriais demonstram que o método de processamento e criopreservação das células progenitoras hematopoéticas provenientes de coleta por aférese instituído na FHB atingiu todos os requisitos necessários para aplicação em transplante de células progenitoras hematopoéticas.

Área: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Sub-tópico: **Hemoterapia e Terapia Celular**
Trabalho: 29

TROCA PLASMÁTICA PRÉ-TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH) EM UM PACIENTE COM ALTOS TÍTULOS DE ANTI-D: RELATO DE CASO

Petta AD¹, Pádua VA¹, Silva NR¹, Esteves MFV¹, Gonalves IZ¹, Barros GMN¹, Candolo AA¹, Ribeiro LB¹, Paton EJA¹

¹*Hospital de Câncer de Barretos*

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico é uma opção terapêutica e potencialmente curativa para uma variedade de doenças malignas e benignas. Uma das complicações inerentes a esse procedimento são as intercorrências clínicas associadas à infusão das células, além de outros fatores como as incompatibilidades ABO/RhD que podem potencializar esses eventos. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente que realizou o TCTHSP alogênico aparentado ABO incompatível bidirecional, RhD incompatível maior com altos títulos de anti-D. **Relato de caso:** paciente do sexo feminino, 30 anos, tipo sanguíneo B negativo com diagnóstico de LMA de risco intermediário, diagnosticada e tratada em outro serviço. Veio encaminhada para TCTHSP em primeira remissão completa, com irmã HLA idêntico 10x10, tipo sanguíneo A positivo. Em 03/02/2018, a paciente foi internada para TCTHSP alogênico aparentado. Iniciou condicionamento no dia 10/02/2018 com o protocolo FLUBU (EV) 16 doses/ ATG 4,5 mg/Kg – dose total, ciclosporina e metotrexate como profilaxia de DECH. Dia 13/02/2018 (D-2) foram realizadas as provas imuno-hematológicas no receptor e na doadora com os seguintes resultados: **Receptor** ABO/Rh: B RhD negativo, isoaglutininas anti-A: 1/4 (score: 27), PAI: I e II positivas, anti-D titulação: 1/1024 (score: 91), TCD: negativo, AC: negativo. Fenotipagem: rr, K-k+, Fy(a+b-), Jk(a+b-), M-N+S-s+. **Doadora** ABO/RhD: A RhD positivo, isoaglutininas anti-B: 1/128 (score: 75), PAI: I, II e III negativa, TCD: negativo, AC: negativo. Fenotipagem: R1r, K-k+, Fy(a+b-), Jk(a+b+), M-N+S-s+. Prova cruzada: incompatível. Dia 15/02/2018 (D0) foi realizado aférese terapêutica (AT), com troca de uma volemia plasmática e meia, utilizando como fluido de reposição solução de albumina a 5%. Após o procedimento, a titulação anti-D diminuiu de 1/1024 para 1/64 (score: 53). Recebeu o TCTHSP no dia 15/05/2018, infusão de $2,90 \times 10^6$ de células CD34+/Kg do receptor com 0,07 mL de hemácias/Kg do receptor. Não houve intercorrências durante a infusão. A enxertia de neutrófilos ocorreu no D+12 e a enxertia de plaquetas no D+13. A alta hospitalar ocorreu no D+14. **Conclusão:** A presença do aloanticorpo anti-D pode potencializar a morbidade relacionada ao transplante, além do aumento da necessidade transfusional. Neste caso, apesar do anticorpo anti-D em títulos altos, foi possível realizar o TCTHSP sem intercorrências devido à efetividade da AT antes da infusão celular. Em casos semelhantes, fica evidente a dificuldade em se atribuir o aumento da mortalidade exclusivamente ao anti-D quando outras complicações relacionadas ao transplante estão envolvidas.

Palavras chave: Transplante de células-tronco hematopoéticas, titulação, imuno-hematologia, aférese terapêutica.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 30

HLA-DPB1 GENE EXPRESSION IN PRE-IMPLANTATION KIDNEY GRAFT BIOPSIES:
RELATIONSHIP WITH RS9277534 SNP VARIANTS AND WITH GRAFT SURVIVAL

Mine KL¹, Mourão TB¹, Felipe CR², Rampin GF¹, Medina-Pestana JO², Tedesco-Silva H²,
Gerbase-Delima M¹

¹*Instituto de Imunogenética da Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa*

²*Hospital do Rim, UNIFESP*

Introduction. In a previous gene expression microarray (GeneChip® Human Gene 1.0 ST Arrays, Affymetrix) study in pre-implantation biopsies (PIB) from kidneys of 53 deceased donors (GEO accession number GSE54888), we observed association between higher expression levels of HLA class II, but not class I, genes and lower graft function (GF), at 1-Y post-transplant. **Objectives.** In the present study we aimed to: (1) investigate the relationship between *HLA-DPB1* expression in PIB from the microarray study and 5-Y GF; (2) validate, in a different cohort, by real time-PCR (RT-PCR), the association between *HLA-DPB1* expression in PIB and 1-Y GF; (3) investigate the relationship between the rs9277534 single-nucleotide polymorphism (SNP) variants, located in the 3' untranslated region of *HLA-DPB1*, and expression of *HLA-DPB1* in PIB; (4) investigate the impact, on the 1-Y GF, of the presence, in the donor, of the high expression rs9277534 SNP variant (G) in transplants performed with one or two DPB1 mismatches (MM). **Material and Methods.** All the transplants (Tx) were first Tx with kidneys from deceased donors, performed in a single center. The microarray cohort comprised 53 Tx, and the validation cohort, 109 Tx. RT-PCR was performed with TaqMan Assays (Applied Biosystems) Hs00157955_m1 (*HLA-DPB1*) and Hs00920495_m1 (*TBP* control gene); *HLA-DPB1* typing was performed with PCR-SSO (One Lambda); rs9277534 variants were determined with the TaqMan Assay (Applied Biosystems) C_29841700_20; the renal function was evaluated by the estimated glomerular filtration rate (eGFR), calculated with the MDRD formula. Low graft function was defined as eGFR < 45 ml/min/1.73 m². **Results.** Data from the microarray study showed higher *HLA-DPB1* expression in PIB from Tx with poor 5-Y GF (p=0.03); data from the validation cohort, with 51 cases with poor, and 58 cases with good, GF confirmed the association between increased *DPB1* expression in PIB and poor 1-Y GF (p=0.037); PIB from donors homozygous for the high *HLA-DPB1* expression variant (rs9277534G) (N=19) presented higher DPB1 expression levels as compared to PIB from donors homozygous for the low DPB1 expression allele (rs9277534A) (N=44) (p=0.008); no significant difference in the proportion of cases with poor 1-Y GF was observed between transplants where the high (N=53) or the low expression allele (n=43) was present in the MM *HLA-DPB1* antigen (58% vs 47% with poor 1-Y GF). **Conclusions:** (1) there is association between increased expression of *HLA-DPB1* in PIB and poor 1- and 5-Y kidney graft function; (2) despite the association of the rs9277534G allele with high *HLA-DPB1* expression in PIB, the presence of this variant in the mismatched *HLA-DPB1* antigen was not associated with poor 1-Y GF. Further studies are warranted to determine the impact of *HLA-DPB1* expression on kidney transplantation outcomes

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 31

CRYPTIC SENSITIZATION AGAINST HLA-DP AND PRIMARY BONE MARROW GRAFT
FAILURE – A CASE REPORT

Lima ACM¹, Getz J¹, Feitosa MK¹, Quiroga MR¹, Oliveira MM², Bittencourt MA², Nabhan SK²,
Marco R³, Lima MG³, Pereira NF¹

¹*Immunogenetics Laboratory, Federal University of Parana*

²*Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana*

³*Immunogenetics Institute – AFIP*

A male patient (Pt), only child, polytransfused, diagnosed with severe aplastic anemia was searching for a bone marrow unrelated donor (URD). The only available URD was HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1 identical, but DP typing revealed non-permissive mismatches in the GvH vector according to TCE Algorithm v2.0 (Pt=DPB1*03:01, *13:01; URD=DPB1*04:01, *04:01). Testing for anti-HLA class II antibodies was performed with SAB panel (cutoff >1000) after heat inactivation of sera to overcome prozone effect. Pre-BMT samples of days (D) -36 and -13 showed negative SAB results, therefore, no DSAs anti-DPB1*04:01 were uncovered (D-36: MFI=57; D-13: MFI=56). As patient did not show hematologic recovery post-BMT, SAB class II testing was performed on day +24 to search for possible causes of graft failure. Interestingly, DSA specific to DPB1*04:01 (MFI=3126) and also reactivity against DPB1*04:02 (MFI=2389), DP2 (MFI=2371), DP23 (MFI=1425) and DP28 (MFI=1002, 801 and 761) were observed. Under the light of epitopic analysis DSA reactivity could be explained by Eplets **84GGPM** (DPB1*04:01/DPB1*04:02/ DP2/DP23) and **35FA** (DPB1*04:01/DP28). SAB II testing was also performed with anti-IgM secondary antibody to investigate whether the onset of DSA was associated to primary or anamnestic humoral response. No anti-DP antibodies of IgM class were found in the post-BMT sample (MFI <100 for DP4, DP2, DP23 and DP28). This finding taking together with the negative results in pre-BMT samples suggests that the cryptic sensitization led to DSA rebound after infusion of the graft expressing DPB1*04:01 molecules. In order to assess whether DP alpha polymorphic positions 31 and 50 could affect the antigenicity of DP4 target molecule a sample of day +24 was tested using SAB from another manufacturer. This class II panel included five DP4 heterodimers comprised of the same beta chain (DPB1*04:01), but associated to different DP alpha chains. Notably, the heterodimers DPB1*04:01 with α 31M/ α 50Q showed higher reactivity (MFI=8981 and 7847) than heterodimers with α 31M/ α 50R (MFI = 4032) as well as α 31Q/ α 50R (MFI=2976 and 1844) configurations. After the primary graft failure, confirmed by chimerism analysis (0% donor cells on day +28), a salvage haploidentical transplant was performed. The chosen donor was the father against whom patient had no DSA. Hematological engraftment occurred on day +19 and chimerism testing showed 100% of father's cells on day +28 post-second transplant. This case highlights that non-detection of anti-HLA antibodies in pre-transplant peripheral blood samples does not mean absence of immunological memory, especially in individuals with a history of sensitizing events. The findings on this case suggest that DSA anti-DPB1*04:01 may have contributed to the primary graft failure in the first transplant, and further that polymorphisms in the DP α chain can impact the antigenicity of DP β chain epitopes.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 32

AN INTEGRATED APPROACH FOR DSA CHARACTERIZATION IMPROVES THE ACCURACY OF PRE-BMT RISK STRATIFICATION AND CUSTOMIZES POST-TRANSPLANT MONITORING FOR DSA REBOUND

Lima ACM¹, Getz J¹, Dornelles LN¹, Pangrácio LRE¹, Oliveira MM², Bitencourt MA², Nabhan SK², Marco R³, Lima MG³, Pereira NF¹

¹*Immunogenetics Laboratory, Federal University of Parana*

²*Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana*

³*Immunogenetics Institute – AFIP*

A polytransfused female patient with severe aplastic anemia was referred to bone marrow transplant (BMT). Due to her critical clinical condition, transplant physician decided to perform an haploidentical BMT with her father. Results of anti-HLA antibody testing using a SAB panel, cutoff >1000, showed several antibodies to class I/II molecules including a weak DSA (MFI=1100) to paternal HLA-A68. Epitope analysis (HLA Fusion/EpVix) was not conclusive because DSA reactivity showing the pattern of A10/28/33 CREG could be explained by both TerEp 214/Eplet 62RNR and the cryptic TerEp 5003C. A denatured SAB test (SAB-D) using acid treatment was performed to verify whether reactivity against cryptic epitope would occur, but no reactivity was observed with beads bearing A10/A28/A33 CREG in the SAB-D panel. This finding suggests an absence of reactivity against TerEp 5003C, and leads us to believe that DSA anti-A68 reactivity in the standard SAB test was restricted to 62RNR epitope. Flow cross-match (Flow-XM) with father was negative with T (MCF=228.6; Cutoff MCF=290.3) and B lymphocytes (MCF=244.2; Cutoff MCF=331.8). Patient received a bone marrow graft from her father after non-myeloablative conditioning, and PT-CY immunoprophylaxis. No desensitization was performed due to the weak reactivity of anti-A68 DSA. SAB test was repeated on day+4 to monitor for rebound after bone marrow infusion. The reactivity pattern of anti-class I/II antibodies showed polyclonal increase in both DSA and non-DSA. It is worth of note that a significant inflammatory response, showing C-Reactive Protein (CRP) equal to 9.12 mg/dL (Reference: <0.50mg/dL), was seen on day+4 after an infectious episode by *Acinetobacter baumannii*. A few days after the onset of antibiotic therapy, a decline of the inflammatory process was evidenced by CRP values (Day+8=2.44mg/dL, Day+12=1.61mg/dL); and on day+14 a decrease in the DSA strength (anti-A68) was revealed by SAB test (Gray Zone: MFI=755). The beginning of hematological recovery was also observed on day+14, culminating with neutrophil and platelet engraftment on day +17. Chimerism testing based on STR markers showed 100% of donor cells on day +28. This case report shows that DSA monitoring post-BMT is a good strategy to monitor for rebound, which may occur after pro-inflammatory events that cause polyclonal B cell activation, thus increasing the strength and amplitude of the antibody response. The strategy to DSA identification should consider that “verified CREG” and or “cryptic” epitopes are targets of the antibodies and may be simultaneously present in the serum. This integrated approach based in the interpretation of SAB data under the light of epitope analysis, denatured SAB testing and Flow-XM results certainly increased the accuracy of risk stratification when selecting a bone marrow donor, and contributed to DSA monitoring, thus decreasing the risk of post-transplant complications.

Key words : Epitope analysis, BMT, DSA rebound

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 33

PERFIL HLA NA POPULAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL: DIVERSIDADE GENÉTICA E POTENCIAL IMPACTO NA GESTÃO DE TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA

Boquett JA^{1,2}, Oliveira MZ^{1,3}, Jobim M⁴, Fagundes NJR^{1,2}, Schüler-Faccini L^{1,2}, Jobim LF⁴

¹*Instituto Nacional de Genética Médica Populacional*

²*Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular, UFRGS*

³*Advanced Visualization Laboratory (VIZLab), Universidade do Vale dos Sinos*

⁴*Serviço de Imunologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Palavras-chave : HLA, diversidade genética, georreferenciamento, análise espacial.

Introdução: Os genes HLA são os mais polimórficos do genoma humano e possuem frequências alélicas distintas em populações de diferentes regiões geográficas do mundo, servindo como marcadores genéticos em estudos de ancestralidade. O registro de doador de medula óssea no Brasil (REDOME) é o terceiro maior do mundo e conta com tipagem genética de HLA-A, -B e -DRB1. O Estado do Rio Grande do Sul tem 400.000 indivíduos cadastrados.

Objetivos: Este trabalho teve como objetivo realizar a caracterização HLA da população gaúcha, visando contribuir no melhor entendimento da ancestralidade e miscigenação da população do Rio Grande do Sul, bem como na efetividade na gestão de programas de transplante de medula óssea.

Material e Métodos: Foram incluídos no estudo 92.292 doadores registrados no REDOME residentes no Rio Grande do Sul, genotipados para os genes HLA-A, -B e -DRB1 (Labtype, SSO, One Lambda Inc.). Foram estimadas as frequências alélicas e haplotípicas, diversidade genética e *pairwise Fst* entre as regiões do estado. Análise de componentes principais (PCA) foi utilizada para análise da estrutura genética espacial do Estado. São apresentados os haplótipos mais frequentes em cada grupo étnico de acordo com autodeclaração.

Resultados: Os resultados revelaram uma baixa, porém significativa diversidade genética, com valores de *Fst* variando de 0.1%, para HLA-DRB1, a 0.13% e 0.17%, para HLA-A e HLA-B, respectivamente ($P < 0.0001$). Estes valores são compatíveis com os valores de diversidade genética apresentado para os *loci* HLA em populações europeias. Ainda, os resultados não indicaram correlação entre a variação HLA e a divisão geográfica oficial definida pelo IBGE no RS. Por outro lado, foram observadas diferenças a respeito da etnia.

Discussão: Além disso, quando comparada com as populações parentais e com dados históricos, a população rio-grandense apresenta maior similaridade genética com suas populações parentais correspondentes. Quanto à estrutura genética espacial, os resultados indicam uma estrutura genética HLA compatível com a história de colonização do RS, onde é possível observar diferenciação entre as regiões que sofreram processo de colonização distintos.

Discussão: Este estudo apresenta uma caracterização da variação genética HLA no RS. Os resultados deste trabalho podem ser úteis na otimização de campanhas de recrutamento de medula óssea bem como contribui com o entendimento do contexto histórico e demográfico do estado do Rio Grande do Sul. As estratégias utilizadas serão de utilidade futura para o REDOME.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 34

ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE SEGREGAÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Terapin CF¹, Almeida MT¹, Iacotini EGR¹, Albuquerque JC¹, Saito MH¹, Pereira TE¹, Bezerra ES¹, Gomes MNF¹, Dutra VF¹, Godinho CH¹

¹*Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*

Introdução: Um paciente com indicação de transplante de medula óssea (TMO) tem uma chance de encontrar irmãos compatíveis de apenas 25% e, considerando-se pai e mãe, a probabilidade cai para 5%, sendo que com meios-irmãos a probabilidade é ainda menor. A chance de encontrar um doador em um banco de medula é de 1 em 100.000. Em busca de uma alternativa e de aumentar a probabilidade de encontrar um doador no núcleo familiar, o transplante haploidêntico é a melhor opção. Nos dias atuais, com a melhoria do condicionamento e do uso de imunossuppressores, esse transplante pode oferecer possibilidades a um número maior de pacientes, com taxas menores de rejeição e aumento na sobrevida. **Objetivo:** Analisar a compatibilidade HLA e avaliar o número de pacientes que poderiam ser candidatos a um transplante haploidêntico. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, com uso de banco dados, avaliando todos pacientes com indicação de TMO encaminhados para tipificação HLA (Antígeno Humanos Leucocitários) no período de 2013 a Março de 2018 no Laboratório e HLA da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A tipificação HLA foi realizada por biologia molecular PCR-SSP e PCR-SSO (kits One Lambda) para Classe I e II. Os resultados foram submetidos à análise descritiva. **Resultados:** De 2013 a Março de 2018 avaliamos 426 pacientes, dos quais 40 (9,4%) não tinham nenhum possível doador. Dos 386 (90,6%) que possuíam algum familiar para investigação, 79 (20,1%) não tinham nenhum irmão para tipificação. Desses, 39 pacientes tinham alguém do núcleo familiar tipificado, sendo que 9 pacientes tinham pai/ mãe ou meio irmão haploidêntico. De 314 pacientes com irmãos, 23,5% (91) tinha compatibilidade 6x6, 8x8 ou 10x10. Considerando a possibilidade de transplante haploidêntico (5x10, 5x8, 6x10, 6x8, 7x10, 7x8, 8x10, 9x10), outros 59 pacientes teriam a chance de transplantar. **Discussão e Conclusão:** Apesar de irmãos consanguíneos serem os melhores possíveis doadores para um transplante idêntico, expandir a investigação para o núcleo familiar aumenta em 1,65 vezes a chance de se encontrar um doador, sendo que em nossa amostra 68 (15,9%) pacientes tinham ao menos um doador haploidêntico.

Palavras-chave: haploidêntico, histocompatibilidade, transplante de medula óssea.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 35

FREQUÊNCIA DE ALELOS E HAPLÓTIPOS DE HLA CLASSE II DRB1, DQA1 E DQB1 TIPIFICADOS PELO MÉTODO PCR-SSO EM ALTA RESOLUÇÃO

Almeida MT¹, Terapin CF¹, Iacotini EGR¹, Albuquerque JC¹, Saito MH¹, Pereira TE¹, Bezerra ES¹,
Gomes MNF¹, Dutra VF¹, Godinho CH¹

¹*Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*

Introdução: O complexo HLA é um sistema altamente polimórfico, que compreende vários genes codominantes e apresenta grande diversidade de alelos para cada *Loci*, tendo como importante característica a existência de desequilíbrios de ligação entre os genes, ou seja, associações preferenciais entre determinados alelos. O HLA de Classe II está presente em células apresentadoras de antígenos e é formado por duas cadeias polipeptídicas (α e β), que são codificadas por genes nas regiões HLA-DP, HLA-DQ e HLA-DR do cromossomo 6. Os *Loci* HLA-DR e DQ têm grande importância clínica nos transplantes de medula óssea e conhecer sua frequência em nossa população pode ajudar nas buscas de doadores. **Objetivo:** Determinar a frequência de alelos e de haplótipos de HLA Classe II: DRB1, DQB1 e DQA1. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, em um banco de dados composto por 373 amostras de doadores de medula óssea, voluntários ou aparentados, inscritos no Laboratório de HLA da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, de 2011 a 2018. A tipificação foi realizada pela técnica de PCR-SSO de alta resolução (Reação em Cadeia de Polimerase - Sequência Específica de Oligonucleotídeos) para os *loci* HLA-DRB1, DQB1 e DQA1, utilizando-se os kits LABType (One Lambda). Para o cálculo da frequência de alelos, equilíbrio de Hardy-Weinberg e cálculo de possíveis haplótipos utilizou-se o programa estatístico Arlequin 3.5.2.2. Para significância estatística, considerou-se $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 46 alelos DRB1, 19 DQB1 e 13 DQA1, sendo os mais frequentes: DRB1*07:01 (12,2%), DQB1*03:01 (16,4%), DQA1*01:02 (19,7%). Apenas o *locus* DQB1 estava em equilíbrio de Hardy-Weinberg ($p = 0,3381$). Dos 886 possíveis haplótipos, nossa amostra possuía 115, sendo os mais frequentes: DRB1*07:01 DQB1*02:02 DQA1*02:01 (9,65%); DRB1*15:01 DQB1*06:02 DQA1*01:02 (6,03%); DRB1*13:01 DQB1*06:03 DQA1*01:03 (5,90%) e DRB1*11:01 DQB1*03:01 DQA1*05:05 (5,14%). Dos 115 haplótipos, 86 (74,7%) apresentaram frequência inferior a 1%. **Discussão e Conclusão:** Estudo prévio do NMDP, com americanos com descendência europeia, encontrou apenas 75 haplótipos distintos em uma população de 1899 indivíduos, com uma distribuição de alelos: 35 DRB1, 10 DQA1 e 17 DQB1. Apesar de um número de alelos parecidos, temos um número maior de haplótipos, o que demonstra uma variação entre populações. No que se refere à técnica, estudos em alta resolução oferecem resultados mais fidedignos sobre os alelos e haplótipos mais comuns em nossa população. Esses resultados podem contribuir para auxiliar a confiabilidade dos exames liberados na rotina do Laboratório HLA e, além disso, têm grande importância clínica no conhecimento de haplótipos e alelos raros, prevendo a dificuldade ou facilidade de se encontrar um doador. Um possível viés de seleção foi o fato de termos incluído doadores aparentados em nosso estudo.

Palavras-chave: Frequência haplótipos, Antígenos HLA, desequilíbrio de ligação, Alelos.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 36

DISTRIBUTION OF HLA-B, HLA-DRB1 AND KIR GENES IN TUBERCULOSIS AND
HIV-POSITIVE PATIENTS FROM RIO DE JANEIRO, BRAZIL

Sá NBR¹, Silva TP¹, Pilotto JHS¹, Rolla VC², Ribeiro-Alves M³, Morgado MG¹, Teixeira SLM¹

¹*Laboratory of AIDS and Molecular Immunology, Oswaldo Cruz Institute, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil.*

²*Clinical Research Laboratory on Mycobacteriosis, National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil.*

³*Laboratory of Clinical Research on STD/AIDS, National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil.*

Currently, tuberculosis (TB) and acquired human immunodeficiency syndrome (AIDS) are the two major infectious diseases that lead to death in the world. In some patients coinfecting with HIV and TB and treated for both diseases simultaneously, a deep pathological inflammatory reaction can arise, referred as to Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS). The risk factors for IRIS are not fully defined. In the present study, we evaluated the distribution of HLA-B, HLA-DRB1 and KIR genotypes in HIV-infected patients with tuberculosis, as well as the role of these genes in the occurrence of IRIS. This study included 61 patients, followed up at INI/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil, from 2006 to 2012 (Ethics Committee CAAE 25172513.6.0000.5248). DNA was extracted from whole blood, HLA was typed using sequencing-based typing and KIR alleles were typed using PCR-SSP. Seven out of 61 patients (11.5%) developed IRIS. The most frequent HLA alleles were B*07:02, B*44:03, B*15:03, DRB1*07:01, DRB1*11:01 and DRB1*01:01. Some slight differences in allele frequencies could be observed between IRIS and non-IRIS groups, and, interestingly, a significant high frequency of HLA-B*42 was observed in HIV-infected patients with IRIS (OR=10.4; p value= 0.034; FDR= 0.309). Twenty-four KIR genotypes were found, and the frequency of inhibitory genes was higher than the frequency of activating genes. No statistical significant differences could be observed in the distribution of KIR genotypes between IRIS and non-IRIS groups. These results point to the role of HLA-B alleles in the occurrence of IRIS in the studied cohort. This is the first description of the distribution of HLA-B, HLA-DRB1 and KIR alleles among HIV-infected patients with tuberculosis, contributing to the discussion of the impact of host genes in TB-HIV coinfection.

Keywords : HLA genes, KIR genes, HIV-1 infection, tuberculosis, IRIS.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 37

AValiação DOS PROTOCOLOS DE SEQUENCIAMENTO DE NOVA GERAÇÃO: NXTYPE E ALLTYPE - ONE LAMBDA PARA TIPIFICAÇÃO HLA

Romero M¹, Stelet VN¹, Nogueira C¹, Abdelhay E¹

¹*INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*

Introdução: O sequenciamento de nova geração (NGS) tem sido um importante instrumento para determinar o elevado polimorfismo dos genes do Sistema HLA. A tecnologia empregada pela plataforma IonS5 (Thermo), que utiliza microchips com sensores que detectam alterações de pH para identificar incorporação de bases pela DNA polimerase, tornou essa metodologia mais simples e acessível aos laboratórios.

Objetivo: Avaliar a acurácia e a confiabilidade dos resultados de tipificação HLA através dos protocolos NxType® e AllType® empregados na plataforma IonS5 bem como sua capacidade de resolver ambiguidades.

Material e métodos: Foram selecionadas 128 amostras de DNA e testadas em dois protocolos comerciais para tipificação de 9 genes (n=32; NxType®) e 11 genes (n=96; AllType®) HLA clássicos utilizando a plataforma IonS5 conforme orientações do fabricante. Foram analisadas as leituras geradas no software Type Stream Visual (v.1.1, OneLambda) e avaliadas a acurácia dos resultados obtidos comparando-os com as tipificações já determinadas pela metodologia de Sanger (SeCore, Thermo) para os genes HLA-A, B, C, DRB1 e DQB1. As medidas de qualidade uniformidade e o balanço alélico foram utilizadas para determinar a confiabilidade das tipagens sendo não-conformes os resultados com uniformidade maior que 1 e/ou balanço alélico menor que 0,3.

Resultados: As tipificações por NGS foram concordantes em 100% com as tipificações obtidas pelo método Sanger, resolvendo as ambiguidades mais comuns desta metodologia. Porém, algumas ambiguidades de Classe II relacionadas à variações no Exon 1 persistiram: DRB1*09:01/09:31; DRB1*12:01/12:10; DRB1*15:02/15:140; DPB1*02:01/352:01/461:01; DPB1*03:01/104:01; DPB1*04:01/126:01; DPB1*04:02/105:01; DPB1*10:01/650:01; DPB1*13:01/107:01; DPB1*14:01/651:01. Além disso, foram identificadas duas ambiguidades de fase em Classe I no protocolo NxType®: B*51:01/B*52:19 ou B*51:08/ B*52:01 e B*35:01/B*58:34 ou B*35:03/58:01, sendo esta última resolvida pelo protocolo AllType®. No entanto, outras duas ambiguidades de fase foram identificadas no protocolo AllType®: A*68:01/A*68:02 ou A*68:27/A*68:39 e B*35:08/58:01 ou B*35:01/58:22. Quanto aos parâmetros de qualidade, 6,5% das tipificações (70/1075) apresentaram desbalanço alélico, sendo 47% (33/70) dos casos encontrados em HLA-DQB1, 34% (24/70) em HLA-DRB1, 16% (11/70) em HLA-DQA1 e 3% (2/70) para HLA-DPA1 e DPB1. Nenhuma tipagem apresentou uniformidade fora dos parâmetros de normalidade.

Conclusões: As tipificações obtidas apresentaram alto nível de acurácia e confiabilidade, com algumas ressalvas para os genes HLA de classe II que apresentaram alguns casos de desbalanço alélico. Porém, a ausência de cobertura de alguns éxons e a restrição no tamanho do fragmento sequenciado pela plataforma IonS5 ainda levam a ocorrência de ambiguidades de tipagem. A inclusão de iniciadores para a região do exon 1 de Classe II e o aumento no tamanho da leitura podem permitir a solução das ambiguidades persistentes.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 38

QUALITY METRICS EVALUATION OF ION S5, MISEQ AND PACBIO HLA TYPING DATA FROM BRAZILIAN SAMPLES

Stelet VN¹, Cita RF², Romero M¹, Souza TML², Silva CNA¹, Nogueira DLP², Silva APV¹, Mendes MAF², Abdelhay ESFW¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*

²*Fundação Pio XII de Barretos*

Introduction: Next generation sequencing HLA typing provides greater throughput, higher typing resolution and less ambiguity incidence when compared to other methodologies. One long- and two short-reads NGS platforms have been replacing Sanger sequencing on clinical high-resolution HLA typing routine. Sanger typing agreement analysis has been used to validate Sanger to NGS transition. However, quality metrics evaluation is the best way to check typing reliability, compare different NGS platforms and choose the best one to replace Sanger typing. **Objective:** To determine the best NGS platform for HLA typing service, we compared NGS data quality metrics from three NGS platforms (IonS5, Thermo Fisher; MiSeq, Illumina; RS-II, Pacific Biosciences) running six commercial HLA typing protocols (NxType, AllType; Holotype, NGS-Go, Trusight; Histogenetics). **Materials and Methods:** Six hundred and eighty-four bone marrow transplantation routine samples were typed for at least six classical HLA genes at Instituto Nacional de Cancer/RJ (Ion S5, n=128), Fundação Pio XII Barretos/SP (MiSeq; n=386) or Histogenetics/NY (PacBio; n=170) HLA typing services. FastQ files were submitted to NGS Engine algorithm using manufacturer NGS specific thresholds. Mappability percentage, read count and read length were calculated for six classical HLA genes (HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1 and -DPB1). Estimated second allele percentage (ESA), maximum noise level (MNL) and delta signal to noise (DSN) were also determined for core regions (Class I: exons 2 and 3; Class II: exon 2). **Results:** MiSeq data showed better performance followed by IonS5 and PacBio for mappability (98%; 97%, 40%), ESA (44,79%; 44,04%; 40,18%), MNL (3,8%; 9,2%; 29,2%) and DSN (36,9%; 29,5%; 3,6%). IonS5 generated more reads (17075) than MiSeq (8520) and PacBio (715 reads), and PacBio has the larger ones (2713 bp) compared to Ion (252bp) and MiSeq (135bp). **Discussion:** To reach reliable HLA typing is necessary high number of high quality reads to lower MNL, elevates DSN levels and, consequently, having a trustworthy representation of heterozygous positions, avoiding allele imbalance/dropout and false new allele calls. **Conclusion:** Short reads platforms presents better quality metrics results for HLA typing in comparison with long reads. As quality metrics analysis describes how safely each platform determines HLA typing, our data suggest that MiSeq commercial protocols showed the safer path to HLA typing by generating higher quality reads, with less preferential amplification and lower sequencing error.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 39

POLIMORFISMOS MICA, KIR E HPA INDICAM FLUXO GÊNICO EM DESCENDENTES DE JAPONÊSES DO PARANÁ, BRASIL

Alencar JB¹, Zacarias JMV¹, Moura BLSG¹, Silvestre APA¹, Braga MA¹, Visentainer JEL¹, Sell AM¹

¹Universidade Estadual de Maringá

O gene A relacionado ao MHC de classe I (*MICA*), os genes de receptores semelhantes à imunoglobulina de células NK (*KIR*) e os genes que codificam os antígenos plaquetários humanos (HPA) são altamente polimórficos e, por codificarem moléculas imunogênicas, foram correlacionados à aloimunização, refratariedade plaquetária e rejeição de órgãos em transplantes. O estudo dos polimorfismos nos respectivos genes pode auxiliar na caracterização do perfil de células NK, de plaquetas e corroborar para uma maior compatibilidade genética entre doadores e receptores em transplantes e transfusões, assim como, no entendimento do fluxo gênico. A heterogeneidade da população brasileira dificulta a busca por doadores compatíveis. A população japonesa constitui um dos grupos étnicos que imigraram ao estado do Paraná e o estudo de variáveis genéticas na população de descendentes de japoneses se torna importante. O objetivo do trabalho foi avaliar as frequências de *MICA*, *KIR* e *HPA* em descendentes japoneses do Norte e Noroeste do Paraná e comparar as frequências com as populações brasileiras de etnia mista e populações japonesas. Duzentos e quatorze descendentes de japoneses, saudáveis e não relacionados foram selecionados, sendo que 56,94% declararam que seus pais e avós vieram do Japão e 43,06% afirmaram ter um dos pais de origem japonesa e o outro de origem brasileira. A genotipagem de *MICA* foi realizada por PCR-SSOP tecnologia Luminex e de *KIR* e *HPA* por PCR-SSP. As frequências foram estimadas e a comparação das frequências foi avaliada pelo teste qui-quadrado com correção de Yates (software Graphpad). A árvore filogenética foi construída para *MICA* e *KIR* utilizando-se o software POPTREE2. As maiores frequências observadas foram para os genes *MICA* *008 (0,19), *009 (0,17) e *002 (0,15); para os *KIR* inibitórios *KIR2DL1* (0,99), *KIR2DL3* (0,99), *KIR3DL1* (0,97) e o *KIR* ativador *KIR2DS4* (0,96). Já para o *HPA*, o alelo "a" e genótipo "aa" foram os mais frequentes em *HPA-1* (0,98 e 0,96), *HPA-2* (0,89 e 0,80), *HPA-4* (0,99 e 0,99), *HPA-5* (0,97 e 0,95) e *HPA-6* (1,00 e 1,00) e o "ab" em *HPA-3* (0,52) e *HPA-15* (0,55). As frequências dos grupos alélicos *MICA* *001, *004, *008, *009, *010, *011, *012, *019, *027, dos genes *KIR2DL2*, *KIR2DL3*, *KIR2DL5*, *KIR2DS2*, *KIR2DS3*, *KIR2DS5*, *KIR3DS1* e dos alelos e genótipos de *HPA-1*, *HPA-2*, *HPA-3* e *HPA-5* foram diferentes entre descendentes de japoneses e populações brasileiras mistas. Somado a este fato, a distribuição das frequências de *MICA* *002, *004, *008, *KIR2DL2*, *KIR2DS2*, *KIR2DS3* e do alelo "a" de *HPA-1* foi diferente entre os descendentes e populações japonesas. Na análise filogenética, os descendentes de japoneses foram agrupados com a população brasileira mista, demonstrando maior similaridade genética com esta população quando comparada às populações japonesas. Assim, a análise das frequências dos genes *MICA*, *KIR* e *HPA* demonstrou a diversidade genética da população de descendentes de japoneses do Paraná por meio do fluxo gênico.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 40

AVALIAÇÃO DA GENOTIPAGEM HLA POR SEQUENCIAMENTO DE NOVA GERAÇÃO

Torres MA¹, Mazzini A¹, Pontes G¹, Alonso E¹, Matos M¹, Marangon A¹, Guelsin G¹, Loro A¹, Francisco RS¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

O sequenciamento de nova geração (NGS) é uma recente e promissora tecnologia que permite a tipificação de múltiplos loci HLA em altíssima resolução, resolvendo ambiguidades alélicas, diminuindo as chances de erros e tempo de liberação dos resultados. O objetivo do presente estudo foi avaliar o desempenho o painel TruSight HLA v2 e do software de análise Assign™2.1., ambas soluções oferecidas pela empresa Illumina, quanto à capacidade de detecção de novos polimorfismos, resolução de ambiguidades, detecção de alelos nulos e a perda de heterozigose causada por amplificação preferencial de um dos alelos (dropout). Um total de 708 amostras incluindo pacientes candidatos a transplante de células tronco-hematopoiética e doadores foram submetidas ao sequenciamento dos loci HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DPB1, HLA-DQB1, HLA-DRB1, HLA-DRB3, HLA-DRB4 e HLA-DRB5, utilizando o painel TruSight, no período de 16/05/2017 a 30/04/2018. As bibliotecas geradas com o painel foram sequenciadas no equipamento MiSeq, também da Illumina. Foram detectados 30 novos alelos: três no locus HLA-A, dois em HLA-B, quatro em HLA-C, três em HLA-DRB1, cinco em HLA-DQB1, oito em HLA-DPB1, dois em HLA-DRB3, um em HLA-DRB4 e dois em HLA-DRB5. Todos os novos polimorfismos identificados estavam localizados fora do sítio de reconhecimento antigênico (SRA). Apenas 16 ambiguidades genotípicas foram detectadas: 14 do locus HLA-DPB1 e duas do locus HLA-DQB1. Essas ambiguidades envolveram sítios fora do SRA e foram geradas pela perda de fase entre dos éxons 2 e 3 desses loci. A falta de cobertura do éxon 1 dos loci HLA-DPB1 e HLA-DRB1 e éxons 1 e 7 do locus HLA-B levou às seguintes ambiguidades alélicas: HLA-DPB1*13:01:01/107:01 (HLA-DPB1*13:FNVU); HLA-DRB1*12:01:01/10 (HLA-DRB1*12:JV), HLA-DRB1*09:01:02/09:31 (HLA-DRB1*09:CWA), HLA-DRB1*15:02:01/15:140 (HLA-DRB1*15:AMKZA), HLA-DRB1*37:01:01/37:68 (HLA-B*37:ARNA) e HLA-B*39:01:01/39:01:01:02L. Na presença dessas ambiguidades, o resultado foi liberado utilizando código do NMDP. O alelo HLA-DRB4*01:03:01:02N foi o único nulo detectado, ocorrendo em um total de 28 amostras, dentre as quais, 21 apresentaram o haplótipo: HLA-DRB1*07:01:01/HLA-DQB1*03:03:02/HLA-DRB4*01:03:01:02N. Um total de 4 de 46 indivíduos (8,7%) contendo o haplótipo HLA-DRB1*15:03:01/HLA-DQB1*06:02:01 não apresentaram o gene HLA-DRB5, normalmente associados a alelos da linhagem HLA-DRB1*15. Foram observados 74 genótipos homozigotos em HLA-A, 38 em HLA-B, 63 em HLA-C e 45 em HLA-DRB1. Para todos esses casos, as amostras foram repetidas utilizando uma segunda técnica (PCR-SSOP) e o genótipo homozigoto foi confirmado. Todos esses resultados mostram que o painel testado é robusto, aumentando a agilidade na tipificação HLA de alta resolução, contribuindo para uma seleção mais acurada de doadores não aparentados, com maior informação em um menor prazo de liberação de resultado.

Palavras Chaves: HLA, NGS

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 41

ESTUDO DE ALELOS E HAPLÓTIPOS DOS GENES HLA DE ORIGEM AMERÍNDIA, EM UMA AMOSTRAGEM DA POPULAÇÃO MISCIGENADA BRASILEIRA.

Torres MA¹, Cariani C², Ferraz J², Cervato M¹, Mazzini A¹, Pontes G¹, Francisco RS¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

²*Genomika Diagnosticos*

A população brasileira é fruto da miscigenação de africanos, europeus e ameríndios. As populações ameríndias são, de longe, o grupo menos estudado e informações sobre os haplótipos HLA derivados dessas populações são escassos. Estudos clássicos do início dos anos 90 descreveram uma série de alelos HLA-B encontrados apenas em populações sul-americanas. A maioria dos novos alelos de HLA-B foi originada por conversão gênica envolvendo alelos encontrados atualmente em populações do nordeste Asiático e nativas da América do Norte. Dessa forma, alelos do gene HLA-B seriam bons marcadores de haplótipos nativos do continente americano e sua presença poderia ser utilizada como um marcador de ancestralidade ameríndia. O objetivo do presente estudo foi determinar a frequência de haplótipos oriundos de populações nativas da América do Sul na população urbana brasileira. Para isso, nós utilizamos os dados de sequenciamento de nova geração (NGS) gerados com o painel TruSight V2 HLA da empresa Illumina (incluindo os loci HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DPB1, HLA-DQB1, HLA-DRB1, HLA-DRB3, HLA-DRB4 e HLA-DRB5), oriundos de 708 amostras incluindo pacientes candidatos a transplante de células tronco-hematopoiéticas e doadores, no período de 16/05/2017 a 30/04/2018, oriundos principalmente do estado de São Paulo, Brasil. As bibliotecas foram sequenciadas no equipamento MiSeq, também da Illumina e os genótipos foram determinados utilizando o software Assign™2.1. As frequências alélicas e haplotípicas, equilíbrio de Hardy-Weinberg determinação do padrão de desequilíbrio de ligação entre os loci foram determinados utilizando o software PyPop versão 8. Todos os loci analisados estavam em equilíbrio de Hardy-Weinberg. Os alelos do locus HLA-B de origem ameríndia mais comuns foram: : B*15:04 (0,99%), B*40:04 (0,91%), B*35:05 (0,85%), B*35:04 (0,78%), B*39:13 (0,77%), B*48:02 (0,70%), B*39:06 (0,63%), B*15:20 , B*39:03 e B*39:05 (0,57%), B*35:20 (0,28%), B*15:08 e B*35:11 (0,07%). Para fins de comparação, os alelos mais comuns encontrados nessa amostragem foram: B*51:01(7,2%), B*44:03 (6,7%) e B*07:02 (6%), todos comuns de populações de origem europeia. As frequências dos haplótipos ameríndios envolvendo os loci HLA-B/HLA-C/HLA-DRB1 mais comuns foram: B*40:04/C*03:04/DRB1*04:11(0,77%), B*15:04/C*03:03/DRB1*16:02 (0,70%), B*48:02/C*04:01/DRB1*09:01 (0,63%) e B*39:09/C*07:02/DRB1*08:02 (0,42%). Novamente, para fim de comparação, os haplótipos mais comuns encontrados foram: B*08:01/C*07:01/DRB1*03:01 (3,6%), B*07:02/C*07:02/DRB1*15:01 (2,4%) e B*44:03/C*16:01/DRB1*07:01 (2,3%). O entendimento das distribuições desses alelos e haplótipos é de fundamental importância para a compreensão da estruturação da população brasileira, e consequentemente, auxiliarão na aplicação de sistemas de seleção de doadores que levem em consideração as peculiaridades dessa população. Palavras chaves: HLA, NGS, Ameríndio

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 42

RELATO DE CASO: UMA DISCREPÂNCIA ENTRE CROSSMATCH VIRTUAL E REAL
INDICANDO A LIMITAÇÃO DO RESULTADO DO TESTE SINGLE ANTIGEN COMO
PARÂMETRO ISOLADO DE RISCO IMUNOLÓGICO PARA TRANSPLANTE RENAL

Campos EF¹, Domingues ML¹, Ferreira SM¹, Vinhal FR¹, Vinhal F¹

¹HLAGyn - Laboratório de Imunologia de Transplantes de Goiás

Introdução : O teste Luminex®*Single Antigen* (LSA) permite a definição das especificidades contra as quais anticorpos (Ac) anti-HLA presentes em pacientes (Pct) candidatos a transplante (Tx) são dirigidos, e há uma correlação satisfatória entre a mediana de intensidade de fluorescência (MIF) dos Ac detectados e os resultados do *crossmatch* (XM) por citometria de fluxo (XM “real”), que é um parâmetro sensível de risco imunológico no Tx renal. O cruzamento do resultado do LSA com os *mismatches* (MM) HLA entre Pct e seu potencial doador (D) é denominado XM virtual, sendo proposto seu uso como parâmetro de risco no Tx, inclusive com o potencial de substituição do XM real. Uma discrepância observada entre o XM virtual e o real na avaliação entre um Pct e seu D apontaram para uma limitação inesperada do XM virtual. O **objetivo** desse trabalho foi o de descrever a investigação conduzida para esclarecer essa discrepância. **Material e métodos** : homem, 30 anos, em hemodiálise há 18 meses por nefropatia por IgA, 3 transfusões até 1 ano atrás, admitido para XM com seu irmão haploidêmico. Soros atual (SA_t) e histórico (SH, colhido 2 meses após a última transfusão) foram positivos somente para Ac anti-HLA classe I (cl I) (Labscreen®*mixed* e SA I, One Lambda, ThermoFisher, USA), e também foram testados contra Painel de fenótipos cl I (Labscreen®*PRA I*) e em XM por citometria de fluxo (protocolo Halifax) contra células do D e de terceiros. Pct, D e terceiros foram tipificados por SSO (Labtype®, One Lambda) e locus A do D, por sequenciamento, kit SeCore (One Lambda, Thermo Fisher, CA, USA). SH foi absorvido com células mononucleares e o eluato, testado no Labscreen®*SA I*. **Resultados** : Pct: HLA A2,-/B18,58. Observamos somente reação contra epítipo 144KR (TerEp 208) presente em HLA A1,3,11,24,36,80 no SA_t (reações < 1.500 MIF) e no SH (4.443 a 6.809 MIF). XMs T e B (SA_t e SH) foram negativos contra D HLA A1, assim como contra outros D e terceiros HLA A1, a despeito de Ac anti-A1 com 5.308 MIF no SH. XMs T e B com SH foram positivos contra terceiros HLA A11 e A24. No kit PRA I, SH foi positivo para Ac anti-HLA A3,11,24 e negativo para anti-A1,36,80. Após absorção do SH com células HLA-A11 e A24, o eluato foi negativo para o epítipo 144 no LSA I. **Conclusões** : A discrepância observada entre XM virtual e real nesse caso sugere que a complexidade da resposta humoral anti-HLA pode limitar o uso do resultado do teste *single antigen* e do XM virtual como parâmetro isolado de risco no Tx.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 43

INFLUENCE OF TNF, IL17 AND HLA-B27 POLYMORPHISMS ON THE ANKYLOSING SPONDYLITIS IN A SOUTHERN BRAZILIAN POPULATION.

Loures MAR¹, Macedo LC¹, Reis DM¹, Oliveira CF¹, Meneguetti JL¹, Martines GF¹, Neves JSF¹, Souza E¹, Sell AM¹, Visentainer JEL¹

¹*Universidade Estadual de Maringá*

The pathogenesis of ankylosing spondylitis (AS) is partly attributed to the interaction between genetic factors and the environment. Genetic factors associated to HLA-B27 are well defined in the pathogenesis of AS. However, the fact that only 1-3% of people HLA-B27 positive develop the disease, and not all patients with the disease possess the HLA-B27 antigen, suggests that other genes may be involved in the development of the pathology. We investigated, through a case-control study, whether single nucleotide polymorphisms of *TNF*, *IL17* and HLA-B27 were associated with AS in a Southern Brazilian population. Genotyping of *TNF* -308 (rs1800629), *TNF* -238 (rs361525), *IL17A* (rs2275913), *IL17F* (rs763780) and HLA-B27 polymorphisms was performed in 174 patients with AS and 210 controls from Southern Brazil using SSOP-Luminex (One Lambda) and PCR-SSP assays. In our current study, we confirmed the association between HLA-B27 and AS (59.8%) compared to controls (15.7%), however in a frequency lower than seen in other populations around the world. Furthermore, we verified an association of *TNF* -308 (rs1800629) AA/GA (OR: 1.9, CI95%: 1.2-3.0), *IL17A* (rs2275913) AA/GA (OR: 1.7, CI95%: 1.1-2.6) and *IL17F* (rs763780) CC/TC (OR: 3.7, CI95%: 2.1-6.6) genotypes and AS, regardless to HLA-B27. The risks were also higher in patients with the haplotype *TNF* -308/*IL17A* /*IL17F* GGC/GAC/AAT for AS than in those who did not. In conclusion, *TNF* and *IL17* gene polymorphisms responsible by the expression of important inflammatory cytokines were associated to AS, regardless of HLA-B27.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 44

PREVALÊNCIA DOS ANTICORPOS ANTI-HLA (AC ANTI-HLA) NOS PACIENTES RENAI
CRÔNICOS EM PROGRAMA DE TRANSPLANTE DE DOADOR CADAVERÍCO
CADASTRADOS NA FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA-FHB.

Piazera FZ¹, Diogo PHJ¹, Araujo JDBC¹, Bispo F¹, Mundin HM¹, Neto NCM¹, Cordeiro AC¹,
Amorim TML¹, Firmino R¹, Vaz J¹

¹*Fundação Hemocentro de Brasília*

Palavras chaves: anticorpos anti-HLA, sensibilização, transplante renal.

INTRODUÇÃO: A sensibilização ao sistema HLA é definida como a presença de aloanticorpos no soro dos candidatos a receptores de órgãos ou células transplantadas dirigidas contra antígenos HLA. A detecção destes anticorpos em candidatos a transplante está usualmente associada à presença de um ou mais fatores de risco, como multiparidade, transfusão de hemocomponentes e retransplante. Anticorpos reativos ao painel de células (PRA) é um teste que verifica o grau de sensibilização, geralmente em percentual, aos aloanticorpos HLA. Esse percentual varia de 0% (não sensibilizado ou não produtor de anticorpos) a 100% (hipersensibilizado). Atualmente, as técnicas recomendadas e padronizadas na FHB são detecção de aloanticorpos mediante uso da plataforma LUMINEX® pela técnica de LABSCREEN®.

OBJETIVOS: O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência dos anticorpos anti-HLA nos pacientes renais crônicos em fila de transplante cadavérico cadastrados no Laboratório de Imunologia dos Transplantes da FHB.

MATERIAL DE MÉTODOS: Foram analisados retrospectivamente 348 soros de pacientes renais crônicos em fila de transplante cadavérico e cadastrados no Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do Distrito Federal (DF) entre fevereiro de 2016 a dezembro de 2017. As amostras de soro desses pacientes foram analisadas pela técnica de LABSCREEN® com fase inicial de MIXED e identificação dos AC-ANTI-HLA com kits de SINGLE1 e SINGLE2 e analisados no software HLA Fusion. O cutoff utilizado foi a média da intensidade de fluorescência (MFI) ≥ 1500 . Tais técnicas são validadas utilizando meia receita na FHB, sem com isso ter sido verificado perda da sensibilidade ou fluorescência do aloanticorpos identificado. A análise foi realizada pelo LABSCAN 3D®. Dados epidemiológicos como: idade, sexo, causa da sensibilização foram analisados nesta amostragem dos pacientes do DF.

RESULTADOS: O perfil epidemiológico demonstrou que dos 348 pacientes renais cadastrados: 67% são do sexo masculino e 33 do sexo feminino, mediana de idade foi de 38 anos (variando de 6 a 67 anos); motivo de sensibilização: 57% de transfusão sanguínea prévia, 33% de gestação prévia e de 10 % retransplante. A taxa de sensibilização anti-HLA desta série de dados foi de 84% (n=292). A frequência de sensibilização anti-HLA I, II e I+II (n= 292) foi, respectivamente: 38% (111 292), 14% (41 292) e 48% (140/292). Em relação aos resultados do SINGLE1, os AC mais frequentes nos locus de Classe I (A,B,C) foram os A2(20%), B57(27%) e A24(12%) e para os AC de Classe II foram DR4(26%), DR7 (13%), DQ7(31%) e DP1(16%). Tal situação infere que os paciente renais crônicos masculinos no DF são submetidos a transfusões sanguíneas mais precocemente assim aumentando seu risco de sensibilização. Não possuímos dados registrados sobre a qualidade do hemocomponente utilizado: filtrado, leucodepletado ou irradiado.

CONCLUSÃO: Considerando que os centros transplantadores levam em consideração o resultado do PRA na decisão de realizar um transplante bem como no monitoramento pós-transplante, torna-se útil o conhecimento do grau de sensibilização anti-HLA e os tipos mais frequentes para definição epidemiológica.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 45

QUALITY METRICS EVALUATION OF FIVE NGS TYPING KITS FOR 6 HLA CLASSICAL LOCI

Stelet VN¹, Cita RF², Romero M¹, Mendes MAF², Abdelhay ESFW¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*

²*Fundação Pio XII de Barretos*

Introduction : Quantitative and qualitative improvements of Sanger to massive parallel sequencing transition have motivated HLA typing services to look for the best HLA typing protocol available. Although Sanger-NGS agreement analysis helps to determine accuracy rate, quality metrics profile evaluation will determine result reliability. High polymorphism of classical HLA genes demands not only a secure margin between maximum sequencing noise level and heterozygosity percentage threshold but also a well-balanced allele representation on heterozygous, avoiding HLA typing mistakes. **Objective :** To determine quality metrics profile of five commercial NGS HLA typing kits. **Material and methods :** HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1, -DPB1 sequencing data from 1330 DNA samples were generated using five NGS HLA typing commercial kits applying MiSeq/Illumina (Holotype®, Omixon: n=56; NGSgo®, GenDx: n= 867; Trusight®, Illumina: n=186;) and IonS5/Thermo sequencing (NxType, OneLambda®: n=125; AllType®, OneLambda: n=96;) by two different HLA typing services. Reads were aligned to reference sequence (v. 3.30.0; IMGT) using a commercial software (NGSEngine, GenDx). Percentage level of maximum noise (MNL), delta signal to noise (DSN) and estimated second allele (ESA) were calculated for exonic region. ESA less than 30% were considered unbalancing occurrences. **Results:** Kits performance analysis demonstrated better quality metrics profile associated to Holotype and NGSgotypingswithlower MNL (4.12; 4.39) and higher ESA (47.15; 46.99) and DSN (38.50; 36.93) values when compared to NxType and AllType typings (MNL= 9.48; 11.37, ESA= 45.75; 45.50 and DSN= 26.51; 25.51, respectively). However, the lowest allele unbalancing ratio was detected on NxType results (0.8%) followed by Holotype (2.4%), Trusight (3.6%), NGSgo (3.8%) and AllType (7.8%). HLA Class I typing showed better quality metrics profile than Class II with higher values for DSN (35.8% vs 33.52%) and ESA (47.14% vs 45.01%) and lower allele unbalance occurrences (2.5%; 97.5%). Furthermore, major allele unbalance incidence was observed for HLA-DRB1*04 (55,5%), HLA-DQB1*02 (13.6%) and HLA-DQB1*06 (8%) alleles. **Discussion:** Differences on noise level between HLA typing Kits can be associated to NGS platform employed as literature shows that semiconductor-based sequencing presents higher error rate than cyclic reversible termination strategy. However, high allele imbalance incidence may be associated to amplification issues related to primer design or protocol amplificationstrategy (single/multiplex). HLA-DRB1 and -DQB1 poorer quality metrics reveals that special attention is necessary when typing those genes. **Conclusion:** Implementation of diagnostic innovations requires a deep knowledge of its accuracy and limitations. As commercial NGS HLA kits show equally high concordance to Sanger typing, quality metrics profile analysis can be used to figure out weak points helping to choose the best available solution.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 46

ANÁLISE DE QUIMERISMO EM SANGUE PERIFÉRICO E MEDULA ÓSSEA APÓS O TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Boldrini RM¹, Menezes G², Silva FG², Daudt LE³, Lazzari VM¹, Paz A³, Jobim LF²

¹*Centro Universitário Ritter dos Reis*

²*Serviço de Imunologia Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

³*Serviço de Hematologia e TCTH Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Introdução: O Transplante de Célula Tronco Hematopoiética (TCTH) tem um potencial curativo para várias doenças onco-hematológicas, além de ser capaz de restabelecer o sistema hematopoiético e imunológico em pacientes portadores de imunodeficiências ou portadores de aplasia de medula óssea. Para avaliar o sucesso do procedimento, bem como utilizar estratégias para redução de taxas de recaída, tem sido utilizado a quantificação de quimerismo pós procedimento. **Objetivo :** Determinar a correlação entre as amostras biológicas de sangue periférico (SP) e medula Óssea (MO) nos pacientes submetidos a TCTH em nosso centro. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo observacional realizado durante o período de janeiro de 2016 à novembro de 2017, totalizando 18 pacientes. Foram incluídos no estudo apenas pacientes que realizaram TCTH e que passaram por acompanhamento pós transplante de quimerismo tendo coletado SP e MO no mesmo dia. Após a coleta das amostras de SP e MO, foi realizado o método de extração por *Salting-out*. A reação em cadeia da polimerase (PCR) foi utilizada para amplificar o DNA alvo das amostras. A análise de quimerismo foi realizada utilizando os microssatélites, amplificados no Termociclador através da PCR de 24 loci de STR (*kit Powerplex Fusion - PromegaTM*). As amostras provenientes da PCR passaram por eletroforese capilar no analisador genético ABI Prism 3100 *Avant* (Applied BiosystemsTM). O percentual de células do doador dos locus informativos, foi calculado, como $D \% = (D1+D2) / (D1+D2+R1+R2)$ e depois $\times 100$, onde D1 e D2 = altura dos picos dos alelos do doador e R1 e R2 = altura dos picos dos alelos do receptor. Os dados dos pacientes sobre a porcentagem de quimerismo em amostras de SP e MO colhidos no mesmo dia foram analisados quanto a sua correlação, com a utilização do programa estatístico GraphPad Prism 5TM. Como os dados não apresentaram distribuição normal, utilizou-se a correlação de Spearman para realizar o comparativo. **Resultados :** Todos os pacientes incluídos neste estudo realizaram pelo menos duas punções no mesmo dia, sendo uma de SP e outra de MO. Destes pacientes, três apresentaram o pré-requisito de coleta em diferentes dias, realizando duas conjuntas de SP e MO cada, em diferentes meses. Com isso obtivemos um total de 21 amostras pareadas correlacionadas. De acordo com o teste de correlação de Spearman obtivemos o gráfico de ponto, com um $r=0,8663$ (86%), um intervalo de confiança de 0,6871 a 0,9462 e um $P < 0,0001$. **Conclusão :** Nossos resultados demonstram que o teste de quimerismo em SP realizado em nosso serviço é sensível a ponto de não haver grande variação entre os testes de MO e SP nos pacientes. Sendo assim, o quimerismo de sangue periférico pode ser utilizado para uma monitorização mais frequente naqueles pacientes com altas chances de recaída ou de perda do enxerto.

Área: **Histocompatibilidade**
Sub-tópico: **Histocompatibilidade**
Trabalho: 47

ASSOCIATION OF HLA-G POLYMORPHISM AND SERUM sHLA-G LEVELS WITH RISK FOR HPV INFECTION AND CERVICAL CANCER

Bahls LD¹, Gelmini GF², Ueno LA¹, Souza RP¹, Gimenes F¹, Borelli SD¹, Consolaro MEL¹

¹*Universidade Estadual de Maringá*

²*Universidade Federal do Paraná*

Cervical cancer (CC) is currently the fourth most common cancer in women worldwide. Persistent infection by high-risk human papillomavirus (HR-HPV) is a necessary factor for CC development. Because the majority of women have only transient HPV infections, there is great interest in investigating other factors, such as the host immune system and genetic background, which may influence virus persistence and consequently CC development. The present study aimed to investigate associations of *HLA-G* diversity and serum levels of sHLA-G with risk of HPV infections, cervical lesions and invasive CC among southern Brazilian women. Blood and cervical samples were collected from 110 women referred for colposcopy in União da Vitória city/ Parana State. Cervical samples were analyzed for cervical lesions/cancer by Papanicolaou smears (Pap) and for HPV infection by polymerase chain reaction (PCR) followed by Restriction Fragment Length Polymorphism (RFLP). DNA was extracted from peripheral blood cells and *HLA-G* alleles were determined by sequencing-based typing and subsequent analyses of nucleotide sequence variations at exons 2, 3 and 4 using SecScape® software v.2.7 (Applied Biosystems). The sHLA-G level in serum was quantified by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) using a specific kit (EXBIO/BioVendor, Prague, Czech Republic). Allele frequencies were calculated using the Arlequin Program v3.1. OpenEpi v.3.01 software and BioEstat v5.0 program was used to compare, respectively, allele frequencies and mean levels of sHLA-G between different groups. Of the 110 women included, 42 women had normal Pap (NILM), of which three (7.1%) had an HR-HPV and/or low-risk HPV (LR-HPV) infection. Among women with low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) (n = 26), one (3.8%) had no HPV-DNA detected at PCR, 10 (38.5%) had only HR-HPV infection, 13 (50.0%) had only LR-HPV infection, and two (7.7%) had multiple HPV infections with LR-HPV and HR-HPV. All women with high-grade SIL (HSIL) or CC (n = 41) had HR-HPV infections, either isolated (n = 32, 78.1%) or in multiple infections with LR-HPV (n = 9, 22.0%) or undetermined-risk HPV (n = 1, 2.4%). The mean sHLA-G levels were lower in women with NILM compared to women with HSIL/CC (2.52 U/mL versus 15.74 U/mL, p = 0.023) and also compared to women with LSIL/HSIL/CC (2.52 U/mL versus 12.86 U/mL, p = 0.013). The *HLA-G*01:01:01* allele was associated with risk to HR-HPV (31.82% versus 47.27%, p = 0.0274, OR = 1.92, CI = 1.11-3.33). In conclusion, our results suggest that *HLA-G* polymorphisms and serum sHLA-G level may have an important role in viral persistence and CC development. However, more studies with longer-term follow-ups and larger sample sizes are necessary to confirm these associations.

KEY WORDS: Human Papillomavirus, Uterine Cervical Neoplasms, Human Leukocyte Antigen G, Genetic Susceptibility, Soluble Isoforms.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 48

APLICAÇÃO DO NOVO CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO DAS INFECÇÕES PRIMÁRIAS DA CORRENTE SANGUÍNEA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA PEDIÁTRICO DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS

Germano PCP¹, Marques LMA¹, Lima APC¹, Silva AMPS¹, Zecchin VG¹, Carlesse FAMC¹

¹Hospital do GRAACC (GRAACC/IOP/UNIFESP)

Introdução: As infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS) são causa importante de morbimortalidade em pacientes pediátricos onco-hematológicos submetidos a Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH). O critério de IPCS associada ao dano de barreira mucosa (IPCS-DBM) caracteriza as IPCS em pacientes imunossuprimidos por translocação bacteriana ocasionada por doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) ou mucosite pós quimioterapia. **Objetivos:** 1) Verificar a densidade de incidência (DI) de IPCS associadas a CVC (IPCS-AC) X IPCS-DBM; 2) Descrever os tipos de CVC, a frequência/perfil de sensibilidade dos micro-organismos envolvidos e a letalidade. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo observacional, realizado na unidade de TCTH de um Hospital Oncológico Pediátrico de referência em São Paulo no período de janeiro a dezembro de 2017. Foram analisadas todas as IPCS-DBM e IPCS-AC notificadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Instituição durante vigilância epidemiológica ativa. Os dados foram compilados em uma ficha clínica específica. Foi utilizado o denominador CVC-dia para cálculo da DI. **Resultados:** Foram identificadas 07 IPCS em 07 pacientes e 1849 CVC-dia em 2017. Destes 07 casos, 04(57,1%) foram associados ao DBM e 03(42,9%) ao CVC, gerando uma DI de 2,3 por mil CVC-dia e 1,7 por mil CVC-dia, respectivamente. Dentre os micro-organismos identificados nas IPCS-DBM, a prevalência foi de *Klebsiella sp.* com 60% (n=3), seguido de *Escherichia coli* com 20% (n=1) e *Pseudomonas sp.* com 20% (n=1). Avaliando a resistência bacteriana, somente em 25% (n=1) das IPCS-DBM foi causada por *Klebsiella sp.* ESBL. Já nas IPCS-AC a infecções ocorreram igualmente entre *Klebsiella sp.*, *Stenotrophomonas sp.* e *Streptococcus agalactiae*, com 33,3%(n=1) cada, sendo 1(33,3%) causada por *Klebsiella sp.* ESBL. Quanto ao tipo de CVC utilizado no momento da IPCS-DBM, destaca-se o cateter de duplo lúmen (CDL) presente em 100% dos casos. Já o tipo de CVC mais utilizado na IPCS foi o CDL em 66,6%(n=2) dos casos, seguido do PICC em 33,3%(n=1). Houve um óbito associado a IPCS por *Stenotrophomonas sp.*, gerando uma letalidade de 14,3%. **Discussão:** A DI de IPCS-AC e IPCS-DBM são inferiores às encontradas publicadas pelo NHSN em 2017. Os outros resultados são similares aos encontrados na literatura: 57,1% das IPCS foi decorrente de DBM; a predominância de enterobactérias sensíveis aos antimicrobianos (80%) nas IPCS-DBM e de bactérias gram-negativas nas IPCS-AC (66,6%); O CVC de curta permanência esteve envolvido em 85,7% das IPCS. **Conclusão:** Os resultados mostram a importância da aplicação do critério de IPCS-DBM em centros de câncer pediátrico, visando traçar e/ou avaliar as estratégias para reduzir as IPCS-AC consideradas evitáveis. É importante ressaltar que as boas práticas no uso do CVC devem ser mantidas, já que possui o Brasil uma alta incidência de IPCS causadas por enterobactérias. **Palavras-chave** : transplante; pediatria; infecções; corrente sanguínea.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 49

INFLUENZA A (H1N1) EM PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH): RELATO DE CASO

Moraes MAC¹, Monteiro AB¹, Lumi C², Cezar VS³

¹*Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*

²*Hospital Mãe de Deus*

³*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução: As infecções virais respiratórias (IVR) são consideradas como causa significativa de morbimortalidade em pacientes pós-TCTH. Os receptores de células hematopoiéticas são suscetíveis as infecções virais clinicamente graves, devido ao seu sistema imunológico comprometido, elas podem acometer a qualquer momento durante todo o processo de transplante. **Objetivo:** Relatar os cuidados realizados com um paciente submetido a TCTH que adquiriu Influenza A (H1N1). **Método:** Relato de caso realizado em um setor de TCTH em um hospital filantrópico de referência na cidade de Porto Alegre, RS. **Resultado:** Paciente sexo feminino, 56 anos, com diagnóstico de Leucemia Mielóide Aguda (LMA), submetida ao transplante alogênico aparentado do irmão HLA 100% compatível. Realizou protocolo de condicionamento com quimioterapia Bussulfano e Fludarabina. No D+4 foi identificado no exame clínico: quadro de tosse produtiva com expectoração mucóide, coriza nasal e hipertermia. Evoluindo para dispnéia, expansibilidade torácica reduzida, padrão ventilatório misto com predomínio apical, ausculta com roncocal difusos e crepitações basais. Paciente já se encontrava em quarto privativo, com filtro HEPA e pressão positiva. Neste momento, foram instituídas precauções de gotículas e contato. Realizado rastreamento viral através do aspirado nasofaríngeo no D+6, com resultado positivo para influenza A (H1N1). Recebeu tratamento imediato de Tamiflu conforme protocolo institucional e atendimento fisioterápico intenso com CPAP e O₂ suplementar. A pega da medula ocorreu no D+15 com melhora clínica importante, recebendo alta hospitalar no D+20, para acompanhamento ambulatorial. Não houve transmissão do vírus entre os pacientes internados na unidade no mesmo período do relato. **Discussão:** A progressão de uma IVR alta para as vias aéreas inferiores depende de fatores específicos do hospedeiro, como doenças de base e terapêutica; assim como da virulência dos agentes virais envolvidos. As medidas de prevenção para as infecções, incluindo as virais, devem ser intensificadas nas rotinas da assistência à saúde, são elas as precauções padrão (PP) e as baseadas em rotas de transmissão que devem ser adicionadas ao padrão conforme o risco de transmissão. A higienização das mãos, um dos itens que constitui as PP é a medida mais eficaz de prevenir transmissão de infecções relacionados à assistência à saúde. No entanto, em se tratando de vírus respiratórios, precauções de gotícula e contato devem ser adicionadas. **Conclusão:** O TCTH alogênico submete ao paciente exposição a várias complicações clínicas. A infecção por influenza A H1N1, em um ambiente com restrições de contato e estímulo frequente quanto à higiene é um evento raro e expõe ao paciente à maiores riscos. A prevenção de transmissão cruzada, no ambiente hospitalar através das precauções padrão e baseadas em rotas de transmissão é a maneira mais eficaz de minimizar as infecções, incluindo as virais.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 50

PRINCIPAIS MICROORGANISMOS IDENTIFICADOS EM PACIENTES PÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Moraes MAC¹, Lima AAA², Cezar VS³

¹*Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*

²*Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre*

³*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) tem sido amplamente utilizado para o tratamento de doenças onco-hematológicas. O processo de TCTH é bastante agressivo e envolve o uso de quimioterápicos, radioterapia, hemotransfusões, dentre outros. Nesse período, o paciente fica vulnerável a infecções causadas, em sua maioria, por microrganismos oportunistas de sua própria microbiota. O risco de desenvolver complicações infecciosas, incluindo infecções bacterianas, fúngicas e infecções virais durante a hospitalização é uma importante causa de morbimortalidade dos pacientes submetidos ao transplante. **Objetivo:** Identificar os principais microrganismos que acometem pacientes pós-TCTH. **Métodos:** Estudo de coorte transversal, quantitativo, retrospectivo. Os dados foram coletados nos prontuários eletrônicos de 154 pacientes que estiveram internados para realização de TCTH entre 2014 e 2015, em um hospital de referência em Porto Alegre, RS. O estudo recebeu aprovação do comitê de ética em pesquisa sob parecer nº1.472.098. **Resultados:** A infecção ocorreu em 37% dos pacientes pós-TCTH. A febre durante o período de internação manifestou-se em 90,3%, com tempo de neutropenia variando de 0 a 14 dias. A principal fonte de infecção foi o cateter venoso central, identificado em 33,9% dos casos; em 56,5% dos pacientes predominou infecções por bactérias Gram negativas, 5% dos pacientes apresentaram vírus ativo positivo e 5%, infecção fúngica. Durante o período de internação pós TCTH, 10,4% foram colonizados por *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC) por rastreio de exame cultural (swab). Não houve associação de infecção com os tipos de TCTH e variáveis sócio-demográficas e clínicas. O desfecho óbito demonstrou-se significativo ($p=0,016$) para os pacientes que tinham presença de microrganismos e também para a colonização por KPC ($p=0,014$), que indicou um número relevante de mortes. **Discussão:** As infecções são uma das complicações pós TCTH, tendo como as três principais causas: a quebra de barreiras naturais (tais como o uso de cateteres, lesões de pele e mucosite), defeitos na imunidade mediada por células (linfopenia, uso de corticosteróides e outros agentes citotóxicos de células), e deficientes números de fagócitos (devido a quimioterapia mieloablativa). O enfermeiro tem fundamental papel no desempenho de ações buscando elaborar um plano terapêutico sistematizado para as a prevenção e tratamento das infecções. Atualmente, o aumento de agentes bacterianos multirresistentes, como a produção de carbapenemases é preocupante principalmente no contexto de neutropênicos febris, pois contribuem para o aumento da mortalidade. **Conclusão:** Deve ser implementadas estratégias de controle e vigilância das infecções nos pacientes pré e pós TCTH na tentativa de melhorar a qualidade do atendimento, e prolongar a sobrevivência dessa população.

Palavras-chave: Transplante de medula óssea, infecção, *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 51

REATIVAÇÃO DE VÍRUS EPSTEIN-BARR APÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA

Massumoto C¹, Jacomini A¹, Inaoka RJ¹, Scanhola GQ¹, Junior JG¹

¹*Unidade de Onco-Hematologia/TMO do Hospital Nove de Julho, São Paulo-SP*

INTRODUÇÃO: O vírus Epstein-Barr causa dois tipos de infecção: primária, comum em crianças e adolescentes, que se manifesta com quadro de mononucleose; e reativação de infecção latente em paciente imunossuprimidos, que se manifesta de diversas formas, entre elas, pneumonites, hepatites, encefalites e a doença linfoproliferativa (PTLD). A incidência da reativação do vírus Epstein-Barr após transplante de medula óssea varia de acordo com a modalidade: 0,07% autólogo, 0,45% doador familiar idêntico, 4% doador idêntico não relacionado e 25% no TMO haploidêntico. Alguns casos ocorrem dentro dos primeiros 180 dias pós-TMO, mas a maioria ocorre após o primeiro ano. **OBJETIVO:** Relatar paciente com viremia por EBV após 2 anos de transplante alogênico de medula óssea. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Paciente do sexo masculino, 36 anos, portador de leucemia mielomonocítica crônica/SMD, tratado com 6 ciclos de Azacitidina com resposta parcial, submetido à transplante de medula óssea alogênico HLA idêntico (doadora irmã), e fonte celular periférica. O regime de condicionamento consistiu de Fludarabina e Melfalano, e a profilaxia de doença do enxerto *versus* hospedeiro foi com Tacrolimus e Micofenolato. **RESULTADOS:** A enxertia medular ocorreu no D+18, sem apresentar intercorrências clínicas graves. Na reavaliação do D+100 pós-TMO constatou-se doença de base em remissão e quimerismo 100%. Nessa ocasião, paciente diagnosticado com GVHD crônico em mucosa oral, recebeu tratamento com ciclosporina e prednisona até o D+180 e melhora dos sinais e sintomas. **DISCUSSÃO:** Dois anos após o transplante, paciente apresentou perda do enxerto com reaparecimento de monocitose clonal em sangue periférico e imunofenótipo da medula óssea compatível com recidiva. Optou-se por tratamento novamente com Azacitidina, no entanto, no intervalo do 3º ciclo desenvolveu quadro febril persistente, aumento de transaminases hepáticas, leucopenia, lesões em mucosa oral e queda do estado geral. Realizado todo rastreio infeccioso não sendo identificada infecção bacteriana associada. Apresentou PCR quantitativo para Epstein-Barr com 78.000 cópias. PET-CT excluiu PTLD. O paciente foi submetido a tratamento específico com Rituximabe 375mg/m²EV semanalmente, total de 4 doses, e ao final PCR para EBV resultou negativo. Atualmente, paciente em seguimento clínico com monitorização para EBV, e em planejamento para tratamento da recaída da LMMC/SMD. **CONCLUSÃO:** A pesquisa de EBV em pacientes pós-TMO deve ser feita rotineiramente, pois o tratamento precoce melhora a sobrevida dos pacientes.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 52

UTILIZAÇÃO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DE LESÃO DE PELE EM UMA PACIENTE PRÉ TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Kunrath R¹, Dias JM¹, Silva TS¹, Moraes MAC¹, Cezar VS¹, Flor JS¹, Saraiva TKG¹, Birnfeld CMF¹, Astigarraga CC¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução: O método de terapia por pressão negativa, conhecido como curativo a vácuo (VAC), está sendo utilizado cada vez mais no tratamento de lesões. Sua indicação ocorre quando há baixa resposta ao tratamento convencional e uma cicatrização tardia. Seus benefícios são: controle de drenagem, redução do edema e da carga bacteriana, aceleração do tecido de granulação e aproximação das bordas. (HENDERSON et al., 2015). **Objetivos:** Descrever o tratamento utilizado na lesão de pele de uma paciente candidata a realização do transplante de células-tronco hematopoética (TCTH) utilizando o método por pressão negativa. **Materiais e métodos:** Trata-se de um relato de caso vivenciado pelos enfermeiros de uma Unidade de Internação Hematológica de um hospital privado da região sul do Brasil. **Resultados:** Paciente feminina, 25 anos, diagnóstico de leucemia mielóide aguda FLT3+, internou para realizar o TCTH haploidêntico, apresentando lesão de pele há quatro meses em região da fossa cubital do membro superior direito. Lesão ocasionada por uma celulite desenvolvida após punção venosa para coleta de hemocultura, onde foi identificado por coleta de swab a bactéria *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC). No momento da internação, dia 28/11/17, lesão apresentava 15x3 cm, bordas difusas e maceradas, eritema central, presença de fibrina, secreção de aspecto purulenta e edema local. Optou-se por utilizar curativo de hidrogel AG com prata de 48/48h, e fixação com atadura. Contudo, por não apresentar melhoras significativas até a realização do TCTH optou-se pelo uso da terapia por pressão negativa. O curativo com dispositivo portátil (mini bomba) foi instalado no dia 04/12/17, sendo utilizada pressão negativa de 80mmhg. A troca de curativo ocorreu semanalmente, constatando já nos primeiros sete dias 11/12/17 aproximação das bordas, menor maceração do tecido, diminuição do eritema, melhora no aspecto da drenagem e redução para 8,5x1,8 cm. Ao total utilizou-se três curativos por pressão negativa reduzindo a lesão para 7,8x1,5 cm e extinguindo presença de fibrina, drenagem e edema na lesão e em epitelização. **Discussão:** O período de aplasia durante o TCTH expõe o paciente à riscos de infecções, mortalidade e também retarda a cicatrização de lesões devido ao seu estado clínico. A utilização de novos métodos, como o VAC, influencia na cicatrização, garante maior segurança ao paciente e principalmente diminui o risco de infecções. **Conclusão:** O uso do método VAC auxiliou no processo do TCTH principalmente na fase de aplasia, esse método permitiu que a lesão obtivesse uma cicatrização ideal e segura para essa fase, evitando complicações como infecções que poderiam ser fatais. A troca do curativo foi realizada a cada sete dias proporcionando maior conforto, reduzindo a dor e mantendo a integridade da pele adjacente.

Palavras chaves: Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, Ferimentos, Curativos Oclusivos.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 53

NOVO CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO DAS INFECÇÕES PRIMÁRIAS DA CORRENTE SANGUÍNEA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA PEDIÁTRICO DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS: EXISTE IMPACTO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE?

Germano PCP¹, Marques LMA¹, Lima APC¹, Silva AMPS¹, Zecchin VG¹, Carlesse FAMC¹

¹Hospital do GRAACC

Introdução: As infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS) são causa importante de morbimortalidade em pacientes pediátricos onco-hematológicos submetidos a Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH). O critério de IPCS associadas a dano de barreira mucosa (IPCS-DBM) caracteriza as IPCS em pacientes imunossuprimidos por translocação bacteriana ocasionada por doença do enxerto contra o hospedeiro ou mucosite pós quimioterapia. **Objetivos:** 1) Verificar o impacto da retirada das IPCS-DBM na densidade de incidência (DI) de IPCS associadas a CVC (IPCS-AC) 2) Descrever os tipos de CVC, a frequência/perfil de sensibilidade dos micro-organismos e a letalidade envolvidos em ambas IPCS. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo realizado na unidade de TCTH de um Centro Pediátrico de referência em São Paulo entre janeiro de 2014 a dezembro de 2016. Analisaram-se todas as IPCS-AC notificadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Instituição através de banco de dados próprio. As IPCS notificadas foram reclassificadas conforme critérios da ANVISA de 2017. Foi utilizado o denominador CVC-dia para cálculo da DI. **Resultados:** Foram identificadas 17 IPCS em 17 pacientes e 4464 CVC-dia. Das 17 IPCS, 07(41,2%) foram reclassificadas como IPCS-DBM, gerando uma DI de IPCS-DBM de 2,2 por mil CVC-dia e reduzindo 58,9% a DI de IPCS-AC (3,8 para 1,6 por mil CVC-dia). Dentre os micro-organismos identificados nas IPCS-DBM, a prevalência foi *Streptococcus* do grupo viridans e *Pseudomonas sp.* com 25%(n=2) cada, seguido de *Escherichia coli*, *Enterobacter sp.*, *Klebsiella sp.* e *Staphylococcus sp.* com 12,5%(n=1) cada. Avaliando a resistência bacteriana, 12,5%(n=1) das IPCS-DBM foi causada por *Escherichia coli* ESBL. Já nas IPCS-AC predominou o *Staphylococcus sp.* com 40% (n=4), seguido de *Klebsiella sp.* com 20%(n=2), *Staphylococcus aureus*, *Sphingomonas sp.*, *Acinetobacter sp.* e *Mycobacterium não tuberculosis* com 10% (n=1) cada. As bactérias gram positivas (n=5) eram 100% resistentes a oxacilina e o *Acinetobacter sp.* (n=1) era resistente aos carbapenêmicos(100%). Quanto ao tipo de CVC envolvido na IPCS-DBM, destaca-se o cateter duplo lúmen (CDL) presente em 71,4%(n=5) e o Port-a-Cath (PAC) com 28,6%(n=2). Já o tipo de CVC envolvido na IPCS-AC foi o CDL em 80%(n=8) dos casos, seguido do PAC em 20%(n=2). Não houve óbitos notificados associados a IPCS. **Discussão:** As DI de IPCS-AC e IPCS-DBM são inferiores às publicadas pelo NHSN. Os outros resultados são similares à literatura: 41,2% das IPCS foi decorrente de DBM; predominaram enterobactérias sensíveis aos antimicrobianos(50%) e *Streptococcus* do grupo viridans(25%) nas IPCS-DBM e bactérias gram-positivas resistentes nas IPCS-AC(50%). O CVC de curta permanência esteve envolvido em 76,4% das IPCS. **Conclusão:** É importante aplicar o critério de IPCS-DBM em centros de câncer pediátrico, visando avaliar as estratégias para reduzir as IPCS-AC consideradas evitáveis. **Palavras-chave:** transplante; pediatria; infecções

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 54

INFECÇÃO DE ACESSOS VENOSOS CENTRAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

Flôr JS¹, Cezar VS¹, Moraes MAC¹, Birnfeld CMF¹, Saraiva TKG¹, Dias JM¹, Rocha CP¹, Kunrath R¹, Sanches KDS¹, Astigarraga CC¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução: O Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) tem sido considerado uma alternativa de tratamento para doenças onco-hematológicas e auto-imunes, demonstrando grande probabilidade de cura e/ou aumento significativo na sobrevida livre de doença. Para que ocorra o TCTH é necessário que o paciente possua um cateter venoso central (CVC), seja ele de curta ou longa permanência. Durante o processo do transplante ocorre alto número de manipulações do cateter pela equipe assistencial, pois é a partir dele que se realiza várias terapias fundamentais do tratamento. Desta forma, existe alta relação entre CVC e infecções relacionados à assistência à saúde é um dos indicadores de qualidade do cuidado prestado ao paciente. **Objetivo:** Identificar as infecções sanguíneas relacionadas a cateteres em paciente submetidos ao TCTH. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado em uma unidade de internação onco-hematológica de um hospital do Sul do Brasil, referente ao período de julho de 2015 a março de 2017. A coleta de dados ocorreu através de análise de prontuário. Foi submetido ao comitê de ética em pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, com o parecer número 1.910.843 CAAE: 63004716.6.1001.5330. **Resultados:** Foram realizados 69 TCTH neste período, o cateter mais utilizado foi o longa duração tunelizado do tipo Hickmann em 31 pacientes, seguido pelo de curta duração do tipo Shilley em 15 pacientes, o de curta duração do tipo duplo lúmen em 11 pacientes e o de longa duração do tipo Permcath em 10 pacientes. Dos 69 pacientes transplantados, 58 deles fizeram febre no período de neutropenia pós-TCTH, desses, 16 apresentaram hemoculturas coletadas das vias do CVC, positivas, na sua maioria com bacilos gram-negativos, representando assim 27,5% dos focos de infecção no período de neutropenia. **Discussão:** O implante de cateteres de longa permanência determina o sucesso terapêutico do TCTH. Dos pacientes estudados, o cateter mais utilizado foi de longa duração Hickmann, a grande maioria apresentaram febre no período de neutropenia e precisou coletar hemoculturas, porém somente 16 deles apresentaram crescimento de microorganismos, ficando estabelecido que o foco infeccioso era o CVC. Várias condições têm sido apontadas como fatores de risco para o desenvolvimento das infecções relacionadas ao CVC, como a duração do cateterismo, a manipulação da linha venosa, a doença de base, a gravidade do estado clínico, além do período de neutropenia. Vale ressaltar que a infecção de corrente sanguínea central é a principal complicação de CVCs e contribui para o aumento da mortalidade após TCTH. **Conclusão:** É importante que implantar rotinas bem estabelecidas e ações de educação permanente que capacite a equipe assistencial na manipulação correta destes dispositivos, a fim de minimizar complicações decorrentes de seu uso.

Palavras-chave: Transplante de medula óssea, Infecções relacionadas a saúde.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 55

DOENÇAS FÚNGICAS INVASIVAS EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A TRANSPLANTE HAPLOIDÊNTICO

Silva KHS¹, Alves JR¹, Mendona AC¹, Guimarães RFC¹, Junior VCAF¹, Monteiro C¹, Ibanez ASS¹, Germano PCP¹, Carlesse FAMC¹, Zecchin VG¹

¹*Instituto de Oncologia Pediátrica - IOP - GRAACC - UNIFESP*

Introdução O transplante de células-tronco hematopoéticas haploidêntico (TCTH) ampliou o acesso dos pacientes a esta modalidade terapêutica, entretanto, infecções virais e fúngicas ainda são causas comuns de morbimortalidade devido a reconstituição imune tardia, presença de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) e uso de corticóides sistêmicos. **Objetivos:** Descrever a epidemiologia das doenças fúngicas invasivas (DFI) em pacientes submetidos a TCTH para tratamento de doenças hematológicas. **Material e Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo realizado de dezembro de 2011 a abril de 2018 em um único centro. Foram incluídos todos os pacientes submetidos a TCTH de zero a 21 anos que tiveram diagnóstico de DFI provada, provável ou possível, de acordo com os critérios revisados da EORTC/MSG 2008. Foram analisados idade, sexo, doença de base, tipo de condicionamento, tipo de DFI, tempo de aparecimento, presença de DECH, infecções concomitantes, tratamento primário e desfecho clínico. **Resultados:** 24 pacientes foram avaliados. Todos receberam profilaxia antifúngica com fluconazol. Foram identificadas nove (37%) episódios de DFI em oito pacientes, sendo (4/9) possível; (2/9) provável; (3/9) provada. Média de idade foi de 9,3 anos (3-15), 4 pacientes do sexo masculino. Dentre as doenças de base 75% eram neoplasias malignas, sendo (4) LMA; (2) LLA; (1) Anemia aplástica; (1) Síndrome Mielodisplásica. Seis pacientes receberam regimes de condicionamento de intensidade reduzida. Dois pacientes apresentavam evidência de DFI prévia ao TCTH (galactomanana positiva). Um apresentou DFI provada durante recaída de doença de base, 3 anos pós TCTH. Nos demais a média de tempo de diagnóstico de DFI foi de 93 dias (5-216). Entre as DFI provadas foram identificados: 1 *Zygomycetos*, 2 *Aspergillus flavus*. Uma aspergilose pulmonar e uma sinusite foram detectadas nos casos prováveis. Houve uma co-infecção por citomegalovírus. Dois pacientes apresentaram adenovírus nas fezes. DECH concomitante foi identificada em 25% dos casos. Voriconazol foi utilizado em monoterapia em 50% dos pacientes e associado a anfotericina B em dois casos; um paciente recebeu anfotericina B, caspofungina e voriconazol; e um paciente recebeu anfotericina B, posaconazol, e transfusão de granulócitos. A mortalidade foi de 75% sendo 25% por DFI possível e 12,5% provada. **Discussão:** A taxa de DFI é significativamente maior no TCTH quando comparado ao alogênico HLA compatível. A reconstituição imune tardia das células T CD4+ foi sugerida como responsável pelo aumento da incidência de doenças fúngicas. *Aspergillus* spp., *Candida* spp., *Mucormycetes* e *Fusarium* spp. são detectados com frequência nesta população. **Conclusão:** As DFI permanecem um problema importante em pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoéticas. Mais estudos são necessários para comparar a incidência de DFI em TCTH com outras modalidades de transplante.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 56

RECUPERAÇÃO IMUNOLÓGICA PÓS-TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) HAPLOIDÊNTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NAS REATIVAÇÕES VIRAIS

Aguilar GK¹, Rezende MA¹, Emmel V¹, Gama B¹, Hassan R¹, Abdelhay E¹

¹*Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva - Rio de Janeiro*

Introdução: No TCTH haploidêntico é característica uma intensa alorreatividade bidirecional e um retardo na reconstituição imunológica, tendo como consequência um aumento de infecções oportunistas e reativações de vírus latentes. Estudos comparativos sobre a recuperação imunológica e o acometimento de infecções virais entre as modalidades de TCTH alogênico HLA-idêntico e haploidêntico ainda são escassos. **Objetivo:** Avaliar a recuperação imunológica após o TCTH haploidêntico e sua correlação com as ocorrências de reativações virais e compará-los com o TCTH HLA-idêntico. **Métodos:** Amostras de sangue periférico de 27 pacientes submetidos ao TCTH foram analisadas 8 dias (D-8) antes do TCTH e no D+30, D+60, D+90, e D+120 pós-TCTH pela técnica de imunofenotipagem multiparamétrica. As infecções virais (HSV1/2, VZV, CMV, EBV, HHV-6 e -7, adenovírus e BKV) foram diagnosticadas por PCR multiplex e qPCR em tempo real a partir de DNA extraído do plasma. A análise estatística foi realizada através do software Prism GraphPad. **Resultados e Discussão:** Dos 27 ptes, 7 (26%) receberam TCTH aparentado (Ap), 11 (41%) não-aparentados (Nap) e 9 (33%) um TCTH haploidêntico. Do grupo HLA-idêntico, 5 (27,8%) desenvolveram DECHA e 4 foram a óbito (22%). Do grupo haploidêntico (menor follow-up), apenas 1 (11,11%) desenvolveu DECHA e 1 foi a óbito devido a infecção viral. Em relação à recuperação hematopoiética, no D+30 e D+90, o grupo haploidêntico teve a população de linfócitos totais (subtipos CD4 e CD8) e Tgd, respectivamente, diminuídos em relação ao grupo HLA-idêntico, mas houve uma recuperação significativa CD8ab e CD8RA/RO no D+120 (p0,05). As células NK (totais, NK ativadas e NKT) do grupo haploidêntico exibiram uma inversão proporcional ao longo da recuperação imunológica, especialmente as NKT, com baixos números no D+90. A recuperação NK (totais e ativadas) do grupo Nap foi bimodal, com picos no D+30 e D+90. Infecções virais diferiram no grupo Ap, onde o CMV foi detectado com cargas baixas em 3/7 pacientes (42%), todas as reativações foram resolvidas. No grupo não-aparentado (NAP), houve 11 eventos em 7/11 pts (63%), 6 reativações de CMV (54,5%) entre D+30 e D+120; 2 EBV (18%) (D+60), 1 HHV-6 e 1 BKV. No grupo haploidêntico, 55,5% dos pacientes sofreram infecção/reativação herpesviral, sendo 22% CMV, 22% HHV-6 e 11% adenovírus. As cargas do CMV não diferiram do grupo NAP, porém o HHV-6 apresentou cargas muito altas num paciente do grupo haploidêntico. Neste grupo, as infecções ocorreram entre D+30 e D+60. **Conclusão:** Neste estudo unicêntrico de pacientes sequenciais verificou-se um retardo na recuperação T no transplante haploidêntico, seguido de recuperação dos números e competência no D+120, que poderia estar relacionado com menor risco de infecção após D+90, comparado com o TCTH Nap. Remarca-se o curto tempo de acompanhamento e a necessidade de avaliar um maior número de pacientes.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 57

A ATIVIDADE LÚDICA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO E TREINAMENTO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Brasil SC¹, Siqueira APR¹, Gonalves VMSEC¹, Borges ES¹, Schirmer M¹, Carvalho RV¹, Carvalho WLA¹, Lermontov SP¹, Santos AMGD¹, Ribeiro CVR¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*

Introdução : Em 2005 a Aliança Mundial para Segurança de Pacientes implementou o primeiro Desafio Global “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” tendo como foco a divulgação do protocolo de higiene das mãos (HM)¹. Esta é a medida reconhecida, mundialmente, como simples, de baixo custo e menor complexidade, mas eficaz para a prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAs)². Por outro lado, a adesão dos profissionais a este protocolo representa um desafio no cotidiano das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), frente aos inúmeros fatores que interferem no cumprimento do mesmo. Diante disto, a CCIH promove, regularmente, ações que estimulem a reflexão e aumento na aderência dos profissionais aos 5 momentos da Higiene das Mãos, bem como, a conformidade técnica do procedimento^{2,3}. **Objetivo** : Descrever atividade lúdica desenvolvida em comemoração ao dia mundial de higiene das mãos, em uma unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH). **Material e Método** : Trata-se de um relato de experiência da realização da campanha de Higiene das Mãos na unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas na semana que comemorou o Dia Mundial de Higiene das Mãos. Esta foi uma ação conjunta realizada pela CCIH e Núcleo de Segurança de Pacientes (NSP) de um hospital de câncer. **Resultado/ Discussão** : A campanha abordou a retirada de adornos, o incentivo ao uso de álcool gel e a conformidade técnica do procedimento. Os profissionais foram surpreendidos, durante a rotina de trabalho, com a visita dos profissionais da CCIH e NSP que portavam cartazes de incentivo a HM e “emoji triste” para o uso de adornos ou “emoji like” para quem estava em conformidade com o protocolo de HM, sem adornos. A ação teve boa receptividade e participação de todos os presentes, naquele momento. Foi desenvolvida, de forma descontraída, utilizando a referência das curtidas nas redes sociais e quem estava em conformidade recebia o “LIKE” e pousava para foto. Aqueles portando adornos recebiam “emoji triste”, solicitados à retirada dos mesmos e fotografados recebendo “emoji LIKE”. A avaliação da técnica correta de HM com preparação alcoólica foi realizada utilizando a caixa didática. Todos os participantes receberam porta adornos e álcool gel em embalagens de bolso. **Conclusão** : A atualização e treinamento dos profissionais em HM é um requisito obrigatório do programa de prevenção e controle das IRAs que deve ser realizado, regularmente, nas instituições de saúde. E, as atividades lúdicas têm sido utilizadas, pelas CCIH como método de educação em serviço. Pois, certamente, representam um instrumento efetivo, elevando a aderência dos profissionais a HG e corroboram com melhoria nos resultados em prevenção e controle das IRAS.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 58

INVESTIGAÇÃO DAS CAUSAS VIRAIS NA CISTITE HEMORRÁGICA EM PACIENTES TRANSPLANTADOS E COM CÂNCER

Gama B¹, Emmel V¹, Maradei S¹, Costa P¹, Tavares R¹, Schirmer M¹, Lerner D¹, Abdelhay E¹, Hassan R¹

¹*Centro de Transplante de Medula Óssea - INCA*

A cistite hemorrágica (CH) é uma causa comum e importante de morbidade e mortalidade em receptores de transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). Sua incidência varia de 7% a 70%. Diferentes infecções virais têm mostrado um papel causal na apresentação do HC, dentre eles, o poliomavírus, os adenovírus e a infecção por citomegalovírus são reconhecidas. O presente é um estudo preliminar que visa descrever os padrões de associação viral em casos de CH em pacientes submetidos a diferentes modalidades de TCTH, transplante renal e pacientes pediátricos com câncer. Material e Métodos: Foram estudadas 132 amostras de urina de 65 pacientes com cistite hemorrágica (37M:28F), provenientes do Centro de TCTH (N= 46), transplante renal (N=13) e clínicas oncológicas (N=6, crianças, 5 com neoplasias hematológicas). Amostras de urina foram enviadas ao laboratório dentro das 2-3 hs de coleta, e o DNA foi extraído com o kit Qiamp Micro kit (Qiagen). Os vírus foram detectados com PCRs multiplex para Herpesvírus, PCRs nested genéricas para BKV e adenovírus (genes Hexon e E1A). Resultados: No TCTH, 3 pts foram submetidos a transplante autólogo (TAMO), 21 a alo-aparentado; 12 a alo-Nap; e 13 a transplante haploidêntico. Uma causa viral (ao menos um vírus detectado no episódio de cistite) foi identificada em 51 pacientes (78%), 2/3 autólogos, 13/21 alo-ap (62%), 11/12 alo-Nap (92%) e em 100% dos haploidênticos. No transplante renal 7/13 (54%) tiveram causa viral. O BKV foi o agente mais frequentemente detectado (82 amostras de 40 pts), em todos os casos de TAMO associados a vírus, 52% dos alo-aparentados, 75% alo-Nap, 85% haplo, 31% transplante renal. O adenovírus foi detectado em 29 amostras de 15 pacientes (13M:2F). Sua frequência foi menor nos transplante alo-ap (14%) comparado com os alo-Nap e haplo (31%). No transplante renal a frequência foi baixa (7%), enquanto que nos pacientes hematológicos foi detectado em 2/5 (40%). Em 5 casos (2 haplo, 2 Nap e um transplante renal) foi detectado um padrão molecular sugestivo de co-infecção em amostras sequenciais do mesmo episódio de cistite (2 bandas na amplificação do gene E1A), que foi identificado por sequenciamento de Sanger como recombinante Adeno B (NCBI número de acesso KT970440.1). O CMV foi detectado em 31 amostras de 19 pacientes, sendo causa única em 8 casos, três dos quais submetidos a transplante renal. O EBV foi detectado em 2 casos, provavelmente por excreção renal associados a altas viremias. Conclusão: Foi observado um aumento da frequência de cistites hemorrágicas de causa viral nos transplantes haploidênticos e aparentados, e uma correlação entre a infecção por adenovírus e BKV. É possível que cepas recombinantes de adenovírus estejam circulando no nosso médio.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 59

MICROBIOTA CIRCULANTE EM PACIENTES COM
DOENÇA-ENXERTO-CONTRA-HOSPEDEIRO (DECH) AGUDA APÓS TRANSPLANTE
ALOGÊNICO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS

Krsticevic F¹, Emmel V¹, Gama B¹, Murillo J², Rezende M¹, Schirmer M¹, Abdelhay E¹, Tapia E², Hassan R¹

¹*Centro de Transplante de Medula Óssea – CEMO, Instituto Nacional de Câncer– INCA - Rio de Janeiro*

²*Centro Internacional de Ciencias de la Información y Sistemas; CIFASIS – CONICET, Rosario, Argentina*

Introdução: A DECH aguda envolve um conjunto de reações imunes entre linfócitos alogênicos e tecidos do hospedeiro, tendo sido propostos como gatilhos os sinais de perigo resultantes de lesão tecidual e componentes microbianos translocados da microbiota intestinal. De fato, a composição bacteriana da microbiota intestinal foi associada ao desenvolvimento da DECH, mas até o momento não existem estudos sobre a associação da microbiota circulante com a DECH. O objetivo deste estudo é fornecer uma caracterização do metagenoma no plasma de pacientes com DECHa. **Desenho experimental :** Foram incluídos 12 pacientes com leucemia aguda (8 LMAs, 4 LLAs) submetidos a alo-TCTH aparentado. O paciente índice foi diagnosticado com DECHa graus III/IV e o controle foi um paciente pareado com doença de base, idade e, sempre que possível, sexo semelhante. O DNA circulante no plasma foi extraído com Qiamp Circulating Nucleic Acid kit, a partir de amostras no D-8 e uma data próxima ao diagnóstico de DECHa (ou equivalente em pts. sem DECH). As bibliotecas multiplexadas foram construídas usando o kit NexteraXT, e o sequenciamento realizado numa plataforma Illumina HiSeq2500. Foram sequenciados $184,5 \times 10^6$ reads, em média, $4,5 \times 10^6$ por paciente. Abordagens bioinformáticas foram utilizadas para classificar os reads após o controle de qualidade. **Resultados :** A frequência de sequências não humanas variou em torno de 8 % e 16,5%. O componente viral (15% do total de reads) foi dominado por fagos bacterianos e permaneceu estável (40% dos reads virais). A microbiota bacteriana do plasma foi composta principalmente por bactérias da pele, da microbiota oral e intestinal, e foi dominada por *Cutibacterium acnes*. A abundância de *C. acnes* diminuiu no pós-transplante em todos, excetuando 2 casos. A diversidade alfa (índices de H-Shannon, inverso-Simpson e Fisher.Alfa) diminuiu de D-8 para o tempo da DECH em 4 pacientes, em comparação com os pts. sem DECH, nos quais aumentou. Em dois casos com DECH precoce (D+14), os índices de diversidade não seguiram essa tendência. Nesses casos, observou-se um aumento na diversidade de Proteobacteria (*Enterobacteriaceae*) e Actinobacteria (*Propionibacteriaceae*) e diminuição de Firmicutes. Em relação à detecção de patógenos, infecções com *Acinetobacter baumannii* resistentes foram detectados precocemente pela abordagem metagenômica. Em um caso, *A. baumannii* e *Staphylococcus epidermidis* detectados no D+30 por cultura de cateter já estavam presentes no metagenoma D+14. Em um caso de neutropenia febril tratada empiricamente, foram identificados *A. baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* e *S. epidermidis*. **Conclusões :** A diminuição da diversidade da microbiota bacteriana circulante pode ser um indicador de DECHa graus III/IV no alo-TCTH aparentado. A abordagem metagenômica fornece ferramentas interessantes para diagnóstico precoce de infecções patogênicas e avaliação da resistência em pacientes submetidos a transplante. **Palavras-chave :** Metagenômica, DECHa, NGS.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 60

HERPESVIRUS-ASSOCIATED ENCEPHALITIS IN CANCER AND TRANSPLANTED PATIENTS

Emmel V¹, Gama B¹, Lima R¹, Tavares R¹, Arcuri L¹, Castro R¹, Lerner D¹, Martins IS², Abdelhay E¹, Hassan R¹

¹*Centro de Transplante de Medula Óssea – CEMO, Instituto Nacional de Câncer– INCA, Rio de Janeiro, Brasil.*

²*CCIH-HC1, Instituto Nacional de Câncer– INCA, Rio de Janeiro, Brasil.*

Introduction : Viral encephalitis is a severe complication of cancer and transplanted patients, associated with a distinct spectrum of pathogenic viruses. We analyzed 247 SNC fluid samples from 214 patients with signals and symptoms of encephalitis sent to the laboratory for diagnostic purposes (2012-2017), aiming to describe the patterns of *Herpesvirus* infection. **Patients and Methods** : Patients came from hematopoietic stem cell transplant (HSCT, N=35) and solid organ transplant (SOT, N=19) units, or suffered from hematological malignancies (pediatric N=44; adults N=68), pediatric solid tumors (PST, N=38), or adult solid tumors (AST, N=10). Herpesviruses were diagnosed by a multiplex PCR assay (LOD 5-25 copies/mL), and confirmed by RT-qPCR whenever an EBV, CMV or HHV-6 infection was diagnosed. Additionally, BK, JC and adenoviruses were detected with nested-PCR assays using consensus primers and confirmed by Sanger sequencing. **Results and discussion** : Detection frequency of at least one Herpesvirus was 29.9% (95%CI 24.2-36.35) in the whole group. Transplanted patients showed a frequency of 25.7% in HSCT and 5.3% in SOT. Herpesvirus infection was detected in 19.6% in hematological neoplasms, with different albeit non-significant frequencies and patterns in adults [N=68; 16 episodes (23.5%) with 4 multiple infections] vs. pediatric [N=44; 5 single episodes (10.4%)] patients (p=0.09). Patient with solid tumors also exhibited different frequencies of Herpesvirus infections (30.0% in AST vs. 18.4% in PST). EBV was the most frequently detected herpesvirus (7.9%). Frequencies in HSCT and adult patients with hematological or solid cancer were around 9-10%, while children exhibited lower frequencies (6.8 and 5.3% EBV+ in hematological and PST, respectively), likely reflecting a combination of seroconversion age and immunosuppression status. Of note, 4/7 detected Herpesviruses in PST were Roseoloviruses (HHV-6 and 7, with HHV-7 as the only detected pathogen in one case). Likewise, CMV detection (6.1%) was higher in HSCT and adults than in pediatric patients (0 and 3%), being the main pathogen in AST. VZV detection (3.7%) was the only pathogen detected in SOT. BK polyomavirus infection was detected in HSCT and hematological patients at a frequency $\tilde{5}\%$. **Conclusions** : Our results disclosed a high frequency of herpesvirus-associated encephalitis in cancer and transplanted patients, with differences in adult and children as well as hematological and solid cancers profiles. EBV was the main herpesviral agent. Adult patients with cancers are at higher risks of herpesviral encephalitis than children. Further studies with larger number of cases are warranted to confirm our findings. **Key-words** : CNS infection, viruses, Herpesviridae, HSCT.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 61

COMPARAÇÃO ENTRE ESTRATÉGIAS DE TERAPIA EMPÍRICA E PREEMPTIVA PARA ASPERGILOSE INVASIVA NOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTES DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS, DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP.

Tame IK¹, Diogo CL¹, Filho JS¹, Maluf NZ¹, Guimarães T¹, Shikanai-Yasuda MA¹, Rocha V¹, Costa SF¹, Batista MV¹

¹*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

Introdução: A aspergilose invasiva (AI) é uma importante causa de morbimortalidade entre os pacientes submetidos a transplante de células hematopoiéticas (TCH). Atualmente pacientes com quadros de neutropenia febril persistente, apesar de antibióticos de amplo espectro, têm sido tratados, na maioria dos centros, com terapia antifúngica empírica (TE). Nas últimas décadas a pesquisa da galactomanana, demonstrou-se promissora no diagnóstico da AI. Seu emprego na vigilância da AI tem sido utilizado com o objetivo de um diagnóstico mais precoce e terapia direcionada, chamado de terapia preemptiva (TP). **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo comparar a sobrevida em 30 dias dos pacientes submetidos a TCH e que foram submetidos aos tratamentos antifúngicos empírico e preemptivo. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, realizado através de revisão de prontuário de pacientes submetidos a TCH, que receberam TE ou TP para AI, durante o período de janeiro de 2013 a dezembro 2016, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). **Resultados :** Não houve diferença estatística quanto a sexo, idade e doenças de base dos pacientes. A sobrevida em 30 dias foi de 73% para a TP e 76% TE. Os achados tomográficos no grupo dos pacientes submetidos a TP foram mais sugestivos de infecção fúngica invasiva comparado com os da TE, 25 (73.5%) e 9 (26.5%), respectivamente. Dentre os pacientes que foram submetidos a TP, (38) 86,3% tiveram diagnóstico de AI provável e (6) 13,6% de AI provada. O tempo médio de tratamento antifúngico foi de 15,5 dias no grupo da TE e 21,1 dias no grupo que recebeu TP. **Conclusão:** No presente estudo não houve inferioridade em relação a sobrevida comparando-se a estratégia terapêutica preemptiva com a empírica. O presente estudo sugere que a TP é tão segura e eficaz quanto a TE. Adicionalmente, a TP por ser baseada na galactomanana direciona o tratamento para os pacientes com no mínimo diagnóstico de AI provável levando consequentemente a uma terapia muito mais direcionada para os pacientes que realmente são de alto risco para desenvolvimento da AI.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 62

CISTITE HEMORRÁGICA POR BK VIRUS DURANTE PROTOCOLO INFUSÃO DE LINFÓCITOS DOADOR PARA RECAÍDA DO TRANSPLANTE ALOGÊNICO: RELATO DE CASO.

Piazeria FZ¹, Vasconcelos RS¹, Silveira CAP¹, Miranda CF¹, Bastos FQ¹, Profiro M¹, Carneiro MJ¹, Machado L¹, Nonino A¹, Vaz J¹

¹CETTRO- CENTRO DE TRATAMENTO DE CANCER DE BRASILIA

INTRODUÇÃO: O poliomavírus é um DNA vírus da família *Papovaviridae* são conhecidos dois vírus com potencial patogênico humano, JV e BK vírus. A primo-infecção geralmente é assintomática e ocorre na infância. Após a infecção primária, o vírus permanece latente no trato urinário e tecidos hematopoiéticos, podendo ser reativado na imunossupressão. A reativação viral é relatada em 50 a 60% dos pacientes submetidos ao transplante alogênico de células tronco hematopoéticas (TACTH), sendo a cistite hemorrágica a infecção mais prevalente, ocorrendo na fase de aplasia do TACTH, com resolução após pega da enxertia.

OBJETIVOS: Descrever um caso incomum de reativação do poliomavirus após enxertia do TACTH.

MATERIAL DE MÉTODOS: Descrever o primeiro caso brasileiro de cistite hemorrágica secundária a poliomavírus durante infusão linfócitos para controle de recaída da doença de base.

RESULTADOS: Paciente feminina, 30 anos, portadora de Leucemia Mielóide Aguda (LMA) de alto risco (cariótipo complexo, +8), submetida TACTH aparentado 10 com irmã. O condicionamento foi ciclofosfamida e bussulfano. A imunoprofilaxia foi com metotrexate e tacrolimus. Apresentou de intercorrências durante TACTH: neutropenia febril, mucosite grau 3, doença de enxerto contra hospedeiro (DECH) de pele grau 3 e intestino grau 2, com melhora após uso de corticoide. Apresentou pega da enxertia no D+25 e alta hospitalar no D+30. Na avaliação do quimerismo misto no D+30: 100% de células do doador, doença residual mínima (DRM) negativa e cariótipo normal. No D+80, paciente apresentou sinais de pancitopenia, sendo verificado presença de 5% de blastos na medula óssea com características idênticas ao diagnóstico e 80% de quimerismo. Iniciou com protocolo de infusão de linfócitos do doador e uso de azacitidina para controle da doença de base. A reavaliação da DRM evoluindo com 20% de blastos e quimerismo de 60% de células do doador, associada reativação da DECH aguda de pele grau 3, onde iniciou-se corticóide 1mg/kg. O paciente evoluiu com disúria intensa e hematúria macroscópica com coágulos associada espessamento vesical moderado, sendo identificado poliomavirus na urina pela reação da cadeia da polimerase (PCR) associado início do protocolo de reindução de LMA pós recaída de TACTH. Iniciou-se ciprofloxacina associada imunoglobulina com melhora parcial dos sintomas. Após importação, iniciamos com cidofovir associado probenecide, com resolução completa da infecção após 3 dias do tratamento e negatização do PCR urinário para poliomavirus. A paciente evoluiu a óbito por candidemia disseminada e refratariedade a quimioterapia para LMA.

CONCLUSÃO: Apesar da alta prevalência da soropositividade para vírus BK nos indivíduos imunossuprimidos, não há relatos descritos na literatura de cistite hemorrágica em fase tardia do TACTH durante protocolo de infusão de linfócitos do doador em paciente com perda da enxertia e recaída da doença de base. Gostaríamos de salientar o risco de reativação de infecções oportunistas em pacientes com reativação da DECH, quimerismo misto e infusão de linfócitos do doador.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 63

GIARDIA LAMBDA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NÁUSEA E VOMITO PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO

Barroso KSN¹, Araújo BSGSP¹, Leitão JPV¹, Gurgel LA¹, Kaufman J¹, Oliveira DS¹, Barroso MDC¹, Almeida SB¹, Duarte FB¹

¹*Hospital Universitário Walter Cantídio*

Introdução: O diagnóstico diferencial de complicações do trato gastrointestinal (TGI) após transplante alogênico de célula tronco hematopoiéticas (TCTH) é baseado em sintomas clínicos e diagnóstico histopatológico. Infecção por vírus, parasitas ou bactérias, efeito colateral a drogas e Doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) devem ser considerados. O diagnóstico histopatológico é importante já que os sinais e sintomas clínicos são semelhantes e o tratamento diverso. **Objetivo:** relatar um caso de giardíase no pós transplante alogênico precoce. **Material e Método:** trata-se de trabalho descritivo, observacional, após revisão de prontuário. **Resultado:** paciente, masculino, 19 anos, submetido a transplante alogênico aparentado de medula óssea por Leucemia linfóide aguda B de alto risco. Doador masculino, fonte de célula: sangue periférico, sem incompatibilidade ABO. Condicionamento Fludarabina e melfalano mieloablativo. Profilaxia de DECH: metotrexate e ciclosporina. Cento e três dias após o TCTH paciente evoluiu com hiporexia, náuseas e diarreia esporádica sem muco, pus ou sangue. Perda de 1,5Kg de peso em 7 dias. Não havia outro sintoma associado. Endoscopia digestiva alta: gastrite antral. Não realizado colonoscopia nem coprocultura. O histopatológico do duodeno evidenciou infestação por Giardia lamblia e duodenite crônica inespecífica, sem sinais de DECH. Ele fez uso de secnidazol 2 gramas com resolução dos sintomas. **Discussão:** a giardíase é uma das parasitoses mais comuns nos países em desenvolvimento (20-30%). Pode ser assintomática ou até mimetizar DECH de TGI alto e baixo. Deve ser uma hipótese diagnóstica a ser considerada na nossa população. A investigação com exames de fezes não é rotineiramente realizada. Havia sido feito antiparasitário na admissão para o transplante. **Conclusão:** Disponibilidade imediata de endoscopia digestiva alta, sensibilização dos endoscopistas sobre a importância da coleta de biópsia mesmo em pacientes com macroscopia sem alterações específicas e agilidade na avaliação do patologista são fundamentais neste tipo de caso para evitar diagnósticos equivocados ou atraso na terapêutica.

Palavras-chave: náusea, vomito, giardíase, Doença do enxerto contra o hospedeiro.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 64

INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTES AOS CARBAPENÊMICOS CARREANDO NDM-1 E KPC-2 EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Baes T^{1,2}, Higashino HR¹, Batista MV¹, Ramos JF^{1,3}, Marchi AP², Martins RR², Schmidt-Filho J³, Rocha V³, Costa SF^{1,2}

¹*Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da USP*

²*Laboratório de Investigação Médica (LIM54) do Instituto de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da USP*

³*Unidade Clínica de Terapia Celular do Departamento de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da USP*

Introdução: Infecções por *Klebsiella pneumoniae* resistentes a carbapenêmicos são importante causa de morbidade e mortalidade de pacientes transplantados de célula tronco hematopoiéticas. A resistência a carbapenêmicos é decorrente a produção de carbapenemases codificadas por plasmídeos e foi considerado pelo CDC em 2014, como ameaça à saúde pública. As carbapenemases podem ser da classe A (serino carbapenemase, como *K. pneumoniae* carbapenemase (KPC) ou da classe B (metalolactamases, como New Deli metalo- β -lactamase (NDM) descrita na Índia. Relatos de cepas carreando ambas, *bla*_{KPC} e *bla*_{NDM} são escassos. **Objetivos:** Descrever características clínicas e microbiológicas de pacientes HSCT com infecções de corrente sanguínea por *K. pneumoniae* carreando os genes *bla*_{KPC-2} e *bla*_{NDM-1} no mesmo isolado, identificados pela primeira vez no Brasil. **Materiais e métodos:** Três isolados clínicos de corrente sanguínea de *K. pneumoniae* resistentes a carbapenêmicos de 3 pacientes HSCT do Hospital das Clínicas, São Paulo, isolados entre 2012 e 2014 carreando simultaneamente *bla*_{KPC-2} and *bla*_{NDM-1} foram envolvidos neste estudo. Dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes foram revistos. A presença dos genes *bla*_{KPC-2} e *bla*_{NDM-1} foi confirmada por PCR, sequenciamento por Sanger e sequenciamento completo do genoma pela metodologia Miseq- Illumina. **Resultados:** Dois dos 3 pacientes foram submetidos a transplante alogênico, estavam neutropênicos no momento da infecção e evoluíram para óbito, apesar do tratamento com colistina. Os dados epidemiológicos dos pacientes, demonstraram que, os três pacientes viviam em bairros de baixa renda da cidade de São Paulo, com escolaridade máxima de 8 anos completos de estudo e não possuem histórico de viagens internacionais. O PCR identificou presença dos genes *bla*_{KPC-2} e *bla*_{NDM-1}. **Conclusão:** KPC não é o único mecanismo descrito em *K. pneumoniae* resistente aos carbapenêmicos em unidades de transplante de medula óssea, o que reduz as possibilidades de sucesso terapêutico como novas drogas como ceftazidima-avibactam. A maioria dos hospitais do país não utiliza PCR e ou sequenciamento na rotina clínica, portanto, a identificação de NDM deve estar provavelmente subnotificada no país.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 65

REACTIVATION OF HHV-6 AS A CAUSE OF GRAFT DELAY IN PATIENTS WITH
NON-HODGKIN B-CELL LYMPHOMA SUBMITTED TO AUTOLOGOUS STEM CELL
TRANSPLANTATION

Bucci KB¹, Filho LJM¹, Rogerio DB¹, Teixeira LLC¹, Américo AD¹, Stanzione RL¹, Rocha JD¹,
Kerbaux MN¹, Ribeiro AAF¹, Hamerschlak N¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Introduction: HHV-6B infection usually occurs in infancy and early childhood and may reactivate in immunocompromised hosts, especially following allogeneic hematopoietic cell transplantation (HSCT). The blood HHV-6 reactivation was reported in 30 to 70% for allogeneic HSTC recipients and 32% for solid-organ transplant recipients and is less frequent in autologous HSCT: from 8% to 40%.

Objective: To report two cases of patients with non-Hodgkin B-cell lymphoma submitted to autologous hematopoietic stem cell transplantation (HCST) with graft delay possibly related to HHV-6 reactivation.

Case Reports:

1. A-35-year-old male with stage IVB diffuse large B-cell lymphoma ABC, in complete remission after R2CHOP was submitted to Autologous HCST with conditioning therapy with R-BEAM (Rituximab on D+1 and D+8, Carmustine, Etoposide, Cytarabine and Melphalan). On day 1 after HSCT, he developed macular erythrodermia skin rash on arms and belly which persisted for two weeks, treated with antihistaminic. He evolved with fever after D+2 and a *Enterococcus Faecalis* was detected in blood culture, treated with teicoplanin. As pancytopenia persisted after D+15 and bloodstream infection was controlled, we investigated viral reactivation and started intravenous human immunoglobulin at therapeutic doses. The patient was then diagnosed with HHV-6 reactivation by real time PCR and intravenous Foscavir was administered. The patient's condition improved, with signs of engraftment of the autologous HSCT on D+22.

2. A-48-year-old man with Mantle cell lymphoma stage IV-A first treated with 4 cycles of R-DHAP, in complete remission, was submitted to autologous HSCT with R-BEAM as conditioning therapy. On D+11, while still with pancytopenia, the patient presented a macular rash on arms and trunk. All medications that could be related to skin rash were discontinued and antihistaminic therapy was started. A skin biopsy was performed revealing Grover's disease and quantitative PCR detected HHV6 reactivation. Intravenous Foscavir was started and the patient evolved with resolution of cutaneous lesions as well as signs of engraftment of the HSCT on day 23.

Discussion: HHV-6B infection is infrequent during autologous HSCT. The most frequently clinical features are fever, diarrhea, skin rash, encephalitis, pneumonitis and delayed engraftment. The bone marrow suppression may be caused by direct effect of HHV-6 on hematopoietic progenitors and *in vitro* assays demonstrated that HHV-6 inhibits directly granulocyte-macrophage, erythrocyte progenitors and megakaryocyte cell lines in human bone marrow. The use of Rituximab before and during conditioning therapy may be a risk factor for HHV6 infection, as it depletes peripheral blood B cells and is related to hipogammaglobulinemia.

Conclusion: HHV6 reactivation may be a cause of delayed engraftment in autologous HSCT and should be investigated, especially in patients treated with high dose chemotherapy and immunotherapy therapy before HSCT.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 66

RELATO DE CASO: INFUSÃO DE LINFÓCITOS DE DOADOR EM PACIENTE COM REATIVAÇÃO DE ADENOVÍRUS EM PACIENTE PÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOÉTICAS HAPLOIDÊNTICO COM SELEÇÃO DE CD34

Rocha JDA¹, Fernandes JF¹, Neto GZ¹, Mantovani LFAL¹, Mandeli AV¹, Ribeiro AAF¹, Hamerschlak N¹

¹*hospital israelita albert einstein*

Relato de caso : Paciente masculino 14 anos, com diagnóstico de leucemia mielóide aguda FLT3+ em segunda remissão completa submetido a transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) haploidêntico, doadora mãe, em maio de 2017 com condicionamento com fludarabina 25mg/m² D-6 a -2, Thiotepa 5mg/kg no D-6 e -5, TBI 2Gy fracionado em duas dosagens D-3 a -1, timoglobulina 3,5mg/kg, para profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro foi realizado depleção de células CD3+, com seleção de células CD 34+, paciente teve enxertia neutrofílica D+ 10 e plaquetária no D +13, sem intercorrências infecciosas viral nesta fase do TCTH. Em 13/06, paciente evoluiu com quadro de febre pesquisa infecciosa viral com PCR para adenovírus positivo 12.984 (log 4,11), optado por iniciar tratamento com cidofovir 5mg/kg/semana, paciente evoluiu com aumento do número de cópias, chegando em 26/07 ao máximo de cópias detectada > 2900000, febre diária, aumento de transaminases, biópsia hepática confirmou adenovírus na imunohistoquímica, a despeito do tratamento com cidofovir (na ocasião paciente tinha recebido 5 doses no total), optado por infusão de linfócitos do doador (DLI) na dose de 5x10⁴ CD3/kg do paciente. Vale ressaltar que paciente não tinha nenhum sinal de DECH agudo até o momento. Após a primeira infusão, paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial, mas permanecia com carga viral elevada (2800000), optado por nova infusão DLI na dose de 1x10⁵ CD3/kg (intervalo de 30 dias), permaneceu sem sinais clínicos de DECH agudo, realizado após 30 dias, a 3 e última infusão de DLI na dose de 1x10⁵ CD3/kg, em 17/10 paciente negativou carga viral do adenovírus por PCR, realizou ao todo 16 doses de cidofovir, sendo a última suspensa em 06/10. Paciente evoluiu em outubro de 2017 com reativação de citomegalovírus, sendo iniciado tratamento preemptivo com valganciclovir na dose de 900mg 12/12hrs, com negatificação da carga viral após 1 mês de tratamento. Em nenhum momento paciente apresentou sinais de DECH, permaneceu imunossupressor. **Conclusão:** Infusão de DLI foi uma terapia efetiva para auxiliar na reconstituição imunológica em pacientes pós TCTH, sobretudo em transplantes alternativos com seleção de CD34.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 67

ESTRATÉGIA DE ORIENTAÇÃO TELEFÔNICA SOBRE VACINA EM PACIENTES TRANSPLANTADOS: UMA RESPOSTA CONTRA A EPIDEMIA DE FEBRE AMARELA

Ramos JF^{1,2}, Prestes DP¹, Oliveira F¹, Santos JTD², Cosenza PM², Schmidt-Filho J², Rocha V², Costa SF^{1,3}

¹*Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da USP*

²*Unidade Clínica de Terapia Celular do Departamento de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da USP*

³*Laboratório de Investigação Médica (LIM54) do Instituto de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da USP*

A febre amarela (FA) é arbovirose com amplo espectro clínico, cujas formas graves apresentam elevada morbidade e letalidade que pode chegar a 50%. Não há tratamento específico e a vacinação é a principal forma de prevenção. A vacina contra FA (cepa 17DD) é de vírus vivo atenuado e, por isso, sua administração é contraindicada para pessoas imunocomprometidas, incluindo indivíduos submetidos à transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) nos primeiros dois anos após o transplante e/ou enquanto uso de imunossupressor. **Objetivos:** Dado o avanço geográfico da doença na região sudeste e indicação ampliada da vacina o objetivo desse trabalho é descrever a estratégia de orientação e vacinação dos pacientes submetidos à TCTH no Hospital das Clínicas da FMUSP. **Métodos:** Estudo transversal por meio do levantamento de dados de todos os pacientes transplantados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017. Foram contatados por via telefônica em dezembro de 2017 com atualização de seu município de residência e situação vacinal prévia. Pacientes com transplante realizado nos anos de 2016 e 2017 foram orientados a não receber a vacina e utilizar outras medidas de proteção. Aqueles com transplante realizado há mais de dois anos foram convocados para coletar contagem de linfócitos CD4 e dosagem de imunoglobulina G (IVIG). A vacina foi recomendada para os indivíduos com IVIG > 400 e CD4 > 350. Em maio/2018 foi realizado novo contato telefônico para mensurar a adesão à orientação. **Resultados:** No período do estudo 28 pacientes submetidos a transplante alogênico estavam vivos. Destes quatro não realizavam seguimento no serviço e não atenderam a ligação. Entre os demais somente dois relatavam vacinação prévia ao transplante (8,3%). Metade dos pacientes apresentava doença do enxerto contra o hospedeiro. A mediana de CD4 foi de 327 células/mm³ (mín 89-máx 686) com 2 pacientes sem coleta deste exame, enquanto a mediana de IVIG foi 1118 (mín 558 – máx 2340), com dado ausente para 7 pacientes. A maioria mora na capital e região metropolitana (14/24), seguido por cidades do sul de MG (4/24), interior de SP (4/24), litoral (1) e estado do Amazonas (1). O contato telefônico de seguimento não foi possível com 7 pacientes (25%). Entre os pacientes orientados a não receber a vacina, todos confirmaram ter seguido essa orientação no contato telefônico de controle. Já entre os pacientes orientados para recebe-la, somente um paciente não o fez por medo. Entre os que foram liberados para a vacina, todos os pacientes reportaram mialgia, sem febre ou outros eventos adversos. **Discussão e Conclusões:** A busca ativa para imunização é uma estratégia já descrita em surtos de Influenza. Com o aumento do acesso à telefonia móvel e aplicativos de mensagens, surge uma oportunidade de melhor comunicação entre a unidade de transplante e seus pacientes. É ainda incipiente o uso de marcadores de reconstituição imune como contagem de CD4 para decisões quanto à profilaxias e vacinas. A intervenção obteve êxito na prevenção de imunizações inadvertidas em indivíduos com risco para eventos graves.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 68

COORTE PROSPECTIVA DE AVALIAÇÃO DE TUBERCULOSE LATENTE EM PACIENTES
SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE CÉLULA TRONCO HEMATOPOIÉTICA: DADOS
PRELIMINARES DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DA MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Martinho LZM¹, Ramos JF^{1,2}, Batista MV¹, Schmidt-Filho J², Rocha V², Costa SF^{1,3}

¹*Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da USP*

²*Unidade Clínica de Terapia Celular do Departamento de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da USP*

³*Laboratório de Investigação Médica (LIM54) do Instituto de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da USP*

Tuberculose (TB) é uma doença endêmica no Brasil e pacientes submetidos a transplante de célula troco hematopoiética (TCTH) tem risco de reativar sua forma latente, com aumento da morbidade e mortalidade do transplante. Apesar do risco de reativação e doença, não existe um consenso sobre a investigação de TB latente e nem do momento de seu tratamento nessa população de pacientes. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de TB latente por meio da prova tuberculínica, utilizando o derivado proteico purificado (PDD) e o uso de profilaxia com isoniazida (INH) durante o condicionamento em coorte de pacientes submetidos a TCTH. **Métodos:** Coorte prospectiva conduzida no Serviço de Transplante de medula óssea do HC-FMUSP entre 01/10/2017 e 07/02/2018. Critérios de Inclusão: Pacientes com idade > 18 anos e < 70 anos, submetidos a TCTH alogênico ou autólogo. Todos pacientes incluídos na coorte realizaram PPD antes do transplante e serão seguidos até 1 ano após o transplante. Dados epidemiológicos e clínicos foram coletados como: gênero, idade, profissão, escolaridade, exposição conhecida à TB, doença de base, tipo de transplante, imunossupressão, resultado do PPD, indicação do uso de INH, alterações das enzimas hepáticas neste contexto, sintomas clínicos compatíveis com tuberculose e exames de imagem compatíveis. Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS. **Resultados:** 53 pacientes transplantados (52 autólogos), provenientes principalmente do estado de São Paulo (56%) e da região nordeste do país (31%) foram seguidos até o momento. Houve predomínio do gênero masculino e a maioria dos pacientes tinha escolaridade até Ensino fundamental incompleto. As principais doenças de base foram mieloma múltiplo (48%) e LNH (25%). Seis dos 53 (11%) pacientes apresentaram PPD positivo (≥ 5 mm), dos quais apenas 1 paciente relatou epidemiologia para tuberculose. O PPD variou 5 a 19 mm, sendo que 3/6 PPDs foram ≥ 10 mm, todos esses pacientes investigaram tuberculose ativa com exame de imagem. LNH foi a doença de base de 4/6 de pacientes e MM em 2/6 pacientes que apresentaram tuberculose latente. Os 6 pacientes receberam isoniazida por 6 meses e 3/6 pacientes apresentaram aumento transitório de enzimas hepáticas, sendo que em 1 paciente o tratamento precisou ser interrompido por duas semanas por toxicidade hepática no período pré-enxertia. **Conclusão:** Tuberculose latente foi diagnosticada em 11% dos pacientes, dados semelhantes aos de países onde a tuberculose é endêmica. Não houve associação entre exposição prévia e positividade do PPD.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 69

IMPACTO DO USO DA PCR MULTIPLEX NO DIAGNÓSTICO DE VÍRUS RESPIRATÓRIOS NA UNIDADE DE TRANSPLANTE MEDULA ÓSSEA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Souza MS¹, Ramos JF^{1,2}, Palandri G¹, Leutewilee C¹, Batista MV¹, Higashino HR¹, Doi A³, Abdala E⁴, Schmidt-Filho J², Rocha V², Costa SF¹

¹*Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da USP*

²*Unidade Clínica de Terapia Celular do Departamento de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da USP*

³*Laboratório de Biologia Molecular do Instituto Central do HCFMUSP*

⁴*Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Instituto do Câncer de São Paulo (ICESP)*

Os vírus respiratórios mais frequentes no transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) são vírus sincicial respiratório (VSR), influenza, parainfluenza, rinovírus, coronavírus, adenovírus e metapneumovírus humano (hMPV). A maioria dos pacientes apresenta infecção do trato respiratório superior (ITRS) que pode evoluir para infecção do trato respiratório inferior (ITRI) em 18 a 44%; e levar ao atraso da enxertia, com aumento da morbimortalidade. **Objetivos:** Avaliar as características epidemiológicas e clínicas das infecções virais respiratórias no serviço de transplante de medula óssea do Hospital das Clínicas da FMUSP. Foi realizada uma coorte retrospectiva, que incluiu pacientes com sintomas respiratórios que coletaram amostras para reação em cadeia da polimerase (PCR) multiplex (Biometrix-Fast track) durante o ano de 2017. Pacientes com sintomas respiratórios foram colocados em precaução de contato e gotículas até a alta. **Resultados :** Foram analisadas amostras respiratórias (swab nasal, lavado bronco-alveolar ou escarro) de 27 pacientes. Sete (25,6%) foram positivos e 3 apresentaram co-infecção. Os agentes etiológicos foram VSR (4), rinovírus (2), coronavírus (2), adenovírus (1) e Influenza A H1N1 (1), todos durante a primavera e o inverno (março a agosto de 2017). A idade média dos pacientes foi de 41,5 anos e 6 eram do sexo masculino. Dois pacientes estavam em quimioterapia pré-transplante no momento da infecção, 2 tiveram o diagnóstico até 5 dias após o TCTH autólogo e eram neutropênicos e linfopênicos (média de 270 leucócitos totais) e dois haviam sido submetidos a TCTH alogênico há mais de 1 ano e estavam em uso de esteroides no momento da infecção. Houve elevação da proteína C-reativa (PCR) para um valor médio de 134,2 UI (normal ≤ 5). Todos os pacientes apresentaram sintomas de IRTS em média 5 dias antes da positividade da PCR. Houve progressão para ITRI em 42% dos pacientes, dos quais todos foram internados por este motivo, exceto dois pacientes que desenvolveram sintomas respiratórios durante a internação, com tempo médio de internação de 16 dias. Todos os pacientes com ITRI receberam imunoglobulina e o paciente diagnosticado com Influenza foi tratado com oseltamivir por 5 dias. **Discussão:** A PCR multiplex permitiu identificar co-infecções, o VSR continua a ser o vírus mais frequente em nossa unidade e o coronavírus foi identificado pela primeira vez em nosso hospital. Embora os vírus respiratórios tenham impacto na morbidade, eles não tiveram impacto na enxertia, provavelmente devido ao predomínio de transplante autólogo na nossa casuística.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 70

AVALIAÇÃO DE ARBOVÍRUS (DENGUE, ZIKA VÍRUS E CHIKUNGUNYA) EM DOADORES E RECEPTORES DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS DO HC-FMUSP

Oliveira F¹, Ferreira SC¹, Nishiya A¹, Mendrone-Jr A², Batista MV¹, Ramos JF^{1,2}, Schmidt-Filho J², Rocha V², Costa SF^{1,3}

¹*Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da USP*

²*Unidade Clínica de Terapia Celular do Departamento de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da USP*

³*Laboratório de Investigação Médica (LIM54) do Instituto de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da USP*

Introdução: O Brasil, país de clima tropical, tem elevada prevalência de arboviroses, especialmente Dengue (DENV), Chikungunya (CHKV) e Zika vírus (ZKV). Estas doenças têm em comum sua principal forma de transmissão, de caráter vetorial. Entretanto, existem outras formas, incluindo por hemocomponentes e através de transplante de órgão. A ocorrência destas arboviroses nos pacientes de transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) tem sido pouco reportada. **Objetivos:** Descrever as formas de apresentação clínica, alterações laboratoriais e os métodos diagnósticos da infecção por ZKV, DENV e CHKV em pacientes TCTH; estudar o risco de transmissão por hemocomponentes nessa população. **Material e Métodos:** Coorte prospectiva de receptores de TCTH realizado no HC-FMUSP, no período de janeiro de 2017 a maio de 2018. Doadores e receptores foram avaliados por meio de sorologia e reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) para DENV, ZKV e CHKV antes da realização do TCTH. As sorologias e RT-PCR também foram realizadas após o TCTH. Estas, foram feitas semanalmente até a enxertia neutrofílica (EN) e para os pacientes que desenvolveram neutropenia febril (NF), e/ou quadro de rash cutâneo, hepatite, artralgia e/ou manifestação neurológica. Foi realizada também a pesquisa do antígeno capsular NS1 do DENV. Considerou-se como caso positivo aquele que o paciente apresentou resultado de RT-PCR positivo ou sorologia com soroconversão. **Resultados:** Foram incluídos 55 pacientes que realizaram TCTH. Destes, 96% realizaram transplante autólogo. Totalizaram-se 129 amostras de sangue periférico e 55 amostras de medula óssea. Um paciente (1,8%) apresentou soroconversão de sorologia IgM para DENV. Evoluiu sem intercorrências, apresentando a EN 13 dias após a realização do TCTH. Quatro pacientes apresentaram a soroconversão apenas de IgG para DENV. Metade destes, apresentou NF. A EN variou de 10 a 13 dias após TCTH. Nenhuma amostra analisada foi reagente para NS1 e nem positiva para CHKV. A RT-PCR para DENV, ZKV e CHKV foi negativa em todas amostras. **Discussão:** O TCTH é uma das principais opções terapêuticas para pacientes com neoplasias hematológicas. Apesar de existirem testes mandatórios do doador e critérios de exclusão para se reduzir a transmissão de doenças ao receptor, ainda persiste risco da transmissão de algumas doenças infecciosas, principalmente em decorrência da inexistência de testes de screening, como as arboviroses. Tivemos 5 casos com soroconversão que permanecem em investigação. Está sendo realizado o levantamento dos hemocomponentes que os pacientes receberam para a avaliação da ocorrência da doença por transmissão transfusional. Acreditamos que a soroconversão possa decorrer da transmissão de imunoglobulinas por meio dos hemocomponentes recebidos ou a ocorrência da própria doença através da transmissão pelos componentes hematopoiéticos virêmicos. **Conclusão:** Como nosso país é hiperendêmico para a ocorrência destas arboviroses, a sua prevalência na população TCTH é subestimada, uma vez que a presença de febre, rash cutâneo e citopenias são normalmente atribuídas a outras causas relacionadas ao TCTH. Além disso, tais pacientes estão constantemente expostos ao risco de aquisição destas doenças, seja por exposição frequente a hemocomponentes ou seja por exposição vetorial endêmica em nosso país.

Área: **Infecções**
Sub-tópico: **Infecções**
Trabalho: 71

INFECÇÃO POR COXSACKIE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH)

Gouveia RV¹, Ginani VC¹, Marques JF¹, Pupim M¹, Sazaki M¹, Santos KJ¹, Bolonha L¹, Lima AC¹, Garcia JL¹, Seber A¹

¹*Hospital Samaritano de São Paulo*

Infecções virais oportunistas ocorrem com frequência em pacientes transplantados e podem causar grande morbimortalidade. As infecções por enterovírus são raramente descritas nos pacientes pediátricos pós TCTH. **Objetivo** : o objetivo deste trabalho é descrever cinco pacientes pós TCTH alogênico, que apresentaram infecção por coxsackie. **Material e Métodos** : pacientes foram avaliados clinicamente, sorologia e PCR para enterovirus para o diagnóstico. **Resultado s**: Cinco pacientes apresentaram infecção por coxsackie pós transplante de células tronco hematopoiéticas, a infecção foi sugestiva em 2 pacientes, confirmada por PCR sanguíneo em 2 pacientes e por sorologia em 1 paciente. A mediana de idade foi de 14 anos (4-19). Todos os pacientes foram transplantados com condicionamento mieloablativo por doença maligna (LLA (n=2), LMMJ, LMA, LMC). Houve dois transplantes não aparentados e três transplantes haploidênticos. Os casos de coxsackie ocorreram em tempos variados após os transplantes. Em 3 pacientes foi alguns meses após a retirada completa de imunossupressão. E nos outros, em vigência de imunossupressão para tratamento de DECH crônica (n=1) ou após DLI (n=1). A apresentação clínica foi variada: febre e lesões característica em mão pé e boca em 2 pacientes; apenas lesões em corpo sem febre em 1 paciente. Um paciente evoluiu com encefalite e necessidade de intubação orotraqueal por rebaixamento de nível de consciência, mas recuperação clínica completa após resolução da infecção e um paciente teve uma apresentação clínica mais grave, sendo internado por quadro de insuficiência respiratória com evolução a óbito em 48h após por miocardite viral. Com exceção do último paciente que apresentou quadro fulminante, os outros 4 receberam imunoglobulina endovenosa ao diagnóstico de infecção viral provável. **Conclusão** : A evolução da coxsackiose em pacientes pós TCTH alogênico foi variável. Todas tinham DECH crônica. Duas crianças apresentaram quadros graves, uma com encefalite e outra com miocardite fatal. As outras três apresentaram apenas acometimento mucocutâneo, sem envolvimento de outros órgãos. Apenas 1 criança foi a óbito. Todas as crianças receberam imunoglobulina endovenosa e a maioria teve boa resolução do quadro.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 72

AUTOIMAGEM CORPORAL: SIGNIFICADOS E SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELOS PACIENTES PORTADORES DA DOENÇA ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO DE PELE

Silva SM¹, Rp S¹, Atcd S¹, Jd A¹, Lm A¹, Lm A¹

¹INCA

Introdução : O presente estudo tem como discussão a experiência de pacientes transplantados ao obter a doença enxerto contra hospedeiro(DECH) de pele, avaliando a percepção da autoimagem. Com o objetivo, compreender os significados e sentidos atribuídos pelos pacientes pós-transplantados, portadores da DECH, à sua autoimagem corporal. **Metodologia** : Trata-se de estudo qualitativo com enfoque na hermenêutica-dialética, tendo com referencial teórico-analítico a teoria da *Diferença e Repetição* de Gilles Deleuze, com 12 participantes, ambos sexos, o estudo foi realizado entre agosto a dezembro de 2017 no serviço ambulatorial do Centro de Transplante de Medula Óssea/INCA. **Resultados** : Foi identificada como grande categoria: *Autopercepção da imagem corporal*, constituindo 5 subcategorias empíricas: *Estranhamento pessoal ante à doença; Estranhamento de si; Ressignificação da autoimagem corporal como superação; Descrição da autoimagem, e Autoimagem como anormalidade.* **Discussão** : Por meio da problematização entre a categoria teórica e empírica, chegou-se ao sentido: *Os sentidos da percepção sobre si mesmo*. **Conclusão** : Em síntese, o problema do estigma social do câncer é amplo em suas proporções sociais, culturais e econômicos, provocando grandes danos à vida do paciente, mas é no cotidiano da vida prática que, com as pequenas e passageiras interações entre os indivíduos e outros seres sociais, a dor, a angústia, a vulnerabilidade e a insegurança vão se acumulando no ânimo dos pacientes com DECH de pele.

Palavras chaves : Imagem corporal, transplante de medula óssea, doença enxerto contra hospedeiro.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 73

AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM NO CONTEXTO DE TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS PARA DOENÇAS AUTOIMUNES

Zombrilli AF¹, Rodrigues MCO¹, Leopoldo VC¹, Goncalves ER¹, Ciriolli MF¹, Furine ACA¹, Moraes DA¹, Pereira KRC¹, Guimarães AL¹, Silveira RCCP²

¹*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP*

²*Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP*

Introdução: O transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas (TACTH) é indicado para o tratamento de doenças autoimunes com alta morbi-mortalidade, que prejudicam as atividades de vida diárias e comprometem a qualidade de vida dos pacientes. Esta terapêutica possui sólidas bases experimentais e clínicas, com estudos demonstrando superioridade ao tratamento convencional. No entanto, é um procedimento considerado agressivo, de alto custo financeiro, que pode acarretar eventos adversos, complicações, e gerar tensão física e psíquica para o paciente e sua família. Essa complexidade exige uma assistência de enfermagem especializada, capaz de assistir o paciente em cada uma das fases do tratamento, a fim de identificar riscos e intercorrências, propondo intervenções adequadas. Além disso, é fundamental que o paciente adquira conhecimentos e habilidades para se adaptar às condições impostas pela terapêutica, desenvolvendo e adquirindo recursos de autonomia para realizar seu autocuidado. Nesse contexto, a enfermagem pode incorporar as tecnologias ao seu arsenal de cuidados, visando facilitar a aprendizagem. Essas tecnologias abordam o conteúdo por meio de várias formas e formatos, tendo como desafio integrar o uso da Internet no cuidado prestado ao paciente, disponibilizando informação de saúde ou estabelecimento de contato virtual para providenciar informação acessada de forma rápida e adequada à demanda individual. **Objetivo:** Desenvolver um ambiente virtual de aprendizagem com orientações sobre transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas para doenças autoimunes. **Material e métodos:** Estudo metodológico, com o objetivo de desenvolver o ambiente virtual de aprendizagem, *website*, com orientações sobre transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas para doenças autoimunes. **Resultados e discussão:** O website foi construído conforme o modelo de *design* instrucional, percorrendo as seguintes etapas: análise, *design*, desenvolvimento e implementação. Desenvolveu-se em plataforma *web*, na linguagem de marcação *Hypertext Markup Language*, utilizando-se o programa *WebAcappella*, *Responsive Website Creator 5* e encontra-se disponibilizado no endereço eletrônico: <http://www.transplantardai.com.br>. O conteúdo do *website* foi estruturado nos seguintes tópicos: História, Transplante, Doenças Autoimunes, *Links Interessantes*, Orientações, Fala Equipe e Dúvidas Frequentes. Os ícones e menus foram criados de modo que o conteúdo atraia o usuário, sem cansar ou distraí-lo, a fim de otimizar os recursos disponíveis no ambiente e facilitar o acesso à busca dessas informações. **Conclusão:** Acreditamos que a tecnologia tenha grande capacidade para difundir conteúdos. A construção de ambientes atrativos e agradáveis, que propiciem conhecimento, tornam-se grandes aliados da enfermagem em muitas esferas como educação, informação, cuidado e interação social.

Descritores: Transplante de células-tronco hematopoéticas; Doenças autoimunes; Ensino; Materiais de ensino; Educação à Distância; Internet.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 74

DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES E ATITUDES INDISPENSÁVEIS A PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS: SOB A ÓTICA DO RESIDENTE DE ENFERMAGEM

Bento RDNE¹, Bastos LJD¹, Duarte IR^{2,3}, Borges CFS¹, Lermontov SP¹, Novais MEF¹, Ferreira MFT¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Gomes de Alencar (INCA)*

²*Hospital Naval Marçílio Dias*

³*Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)*

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é uma modalidade terapêutica utilizada em diversas doenças onco-hematológicas, congênitas e imunológicas, que consiste na infusão intravenosa de células tronco hematopoéticas (CTH) para restabelecer a função medular e imunológica. Programas de transplante de medula óssea requerem uma enfermagem treinada e especializada, pois além de prestar assistência intensiva durante o período mais crítico de aplasia medular e toxicidades agudas, o enfermeiro avalia e prevê potenciais complicações, ensina e atua em pesquisas clínicas. **Objetivo:** Descrever de forma reflexiva a experiência do residente de enfermagem no cuidado aos pacientes em um centro de TCTH. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência que descreve os aspectos vivenciados pelas enfermeiras residentes durante suas práticas em um hospital público de referência nacional em TCTH situado no estado do Rio de Janeiro entre março e abril de 2018. Estudo qualitativo, descritivo e observacional que utilizou a observação participante e diário de campo para a técnica de coleta de dados. **Resultados e Discussão:** O centro de TCTH deste estudo realiza transplantes autólogo e alogênico e as unidades onde as residentes atuaram foram: unidade de pacientes externos, unidade de pacientes internos e centro cirúrgico. A unidade de pacientes externos realiza atendimento ambulatorial e emergencial e durante a prática nesse setor foi possível a realização de consultas de enfermagem no período de pré e pós-transplante, diluição e administração de drogas específicas, transfusão de hemocomponentes e hemoderivados e auxílio nos procedimentos diagnósticos específicos de alta complexidade. Durante a atuação na unidade de pacientes internos foi possível sistematizar a assistência de enfermagem desde admissão até a alta e prestar cuidado ao paciente na fase de condicionamento, durante a infusão da medula óssea, nas complicações agudas, tardias e situações emergenciais. As principais complicações observadas foram mucosite, infecção, alterações hematológicas, síndrome de obstrução sinusoidal (SOS) e doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). Durante a passagem no centro cirúrgico as residentes participaram do procedimento de coleta de CTH, conheceram os materiais e equipamento utilizados, as técnicas de homogeneização, filtragem, identificação e acondicionamento do material coletado. No decorrer das práticas nos setores a interação com a equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente proporcionou às residentes uma visão holística deste tratamento. **Conclusão:** O período de atuação no Centro de Transplante de Medula Óssea permitiu às enfermeiras residentes uma oportunidade ímpar no desenvolvimento de suas habilidades na execução de cuidados específicos, no atendimento as necessidades psicoemocionais e no manejo das diversas complicações associadas ao tratamento. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Transplante de Medula Óssea; Residência de Enfermagem.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 75

INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM UNIDADE DE TCTH DE HOSPITAL ONCOLÓGICO REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL DO PAÍS

Silva AVDS¹, Sousa KD¹, Marin S¹, Santana EO¹

¹*Hospital Erasto Gaertner*

Introdução : A Unidade de TCTH apresenta particularidades em seu perfil de pacientes, por isso houve a necessidade de implementação de indicadores de qualidade específicos para essa Unidade.**Objetivo** :Relatar sobre os indicadores de qualidade da Unidade de TCTH. **Materiais e Métodos** : Foi realizado um levantamento dos principais eixos que noteiam a assistência . Após esta etapa foram desenvolvidos indicadores que refletissem a qualidade desta assistência.**Resultados e Conclusões** : Após a etapa de levantamento foram definidos como indicadores: Número de pacientes submetidos a Sistematização da Assistência de Enfermagem, número de pacientes transferidos para a UTI, Taxa de Densidade de ICS. Tempo de permanência de pacientes submetidos ao TCTH autólogo, Tempo de permanência de pacientes submetidos ao TCTH alogênico aparentado. O acompanhamento dos indicadores contribuirá para sensibilização da equipe e conseqüentemente , servir de subsídio para implementação de ações que visem um atendimento de melhor qualidade e conseqüentemente diminuir o tempo de permanência hospitalar.

Descritores:TCTH, indicador de qualidade, assistência de enfermagem

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 76

BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES: AVALIAÇÃO DA EXTENSÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DE TCTH

Rocha MYYO¹, Pontes PDL¹, Kuzma PDS¹, Pasquini PDR¹

¹*Universidade Federal do Paraná*

INTRODUÇÃO: A infecção hospitalar causada por bactérias multirresistentes é um dos grandes problemas de saúde pública mundial. Enfermeiros que assistem pacientes submetidos a Transplante de Células Tronco Hematopoéticas, vulneráveis a infecções por bactérias multirresistentes, demandam maior conhecimento sobre o tema e ocupam papel de destaque na elaboração de estratégias para seu controle e prevenção. **Objetivo:** avaliar as origens e a extensão do conhecimento de enfermeiros sobre bactérias multirresistentes em um Serviço de Transplante de Medula Óssea. **MÉTODO:** Estudo transversal, descritivo e quantitativo, com participação de 48 enfermeiros. Responderam a um questionário, elaborado a partir de diretrizes nacionais e internacionais, visando obter informações que indicassem a extensão do conhecimento do enfermeiro sobre bactérias multirresistentes. Os dados foram analisados com o auxílio do programa SPSS. **RESULTADOS:** Todos os enfermeiros entrevistados tinham conhecimento de casos identificados de bactérias multirresistentes em suas unidades, prevalecendo as enterobactérias gram-negativas. No período de graduação, o conhecimento sobre o tema foi considerado insuficiente por 70,6% dos enfermeiros. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da instituição, responsável pelo treinamento sobre o tema, disponibilizou-o para 16,7% dos enfermeiros na admissão e para 50% no decorrer do exercício profissional. A imunossupressão foi apontada como principal fator de risco para colonização/infecção por bactérias multirresistentes por 79,2% dos participantes. Na prevenção da disseminação desses patógenos, os recursos mais mencionados foram sequencialmente: isolamento (47,9%); uso adequado de equipamentos de proteção individual (35,4%); higienização de mãos (27,1%). **DISCUSSÃO:** A prevalência das enterobactérias gram-negativas têm sido objeto de preocupação pelos órgãos disciplinadores das práticas hospitalares (CDC 2006, 2013; ANVISA 2016). A insuficiência do conhecimento adquirido na graduação corrobora com a literatura nacional (ALBUQUERQUE et al, 2009) e mundial (FRENK, 2010; OMS, 2016) que alertam sobre esta fragilidade da academia. As recomendações para o manejo das bactérias multirresistentes na admissão na instituição são limitadas e, durante o exercício profissional as orientações não obedecem a um planejamento sistematizado. O principal fator de risco citado é a imunossupressão, resultado similar a outro estudo nacional (MOURA; GIR, 2007). O recurso de higienização de mãos foi considerado menos importante na prevenção da disseminação dessas bactérias nesta casuística. No entanto, as recomendações mundiais tratam essa prática como a medida mais importante na contenção da disseminação (SIEGEL et al, 2007; OMS, 2017). **CONCLUSÃO:** O melhor desempenho do profissional frente a disseminação dessas bactérias pode ser incrementado com maior ênfase do tema na graduação e mais investimento nos processos de treinamento na admissão e no decorrer da atividade profissional.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 77

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM MICOSE FUNGOIDE DURANTE TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICO

Queiroz TV¹, Leal NP¹, Gomes JM¹, Sampaio MWC¹, Freire NCB¹, Gomes MSB¹, Junior CBM¹,
Silva CHC¹, Gomes LMGP¹, Barroso KSN¹

¹*Hospital Universitário Walter Cantídio*

Introdução: A micose fungoide (MF) é o tipo de linfoma cutâneo de células T mais comum, acomete duas vezes mais os homens do que mulheres, é mais comum em negros e manifesta-se com maior incidência em pessoas acima de 50 anos. A incidência anual é de 0,36 casos por 100.000 pessoas-ano. O diagnóstico correto pode demorar anos devido a semelhança com outras doenças benignas. A cronicidade da doença leva muitos pacientes a realizarem múltiplas terapias de tratamento. Espera-se, com o transplante de células troco hematopoiéticas (TCTH), fornecer a esses pacientes remissão prolongada e uma possível cura. **Objetivo:** Relatar a assistência de enfermagem a uma paciente com micose fungoide durante transplante de células tronco hematopoiéticas alogênico aparentado. **Material e métodos:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado no centro de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas do Hospital Universitário Walter Cantídio do Ceará, no período de dezembro a janeiro de 2018. **Resultados:** Paciente, 48 anos, feminina, com diagnóstico de micose fungoide em 2009, realizou tratamento com Venetoclax, Gencitabina, Clorambucil, Interferon, Bortezomibe, PUVA e CHOP, não tendo resposta satisfatória, foi encaminhada para o serviço de pré-TCTH em novembro de 2017. Internou em dezembro de 2017 para TCTH alogênico aparentado. Ao exame: lesões em placas eritematosas, hipercrômicas e pruriginosas; nodulações em face, mãos, infra mamária esquerda e pés. Realizou condicionamento de intensidade reduzida (RIC) FluMel 140 e profilaxia para GVHD com Metotrexate e Ciclosporina. Doador aparentado (irmão), masculino, 30 anos, Isogrupo, Fonte: sangue periférico. No D+7 evoluiu com neutropenia febril iniciado Tazocin, progredindo para Meropenem e Vancomicina no D+8 por instabilidade hemodinâmica. Hemoculturas com resultados negativos e sem infecção cutânea. Recebeu alta no D+19 após enxertia. **Discussão :** Foi realizada revisão de literatura para implementação de cuidados especiais de enfermagem com a *pele*: 1- avaliação diária da pele; 2- curativo filme transparente estéril para acesso venoso central, com permanência de até 7 dias, a fim de reduzir o risco de lesão por adesivo, relacionado a traumatismo mecânico; 3- banho por ablução com água destilada aquecida; 4- administração de medicações anti-histamínicas; 5- hidratação da pele para evitar piora de lesões (Fisiogel®). *Outros:* avaliação de dor, sinais de infecção, monitorização de fluidos e equilíbrio eletrolítico, peso diário, suplementação alimentar. **Conclusão:** Os cuidados de enfermagem dentro do TCTH devem ser individualizados. Com a avaliação prévia foi possível programar cuidados especiais para esta paciente. Controle de infecção e conforto sintomático foram atingidos ajudando na plena recuperação da paciente e alta precoce. Pelo exposto evidencia-se a importância do planejamento pré-internação da equipe interdisciplinar de cada paciente para o transplante.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 78

DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE AMBULATORIAL DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOÉTICAS COM HOSPITAL DIA

Oshiro NN¹, Cavilha AMQ¹

¹*Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

INTRODUÇÃO: Sabe-se que entre os critérios recomendados para a implantação de uma unidade de transplante de medula óssea (TMO), um dos mais importantes é a formação de uma equipe de enfermagem especializada nesta área (Sociedade Americana de Oncologia Clínica e Hematologia, 1990). No entanto, o aprofundamento nos estudos relacionados à implementação e organização destes serviços e a respectiva atuação da enfermagem são relativamente recentes. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é identificar os parâmetros adequados ao dimensionamento de recursos humanos em enfermagem para unidade pré e pós TMO com Hospital Dia (HD). **METODOLOGIA:** Realizou-se pesquisa nas bases de dados sobre a produção científica acerca do tema. Entre os instrumentos encontrados, foram considerados, o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e de Pacientes Pediátricos (SCPP) sugeridos pelo COFEN, o *Nursing Activities Score* (NAS) e os parâmetros utilizados no trabalho do INCA (2007). Posteriormente foram levantados o quantitativo de atendimento no ambulatório no semestre e foram listadas as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem com o tempo de execução para as mesmas, entre algumas: consulta de enfermagem no período pré TCTH, consulta de enfermagem para o Hospital Dia - HD (pós TMO), transfusões de hemoderivados, biópsia de medula óssea, punção lombar, retirada de cateter venoso central, curativos, manuseio de cateter semi-implantado, implantação de PICC, mobilização para o TCTH autólogo, infusão de linfócitos, preparo e administração de medicações endovenosas (CSA, GCV, etc), entre outras. Entre alguns dados levantados de Nov/2017 a Abr/2018 foram registrados 8239 consultas médicas, 2788 atendimentos de enfermagem, 72 internações no HD com taxa médica de permanência de 15 dias e 676 transfusões de hemocomponentes. Pretende-se analisar os dados e relacioná-los com a capacidade do ambulatório no atendimento das demandas. O resultado deve demonstrar o quantitativo necessário da equipe de enfermagem para garantir a produtividade e qualidade necessárias para a continuidade da assistência ao paciente de TMO. **DISCUSSÃO:** O correto dimensionamento de recursos humanos subsidia o planejamento, o desenvolvimento e a gestão da força de trabalho. Neste sentido, para uma previsão próxima da realidade é necessário que os parâmetros contemplem detalhadamente os processos de trabalho conforme as características do setor. O instrumento sugerido pelo COFEN apresentou cálculo subestimado, em concordância com o estudo realizado pelo INCA. Os demais instrumentos seguem sob avaliação. **CONCLUSÃO:** Sendo a complexidade da assistência equivalente a evolução do conhecimento científico na área, é necessário uma educação continuada dos profissionais envolvidos e um correto dimensionamento desses recursos humanos, para que a assistência resulte na qualidade e eficácia que o serviço necessita. **Palavras chaves:** Hematopoietic Stem Cells Transplantation; Nursing Care, Team; Workload

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 79

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES PRÉ E PÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS CONFORME A TAXONOMIA NANDA

Sanches KDS¹, Birnfeld CMF¹, Rocha CP¹, Flôr JS¹, Dias JM¹, Moraes MAC¹, Kunrath R¹, Saraiva TKG¹, Cezar VS¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução: O Transplante de Células-Tronco Hematopoética (TCTH) é amplamente difundido como opção terapêutica no tratamento de diversas patologias, principalmente na área onco-hematológica. Trata-se de um processo terapêutico agressivo que pode levar a cura, aumentar a sobrevida ou ter como desfecho o óbito. Os pacientes que realizam o TCTH ficam vulneráveis às: infecções, efeitos colaterais, sofrimentos físicos e psicológicos. O enfermeiro é o profissional que está envolvido em todas as fases do processo, além de ser o mais próximo do paciente, sendo necessário dominar o tratamento e conhecer as demandas. Desta forma, o processo de enfermagem que inclui os diagnósticos de enfermagem (DE) torna-se fundamentais. **Objetivo:** Identificar os DE's mais utilizados para pacientes em uma unidade onco-hematológica, pré e pós TCTH, conforme a Taxonomia NANDA Internacional. **Métodos:** Estudo exploratório descritivo, com análise retrospectiva dos registros de enfermagem nos prontuários eletrônicos, em unidade de internação especializada em Onco-hematologia de um hospital privado de Porto Alegre, RS. A coleta de dados foi realizada em maio de 2018, referente ao período da internação em que se realizou os TCTHs autólogos e alogênicos, de 68 pacientes. Foi criada uma planilha com auxílio do Software Excel, na qual foram armazenados todos os diagnósticos pesquisados. Os percentuais apresentados a seguir nos resultados, correspondem à porcentagem da aparição de cada diagnóstico pelo total da amostra. **Resultados:** Identificou-se 35 diagnósticos diferentes, dentre esses os cinco diagnósticos de enfermagem mais prevalentes foram: Risco de Infecção utilizado para 100% dos pacientes, Risco de Queda utilizado para 90%, Risco de Sangramento utilizado para 38%, Mucosa Oral Prejudicada utilizado para 21% e Dor Aguda utilizado para 15%. **Discussão:** Outros estudos realizados sobre diagnósticos de enfermagem na área de onco-hematologia trazem como principais resultados dados semelhantes aos descritos nesse estudo, apontando como principais diagnósticos: Risco de Infecção, Risco de Sangramento e Mucosa Oral Prejudicada. Isto ocorre porque independente do centro de tratamento ou dos protocolos de tratamentos, a maioria dos pacientes submetidos ao TCTH apresentam sinais e sintomas relacionados a altas doses de quimioterapia. A SAE permite a implementação de ações, avaliação dos resultados e modificação das intervenções, favorecendo a obtenção de resultados esperados. **Conclusão:** A identificação dos DE a partir deste estudo forneceram novos conhecimentos a respeito do cuidado do paciente transplantado, bem como o alcance da prática da enfermagem sistematizada aos profissionais de enfermagem, valorizando e difundindo a utilização da ferramenta informatizada disponível para elencar os diagnósticos de enfermagem dentro da instituição.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem, Processo de enfermagem.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 80

AVALIAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE CURTA PERMANÊNCIA EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Leopoldo VC^{1,2}, Goncalves ER^{1,2}, Furini ACA^{1,3}, Oliveira MFC^{1,2}, Zucoloto TG¹, Moraes DA^{1,3}, Elias JB^{1,3}, Rodrigues MCO^{1,3}, Silveira RCCP², Zombrilli AF^{1,2}

¹*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP*

²*Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP*

³*Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRP/USP*

Os pacientes com doenças autoimunes submetidos ao transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas (TACTH) necessitam de um acesso venoso confiável e seguro que permita infundir grande volume de fluidos e soluções, monitorizar a pressão venosa central, coletar amostras de sangue sem necessidade de punção percutânea e infundir as células progenitoras hematopoéticas. A manutenção adequada deste acesso viabiliza a terapêutica e auxilia no sucesso do tratamento. Objetivamos neste trabalho avaliar o cateter venoso central (CVC) em pacientes com doenças autoimunes submetidos ao TACTH e as ações de enfermagem na manutenção do acesso. Metodologia: Estudo prospectivo, realizado em uma unidade de transplante, no período de novembro de 2015 a abril de 2018. A avaliação foi realizada pela enfermeira do plantão da manhã mediante instrumento impresso previamente desenvolvido pela equipe. Resultado e discussão: 33 pacientes foram submetidos ao TACTH no período, um paciente foi excluído pois utilizou cateter de Hickman, os demais utilizaram o dispositivo de duplo lúmen de duas vias. Desses, 27 apresentavam o diagnóstico de Esclerose Sistêmica, 3 de esclerose múltipla, 1 diabetes tipo I e 1 miopatia inflamatória. 26 pacientes eram do sexo feminino. A idade média de idade foi 34 anos. O local de inserção mais utilizado foi a veia jugular interna direita (84,37%). Em 3 casos a passagem do cateter foi guiada por ultrassom. O regime de condicionamento mais utilizado foi ciclofosfamida e imunoglobulina anti-timócito, tratamento mielossupressor. A mediana de plaquetopenia foi 5 dias. A cobertura de filme plástico de poliuretano foi a cobertura mais utilizada. Este curativo permite a visualização constante do sítio de inserção, da pele ao redor e de trocas menos frequentes pela sua durabilidade. 10 (31,25%) dos pacientes apresentaram reações na pele sendo hiperemia a mais incidente. Dois pacientes apresentaram a necessidade de troca de cateter por crescimento de microrganismos no cateter. O período de neutropenia variou de 2 a 12 dias com média de 7 dias. Todos os pacientes utilizaram antibióticos terapêuticos, sendo a principal indicação para o início a neutropenia febril. As hemoculturas eram coletadas a cada 24h na vigência de febre. Houve a perda de seguimento de um cateter pois o paciente foi transferido para Unidade de Terapia Intensiva. O tempo de permanência do cateter foi 20 dias em média e sua retirada ocorreu predominantemente na alta hospitalar. Conclusão: Sistematizar a avaliação do CVC aparenta ser eficaz na identificação precoce de alterações e contribuindo no sucesso do tratamento por ser capaz de monitorar as ações de enfermagem e subsidiar o desenvolvimento de ações educativas para equipe de enfermagem, pacientes e cuidadores.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 81

SISTEMATIZAÇÃO NA ADMISSÃO DE PACIENTES PRÉ CENTRO CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO VIABILIZANDO MELHOR COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Nascimento RM¹, Luiz ES¹, Rubia JBL¹, Costa RMF¹, Barbosa SDSM¹

¹INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER

Introdução: Nos últimos anos houve um grande avanço na realização do Transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH), demandando aumento na realização de alguns procedimentos específicos e inerentes ao tratamento, como a inserção de Cateter Venoso Central (CVC) semi - implantado, remoção de CVC (após alta do tratamento ou substituição de um dispositivo adequado) e doadores de medula óssea aparentados ou provenientes do REDOME (Registro de Doadores de Medula Óssea). Em ambos os casos os pacientes são submetidos à consulta de enfermagem, com identificação através de pulseira, implementação da avaliação utilizando instrumento de sistematização da enfermagem, contendo registros inerentes ao procedimento, que auxiliam toda a equipe multiprofissional. **Objetivo:** Relatar experiência do enfermeiro na admissão ao paciente pré cirúrgico. **Material/Métodos:** Trata - se do relato de experiência de admissão dos pacientes pré cirúrgicos, no setor ambulatorial da unidade de transplante de medula óssea. **Resultados/ Discussão:** A partir das inúmeras demandas e intercorrências, tais como: instabilidade hemodinâmica, relacionado quadro de hipertensão arterial sistólica, febre, plaquetopenia retardavam o início dos procedimentos no centro cirúrgico, percebeu-se a necessidade de uma comunicação padrão e objetiva entre os profissionais, surgindo assim a elaboração de um instrumento sucinto com as principais informações relevantes ao procedimento. Possibilitando agilidade nos atendimentos como de medidas antropométricas (um dos dados primordiais para calcular quantidade de material a ser coletado do doador de medula óssea) e administração medicamentosa ou hemoderivados, ambos os procedimentos são realizados na unidade hospital dia. Foram realizadas aproximadamente 100 avaliações, contribuindo para uniformidade nos atendimentos. **Conclusão:** A implementação da sistematização de assistência de enfermagem pré centro cirúrgico, visa proporcionar, a equipe multiprofissional uma qualidade de atendimento nos pacientes e doadores, diminuição de estadia desses pacientes no centro cirúrgico. Portanto, a sistematização de atendimento na admissão enfermagem, proporcionará qualidade e segurança em todo processo.

Palavras-chave: Avaliação, Enfermagem, Consulta, Segurança do paciente, Transplante de medula óssea.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 82

DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO GRAU IV NA PELE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Costa RMF¹, Luiz ES¹, Rubia JBL¹, Nascimento RM¹, Barbosa SDSM¹

¹*Instituto Nacional do Câncer*

Introdução: A doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) é a principal complicação após um transplante de medula óssea (TMO) alogênico e ocorre quando as células T do doador respondem aos antígenos histoincompatíveis do hospedeiro, sendo caracterizada como uma síndrome sistêmica e como uma complicação primária. O envolvimento cutâneo é frequente e contribui para altas taxas de morbidade e mortalidade do TMO, podendo ser classificada em 04 diferentes níveis, dependendo do grau de acometimento. O Enfermeiro tem um papel importante no auxílio do reconhecimento precoce das complicações da DECH e na assistência desses pacientes. **Objetivo:** Relatar a experiência da enfermagem no manejo da DECH de pele grau IV. **Material e Método :** Trata-se de um relato de experiência a partir da vivência das enfermeiras no manejo da enfermagem no cuidado com a pele dos pacientes com DECH grau IV, em uma Unidade transplante de Medula Óssea hospital federal do estado do Rio de Janeiro. **Resultados:** A DECH aguda de pele se desenvolve nos primeiros 100 dias pós-transplante. A conduta terapêutica, local ou sistêmica, vai depender do grau e da extensão de acometimento. Por ser uma complicação frequente do TMO, os protocolos de atendimento a esses pacientes devem estar muito bem estruturados. Assim, durante o exame físico o enfermeiro avalia as condições da pele do paciente, com a perspectiva de acompanhamento da evolução das lesões cutâneas, analisa o desenvolvimento da evolução desta complicação e o emprego de diferentes coberturas disponíveis no mercado. **Conclusão:** A DECH ainda é o maior problema após o TMO alogênico, ocorrendo em percentual que varia de 40 a 50% dos receptores e sendo responsável por 15 a 40% da mortalidade aguda do TMO. Evidenciou-se que Logo, o manejo adequado do paciente e o emprego da cobertura apropriada beneficia na redução do tempo de cicatrização, no custo hospitalar, na diminuição da sobrecarga física e psicológica da equipe de saúde e na melhora da qualidade de vida do paciente, sendo benéfico para todos os envolvidos. **Palavras-chave:** transplante de medula óssea, doença enxerto contra o hospedeiro, ferimentos e lesões.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 83

EDUCAÇÃO PERMANENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE ONCO-HEMATOLÓGICA NO SUL DO PAÍS

Dias JM¹, Moraes MAC¹, Kunrath R¹, Birnfeld CF¹, Saraiva TK¹, Cezar VS¹, Rocha CP¹, Flôr JS¹,
Sanches KDS¹, Astigarraga CC¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução: A Educação Permanente (EP) foi instituída no Brasil em 2003 como política pública, é definida como aprendizagem no trabalho, incorporada ao cotidiano das organizações como método para a construção de conhecimentos na área técnico-científica, ética, sociocultural e relacional, envolvendo as questões do cotidiano das instituições de saúde. Composta por conjuntos de atividades para aquisição de conhecimentos e habilidades, estimulando a mudança de comportamento e a atualização dos colaboradores para o aprimoramento profissional. Em áreas de alta complexidade como a Onco-hematologia e o Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) é necessário uma equipe de saúde integrada, com desenvolvimento da capacidade crítica e qualificada. **Objetivos:** Descrever as estratégias de EPs realizadas com os colaboradores de uma unidade onco-hematológica de um hospital privado no sul do País. **Materiais e Métodos:** Relato de experiência vivenciado pela equipe multidisciplinar. **Resultados:** Desde a inauguração em 2015, o Centro de Terapia Onco-hematológica, realiza atendimento de alta complexidade à doenças onco-hematológicas, dentre eles o TCTH. Atualmente foram realizados 70 TCTH, 64% autólogos e 36% alogênicos aparentados. São realizadas diversas ações de EP, como os ROUNDS multidisciplinares, com discussões de casos de pacientes internados e ambulatoriais, onde são elencadas condutas assistenciais partindo do olhar transdisciplinar. Mensalmente um profissional da equipe prepara uma apresentação didática, cujo tema é escolhido baseando-se na vivência assistencial cotidiana. Dentre os temas estão os tipos de TCTH, patologias, quimioterápicos, cuidados assistenciais, técnicas de procedimentos, entre outros. Uma vez ao mês é realizado a “Conversa com especialista”, proferida por profissionais experts no tema proposto, destacando-se os temas: novos tratamentos, sexualidade, fertilização, cuidados paliativos. Anualmente é organizado uma capacitação pela coordenação médica sobre “TCTH”, na qual os colaboradores do setor se atualizam e aprofundam os conhecimentos na área. Tais treinamentos são realizados em horário de serviço, no próprio setor, de forma a contemplar o maior número de colaboradores. **Discussão:** A EP é um ponto importante e decisivo na qualidade de assistência à saúde, é um método de realizar atualização técnico-científico contínua, oferecendo ao colaborador reflexão sobre o cuidado prestado ao paciente e revisão das práticas assistenciais. Da maneira como é promovida na instituição relatada, propicia maior interação entre as equipes, oportunizando a promoção da aprendizagem e intercâmbio de conhecimentos sob o olhar interdisciplinar. **Conclusão:** Pacientes submetidos a tratamentos complexos e agressivos como o TCTH requerem uma equipe especializada e qualificada. As técnicas de EP implementadas no serviço referido, garantem um atendimento de excelência aos pacientes assistidos.

Palavras chaves: Educação Permanente, Capacitação Profissional.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 84

ACÇÕES DE CUIDADOS BASEADOS NO PROGRAMA PLANETREE REALIZADOS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HEMATOLÓGICA

Kunrath R¹, Dias JM¹, Moraes MAC¹, Cezar VS¹, Flor JS¹, Birnfeld CF¹, Astigarraga CC¹, Saraiva TKG¹, Sanches KDS¹, Rocha CP¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução: No ambiente hospitalar o “cuidar” aparece como uma das ações mais desempenhadas, estabelecidas e consolidadas. Neste panorama, a inovação atua como peça fundamental na melhoria constante e no desenvolvimento de novas técnicas e processos (GOMES, 2017). O cuidado centrado no binômio paciente-família, prática inspirada no programa *Planetree*, visa recuperar as necessidades do indivíduo seja ela física, mental, emocional, social e espiritual. **Objetivo:** Descrever as ações de cuidados baseados no programa *Planetree*, realizadas com os familiares e pacientes internados. **Materiais e métodos:** Trata-se de um relato de experiência praticado pela equipe multidisciplinar de um centro de terapia hematológica de um hospital privado da região sul do Brasil. **Resultados:** Como resultado da implementação do cuidado centrado no paciente/familiar, foram incorporadas atividades voltadas ao perfil dos pacientes na Unidade de internação hematológica. Tais práticas foram desenvolvidas pela equipe multidisciplinar através de ações focadas em desejos e necessidades dos pacientes e familiares. As principais ações foram: construção de um espaço exclusivo para familiares com arquitetura acolhedora, visando o bem estar e conforto. Transmissões de partidas de futebol para os pacientes internados, onde foi ofertado alimentos e bebidas solicitadas por eles. A visita dos “Doutorzinhos”, onde trouxe momentos de descontração e alegria durante o tratamento. Celebrações de momentos-chave do tratamento como a “pega da medula”, alta hospitalar e até mesmo aniversários, comemorados com bolo e mensagens de apoio. Preparação de alimentos especiais baseados no desejo do paciente como forma de incentivar a alimentação, e estimular memórias afetivas. Atuação da Pastoral como apoio espiritual fazendo uso de mensagens de conforto e toque humano, proporcionando tranquilidade e reflexão. A avaliação do sucesso destas práticas ocorreram através de uma pesquisa qualitativa onde foi avaliada a satisfação do paciente, fazendo o uso da metodologia *Net Promoter Score* e com resultado de 100% neste indicador, além de formulários com dissertações sobre as ações realizadas. **Discussão:** Os resultados encontrados neste relato sugerem que ações de cuidado centradas no paciente e familiar como as implementadas têm papel fundamental durante o processo terapêutico, favorecendo a humanização, alavancando o seu bem estar. É possível afirmar que o cuidado centrado no indivíduo atua como modelo de padrão hospitalar eficaz e de qualidade, trazendo uma experiência diferenciada ao paciente/familiar. **Conclusão:** A implementação das ações trouxeram resultados expressivos para a unidade, resultados estes observados através de pesquisas de satisfação. Estas práticas contribuem no tratamento, na evolução e na recuperação, favorecendo a alta hospitalar do paciente, além de difundir e servir como referência para práticas similares na instituição.

Palavras chaves: Cuidado centrado, experiência do paciente.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 85

O PAPEL DO ENFERMEIRO CLÍNICO ESPECIALISTA EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS – UM MODELO DE PRÁTICA AVANÇADA

Monteiro C¹, Ibanez ASS¹, Guimarães RFC¹, Mendona AC¹, Jr VCAF¹, Avelino VSS¹, Quintiliano V¹, Alferi CMV¹, Fargiorgio LR¹, Zecchin VG¹

¹*Instituto de Oncologia Pediátrica - IOP/GRAACC*

Introdução: Pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) são geradores de cuidado de alta complexidade, integral, transdisciplinar e contínuo, evidenciando a necessidade de uma prática de enfermagem baseada em evidências. Assim, é essencial enfermeiros responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação do cuidado desta população. Em 2010 foi implantado esta nova metodologia de organização de trabalho por meio do grupo de Enfermeiras Clínicas Especialistas (ECEs). **Objetivo:** Relatar a experiência da atuação das ECEs no acompanhamento de pacientes pediátricos submetidos ao TCTH. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência de ECEs em TCTH. **Resultados:** As competências foram baseadas em quatro pilares: assistência qualificada; educação/ensino; pesquisa e gestão, a fim de garantir melhoria na qualidade da assistência ao paciente e sua família. Na assistência objetiva-se promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida do paciente/família – realizando o cuidado centrado na família e, sendo referência para equipe multidisciplinar. Dentre as atividades realizadas: consulta de enfermagem para casos novos e doadores de medula óssea; participação ativa nas consultas médicas; orientações sobre as diversas etapas do tratamento; coleta de medula óssea por aspiração; protocolo de dosagem de AUC de Bussulfano; interface com equipe multidisciplinar e elaboração do plano de cuidado e planejamento de alta. No ensino/educação, é realizado ensino individualizado ao paciente e família baseado nas necessidades destes, utilizando ferramentas pedagógicas a fim de facilitar a compreensão em diferentes etapas do tratamento, além de seguimento telefônico - garantindo o follow up. E, também atuação com equipe multiprofissional, promovendo a interdisciplinaridade através de discussões de caso; ensino dos protocolos de tratamento e cuidados específicos de enfermagem; treinamento e desenvolvimento de profissionais da enfermagem. Na pesquisa, este profissional realiza o preenchimento dos formulários do CIBMTR; participação em protocolos de pesquisa clínica; produção científica e discussão de artigos científicos. E, na gestão, tem a finalidade de gerenciar as atividades que envolvem a assistência do paciente e sua família (interface REREME/REDOME; gestão do cuidado; supervisão dos protocolos de tratamento; definição de novos planos de atuação; participação no gerenciamento dos bancos de dados). **Conclusão:** Este modelo de atuação possibilita ao profissional uma visão holística do paciente/família; gestão do cuidado e otimização do mesmo; vínculo de confiança com paciente/família; melhora na comunicação multiprofissional e da aderência ao tratamento; diminuição da vinda do paciente ao hospital, bem como a permanência na instituição; melhora na identificação precoce das complicações durante o tratamento, tornando as ECEs facilitadoras deste cuidado.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 86

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO PRÉ TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO, ORIENTAÇÃO E INTERVENÇÃO NA ASSISTÊNCIA

Monteiro C¹, Ibanez ASS¹, Guimarães RFC¹, Mendona AC¹, Junior VCAF¹, Avelino VSS¹, Quintiliano V¹, Alferi CVM¹, Fargiorgio LR¹, Zecchin VG¹

¹*Instituto de Oncologia Pediátrica (IOP/GRAACC)*

Introdução: A consulta de enfermagem é uma ferramenta que pode beneficiar a todos os envolvidos no processo do cuidar. Esta possibilita construir vínculo, segurança e proporcionar ensino e educação para o paciente e sua família; auxilia a equipe multidisciplinar compreender o paciente no seu contexto biopsicossocial e espiritual; e para o enfermeiro traduz uma assistência baseada na excelência do cuidar. **Objetivo:** relatar a experiência da realização de consulta de enfermagem ao paciente pediátrico pré Transplante de Células-tronco Hematopoieticas (TCTH). **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência do grupo de enfermeiras clínicas especialistas (ECE). **Resultados:** No período de setembro de 2015 a abril de 2018 foram realizadas 178 consultas de enfermagem, com média de seis consultas por mês. Destes pacientes avaliados, 146 (82,0%) foram submetidos ao TCTH em nossa instituição. O fluxo para este atendimento ocorre da seguinte forma: após o contato prévio do médico de origem do paciente por meio de e-mail e ou telefone e envio do relatório médico, o caso é discutido na reunião de casos novos do grupo da especialidade, a fim de definir indicação e planejamento da avaliação, bem como tipo de transplante e regime de condicionamento. Posteriormente, todos os pacientes são avaliados em consulta enfermagem com a ECE do grupo, onde são realizados anamnese; exame físico; orientações sobre todas as etapas referentes ao TCTH, bem como os termos de consentimento; encaminhamento para avaliações multidisciplinares e visita à unidade de internação. Quanto à anamnese, esta envolve histórico gestacional; internações e comorbidades prévias ao diagnóstico de base; história progressiva da moléstia atual (quadro clínico, exames do diagnóstico, tratamento e resposta a este); antecedente de internação; necessidade de terapia intensiva e invasiva; antecedente infeccioso e isolamentos microbiológicos; antecedente cirúrgico e anestésico; doenças da própria infância; calendário vacinal; dispositivos venosos; necessidade e reação transfusional; alergia, histórico social/ comportamental e familiar; medicações em uso. Utiliza-se ferramentas de apoio para orientação, tais como: materiais ilustrativos sobre o conceito de medula óssea, TCTH, infusão de medula, efeitos colaterais e cuidados de enfermagem e de higiene. **Conclusão:** A consulta de enfermagem possibilita desmistificar alguns conceitos e medos do paciente e família, visão holística do paciente, fornecer informação gradativa de acordo com a necessidade e compreensão da família e inclusão do paciente e família no processo de orientação. Ademais, esta prática proporciona o estabelecimento de vínculo e confiança, fornece subsídios para aplicação mais efetiva da assistência e, conseqüentemente, favorece a melhor aderência ao tratamento.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 87

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MANUSEIO DE CATETER VENOSO CENTRAL SEMI IMPLANTADO EM UM HOSPITAL DIA DO CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA.

Queiroz SG¹, Lopes GT¹, Antunes AA¹, Sá GMP¹, Rangel ACS¹, Silva VG¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*

Introdução: O Hospital Dia absorve toda a demanda de pacientes oriundos da alta hospitalar da unidade de internação, além de receber paciente pré-transplante e doadores de medula óssea. A maioria dos pacientes é portador de cateter venoso de longa permanência semi-implantado (CCV SI), sendo o mais utilizado, o tipo Hickman-Broviac com implantação cirúrgica e acompanhamento direto do enfermeiro no pós-operatório imediato. A Comissão de Estudo e Controle dos Cateteres Venosos elaborou em 1999, e revisa periodicamente as normas técnicas para o manuseio adequado e seguro dos diversos cateteres venosos. Este manual /norteia os procedimentos realizados pelos enfermeiros em nossa Unidade. O paciente submetido ao transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH), é acompanhado ambulatorialmente, permanecendo com o CVC SI por aproximadamente 06 meses à 01 ano, período em que ainda necessita de exames laboratoriais e medicamentos. **Objetivo :** Demonstrar a atuação do enfermeiro, que diante da complexidade de situações imprevisíveis, atua de forma sistemática e científica, visando a prevenção de infecção e como consequência a retirada precoce do cateter. **Metodologia:** Relato de experiência como prática da vivência diária do enfermeiro através da monitorização contínua dos cateteres semi-implantados e sua relação com a ocorrência de infecção. **Resultados/Discussão:** A infecção neste dispositivo pode vir a causar prejuízo grave em qualquer fase do tratamento. Dentre as atividades realizadas pelo enfermeiro no Hospital Dia, os cuidados relacionados ao manuseio dos CVC SI de longa permanência de uma ou duas vias, compreendem aproximadamente 80% de todos os procedimentos de enfermagem realizados. O *follow-up* de pacientes portadores de cateter está centrado no registro no prontuário de dados acerca da permeabilidade, avaliação da pele no local da implantação, manutenção através de procedimentos de salinização e heparinização e realização do curativo, além da educação de pacientes e familiares acerca do cuidado à nível domiciliar. Estes dados também são registrados em um instrumento que foi desenvolvido pela equipe para acompanhamento dos casos de retirada do cateter, e auxilia no agendamento das manutenções semanais. A retirada destes cateteres apresenta uma distribuição polimodal, ocorrendo por diversos motivos, sendo eles: término de tratamento, infecção sistêmica, infecção subcutânea, obstrução, saída espontânea, exteriorização do cuff, trombose venosa profunda, mal posicionamento e perfuração. **Conclusão:** A monitorização e os cuidados de enfermagem, bem como a educação de pacientes e familiares reduz o índice de infecção por manuseio incorreto, além da frequente atualização dos enfermeiros sobre conectores valvulados e outros materiais utilizados na rotina de ativação e desativação dos cateteres. Logo, o diferencial está centrado no cuidado e sistematização da assistência de enfermagem, além da experiência profissional.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 88

VIVÊNCIA INTERDISCIPLINAR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM CENTRO DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Bastos LJD¹, Goncalves FDR¹, Cabral JA¹, Pichelli KR¹, Silva LCF¹, Bento RDNE¹, Poltronieri TS¹, Medeiros TKC¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)*

Introdução: O processo de residência multiprofissional em oncologia e em Física Médica em uma instituição de referência no Rio de Janeiro/RJ oportuniza algumas experiências de caráter interdisciplinar, dentre elas, o módulo de Práticas Integradas. Um dos espaços de inserção deste módulo é um Centro de Transplante Células Tronco Hematopoiéticas. Sendo considerado um procedimento de alta complexidade em suas etapas, entende-se como primordial e imperativa uma intervenção interprofissional, compreendendo o paciente e sua rede de apoio de forma integral, contemplando, assim, o princípio de integralidade, previsto no SUS. **Objetivo:** Descrever de forma reflexiva a experiência das residentes multiprofissionais no cuidado e atenção integrais aos pacientes em um centro de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH). **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência que descreve os aspectos vivenciados pelas residentes multiprofissionais representadas pelas seguintes categorias: enfermagem, farmácia, física médica, nutrição, psicologia e serviço social. Estas experiências ocorreram durante o módulo transversal de práticas integradas em um hospital público de referência nacional em TCTH situado no estado do Rio de Janeiro durante o mês de maio de 2018. Estudo qualitativo, descritivo e observacional que utiliza a observação participante e os respectivos diários de campo para a técnica de coleta de dados. **Resultados e discussão:** A equipe de residentes teve como campo de prática a unidade de pacientes internos (enfermarias) onde assumiram o cuidado aos pacientes em diferentes etapas do momentos do tratamento. Foi realizada discussão dos casos clínicos e a partir de então, foram traçados planos de ação, que incluíram o período de internação, mas também a alta dos pacientes elencados, compreendendo a integralidade do processo de tratamento e de saúde. Para além dos atendimentos individuais, foi possível a participação nos espaços de round com a equipe, além da mesa redonda, em que se apresentam os próximos pacientes que encontram-se na fila aguardando pelo procedimento. A vivência confirmou o quão importante é o trabalho coletivo e de caráter interdisciplinar, somando os saberes em prol das necessidades do usuário e sua rede de apoio. Contudo, verifica-se que se trata de uma prática ainda não comum no ambiente hospitalar foco deste relato, sendo observadas articulações pontuais e esporádicas. **Conclusão:** Desta maneira, confirma-se tanto a importância da proposta incluída no programa de curso da residência multiprofissional, visto ser um espaço de formação em serviço, quanto a necessidade de educação permanente para os profissionais já inseridos neste campo de trabalho, cuja complexidade engloba todos os processos de tratamento, cuidados e atenção. **Descritores:** Transplante de Medula Óssea; Relações interprofissionais; Equipe de assistência ao paciente; Integralidade em Saúde.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 89

O TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS E O CUIDADO INTEGRAL: REFLETINDO ATRAVÉS DO PENSAMENTO PÓS-ABISSAL

Santana GO^{1,2}, Valadares GV¹

¹*Universidade Federal do Rio de Janeiro*

²*Instituto Nacional de Câncer*

Introdução : A transição de uma fase a outra da história e bastante discutida e criticada por diversos pensadores. O pensamento racional e o método cartesiano pavimentaram o caminho para os eventos que foram vistos como o ponto inicial da era moderna e a valorização do conhecimento científico. O Transplante de células tronco-hematopéticas (TCTH) constitui, na atualidade, um procedimento bastante promissor no tratamento de várias doenças. Contudo é um procedimento que expõe o paciente a risco significativo de morte, em decorrência dos efeitos colaterais da terapêutica. Onde o mesmo é submetido à altas doses de quimioterapia induzindo a imunossupressão. O pensamento moderno ocidental, segundo Boaventura, é um pensamento abissal, que consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis. As distinções invisíveis são estabelecidas por meio de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos, impossibilitando a coexistência dos dois lados da linha. Na saúde, o modelo biomédico mecanicista, que predomina ainda hoje, apesar das críticas e questionamentos, impõem uma visão fragmenta do paciente, reduzindo o mesmo a uma doença. Como resgatar o cuidar de forma holística e agregar todos os saberes no TCTH? **Objetivo:** Discutir o Transplante de células troco-hematopoiéticas, na era do pensamento pós abissal e dos saberes plurais. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo de cunho teórico-reflexivo, com abordagem qualitativa, a partir da leitura crítica da obra de Boaventura de Sousa Santos, o pensamento pós abissal, a epistemologia do sul e os saberes plurais, integrados com o TCTH. **Resultados:** O Transplante de células tronco-hematopoiéticas representa uma esperança de cura para muitas doenças especialmente leucemias e linfomas. Contudo, o cuidado fragmentado do paradigma dominante que destaca apenas fatores biológicos demonstra deficiência em termos de comprometimento que dá ao indivíduo. **Discussão:** As ideias de Boaventura vem ao encontro do paradigma emergente, que valoriza o mundo do outro e seus saberes contemplando as dimensões além da biológica, mais também a espiritual, a afetiva, a econômica, a social e a cultural. Quando o paciente interna em unidades de alta complexidade para realizar o TCTH, não separa sua personalidade e experiência. Para cuidar do outro, é preciso respeitar crenças, ideias e limites de ambos através de trocas e diálogos e entender que somos seres que fazemos parte do planeta e do cosmos. **Conclusão:** Com a crise no paradigma dominante, o pensamento pós-abissal e a ecologia dos saberes, faz-se necessário a integração dos saberes, através do diálogo, demonstrando a importância da pluralidade de conhecimentos além do científico, onde nenhum saber é desqualificado antes de ser validado. Não desqualificando o científico mais agregando e abrindo espaço para novas experiências, antes invisíveis ao mundo.

Palavras-chave: Saúde Integral, Enfermagem Fundamental, Ecologia de saberes

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 90

HOSPITAL DIA DE UM CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Sá GMP¹, Rangel AC¹, Antunes AA¹, Lopes GT¹, Gonzalez S¹, Silva VG¹, Ribeiro CVR¹

¹*Instituto Nacional de Câncer*

O presente trabalho se constitui no relato de experiência do contexto diário da equipe de enfermeiros em um Hospital Dia de um Centro de Transplante de Medula Óssea. A atuação do enfermeiro é efetiva e indispensável pelo cuidado especializado necessário no período pré TMO através de orientações e o acompanhamento dos pacientes e doadores. No pós TMO detectando precocemente possíveis complicações e evitando reinternações hospitalares com ênfase nos transplantes realizados. O Hospital Dia é equipado com capela de proteção biológica para preparo das medicações, poltronas para atendimento de pacientes adultos, área reservada com macas p/ procedimentos invasivos devidamente equipados c/ monitorização e leitos de isolamentos. Além dessa estrutura, conta com uma área específica destinada aos pacientes pediátricos. O serviço tem uma equipe multiprofissional especializada formada por médico hematologista, enfermeiros, pediatra, dermatologista, oftalmologista, assistente social, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta. O CEMO também dispõe de um grupo de Residentes e Especializandos destas áreas. A equipe de enfermeiros assiste os pacientes na coleta de sangue, sinais vitais, curativos, transfusões de hemoderivados, manuseio de catéter semi-implantado e totalmente implantado, implantação de PICC, mobilização para o TCTH autólogo, infusão de linfócitos, administração de medicações endovenosas; e presta assistência de enfermagem junto a equipe nos procedimentos: biópsia de medula óssea, mielograma, punção lombar com QT, implantação de cateter venoso central, retirada de cateter, biópsia de pele, realização de sedação em crianças para procedimentos invasivos e o atendimento de emergência aos pacientes transplantados. Visto a complexidade de cuidados executados no cotidiano da equipe de enfermeiros, o referente trabalho tem o objetivo de apresentar o processo de cuidar prestado em um Hospital Dia de um centro de TMO, na medida em que esse campo demanda ainda um grande avanço em pesquisas científicas, a fim de enriquecer nossa área de atuação e trazer melhorias para a assistência. Logo o enfermeiro em TMO é um profissional com uma valiosa base técnico-científica aliada à sua vivência no seu cotidiano. Palavras-chave: Transplante de células-tronco hematopoiéticas, enfermeiro, cuidados de enfermagem, hospital dia.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 91

REUNIÕES EDUCATIVAS COM ACOMPANHANTES E FAMILIARES EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Sá GMP¹, Rangel AC¹, Schraeder JR¹, Ribeiro CVR¹

¹*Instituto Nacional de Câncer*

Durante o processo de internação do paciente submetido ao Transplante de medula óssea um grupo de enfermeiros detectaram a necessidade de um preparo mais direcionado ao paciente e seus familiares para os cuidados com o paciente no período trans e pós alta hospitalar, além da otimização do tempo utilizado neste processo visto que diversas mudanças iriam ocorrer devido à complexidade do tratamento. A partir de 2001, foram iniciadas as reuniões semanais no período trans com o foco nas normas e rotinas do setor e os cuidados com o paciente internado em uma Unidade de TMO. Ao aproximar-se do momento da alta hospitalar a ansiedade e os questionamentos dos pacientes e familiares eram intensificados e, no entanto a padronização das orientações para o pós alta em reuniões realizadas semanalmente foi de suma importância para um melhor entendimento e uma maior adesão ao tratamento. O presente trabalho trata-se de um Relato de Experiência dos enfermeiros com educação junto à sua clientela. Durante as reuniões recebemos participações de profissionais da equipe multidisciplinar; tais como, nutricionista, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e médicos; com o intuito de enriquecer e responder às dúvidas direcionadas para cada profissional. É abordada nessas reuniões a verificação da temperatura axilar, manuseio das medicações orais prescritas e específicas do TMO, preparo da residência para receber o paciente, noções de higiene e preparo dos alimentos, as vacinas pós TMO, cuidados com a pele, o contato com crianças, cuidados com o cateter, o autocuidado do paciente e sinais de risco. Os familiares recebem um manual de alta hospitalar contendo as orientações específicas pós TMO, que são abordadas pelas enfermeiras nas reuniões educativas. O acompanhamento dos pacientes pós alta hospitalar se estende ao Hospital Dia com a equipe de enfermeiros. Ao longo destes 17 anos, observamos uma maior adesão ao tratamento dos pacientes transplantados com apoio de seus familiares e acompanhantes que participaram efetivamente das reuniões educativas. Palavras-chave: Transplante de células-tronco hematopoiéticas, enfermeiro, educação, auto cuidado.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 92

USO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Sá GMP¹, Rangel AC¹, Barbosa SDSM¹, Silva VG¹, Oliveira VB¹, Pimenta LS¹

¹*Instituto Nacional de Câncer*

Introdução: Compreende-se por transplante de medula óssea o processo terapêutico de infusão venosa de células do tecido hematopoético, com o propósito de restaurar a hematopoese dos pacientes. Para a realização do transplante de células tronco hematopoieticas, é necessária a utilização prolongada de um cateter venoso central. O uso desse dispositivo é indispensável, antes do início do regime de condicionamento, visto que é por ele que é realizado todo o tratamento, seja para administração de medicamentos, realização de exames ou infusão das células-tronco hematopoieticas. O catéter venoso central de inserção periférica de longa permanência (PICC) é indicado para pacientes em uso de terapia intravenosa com drogas vasoativas, antineoplásicos, nutrição parenteral prolongada, antibioticoterapia e infusões hipertônicas entre outras. **Objetivo:** Relatar a experiência das enfermeiras na utilização do cateter venoso central de inserção periférica de longa permanência para o transplante de medula óssea. **Material/Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo sobre a experiência das enfermeiras na utilização do PICC de longa permanência para o transplante de medula óssea. Foi padronizado o uso de cateteres e o ultrassom para punção guiada. Os cateteres foram implantados no período de junho de 2016 a abril de 2018. **Resultados/Discussão:** O cateter de Hickman foi o pioneiro no TCTH e tem sido utilizado até os dias atuais para essa terapêutica. Atualmente em nosso Centro de TCTH, uma equipe de enfermeiros habilitados para implantação do PICC decidiu, junto com a equipe médica, pela utilização deste dispositivo, com a proposta inicial para o transplante autólogo de pacientes com mieloma múltiplo. Recentemente foram incluídos o transplante alogênico de pacientes com: mielofibrose, LMA, anemia aplástica, linfoma de manto, LLA, linfoma de Hodgkin e não Hodgkin. O PICC é inserido em veia periférica e com localização de ponta central (junção cavo atrial). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da resolução 258/2001, reconhece a implantação do PICC, como competência do enfermeiro, desde que, tenha recebido formação, através dos cursos de treinamento e capacitação. **Conclusão:** O uso do PICC foi prático e seguro, recomendado para pacientes em tratamento de TCTH, em uso de quimioterapia e que necessitem de internação prolongada reduzindo o grau de ansiedade dos pacientes por não ser necessárias diversas tentativas de punções e não necessitar de centro cirúrgico para implantação do cateter. **Palavras-chave:** Transplante de células-tronco hematopoieticas, cateter central de inserção periférica, cateter venoso central, enfermeiro

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 93

FLUXO DE AQUISIÇÃO DE PRODUTOS MÉDICO-HOSPITALARES DA PRÉ-QUALIFICAÇÃO
AO USUÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA FACE AOS DOIS
UNIVERSOS NUM CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA.

Antunes AA¹, Rangel ACS¹, Sá GMP¹, Ribeiro CVR¹

¹*Instituto Nacional do Câncer*

Introdução : A pré-qualificação de produtos visa a aquisição por licitação com qualidade e segurança para o paciente em obediência à legislação. A incorporação de recursos tecnológicos ocorre através de processo administrativo avaliado por equipe multiprofissional. **Objetivo** : Relatar a experiência de uma enfermeira com expertise em padronização de produtos médico-hospitalares. **Metodologia** : Trata-se de relato de experiência a respeito da vivência de uma enfermeira que atua na Comissão Especial de Avaliação Técnica (CEAT) em concomitância atua na assistência na unidade ambulatorial do Centro de Transplante de Medula Óssea e entende a importância do fluxo dos produtos médico-hospitalares para uma aquisição segura para o paciente e com qualidade. **Resultados/Discussão** : O fluxo de aquisição dos produtos ocorre através de processo administrativo. Anualmente são aceitas amostras com documentos a serem avaliados pela CEAT. A amostra tem documentação específica: certificado de isenção de registro MS/ANVISA, cadastro do número do produto no Ministério da Saúde (MS); licenças sanitárias; certificado de boas práticas de fabricação, autorização de funcionamento da empresa, certificado de aprovação do Ministério do Trabalho e Emprego para equipamentos de proteção individual, autorização da Comissão Nacional de Energia Nuclear para artigos radioativos, laudos técnicos de laboratórios credenciados por autoridades sanitárias, autorização do fabricante para comercialização do produto por distribuidores e importadores. Amostra é avaliada (embalagem, rotulagem, lote, validade, esterilização, instruções de uso, descritivo e mensurações) e deve estar de acordo com a legislação. Liberado o processo administrativo, este deverá conter: a assinatura de três membros, laudo técnico e a amostra que será encaminhada ao usuário para a aprovação ou reprovação. O enfermeiro com expertise assistencial, associada à capacitação nas áreas de gestão de processos, de riscos, atualizado na legislação e ênfase em qualidade e treinamento, reforça a capacitação na execução da atividade. A Licitação é o procedimento administrativo de contratação de serviços ou aquisição de produtos pela Administração Pública direta ou indireta regulado por leis. A licitação eletrônica reduz os preços de compra com transparência de preços, sendo o pregão a modalidade de aquisição de bens garantindo celeridade no certame. A comissão vem lembrar que para a aquisição ser completa deverá ter segurança e qualidade. Esses são aliados de um bom atendimento ao paciente além da qualificação profissional. **Conclusão** : O enfermeiro entende o fluxo como aliado, junto com empenho, capacitação e treinamento irão conferir base sólida para a qualificação e segurança. O fluxo é voltado para o paciente e profissional conferindo melhores condições de atuar de acordo com suas atribuições na cura ou bem-estar conferido ao ser humano.

Palavras-chaves : qualidade, pré-qualificação, segurança do paciente, produtos médico-hospitalares.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 94

EVENTOS ADVERSOS NO DIA DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS: ESTUDO TRANSVERSAL

Melo AG¹, Pescarini R², Silva JB³

¹*Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp*

²*Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp*

³*Universidade Federal do Tocantins*

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é um procedimento complexo e o paciente torna-se vulnerável a eventos adversos (EA) potencialmente graves, o que requer monitorização intensiva e reconhecimento precoce desses eventos pelo enfermeiro e equipe multidisciplinar. **Objetivos:** Identificar eventos adversos e seus fatores relacionados no dia da infusão de células-tronco hematopoéticas. **Material e Métodos:** Estudo transversal, com coleta prospectiva, com pacientes submetidos ao TCTH autólogo ou alogênico, dentre os anos de 2013 a 2014 e, posteriormente, do período de abril de 2017 a janeiro de 2018. Os EA foram identificados e classificados quanto à gravidade pelo *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)*, por dois profissionais de modo independente, por meio de observação e/ou análise de registros, no momento da infusão das células-tronco hematopoéticas (CTH) e em até 24 horas após o procedimento. Para análise dos dados foi construído um modelo de regressão logística multinomial, considerando o nível de significância de 5%. **Resultados:** amostra de 85 pacientes, maioria do sexo feminino (50,6%) e média de idade de 50,9 anos (DP 12,5). Cerca de 41,2% apresentou índice de comorbidade de intermediário/alto risco, 52,9% submetidos ao TCTH alogênico aparentado, sendo mais frequente as leucemias (31,8%; n=27). Os autólogos apresentaram maior média de EA em relação as alterações cardíacas e vasculares (p=0,3186), sistema renal e urinário (p<0,0001), nos alogênicos foram as alterações do sistema sanguíneo e linfático, alterações do metabolismo e nutrição, investigações laboratoriais e alterações do sistema imunológico (p=0,2217). Pacientes com índice de comorbidade intermediário/alto risco e com maior média de viabilidade celular, apresentaram EA de maior gravidade (p=0,0040) e (p=0,0352), respectivamente. Foram submetidos ao condicionamento mieloablativo (71,8%; n=61). **Discussão:** A avaliação do índice de comorbidade tem como objetivo melhor prever a relação entre a morbimortalidade e o transplante. Sendo assim, neste estudo aqueles que apresentaram o índice de comorbidade intermediário/alto risco experienciaram os EA de maior gravidade, por estarem em condições de saúde menos favorável. Os pacientes que apresentaram a maior média de viabilidade celular, foram aqueles submetidos ao condicionamento mieloablativo e o uso deste tipo de condicionamento causa citopenia irreversível no paciente, o que poderia justificar a presença dos EA de maior gravidade no momento da infusão de CTH. Além disso, na análise dos dados, foram incluídos todos os EA apresentados pelo paciente, inclusive as alterações laboratoriais, que são frequentes em pacientes de TCTH, devido à toxicidade dos antineoplásicos, sobretudo no condicionamento mieloablativo. **Conclusão:** índices de comorbidade de risco intermediário e alto, bem como, maior viabilidade celular do enxerto, contribuíram para a ocorrência de EA de maior gravidade em pacientes de TCTH. **Palavras-chave:** transplante de células-tronco hematopoéticas, toxicidade, enfermagem.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 95

CHECKPOINTS DE PROTOCOLO PARA AUMENTAR A SEGURANÇA DO PACIENTE TRANSPLANTADO

Oliveira MFC^{1,2}, Zombrilli AF^{1,2}, Leopoldo VC^{1,2}, Goncalves ER^{1,2}, Furini ACA^{1,3}, Zucoloto TG¹,
Morales DA^{1,3}, Rodrigues MCO^{1,3}, Silveira RCCP², Elias JB^{1,3}

¹*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP*

²*Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP*

³*Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRP/USP*

Introdução: O processo de transplante de células-tronco hematopoéticas é complexo, prolongado e sujeito a erros, omissões e imperfeições. A presença de um sistema de verificação dos passos e etapas do procedimento aumenta a segurança do paciente e melhora a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar. A *liberação de protocolo* é uma ferramenta utilizada por diversos centros de assistência a pacientes complexos, incluindo unidades de transplantes de células-tronco hematopoéticas (TCTH). Nesta ferramenta, são listadas as indicações para o transplante, os resultados das avaliações clínicas e laboratoriais pré-transplante e descrita a programação dos passos a serem seguidos ao longo do transplante. O registro é feito por médico e enfermeiro da unidade, não excluindo a necessidade de registro em prontuário. O tratamento só é iniciado após a validação dos dados registrados e dupla checagem por dois profissionais da equipe. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, no qual foram avaliados os formulários de *liberação de protocolo* de uma unidade de TCTH de um hospital universitário, no período de novembro de 2015 a abril de 2018. Estes formulários encontram-se no meio impresso, em uma pasta de fácil acesso para equipe. **Resultados:** 48 pacientes portadores de doença autoimunes passaram por avaliação pré TCTH. 14 (29,1%) tiveram o procedimento contra-indicado, a maioria por motivos clínicos. Dos 34 pacientes elegíveis nesse período, 28 tinham o diagnóstico de esclerose sistêmica (ES), 5 de esclerose múltipla (EM), 1 de miopatias inflamatórias e 1 de diabetes tipo 1. Tivemos quatro perdas de formulários no período, assim, foram analisadas 29 *liberações de protocolo*. Dessas, 17 tinham a liberação assinada pelo médico e pelo enfermeiro, 2 liberados apenas pelo médico. Houve um pouco de dificuldade inicial pela equipe no entendimento do instrumento, observamos que o protocolo era preenchido e checado antes do início do tratamento mas, nem sempre os profissionais assinavam a liberação. Alguns relataram desconhecimento da necessidade da assinatura, no entanto, fizeram a conferência dos mesmos. Não foram identificados problemas com os protocolos em relação às doses das medicações. **Conclusão:** Em nossa unidade, observamos que a *liberação de protocolo* foi aceita e incorporada à assistência ao paciente transplantado. Acreditamos que tenha contribuído para melhorar a segurança do paciente, envolvendo diferentes membros da equipe multiprofissional. Futuramente, planejamos implementar melhorias neste sistema de verificação e avaliar seu impacto sobre as atividades assistenciais.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 96

PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUANTO A PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Cruz KRP¹, Esteves MFV¹, Rocha RFP¹, Oliveira CZ¹, Paiva BSR¹

¹*Hospital de Câncer de Barretos*

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é uma modalidade terapêutica amplamente difundida nos dias atuais para tratamento de doenças hematológicas malignas e não malignas, imunodeficiências, doenças autoimunes, tumores sólidos e erros inatos de metabolismo. O manejo das complicações depende da assistência de uma equipe multidisciplinar especializada e adequadamente estruturada. É o tipo de tratamento que traz experiências muito marcantes para o paciente, sejam elas físicas ou psicológicas. Durante o processo de transplante, os pacientes passam por um regime diferente de internação, em relação ao tempo, necessidade de isolamento, protocolo rígido de rotinas, além da previsão das reações e efeitos colaterais que o tratamento provoca. **Objetivo :** Conhecer a percepção da equipe multidisciplinar quanto ao processo de cuidados aos pacientes submetidos ao TCTH. **Metodologia :** Pesquisa qualitativa com técnica de Grupo Focal (GF). Esta, por sua vez, tem como objetivo identificar informações e percepções acerca de determinados temas ou assuntos, por meio da participação de grupos de indivíduos previamente selecionados para tal fim. Dois grupos formados por x profissionais cada foram formados para o desenvolvimento da técnica de GF. Após aplicação do TCLE os grupos foram realizados em sala apropriada com gravação e transcrição dos áudios. No primeiro encontro foi utilizada técnica de explosão de ideias com a pergunta inicial: *Qual a primeira ideia que lhe vem a mente quando falamos em paciente grave na internação TMO?* Um roteiro semiestruturado composto de um guia com as algumas questões de apoio foi desenvolvido. **Resultados:** Foram realizados dois encontros com dois grupos heterogêneos formados por: 9 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, 2 médicos, um psicólogo, um odontólogo, um nutricionista e um fisioterapeuta. A amostra foi composta por 75% do sexo feminino, média do tempo de formação na graduação foi 8,7 anos, a média do tempo de atuação na área de 6,5 anos. Após a análise dos dados observou-se que a complexidade dos pacientes em processo de transplante envolve a necessidade singular da atuação de toda equipe multiprofissional, principalmente dos cuidados de enfermagem. Foram elencadas 4 categorias: Pacientes graves que demandam cuidados bem direcionados; Complexidade do processo de cuidados; A dimensão psicológica de um paciente em TCTH; Enfrentamento do paciente em relação à doença e ao tratamento. **Conclusão:** Foram encontradas equivalências nas percepções dos participantes dos dois grupos possibilitando identificar a complexidade destes pacientes que apresentam necessidades específicas e singulares no processo de cuidados. Estudos futuros são necessários com o objetivo de investigar de maneira mais profunda as ações da equipe multidisciplinar no manejo das estratégias de enfrentamento destes pacientes.

Palavras-chave: Transplante de Medula Óssea, Percepção, Grupo focal, Cuidado e Neoplasia

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 97

UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE OS ERROS DE MEDICAÇÃO NO CONTEXTO DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Lermontov SP¹, Brasil SC¹, Carvalho MR²

¹*Instituto Nacional de Câncer - INCA*

²*Universidade Federal Fluminense - UFF*

Nos pacientes submetidos ao transplante de medula óssea (TMO), a terapia medicamentosa é complexa, pois abrange a prescrição simultânea de quimioterapia em altas doses e medicamentos suporte com margem terapêutica reduzida, caracterizando a polifarmácia. O que em geral, pode propiciar o erro de medicação. Desta forma, o gerenciamento de medicamentos nesta modalidade terapêutica torna-se um ponto crucial e requer intervenções de enfermagem, por meio de estratégias que garantam segurança do processo de medicação. **Objetivos:** Identificar na literatura científica estudos que reportam a incidência, fatores relacionados, consequências e/ou mecanismos de prevenção dos erros de medicação no contexto do transplante de células-tronco hematopoéticas. **Materiais e método:** Trata-se de revisão sistemática realizada nas bases de dados LILACS, PubMed, , EMBASE e CINAHL, no período de 11 a 13 de janeiro de 2017. **Resultados:** Foram identificados 170 artigos, 13 pré-selecionados para análise do texto completo. Onze estudos foram incluídos na revisão e apresentados em quatro categorias de análise: (1) ocorrência- a maioria dos erros foram relacionados à administração e prescrição; (2) fatores relacionados - foram multicausais, destacando-se questões como: a polifarmácia, a falta de dupla checagem e a similaridade entre o nome das medicações; (3) consequências - as principais versaram sobre reações adversas tendo como desfecho o prolongamento da hospitalização; (4) medidas de prevenção – relacionaram-se a práticas seguras na terapia medicamentosa, como a dupla checagem e aplicação dos dez certos na administração de medicamentos. **Discussão:** A segurança do paciente é uma premissa para os profissionais da área de saúde. Nas últimas décadas a preocupação com a segurança no cuidado prestado ao paciente tem se tornado um dos assuntos prioritários, refletindo na busca e desenvolvimento de evidências científicas. Sendo assim, o sistema de medicação merece atenção, principalmente no contexto do transplante de células tronco hematopoéticas, pois envolve um regime de condicionamento com altas doses de quimioterápicos, que são considerados medicamentos potencialmente perigosos e com estreito índice terapêutico, necessitando de alta vigilância em todas as etapas da sua utilização. **Conclusão:** A administração de medicamentos é uma atividade de grande responsabilidade para o enfermeiro em TCTH, entretanto, para alcançar uma redução dos erros de medicações são necessárias estratégias preventivas e conjuntas por toda a equipe de saúde. Este estudo corrobora com o movimento de fortalecimento da segurança do paciente.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 98

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A SEGURANÇA AO PACIENTE COMPLEXO

Furini AC^{1,2}, Zombrilli AF^{1,3}, Leopoldo VC^{1,3}, Oliveira MFC^{1,3}, Goncalves ER^{1,3}, Zucoloto TG¹, Rodrigues MCO^{1,2}, Elias JB^{1,2}, Dallora MELDV^{1,2}

¹*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP*

²*Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRP/USP*

³*Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP*

Introdução: O cuidado em saúde dentro de uma unidade de transplante é complexo, envolvendo procedimentos invasivos e várias intervenções. Nesse cenário, a segurança do paciente deve ser vista como um conjunto de estratégias e intervenções capazes de reduzir os riscos ao paciente. Apesar do aumento da atenção para a segurança, os erros e incidentes podem ocorrer como consequência de ocorrência prolongada da internação hospitalar, necessidade de intervenção diagnóstica e terapêutica, aumento das despesas da internação, além dos custos indiretos ao paciente, à família e à própria sociedade. Um incidente pode ser sem lesão ou com lesão (Evento Adverso) e geralmente é resultado de um conjunto de falhas ou omissões, como problemas estruturais, práticas inadequadas, descuidos ou comportamentos inadequados dos profissionais, entre outros. A notificação de incidentes foi percebida como um método de efeito positivo sobre a segurança do paciente, pois provoca mudanças nos processos de cuidado, altera atitudes e estimula o profissional de saúde à busca pelo conhecimento. No entanto, além de notificar é preciso refletir sobre os fatores desencadeantes e averiguar como poderiam ser evitados. Assim, objetivou-se neste estudo identificar e analisar os incidentes notificados por uma unidade de transplantes de um hospital universitário. **Método:** estudo retrospectivo, descritivo, com análise dos incidentes informados pela unidade mediante sistema de notificação eletrônico de gerenciamento de risco da instituição, no período de agosto de 2015 a julho de 2016. **Resultados:** Registraram-se 18 incidentes no período e os dados coletados foram avaliados e categorizados. Assim, 7 (38,89%) incidentes relacionaram-se a medicamentos (erro de prescrição, desvio de qualidade, erros de dispensação pela farmácia), 5 (27,77%) incidentes relacionados a artigo médico-hospitalar, 3 (16,67%) notificações estavam relacionadas a outros assuntos como falta de material vital, problemas com a utilização do sistema eletrônico e profissional sem certificação digital. 2 (11,11%) de equipamentos médicos hospitalares e qualidade dos materiais relacionados a assistência, e uma notificação de lesão de pele (5,56%), de estágio II em paciente com internação de longa permanência e outros fatores de risco associados. Foram descartadas 4 notificações, pois ocorreram quando os leitos estavam emprestados para outras especialidades. Todas as notificações foram realizadas pelo enfermeiro, 13 no período da manhã, 7 no período da tarde e 2 no período noturno. Nenhum dos incidentes foi considerado grave, com dano direto ao paciente. Todas as notificações foram avaliadas pela equipe de gerenciamento de risco e solucionadas. Ainda, observou-se que algumas notificações como as relacionadas com qualidade de materiais poderiam ter sido realizadas por outros profissionais, mas a maioria ficou centrada na figura do enfermeiro. **Conclusão:** Os eventos adversos e incidentes são relevantes indicadores da qualidade da assistência prestada, fornecendo informações imprescindíveis através dos sistemas de notificações, entendidos como estratégia para garantia da qualidade da assistência.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 99

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO DA ENFERMAGEM NO TCTH: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA COLETA DE DADOS

Goncalves ER^{1,2}, Zombrilli AF^{1,2}, Leopoldo VC^{1,2}, Furini ACA^{1,3}, Oliveira MFC^{1,2}, Zucoloto TG¹, Guimaraes ALC^{1,4}, Elias JB^{1,3}, Rodrigues MCO^{1,3}, Rocha FLR²

¹Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP

³Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRP/USP

⁴Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FFCLRP/USP

Introdução: A satisfação no trabalho pode ser caracterizada como o resultado positivo das relações sociais vividas pelos trabalhadores no ambiente de trabalho. Ela é subjetiva e se relaciona intrinsecamente com os vínculos afetivos que permeiam as relações e sensações humanas, contribuindo para a permanência dos indivíduos nas organizações, sendo fonte geradora de saúde e bem-estar no trabalho. Neste contexto, o trabalho da enfermagem no transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) traz consigo especificidades relacionadas ao nível de complexidade e incertezas. O uso inovador de tecnologias em saúde pode determinar avanços importantes relacionados à qualidade do cuidado e à melhoria da qualidade de vida das pessoas. **Objetivo:** Desenvolver e validar um *software* para avaliar a satisfação no trabalho da enfermagem. **Método:** Este estudo iniciou em 2015 em um projeto maior de um programa de mestrado profissional em uma universidade no interior do estado de São Paulo, abordando a construção do objeto virtual e atualmente se mantém em aperfeiçoamento e enfoque no profissional de enfermagem atuante em unidades que realizam TCTH. Trata-se de uma Pesquisa Aplicada que utilizou o referencial teórico da Satisfação no Trabalho de Mirlene Maria Matias Siqueira com a Metodologia de Desenvolvimento de Projetos de Multimídia de Viviane Bernardo e de Júlio Cesar Voltarelli para abordagem da temática do TCTH. O desenvolvimento do *software* ocorreu em duas fases: 1) Construção do projeto de multimídia; 2) Validação do *software*. **Resultados:** Diante das sugestões dos especialistas, ajustes foram realizados e, posteriormente, o teste de aceitabilidade dos usuários comprovou a validação do *software*. Neste, participaram 30 trabalhadores da equipe de enfermagem, destes 13 trabalhavam em uma unidade de TCTH, os demais, 17, eram trabalhadores da equipe de enfermagem de unidades assistenciais de internação de áreas gerais de uma instituição hospitalar de referência terciária do interior do estado de São Paulo. **Discussão:** O processo de construção de um objeto virtual representa uma gama de possibilidades em um processo ainda desafiador na área da saúde e principalmente na enfermagem. Acredita-se que o uso de novas tecnologias pode contribuir positivamente com melhorias das práticas assistências e na qualidade de vida das pessoas, atuando como agentes transformadores de saberes. Contudo, observaram-se neste cenário do estudo, dificuldades relacionadas ao financiamento de pesquisas na saúde no desenvolvimento de novas tecnologias de informação e escassez de estudos semelhantes envolvendo tecnologia e saúde do trabalho. **Considerações Finais:** O produto desenvolvido foi um *software* destinado à avaliação da satisfação no trabalho da enfermagem, intitulado “*WorkSatisfaction*”, e se encontra em processo de registro de propriedade intelectual. Alocado em duas plataformas distintas para uso: sistema operacional em computador móvel (*notebook*) e aplicativo em aparelho de *smartphone*. Conclui-se que o processo de construção e validação realizado pode contribuir para o avanço do uso de tecnologias no ensino, na pesquisa e na prática em saúde e enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Satisfação no Trabalho; Validação de Programas de Computador; Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 100

CRIAÇÃO DE UMA CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Sá GRR¹, Rodrigues M¹, Vogel C¹, Souza PK¹, Monti ABG¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Introdução: O período considerado como pós-transplante de medula óssea (TMO) é caracterizado como uma fase muito complexa para os pacientes e familiares. De forma aguda, ocorrem riscos infecciosos, de sangramento, neutropenia e de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). Entretanto, após a alta hospitalar o paciente ainda é um indivíduo a ser tratado de forma peculiar: polifarmácia domiciliar, re inserção o social, riscos infecciosos tardios, recuperação de status físico e ainda novamente o risco de DECH. Objetivos: Neste contexto, foi identificada a necessidade da criação de uma clínica específica para tratar os pacientes pós TMO alogênico, independente da frequência de visita ambulatorial, focando em uma visão multiprofissional, ampla, que enxerga o paciente e sua nova vida de forma completa. Material: foi necessário para criação da clínica, primeiramente a seleção dos pacientes elegíveis: pós TMO alogênico, maiores de 18 anos, e no D+100, D+ 180 e D+365 (no mínimo). Posteriormente, espaço físico composto por duas salas completas de consultório, uma máquina fotográfica e equipe multiprofissional (médico hematologista, dermatologista, pneumologista, nutróloga e oftalmologista, enfermeiro, nutricionista, dentistas, farmacêutica e medicina integrativa) com horário disponível uma vez por semana no período da tarde. Os pacientes durante sua primeira consulta, preenchem um questionário de saúde, com diversos tópicos acerca da qualidade de vida e sinais e sintomas, abordando todos os órgãos e sistemas. Posteriormente, tais respostas são avaliadas por toda equipe, permitindo uma visão prévia do quadro clínico. Resultados: já foram atendidos 91 pacientes na clínica. No exame físico é avaliado se o paciente tem ou não sinais de DECH, a partir da escala *Rodnan*, e avaliado performance status por score de ECOG / LPS. Caso existam lesões de DECH, é realizada a graduação padronizada, e as intervenções / sugestões de tratamento são encaminhadas via relatório para o médico titular. Discussão: a clínica pós TMO atende no máximo três pacientes/dia, para assim garantir uma consulta completa e individualizada, pois o processo todo leva em torno de três horas. Como planejamento futuro, pretendemos ter um profissional fisioterapeuta, para acompanhar o paciente em termos de retorno às atividades físicas e identificação precoce de alterações como fasciíte ou comprometimento muscular. Conclusão: o acompanhamento pós-alta hospitalar do TMO alogênico constitui-se por ser um processo contínuo e em alguns casos, de tratamento crônico. A finalidade deste atendimento no ambulatório de pós TMO é tratar o paciente em todas as esferas: com exame físico, avaliação precoce de sinais de DECH, reconciliação medicamentosa, retomada de calendário vacinal, sinais e sintomas. Além disso, busca priorizar qualidade de vida e manter um ambiente o mais favorável possível do ponto de vista físico, social e psicológico.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 101

IMPACTO NA VISITA MULTIDISCIPLINAR NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Moreira CEN¹, Massumoto C¹, Tranchesi RAM¹, Cadamuro FM¹, Pires RP¹, Kitazulo RC¹

¹*Unidade de Onco-Hematologia/TMO do Hospital Nove de Julho, São Paulo-SP*

Introdução: As unidades de Oncohematologia concentram pacientes potencialmente graves, com significativa probabilidade de desenvolver alterações clínicas, muitas vezes inicialmente sutis, que podem levar a uma deterioração clínica que comprometem de maneira importante a morbimortalidade destes pacientes e prolongam o tempo de internação e os custos da mesma. No Hospital 9 de Julho monitoramos e fazemos uma análise crítica de todos os pacientes que são encaminhados das unidades de internação para as UTIs. Na análise dos pacientes da unidade de TMO, houve uma melhora e uniformização da qualidade da assistência prestada durante as intercorrências (código amarelo) com estreitamento do relacionamento com os médicos titulares, através da visita multidisciplinar. **Objetivos:** Garantir a qualidade da comunicação entre as equipes multidisciplinares; com a transição de informações para continuidade da assistência de forma segura e assegurar a tomada de decisão clínica com base no compartilhamento das avaliações clínicas multidisciplinares. **Método:** Avaliar clinicamente o paciente pelo sistema EPIMED, contemplar os pacientes de maiores riscos na visita multidisciplinar e analisar estatisticamente os pacientes encaminhados à UTI, levando em consideração sua condição clínica. **Resultados:** Após a implementação da visita multidisciplinar na unidade de oncohematologia, houve um aumento do número de pacientes encaminhados para a UTI em sepse e, em contrapartida, um decréscimo do número de pacientes encaminhados em choque séptico. **Discussão:** As infecções são a principal causa de óbito nos pacientes oncohematológicos e a detecção dos sinais de sepse e a intervenção adequada feitas precocemente têm impacto significativo na morbimortalidade. Atualmente encaminhamos à UTI um número mensal de pacientes com infecção grave (sepse) muito semelhante aos dos meses anteriores a reestruturação, mas com um diferencial de grande impacto: redução do número de pacientes em choque séptico, cuja morbimortalidade e custos são significativamente maiores do que nos pacientes em que a necessidade de vasopressor para manter uma pressão arterial média (PAM) adequada, não se faz necessário, ou seja, pacientes em sepse e não em choque séptico. **Conclusão:** Concluímos, que a presença do intensivista, a realização de uma visita multiprofissional diária e a melhora da comunicação com a equipe multiprofissional e com as equipes médicas foi o fator mais decisivo na melhoria da qualidade assistencial prestada aos pacientes oncohematológicos internados na unidade de TMO, podendo claramente ser replicada em outro cenário.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 102

IDENTIFICAÇÃO DE GESTANTES COM POTENCIAL PARA DOAÇÃO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL PARA SELEÇÃO DE MATERNIDADE REFERÊNCIA

Izu M¹, Silvino ZR¹, Cruz AF¹, Marques DLO¹, Pinheiro ESDS¹, Leite HC¹, Braga FHP¹, Biouzas LF¹, Lerner D¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*

A Rede Brasilcord foi criada em 2004, expandindo o número de Bancos Públicos para armazenamento de Sangue de Cordão umbilical e placentário (SCUP) alogeneico pelo país. A gestante candidata a doação de SCUP alogênico não aparentado deve atender a critérios estabelecidos pela legislação vigentes como: idade maior que 18 anos, idade gestacional acima de 35 semanas, ausência de processos infecciosos no momento do parto, mínimo 02 consultas de pré natal, Sorologias negativas, bolsa rota menor que 18 horas. Objetivo: Identificar gestantes com potencial para doação de SCUP para seleção de maternidade de referência para coleta de SCUP. Método: Trata-se de um estudo transversal, com levantamento de dados em prontuário das gestantes assistidas no setor de pré-parto da Maternidade Escola da Universidade federal do Rio de Janeiro, de Janeiro a março de 2015, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº722172. A amostra foi composta de 505 parturientes. Resultados: Das gestantes abordadas 390 estavam aptas para doação com idade gestacional de 38 semanas e 06 dias. A média de consultas pré-natal foi de 7, com máxima de 18 consultas. Das gestantes abordadas 390(77,3%) estavam aptas para doação e 115 (22,7%) estavam inaptas, sendo 45(8,9%) com idade menor que 18 anos; 8(1,6%) com menos de 02 consultas de pré-natal; 36(7,1%) com idade gestacional menor que 35 semanas; 26(5,1%) com bolsa rota mais de 18 horas. Discussão: Não está totalmente esclarecido a influência dos fatores obstétricos e neonatais no volume e celularidade do SCUP Conclusão: O levantamento do potencial de doadoras para coleta de SCUP otimiza a escolha de uma maternidade de referência.

Palavras-chave: maternidade referência; coleta de sangue de cordão umbilical, doação de sangue de cordão umbilical

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 103

ACÇÃO MULTIDISCIPLINAR IMPACTANDO NO ÍNDICE DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA EM UMA UNIDADE DE ONCOHEMATOLÓGICA DESTINADA A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Kitazulo RC¹, Vasques FS¹, Pires RP¹, Marques AM¹, Ruiz ND¹, Sola AF¹, Almeida EM¹, Esteves AE¹, Sano APS¹

¹*Hospital Nove de Julho*

Introdução: A infecção de corrente sanguínea associada ao cateter central (ICS-CVC) é uma das topografias relacionadas à assistência à saúde mais observadas no ambiente hospitalar. Ações relacionadas a ao cuidado com dispositivos, adesão as medidas de prevenção como higienização das mãos são imprescindíveis para o controle e redução da incidência de infecção. **Objetivo:** Avaliar o impacto das ações multidisciplinares desenvolvidas correlacionando com o índice de ICS-CVC. **Método:** Estudo prospectivo, realizado em uma unidade de oncohematologia de um hospital privado, onde foi realizado ações multidisciplinares (enfermagem, fisioterapia, nutrição, laboratório, banco de sangue e controle de infecção) como: treinamento (precaução e isolamento, higiene de mãos, manipulação do CVC); avaliação de processos (higiene do ambiente, desinfecção de acessórios da fisioterapia, entrega de alimento pelas copeiras; coleta de célula e infusão); protocolos (microbioma ambiental e culturas de vigilância semanal); alinhamento de cuidados (deambulação do paciente em isolamento de contato) **Resultado:** Nos três primeiros trimestres do ano de 2017 a densidade de ICS-CVC foi de 7,85; 5,52 e 5,70 respectivamente. Após as ações iniciadas no terceiro trimestre deste mesmo ano, observou-se uma redução significativa, levando a incidência de infecção a zero no 4º trimestre de 2017 e no 1º trimestre de 2018. **Conclusão:** o conjunto de atividades, o envolvimento da equipe assistencial multiprofissional e apoio das gestões foram fundamentais para as tomadas de decisões, implantação e seguimento das ações, fazendo com que o índice de infecção reduzisse a zero, no período avaliado.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 104

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO, PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO PRÉ TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Silva JF¹, Piloni MJ¹, Panek P¹

¹*Hospital Pequeno Príncipe*

Este estudo teve como objetivo levantar o perfil das crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de transplante de medula óssea, identificar os diagnósticos de enfermagem por meio da consulta de enfermagem às crianças e adolescentes admitidos no ambulatório de transplante de medula óssea, apreender a percepção do familiar sobre a contribuição da consulta de enfermagem na inclusão do paciente na linha de cuidado para o transplante de medula óssea. O método utilizado foi exploratório descritivo, com abordagem qualitativa por meio da consulta de enfermagem a pacientes infanto-juvenis, em pré transplante de medula óssea. Foi desenvolvido no Ambulatório de Hematologia, e no setor de Transplante de Medula Óssea, de um Hospital Pediátrico do Paraná. Os participantes foram 10 crianças e adolescentes em acompanhamento ambulatorial em fase pré transplante de medula óssea, e 10 familiares (responsáveis legais) destes. A efetivação desta pesquisa deu-se em duas etapas, sendo a primeira com a Consulta de enfermagem aos pacientes e familiares; a segunda etapa da pesquisa aconteceu na primeira semana de adaptação do paciente e familiar ao ambiente hospitalar, os quais passaram pela consulta de enfermagem, por meio da entrevista semi-estruturada gravada. A análise dos dados foi dividida em três etapas. O levantamento do perfil sociodemográfico, no gênero a prevalência foi do sexo masculino, a faixa etária de 0 à 5 anos, a procedência do estado do Paraná, o Diagnóstico médico foi Neuroblastoma e o tipo de transplante a prevalência foi transplante de medula óssea alogênico aparentado e Haploidêntico; Os Diagnósticos de Enfermagem específicos de cada paciente e a prevalência destes Diagnósticos; e as entrevistas com os familiares, foram analisadas através da análise de conteúdo de Minayo. Conclui-se com este estudo que a Consulta de Enfermagem contribui sobremaneira para a inclusão do paciente e seu familiar na linha de cuidado para o Transplante de Medula óssea. Percebe-se também a importância da efetivação da Consulta de Enfermagem no pré transplante, pois as informações levantadas subsidiarão o planejamento de cuidados a estes pacientes pelo enfermeiro, impactando no transcorrer desta etapa do tratamento neoplásico. Considera-se essencial o enfermeiro como membro integrante e atuante na equipe interdisciplinar, conduzindo o paciente e sua família para o enfrentamento do processo de adoecimento.

Palavras chaves: Criança, Família, Transplante de Medula Óssea, Consulta de Enfermagem.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 105

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INFUSÃO DO Eculizumab A PACIENTES COM HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA

Silva JAPRA¹, Cavilha AMQ¹, Gomes IM¹, Delazeri S¹

¹*Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

Introdução: A Hemoglobinúria Paroxística Noturna é uma doença rara caracterizada por hemólise, insuficiência da medula óssea e trombose, com risco de vida ao indivíduo acometido. Atualmente, o eculizumab, um anticorpo monoclonal, é o único tratamento licenciado para a doença. **Objetivos:** relatar a experiência da realização de cuidados de enfermagem ambulatoriais na infusão de eculizumab a pacientes com hemoglobinúria paroxística noturna. **Material e Métodos:** relato de experiência a partir da realização de cuidados de enfermagem na infusão do eculizumab em um Ambulatório de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. O referido ambulatório atende pacientes de falência medular e pacientes em pré e pós Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. São enfermeiros os responsáveis pela assistência de enfermagem, a qual, no caso do eculizumab, segue protocolo institucional. **Resultados:** O eculizumab é administrado desde 2012 no referido ambulatório. Atualmente, são cerca de seis pacientes que recebem a medicação, a cada 14 dias (dose de manutenção). As doses do medicamento ficavam, até recentemente, com o paciente, em seu próprio domicílio, mantidos em temperatura de geladeira, e eram trazidos ao hospital sempre no dia de receber a dose (dois frascos ou 600 mg); atualmente, o armazenamento é feito pela Central de Misturas Intravenosas. A medicação é diluída em solução fisiológica, 90 ml, e administrada por via periférica, com uso de cateter de longa permanência a fim de prevenir extravasamento, em 35 minutos, conforme orientação do fabricante. Previamente à infusão, medicamentos para prevenir reações são administradas nos primeiros meses de uso do fármaco. Há cerca de sete meses, a diluição do fármaco passou a ser realizada pela Central de Misturas Intravenosas do hospital, em fluxo laminar, uma importante recomendação do fabricante, assim como o armazenamento de todas as doses que o paciente recebe em domicílio, conforme mencionado. Desde o início da infusão do fármaco no serviço, não houve histórico de reações em nenhum dos pacientes. **Discussão:** os cuidados de enfermagem durante a administração do fármaco envolvem conferência da diluição correta, punção venosa periférica segura, administração de medicamentos para prevenir possíveis reações, controle do tempo de infusão, avaliação quanto a reações ao medicamento e liberação do paciente, assim como orientação quanto à próxima infusão. Tais cuidados devem ser efetivos e de acordo com as orientações do fabricante, para que os resultados da terapêutica não sejam comprometidos. **Conclusão:** o desenvolvimento da assistência por enfermeiros é um importante aspecto positivo, uma vez que este profissional possui capacidade teórica e prática na administração de medicamentos, assim como capacidade de resolução de problemas de maneira imediata, caso ocorra alguma intercorrência com esses pacientes.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Assistência Ambulatorial, Prática Profissional.

Referências

Griffin M, Kulasekararaj A, Gandhi S, Munir T, Richards S, Arnold L, et al. Concurrent treatment of aplastic anemia/paroxysmal nocturnal hemoglobinuria syndrome with immunosuppressive therapy and eculizumab: a UK experience. *Hematologica*, 2018. Doi:10.3324/haematol.2017.183046

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 106

AUDITORIA INTERNA DE DADOS INSERIDOS NO CIBMTR (CENTER FOR INTERNATIONAL BLOOD & MARROW TRANSPLANT RESEARCH) DE UM CENTRO TRANSPLANTADOR PRIVADO DE SÃO PAULO.

Silva CC¹, Waisbeck TMB¹, Vogel C¹, Costa LSS¹, Nogueira RMG¹, Ribeiro AAF¹, Hamerschlak N¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Palavras-chave: Transplante de Medula Óssea, Banco de Dados, Acurácia e Qualidade

Introdução: Atualmente, a auditoria dos dados do CIBMTR para centros não norte-americanos é realizada no próprio banco de dados com a sinalização chamada *Query* (QRY), priorizando dados críticos, como *performance status*, DECH (Doença do Enxerto Contra Hospedeiro), sobrevida e outros. Como forma de intensificar a acurácia dos dados inseridos no sistema, desde 2015, foi instituída uma auditoria interna em nossa instituição. **Objetivo:** Avaliar o impacto da auditoria interna na qualidade e acurácia dos dados inseridos no CIBMTR. **Materiais e métodos:** A auditoria foi realizada por médicos da equipe do Transplante de Medula Óssea (TMO) de 2015 a 2017. Os pacientes foram selecionados de forma randomizada e auditaram-se as fichas TEDs (*Transplant Essential Data*) pré e pós-TMO e em alguns casos, as CRFs (*Comprehensive Report Form*). Os médicos auditores comparavam os dados inseridos no sistema do CIBMTR (*FormsNet3*) com os dados encontrados no prontuário físico e eletrônico. Foram avaliadas 30 questões pré-TED e 20 pós-TED, e aplicou-se o mesmo critério para as fichas CRFs. As não conformidades (NC) identificadas foram corrigidas no sistema e sinalizadas em ficha. **Resultados:** Em 2015, foram auditados 20 pacientes, 10 adultos e 10 pediátricos, sendo 5 autólogos e 5 alogênicos para cada grupo. Em 2016, 4 pacientes foram auditados, 2 adultos e 2 pediátricos, sendo 2 autólogos e 2 alogênicos. Em 2017, 12 pacientes auditados, 6 adultos e 6 pediátricos, 6 autólogos e 6 alogênicos. Em 2015, de 276 questões na pré-TED de adultos, foram identificadas NC em 9% (24), e em 2% (18) das 726 questões nos pacientes pediátricos. Em 2016, somente 1 NC foi identificada em 238 questões de adultos e 4% (3) nos pediátricos. Já em 2017, as taxas foram de 7% (13) em 186 questões em adultos e 8% (14) de 183 questões nos pediátricos. Na pós-TED, em 2015, houve 11% (16) de NC em 150 questões em adultos e 4% (7) em 188 questões nos pediátricos. Em 2016, 2% (1) em 46 questões em adultos e 9% (4) em 43 questões em crianças. E em 2017, 12% (14) em 117 questões em adultos e 13% (16) em 124 questões em crianças. **Discussão:** Houve uma diminuição da taxa de NC de 2015 para 2016, nas duas fichas (pré e pós) e para ambos os grupos. Em 2017, o aumento de NC encontradas pode ter sido devido à inclusão das fichas CFRs na auditoria, que contém um número maior de questões e maior complexidade. **Conclusões:** A auditoria interna foi capaz de identificar as não conformidades nos dados enviados ao CIBMTR. Este dado mostrou a importância de auditorias de dados, assim como a do treinamento da equipe médica e multidisciplinar, quanto ao procedimento de registrar os dados nos prontuários, o desenvolvimento de *templates* e educação contínua do gerenciador de dados para manter um registro de TMO fidedigno.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 107

EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DE SÃO PAULO COM A DIMINUIÇÃO DE RESÍDUO DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS NOS EQUIPOS DE INFUSÃO.

Paiva PM¹, Marques JF¹, Seber A¹, Costa DCR¹, Silva KGFSE¹

¹*Hospital Samaritano de São Paulo*

Introdução: As equipes das Unidades de Oncologia do Hospital Samaritano de São Paulo, preocupadas com a eficácia no tratamento dos pacientes, analisaram o volume residual nos equipos após o término das infusões dos medicamentos antineoplásicos e implantaram uma nova forma de administração com o objetivo de reduzir o resíduo nos equipos e assim, infundir a maior quantidade da dose prescrita. **Objetivo:** Relatar a implantação da ação para redução do resíduo nos equipos de medicamentos antineoplásicos. **Metodologia:** Relato de experiência. **Resultados:** Foram feitas simulações com o Comitê de Segurança do Paciente para mensurar o resíduo nos equipos: Sistema fechado de Polietileno - volume residual total: 24 ml. Sistema fechado bolsa flexível: volume residual total: 19 ml. Diante disso, foi feita uma análise de mercado para escolha de dispositivo que atendesse a necessidade encontrada e escolhido o CH12 da ICU Medical®, por possibilitar o acréscimo de volume na bolsa, garantindo a segurança no manuseio do sistema pela enfermagem. Além disso, foi feita a troca das bolsas rígidas pelas flexíveis para evitar acúmulo de resíduo na bolsa. Foram realizados treinamentos com enfermeiros das Unidades que administram esses medicamentos e iniciada a ação em janeiro de 2017. Os dispositivos são introduzidos nas bolsas pela equipe da farmácia e o conjunto é encaminhado para as Unidades. Após a infusão do medicamento, o enfermeiro realiza a desinfecção do dispositivo com álcool swab e acrescenta 20ml de solução fisiológica, mantendo a mesma programação da infusão. Ao final, ele despreza todo o conjunto no lixo químico. Essa primeira ação não possibilita uma análise do benefício no tratamento do paciente oncológico, porém assegura que o conteúdo residual no equipo seja praticamente todo infundido no paciente. A próxima etapa será realizar um estudo farmacocinético das drogas e analisar o impacto no tratamento dos pacientes.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 108

O ENFRENTAMENTO DO ENFERMEIRO PERANTE A MORTE: O MORRER DO PACIENTE TRANSPLANTADO DE MEDULA ÓSSEA

Almeida CE¹, Assis AR², Kobayashi MS¹, Souza MC¹

¹*Universidade Estácio de Sá*

²*Complexo Hospitalar de Niterói-CHN*

Introdução: O transplante de medula óssea (TMO) ou transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) é uma terapêutica utilizada para doenças hematológicas mas também para doenças hereditárias, imunológicas e oncológicas. A técnica consiste na utilização de altas doses de quimioterapia e /ou radioterapia e a posterior infusão de células de um doador ou do próprio receptor, com a finalidade de substituir a medula comprometida e restabelecer a hematopoese sem a presença de células anômalas (Lima K; Bernadino; 2014), é na medula óssea que se localizam as células-tronco hematopoiéticas, responsáveis pela geração de todo o sangue (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas). Essas são as células substituídas no transplante de medula. As células tronco hematopoiéticas também circulam no sangue periférico (caso estimuladas com medicamento fator de crescimento), podendo ser coletadas por aférese, e no sangue de cordão umbilical, quando são coletadas após o nascimento do bebê (Redome, Margarete; 2016. Segundo BONASSA, 2005. O TMO evoluiu muito nas últimas décadas, deixando de ser um tratamento experimental para se tornar uma efetiva esperança de cura para algumas doenças onco-hematológicas, hematológicas e congênitas. O manejo dos pacientes submetidos a transplante de medula óssea requer equipe de enfermagem experiente, treinada e baseada em fundamentação científica, consistente e dinâmica, frente às diversas complicações sempre apta em planejar e executar o melhor cuidado possível. O enfermeiro se torna compassivo frente ao sofrimento, paradoxalmente buscando a melhor maneira de ajudar o paciente, na hora de sua morte. Os enfermeiros parecem ter dificuldade em lidar com os sentimentos da perda e da morte quando se envolvem emocionalmente com o paciente e com o familiar. Diante deste exposto, surgiu o interesse do grupo em estudar o enfrentamento do enfermeiro frente a morte: o morrer do paciente transplantado de medula óssea. **Objetivo:** Avaliar o enfrentamento do enfermeiro perante a morte? morrer do paciente submetido ao transplante de medula óssea. **Metodologia:** O estudo delimitou-se a fazer, exploratório e descritivo, sobre a compreensão do enfermeiro perante o processo de morte: o morrer dos pacientes de TMO e como o enfermeiro enfrenta a morte de pacientes e familiares. Os autores realizaram levantamento bibliográfico, na base de dados da biblioteca virtual de saúde (BVS), onde foi encontrado os descritores, em ordem alfabética frente à morte, medula óssea luto e enfermeiro. **Conclusão:** A morte dos pacientes transplantados de medula óssea é um fenômeno que acarreta profundas reações emocionais nos profissionais de enfermagem gerando uma barreira no processo de cuidar, frente a morte /morrer do paciente de TMO.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 109

OS ACOMPANHANTES DE PACIENTES EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Assis AR¹, Castro CMM², Medeiros MF², Rodrigues MR²

¹*Complexo Hospitalar de Niterói*

²*Universidade Estácio de Sá*

O transplante de células-tronco hematopoiéticas consiste na infusão de células hematopoiéticas por um cateter venoso central, com o objetivo de reconstruir o órgão hematopoiético. A realização desses transplantes vem aumentando nos últimos 15 anos, e em média são realizados, no mundo, 40.000 a cada ano. No Brasil entre os anos de 2015 e 2016 houve um crescimento de 12% nos transplantes de medula óssea. Para atender a essa demanda, o enfermeiro atuante no TCTH deve dispor de uma assistência especializada desde a admissão do paciente até a sua alta. Com isso, buscou-se identificar os sentimentos e percepções de acompanhantes dos pacientes em TCTH acerca dos cuidados de enfermagem em todas as etapas do transplante. A pesquisa utilizou-se de abordagem qualitativa e descritiva, com entrevistas semiestruturadas individuais a 25 acompanhantes de diferentes pacientes do setor de transplantes de um hospital da rede privada no estado do Rio de Janeiro. Em cada entrevista foi utilizado um formulário com questões abertas e fechadas para coleta de informações sociodemográficas e específicas da temática. Os dados foram lançados em planilha Excel para avaliação por frequência simples (%) e interpretação das respostas abertas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob protocolo: CAAE 55129416.0.0000.5284. Entre os 25 entrevistados, 68% eram do sexo feminino; 48% acima de 40 anos; 49% com ensino superior completo; 100% residindo no estado do RJ. Ao serem questionados sobre sua percepção acerca da adequada capacitação do enfermeiro para acompanhamento do paciente durante todas as fases do TCTH, obteve-se 92% de percepção positiva; 96% dos entrevistados afirmaram ter recebido orientação clara e objetiva sobre os procedimentos que seriam realizados no paciente, declarando sentimento de confiança no profissional e também demonstraram nítida percepção sobre os riscos e efeitos colaterais do TCTH. Apenas um (4%) entrevistado relatou ter dúvidas sobre o procedimento, entretanto a preocupação dos enfermeiros quanto à evolução do quadro clínico do paciente foi sentimento relatado também por 88% dos entrevistados. Percebeu-se elevada percepção dos acompanhantes sobre a capacitação do enfermeiro para atuação em TCTH e sua adequada assistência. Portanto, mediante tais resultados infere-se que a comunicação entre o enfermeiro e o acompanhante é uma ferramenta para o estabelecimento de confiança e harmonia, condições estas, fundamentais em uma unidade de transplante, onde permeia-se fragilidade tanto do paciente, como de seu acompanhante. Assim, observa-se que o acolhimento não ficara restrito apenas à escuta, fora expandido ao diálogo.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 110

ANALISE DO NÚMERO DE TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA (TMO) REALIZADOS POR TIPO DE PROCEDIMENTO, NO COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI- RJ

Assis AR¹, Valentin MRS¹

¹*Complexo Hospitalar de Niterói*

Palavras chaves: Transplante de medula óssea, transplante autólogo, transplante alogênico, mortalidade, patologia. Na última década, o Complexo Hospitalar de Niterói-CHN, realizou 542 transplantes de medula óssea (TMO), 100% por operadora de saúde, foram: 457 Autólogos, 57 Alogênicos (Alo) aparentados, 16 Alo não aparentados e 12 haploidenticos. Em junho de 2016, o CHN foi credenciado a realizar TMO Alo não aparentado e em agosto de 2016, houve uma redução, no TMO alogênico, pelo desabastecimento do melfalano, no mercado brasileiro. A distribuição das principais indicações de TMO autólogos: 278 mieloma múltiplo, 96 Linfoma não Hodgkin, 67 Linfoma de Hodgkin, 1 leucemia mielóide aguda, 3 semilinfoma, 1 amieloidose e 10 outras (neuroblastomas, no grupo pediátrico e Tumor de testículos). O objetivo deste estudo é analisar o número de TMO, realizados por tipo de procedimento e correlacionar as taxas internacionais. Realizou-se uma análise temporal de 2012 a 2017 e observou o desfecho da mortalidade (TRM), na fase precoce (internação hospitalar), iniciou com 3,9%, houve queda significativa em 2013, com 2,5% e em 2017, alcançamos uma TRM de 1% com a contratação de médico rotina. A unidade se mantém dentro da taxa acumulativa, onde a meta é de < 2% de TRM em autólogo (comparação) com o Center International Blood & Marrow Transplant Research (CIBMTR). A distribuição dos transplantes alogênicos por tipo: 60 aparentados, 16 não aparentado e 12 Haplo identicos, nas patologias: leucemia mielóide aguda (LMA), Leucemia linfóide aguda (LLA), Mielofribose, mielodisplasia (MDS), leucemia mielóide crônica (LMC), anemia aplástica, linfoma não hodking, leucemia de células dendríticas, outras indicações. A análise da TRM, relacionada ao TMO ALO, na fase precoce (até D+100) foram 18 casos e na fase tardia (D+100) foram 40 casos. Apresenta mortalidade precoce alta, porém dentro da taxa da referência CIBMTR e com curva de melhoria em abril de 2017, com o impacto direto, no transplante, com a contratação de médico rotina. (alcançamos uma TRM de 0%). As causas relacionadas aos óbitos precoces foram: Sepsis, GVHD agudo, AVE, TEP, Síndrome de oclusão sinusoidal, Hemorragia alveolar e nos óbitos tardios foram: GVHD Crônico, Recaída da doença e Sepsis. A taxa de sobrevida global no 1º ano pós Alo-TMO dos 88 pacientes foram: aparentados sobrevida mediana de 429 dias em Alo aparentado; sobrevida não atingida em Alo-não aparentado e sobrevida mediana de 317 dias em Haploidenticos. Discussão: resultados e comparação com dados CIBMTR: O programa de TMO autólogo apresentou resultados progressivos melhores ano a ano e no Programa de alogênico apresentou um aumento no número de doadores alternativos (Não aparentados e Haplo), compatíveis com taxas internacionais. Foram realizados planos de ação para: TRM precoce: Sepsis, manejo do GVHD agudo, revisão de casos de AVE e em relação a TRM tardia: Melhoria no manejo do GVHD crônico e Manejo das recaídas. Conclui-se que se faz necessário analisar os dados, realizar estratégias e ações que melhorem os resultados, no TMO, com a finalidade de aumentar a sobrevida no manejo clínico através da equipe multidisciplinar.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 111

ASK ME

Assis AR¹, Valentin MRS¹

¹*Complexo Hospitalar de Niterói-CHN*

Durante a internação hospitalar, o paciente está envolvido em diferentes fases do cuidado com uma equipe multidisciplinar, acompanhado de termos e procedimentos específicos. A legislação contribui para a qualificação do cuidado, no território nacional, a fim de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente; produzir e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente, corroborando na sistematização do cuidado. Os pacientes e familiares devem permanecer integrados com os processos e suas perguntas e comentários geralmente são uma boa fonte de informações sobre riscos, erros potenciais, e questões de segurança, no método do atendimento/tratamento, segundo a ROP. Através da comunicação é possível manter pacientes e familiares engajados com o processo do cuidado diário, o que favorece o envolvimento com as ações a serem implementadas, no cuidado. A satisfação do cuidado prestado pela enfermagem é mensurado através do IBRC – Instituto Ibero Brasileiro de Relacionamento como o Cliente, avaliando a qualidade das informações prestadas pela enfermagem que está em 100% no último biênio. Objetivo: Informar e promover a cultura pela segurança do paciente garantindo a qualidade do processo e da informação, na unidade de Transplante de medula óssea (TMO), através do quadro de plano de cuidado assistencial. Métodos: pesquisa descritiva, utilizando o quadro de plano de cuidado assistencial, com os itens: identificação localização equipe multidisciplinar riscos diários programação diária metas assistenciais solicitações, como ferramenta de aplicação, avaliação, interação com pacientes familiares equipes multidisciplinares, após realizar três perguntas: Qual o meu principal problema? O que eu preciso fazer? Por que é importante para mim fazer isso? Baseado na National Patient Safety Foundation (Agência Nacional de Segurança do Paciente). Conclusão: Observou-se 100% de adesão, na unidade de TMO, ao quadro de plano de cuidado assistencial, pelos pacientes familiares equipe multidisciplinar, da instituição avaliadora, melhorando a comunicação e corroborando na sistematização do cuidado.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 112

AVALIAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES DE ALTA EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA.

Esteves MFV¹, Oliveira LCF¹, Mello GCL¹, Paschoa TFF¹, Rocha RFP¹, Barros GMN¹, Candolo AA¹, Paton EJA¹

¹*Hospital de Câncer de Barretos*

Introdução: O TCTH é uma modalidade de tratamento que é constituído de um longo período de internação e diversos cuidados pós-alta. O sucesso do transplante está fortemente relacionado a uma equipe capacitada e um processo educacional efetivo com adesão aos cuidados pelos pacientes e familiares. Para isso, o paciente e seu cuidador são submetidos a um planejamento educacional que tem seu início pré-transplante e segue nos cuidados ambulatoriais. O ponto mais crítico do transplante é o momento de alta da internação, uma vez que é considerado um dos períodos mais vulneráveis para o paciente quando ele recebe inúmeras orientações que deverão ser seguidas rigorosamente. Nesse momento estão presentes sentimentos de ansiedade, incerteza e falta de compreensão acerca das orientações, diante de uma nova realidade que será vivenciada e dentro de um contexto de muita dependência da equipe de saúde. **Objetivo:** Avaliar a qualidade das orientações da alta hospitalar para melhorar seu planejamento e execução. **Metodologia:** É um estudo retrospectivo e quantitativo realizado entre Julho/2017 a Maio/2018. Foram elaborados e preenchidos questionários com os pacientes que receberam alta da unidade de TCTH no primeiro retorno no ambulatório. **Resultados:** A amostra foi constituída de 51 pacientes que estiveram internados nas unidades de TCTH adulto e infantil, 92,2% foram internações para transplante e 7,8% re-internações. Em relação ao tipo de transplante, 23,5% foram autólogos e os demais alogênicos aparentado, não-aparentado e haploidêmico. Em 86,3 % da amostra o acompanhante no momento da coleta dos dados foi o mesmo do momento da alta hospitalar, facilitando a continuidade das orientações prestadas para o cuidado domiciliar. Em relação às dúvidas referentes aos cuidados domiciliares, 21,6% dos pacientes manifestaram insegurança em algumas orientações de alta. Desses 11 pacientes, 72,7% manifestaram dúvidas relacionadas a medicações e o restante (27,3%) manifestaram dúvidas relacionadas à dieta, agendamento das consultas e às intercorrências. Em relação ao tipo de dúvida acerca das medicações, elas concentraram-se na identificação do medicamento, fracionamento de doses e administração, reforçando a importância de um planejamento de alta. Alguns pacientes apresentaram queixas pós-alta (47,1%), as mais frequentes estavam relacionadas à náusea, vômito, diarreia seguido de falta de apetite e dor. A atuação da equipe multidisciplinar foi efetiva, uma vez que 90,2% dos pacientes saíram da enfermaria com os agendamentos programados. **Conclusão :** A padronização das orientações e a checagem de possíveis falhas no processo de alta são de extrema importância, uma vez que com isso pode-se melhorar a qualidade dos atendimentos, diminuir as inseguranças e as re-internações, aumentando assim os índices de satisfação do paciente e contribuindo para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Transplante de células-tronco hematopoéticas, equipe multidisciplinar, alta hospitalar.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 113

A UTILIZAÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Esteves MFV¹, Cruz KRP¹, Mello GCL¹, Oliveira LCF¹, Barros GMN¹, Cândolo AA¹, Bedotti LR¹, Paton EJA¹

¹*Hospital de Câncer de Barretos*

Introdução : O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é uma modalidade terapêutica utilizada em doenças hematológicas malignas e não-malignas, que consiste em substituir a medula óssea doente pela sadia. Para tal procedimento, é necessário que o paciente possua um acesso central de bom calibre que permita a infusão de grande quantidade de volume. Nesse cenário, uma das opções utilizadas tanto para infusão de células-tronco hematopoéticas quanto para tratamento clínico é o cateter central de inserção periférica (PICC). O PICC é um dispositivo inserido através de uma veia periférica até o terço distal da veia cava superior. Outro importante ponto que se deve ressaltar é a autonomia do enfermeiro habilitado para avaliar e implantar o cateter, possibilitando a equipe mais uma opção de escolha dentre os dispositivos, adequando-os de acordo com a necessidade. **Objetivo** : Relatar o uso do cateter PICC no departamento de TCTH no Hospital de Câncer de Barretos. **Metodologia** : Estudo retrospectivo quantitativo realizado entre outubro/2017 a maio/2018. Foram contabilizados todos os cateteres PICC implantados nesse período para uso tanto para tratamento clínico quanto para infusão de CTH. **Resultados** : No total foram implantados 16 cateteres no período sendo: oito para tratamento clínico e oito com indicação de TCTH; todos eram valvulados, 5 FR e o implante foi realizado guiado por aparelho de ultrassom. A escolha do tipo de cateter foi decidida em equipe multiprofissional baseado na terapêutica do paciente, programação de internação e viabilidade de acessos periféricos. O tipo de veia onde foi inserido variou entre veia basílica (75%), veia cefálica (12.5%) e veia braquial (12.5%). O motivo para retirada também variou entre perda acidental (12,5%); suspeita de infecção (18,75%) e término do tratamento 43,75%; 25% dos cateteres continuam em uso. Dentre todos os cateteres implantados, dois casos se destacaram: dois pacientes com diagnóstico de LMA recaíram pós-TCTH e necessitaram de nova quimioterapia de indução. Estes pacientes passaram pelo período de neutropenia febril e em seguida realizaram novo TCTH no mesmo cateter, incluindo durante o acompanhamento no hospital-dia, permanecendo com os dispositivos quatro a cinco meses, sendo retirados apenas no momento de alta do hospital dia. **Conclusão** : O cateter PICC mostra-se eficaz para tratamento clínico e também para infusão de células-tronco, uma vez que é um cateter de fácil inserção, com baixa incidência de complicações e proporciona mais conforto para o paciente. O PICC se mostrou efetivo para as necessidades dos pacientes durante o período de internação e no hospital-dia. Outro ponto importante é a facilidade de ser inserido pelo enfermeiro, garantindo maior independência da equipe uma vez que não necessita de agendamento de sala cirúrgica e disponibilidade do cirurgião.

Palavras-chave: Transplante de células-tronco hematopoéticas, terapia infusional, cateter central de inserção periférica.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 114

DESAFIOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO AO PACIENTE SUBMETIDO AO TCTH ALOGÊNICO APÓS A ALTA HOSPITALAR

Silva PO¹, Zuckermann J¹, Morais DS¹, Oppermann CZ¹, Sasada INV¹, Pedebos GL¹, Grings CO¹, Carvalho L¹, Jochims AMK¹, Astigarraga CC¹

¹*Hospital de Clínicas Porto Alegre*

Introdução: O preparo para a alta hospitalar inicia ainda durante a internação, uma vez que se reconhece que os pacientes normalmente apresentam dificuldades na adaptação ao novo estilo de vida após a alta. Essas dificuldades podem interferir na manutenção dos cuidados que os pacientes devem ter nesse período, acarretando complicações e reinternações hospitalares. **Objetivo:** Descrever os principais desafios vivenciados pela equipe multiprofissional no manejo com o paciente transplantado após a alta hospitalar. **Material e Métodos:** Trata-se de um relato de experiência da equipe multiprofissional que presta assistência ao paciente após a alta hospitalar. As informações foram coletadas a partir dos registros dos atendimentos realizados pelos profissionais durante o acompanhamento realizado após a alta hospitalar e sistematização das discussões realizadas em rounds multiprofissionais realizados semanalmente. **Resultados e Discussão:** Os desafios encontrados pela equipe após a alta do paciente estão relacionadas principalmente as mudanças no estilo de vida que impõem algumas restrições e cuidados nas rotinas de higiene, alimentação, adesão à medicação e socialização. Muitos pacientes e familiares se sentem inseguros de sair do ambiente hospitalar protegido e assumir os cuidados de forma autônoma, acabando, por vezes, manifestando sintomas emocionais, como ansiedade e depressão. Devido ao período de recuperação imunológica, os indivíduos ficam mais restritos a ambientes fechados (residência), evitando o contato e a socialização. Tornam-se mais sedentários, com consequente alteração na resistência física para atividades de vida diária. O acesso aos medicamentos não disponibilizados na rede pública de saúde é uma dificuldade enfrentada por muitos e interfere na adesão ao tratamento, esgotando os recursos emocionais e econômicos da família, por vezes, já escassos. **Conclusões:** No geral, as demandas decorrentes do período pós-alta correspondem à adaptação fora do ambiente protegido do hospital e, na medida do possível, ao gradual retorno às atividades habituais. O preparo do paciente e da família com antecedência, no período pré e trans transplante, é fundamental para a adaptação às rotinas no pós alta, podendo minimizar os desafios que se apresentam. Uma equipe multiprofissional coesa e experiente é indispensável para auxiliar o paciente nesta transição e nas mudanças oriundas dela, utilizando os espaços de discussão coletiva em todas as etapas do acompanhamento ao paciente.

Palavras-chave: Equipe Multiprofissional; Alta Hospitalar; Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 115

ANÁLISE DE DESFECHO: FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO CLÍNICO

Waisbeck TMB¹, Silva CC¹, Ribeiro AAF¹, Vogel C¹, Costa LSS¹, Nogueira RMG¹, Costa CS¹, Hamerschlak N¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Introdução: O Transplante de Células Progenitoras Hematopoéticas (TCPH) é um procedimento altamente complexo, associado a riscos relevantes de morbi-mortalidade e com custos elevados. Relatos em literatura mostram a correlação entre qualidade assistencial em transplante e melhor desfecho clínico. Portanto, o plano de gestão da qualidade em TCPH deve incluir a análise de desfecho como ferramenta de avaliação do desempenho do programa com o objetivo de melhorar os resultados clínicos e a segurança do paciente, análise esta constitui padrão internacional de qualidade para instituições acreditadas pela *Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy* (FACT). **Objetivos:** Relatar os benefícios da análise de desfecho de pacientes submetidos à TCPH. **Material e Método:** Trata-se do relato de experiência de um programa de Gestão da Qualidade em TCPH de um Hospital privado, extraporte do Estado de São Paulo. Todos os dados relacionados ao procedimento são reportados a registros Nacionais, como o Registro Brasileiro de Transplante (RBT), e Internacionais como o *Center for International Blood and Marrow Transplantation Reserach* (CIBMTR), possibilitando Benchmarking Internacional com Centros transplantadores de complexidade equivalente. **Resultados:** Foi definido como desfecho a análise de morbidade e mortalidade, através de indicadores de sobrevivência em 30, 100 dias, 6 meses e 1 ano, indicadores de Doença do Enxerto contra Hospedeiro (DECH) Agudo grau II-IV e grau III-IV, DECH Crônica limitada e extensa, taxa de mortalidade relacionada ao TCPH (MRT) e taxa de mortalidade relacionada a recidiva (MRR). Os resultados são discutidos em reuniões de análise crítica anual e forneceram subsídios para avaliação de desempenho do programa de TCPH. De acordo com o reporte de sobrevivência internacional para TCPH alogênicos, analisado pelo CIBMTR o centro transplantador descrito foi classificado na categoria “0” definido como dentro dos padrões internacionais de sobrevivência. Resultados fora do esperado requer plano de ação e monitoramento, como por exemplo, a discussão de todos os casos de mortalidade anterior ao D+100 em reuniões críticas de MRT. A transparência em relação aos dados também permitiu a discussão dos possíveis desfechos com pacientes e familiares, podendo instrumentalizar o processo decisório em relação ao tratamento. **Conclusão:** A análise crítica de resultados pode fornecer dados para avaliação de desempenho clínico e direcionar intervenções para uma assistência centrada no paciente, de forma a assegurar o processo de melhoria contínua, proporcionando melhores práticas com desempenho de qualidade e segurança.

Palavras-Chave: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde, Gestão da Qualidade, Transplante de Medula Óssea

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 116

ANÁLISE DE CENÁRIO DE FIM DE VIDA E INCLUSÃO DA EQUIPE DE SUPORTE NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Costa LSS¹, Vogel C¹, Waisbeck TMB¹, Nogueira CV¹, Silva CC¹, Nogueira RMG¹, Souza PMR¹,
Tsuchida CM¹, Aquino MI¹, Hamerschlak N¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Pacientes com doenças Hematológicas malignas experimentam uma série de sintomas em decorrência do tratamento antineoplásico e de progressão da doença em alguns casos. Complicações são comuns e resultam em hospitalizações frequentes e investigações invasivas, resultando em sofrimento físico e psíquico para o paciente e seus cuidadores. Uma melhor compreensão de como os pacientes hematológicos são gerenciados nos últimos dias de vida pode identificar lacunas na assistência e fornecer subsídios para melhorar a qualidade do cuidado. Os objetivos do trabalho são descrever o cenário de fim de vida dos pacientes que foram a óbito após transplante de células tronco-hematopoiéticas (TCTH) e compartilhar mudança na prática baseados nos resultados. Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo, a partir da análise de pacientes submetidos à TCTH que evoluíram a óbito no período de Janeiro/2010 à Julho/2016 por TRM (*Transplant Related Mortality*) e recaída/progressão da doença de base de um hospital privado de extra-porte em São Paulo, excluídos os que foram a óbito fora deste hospital. Resultados: Na impossibilidade de tratamento curativo, a equipe de cuidados paliativos (PC) é acionada pelo médico titular. Avaliados 412 TCTHs, 100 pacientes evoluíram a óbito por TRM e progressão da doença. Dos 63 (63%) óbitos por TRM, a equipe de cuidados paliativos acompanhou 8 (13%), destes, 5 (8%) morreram em unidade de terapia intensiva (UTI) e 3 (5%) pacientes morreram no quarto, livres de terapia fútil; 55 (87%) pacientes não foram acompanhados e tiveram óbito em UTI. Analisando os óbitos por progressão da doença, dos 37 (37%) pacientes, 17 (46%) foram acompanhados por PC, destes 12 (32%) pacientes morreram no quarto, 5 (14%) morreram em UTI. Dos 20 (54%) pacientes que não foram acompanhados, 19 (51%) morreram em UTI e apenas 1 (3%) no quarto. Após análise destes resultados e reuniões multiprofissionais foram realizadas mudanças no fluxo de acionamento da equipe, denominada então, equipe de suporte aos pacientes submetidos ao TCTH. O novo fluxo foi estabelecido em janeiro de 2018 e consta da avaliação de todos os pacientes adultos submetidos ao TCTH no momento de avaliação pré TCTH e com seguimento semanal para auxílio em manejo de sintomas e manutenção de vínculo. Concluímos que nossos resultados vão de encontro com literatura publicada, onde nos deparamos com dificuldades em compreender a impossibilidade de reversão do quadro de deterioração do paciente. O fechamento de todo o cuidado com a mesma equipe nos remete ao encerramento do ciclo desta vida, desde o diagnóstico ao luto. Modificamos o modelo de acionamento da equipe de suporte, passando a fazer parte da equipe multiprofissional iniciando atendimento na fase inicial do tratamento, em análise futuras observaremos se estas ações impactarão em melhores resultados e qualidade do que é oferecido, principalmente aos pacientes que evoluíram a óbito por progressão da doença que foram transferidos para UTI.

Palavras Chave: Transplante de Medula Óssea; Cuidados Paliativos; Equipe de Assistência ao Paciente

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 117

USER-CENTERED DESIGN: A ACEITABILIDADE DO SOFTWARE APLICATIVO TMO-APP NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS

Duarte AM¹, Mandetta MA²

¹*Universidade de Brasília*

²*Universidade Federal de São Paulo*

Introdução: o diagnóstico de câncer em uma criança/adolescente desencadeia sofrimento profundo em todos os membros da família. Quando ocorre a indicação do transplante de células-tronco hematopoiéticas, a família tem o sentimento de vulnerabilidade intensificado. Para o enfrentamento dessa situação, a informação tem sido referida pela família como fundamental. No entanto, observa-se uma escassez de materiais informativos que atendam às demandas da família. Dessa maneira, desenvolveu-se um *software* aplicativo informativo denominado *TMO-App* norteado pelo referencial teórico do Modelo do Cuidado Centrado no Paciente e na Família e metodológico do *User-Centered Design*. Questiona-se como a família avalia a aceitabilidade e a usabilidade do material informativo. **Objetivo:** avaliar a aceitabilidade e usabilidade do *software* aplicativo sobre transplante de células-tronco hematopoiéticas pela família da criança com câncer. **Materiais e Métodos:** estudo de caso qualitativo, com uma família de criança vivenciando o processo de transplante do filho. A coleta de dados deu-se por meio de observação participante, entrevista semi-estruturada e diário da família. A Análise Qualitativa de Conteúdo guiou o processo analítico dos dados. Todos os aspectos éticos foram garantidos. **Resultados:** participou uma família de criança com diagnóstico de leucemia internada para realização do transplante. Da análise dos dados referentes aos 37 dias de utilização do aplicativo, observou-se que a família, composta pela mãe e dois filhos, esteve unida em torno da criança. O pai, apesar de separado da mãe, esteve presente em vários momentos da internação e se dividia com a mãe nos cuidados com a criança. Em sua narrativa, os pais perceberam o *software* aplicativo *TMO-App* como um instrumento útil porque lhes facilitou o acesso à informação; gerou poder para lidarem com a situação e fortaleceu a autoconfiança durante a terapêutica. Houve aumento da satisfação da família ao acessar a informação; empoderamento para a tomada de decisão e participação no cuidado da criança; e maior colaboração com o processo de cuidado. **Conclusões:** a avaliação da aceitabilidade e usabilidade do *software* aplicativo *TMO-App* revelou-se positiva pela família, sendo útil para ajudá-la a obter informações em seu próprio tempo, e que a tornaram mais segura e confiante durante a terapêutica. Considera-se que o *software* aplicativo *TMO-App* é uma potencial estratégia informativa para atender as famílias em seu direito a informação. Este estudo avança, pois não apenas contribui para validar a informação como estratégia de enfrentamento, mas também destaca uma tecnologia interativa, que se apresenta como um novo caminho para promover o empoderamento da família de crianças/adolescentes com câncer submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas.

Palavras-chaves: transplante de células-tronco hematopoiéticas, tecnologia da informação, família, enfermagem pediátrica, câncer infanto-juvenil.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 118

EXPERIÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ACERCA DA REDE DE APOIO DO PACIENTE PEDIÁTRICO SUBMETIDO AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Harter J¹, Kuntz SR¹, Battistel AP¹, Ribeiro LS¹, Oliveira CC¹, Daudt LE¹

¹*Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Introdução: A realização de um transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) é um processo complexo que exige acompanhamento por um longo período. Dessa forma, tanto o paciente quanto os familiares precisam de suporte em diversos aspectos durante e após internação, principalmente quando se trata de pacientes pediátricos. Essa situação é ainda mais complicada quando a família tem sua rede de apoio de origem distante do Hospital onde realiza o procedimento e o acompanhamento. Em 2017, mais da metade dos pacientes pediátricos que realizaram o TCTH alogênico no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) precisou deslocar-se de um município do interior do Rio Grande do Sul ou do seu estado de origem. Portanto, o objetivo deste trabalho foi discutir medidas necessárias para auxiliar essas famílias nesse período. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de membros da equipe multiprofissional da unidade de ambiente protegido HCPA. **Resultados e discussão:** O deslocamento do paciente pediátrico e sua família de um local distante de sua origem para a realização do TCTH demanda uma organização prévia e sempre é um aspecto a ser considerado pela equipe. A presença de um acompanhante na internação é obrigatória e questões como afastamento do emprego, presença de outros filhos, renda da família, entre outros aspectos, acabam surgindo. Nesse sentido, as consultas pré e pós-transplante com a equipe multiprofissional são de extrema importância, pois possibilitam o acolhimento, o preparo para a internação e para alta, bem como a identificação de individualidades e possíveis dificuldades da família quanto aos cuidados necessários e demandas psicossociais a serem organizadas. Vê-se na internação que, a distância dificulta, por exemplo, a troca de acompanhantes, o que pode acarretar em um acompanhante sobrecarregado. Para o paciente, o distanciamento da família e em alguns casos, da vida escolar, pode levar a um humor deprimido. Nesses casos, o acompanhamento psicológico, bem como dos recreacionistas tem um papel essencial. Na alta, esses pacientes precisam permanecer próximos ao Hospital e para isso é necessário organizar a estadia em casas de apoio, aluguel de imóvel ou a casa de outros familiares e amigos que permita um acompanhamento adequado do pós-transplante. Nesse contexto, cabe ressaltar a importância das visitas domiciliares. Além disso, a articulação da equipe com a rede assistencial da região do domicílio do paciente torna-se fundamental no retorno do paciente a cidade de origem. Na prática, essa articulação facilita a continuidade do acompanhamento ou atenção complementar ao tratamento, embora seja um desafio pois envolve diversos serviços em diferentes condições. **Conclusão:** Diversas medidas são necessárias para que o paciente e sua família tenham um suporte adequado durante o período do TCTH e para tanto, além do envolvimento da família, a participação da equipe multiprofissional e o planejamento desse processo são fundamentais.

Palavras chave: Pediatria, doenças hematológicas, transplante de medula óssea.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 119

ASSISTÊNCIA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Oliveira JP¹, Queiroz AEFO¹, Dias DDS¹, Galvão FMF¹, Machado RT¹, Silva SHP¹, Queiroz TV¹, Gomes JM¹, Gomes LMGP¹, Leal NP¹

¹*Hospital Universitário Walter Cantídio*

Introdução: A assistência de enfermagem é de extrema importância na unidade de transplante de medula óssea, por se tratar de um processo longo e complexo, que envolve complicações de diversos tipos. Os pacientes submetidos ao Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) necessitam de uma atuação de enfermagem qualificada, apesar da especificidade não há uma capacitação para a equipe de técnicos de enfermagem do serviço, esse conhecimento é adquirido no dia a dia por meio das experiências vivenciadas. O estudo torna-se relevante devido à ausência de publicações relacionadas ao tema. **Objetivo:** Relatar a importância da assistência do técnico de enfermagem a pacientes submetidos ao TCTH. **Material e Métodos:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado no centro de TCTH do Hospital Universitário Walter Cantídio no estado do Ceará, no período de maio de 2018. **Resultados:** O serviço é composto por oito leitos que assiste pacientes autólogos, alogênicos e intercorrências inerentes ao TCTH. A equipe de enfermagem do serviço é composta por nove enfermeiros e doze técnicos de enfermagem. Na chegada do paciente a unidade são realizados procedimentos como: coleta de exames, verificação de peso, altura e sinais vitais, encaminhamento para realização de banho por aspersão, acomodação em seu leito e orientações quanto a rotinas do serviço. Diariamente são realizadas as atividades: verificação de sinais vitais, mensuração do peso e de circunferência abdominal; cuidados com cateteres; preparo e administração de medicamentos; realização de balanço hídrico rigoroso; prevenção de infecções: vigilância de sinais e sintomas no período de aplasia medular, orientação de cuidados de higiene. Durante a infusão de células tronco hematopoiéticas, o técnico de enfermagem é responsável por preparar e monitorizar o paciente, auxiliar o médico durante o procedimento, observar sinais de complicações e realizar intervenções. **Discussão:** O cuidado contínuo da equipe de enfermagem e a integração com a equipe interdisciplinar traz benefícios para os pacientes, pois há uma troca de conhecimentos acerca do procedimento realizado. O profissional por estar diretamente relacionado ao cuidado é o agente responsável pela recepção e acolhimento do paciente, promove as orientações quanto às rotinas do serviço e mantém o paciente e a família orientados quanto a importância de seguir as recomendações em relação ao cuidado. Os cuidados do técnico enfermagem propiciam a promoção do autocuidado e proteção do paciente. **Conclusão:** Uma assistência de enfermagem individualizada proporciona uma recuperação precoce, visto que por meio de uma identificação rápida de alterações fisiológicas apresentadas pelos pacientes é possível intervir de maneira adequada em determinado agravo, impactando na melhora da assistência e diminuição de custos hospitalares. Assim, o técnico de enfermagem tem grande importância nos cuidados prestados aos pacientes.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 120

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS SUBMETIDAS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA PARA TRATAMENTO DE ANEMIA FALCIFORME

Santos FVB¹, Marques JF¹, Sazaki M¹, Silva MAP¹, Lima M¹, Moraes F¹, Costa TJR¹, Carvalho RL¹,
Lima AC¹, Seber A¹

¹*Hospital Samaritano de São Paulo*

O único tratamento que atualmente pode curar a doença falciforme é o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). A Portaria N^o 2.122 de 21 de Dezembro de 2015 estabelece pré requisitos clínicos para indicação TCTH aparentado mieloablativo para tratamento da doença falciforme, que passaram a constar do Anexo VII da Portaria n^o2.600/GM/MS, de 21 de outubro de 2009. Entre eles, podemos citar alteração neurológica devida a acidente vascular encefálico, osteonecrose em mais de uma articulação e mais de duas crises vasculares graves no último ano. O condicionamento indicado no Brasil para doença falciforme é timoglobulina (ATG), fludarabina e bussulfano e profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) com ciclosporina e metotrexate. Em contraste com os pacientes pediátricos, habitualmente saudáveis, as crianças com anemia falciforme já têm inúmeras comorbidades e grande risco de vida caso o TCTH não seja realizado em condições ideais, adaptadas às suas necessidades. Nosso **objetivo** é descrever os cuidados de enfermagem necessários no transplante de crianças com anemia falciforme. **Métodos:** o cuidado dos pacientes foi planejado baseando-se em extensa revisão de literatura, de protocolos clínicos, contato e aulas com a equipe de TCTH da USP de Ribeirão Preto, centro de referência para transplante de doença falciforme em nosso país. **Resultados:** Os principais cuidados de enfermagem, além da avaliação multi-disciplinar e dos cuidados já praticados em TCTH, são 1) rigorosa avaliação pré transplante, incluindo função renal, cardíaca, pulmonar, óssea, ressonância de crânio, avaliação do depósito de ferro em fígado e coração, avaliação hormonal e planejamento de técnicas de preservação de fertilidade, vacinação de familiares que serão contatos domiciliares após o transplante, autorização do juiz para doação de medula pelo irmão com menos de 18 anos; 2) redução da hemoglobina S pré condicionamento para menos de 30% através de eritrocitaférese ou transfusão de concentrado de glóbulos (compatíveis com doador e receptor), quando necessário associado a sangria prévia; 3) prevenção de novo acidente vascular cerebral com controle rigoroso da pressão arterial dentro de limites normais, controle rigoroso do nível sérico de ciclosporina, pois também aumenta, nestas crianças, o risco de síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES), manutenção de hemoglobina entre 8 e 9 g/dL, contagem plaquetária sempre acima de 50.000/mm³ e uso prolongado de lamotrigina até a suspensão da ciclosporina. Duas meninas de 10 e 16 anos foram transplantadas segundo este protocolo há 18 meses com excelentes resultados e sem efeitos adversos inesperados. **Conclusão:** Além da assistência de enfermagem realizados rotineiramente nos TCTH, crianças com anemia falciforme necessitam de avaliação específica e rigoroso controle hematológico e da pressão arterial, fundamentais para o sucesso do tratamento.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Enfermagem**
Trabalho: 121

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE PÓS-TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICO

Queiroz TV¹, Menezes ISB¹, Perdigão MMM¹, Freire NCB¹, Gomes LMGP¹

¹*Hospital Universitário Walter Cantídio*

Introdução: O Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) tem se desenvolvido como um importante método de tratamento para doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas. O transplante pode ser autogênico, alogênico ou singênico. É dividido em três etapas: pré, intra e pós-transplante. Devido à complexidade do procedimento e os riscos de complicação, faz-se necessário um acompanhamento próximo desses pacientes após o transplante. Sendo o tema Transplante de Medula Óssea atual e considerando a forte presença do enfermeiro em todo o seu processo, é relevante a ampliação de conhecimentos sobre o assunto, possibilitando um maior esclarecimento do seu papel, tanto para a comunidade científica quanto para os profissionais da área.

Objetivos: Descrever as atividades desempenhadas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem no ambulatório de pós-TCTH alogênico. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado no centro de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas do Hospital Universitário Walter Cantídio do Ceará. **Resultados:** As consultas no ambulatório ocorrem semanalmente, inicialmente o transplantado é visto duas vezes por semana, posteriormente, de acordo com seu quadro clínico e melhora, são espaçadas as consultas para uma vez por semana e depois a cada 15 dias nos três primeiros meses. Durante as consultas, são verificados sinais vitais como: pressão arterial, saturação de oxigênio, frequência cardíaca e peso. A enfermeira realiza anamnese e exame físico avaliando possíveis complicações relacionadas à imunossupressão, infecções, Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH), perda do enxerto e recidiva da doença.

Discussão: A partir da identificação dos problemas, a enfermeira define um plano de cuidados, bem como conversa com outros profissionais da saúde, visando solucionar as demandas do transplantado. O ambulatório atende ainda às demandas emergenciais, ficando a enfermeira responsável por administração de medicamentos, retirada de pontos, hidratação, curativos e biópsias. Ocorre também a orientação de pacientes e familiares sobre prevenção de complicações, controle de demais comorbidades, atualização do calendário vacinal e readaptação do paciente aos hábitos pré-transplante.

Conclusão: O paciente pós-TCTH necessita de atenção individualizada e interdisciplinar. A partir desse trabalho se faz evidente a importância e a forte atuação do enfermeiro no transplante. Sua presença é diferencial, essencial e colaborativa, abrangendo várias linhas de cuidado, entre elas o cuidado com o paciente de forma holística e individualizada. Desta forma a consulta de enfermagem identifica problemas e riscos potenciais realizando intervenções precoces.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 122

O PACIENTE IDOSO NO TMO: ASPECTOS EMOCIONAIS DO IDOSO NO PRÉ- TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Baptista CHV¹, Motta CL¹, Filho JUA¹, Scheinberg P¹

¹*BP MIRANTE*

Introdução: Com os avanços nas áreas de Hematologia e TMO (Transplante de Medula Óssea), a inserção de idosos no tratamento se tornou possível. A idade se mostrava como um dos fatores para inviabilizar o Transplante, tendo em vista que, aspectos como, comorbidades e imunosenescência se constituíam enquanto impeditivos importantes para a realização do tratamento. Quanto aos aspectos psicológicos que circundam a situação de transplante, é importante frisar que este evento pode se constituir enquanto gerador de estresse, ansiedade e depressão, necessitando do suporte psicológico em todas as etapas do tratamento a fim de viabilizar a expressão dos sentimentos com o intuito de promover a elaboração psíquica de possíveis conflitos emocionais advindos da necessidade de realização deste. Dentre os momentos em que a intervenção psicológica se faz necessária, destaca-se o contato pré-TMO. **Objetivo:** O presente trabalho visou compreender e identificar os aspectos emocionais de um paciente idoso frente à possibilidade de realização do TMO, bem como os possíveis recursos de enfrentamento por ele utilizados. **Método:** Para a obtenção dos resultados, foi realizada uma avaliação psicológica ambulatorial com o paciente com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. A Avaliação Psicológica de idosos no pré-TMO é realizada após a avaliação e orientação de todos os profissionais que constituem a equipe de saúde. **Resultado:** Na avaliação do paciente (J. , 71a, casado, 2 filhos, católico, assistente administrativo), identificou-se recursos de enfrentamento funcionais e condizentes com o momento do pré-TMO. O mesmo apresentou a relação com a família, com a religiosidade e com a espiritualidade como recursos emocionais importantes para lidar com a situação de adoecimento, avanço da doença e conseqüente possibilidade de TMO. Um dos fatores que se mostrou importante gerador de estresse e ansiedade foi a correlação feita pelo paciente quanto à sua idade e possibilidade de morte iminente pelo TMO. **Discussão:** Observou-se que recursos de enfrentamento funcionais do paciente no pré-TMO, se estimulados de maneira adequada, puderam propiciar melhor adesão ao tratamento e melhor enfrentamento durante as etapas posteriores do TMO. Também se mostrou funcional, intervenções de desmistificassem a relação entre “envelhecimento e morte iminente frente ao TMO”, propiciando, assim, maior gama de recursos de enfrentamento por parte do paciente o que, conseqüentemente, apresentou melhor adesão ao que foi proposto pela equipe de saúde durante a internação para o TMO. **Conclusão:** Observa-se que o paciente idoso apresenta necessidades específicas diante da possibilidade de TMO, demonstrando que a avaliação e acompanhamento psicológicos são primordiais para a promoção da adesão ao que é proposto pela equipe. Percebe-se, também, que concepções sociais acerca da morte, do envelhecimento e do próprio TMO, podem se apresentar como fatores geradores de ansiedade, depressão e estresse no paciente idoso.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 123

HOSPITALIZAÇÃO E CUIDADO FAMILIAR EM UMA UNIDADE DE AMBIENTE PROTEGIDO

Avritchir TA¹, Peruzzolo J¹, Lemberg PB¹, Grings CO¹, Anton MC¹

¹*Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

INTRODUÇÃO: A hospitalização é considerada uma situação de crise, pois faz com que a forma habitual de vida seja interrompida, ocasionando uma ruptura na história do paciente e dos familiares que a vivenciam. Há evidências a respeito da influência positiva que o familiar cuidador desempenha no enfrentamento do paciente durante sua hospitalização, proporcionando apoio emocional. Contudo, o papel de cuidador implica em importante estresse, resultando em sintomas físicos (distúrbio no sono, fadiga, perda de peso) e psicológicos (ansiedade e depressão). **OBJETIVOS:** Ressaltar a importância do acompanhamento psicoterapêutico aos familiares cuidadores ao longo da internação em uma Unidade de Ambiente Protegido (UAP). **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, realizado na UAP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **DISCUSSÃO:** O papel do cuidador é de extrema importância, tendo um maior envolvimento e complexidade ao se falar de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH). O familiar que acompanha o paciente durante a internação representa a figura de segurança e afeto, bem como auxilia nas rotinas de cuidado estabelecidas na UAP. A incumbência de acompanhar o paciente é extremamente difícil, estressante e desafiadora para quem mantém vínculos afetivos com o doente. Além de sofrer o impacto do diagnóstico e acompanhar o processo decisório em relação ao TCTH, depara-se também com a responsabilidade de um cuidado constante e de longa duração. O dia a dia do cuidador é construído em virtude das necessidades do outro. A literatura apresenta que emergem sentimentos como impotência, tristeza, medo, angústia, responsabilidade do cuidar, vazio, energia esgotada e ego enfraquecido. Sendo assim, para que os familiares consigam lidar com tais sentimentos, ser contínuos ao paciente e colaborem neste momento crucial do tratamento, eles necessitam utilizar mecanismos de defesa adaptativos. A intervenção psicológica se propõe a auxiliar o cuidador familiar no enfrentamento dos conflitos emocionais decorrentes da crise do adoecimento e da hospitalização, amenizando o sofrimento e o desgaste do longo processo do transplante. **CONCLUSÃO:** O familiar cuidador vivencia ansiedades e angústias decorrentes do adoecimento e do tratamento complexo de seu ente querido, bem como condições psíquicas relacionadas ao papel de cuidador. Vive um estado de sofrimento emocional e de apreensão frente aos riscos do TCTH, convivendo com inúmeros medos, inclusive o medo da perda. Sendo assim, o acompanhamento psicológico durante esse período crítico contribui para viabilizar a expressão de sentimentos, amenizar o desgaste emocional e auxiliar os cuidadores a exercerem o seu papel de modo mais adaptativo.

PALAVRAS-CHAVE: Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas; Cuidador familiar; Hospitalização; Unidade de Ambiente Protegido; Psicologia.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 124

RELAÇÃO ENTRE NUTRIÇÃO PARENTERAL E A ADESÃO À DIETA EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TMO: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E REABILITAÇÃO NUTRICIONAL EM DISCUSSÃO

Baptista CHV¹, Castilho CFC¹, Motta CL¹, Scheinberg P¹

¹*HOSPITAL BP MIRANTE*

INTRODUÇÃO Sabe-se que a nutrição parenteral (NPT) pode ser uma alternativa de intervenção importante para o paciente submetido ao TMO, a alta prevalência de sintomas gastrointestinais como náuseas, vômitos, diarreia, mucosite e odinofagia levam o paciente a evoluir com baixa aceitação alimentar, culminando em conseqüências que influenciam na evolução do estado nutricional durante todo período de internação. Também é observado que a relação emocional com o ato de comer pode ser prejudicada nesses pacientes, como é percebido tanto na experiência quanto na literatura. A comida tem representação simbólica notável para o paciente em diversos contextos além das patologias nutricionais em si. **OBJETIVO** Diante disso, torna-se válido discutir e identificar os aspectos emocionais acerca da inserção da NPT no tratamento do paciente na unidade de TMO e as possíveis repercussões de tal evento. **METODO** Trata-se de um estudo observacional de 11 pacientes que deram início ao uso de NPT entre os D+5 e D+14 devido queixas gastrointestinais supracitadas. A observação se deu no período de 25/11/2016 até 25/04/2018. Para a obtenção dos resultados, os casos foram acompanhados pelos serviços de Nutrição e Psicologia, com atendimentos periódicos desde as avaliações Pré-Transplante ao dia da alta hospitalar. **RESULTADOS.** Os pacientes que evoluíram com necessidade de intervenção nutricional via NPT não apresentaram declínio do estado nutricional em relação à admissão, indicando que este estado favorável está relacionado a um melhor desfecho dos pacientes. Já quanto aos aspectos psicológicos, foi possível observar reações de medo e ansiedade relacionadas ao retorno da dieta via oral. O medo se fez predominante nos pacientes, por conta de fantasias acerca da ingestão. O medo da dor ou de náuseas foram os aspectos mais citados. Observou-se, também, aspectos disfuncionais na imagem e esquema corporal dos pacientes. **DISCUSSÃO** Apesar de se observar sucesso do ponto de vista nutricional, os aspectos emocionais se mostraram determinantes na adesão às dietas, tanto via oral quanto parenteral, tendo em vista que a inserção da NPT apresentou um caráter de alívio de diversos sintomas como, por exemplo, a mucosite - indicando a concepção de que a NPT poderia ser uma intervenção positiva. Em contrapartida, os aspectos emocionais negativos identificados se relacionam às fantasias de declínio do quadro clínico e ao surgimento de comportamentos regredidos após a inserção da NPT o que, por sua vez, reforçam negativamente a reabilitação para a ingestão via oral. Tal dificuldade para a ingestão via oral pode estar atrelada ao medo de sentir dor e à dificuldade de lidar com o novo esquema corporal estruturado emocionalmente após a vivência de dor e desconforto. **CONCLUSÃO** Por fim, ressalta-se que a interdisciplinaridade pode promover ações importantes para a adesão e reabilitação nutricional e emocional do paciente. Observa-se a necessidade de novos estudos sobre o tema.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 125

O ADOECIMENTO DOS QUE SE DEDICAM À CURA: AVALIAÇÃO DE BURNOUT DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA.

Benamor LN¹, Pereira DR¹, Bouzas LFS¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA*

A síndrome de *burnout* é um tipo de resposta prolongada a estressores relacionados ao trabalho, em que o profissional vivencia sofrimento físico e psíquico. Profissionais da área de saúde estão constantemente expostos ao risco de sofrerem *burnout*, incluindo os que trabalham com o transplante de medula óssea – procedimento marcado por sua alta complexidade e especificidade. O objetivo desta pesquisa foi analisar a ocorrência de *burnout* na equipe multidisciplinar de um centro de transplante de medula óssea localizado na cidade do Rio de Janeiro, assim como investigar quais fatores estariam mais correlacionados à síndrome. Trata-se de um estudo prospectivo transversal de abordagem quali-quantitativa com 68 participantes, correspondendo a 70,8% da equipe. Utilizaram-se dois instrumentos de coleta de informações: um questionário para identificar características sociodemográficas e o Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). As pontuações nas subescalas do MBI indicaram um alto nível de exaustão emocional em 42,6% dos entrevistados; um alto nível de despersonalização em 22,0%; e um baixo nível de realização profissional em 19,1%. Foram identificadas, através do teste Qui quadrado, correlações da presença da síndrome de *burnout* nos seguintes contextos: um menor tempo de serviço; não ter filhos; sensação de não participação nas decisões da equipe; sentimento de não reconhecimento do trabalho pelos pacientes e demais profissionais; sintomas físicos associados à rotina de trabalho e pela não escolha do profissional em estar alocado no setor. Em conclusão, destaca-se a vulnerabilidade dos profissionais de saúde para o *burnout*, potencializada pela identificação da presença de diferentes estressores advindos tanto de características individuais, como do contexto laboral. O conhecimento do adoecimento por *burnout* para a prevenção e tratamento dos mesmos é, portanto, um requisito fundamental para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e satisfação no trabalho.

Palavras-chave: esgotamento profissional, equipe de assistência ao paciente, transplante de medula óssea.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 126

ESTRATÉGIA COLETIVA DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE ÀS PERDAS NO CONTEXTO DO TCTH

Peruzzolo J¹, Avritchir TA¹, Lemberg PB¹, Grings CO¹, Paz AA¹, Daudt LE¹

¹*Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

INTRODUÇÃO: Ainda na contemporaneidade, a reflexão sobre o processo de morrer e sobre a morte em si traz inúmeros desafios aos profissionais da saúde. Como a tecnologia para prolongamento da vida está em constante aperfeiçoamento e crescimento, esse processo pode fazer com que a morte seja percebida como um fracasso diante de todo o investimento realizado no paciente. São comuns sentimentos de tristeza, impotência e frustração. No cenário de alta complexidade do transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), no qual existem inúmeras situações limítrofes, a equipe precisa encontrar formas de lidar com as perdas e os sentimentos decorrentes, a fim de continuar (re)investindo no trabalho cotidiano. **OBJETIVO:** Ressaltar a importância de potencializar um espaço formalizado de discussão multiprofissional como estratégia coletiva de uma equipe para o enfrentamento das perdas dos pacientes submetidos ao TCTH. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, embasado na literatura relacionada ao tema. **DISCUSSÃO:** O paciente que interna para o TCTH demanda inúmeros cuidados e importante investimento da equipe assistencial devido ao tratamento altamente especializado e à sua condição crítica. Paralelamente às chances de sucesso do procedimento, existem muitos riscos associados, inclusive o risco de morte. Contudo, mesmo com o conhecimento dessas possibilidades, a equipe tem como foco principal a boa resposta ao tratamento e a recuperação. Percebe-se que uma das maiores dificuldades da assistência consiste em lidar com o agravamento da condição clínica do paciente e, conseqüentemente, com a perda. Frente a isso, os profissionais fazem uso de defesas psíquicas tais como negação, projeção, racionalização, intelectualização, isolamento, identificação e somatização, que irão permear o modo de enfrentamento das situações críticas e das perdas. Há diversas reações individuais, as quais estão relacionadas principalmente às condições psíquicas de cada profissional, todavia existem estratégias coletivas de enfrentamento que podem amenizar o desgaste e o sofrimento da equipe. Entre elas, acredita-se que o espaço já existente para a discussão dos casos possa ser ampliado de modo a permitir o compartilhamento das vivências e sentimentos, sendo continente e favorecedor de saúde mental no trabalho. **CONCLUSÃO:** Potencializar um espaço formalizado de discussão multiprofissional possibilita a inserção no plano de cuidado do paciente, o alinhamento de condutas e a apropriação dos processos, dos quais todos os membros da equipe fazem parte. Sendo assim, é de suma importância oportunizar tal espaço para que as impressões e os sentimentos a respeito das perdas sejam verbalizados e compartilhados entre a equipe cuidadora. Assim, é possível promover uma estratégia coletiva de enfrentamento, desmistificando distorções, permitindo a integração do processo e contribuindo para a elaboração do luto.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 127

REDA - ADAPTADO: UMA NOVA VERSÃO DO PROJETO DE COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE, PACIENTES E FAMILIARES, NUMA UNIDADE DE TMO

Couto C¹, Chamusca AP¹, Monteiro A¹, Salvino MA¹

¹*Hospital São Rafael*

Introducao: A equipe multidisciplinar do Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) do Hospital São Rafael, já referencia no País em varias especialidades, foi transformando-se ao longo de 7 anos e mais de 300 procedimentos de TCTH. Além da necessidade de desempenhar suas atividades assistenciais de forma mais homogenia, tendo em foco o formato de informações e ações adequadas a um perfil especifico para cada paciente avaliado previamente, através do modelo de Comunicação REDA, percebeu-se novos formatos a serem observados e estudados. Na internaacao internamento contamos com, um familiar ou núcleo de referencia do paciente em questão que representa outro nicho de comunicação, tão importante quanto. Não obstante, o proprio paciente apresentou mudanças, ao longo de internamentos subsequentes, no Perfil de Comunicação estabelecido no internamento inicial para realização do TCTH.

Objetivos : Adequar o Perfil de Comunicação (PC) ao momento atual do paciente; Agregar o PC da familia e do familiar de referencia para facilitar o processo de comunicação da equipe multidisciplinar envolvida no atendimento assistencial do paciente em processo TCTH; Ampliar as estratégias de comunicação.

Material e Métodos : O Projeto REDA original teve como base o estudo de dois métodos: o Estilo de Comunicação Smart Doctor, desenvolvido por Dr. Josep Alcaraz Echarri, que por sua vez foi inspirado do Método DISC, baseado em conceitos da psicologia do comportamento e desenvolvido por Willian Mouton Marston em 1928. A partir da utilização de tal classificação em todo o paciente em fluxo do TCTH, acolhido ambulatorialmente pela equipe multidisciplinar, foi criada uma sistemática que permite a identificação de um perfil que servirá como suporte de comunicação com o mesmo durante o internamento. Todavia, a cada internamento, através do protocolo de admissão da psicologia, novas características podem surgir como norteadoras em função das experiencias pessoais e assim, modificar o Perfil de Comunicação diagnosticada inicialmente. A familia como um todo, bem como o familiar de referencia, passam a ser incuídos na avaliação, através das características levantadas consensualmente pela equipe multidisciplinar nas reuniões semanais de discussão de casos.

Resultados : Os quatro perfis básicos, que constituem uma matriz de características agrupadas, denominada REDA (que não mede resiliência, autoestima, maturidade, experiência, conhecimento, inteligência nem personalidade) continuam seguindo como modelo norteador da equipe para a comunicação. A partir do aprimoramento e da aplicação prática para melhora da comunicação das áreas envolvidas, a equipe pôde rever novos recursos internos e externos dos pacientes em internamentos subsequentes, bem como a relevância e as especificações da família e do cuidador, que influenciam diretamente no trabalho proposto.

Conclusão : A busca por aperfeiçoamento no atendimento das necessidades do paciente, aliada ao reconhecimento de novas estratégias utilizadas pelos pacientes após o TCTH, agregada a influencia direta dos familiares envolvidos no processo, provocou nos profissionais de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, e Odontologia envolvidos na assistência, uma requalificação do Perfil de Comunicação a cada novo internamento e a ampliação da avaliação para os respectivos familiares.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 128

OS BENEFÍCIOS DA INCLUSÃO E DO CUIDADO DESTINADO AO FAMILIAR ACOMPANHANTE NO CONTEXTO DO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Aquino MI¹, Areal LF¹, Kernkraut AM¹, Waisbeck TMB¹, Costa LSS¹, Nogueira RMG¹, Vogel C¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Introdução: O transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) é um procedimento altamente complexo considerado como possibilidade de tratamento para múltiplas doenças antes tidas como fatais. Implica em significativas mudanças na vida do paciente e de seus familiares e exige dos mesmos uma gama de recursos, talvez nunca antes recrutados. O acompanhante familiar em processo do TCTH se depara com uma confusão de funções; onde de um lado tem um papel conhecido (pai, mãe, filho, irmão, etc) e de outro lado passa a se envolver em cuidados para os quais pode não estar preparado. Desta maneira, há necessidade de desenvolvimento de recursos para se constituir em fonte de apoio efetiva ao paciente. As demandas que se apresentam podem ocasionar-lhe conflitos psicológicos e sofrimento emocional. No intuito de acolher e trabalhar tais aspectos psicoemocionais faz-se de grande importância o suporte psicológico a este familiar. **Objetivos:** Considerar os benefícios da promoção de recursos de enfrentamento ao familiar frente a sua participação no tratamento do paciente em processo de TCTH. **Material e métodos:** No serviço de transplante de medula óssea, de um hospital extra-porte de São Paulo o acompanhante é parte fundamental no processo de TCTH, desde o momento inicial de avaliação pré-tratamento onde recebe orientações técnicas sobre o TCTH, bem como conta um espaço de escuta e acolhimento psicológico, que pode ser continuado durante todo tratamento. A frequência dos atendimentos depende da demanda evidenciada por este familiar. **Resultados:** Nota-se que quando o familiar se sente incluído e valorizado enquanto parte essencial do processo de tratamento ocorre um estabelecimento de vínculo de confiança com a equipe assistencial que pode ser observado através de engajamento e colaboração do familiar com o processo de tratamento. O atendimento psicológico ao familiar se constitui em auxiliar e manejar as situações inéditas e intensas do ponto de vista emocional por ele presenciadas como forma de favorecer com que não se constituam em traumas psíquicos e desta maneira se assegura que o familiar tenha condição emocional favorável para oferecer o suporte emocional ao paciente durante o processo de TCTH. **Discussão:** Favorecer condição emocional ao familiar acompanhante é imprescindível para que ele possa oferecer suporte emocional ao paciente. Ao possibilitar a compreensão do familiar sobre o processo de tratamento, estabelece-se uma parceria de cuidado que amplifica as chances de sucesso da terapêutica e favorece a minimização de sua sobrecarga emocional, frente às vivências inéditas e intensas relativas ao processo de TCTH. **Conclusão:** Este modelo assistencial viabiliza um contexto de cuidado afetivo, capaz de considerar de maneira ampliada os aspectos que podem contribuir para a satisfação com relação ao tratamento, adesão às orientações da equipe e rapidez no restabelecimento da saúde do paciente em questão.

Palavras-chave: Psicologia; Família; Transplante de Medula Óssea

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 129

AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Aquino MI¹, Nogushi DT¹, Kernkraut AM¹, Silva CC¹, Ribeiro AAF¹, Waisbeck TMB¹, Costa LSS¹, Vogel C¹, Escobosa DM¹, Hamerschlak N¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Introdução: A qualidade de vida (QV) de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é considerada um importante indicador de desfecho. Um hospital terciário extra-porte da cidade de São Paulo possui o setor denominado “Unidade de Desfechos” com o objetivo de avaliar, prioritariamente, os desfechos sob a perspectiva dos pacientes submetidos ao TCTH. **Objetivos:** Apresentar e comparar os scores totais de QV de pacientes adultos (> ou = 18a) submetidos a TCTH alogênico entre janeiro/2013 e maio/2017 nas fases: pré, 100 dias, 6 meses, 12 meses e 24 meses pós-TCTH. Considerar a relevância do estabelecimento de planos de cuidados para as etapas mais críticas do tratamento. **Material e Métodos:** Instrumento utilizado: FACT-BMT (Functional Assessment of Cancer Therapy – Bone Marrow Transplantation), questionário específico para avaliação da QV de pacientes submetidos ao TCTH que contempla aspectos funcionais e variáveis de QV segundo os domínios: bem-estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais. Os questionários foram aplicados no pré-TCTH, 100d, 6m, 12m, 24m. Dentre os pacientes participantes, as perdas de seguimento se deram por recusa de participação, falta de aplicação do questionário pré (por reestruturação do serviço), falhas nas tentativas de contato ou óbito. **Resultados:** De janeiro/2013 a maio/2017 foram transplantados 104 pacientes. Distribuição dos questionários respondidos ao longo do tempo: n=49 (pré), n= 30 (100 dias), n= 26 (6m), n=14 (12m) e n=7 (24m). As respostas foram pontuadas com scores de 0 a 4 para cada questão - quanto maior o score melhor a QV. Apresentam-se os dados referentes à pontuação global (FACT-BMT total), ou seja, a soma dos scores de todas as subescalas não ponderadas, com valores de 0 a 148 (pior a melhor score de QV). Calculou-se, então, a média das pontuações apresentadas por cada participante nas diferentes etapas. Scores totais obtidos: 117(pré), 103(100d), 111(6m), 111(12m), 129(24m). **Discussão:** Os dados evidenciam piora significativa na QV ao longo do primeiro ano pós-TCTH, com recuperação e superação dos índices ao final do segundo ano, estando de acordo com a literatura. Os domínios relacionados ao bem-estar avaliados pelo FACT-BMT raramente são abordados nas consultas pré-TCTH. Trabalhos qualitativos sobre QV apontam a dificuldade dos pacientes em lidar com a piora da QV e seu desejo de que essas questões fossem abordadas pela equipe de cuidado antes do TCTH. **Conclusão:** O TCTH é um procedimento complexo que pode levar a repercussões nos aspectos físico e psicoemocional. A percepção individual de bem-estar pode impactar a experiência do paciente, facilitando ou dificultando seu processo de recuperação pós-TCTH. É fundamental que o paciente conte com o suporte multiprofissional, principalmente no primeiro ano pós-TCTH. A coleta de dados é imprescindível e deve ser realizada de forma sistemática e evitando perdas.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Transplante de Medula Óssea

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 130

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA: A ROTINA DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NUMA UNIDADE DE TMO.

Couto C¹, Monteiro A¹, Freitas TT¹, Salvino MA¹

¹*hospital sao rafael*

Introdução:

Por ser um tratamento de alta complexidade e exigir uma preparação prévia e específica para cada momento de cuidado, o Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH), requer algumas peculiaridades terapêuticas ao longo de todo o percurso e seus inúmeros desdobramentos. Dessa maneira, evidencia-se a necessidade da intervenção programada para cada etapa do processo, pois cada estágio do transplante ressalta diferentes recursos a serem acessados.

Objetivos:

Descrever cada etapa do TCTH de forma sistematizada e sequenciada; Promover adaptação adequada ao paciente e cuidador nos estágios programados do tratamento de TCTH;

Material e Métodos:

O paciente e familiar têm como rotina quatro encontros programados com a psicologia em protocolos a seguir: Acolhimento ambulatorial, processo avaliativo e preparatório para TCTH; Admissão no internamento, reconhecendo as demandas previamente expostas no ambulatório; Preparação para infusão de CTH, enfatizando os possíveis impactos nas esferas comportamental e psicológicas provocadas pelos prováveis efeitos físicos; Alta Hospitalar, perfazendo trajeto das expectativas, resultados alcançados e planos.

Resultados:

Os protocolos e rotinas de condutas da psicologia favorecem o entendimento do paciente e familiar dentro do processo de preparação biopsicossocial, reconhecendo suas necessidades específicas e mobilizando ações para cada estágio do tratamento, contribuindo para maior vínculo terapêutico e assertividade no TCTH.

Conclusão:

Além do acompanhamento psicológico sob demanda específica do paciente, desenvolver protocolos psicodinâmicos dentro de um universo de alta complexidade

como o TCTH, pode agregar maior confiança, vinculação e adesão dos pacientes e familiares a longo do tratamento, através de menos intercorrências e dúvidas diante dos estágios previamente programados

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 131

LUTO ANTECIPATÓRIO EM PACIENTES COM INDICAÇÃO PARA O TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Garcia-Mareze JT¹, Cardoso EAO², Lotério LDS², Guimarães ALC¹, Pereira KRC¹, Costa TCM¹, Silva BCA², Mota MGM², Santos MAD²

¹*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP*

²*Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP*

Considerando-se a forma ambivalente como o transplante se apresenta, salvadora e ameaçadora, sentimentos de luto são mobilizados no paciente, desencadeando o processo de luto antecipatório. Observou-se, por meio de uma revisão integrativa da literatura, que o luto antecipatório nos pacientes apenas recentemente foi alvo de investigação clínica, sendo ainda escassos os trabalhos que trazem contribuições para essa área. Considerando esses pressupostos, este estudo teve por objetivo compreender o processo de luto antecipatório vivenciado pelos pacientes com indicação para o TCTH. Trata-se de um estudo qualitativo, transversal, descritivo-exploratório e que terá como referencial teórico o luto antecipatório. A amostra de conveniência foi composta por oito pacientes adultos, de ambos os sexos, com indicação para o TCTH, que foram agendados em um ambulatório pré-TCTH. Para a construção do *corpus* de análise foram aplicados um Formulário para obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos em uma entrevista semiestruturada, pautada em um roteiro temático que possibilitou o acesso aos dados relativos ao adoecimento e tratamento. A coleta de dados foi realizada individualmente, em situação face a face, com duração de, aproximadamente, 90 minutos, e audiogravadas mediante autorização dos participantes. Após a coleta de dados, o conteúdo foi transcrito literalmente e na íntegra e submetido à análise de conteúdo temática. Posteriormente, os resultados foram sistematizados nas seguintes categorias temáticas: 1) vida pré-adoecimento; 2) impacto do diagnóstico; 3) perdas vivenciadas nesse período; 4) fontes de apoio; 5) expectativa em relação ao transplante; 6) planos futuros. O material construído foi interpretado com base na teoria do luto antecipatório, desvelando os sentidos e dimensões do adoecimento e como isso implica na tomada de decisão em realizar o TCTH para o paciente. Observa-se que das quatro fases esperadas no luto antecipatório os pacientes relataram a vivência de três delas: a) Aceitação do diagnóstico e da inevitabilidade da morte: Trata-se de uma fase de ansiedade aguda, mas sem desintegração. O paciente encara seu adoecimento, não fazendo uso maciço do mecanismo de negação; b) Vivência da dor de inúmeras perdas: O paciente tem contato com as inúmeras perdas vivenciadas: mudanças corporais, perda da autonomia, rompimento de laços sociais, mudança no papel familiar, dentre outras, c) Adaptação à nova condição: Paciente consegue se adaptar à nova realidade física e psicológica, aceitando suas limitações, mas usando de suas habilidades para preservação de parte da autonomia. Somente a fase de introspecção e reflexão sobre a própria vida e o conseqüente desengajamento não aparece no discurso dos pacientes. Assim, foi possível produzir um conhecimento que auxilie na compreensão do impacto do adoecimento, dos conflitos vivenciados pela decisão de realização de um procedimento de alta complexidade e risco de mortalidade, da vivência do luto antecipatório pelo paciente e, a partir dessa compreensão, oferecer sugestões para aprimorar o serviço de saúde de modo a melhor atender as necessidades dos pacientes, visando diminuir o sofrimento e contribuir ou para uma recuperação mais plena, ou para um encontro com a terminalidade permeado por menos sofrimento.

Palavras-chave: luto, luto preparatório, luto antecipatório, paciente, câncer.

Área: **Multidisciplinar**

Sub-tópico: **Psicologia**

Trabalho: 132

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA FALCIFORME SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS: UM ESTUDO LONGITUDINAL

Lotério LDS¹, Cardoso EAO¹, Garcia-Mareze JT², Guimarães ALC², Pereira KRC², Pieroni F², Stracieri ABPL², Simões BP², Santos MAD¹

¹*Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo*

²*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo*

O Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) é considerado, atualmente, o único tratamento curativo para pacientes com Anemia Falciforme (AF). Sua indicação, contudo, é feita com parcimônia, em casos nos quais o potencial benefício do transplante é maior do que o risco associado ao procedimento, em especial no que diz respeito à manutenção da Qualidade de Vida (QV). Por essa razão, a QV é uma variável fundamental incluída na avaliação psicológica dos candidatos ao transplante. Ao considerar-se a importância da alteração na QV como um fator para a confirmação ou não da efetividade do TCTH, e a escassez de pesquisas na área, este estudo teve por objetivo avaliar o impacto do TCTH nos índices de QV em pacientes com AF em diferentes estágios do transplante (pré-TCTH, um ano após e dois anos após) e verificar a associação entre os domínios da QV e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de corte longitudinal. A população foi composta por 12 pacientes falciformes, quatro mulheres e oito homens, com média de idade de 29 anos (dp= 7,03), atendidos na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Para verificar a QV foi utilizado o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36), que avalia oito componentes relacionados à QV, em uma escala que vai de 0 a 100. Os resultados obtidos mostraram ganho da QV em todos os oito quesitos avaliados pelo SF-36, no período entre o pré-TCTH e um ano após o mesmo, sendo que o maior ganho foi na ausência de Dor, que subiu, em média, 38 pontos na escala (dp=36,6); enquanto o quesito com melhora mais tímida foi Saúde Mental, que aumentou 14,9 pontos, em média (dp=15,8). Ao comparar as respostas dos participantes do período pós dois anos, em relação ao período pós um ano, verificou-se aumento em sete dos quesitos, ainda que mais atenuado, sendo o maior ganho em Aspectos Físicos, com aumento de 34,7 pontos, em média (dp=33,9), e o menor em Saúde Mental, com média de 0,1 pontos (dp=16,8); nesse período houve piora no quesito ausência de Dor, que diminuiu, em média, 1,2 pontos (dp=23,5). Os resultados obtidos foram animadores, demonstrando que, mesmo após dois anos de transplante, a QV dos pacientes continuou apresentando melhora, ainda que mais discreta do que o apresentado anteriormente. É importante ressaltar que o aspecto Saúde Mental se mostrou o menos afetado pelo procedimento, indicando a necessidade de um acompanhamento psicológico mais cuidadoso com esses pacientes, sendo prestado durante todo o período do TCTH, inclusive nos retornos realizados após o procedimento. Por outro lado, a ausência de Dor e os Aspectos Físicos foram os quesitos com maiores aumentos, ratificando a eficácia do tratamento no que diz respeito à melhora da saúde física dos pacientes. Esses dados apontam para uma consequente necessidade de prestar assistência integral aos pacientes transplantados, visando facilitar a melhoria de sua QV (Agência Financiadora: CAPES).

Palavras-chave: Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, Anemia Falciforme, Qualidade de Vida, Doença Hematológica, Avaliação Psicológica

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 133

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES TRANSPLANTADOS PARA ANEMIA FALCIFORME: ESTUDO COMPARATIVO COM O TRATAMENTO CONVENCIONAL E ENTRE DIFERENTES ETAPAS DO TCTH

Cardoso EAO¹, Lotério LDS¹, Guimarães ALC², Garcia-Mareze JT², Pereira KRC², Silva BCA¹, Pieroni F², Oliveira MC², Simões BP², Santos MAD¹

¹*Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo*

²*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo*

Atualmente, a mensuração da Qualidade de Vida (QV) pós-transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) tem sido considerada um fator importante para compreender a viabilidade e efetividade do procedimento de forma abrangente. Este estudo teve por objetivo avaliar os escores da QV de pacientes com anemia falciforme submetidos ao TCTH, antes (pré), um ano (pós 1) e dois anos após o procedimento (pós 2) e comparar esses valores entre si e com os escores dos pacientes com a mesma doença que não se submeteram ao TCTH. A amostra foi composta por 20 pacientes, 10 transplantados (G1) e 10 não transplantados (G2). Na seleção do G2 foram controladas as seguintes variáveis: diagnóstico, sexo, idade, estado civil, escolaridade e exercer ou não atividade remunerada, sendo o tipo de tratamento a variável diferenciadora dos dois grupos. Foram avaliados em cada grupo seis homens e quatro mulheres, com idade variando de 18 a 40 anos (média=24,3, DP=6,7), a maioria solteira (sete em cada grupo), com ensino médio (seis em cada grupo) e que não exerciam atividade remunerada (seis em cada grupo). Foi utilizado o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida - *Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey* (SF-36), aplicado individualmente, em situação face a face. Esse questionário avalia os componentes físicos: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (D), estado geral de saúde (EGS), e os componentes mentais: aspectos sociais (AS), vitalidade (VIT), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM). Os resultados foram convertidos em uma escala de 0-100, em que o zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor, e submetidos à análise estatística para avaliar a existência de diferença significativa nos três momentos e nos dois grupos. Ao verificar a evolução do escore médio de QV nos três períodos obteve-se uma melhora progressiva: no pré-TCTH média=58,1 (DP=26,0), no pós 1 média=70,4 (DP=25,4) e no pós 2 média=85,5 (DP=21,8). No tratamento convencional obteve-se média=67,5 (DP=24,1). Comparando os escores dos diferentes componentes da QV antes e depois do transplante constatou-se uma melhora significativa da CF no pós 1 ($p=0,003$) e no pós 2 também da CF ($p=0,008$), além dos AF ($p=0,034$), D ($p=0,020$), EGS ($p=0,001$) e da VIT ($p=0,004$). A comparação entre os resultados do G1 no pré-TCTH e do G2 indicaram que os pacientes do TCTH, antes da realização do procedimento, apresentaram uma QV mais comprometida do que os pacientes do G2 no domínio CF ($p=0,017$). Quando comparados os dados do G1 no pós 1 com o G2, constatou-se que os pacientes transplantados tiveram melhor EGS ($p=0,032$) e no pós 2 apresentaram melhor EGS ($p=0,005$) e VIT ($p=0,008$). Conclui-se que a QV dos pacientes transplantados antes do procedimento apresenta componentes mais comprometidos do que os dos pacientes que estavam em tratamento convencional; um ano após o TCTH esse quadro se inverte e depois de dois anos a QV dos transplantados continua a melhorar. Esses resultados reforçam a relevância da terapêutica para pacientes com anemia falciforme.

Palavras-chave: Qualidade de vida, anemia falciforme, transplante de células-tronco hematopoéticas

Área: **Multidisciplinar**

Sub-tópico: **Psicologia**

Trabalho: 134

VISITA MULTIDISCIPLINAR AO PACIENTE SUBMETIDO AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS: EXPERIÊNCIA ENTRE OS SETORES DE TMO E UTI NO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Baptista CHV¹, Teodoro JL¹, Venâncio IS¹, Silva SA¹, Castilho CFC¹, Araujo GL¹, Motta CL¹, Zalaf LR¹, Scheinberg P¹

¹BP MIRANTE

Introdução: O paciente submetido ao transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) está sujeito a complicações decorrentes da toxicidade do tratamento e/ou gravidade da doença de base. Por conta disso, se faz necessário o envolvimento de diversos profissionais de saúde para o manejo da assistência. Com o envolvimento de uma equipe, temos o aumento do potencial para falhas de comunicação, fragmentação dos serviços e descontinuidade de cuidados específicos voltados para o TCTH. A visita dentro do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva - UTI, é uma importante estratégia de segurança e qualidade, por meio dela, é possível garantir maior integração entre equipes, tomada de decisão compartilhada, bem como, reconhecimento das demandas assistenciais nas esferas biopsicossocial, tendo como foco a complexidade de cada paciente de forma individualizada. Durante a visita, dentro da UTI, após narrativa detalhada do caso clínico pelo médico titular e/ou assistente, cada membro da equipe multidisciplinar que atua na assistência direta direciona os problemas ativos detectados nas últimas 48 horas, sejam eles identificados pela equipe da unidade de TCTH ou da UTI. **Objetivo:** Descrever a experiência multiprofissional dos serviços de TCTH e da UTI do Hospital BP Mirante, quanto a efetividade das visitas multidisciplinares em conjunto. **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência que tem como objeto de estudo os resultados alcançados após o início da prática de visita multidisciplinar dentro da Unidade de Terapia Intensiva, implementado no Hospital BP Mirante. **Resultado e Discussão:** Até agosto de 2017 para pacientes submetidos ao TCTH que evoluíam com complicações decorrentes do tratamento e fosse necessário a transferência para UTI, os problemas ativos eram discutidos entre os profissionais de forma individualizada e de acordo com cada profissional. Em setembro de 2017 foi iniciado a prática de realização de visita dentro da UTI e com o envolvimento de todos os profissionais responsáveis pelo cuidado. Após a implementação da visita multidisciplinar foi possível observar o compartilhamento de conhecimento e o auxílio que cada área específica proporcionou frente a tomada de decisões e agilidade na resolução das metas estabelecidas, impactando diretamente na assistência prestada. Mesmo com a crescente complexidade das habilidades e conhecimentos para fornecer um cuidado integral foi possível observar que esta responsabilidade compartilhada das disciplinas envolvidas impactou diretamente no aumento da qualidade e segurança, bem como na excelência da assistência prestada e otimização do tempo para mudanças das terapias propostas. **Conclusão:** A atuação interdisciplinar e a visita multiprofissional se mostraram como ferramenta de segurança e de qualidade assistencial que, por sua vez, contribuíram para o tratamento adequado do paciente e para a resolução das metas terapêuticas estabelecidas.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Psicologia**
Trabalho: 135

A CONSTRUÇÃO DE UMA AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPLANTE PERSONALIZADA: O USO DA COMUNICAÇÃO ASSERTIVA COMO INSTRUMENTO PARA O ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO, MELHOR ADESÃO E ENFRENTAMENTO DO PACIENTE

Aquino MI¹, Areal L¹, Costa LSS¹, Waisbeck TMB¹, Nogueira RMG¹, Vogel C¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Introdução: Ao saber da necessidade de realização de um transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH), o paciente se depara com um importante desafio. Aproxima-se da experiência a ser vivida a partir das fantasias mobilizadas frente a um desconhecido e ameaçador procedimento com potencial para colocar em risco sua integridade. Pode experimentar, então, intensos sentimentos de medo e angústia. À equipe que se propõe a cuidar deste paciente cabe a importante missão de auxiliá-lo na desmistificação de fantasias que não reflitam a realidade do tratamento, aproximando-o da forma mais fidedigna possível do que serão as vivências às quais será submetido. **Objetivos:** Descrever o processo de construção e execução das avaliações pré-transplante de um hospital de São Paulo. Considerar efeitos desta metodologia no que concerne à compreensão dos pacientes acerca do TCTH, construção de vínculo com a equipe e enfrentamento psicoemocional do processo. **Material e Métodos:** A equipe multiprofissional se reúne semanalmente para discussão de casos de pacientes em preparação para o transplante. Compartilham-se informações biopsicossociais para que todos compreendam as condições clínicas em que o paciente adentrará no tratamento, sua dinâmica psíquica e rede de suporte social. Elencam-se os aspectos mais críticos a serem cuidados na fase de preparação do mesmo para o transplante. Posteriormente, agenda-se com o paciente um dia para que compareça ao hospital com intuito de conhecer os profissionais e receber informações acerca do TCTH. Oferece-se a ele espaço para verbalizar sobre suas preocupações e conhecimentos adquiridos. O paciente é acolhido em suas apreensões e dúvidas, que são esclarecidas prontamente. Seu entendimento sobre o transplante serve como ponto de partida para as explicações técnicas. **Resultados:** Ao viabilizar espaço para o paciente verbalizar angústias, tê-las acolhidas e suas questões respondidas, atenua-se sua ansiedade, favorecendo uma escuta às orientações menos permeada de carga emocional e uma melhor compreensão sobre todo processo. O uso das construções já feitas por ele quanto ao tratamento possibilita com que se sinta considerado desde o primeiro contato com a equipe, favorecendo o estabelecimento de vínculo de confiança. A abordagem direta e clara de pontos de preocupação da equipe com a evidência dos recursos que serão usados para um cuidado eficaz reforça ao paciente o olhar globalizado dos profissionais, ampliando sua sensação de segurança. **Conclusão:** Considerar as singularidades do indivíduo em TCTH e atenuar aspectos que podem prejudicar a comunicação e/ou entendimento do paciente, viabiliza um bom vínculo deste com a equipe e uma postura colaborativa no tratamento. **Discussão:** A comunicação clara e acolhedora com o paciente desde o início do tratamento evidencia-se como ferramenta primordial para sua adesão às orientações e reconhecimento da rede de suporte que está se constituindo em favor de seu cuidado e restabelecimento.

Palavras-chave: Comunicação; Transplante de Medula Óssea; Adesão ao Tratamento.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Fisioterapia**
Trabalho: 136

USO DA VNI EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA EM UM HOSPITAL PRIVADO

Antonio ACT¹, Zalaf LR¹, Furtunato F¹, Miura AA¹, Scheinberg P¹, Filho MT¹

¹*Hospital BP Mirante*

Introdução: O transplante de medula óssea (TMO) é o tratamento que substitui uma medula óssea doente por células progenitoras normais da medula. O TMO apresenta riscos significativos de complicações pelo condicionamento e imunossupressão. A insuficiência respiratória aguda (IRA) é uma das complicações mais frequentes. As formas de manejo rápido da IRA incluem ventilação não invasiva (VNI). O fisioterapeuta tem um papel fundamental na identificação precoce de sinais e sintomas da IRA. O uso da VNI precoce pode trazer benefícios aos pacientes e aumento da sobrevida. **Objetivo:** Analisar a frequência do uso de VNI em pacientes submetidos ao TMO em um hospital privado, indicações, condições clínicas iniciais e finais, tempo de terapia, taxa de intubação e óbito. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo através da coleta de dados do sistema eletrônico Tasy. A amostra foi composta por prontuário de pacientes que realizaram TMO de junho de 2016 a abril de 2018. Foram coletados: idade e gênero; diagnóstico; início de VNI e indicação, condições clínicas e tempo de terapia; protocolos quimioterápicos e evolução do paciente. Não houve necessidade de aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por ser um estudo retrospectivo. **Resultados:** Foram selecionados 11 prontuários. A idade média dos pacientes foi de 54,8 anos com predomínio do sexo masculino (63%). Os diagnósticos encontrados foram Linfoma não Hodgkin (n=5), Leucemia Mielóide Aguda (n = 3), Leucemia Linfóide Aguda (n=1), Mielofibrose (n=1) e Síndrome Mielodisplásica (n=1). 5 pacientes realizaram TMO alogênico, 4 haploidenticos e 2 autólogos. Os protocolos quimioterápicos foram variados e a mediana de dias de quimioterapia durante o transplante foi de 6. A indicação para início de VNI em 9 pacientes foi desconforto respiratório, 3 de piora radiológica e 2 por necessidade de oxigenoterapia. A mediana de tempo de início da VNI a partir do dia de infusão da medula foi de 7 dias. E a mediana de dias de uso de VNI foi de 4 dias. Foram intubados 7 pacientes que evoluíram a óbito. **Discussão:** A VNI é um modo eficiente e seguro de melhorar a troca gasosa em pacientes com IR. A necessidade de uma estratégia que melhore e previna a intubação orotraqueal requer avaliação criteriosa e individual de valores limítrofes de plaqueta e hemoglobina. Há duas linhas de estratégia para o uso da VNI: início precoce ou início tardio com sinais de IRA mais claro. Apesar da indicação de início precoce, na prática clínica o início tardio é mais utilizado. Essa característica também está presente no nosso serviço. **Conclusão:** A VNI continua sendo uma estratégia importante para se tratar o paciente em fase de TMO com hipoxemia aguda e insuficiência respiratória. Mais estudos devem ser feitos para gerenciar as melhores técnicas e reduzir a mortalidade, entretanto o início precoce pode ser o diferencial no manejo aos pacientes. **Palavras Chave:** fisioterapia, insuficiência respiratória, ventilação não invasiva, transplante.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Fisioterapia**
Trabalho: 137

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO PARA CARDIOTOXICIDADE INDUZIDA POR QUIMIOTERÁPICO: RECUPERAÇÃO FUNCIONAL PRÉ-TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH)

Becker ACG¹, Astigarraga CC¹, Stefani CM¹, Cidade PP¹, Velho CUC¹, Medina JM¹, Guimaraes NF¹, Timotheo PV¹, Vargas SS¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

INTRODUÇÃO: A leucemia é o 3º tipo mais frequente de neoplasia em adultos jovens e uma das principais causas de morte por câncer nesta população. A região sul está entre as regiões de maior proporção de casos. O tratamento para a Leucemia Mieloide Aguda (LMA) é planejado de acordo com o risco de recorrência da leucemia e envolve primariamente quimioterapia, podendo ser seguido de transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) nos casos de maior risco. As antraciclina são quimioterápicos classicamente usados no tratamento da LMA, mas em 5% a 25% dos casos causam cardiotoxicidade, levam a queda na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e redução da capacidade funcional. Para prevenir e tratar cardiotoxicidade por quimioterápicos podemos utilizar o exercício físico. Tanto o treinamento de força quanto o aeróbio geram efeitos benéficos, no indivíduo em tratamento quimioterápico. **OBJETIVOS:** Verificar efeito de treinamento físico durante internação pré-TCTH em paciente com LMA e cardiotoxicidade. **MATERIAL E METODOS:** relato de caso, descritivo, retrospectivo a respeito dos efeitos do exercício sobre a capacidade funcional de um paciente pré-TCTH. A intervenção física foi realizada no Centro de Terapia Hematológica do Hospital Moinhos de Vento (CTHMV), durante 2 semanas, 2X/dia por 30 minutos. Para avaliação da resposta ao exercício foram consideradas as variáveis como Escala de BORG, Performance status de Karnofsky (KPS), ergoespirometria e VO₂ máx. As condutas compreendiam exercícios ativos e resistidos em membros superiores e inferiores, exercícios respiratórios e bicicleta ergométrica horizontal (marca Kikos), a intensidade de treinamento foi entre os limiares ventilatórios frequência cardíaca (FC) entre 125-165 Batimentos por minuto (BPM). Os exercícios foram aplicados conforme condições clínicas diárias da paciente e FC. **RESULTADOS:** Ao início do tratamento a paciente referia BORG=8, apresentava KPS 50%, Fração de ejeção (FE) 47% e VO₂max 17,5 ml/kg.min. Após duas semanas de treinamento o BORG referido passou a ser 5, a paciente apresentava aumento da FE para 52%, KPS 80%, e Vo₂ máx. 20,3ml/kg.min e 23% de melhora de sua capacidade funcional. **Discussão e conclusão:** O exercício físico beneficiou esta paciente com cardiotoxicidade por antraciclina e resultou em melhora da FE em paciente pré TCTH. O resultado obtido pode sugerir benefício do exercício físico na melhora da capacidade funcional, tornando esta paciente uma melhor candidata do ponto de vista físico ao TCTH. **PALAVRAS CHAVES:** fisioterapia, antineoplásico, cardiotoxicidade, leucemia, TCTH.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Fisioterapia**
Trabalho: 138

NÍVEIS MÍNIMOS DE HEMOGLOBINA E PLAQUETAS TOLERADOS NA REABILITAÇÃO FÍSICA EM PACIENTES CITOPENICOS SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: REVISÃO DE LITERATURA.

Reis IS¹, Santos TMD¹, Barros CF¹, Pires AMT¹

¹*Hospital Sírio Libanês*

Introdução: A citopenia está presente nos pacientes oncohematológicos por efeito direto da doença, acometimento da medula óssea ou no processo de aplasia medular nas diferentes etapas do transplante de medula óssea. É importante para a segurança da assistência que o fisioterapeuta observe valores de hemoglobina (Hb) e plaquetas antes de iniciar a intervenção. **Objetivos:** Evidenciar a relação de limites mínimos de Hb e plaquetas para realização de fisioterapia em pacientes submetidos a transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH). **Material e Métodos:** Foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados PeDro, Pubmed, Cochrane, MedLine e Scielo em maio de 2018, sendo utilizadas as palavras chaves “exercise therapy”, “anemia”, “thrombocytopenia”, “bone marrow transplantation” e as correspondentes em português. Foram incluídos estudos entre 2008 a 2018, sem restrição quanto à idade, sexo e cultura. Selecionados um total de 130 artigos e, após a leitura dos mesmos foram excluídos àqueles que não apresentavam limite mínimo de Hb e plaquetas para a realização de exercícios físicos, resultando 24 artigos. **Resultados:** Em relação aos níveis de plaquetas, a reabilitação física foi indicada em 19 estudos quando plaquetas acima de 10 mil, 2 indicaram reabilitação com nível acima de 30 mil, 1 com limite acima de 50 mil, 1 com limite de 15 mil e 1 com limite de 13 mil. Quanto aos limites de Hb, 22 estudos utilizaram limite mínimo de 8g/dL, 1 com limite de 9g/dL e 1 com limite de 10g/dL. Entre as condutas adotadas estão exercícios aeróbios, resistência e força muscular, além de realidade virtual. **Discussão:** Bartmann e cols. (2011) analisaram os benefícios de exercícios moderados através do treino aeróbio 6 dias antes ao TCTH (valores mínimos de plaquetas: 30 mil e Hb: 8g/dL, respectivamente), enquanto Bryant e cols. (2017) realizaram exercícios resistidos e aeróbios com pacientes adultos recém tratados diagnosticados com leucemia mielóide aguda (valores mínimos de plaquetas de 10 mil e Hb: 8g/dL), ambos sem casos de sangramento e/ou intolerância ao exercício. Müller e cols. (2016) avaliaram treino intercalado em crianças internadas diagnosticadas com leucemia no período pré TCTH (valores mínimos de plaquetas: 10 mil e Hb: 8g/dL), sem casos de sangramento. Notamos que a maioria dos estudos apresentou um limite mínimo seguro, de plaquetas de 10 mil e Hb de 8g/dL para realização da terapia, sem risco ao paciente. A maioria dos estudos ocorreu em âmbito hospitalar sob supervisão do fisioterapeuta com exercícios de baixa e moderada intensidade, com avaliação contínua de sinais vitais e sintomas relacionados a fadiga. **Conclusão:** Esta revisão apoia nossa hipótese de que o exercício supervisionado é seguro e viável em pacientes submetidos a TCTH com citopenia. A reabilitação precoce é necessária nesta população para prevenir ou amenizar as consequências do tratamento que podem levar a imobilidade e declínio funcional.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Fisioterapia**
Trabalho: 139

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PRÉ E PÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM PEDIATRIA

Nunes GD¹, Sousa RMK²

¹*Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP*

²*Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer - GRAACC*

Introdução: Segundo o INCA a estimativa é que no Brasil ocorrerão cerca de 12.500 novos casos de câncer infantil em 2018, o que representa 0,5 a 3% de todos os tumores na população. A pediatria apresenta maior sensibilidade ao tratamento convencional determinando altas taxas de sobrevivência. No entanto, para algumas patologias na qual as opções de terapêutica resultem em SLD nitidamente inferior do que a esperada, o transplante de células-tronco hematopoiéticas é uma proposta terapêutica. O isolamento e tempo prolongado de imobilismo nas fases do TCTH podem agravar o descondicionamento cardíaco e atrofia musculoesquelética, tornando necessário identificar os déficits possíveis antes e após a internação. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional pré e pós transplante de células-tronco hematopoiéticas em pediatria. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo no IOP-GRAACC/UNIFESP, após aprovação do comitê científico (IOP-040/2017) e comitê de ética em pesquisa (CAAE 83780218.9.0000.5505). Todos os pacientes internados na Unidade de TMO que realizaram o Teste de Caminhada de 6 minutos na avaliação inicial fisioterapêutica e no pós TCTH em até 7 dias após alta hospitalar, conforme protocolo da unidade, entre o período de maio/2016 a dezembro/2017 foram incluídos no estudo. O TC6 tem sido comumente utilizado para estimar a capacidade funcional dos pacientes através da medida da distância percorrida em um corredor plano durante seis minutos. Os dados foram coletados do prontuário eletrônico. Critérios de inclusão: faixa etária de 6 a 18 anos; diagnóstico oncológico submetidos ao TCTH autólogos ou alogênicos e que realizaram TC6 no Centro de Reabilitação do IOP. Critérios de exclusão: comprometimento neurológico/ortopédico no desempenho na marcha. **Resultados:** 107 pacientes realizaram o transplante no período determinado. Após a aplicação dos critérios, a amostra foi de 16 participantes (9 masculino e 7 feminino). LLA foi o diagnóstico mais prevalente com 8 casos e 32% realizaram o condicionamento TBI + Etoposide + ATG. Analisando o desempenho no TC6, as médias pré e pós não apresentam diferença estatística ($p=0,12$). Quatro pacientes realizaram pausas durante o pós TCTH referindo fadiga. Lembrando que todos os pacientes da amostra foram submetidos a acompanhamento fisioterapêutico no mínimo três vezes na semana. **Discussão:** A recomendação da ATS (2002) para análises comparativas do TC6 é que o parâmetro de melhora do teste seja no limite mínimo de 50 metros percorridos, contrastando com a amostra estudada que demonstrou uma redução da média comparativa em 50 metros após o transplante. **Conclusão:** Embora a capacidade funcional não tenha apresentado diferença estatística significativa, os impactos negativos do TCTH no sistema musculoesquelético e cardiovascular são esperados na pediatria e a fisioterapia preventiva é de suma importância para o impedimento da redução da capacidade funcional.

Palavras-chave: transplante, oncologia, pediatria, fisioterapia.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Fisioterapia**
Trabalho: 140

CORRELAÇÃO ENTRE CAPACIDADES FÍSICAS E DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Almeida LB¹, Santos NFPD¹, Fioritto AP¹, Malaguti C¹, Neto AEH¹, Reboredo MM¹, Laterza MC¹, Trevizan PF¹, Martinez DG¹

¹*Hospital Universitário - Universidade Federal de Juiz de Fora - EBSEH*

Introdução: o consumo máximo de oxigênio e o número de metros caminhados no teste de caminhada de 6 minutos são capazes de prever desfechos clínicos de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). Porém, não é conhecido se outras capacidades físicas avaliadas na admissão hospitalar estão correlacionadas com os desfechos clínicos durante a internação nesses pacientes. **Objetivo:** verificar a correlação entre capacidades físicas avaliadas na admissão e desfechos clínicos durante a internação hospitalar em pacientes submetidos ao TCTH. **Material e Métodos:** foram coletados dados de prontuários de pacientes internados entre junho de 2016 e junho de 2017 para TCTH na Unidade de Transplante de Medula Óssea do HU-UFJF-EBSEH. Foram coletados dados de 19 pacientes (42,3±13,4 anos; 52% mulheres; 79% TCTH autólogo/21% TCTH alogênico) acerca da avaliação fisioterapêutica das capacidades físicas na admissão hospitalar: força muscular periférica de membros superiores (*Handgrip*) e inferiores (Teste de Sentar e Levantar de 1 minuto - TSL) e capacidade funcional (Teste do Degrau de 6 minutos – TD6). Foram coletados dados clínicos de toda a internação hospitalar para verificação dos desfechos clínicos: sintomas (soma de todos os sintomas auto-relatados, diariamente, pela equipe de enfermagem e médica), dias de neutropenia (neutrófilos < 500 céls/mm³) e plaquetopenia (plaquetas < 50000 céls/mm³), e necessidade de infusão de hemácias (hemoglobina < 7 g/dL) e plaquetas (plaquetas < 10000 céls/mm³). Foi aplicado teste de Correlação de Pearson ($P < 0,05$). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (2.494.062). **Resultados:** os pacientes apresentaram *Handgrip* = 32,5±13,8 Kgf; TSL = 21,8±8,4 repetições; TD6 = 101,5±37,7 degraus; sintomas = 34 (26, 50); dias de neutropenia = 9 (7, 10); dias de plaquetopenia = 8 (6, 11); infusão de hemácias = 0 (0, 3); infusão de plaquetas = 1 (1, 2). Foi observada correlação negativa e forte entre *Handgrip* e dias de plaquetopenia ($P < 0,01$; $R = -0,66$), e entre número de degraus no TD6 e sintomas ($P = 0,01$; $R = -0,55$). Não foram observadas outras correlações entre as capacidades físicas e os desfechos clínicos. **Discussão:** de maneira inédita, os dados do presente estudo sugerem que quanto maior a força muscular de membros superiores e capacidade funcional, melhores os desfechos clínicos observados durante a internação hospitalar para TCTH. Assim, destaca-se a importância para a reabilitação física antes da internação para TCTH. **Conclusão:** a força de membros superiores e a capacidade funcional avaliados na admissão hospitalar correlacionam-se negativamente com dias de plaquetopenia e sintomas apresentados, respectivamente, durante a internação para TCTH.

Palavras-chave: Transplante de Medula Óssea; Reabilitação; Força Muscular; Aptidão Cardiorrespiratória.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Fisioterapia**
Trabalho: 141

TERAPIA MANUAL NA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO CRÔNICA

Barroso KSN¹, Paz JC¹, Fernandes ML¹, Kuehner CP¹, Loureiro MG¹, Sousa TT¹, Mourão RAA¹

¹*Centro Universitário Christus*

INTRODUÇÃO: O paciente submetido a um transplante alogênico de medula óssea pode evoluir com reação imunológica entre os linfócitos do doador e o tecido do hospedeiro, chamada de Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro crônica (DECHc). Dentro do espectro de DECH podemos encontrar a dermatomiosite e fascite. Estas são doenças inflamatórias crônicas que afetam a musculatura estriada, sistema tegumentar e tecido conjuntivo. O paciente pode apresentar perda de força proximal de forma simétrica, mialgias, limitação de movimento, artralgia e até artrite, não erosiva e não deformante. A terapia manual consiste no uso de técnicas como: massagem terapêutica, liberação miofascial e pompage com objetivo de controle dos sintomas. **OBJETIVO:** Analisar o uso da terapia manual no tratamento da doença do enxerto contra o hospedeiro crônica em pacientes transplantados de medula óssea. **MÉTODO:** Consiste em uma revisão sistemática utilizando as bases de dados SCIELO e LILACS. A pesquisa foi realizada no mês de fevereiro de 2018, através da combinação dos descritores dermatomiosite/fascite AND fisioterapia/terapia manual. Foram selecionados estudos abordando a temática da pesquisa, nos idiomas português e inglês, publicados nos últimos dez anos e não duplicados. **RESULTADOS:** Após pesquisa foram identificados ao total onze artigos indexados (Scielo = 0; Lilacs = 11). Após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram como amostra final somente um artigo. O estudo mostra o uso da facilitação neuromuscular proprioceptiva em um paciente com dermatomiosite. **CONCLUSÃO:** Este estudo sugere que pesquisas de campo utilizando terapia manual em pacientes com dermatomiosite e fascite pós transplante de medula óssea sejam realizadas para que protocolos de atendimento e técnicas de tratamento sejam difundidos.

Palavra chave: Transplante de medula óssea; doença enxerto contra o hospedeiro; Terapia Manual; Fisioterapia; Dermatomiosite; Fascite.

Área: **Multidisciplinar**

Sub-tópico: **Farmácia**

Trabalho: 142

MANIPULAÇÃO DE VITAMINA E EM EMBALAGEM ROLL-ON PARA HIDRATAÇÃO LABIAL
EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO
HEMATOPOÉTICAS

Almeida S¹, Costa LSS¹, Eduardo FP¹, Bezinelli LM¹, Waisbeck TMB¹, Vogel C¹, Nogueira RMG¹,
Oliveira DC¹, Neves VM¹, Ito FT¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

A mucosite oral é efeito colateral grave e que afeta a qualidade de vida de paciente em tratamento antineoplásico, podendo ser mais acentuada em pacientes que são submetidos ao transplante de células-tronco Hematopoéticas (TCTH) sob regime de condicionamento mieloablativo. Para a prevenção e gerenciamento do quadro de mucosite oral existem medidas multiprofissionais que envolvem nutrição, adequação e acompanhamento da saúde bucal, aplicação de laserterapia em baixa intensidade, além de aplicação de produtos tópicos. Dentre os produtos tópicos destacamos a Vitamina E utilizada para hidratação labial como medida utilizada por muitos centros no Brasil, encontramos essa formulação em cápsulas gelatinosas que quando rompidas o conteúdo pode ser aplicado na região dos lábios. Existe pouca literatura publicada a respeito dos efeitos da Vitamina E aplicada topicamente, mas os artigos publicados sugerem benefícios em conforto e diminuição da severidade da mucosite oral associada à administração de quimioterapia / radioterapia. O objetivo deste estudo é demonstrar a experiência de um centro em São Paulo que introduziu a formulação de Vitamina E em embalagem Roll-on. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência de um centro de TCTH de um hospital de extra-porte situado na cidade de São Paulo. Resultados: Foram solicitadas 3 amostras para teste nas seguintes formulações Vitamina E, Vitamina E com Triglicerides e Vitamina E com óleo de amêndoas em embalagem roll-on que possuem a característica similar de Batom para aplicabilidade nos lábios de forma individual. As amostras foram testadas durante 1 mês pela equipe de enfermagem, farmácia e odontologia. Após análise e busca de literatura ficou decidido que a formulação contendo Vitamina E e óleo de amêndoas se tornaria padrão na instituição para fornecimentos aos pacientes submetidos ao TCTH com o objetivo de hidratação labial. Não encontramos formulação nacional industrializada, existe comercialização de produto importado de marca norte americana. Concluímos que o formato de embalagem em roll-on permite fácil acesso ao hidratante lábil, conferindo maior conforto e agilidade para o paciente aplicar o autocuidado, permitindo a manutenção da hidratação dos lábios no período de maior risco de mucosite oral nos pacientes submetidos ao TCTH.

Palavras Chave: Vitamina E; Mucosite; -Transplante de Medula Óssea;

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Medicina Oral**
Trabalho: 143

AVALIAÇÃO DE FOCOS INFECCIOSOS ORAIS EM PACIENTES PRÉ TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS – LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

Wanderley MIA¹, Oliveira LR¹, Reis AKL¹, Alves IDC¹, Peres MPSM¹, Filho JS¹, Rocha V¹, Araujo JF¹, Junior LAVS¹

¹*Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP*

Introdução: O transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) autólogo é uma importante opção terapêutica para pacientes com doenças onco-hematológicas, autoimunes e alguns tumores sólidos, caracterizado pela infusão de células progenitoras hematopoiéticas com o objetivo de restabelecer a função medular e imunológica. Este procedimento exige importante imunossupressão tornando os pacientes suscetíveis a processos infecciosos. **Objetivo:** Identificar presença de focos infecciosos orais em pacientes na fila de transplante de células tronco hematopoiéticas. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo através de levantamento de prontuários e radiografias panorâmicas dos maxilares de pacientes submetidos a avaliação odontológica que se encontravam na fila de TCTH em serviço de saúde de atendimento especializado, no período de março de 2017 a março de 2018. O protocolo de atendimento baseou-se em anamnese, exame físico extra e intra oral e avaliação radiográfica para identificação de focos infecciosos orais. **Resultados:** Foram avaliados prontuários e radiografias de 107 pacientes com mediana de idade 58 anos, sendo 62,6 % do gênero masculino e 37,4% do gênero feminino. Dentre a amostra, 56% apresentavam diagnóstico de Mieloma Múltiplo, 17,7% Linfoma de Hodgkin, 16,8% Linfoma não Hodgkin e 9,5% dos casos corresponderam a Leucemia Mielóide Aguda, neoplasias sólidas e outros. A amostra total apresentou mediana de 14 dentes ausentes por paciente. Foram identificados focos infecciosos orais em 43,9% da amostra, destes, 49% (19) apresentaram 1 foco infeccioso e 51%(24) apresentaram ≥ 2 focos infecciosos em cavidade oral. **Discussão:** O estado de saúde bucal do paciente submetido ao TCTH tem sido considerado como um fator que interfere diretamente no grau de morbimortalidade, visto que focos infecciosos presentes na cavidade oral podem comprometê-los sistemicamente. Como todo foco infeccioso pode ser ativado sob condição de imunossupressão, infecções agudas e crônicas em pacientes pré TCTH devem ser removidas. Para prevenir ou reduzir riscos de complicações sistêmicas nestes pacientes, a avaliação odontológica previa ao TCTH é imprescindível, a fim de evitar a agudização de problemas bucais pré-existentes. Conforme levantamentos epidemiológicos nacionais, a população brasileira possui condição bucal deficiente e alta taxa de edentulismo, corroborando com os resultados obtidos nesta pesquisa e reforçando a necessidade de ações preventivas e curativas no controle da saúde bucal e sistêmica. **Conclusão:** Os resultados obtidos confirmam a necessidade da avaliação odontológica prévia ao TCTH, pois 43,9% da amostra estudada apresentou focos infecciosos em cavidade oral que podem agudizar ao longo do tratamento destes pacientes.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Medicina Oral**
Trabalho: 144

ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS DA MUCOSA ORAL E DA SUPERÓXIDO DISMUTASE SALIVAR DURANTE TRANSPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOIÉTICAS

Bezinelli L¹, Rosin FCP¹, Eduardo FP¹, Ferreira MH^{1,2}, Lopes RMG¹, Voguel C¹, Costa LSS¹, Hamerschlak N¹, Correa L²

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

²*Faculdade de Odontologia da USP-SP*

Durante o transplante de células hematopoiéticas (TCH), alterações da mucosa oral e da saliva são intensas, levando a quadros de mucosite oral principalmente no período de neutropenia. Não há, contudo, estudos demonstrando as modificações citológicas por que passa a mucosa oral durante as fases do TCH, bem como a relação dessas alterações com modificações da saliva. O presente estudo teve por objetivo analisar a frequência de células epiteliais orais exibindo fragmentação do DNA e ativação de vias antiapoptóticas durante o TCH, bem como se a saliva exibe modificações no teor de superóxido dismutase (SOD). Foi realizada citologia esfoliativa e coleta de saliva em 54 pacientes sob TCH autólogo e alogênico, nos períodos antes do condicionamento (T0), na neutropenia (T1) e na enxertia neutrofílica (T2). As células esfoliadas foram submetidas a técnica de TUNEL, para análise da fragmentação do DNA, e de imunocitoquímica para Bcl-2, para análise da antiapoptose. Foram quantificadas proteínas totais e SOD nas amostras salivares. As frequências de células TUNEL positivas e Bcl-2 positivas foram maiores em T1 e T2 em relação a T0 ($p < 0.05$ para TUNEL e Bcl-2). As células positivas para Bcl-2 eram basais e suprabasais, indicando acionamento da antiapoptose em células responsáveis pela renovação epitelial. A quantidade de proteínas totais foi maior depois do condicionamento, bem como a atividade da SOD também foi maior em T1 quando comparada a T0 e T2 ($p < 0.05$ para os dois períodos). Concluiu-se que as células epiteliais da cavidade oral sofrem intensa apoptose nos períodos críticos do TCH, e que essas alterações podem estar atreladas a maior estresse oxidativo na saliva.

Nosso agradecimento à Fapesp (Processo N. 2016/03650-4) e AmigoH pelo suporte financeiro.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Medicina Oral**
Trabalho: 145

HÁ RELAÇÃO ENTRE A CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL ANTES DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS E AS COMPLICAÇÕES AGUDAS DO TRATAMENTO?

Bortolotti F¹, Inocentini LMAR¹, Ferrari TC¹, Pieroni KAMG¹, Stracieri AB¹, Costa T¹, Ricz HMA¹, Simoes BP¹, Macedo LD¹

¹*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP*

Introdução: Pouco se sabe da influência da condição de saúde bucal nas complicações locais e sistêmicas da fase aguda do transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH). **Objetivo :** Avaliar, em pacientes submetidos ao TCTH, a influência da condição de saúde bucal, características do paciente e do TCTH nas complicações bucais e sistêmicas, até a pega da medula. **Método:** Estudo observacional transversal retrospectivo, 42 pacientes maiores de 12 anos, submetidos ao 1º TCTH alogênico e haploidêmico, aparentado e não aparentado. Variáveis coletadas: 1 Condição de saúde bucal pré-TCTH : 1.Higiene Oral (HO); 2.Dença Periodontal; 3.Foco Infeccioso; 4.Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD); 2.Características do paciente: Idade, Sexo e Doença de base; 3.Características do transplante: 1.Tipo, 2.Condicionamento (mieloablativo, intensidade reduzida– RIC e TBI). Desfechos: Bucais: 1.Mucosite oral; 2.Infecção em boca. Sistêmicos: 1.Febre; 2. Hemocultura positiva; 3. Necessidade de opióide; 4.Alimentação parenteral (NPT). **Resultados:** Idade média 25,7 anos; 54,76% sexo masculino e 45,24% feminino; 59,52% doença benigna e 40,48% maligna; 83,33% TCTH alogênico, 16,66% haploidêmico; 61,90% RCIC, 38,1% mieloablativo e 16,66% submetidos a TBI. Saúde Bucal: 50% com HO insatisfatória; 9,52% com doença periodontal; 16,66% com foco infeccioso e CPOD médio de 7,28. **Desfechos: 1. Mucosite:** 57,14% apresentaram mucosite, 26,20% grau III ou IV, 41,66% com duração maior que 7 dias. Doenças malignas apresentaram maior risco de mucosite III e IV (6,5vezes- p:0,01) e de duração acima de 7 dias (66,6% X 26,66% -p:0,04), quando comparada às benignas. O mesmo foi observado para o condicionamento mieloablativo se comparado ao RIC, tanto para incidência (43,8% X 15,4%- p:0,05), quanto para duração acima de 7 dias (66,6% X 26,66%- p:0,02). **2. Infecção em Boca:** a saúde bucal foi crucial na incidência deste desfecho, HO (28,6% insatisfatória X 0% para Insatisfatória - p:0,02); Com Foco infeccioso 42,9% X 8,6% para sem Foco, p:0,05; CPOD Médio (infecção em boca 13,0 X 4,0 sem infecção, p:0,02). **3.Febre:** pacientes com HO insatisfatória apresentaram maior incidência de febre (90,5%) do que os com HO satisfatória (61,9%), p:0,03%. A média de idade nos pacientes que com febre foi maior (25,5 anos) do que nos sem febre (14 anos), p:0,02. **4.Hemocultura:** nenhum dos fatores estudados apresentou relação com o desfecho. **5.Opióide e NPT:** a mucosite foi fortemente associada com os desfechos: para opióides, 100% dos casos apresentaram mucosite e 84,6% mucosite III e IV, p:0,001; para NPT, 100% apresentaram mucosite III e IV, p<0,0001. **Discussão e Conclusão:** Este trabalho foi inédito em mostrar a influência da condição de saúde bucal e HO no aumento do risco de infecção em boca e febre, respectivamente, durante a fase de aplasia medular. O achado evidência a importância da saúde bucal tanto no desfecho local, quanto nos desfechos sistêmicos do TCTH.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Medicina Oral**
Trabalho: 146

ESTRESSE OXIDATIVO E DANO AO DNA EM QUERATINÓCITOS TRATADOS COM BUSSULFANO VEICULADO EM SALIVA ARTIFICIAL

Carvalho DLC^{1,2}, Rosin FCP¹, Ferreira MH^{1,2}, Eduardo FP², Bezinelli LM², Hamerschlak N², Corrêa L¹

¹*Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo*

²*Hospitalar Israelita Albert Einstein*

Durante o condicionamento do transplante de células tronco hematopoiéticas, são utilizados inúmeros quimioterápicos, dentre eles o bussulfano (BU). Este é um agente alquilante que gera intensa toxicidade induzida por estresse oxidativo, podendo levar a dano ao DNA, que causa mucosite oral (MO). O BU é encontrado em níveis salivares próximos aos níveis plasmáticos, porém não se sabe se as concentrações salivares são tóxicas tanto quanto às plasmáticas para a cavidade oral. Este trabalho visou analisar o estresse oxidativo e o possível dano ao DNA em queratinócitos expostos ao BU encontrado em doses salivares. Utilizou-se cultura de queratinócitos humanos, sendo estabelecidos os seguintes grupos: Controle (sem tratamento), Controle Saliva (exposição a saliva artificial) e BU (exposição a BU veiculado em saliva, nas doses de 4.0, 4.5, 5.0 e 5.5µg/mL). Foram avaliadas a viabilidade celular e a quantidade de células com fragmentação de DNA, pela técnica de TUNEL, bem como o nível de estresse oxidativo pela quantificação de sequestro do radical DPPH, superóxido dismutase (SOD), catalase (CAT) e nível de peroxidação lipídica (PL). Através do ensaio cometa, foi avaliada a porcentagem de DNA fragmentado. O efeito do BU sobre os queratinócitos foi dose-dependente; a dose de 5.5 µg/mL sem veículo com saliva gerou viabilidade celular de 76%, diferindo do grupo Controle ($p < 0.05$); quando o BU foi veiculado em saliva, todas as doses geraram menor viabilidade em relação ao BU sem saliva ($p < 0.001$). Na análise de TUNEL, o tratamento com BU veiculado em saliva provocou maior frequência de células com fragmentação no DNA ($p < 0.05$ em relação aos controles), bem como menor potencial de sequestro do radical DPPH ($p < 0.05$ em relação aos controles). A atividade da catalase foi maior no grupo BU ($p < 0.01$ em relação aos controles). A exposição ao BU também gerou maior porcentagem média de DNA fragmentado ($p < 0.05$ em relação ao Controle). Concluiu-se que a concentração salivar do BU é tóxica para queratinócitos, induzindo estresse oxidativo e maior dano no DNA.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Medicina Oral**
Trabalho: 147

ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES DE PALADAR EM PACIENTES SOB TRANSPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOIÉTICAS

Ferreira MH^{1,2}, Bezinelli LM¹, Eduardo FP¹, Waisbeck TMB¹, Nogueira RMG¹, Hamerschlak N¹,
Correa L²

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

²*Faculdade de Odontologia da USP-SP*

Os pacientes no transplante de células hematopoiéticas (TCH) recebem altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia podendo desenvolver diversos efeitos colaterais em cavidade oral, como mucosite e alteração de paladar. Objetivo: Detectar a frequência de disgeusia, verificar quais sabores ficam mais alterados durante a neutropenia, e avaliar como a despilação e mucosite podem impactar nessas alterações. Metodologia: Cinquenta e dois pacientes adultos de TCH testaram soluções aquosas contendo concentrações fracas e fortes de açúcar (doce), café (amarga), ácido cítrico (azedo) e sal (salgada) nos períodos pré-condicionamento (T0) e neutropenia (T1). Resultados: O sabor mais frequentemente não sentido pelos pacientes antes e depois do condicionamento foi o doce fraco (9,6% e 15,4%, respectivamente). Após o condicionamento, os pacientes exibiram ausência de sensação do amargo fraco significativamente maior em relação a antes do condicionamento ($p=0.041$). Poucos casos exibiram despilação antes do condicionamento, com diferenças significativas em relação ao período depois do condicionamento ($p<0.001$ para todos os locais do dorso da língua). Houve associação significativa entre mucosite oral com duração de 8 dias ou mais e presença de despilação depois do condicionamento, com odds ratio igual a 5,62 (IC95% = 0,98-60,30, $p=0.039$). Conclusão: As alterações de paladar durante a fase de neutropenia do TCH são intensas e podem estar relacionadas aos dias de mucosite oral e despilação lingual.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Medicina Oral**
Trabalho: 148

ESTOMATITE ASSOCIADA A INIBIDORES DE M-TOR EM DOIS PACIENTES PÓS-TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM USO DE SIROLIMUS.

Lima EM¹, Tanimoto HM¹, Esteves MFV¹, Candolo AA¹, Paton EJA¹, Barros GMN¹

¹*Hospital de Câncer de Barretos*

Introdução: O sirolimus é um inibidor seletivo de mTOR (alvo da rapamicina de mamíferos) com propriedades imunossupressoras, eficaz na redução da incidência de doença do enxerto-contra-hospedeiro após transplantes alogênicos de células-tronco hematopoiéticas. Estes agentes estão associados a toxicidades significativas e potencialmente dose-limitantes, incluindo a estomatite. A aparência, curso e associações de toxicidade da estomatite demonstraram-se distintas da mucosite convencional e se assemelham mais a estomatite aftosa. Clinicamente, as lesões na boca aparecem como úlceras discretas, ovais, superficiais e bem demarcadas com pseudomembrana, halo eritematoso, pequenas, medindo cerca de 1,0 cm em sua maior dimensão, em sua grande parte restrita a mucosa não queratinizada. As úlceras foram observadas em vários estudos de sirolimus com taxas variando de 20 a 60% dos pacientes tratados, sendo mais frequente em transplantados de órgãos. O tratamento para estomatite inclui administração tópica de corticosteroides, antiinflamatórios não-esteroidais e anestésicos, com resolução na maioria dos casos, podendo necessitar da descontinuação ou redução da dose dos inibidores de mTOR. **Objetivo:** Relatar dois casos de estomatite associada ao uso de sirolimus. **Relato dos casos:** Caso 1: 29 anos, sexo masculino, em uso de sirolimus na dose de 1 mg de 12/12 horas há 22 dias e fluconazol profilático. Compareceu com queixa de odinofagia e dor retroesternal. Ao exame apresentava ulcerações em palato, arco palatoglosso e borda de língua, bem delimitadas, recobertas com pseudomembranas, com halo eritematoso, dolorosas, com diagnóstico diferencial com herpes simples. Foi prescrito aciclovir em dose terapêutica para herpes oral, até os resultados dos exames. Em endoscopia digestiva alta (EDA) notaram-se úlceras em transição esofagogástrica, o exame anatomopatológico da biópsia foi negativo para CMV, H. pylori e fungos, e não foram observados critérios para DECH. A citologia esfoliativa da lesão oral foi negativa para herpes. Foi instituído tratamento tópico com betametasona elixir 3x/dia e foi suspenso o sirolimus. Houve melhora da dor e regressão das úlceras após sete dias de uso do corticosteróide tópico e após 10 dias da suspensão do sirolimus. Caso 2: 32 anos, sexo masculino, em uso de sirolimus 1mg 12/12 horas há 50 dias. Apresentou lesões ulceradas, circunscritas, de 0,5 cm de diâmetro, halo eritematoso, dolorosas, localizadas em úvula e arco palatoglosso. Foi iniciado laserterapia de baixa potência 660nm, 3J, 30 segundos, aplicação diária, com resolução total das úlceras após sete dias. **Conclusão:** O quadro de estomatite relacionado ao uso de sirolimus é potencialmente debilitante, apesar da sua baixa incidência. O diagnóstico precoce é de extrema importância para a rápida recuperação e para a manutenção do tratamento, bem como, para o bem estar do paciente.

Palavras-chave: sirolimus, estomatite, transplante, toxicidade, mucosa bucal

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Serviço Social**
Trabalho: 149

DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM PACIENTES CANDIDATOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉICAS

Frota EE¹, Silva TS¹, Kern LB¹, Hamid JSA¹, Eizerik DP¹, Becker ACG¹, Emer MC¹, Birnfeld CMF¹, Saraiva TKG¹, Astigarraga CC¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é um procedimento complexo que envolve diversas dimensões da vida e do contexto do paciente. Por esse motivo, o centro de transplante deve realizar uma avaliação global do caso, a fim de identificar possíveis situações ou fatores de risco graves que possam interferir na realização do TCTH de maneira segura. Para isso, cada profissional de saúde que está inserido na equipe de transplante realiza um atendimento, buscando informações que possam ser relevantes para a realização do TCTH. Ferramentas com usabilidade referente a avaliação pré-TCTH são raras na literatura, deste modo planejou-se o desenvolvimento de um instrumento que permitisse a avaliação global do paciente candidato ao TCTH. **Objetivos:** Descrever o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação multidisciplinar para pacientes candidatos a TCTH. **Material e Métodos:** Trata-se de um relato de experiência do desenvolvimento de instrumento multidisciplinar para avaliação de pacientes com indicação de TCTH. **Resultados:** Inicialmente, foram levantados dados relevantes ao escopo de cada profissional envolvido na avaliação pré-TCTH. O “Formulário de Avaliação do Paciente Candidato ao TCTH” foi desenvolvido a partir das informações elencadas e foi dividido em módulos para cada profissional (assistente social, dentista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo). Durante seu desenvolvimento foi identificado que algumas profissões coletavam variáveis semelhantes, então definiu-se a responsabilidade de coleta de dado de cada profissionais. A enfermagem ficou responsável pela coleta de dados específicos de seu domínio, bem como dados gerais do paciente, possibilitando a cada profissional realizar a avaliação específica de sua área. Essa estruturação foi definida a fim de evitar coleta das informações e possibilitar uma visão integral do paciente para a equipe multidisciplinar. **Discussão:** No trabalho multidisciplinar a comunicação é fundamental para a assistência integral à saúde do paciente. A implementação do modelo de avaliação traz clareza e organização sistemática das informações, servindo com base para uma avaliação multidisciplinar completa durante e após o TCTH, auxiliando no preparo da alta do paciente. **Conclusão:** O instrumento elaborado para avaliação multiprofissional possibilitou o compartilhamento de dados do paciente e integração da informação entre os profissionais, auxiliando no processo de avaliação global do paciente candidato ao TCTH. A ferramenta desenvolvida tem o potencial de ser implementada como parte do prontuário eletrônico, podendo servir como base para futuras pesquisas.

Palavras Chave: Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, Equipe Multiprofissional, Assistência Integral à Saúde

Financiamento: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), acordo firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, por meio do termo de ajuste de número 04/2014.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Serviço Social**
Trabalho: 150

LOS DETERMINANTES MÉDICO-SOCIALES EN EL PROCESO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

Luque L¹, Vanella S¹, Angos M¹

¹*ECODAIC, Ministerio de Salud de Córdoba.*

Palabras Claves: Indicaciones de Tx, proceso médico-social, accesibilidad. **Introducción:** El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TxCPH) es una alternativa terapéutica para diversas patologías oncohematológicas. El aumento de indicaciones a nivel estatal impulsa el estudio de las variables sociales que influyen en su efectividad. **Objetivo:** Caracterizar los aspectos médicos y sociales en el proceso de indicación de Tx de CPH. **Material y Método:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en base a la revisión de 98 indicaciones de Tx (InTx) recibidas en ECODAIC para financiamiento estatal entre 2014-2016, según la fuente de CPH. Se construyó un sistema de ponderación para valorar riesgo social según 5 variables de análisis (adherencia al tratamiento/situación social-familiar/situación habitacional/recursos personales y sociales/accesibilidad al centro de tx) que fueron aplicadas a 36 casos, evaluados en domicilio y bajo seguimiento por la Trabajadora Social. **Resultados:** Aumento en la cantidad de InTx duplicando los TxH. La demora promedio entre InTx y Tx es de 146 días. Aumento de InTx en abril y descenso en noviembre, el 21% fueron suspendidos, la principal causa fue por “progresión de enfermedad”. Patología en aumento Leucemia Linfoblástica Aguda principalmente en pacientes del interior. El 51% de los Tx realizados fueron autólogos. Las infusiones de CPH presentan un pico entre mayo-julio, mientras que los alogénicos no relacionados (TxNR) se concretan en la segunda mitad del año. En todos los tipos de Tx, la tasa de fallecimiento pre tx predomina sobre la de fallecimiento post tx, excepto en el TxNR que es a la inversa. Se repite esta relación en otras variables. El 73 % son adultos (mayoría en franja etaria 20-29 años), 64% de sexo masculino y el 61% del interior provincial (notable aumento en 2016). La tasa de fallecimiento post Tx aumenta en los pacientes del interior. Mayor supervivencia de TxR que cualquier otro tipo de Tx. Según sistema de ponderación de riesgo social (40% de InTx): 80% tienen indicador de riesgo social alto. **Conclusiones:** No se puede determinar las causas de los resultados expresados anteriormente ya que se realizó un análisis recortado de las indicaciones médicas. La indicación InTxR fue revelación y distintiva a las otras tipologías de Tx. En muchas de las determinantes sociales del proceso de Tx no se detectó vinculación directa a las determinantes médicas. De la ponderación de riesgo social se concluye que el alto riesgo no es un determinante de la evolución, sin embargo sería una herramienta de pronóstico acertada. La intervención social oportuna es un factor potenciador y facilitador para dichos pacientes.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Serviço Social**
Trabalho: 151

A SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA JUDICIAL: UMA REALIDADE CADA VEZ MAIS PRESENTE E NECESSÁRIA NO TCTH

Pedebos GL¹, Almeida MN¹, Zuckermann J¹, Paz AA¹

¹*Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Introdução: Junto à crescente incidência das doenças onco-hematológicas é possível observar ao longo do tempo um incremento das alternativas terapêuticas disponibilizadas aos pacientes possibilitando uma maior sobrevida e ampliando a qualidade de vida. No TCTH há medicamentos essenciais para controle da doença, bem como, para tratamento profilático e terapêutico de quadros infecciosos graves determinantes ao desfecho clínico. Estes são de alto custo e não disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Discutir a relação entre o cenário atual de desmonte do SUS e a crescente necessidade da judicialização da saúde, como forma de garantia de acesso ao melhor tratamento possível a cada situação. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e qualitativa, problematizada através do método dialético crítico, tendo como fundamento a apropriação teórica sobre o tema e a reflexão da realidade observada pelas autoras desta discussão. **Resultados:** O encaminhamento de medicamentos de alto custo por via judicial demanda uma série de procedimentos burocráticos envolvendo documentação pessoal, documentos médicos, orçamentos, entre outros. Observa-se aproximadamente três meses do início da orientação realizada pela equipe para a família até o efetivo encaminhamento nas instâncias de atendimento jurídico. Este tempo encontra-se relacionado às características e condições da família em organizar a documentação e acessar os serviços. O tempo para definição da solicitação judicial pode variar de 30 dias a até 12 meses ou mais. Se deferido o pedido, observa-se que não há um padrão na forma de recebimento do medicamento, por vezes acarretando em longo tempo de espera para cumprimento da ordem judicial e real disponibilização do medicamento para uso. Este processo tem envolvido ativamente a equipe multiprofissional demandando interação e orientação constante da equipe médica, serviço social e farmácia. **Considerações Finais:** O SUS, como política pública de saúde, prevê a universalidade do acesso, a integralidade das ações e a responsabilidade compartilhada entre a União, os estados e os municípios no provimento das ações de promoção, prevenção, assistência curativa e cuidados paliativos dos seus usuários. Entretanto, observa-se que o movimento crescente de desmonte das ações públicas de saúde e intersetoriais prejudica a manutenção efetiva do tratamento levando ao atual fenômeno da necessidade de judicialização da saúde. Avalia-se que neste contexto de precarização do acesso, a judicialização torna-se um mecanismo legítimo de defesa dos direitos dos pacientes na busca pelo acesso a bens e serviços essenciais a continuidade do seu tratamento. Porém, não assegura o acesso de forma equânime, penalizando de forma mais intensa as famílias com contexto mais vulnerável.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Nutrição**
Trabalho: 152

EFFECTIVENESS OF VITAMIN D SUPPLEMENTATION DURING AND AFTER ALLOGENEIC HSCT

Barban JB¹, Ito FT², Tanaka M², Vogel C², Piovacari SMF², Hamerschlag N², Pereira A², Kerbauy F¹

¹*Escola Paulista de Medicina - UNIFESP*

²*Hospital Israelita Albert Einstein*

Background: The dosage of vitamin D/day to maintain adequate vitamin D according to the FDA is 2200 – 3000 IU/dia in healthy individuals. Vitamin D supplementation during the HSCT have been studied recently and the appropriate dose for these patients is still unclear. **Methods:** A retrospective study was realized in order to analyze the institutional protocol of vitamin D collection during allogeneic HSCT. Vitamin D levels were collected before the start of conditioning, day fifteen (D+15) after the infusion day and day one hundred (D+100). The decision of supplement vitamin D or not, as well as its dosage was performed by the hematologist responsible for the patient. **Results:** twenty-seven patients submitted to HSCT were included. During the follow-up 84,2% of patients increased their vitamin D levels (p=0,003). Eighteen patients were supplemented, according to medical criteria. The mean supplementation was 4332 UI/dia, approximately 57,33 UI/kg/dia. At the end of the study only two patients didn't achieve vitamin D levels ≥ 20 ng/dl. The effectiveness of vitamin D supplementation was 88,9%. Despite the effectiveness of vitamin D supplementation, we could not find significance difference between patients who present vitamin D levels ≥ 20 ng/dl and were supplemented with CMV, GVHD and the amount of hospitalization days. **Conclusion:** The closest vitamin D follow up during and after allogeneic HSCT was able to maintain and increase vitamin D levels even though the uses of immunosuppressive drugs, reduction sun exposure and low food acceptance. The next steps will be to standardize the amount of vitamin D supplemented.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Nutrição**
Trabalho: 153

ASPECTOS NUTRICIONAIS DA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO AGUDA EM LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA: RELATO DE CASO

Carvalho IRA¹, Chiesa D¹, Lopes LP¹, Esteves MFV¹, Barros GMN¹, Candolo AA¹, Paton EJA¹

¹*Hospital de Câncer de Barretos*

INTRODUÇÃO: A doença do enxerto-contrahospedeiro (DECH) é uma complicação que ocorre em 40 a 50% dos casos dos transplantes alogênicos, onde acontece o ataque de linfócitos do doador contra os antígenos do receptor, podendo se dividir em aguda ou crônica e acometer qualquer órgão do corpo, sendo uma das causas mais frequentes de mortalidade pós transplante. **OBJETIVOS:** Relatar os aspectos nutricionais de um paciente com a doença do enxerto-contrahospedeiro após TCTH. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 36 anos, 64kg, eutrófico pelo Índice de Massa Corporal (IMC), foi admitido com diagnóstico de Leucemia Mielóide Crônica (LMC). Realizou como protocolo de condicionamento para transplante alogênico não-aparentado FLUBU 16 + ATG. Teve durante o condicionamento quadro de hipotensão, palidez, mal estar, náuseas e vômitos. Teve enxertia de neutrófilos no dia D+21 e recebeu alta hospitalar no D+ 23, com 62,4kg, IMC=23,2 kg/m²e Perda Ponderal de -2,42%. Após 30 dias, o paciente é reinternado com 61 kg e IMC=22,6 kg/m², apresentando prurido, eritema e ardência na bolsa escrotal, evoluindo ainda com aparecimento de lesões eritematosas, descamação nas mãos e diarreia intensa, sendo diagnosticado com candidíase cutânea na bolsa escrotal e DECH aguda grau III de pele, trato gastrointestinal e fígado. Iniciou tratamento com metilprednisolona 2mg/kg/dia. Houve melhora das lesões de pele, da diarreia e da função hepática. O paciente foi de alta hospitalar com 65 kg, IMC=24,16 kg/m²e porcentagem de variação ponderal = +6,5%. No D+ 81 o paciente apresentou perda de quimerismo e recidiva da LMC- crise blástica, sendo novamente internado. Apresentou quadro de febre e dor na coluna lombar. Iniciado ciclo de quimioterapia DAUNO + ARA – C durante 7 dias. O paciente apresentou mucosite grau II, edema de membros inferiores, úlcera sublingual, dor abdominal e diarreia durante internação. Foi interrogada hipótese de colite após apresentar hematoquesia, e iniciada logo em seguida nutrição parenteral total (NPT) e jejum por 3 dias. Após exame de retossigmoidoscopia, foi confirmado o diagnóstico de colite ulcerativa severa por CMV e DECH aguda de trato gastrointestinal, sendo iniciado o tratamento com antibióticos e ganciclovir. O desmame da NPT foi realizado após 6 dias e foi iniciada dieta líquida sem resíduos com boa aceitação sem novas intercorrências. Posteriormente, houve a evolução da dieta via oral para leve, em seguida para branda, demonstrando melhora do quadro. Teve alta hospitalar após 15 dias com dieta geral. **CONCLUSÃO :** A DECH é uma complicação comum no TCTH alogênico, podendo variar de graus leves a graves, sendo necessário o acompanhamento cauteloso de toda equipe multidisciplinar, especialmente pela equipe da nutrição considerando os aspectos nutricionais específicos desta complicação.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Nutrição**
Trabalho: 154

TERAPIA NUTRICIONAL EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS: UMA REVISÃO

Carvalho IRA¹, Lopes LP¹, Esteves MFV¹, Barros GMN¹, Candolo AA¹, Paton EJA¹

¹*Hospital de Câncer de Barretos*

INTRODUÇÃO : O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é um procedimento terapêutico indicado para doenças hematológicas, de etiologia maligna ou benigna. O estado nutricional do paciente pré-transplante é ligado a complicações e ao desfecho no pós transplante, sendo primordial a intervenção nutricional. O condicionamento para o TCTH consiste em quimioterapia, com ou sem irradiação corporal total, o qual pode causar efeitos colaterais graves, como mucosite, náuseas, vômitos e diarreia, resultando em ingestão oral insuficiente, e extensa má absorção e desnutrição. A terapia nutricional tem fundamental importância, fornecendo calorias e nutrientes adequados para a manutenção e recuperação destes pacientes. **OBJETIVO** : Revisar a literatura nutricional para o tratamento de pacientes submetidos ao TCTH. **MATERIAIS E MÉTODOS** : Consiste em revisão de literatura através de artigos científicos do período de 2000 a 2018 sobre a terapia nutricional dos pacientes submetidos ao TCTH. **RESULTADOS**: Dentre os estudos encontrados observou-se que a baixa ingestão oral ocorre devido a distúrbios gastrointestinais tais como mucosite, enterite, gastroparesia, náuseas, vômitos, diarreia e salivação alterada. Estes eventos clínicos são frequentes, podendo influenciar a morbidade e a mortalidade destes pacientes, assim como afetar sua qualidade de vida. Com isto, a terapia nutricional no TCTH oral, enteral e parenteral tem como objetivo manter ou melhorar o estado nutricional do transplantado, sendo importante para minimizar as complicações, encurtar o tempo de hospitalização, acelerar a recuperação imunológica e melhorar a qualidade de vida destes pacientes. **DISCUSSÃO** : O manejo nutricional é iniciado com a avaliação nutricional pré-transplante quando verifica-se o estado nutricional, os fatores de risco potenciais e estima-se as necessidades nutricionais. Usualmente é utilizado 25 a 35kcal/kg/dia para pacientes eutróficos, 35 a 45kcal/kg/ dia para desnutridos e 1,2 a 1,5g proteína/kg/dia para manutenção ou recuperação da massa muscular. A nutrição parenteral para complementação da necessidade calórica é comum, porém deve-se atentar para complicações do uso excessivo como hiperglicemia, esteatose hepática e sobrecarga de fluidos. A sonda nasoenterica tem mostrado benefícios pós-transplante por manter integridade intestinal e controle glicêmico, podendo reduzir o risco de doença do enxerto-contra-hospedeiro. Assim, a terapia nutricional fornece substratos de forma adequada para recuperação hematológica, além de minimizar as consequências do regime de condicionamento. **CONCLUSÃO** : A terapia nutricional no TCTH tem como meta corrigir as deficiências pré-existentes, minimizar as perdas e melhorar a qualidade de vida do paciente após o transplante. Devendo ser indicada de forma individualizada, utilizando critérios específicos especialmente nos pacientes que estejam sob risco nutricional e/ou desnutridos.

Área: **Multidisciplinar**

Sub-tópico: **Nutrição**

Trabalho: 155

ANÁLISE DO ESTADO NUTRICIONAL ANTES E APÓS O TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS.

Lopes LP¹, Esteves MFV¹, Barros GMN¹, Candolo AA¹, Paton EJA¹

¹*Hospital de Câncer de Barretos*

Introdução: Os pacientes que são submetidos ao transplante de células-tronco-hematopoiéticas (TCTH) são expostos a vários medicamentos/ procedimentos que podem afetar em intensidades variadas o aparelho digestivo, e por esta razão, podem comprometer o estado nutricional desses. As etapas prévias e posteriores ao TCTH promovem alterações fisiológicas que necessitam ser controladas de modo a auxiliar o processo de regeneração da medula óssea. Durante esse período, as necessidades energéticas e protéicas aumentam, o processo de metabolização e absorção dos nutrientes se modifica e, na maioria dos casos, a ingestão alimentar dos pacientes tende a reduzir, expondo-os a uma situação de risco com necessidade de terapia nutricional. **Objetivo:** Analisar o estado nutricional de pacientes antes e após o TCTH. **Material e Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo, realizado no período de outubro de 2017 a abril de 2018, em um hospital oncológico, com pacientes adultos acompanhados no ambulatório de nutrição do departamento de TCTH. Foram coletados através dos indicadores do serviço os dados epidemiológicos (idade, sexo e diagnóstico pré-transplante), nutricionais (Índice de Massa Corporal - IMC e Variação Ponderal - VP) e realizada análise estatística descritiva. **Resultados:** Foram analisados 22 pacientes durante o período de sete meses, 54% do sexo masculino, com média de idade de 44 anos, a maioria foi diagnosticada com leucemia mieloide aguda (41%), seguida por leucemia linfóide aguda (14%) e mieloma múltiplo (14%). O perfil nutricional prévio ao transplante era em sua maior parte de eutróficos (41%) e com sobrepeso (36%), sendo 96% sem perda ponderal grave e sem queixas gastrointestinais. Após a alta hospitalar, em consulta nutricional dentro do primeiro mês pós-transplante o estado nutricional passou a ser predominantemente de eutróficos pelo IMC (73%), seguido por 14% de desnutridos; 64% dos pacientes apresentaram perda ponderal considerada grave, classificados como desnutridos graves; 100% dos pacientes apresentaram queixas gastrointestinais no pós-TCTH como falta de apetite (55%), náuseas (50%), alteração de paladar (32%), vômitos (14%) e diarreia (9%). **Discussão:** Este estudo vem ao encontro de outros estudos da literatura onde a maioria dos pacientes ao iniciar o tratamento tem peso relativamente saudável. Porém, devido aos efeitos tóxicos do condicionamento do TCTH e também de complicações desenvolvidas neste período, os pacientes apresentam redução da ingestão oral e consequente piora do estado nutricional. De acordo com a literatura há redução de cerca de 5 a 10% do peso corporal em relação ao início do tratamento sendo condizente com o resultado desse estudo. **Conclusão:** A desnutrição e os sintomas gastrointestinais que os pacientes transplantados apresentam são impactantes e necessitam de um acompanhamento nutricional frequente e devem ser a base para o planejamento de uma terapia nutricional coadjuvante para melhora da qualidade de vida e melhor desfecho clínico dos pacientes. **Palavras-chave:** Estado nutricional; TCTH; Avaliação nutricional.

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Nutrição**
Trabalho: 156

DESNUTRIÇÃO PROTÉICO-CALÓRICA, CÂNCER E ADOLESCÊNCIA: MANEJO NUTRICIONAL NO TRANSPLANTE ALOGÊNICO APARENTADO

Mendonça PS¹, Aguiar APN¹, Rodrigues BC¹, Silva RPC¹, Almeida SB¹, Gurgel LA¹, Barroso KSN¹

¹*Hospital Universitário Walter Cantídio*

Introdução: A Desnutrição Protéico-Calórica (DPC) e a Perda de Peso (PP) superior a 10% aumentam o risco de mortalidade, de infecção, de intolerância à medicação e de recidiva pós Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH). Estratégias para minimizar esses prejuízos são essenciais para o sucesso do tratamento. **Objetivos:** Relatar o manejo nutricional em um caso de DPC em adolescente submetido ao TCTH. **Material e Métodos :** Estudo descritivo do tipo relato de caso, realizado no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, em fevereiro de 2018. **Resultados:** paciente masculino, 18 anos, diagnosticado com Linfoma de Hodgkin aos 6 anos. Apresentou múltiplas recidivas desde 8 anos. Foi encaminhado ao HUWC em 2017. Houve falha de coleta de célula tronco hematopoiética com plerixafor. Submetido a TCTH alogênico aparentado com o irmão, fonte: sangue periférico, condicionamento fludarabina e melfalano intensidade reduzida. Na avaliação pré-transplante apresentava: níveis de testosterona= 55,1 ng/dL, albumina= 2,3 g/dL, peso=29 kg/m², IMC= 12,07 Kg/m² (desnutrição grave), peso habitual= 32 Kg (% PP em 3 meses= 9,38%), circunferência do Braço (CB)= 22 cm (% de adequação da CB= 71,66%)= desnutrição grave, NRS-2002= 6 (alto risco nutricional) e recordatório habitual= 1500 kcal. O paciente, internado, iniciou dieta por Via Oral (VO) na consistência geral= 1500 kcal/dia e Terapia Nutricional Enteral (TNE) polimérica com densidade calórica 1.5= 1600 kcal, totalizando valor calórico total da dieta= 3.100 kcal/dia nos 15 dias anteriores ao início do condicionamento. Os eletrólitos, para avaliar síndrome de realimentação, foram monitorados. Iniciou-se reposição de testosterona. Ao iniciar o condicionamento, o paciente apresentava peso= 33kg. No D-1, evoluiu com diarreia e mucosite grau III, reduzindo assim, a ingestão da dieta VO. A TNE foi intensificada, mantendo-se (enteral + VO) 3000 kcal/dia. No D+7 suspensa a dieta por instabilidade hemodinâmica, sendo reiniciada um dia após TNE 100ml, totalizando 1050 kcal/dia. A dieta foi progredida no D+10, quando, após melhora do quadro de odinofagia, iniciou-se dieta VO na consistência pastosa com suplementação, totalizando 3000 kcal/dia. No D+15, ocorreu a enxertia neutrofílica e tolerância da dieta geral. No D+19, o paciente obteve alta hospitalar com seguimento ambulatorial no serviço de TCTH, endocrinologia e nutrição. Os dados clínicos no momento da alta eram peso= 35,1 kg, IMC= 14,6 kg/m², CB= 23,5cm, albumina= 3,3 g/dL. **Discussão:** Nesse caso, a TNE além de evitar a PP, possibilitou recuperação parcial do estado nutricional. De acordo com o Consenso de Nutrição Oncológica, o início da TNE deve ocorrer sempre que houver redução significativa da ingestão oral. **Conclusão:** O manejo nutricional no TCTH é um desafio para a equipe multiprofissional. A combinação de TNE e terapia nutricional oral mostrou-se eficiente.

Palavras chaves: Estado nutricional, Doença de Hodgkin, Deficiências Nutricionais

Área: **Multidisciplinar**
Sub-tópico: **Nutrição**
Trabalho: 157

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO SEGUIMENTO E MANEJO DO PACIENTE COM DECLÍNIO NUTRICIONAL E EVENTOS GASTROINTESTINAIS NA PÓS-ENXERTIA: RELATO DE CASO.

Castilho CFC¹, Silva SA¹, Negrete C¹, Gusmão BM¹, Motta CL¹, Teodoro JL¹, Ozores AS¹

¹BP *Mirante*

INTRODUÇÃO: Trata-se de um paciente submetido a segundo Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) autólogo, que desenvolveu náuseas e vômitos refratários, odinofagia e declínio nutricional na pós-enxertia, comprometendo seu seguimento pós-transplante. A atuação interprofissional identificou causas de origem farmacológica idiopática dos eventos recorrentes, e a necessidade precoce da introdução de terapia nutricional alternativa e discutiu condutas individualizadas, que foram implementadas e que garantiram sucesso do seguimento terapêutico.

RELATO DE CASO: Paciente MCD, 49 anos, feminino, admitida em Set/2017, para realização do segundo TMO, após primeiro realizado em Julho/2017, como terapia de consolidação para Mieloma Múltiplo IgA ISSII. Como condicionamento recebeu Melfalano, ondansetrona, dimenidrato e dexametasona como antieméticos, sem referir sintomas. No D0 queixou-se pela manhã de náusea e a tarde, durante a infusão das Células Tronco Hematopoiéticas (CTH), apresentou 3 episódios de vômito, sendo a terapia antiemética ampliada com a introdução de aprepitanto. Com melhora das náuseas, mas com cefaleias sem etiologia definido, o farmacêutico clínico e a equipe de enfermagem observaram que esse evento ocorria sempre após a administração de ondansetrona. O medicamento foi suspenso pela equipe médica com melhora do quadro. Paciente seguiu com odinofagia e persistência de náusea, ainda em D+8. Realizada biópsia por Endoscopia Digestiva Alta para excluir outras etiologias, paciente já apresentava esofagite erosiva leve (Grau A de Los Angeles) e a terapia enteral inviável. A enxertia ocorreu em D+11, apresentando critérios clínicos de alta, exceto pela odinofagia e náuseas recorrentes, que favoreceram seu rápido declínio nutricional. Para adequação do aporte calórico e proteico, resolução da redução crítica da ingesta alimentar e do déficit nutricional, foi discutida e implementada a Terapia de Nutrição Parenteral Total (NPT) em D+13, a otimização diária do esquema antiemético possibilitaram o reinício da dieta oral com dieta branda após 6 dias de jejum via oral e melhora dos eventos. Com desmame, seguiu com suspensão da NPT em D+19 e alta para seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO: O esquema emetogênico utilizado é eficaz, com ganho de taxa de resposta com a introdução do aprepitanto, tendo baixa recorrência. A refratariedade nesses casos é baixa e a maioria de origem idiopática ou ocorrem de maneira antecipatória ao uso do melfalano. Aquelas causadas pelo DMSO foram descartadas, pois geralmente são agudas de fácil manejo na maioria dos casos, com paciente apto a alta após enxertia medular. Declínio nutricional crítico pela evolução de eventos gastrointestinais não são frequentes e nem a introdução de NPT, mas neste caso foi necessária.

CONCLUSÃO: O bom desempenho na pós-alta e acompanhamento nutricional em ambulatório, mostra progressos oferecidos através da assistência prestada pela equipe e a assertividade frente a resolução do caso.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Hematologia Geral relacionada a transplantes**

Trabalho: 158

CITOPENIA AUTOIMUNE REFRATÁRIA APÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS: RELATO DE CASO

Via PHT¹, Rosa EL¹, Ribeiro LB¹, Pieroni F¹, Stracieri ABPL¹, Santos FLS², Prado BPA²,
Sankarankutty AK¹, Rodrigues MCO¹, Simões BP¹

¹Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

²Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto

Introdução: Citopenias autoimunes são complicações relativamente frequentes após o transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH), com incidência variando entre 2 e 6%, e estão relacionadas a maior morbidade e menor sobrevida. **Objetivo:** Descrever o caso de um paciente que evoluiu com citopenias autoimunes pós-TCTH, resistentes a diversas linhas de tratamento. **Relato de caso:** Paciente masculino, 20 anos, com anemia aplásica grave refratária a tratamento imunossupressor, foi submetido ao TCTH alogênico, com doador não relacionado, HLA idêntico 10/10, do sexo masculino e incompatibilidade ABO menor. Realizou condicionamento com FluCy + ATG, e profilaxia de doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) com metotrexato e ciclosporina (CsA). No d+149 pós-TCTH, foi diagnosticado com Síndrome de Evans (anemia e plaquetopenia imunes), sem necessidade transfusional e evoluiu com resposta completa após início de prednisona 1mg/kg/dia e rituximabe 375mg/m² (dose semanal, total de 4 doses). Após 12 semanas, durante o desmame da prednisona, voltou a apresentar hemólise imune sem plaquetopenia. A análise do quimerismo revelou um VNTR 100% doador e a tipagem eritrocitária em gel era O RhD negativo, sem dupla população. O estudo imuno-hematológico não identificou nenhum outro anticorpo irregular, além do próprio autoanticorpo. Foi administrado imunoglobulina humana intravenosa associada a ciclofosfamida oral 100 mg/dia e prednisona, apresentando resposta parcial após 2 semanas de terapia. Houve nova recaída da Sd. de Evans no d+312, durante o desmame do corticoide, atingindo no nadir Hb 3,5 g/dl e plaquetas 35.000/mcL. Foi suspenso a ciclofosfamida e administrado pulso de metilprednisolona 1g/dia por 3 dias consecutivos. Sequencialmente o paciente foi submetido à plasmaférese (total de 3 sessões) como terapia-ponte para a esplenectomia videolaparoscópica. Durante a internação, recebeu 11 concentrados de hemácias, respeitando o fenótipo ABO, Rh e Kell do doador. Após 1 semana da cirurgia, no d+334, apresentou resposta completa (Hb 11,8 g/dL e plaquetas 526.000/mcL). Recentemente, no d+380, apresentou nova recaída de anemia hemolítica autoimune, durante desmame de prednisona. Foi substituído CsA por sirolimus e associado micofenolato mofetil e bortezumibe. **Discussão:** As citopenias autoimunes ocorrem geralmente entre 2 a 25 meses após TCTH, e dentre os fatores de risco observam-se o transplante não relacionado, o desenvolvimento de DECH crônico e doença primária não maligna. Possuem evolução variável, desde remissão espontânea até hemólise fatal. Geralmente são refratárias a tratamentos de primeira linha, com opções terapêuticas sequenciais baseada em relatos e séries de casos, como o uso de ciclofosfamida, micofenolato mofetil, sirolimus e bortezumibe. **Conclusão:** As citopenias autoimunes são complicações importantes após o TCTH, com evolução variável, geralmente refratárias à primeira linha de tratamento e associadas a elevada morbimortalidade.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Alogênicos**
Trabalho: 159

TMO HAPLOIDÊNTICO PARA ANEMIA FALCIFORME

Massumoto C¹, Jacomini A¹, Inaoka RJ¹, Scanhola GQ¹, Junior JG¹

¹Unidade de Onco-Hematologia/TMO do Hospital Nove de Julho, São Paulo-SP

INTRODUÇÃO: A anemia falciforme é a hemoglobinopatia mais frequente no mundo todo e no Brasil estima-se que 4% da população carregue o gene S. A doença é causada pela mutação da beta hemoglobina, chamada hemoglobina S, resultado da troca no gene da beta globina no aminoácido da posição 6 (glutamina por valina). Esta alteração transforma as hemácias em células mais rígidas, menos deformáveis e que se alongam sob baixa saturação de oxigênio, causando aderência ao endotélio vascular e fenômenos oclusivos (crises de falcização). O transplante alogênico de medula óssea é um tratamento curativo para anemia falciforme, historicamente realizado em crianças e adolescentes com doador HLA idêntico, no entanto, a identificação de um doador idêntico é observada em apenas 25% dos pacientes. Desse modo, a modalidade haploidêntico é uma alternativa para os pacientes que não possuem doador. **OBJETIVO:** Relatar o transplante de medula óssea haploidêntico em jovem portadora de anemia falciforme. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Paciente do sexo feminino, 33 anos, portadora de doença falciforme, brasileira, com crises frequentes de falcização refratárias aos tratamentos clínicos convencionais e crises álgicas intensas. Adicionalmente, apresenta disfunção renal crônica não dialítica, embolia pulmonar, úlcera em membros inferiores, uso abusivo de opioides e internações hospitalares de repetição. Foi submetida a TMO haploidêntico (doadora irmã, portadora de traço falciforme) com infusão de 10×10^6 CD34/kg e fonte celular periférica. O regime de condicionamento compunha-se por Ciclofosfamida, Fludarabina e TBI (400cGy), Ciclofosfamida pós, além de Tacrolimus e Micofenolato para profilaxia de doença do enxerto *versus* hospedeiro.

RESULTADOS: A enxertia medular ocorreu no D+24. As intercorrências apresentadas no pós TMO imediato foram: tromboflebite em MSD (D+20), colite (D+32), reativação de CMV (D+33), dificuldade em desmame da morfina e agudização da disfunção renal. **DISCUSSÃO:** Paciente necessitou de uso de Ganciclovir com negatificação do CMV. Além disso, foi necessário método de terapia de substituição renal (sessões de hemodiálise), com resposta satisfatória. Equipe especializada em dor acompanhou todo o processo sendo utilizado por vezes metadona, e desmame realizado com sucesso. Além disso, devido longos anos de doença falciforme e internações recorrentes, foi necessário acompanhamento conjunto com psiquiatra e psicólogos como complemento ao trabalho da equipe da dor. Na reavaliação do D+30 apresentou quimerismo 100% e eletroforese de hemoglobina com redução substancial da hemoglobina S (67% antes do TMO e 15% após). A paciente cessou por completo as dores relacionadas à falcização nos dias subsequentes à enxertia medular além de melhora do *clearance* de creatinina. **CONCLUSÃO:** Embora seja modalidade ainda pouco utilizada, o TMO haploidêntico em anemia falciforme em pacientes adultos é factível e manejável em centros de TMO com experiência.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Alogênicos**
Trabalho: 160

TRANSPLANTE HAPLOIDÊNTICO COM CICLOFOSFAMIDA PÓS TRANSPLANTE CONTRA TRANSPLANTE COM DOADOR VOLUNTÁRIO NÃO-APARENTADO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE

Arcuri LJ¹, Aguiar MTM¹, Ribeiro AAF¹, Pacheco AG²

¹*Instituto Nacional de Cancer*

²*Fundação Oswaldo Cruz*

Cerca de 70% das pessoas não tem doador familiar totalmente compatível, e não há consenso sobre qual é a melhor opção para esses pacientes. **OBJETIVO** : Comparar os resultados de transplante haploidêntico (Haplo) com ciclofosfamida pós (PTCy) contra transplante com doadores não-aparentados (NAp). **MÉTODO** : Buscou-se em três bases (PubMed, Google Scholar e Cochrane) comparações de transplante Haplo com NAp para doenças malignas (entre 2008–2018, sem restrição de língua, cordão excluído) e encontrou-se 200 resumos. Destes, 41 foram selecionados pelos revisores para leitura na íntegra, sendo 2 redundantes; 17 preencheram nossos critérios de inclusão. Dois estudos subdividiram e analisaram os pacientes em subgrupos, sendo considerados, para a análise, estudos diferentes. Três estudos compararam a mesma população de Haplo contra subgrupos diferentes de NAp; para estes, foi feita uma análise de sensibilidade para identificar se a inclusão de cada braço destes estudos impactaria nos resultados. Dois artigos incluíram também pacientes Haplo que não receberam PTCy. Foram sumarizados os dados de Hazard-Ratio (HR) e Diferença de Risco (RD, em pontos percentuais). RD negativo representa resultado favorável ao Haplo e positivo, ao NAp. Desfechos com heterogeneidade foram analisados em subgrupos e por meta-regressão. **RESULTADO** : Os 17 estudos incluíram 1.574 transplantes Haplo e 9.675 transplantes NAp. Houve 5 estudos de Registro (CIBMTR e EBMT), 2 multicêntricos e 10 unicêntricos. Fonte periférica foi menos utilizada em Haplo (37% vs 86%). Doze estudos (71%) publicaram dados de sobrevida global com intervalos de confiança. Não houve diferença de sobrevida global entre Haplo e NAp (HR = 1,09, p = 0,16; RD = 0%, p > 0,20). A exclusão de braços com pacientes Haplo duplicados e a comparação da média ponderada das estimativas pontuais dos estudos não incluídos na metanálise não mostrou diferença importante (baixo risco de viés). TRM (RD = -5%, p = 0,06) e recaída (HR = 1,09, p = 0,15; RD = +3%, p = 0,08) não foram diferentes. DECH crônica foi menor no grupo Haplo (RD = -12%, p = 0,01, com grande heterogeneidade). A análise de subgrupo mostrou que este efeito é maior na comparação de Haplo-PTCy com NAp que não recebeu ATG, Alemtuzumab ou PTCy (RD = -30%, p = 0,001), e a meta-regressão sugere que a maior incidência de DECH crônica está ligada ao maior uso de fonte periférica no NAp (p < 0,001). **CONCLUSÃO** : Estes resultados mostram que a sobrevida de pacientes submetidos a transplante Haplo com PTCy não é diferente à de transplante NAp. A incidência de DECH crônica foi menor, principalmente comparado à TMO NAp com profilaxia convencional, mas grande parte deste achado pode ser explicado pelo maior uso de fonte periférica no NAp. Apesar do risco teórico de PTCy mitigar o efeito GVL, a diferença na incidência de recaída não foi clinicamente significativa. Transplante Haplo deve ser considerado dentre as primeiras escolhas para pacientes sem doadores familiares compatíveis.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 161

TÍTULO: ÍLEO METABÓLICO COMO PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO DE GVHD DE TRATO GASTROINTESTINAL (TGI)

Ferreira FA¹, Colella MP¹, Valeri PA¹, Santana CG¹, Udo AP¹, Aranha FJP¹, Vigorito AC¹

¹*Universidade Estadual de Campinas*

Caso Clínico: Paciente de 68 anos, encontra-se no D+70 de um transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico aparentado, condicionamento de intensidade reduzida com bussulfan e fludarabina, enxerto de medula óssea. Paciente refere diarreia de 05 dias de evolução, sem características de disenteria e com dor abdominal. A época com Hb 13,9 g/dL, Ht 39%, Leucometria 3290 com 2100 neutrófilos e 600 linfócitos, Plaquetas 101 000. TC de abdome e pelve com espessamento de cólon ascendente e ceco e doença diverticular de cólon. Submetido a antibioticoterapia sistêmica com ciprofloxacina e com metronidazol, mantendo diarreia apenas pós alimentar e que cessava ao jejum. Interna para quantificação de volume, em mL, das evacuações além de realização de endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia. Cerca de 5 dias após, no dia da realização da colonoscopia, mesmo com preparo realizado, segue com náuseas, vômitos, ausência de evacuações por mais de 24 horas, com exame vindo a ser cancelado porque não se tinha como avaliar preparo. Diante da queda do estado geral, com piora da dor abdominal, opta-se pela realização de tomografia de abdome que mostra níveis hidroaéreos em estômago e intestino delgado com empilhamento de moedas compatível com íleo metabólico. Sondagem nasogástrica em sifonagem de 3500 mL de forma espontânea. Cerca de 5 dias depois paciente evolui novamente com melena e episódios de hematoquezia, com necessidade de transfusão de 8 concentrados de hemácia em uma semana. Colonoscopia nesse momento evidenciando sangramento por todo o cólon, com sinais de doença diverticular, sem realização de biópsia por conta do quadro hemorrágico, mas fez biópsia por endoscopia digestiva alta que mostrava áreas de enantema em estômago. Histopatológico compatível com *graft versus host disease* (GVHD), evidenciando infiltrado inflamatório crônico com áreas de apoptose em epitélio de esôfago, estômago e duodeno. Submetido a 2 mg/kg/dia de metilprednisolona por via EV, com melhora da hematoquezia, da melena, do íleo metabólico, com drenagem por sonda nasogástrica de 0 mL por cerca de 5 dias após a terapia. Avaliação de PCR para CMV em todo esse quadro clínico foi negativa. **Discussão:** GVHD agudo se manifesta classicamente como rash eritematopapular sistêmico, diarreia e pode haver acometimento hepático, com hiperbilirrubinemia. Pela Classificação de Glucksberg, que contempla dor abdominal com ou sem íleo metabólico como manifestação clínica de GVHD, paciente do caso chega a grau IV. Mesmo do ponto de vista de trato gastrointestinal, a principal manifestação não foi diarreia volumosa, mas sim a dor abdominal com íleo metabólico e a melhora importante que o paciente teve após a introdução de corticoide sistêmico parece ser compatível com o histopatológico. **Conclusão:** GVHD, mesmo após profilaxia com ciclosporina e metotrexato, pode ser uma grave manifestação clínica pós TCTH, ainda que por vezes não seja algo que se evidencia de forma habitual.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Alogênicos**
Trabalho: 162

SISTEMATIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS RELACIONADA AO ÍNDICE DE COMORBIDADES HEMATOPOIETIC CELL TRANSPLANTATION - COMORBIDITY ÍNDEX

Simione AJ¹, Silva PM¹, Sona BF¹, Possani VC¹, Francheschi FLS¹, Colturato I¹, Silva FR¹, Colturato VAR¹, Santos ACFD¹, Souza MP¹

¹*Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP*

INTRODUÇÃO: O Serviço de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) do Hospital Amaral Carvalho iniciou o envio de dados ao *Center for International Blood and Marrow Transplant Research* (CIBMTR) em 2009. Até dezembro de 2017, 1089 transplantes alogênicos foram reportados, 66,5% aparentados idênticos (ap), 28,6% não aparentados (não ap) e 4,9% haploidênticos (haplo). O Hematopoietic Cell Transplantation-Comorbidity Index (HCT-CI), importante variável na análise de resultados pós TCTH, incluindo mortalidade relacionada ao transplante (MRT), fornece informações relativas ao risco de mortalidade e auxilia nas informações prognósticas pós TCTH, dividido de acordo com a pontuação: HCT-CI 0, HCT-CI 1-2 e HCT-CI ≥ 3 .

OBJETIVOS: Melhorar a classificação HCT-CI no serviço, e analisar a influência dessa variável na sobrevida global (SG) no 1º ano e MRT 100 dias pós TCTH.

MATERIAIS E MÉTODOS: Foi criada ficha descritiva do HCT-CI, preenchidas antes do condicionamento. Os pacientes foram divididos em dois grupos. Grupo 1: incluídos no CIBMTR de 2009 a 2015 (821 pacientes: 71,1% ap, 27,5% não ap e 1,3% haplo). As comorbidades eram pontuadas no resumo de entrada (RE). Grupo 2: incluídos de 2016 a 2017 (268 pacientes: 52,6% ap, 31,7% não ap e 15,7% haplo). Inclusão de fichas descritivas junto ao RE para classificação HCT-CI.

RESULTADOS: Os grupos são homogêneos em relação a idade, classificação do risco de doença e tipo de condicionamento. Ao comparar o HCT-CI nesses dois momentos foi observada diferença significativa em relação à distribuição das categorias. Grupo 1: HCT-CI 0 76,6%, HCT-CI 1-2 19,5% e HCT-CI ≥ 3 3,9%. Grupo 2: 69,4%, 22,0% e 8,6% ($p=0,004$), respectivamente. Quando analisado o impacto do HCT-CI na SG no 1º ano pós TCTH, foi observada melhor distribuição da curva após a utilização da ficha. Grupo 1: HCT-CI 0 61%, HCT-CI 1-2 61% e HCT-CI ≥ 3 62% ($p=0,993$). Grupo 2: 68%, 65% e 35% ($p=0,024$), respectivamente. Em relação à MRT o grupo 1 apresentou: HCT-CI 0 16%, HCT-CI 1-2 18% e HCT-CI ≥ 3 25% ($p=0,328$). Grupo 2: 6%, 16% e 18% ($p=0,033$), respectivamente. Na análise multivariada da SG, o grupo 1 não apresentou significância estatística em relação ao HCT-CI ($p=0,995$), no entanto, a mesma análise no grupo 2 mostrou significância, com maior risco no HCT-CI ≥ 3 , HR 2,37 (1,12–5,05), $p=0,024$.

CONCLUSÃO: Os dados antes da ficha mostravam curvas de SG idênticas, após o uso da ficha foi observado impacto na SG relacionada ao HCT-CI >3 . Da mesma forma, houve impacto na MRT relacionada ao HCT-CI >3 . Os resultados obtidos após a aplicação da ficha são semelhantes aos encontrados na literatura, o que não acontecia previamente. Ao utilizar essa ferramenta descritiva o profissional tem a oportunidade de avaliar a performance do seu paciente e destacar fatores de risco. A aplicação da ficha facilita a documentação, pelo médico, auxilia na busca de dados realizada pelos gerenciadores e melhora a qualidade das informações, facilitando a observação de inconsistências.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Alogênicos**
Trabalho: 163

RELATO DE DESFECHOS APÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO NÃO APARENTADO EM PACIENTE COM MIELOFIBROSE PRIMÁRIA E CORRELAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL

Albino CD¹, Lopes ER¹, Feliciano JVP¹

¹*Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto*

Introdução: Mielofibrose primária é uma neoplasia mieloproliferativa em que o transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) é o único tratamento curativo. Tradicionalmente reservado para pacientes menores de 70 anos e alto risco de progressão para leucemia aguda - DIPSS plus int-2 e alto. Algumas características clínicas como esplenomegalia, politransfusão, ECOG>2, doador não aparentado e número de células CD34+ infundidas menor 6×10^6 /kg do paciente influenciam a morbimortalidade relacionada ao procedimento. **Objetivo:** Descrever um caso de mielofibrose primária submetido a TCTH alogênico não relacionado, analisar as complicações e correlacionar os resultados após um ano de TCTH com os dados da literatura. **Materiais e métodos:** Estudo descritivo das características clínicas e laboratoriais do caso apresentado, com informações obtidas através de revisão de prontuário e entrevista com o paciente. Discussão baseada em revisão de literatura. **Relato de caso:** L.C.B.S., 50 anos, masculino, diagnosticado com mielofibrose primária JAK2 negativo DIPSS plus intermediário-2. Apresentava sintomas constitucionais, baço e fígado palpáveis a 20 cm e 4 cm do rebordo costal, respectivamente. Hb 10g/dl, GB 7360/mm³, com 6% de blastos no sangue periférico, plaquetas 678.000/mm³, DHL 1533 U/L e biópsia de medula óssea (BMO) com fibrose reticulínica grau III/IV. Realizou tratamento inicial com hidroxiuréia e hemotransfusões durante um ano, no serviço de origem, sendo encaminhado para transplante. Realizado TCTH alogênico não aparentado, FluBu16, fonte periférica com $4,6 \times 10^6$ cél/kg e ABO isogrupo. Enxertia no dia+22, manteve anemia e plaquetopenia com necessidades transfusionais até cerca de um ano após. Em retirada de imunossupressão abriu quadro de DECH hepático com bilirrubina direta 11,7mg/dL. Tratado com corticoterapia sistêmica e sirolimus com melhora laboratorial. Após um ano e meio, apresenta quimera completa, enxerto mau funcionante sem necessidade transfusional, baço a 4cm do rebordo costal esquerdo e sem fibrose em BMO. **Discussão:** Evidências crescentes apontam para piores resultados de sobrevida global e mortalidade relacionada ao tratamento em pacientes que recebem enxerto não relacionado. A dificuldade de enxertia adequada em pacientes com grau avançado de fibrose medular, em que o incremento de hemoglobina e plaquetas permaneceu inadequado durante um ano após TCTH, é descrito na literatura. A persistência de enxerto mau funcionante pode se relacionar com o número de células CD34+ infundidas neste paciente. O tempo para redução do baço e desaparecimento da fibrose na medula óssea está de acordo com os dados de revisões recentes. A associação de corticoterapia com sirolimus foi eficaz para DECH hepático. **Conclusão:** TCTH em mielofibrose é um procedimento desafiador e o esquema de tratamento de DECH hepático com corticoterapia e sirolimus foi eficaz neste caso. **Palavras-chave :** mielofibrose, transplante alogênico

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 164

IMPLEMENTAÇÃO DE FERRAMENTA PARA AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE STATUS (KARNOFSKY/LANSKY) DO RECEPTOR DE TCTH NO PRÉ TRANSPLANTE

Simione AJ¹, Silva PM¹, Sona BF¹, Possani VC¹, Francheschi FLS¹, Colturato I¹, Silva FR¹, Santos ACFD¹, Colturato VAR¹, Souza MP¹

¹Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP

INTRODUÇÃO: O Serviço de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) do Hospital Amaral Carvalho iniciou o envio de dados ao *Center for International Blood and Marrow Transplant Research* (CIBMTR) em 2009. Até dezembro de 2017, 1089 transplantes alogênicos foram reportados, 66,5% aparentados idênticos (alo ap), 28,6% não aparentados (não ap) e 4,9% haploidênticos (haplo). A escala de desempenho Karnofsky/Lansky (K/L) é uma importante variável na análise de resultados pós TCTH, incluindo mortalidade relacionada ao transplante (MRT). A escala Karnofsky é projetada para receptores ≥ 16 anos, e a Lansky para ≤ 16 anos.

OBJETIVOS: Sistematizar a classificação da escala K/L no serviço, e analisar a influência da captação de dados nos resultados de sobrevida global (SG) e MRT 100 dias pós TCTH.

MATERIAIS E MÉTODOS: Foi criada ficha descritiva da escala K/L, a qual é preenchida antes do condicionamento. Os pacientes foram divididos em dois grupos. Grupo 1: incluídos no CIBMTR de 2009 a 2015 (821 pacientes: 71,1% alo ap, 27,5% não ap e 1,3% haplo). A escala K/L era informada objetivamente no resumo de entrada (RE), sem que fossem visualizados os critérios. Grupo 2: incluídos no CIBMTR de 2016 a 2017 (268 pacientes: 52,6% alo ap, 31,7% não ap e 15,7% haplo). Inclusão de ficha descritivas junto ao RE para determinação do K/L.

RESULTADOS: Os grupos são homogêneos em relação a idade, classificação do risco de doença e tipo de condicionamento. Ao comparar o status funcional dos pacientes (K/L), antes e após a aplicação da ficha, foi observada diferença significativa em relação a distribuição das categorias. Enquanto no grupo 1 haviam 84,9% dos pacientes com K/L de 100%, 13,3% com 90% e 1,8% com $\leq 80\%$, após a aplicação da ficha, a distribuição foi: 67,9%, 26,9% e 5,2% ($p < 0,001$), respectivamente. Em relação aos resultados, observou-se melhor discriminação da influência da performance status nas curvas de SG no 1º ano e MRT após a utilização das fichas. No grupo 1 a SG no 1º ano foi de 63% com K/L de 100%, 50% com 90% e 60% com $\leq 80\%$ ($p = 0,038$), no grupo 2 os resultados foram respectivamente, 69%, 61% e 36% ($p = 0,006$). No grupo 1 a MRT foi de 15% em pacientes com K/L de 100%, 20% para K/L de 90% e 27% para K/L de $\leq 80\%$ ($p = 0,238$). No grupo 2 a MRT foi 5%, 16% e 30% ($p = 0,001$), respectivamente. Na análise multivariada da SG no 1º ano pós TCTH, o grupo 1 não apresentava diferença estatística, enquanto o grupo 2 mostrou significância no resultado em relação ao K/L $\leq 80\%$, HR 2,81 (1,26 – 6,29), $p = 0,011$.

CONCLUSÃO: Uma vez que o serviço ainda utiliza o prontuário em papel (prontuário eletrônico em processo de implantação), a busca de dados é realizada de forma manual pelos gerenciadores de dados, dessa forma o desenvolvimento e a implementação dessa ferramenta auxilia na melhoria da qualidade das informações, pois permite maior rigor na busca por inconsistências. A visualização da ferramenta facilita ao médico um olhar mais apurado da performance status do paciente.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 165

APLICAÇÃO DE UM BANCO DE REGISTRO CLÍNICO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Silva TS¹, Kern LB¹, Bandeira IC¹, Notti RK¹, Frota EE¹, Vargas DF¹, Rigoni LDC¹, Paz AA², Silva PO², Astigarraga CC¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

²*Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Introdução: Os pacientes submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) são expostos a diversos procedimentos invasivos e medicações potencialmente tóxicas, acarretando efeitos colaterais, assim como, complicações agudas e crônicas. O acompanhamento pós TCTH é realizado por muitos anos e ainda assim não dispomos no Brasil de um instrumento direcionado para o acompanhamento dos dados desses pacientes, desde o diagnóstico até o seguimento no pós-tardio. Deste modo, foi desenvolvido um banco de dados que contemplou as principais variáveis de interesse na área. Contudo, para verificar a sua aplicabilidade é necessário realizar um teste piloto com o preenchimento dos dados coletados. **Objetivos:** O presente trabalho tem por objetivo descrever a utilização de um banco de dados desenvolvido para compilação dos registros clínicos de pacientes submetidos ao TCTH. **Métodos e materiais:** Foram coletados dados de prontuário eletrônico de 52 pacientes submetidos ao TCTH alogênico aparentado em centros de transplante da região Sul do Brasil. Os instrumentos foram desenvolvidos em uma plataforma eletrônica de registro de dados e contemplam dados referentes as seguintes dimensões: dados sociodemográficos, diagnóstico, avaliação pré transplante, internação para realização do TCTH, período pós procedimento, seguimento e desfecho. **Resultado:** Com base nas coletas realizadas e no preenchimento das informações na plataforma, observou-se que os instrumentos possuem aplicabilidade para área, auxiliando na coleta das informações e centralização dos dados. Pequenos ajustes com relação a nomenclatura dos atributos foram realizados a fim de facilitar a compreensão do dado a ser coletado. Durante o processo de coleta constatou-se que algumas variáveis elencadas não apresentavam a relevância esperada no processo do TCTH, sendo então excluídas. Em contrapartida, outros dados, não abordados inicialmente, demonstraram-se importantes no contexto, sendo assim, incluídos posteriormente. **Conclusão:** A utilização do registro desenvolvido poderá auxiliar na coleta, centralização dos dados, padronização das informações, que poderão ser utilizadas em análises de interesse para a instituição e os órgãos envolvidos no processo do TCTH.

Palavras-chave: Transplante de células-tronco hematopoéticas; Banco de dados; Registros Clínicos Eletrônicos

Financiamento: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), acordo firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, por meio do termo de ajuste de número 04/2014.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Alogênicos**
Trabalho: 166

RELATO DE CASO DE MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA TRATADO NO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR

Meyer LGC¹, Moreira MCR¹, Pereira SCM¹, Arcuri IEP¹

¹INCA - Instituto Nacional do Câncer José de Alencar

Introdução: A microangiopatia trombótica (MAT) associada ao transplante de medula (TMO) pode ser definida como uma endotelite multifatorial com infecções, drogas, uso de inibidores de calcineurina e doença enxerto contra hospedeiro (DECH) atuando como elicitadores do processo inicial. Entre os órgãos afetados o rim é o mais frequente, mas também pode acometer cérebro, coração, pulmão e intestino. A detecção e tratamento precoces podem mudar o desfecho clínico do paciente. Dentro do contexto do transplante, existem vários diagnósticos diferenciais que podem dificultar o diagnóstico. É uma complicação grave e potencialmente fatal. **Objetivo:** Realizar revisão sobre MAT pós TMO, e descrever a experiência do nosso serviço no tratamento de um caso com evolução grave e desfecho favorável. **Metodologia:** Estudo de caso, retrospectivo, que utilizou prontuário para coleta de dados; seleção, análise e interpretação dos mesmos. **Relato de caso:** L.A.S, masculino, 22 anos, com diagnóstico de LLA B comum em 2014, tratado com protocolo BFM 2002 alto risco. Teve imunofenotipagem positiva no D33, e por isso foi encaminhado para TMO alogênico aparentado. A fonte de células tronco foi medula óssea. Feito condicionamento mieloablativo com CyTBI. Utilizou MTX e ciclosporina (CSA) como profilaxia de DECH. No condicionamento teve intercorrências infecciosas bacterianas não graves, e teve alta em 04/2015. No seguimento pós TMO manifestou DECH aguda de pele, fígado e trato gastrointestinal alto. Apresentava sensibilidade ao corticóide, porém era cortico-dependente, cursando com episódios de recidiva da DECH. Em 02/2016 paciente teve infecção urinária por BK vírus sendo necessária internação hospitalar. Uma semana após a internação apresentou hipertensão de difícil controle, elevação de LDH, piora da função renal, aumento de bilirrubinas e queda do número de plaquetas. Suspeitou-se de MAT, confirmada pela lâmina de sangue periférico que mostrava esquizócitos. Nesse momento foi suspensa a CSA e iniciada PF. Fez 8 sessões sem melhora do quadro. Optamos por iniciar eculizumab. Desde então, paciente apresentou melhora clínica e laboratorial expressivas. Por manter estabilidade clínica e laboratorial, optamos por suspensão da droga 5 meses após seu início. Paciente segue em tratamento ambulatorial para controle de DECH crônica de pele e intestino. Não apresentou novos episódios de MAT. **Discussão:** Não há consenso sobre a estratégia terapêutica nos casos graves de MAT. A retirada dos fatores desencadeantes e início imediato da PF, são as medidas iniciais bem estabelecidas. Porém quando essa conduta não é suficiente, não há resposta sobre qual é o tratamento mais eficaz. As drogas mais estudadas são rituximab, defibrotide, vincristina e eculizumab. Pela fisiopatologia da doença e mecanismo de ação da droga, o eculizumab parece ser a mais promissora. Contudo existem apenas estudos retrospectivos com pequenas séries de pacientes que não mostram diferenças significativas na sobrevida global. O custo deste tratamento também é desproporcional às outras opções terapêuticas, dificultando seu acesso e implementação. **Conclusão:** . Não há consenso sobre a estratégia terapêutica nos casos graves de MAT pós TMO. Devem ser pesados riscos e benefícios, avaliados efeitos colaterais das drogas, disponibilidade das mesmas, e a experiência de cada serviço.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Alogênicos**
Trabalho: 167

INTERFERÊNCIA DA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO CRÔNICA NA SAÚDE ORAL: RELATO DE CASO CLÍNICO.

Martiliano ACM¹, Goldemberg DC¹, Ramos GA¹, Valentim BBP¹, Lobo C¹, Antunes HS¹

¹*Instituto Nacional do Câncer*

Introdução:A doença do enxerto contra hospedeiro crônica (DECHc) é a principal complicação do transplante alogeneico de células-tronco hematopoéticas (TCTH), com uma incidência que pode variar de 6% a 80%, sendo a principal causa de mortalidade “não recaída” após o TCTH. A DECHc é uma condição multissistêmica de clínica variável, sendo a pele e a cavidade oral os locais mais acometido. As manifestações orais, normalmente observadas na mucosa e na língua, são caracterizadas por eritema, lesões hiperqueratóticas, úlceras e pseudomembranas, podendo ocorrer gengivite, dor e xerostomia devido ao acometimento de glândulas salivares. **Objetivo:** Esse caso clínico objetiva apresentar a interferência da DECH crônica em glândula salivar no índice CPOD. **Metodologia:** Paciente do sexo masculino, 29 anos de idade, com diagnóstico de Anemia Aplástica Grave, submetido ao TCTH alogeneico em outubro de 2013. Desenvolveu DECH crônica sistêmica e na cavidade oral a partir de maio de 2014 evoluindo com hipossalivação progressiva. A partir da avaliação pré-TCTH o paciente permaneceu em controle odontológico mensal até a estabilização da DECHc oral e a partir dessa fase controle semestral. Durante o período de controle odontológico o paciente foi submetido a terapia periodontal básica, orientação de higiene oral, aplicação de fluoreto de sódio a 2% sob moldeira, hidratação da mucosa oral e labial e tratamento restaurador. Na avaliação pré-TCTH apresentava o índice CPOD de 6. Evoluiu com hipossalivação progressiva, com DECHc em glândula salivar menor confirmada por biópsia em junho de 2016. A partir de 2014 apresentou boa higiene oral com bom controle da placa bacteriana, porém com aumento da incidência de cárie. Na data do transplante (2013) o paciente não apresentava dentes cariados (CPOD=6), porém após 5 anos foi observado um índice CPOD de 30 e controle do índice de placa deficiente, apesar acompanhamento odontológico. **Conclusão:** Observamos que além do protocolo de higiene oral e avaliação clínica da cavidade oral de rotina com eventual tratamento odontológico não conseguimos controlar a evolução do índice CPOD. Esse caso clínico ilustra a necessidade de adesão do paciente ao tratamento e a relação da hipossalivação com a piora progressiva do índice CPOD. Projeto aprovado pelo CEP institucional sob o nº60/12.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 168

AVALIAÇÃO DE TOXICIDADE E DOENÇAS POR LESÃO ENDOTELIAL PÓS TRANSPLANTE HAPLOIDÊNTICO COM CICLOFOSFAMIDA PÓS ASSOCIADO A CICLOSPORINA E MICOFENOLATO – UMA SÉRIE DE CASOS

Arcuri LJ¹, Lermontov SP¹, Maradei S¹, Colares M¹, Tavares RC¹, Moreira MCR¹, Araujo RC¹, Matta JLR¹, Lerner D¹

¹*Instituto Nacional de Cancer*

Desde a primeira grande série de casos de transplante haploidêntico com ciclofosfamida pós (PTCy), a combinação com micofenolato (MMF) e tacrolimus (FK) se tornou padrão, e a experiência da associação com ciclosporina em detrimento de FK é mais escassa. Microangiopatia trombótica (MAT) é uma complicação relativamente comum pós transplante, cuja fisiopatogenia inclui desregulação da via do complemento e lesão endotelial. Outras doenças causadas por lesão endotelial são as síndromes de extravasamento capilar e de obstrução sinusoidal (SOS). O objetivo deste trabalho é descrever toxicidade e complicações pós transplante haploidêntico com PTCy associado a ciclosporina e MMF. Entre 2015 e 2018, dez pacientes receberam transplante haploidêntico no Instituto Nacional de Câncer com PTCy 100 mg/kg, MMF 30 – 45 mg/kg e Ciclosporina, com monitoramento sérico 2x/semana e mantendo-se nível entre 200 e 400 ng/mL por 4 – 6 meses. A idade mediana foi 28 anos (30% crianças), 60% eram do sexo masculino e 6 fizeram condicionamento mieloablativo (Bu ou TBI). Com follow-up mediano de 5 meses, 10%, 40% e 20% desenvolveram síndrome de extravasamento capilar (em D+14), microangiopatia trombótica (em D+34, D+36, D+61 e D+86) e síndrome de obstrução sinusoidal (D+9, grave, e D+12, moderado), respectivamente. A apresentação predominante da microangiopatia trombótica foi convulsão (1 paciente), insuficiência renal (2 paciente) e náuseas, vômitos e diarreia (2 pacientes). Dois pacientes foram a óbito por causas ligadas direta ou indiretamente a microangiopatia trombótica. O paciente com SOS grave faleceu por hemorragia alveolar difusa. Além disso, em três pacientes a ciclosporina foi trocada para tacrolimus (2) ou suspensa (1) por toxicidade renal direta. Ao final, nenhum paciente completou o tempo previsto de imunossupressão com Ciclosporina. Mais ainda, o tratamento das complicações direta ou indiretamente associadas a essas doenças incluiu hemodiálise, plasmaférese, rituximabe ou suporte ventilatório em 6 pacientes. Sete pacientes estão vivos. Nossos resultados sugerem uma alta toxicidade da combinação PTCy, MMF e Ciclosporina no contexto de transplante haploidêntico, principalmente relacionado a doenças endoteliais. De fato, nenhum paciente conseguiu realizar a profilaxia conforme preconizada em protocolo institucional, e o tratamento dessas complicações levou a um aumento substancial do custo. Além disso, a suspensão do inibidor de calcineurina, mesmo temporária, leva ao uso de combinações de drogas altamente imunossupressoras sem comprovação de eficácia equivalente. Não há, na literatura, dados que apontem a maior risco dessas complicações com ciclosporina isoladamente, quando comparado a tacrolimus. No entanto, há estudo que mostra que a associação de ciclosporina com sirolimus tem uma incidência maior de MAT do que a combinação de tacrolimus com sirolimus. A associação de PTCy e MMF pode ser mais tóxica com ciclosporina do que com tacrolimus.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Alogênicos**
Trabalho: 169

AZACITIDINE AS MAINTENANCE THERAPY FOLLOWING HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION FOR AML/MDS, A SINGLE CENTER EXPERIENCE

Américo AD¹, Teixeira LL¹, Filho LJSM¹, Silva CC¹, Kerbauy MN¹, Ribeiro AAF¹, Hamerschlak N¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Introduction: relapse is a major mortality cause following allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for AML and MDS. Azacitidine has been proved to boost GvL effect post HSCT in relapsed and non-relapsed patients. We conducted a retrospective cohort study to analyze our center experience with maintenance azacitidine post HSCT.

Methods: we selected all patients older than 18 years, diagnosed AML and MDS in complete response or not, who received azacitidine after HSCT and were in complete response (i.e. <5% bone marrow blasts) when the hypomethylating agent was first started.

Results: 88 consecutive patients received allografts for AML and MDS at our institution from 2010 to 2017, of these patients 28 received azacitidine post HSCT, but only 17 of these received azacitidine as maintenance therapy. In this maintenance therapy cohort, the median age was 53 years [21-74], 11 patients received myeloablative conditioning regimens and 10 received either matched related or matched unrelated allografts, the remaining 7 patients received an haploidentical graft. Furthermore 9 patients (52%) had unfavourable blast cytogenetics at diagnosis, 4 patients were in second complete remission and 6 patients had active disease. Regarding azacitidine maintenance therapy, the median time to azacitidine initiation was 46 days (range 32-147) post HSCT, and patients received a median of 3 cycles (range 1-24). By the time maintenance treatment was started, all patients were in morphologic remission, only one patient had a donor chimerism that was less than 92% and 4 patients had positive MDR defined by flow cytometry. No patients received donor lymphocyte infusions prior to morphological relapse. This cohort's median overall survival was 6,2 years, while the median relapse free survival was not reached, there were 6 deaths (2 from infections, 2 from GVHD and 2 from relapses) and 6 relapses during follow-up.

Conclusions: in this cohort of 17 patients we report lower relapse and death rates as compared with preexisting data from phase I/II clinical trials (50%). However we understand the limitations of a single center retrospective experience, and that a well designed clinical trial is better suited to establish (or not) the role of azacitidine post HSCT.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 170

EVENTOS RELACIONADOS AO SUPORTE TRANSFUSIONAL EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS PARA TRATAMENTO DA DOENÇA FALCIFORME

Costa T¹, Santis GC¹, Santos FL¹, Junior LGD¹, Grecco CES¹, Cunha R¹, Pieroni F¹, Elias JB¹, Stracieri ABPL¹, Simões BP¹

¹*Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP*

INTRODUÇÃO: O transplante de células progenitoras hematopoéticas (TCTH) é considerado um tratamento curativo para a doença falciforme (DF). Durante e após sua realização é necessário suporte transfusional, que está relacionado a diversas complicações. O objetivo deste trabalho é avaliar a incidência de eventos e complicações relacionados à transfusão de concentrado de hemácias (CH) em TCTH para tratamento da DF. **PACIENTES E MÉTODOS:** Análise retrospectiva do número de eventos e complicações relacionados à transfusão de CH durante o período de 30 dias antes até 100 dias após o TCTH, em pacientes com DF transplantados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, entre 2013 e 2017. **RESULTADOS:** No período avaliado, 30 pacientes foram submetidos ao TCTH alogênico aparentado HLA idêntico. Treze pacientes (43,3%) apresentaram incompatibilidade ABO em relação aos seus doadores, sendo 3 (10%) maior, 7 (23,3%) menor e 3 (10%) bidirecional. Até o D+100 pós-TCTH não houve óbitos ou falhas de enxertia. Antes do TCTH, 4 pacientes (13,3%) apresentavam aloanticorpos identificados, mas nenhum novo anticorpo foi identificado durante ou após o procedimento. Destes casos, dois tinham associação de múltiplos aloanticorpos. Em um deles, a paciente apresentou hiper-hemólise antes do início do condicionamento, ao ser submetida à eritrocitaférese para redução de hemoglobina S. No segundo caso, a paciente apresentava anticorpo contra antígeno de alta frequência em decorrência de variante do gene *RHCE* com histórico de mau rendimento transfusional. Em ambos os casos, o histórico transfusional ruim e a dificuldade em encontrar doador compatível levou à indicação de terapia imunossupressora antes do início do condicionamento, que consistiu em administração de rituximabe, sessões de plasmaférese e infusão de imunoglobulina humana. A paciente que apresentou hiper-hemólise também recebeu ciclofosfamida e metilprednisolona. Para os pacientes aloimunizados, o fenótipo estendido (RH1, RH2, RH3, RH4, RH5, KEL1, JK1, JK2, FY1, FY2, MNS1 e MNS2) foi respeitado. Para os pacientes não aloimunizados, a seleção de CH respeitou o fenótipo RH e Kell em todos os casos e, sempre que possível, foi respeitado o fenótipo estendido. Dois pacientes tiveram enxerto mal funcionando, um identificado no D+100 e outro, no D+41. O manejo consistiu em suporte transfusional, plasmaférese, uso de eritropoetina e um deles também recebeu infusão de imunoglobulina humana, filgrastima, além de ter sido submetido à retirada precoce da imunossupressão. Ambos apresentaram incompatibilidade ABO maior e tiveram recuperação completa após o tratamento. **CONCLUSÃO:** Existe pouca evidência na literatura sobre a incidência de complicações relacionadas ao suporte transfusional em pacientes submetidos ao TCTH para tratamento de DF e sobre qual a melhor estratégia para seu manejo. Este trabalho traz a experiência de um único centro e tem o objetivo de contribuir para um melhor desfecho do TCTH no contexto da DF.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 171

TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM PACIENTE COM IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA E TRÊS DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS CLONAIS

Rodrigues VM¹, Leite LAC¹, Macedo MCMA², Almeida MSS², Simões CM², Russo FT², Fernandes PA², Iene L², Simões A², Silva RL²

¹*Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*

²*Instituto Brasileiro de Controle do Câncer*

A imunodeficiência comum variável (ICV) é uma doença primária, caracterizada por hipogamaglobulinemia e desregulação imunológica global. Existe uma heterogeneidade na sua apresentação, sendo a ICV com predomínio de linfócitos T um fenótipo onde ocorre uma linfopenia relativa e absoluta de células T CD4, com número normal ou aumento do de células T CD8. A associação entre neoplasia e imunodeficiência está bem estabelecida, apresentando uma incidência de doenças linfoproliferativas cerca de 300 vezes maior neste grupo em comparação com a população em geral, e muitas estão relacionadas à infecção pelo Epstein-Barr vírus (EBV) no desencadeamento do processo oncogênico. **Objetivo:** Relatar um caso sobre realização de transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) em um paciente portador de ICV com três doenças linfoproliferativas distintas. **Relato de Caso:** RK, sexo masculino, 36 anos, com diagnóstico de imunodeficiência comum variável com predomínio de células T diagnosticado na infância. Em junho de 2016 apresentou quadro de linfonodomegalias e nódulos intrapulmonares associado a sintomas B, realizado biópsias evidenciando Linfoma de Hodgkin Clássico (estadio Ann Arbor IVB) em adenomegalias e granulomatose linfomatóide grau 1 relacionada ao EBV em nódulos pulmonares. Realizou 6 ciclos de ABVD, com término em Janeiro de 2017 e resposta completa confirmada em PET-CT. Em abril de 2017, paciente evoluiu com quadro de gengivite ulcerativa necrotizante e lesões nodulares cutâneas difusas, com biópsia compatível com Linfoma de células T CD4 positivo. Iniciado tratamento com corticoterapia (prednisona 1 mg/Kg/dia), apresentando remissão de lesões orais e cutâneas. Devido ao quadro de terceiro distúrbio linfoproliferativo clonal, foi submetido ao TCTH alogênico não-aparentado em setembro de 2017, utilizando como fonte células-tronco periféricas de doador do sexo masculino, 27 anos, com incompatibilidade ABO menor. Administrado regime de condicionamento com rituximabe, fludarabina e melfalano e para profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), timoglobulina, ciclosporina e metotrexato. **Resultados:** Paciente apresentou PET-CT de controle pós-TCTH demonstrando resposta completa confirmada e aumento progressivo da contagem de células T CD4 (dezembro de 2016 com 38/mm³ e maio 2018 com 250/mm³). Permanece em regime de administração de imunoglobulina humana endovenosa mensal, em bom estado geral, sem sinais de DECH, redução dos quadros infecciosos e ausência de atividade de doença linfoproliferativas após oito meses. **Conclusão:** A realização de TCTH em pacientes com neoplasias linfoproliferativas associado a imunodeficiências primárias deve ser avaliado individualmente, de acordo com os sintomas e grau de disfunção imunológica, assim como histologia, comportamento biológico e imunofenótipo do linfoma, tendo em vista maior incidência de complicações infecciosas e desenvolvimento de DECH.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 172

3000 MIL TRANSPLANTES: ENVOLVIMENTO, PARCERIAS E COOPERAÇÕES EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA

Souza MP¹, Simione AJ¹, Silva PM¹, Adati EM¹, Santos ACFD¹, Possani VC¹, Colturato I¹, Francheschi FLS¹, Silva FR¹, Colturato VAR¹

¹*Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP*

Introdução: O Serviço de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) do Hospital Amaral Carvalho de Jaú, foi criado dentro de uma instituição filantrópica com o objetivo de atender a própria demanda, e gradativamente desenvolveu condições para realizar transplantes de maior complexidade e em número crescente. Esse cenário impulsionou também o desenvolvimento de vários setores da instituição, com a melhoria da infraestrutura laboratorial e de suporte, proporcionando ao serviço a possibilidade de atender pacientes de todas as regiões do país, que ainda tem dificuldades em atender a demanda nacional.

Objetivo: Avaliação retrospectiva dos primeiros três mil transplantes realizados por uma única instituição.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva dos dados biológicos e epidemiológicos dos pacientes submetidos ao TCTH no período de agosto de 1996 a março de 2018.

Resultados: Nesse período foram realizados 3.000 transplantes, 1.427 (47%) alogênicos aparentados, 442 (15%) não aparentados, 56 (2%) haploidênticos e 1.075 (35,8%) autólogos. Os receptores de TCTH são procedentes de todos os estados da federação. Sendo 234 (7,8%) da região norte, 660 (22%) região nordeste, 174 (5,8%) região centro-oeste, 1623 (54,1%) da região sudeste e 309 (10,3%) da região sul. Com relação as patologias transplantadas, as leucemias agudas são a indicação mais freqüente nos transplantes alogênicos e o mieloma múltiplo no transplante autólogo. Nos últimos 5 anos a média de procedimentos realizados tem se mantido acima de 200 TCTH por ano.

Conclusão: Apesar das dificuldades enfrentadas desde o início do serviço, foi possível a efetivação de uma unidade de TCTH, nos seus diferentes níveis de complexidade, com possibilidade de atender grande demanda de pacientes, em extensão nacional. Contribuiu de forma significativa com o Sistema Nacional de Transplantes, realizando 12% dos transplantes alogênicos realizados no Brasil em 2017. Dessa maneira, possibilitou à instituição desempenhar importante papel social, em consonância com sua missão.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 173

RESPOSTA À VACINAÇÃO CONTRA HEPATITE A EM RECEPTORES DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH)

Adati EM¹, Silva PM¹, Sumita LM², Souza MOE¹, Santos ACFD¹, Francheschi FLS¹, Colturato I¹, Colturato VAR¹, Souza MP¹, Machado CM^{1,2}

¹*Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP*

²*Laboratório de Virologia - Instituto de Medicina Tropical, Universidade de São Paulo, Brasil*

INTRODUÇÃO: Estudos sorológicos demonstraram que a prevalência da infecção pelo vírus da hepatite A (VHA) vem diminuindo em muitos países. Nestas circunstâncias, o vírus pode circular entre um número crescente de indivíduos suscetíveis causando surtos. A vacina contra a hepatite A é recomendada para receptores de TCTH que vivem ou viajam para áreas endêmicas. No entanto, a resposta à vacinação contra o VHA nunca foi avaliada em receptores de TCTH.

OBJETIVO: Determinar a soroprevalência do VHA em receptores de TCTH pré-vacinação, verificar a resposta sorológica à vacina contra o VHA e a ocorrência de eventos adversos após a vacinação.

MATERIAIS E MÉTODOS: O estudo foi realizado no Serviço de TCTH do Hospital Amaral Carvalho de setembro a dezembro de 2014. Quarenta e seis receptores de TCTH receberam a primeira dose da vacina contra o VHA (HAVRIXTM, 1440, GlaxoSmithKline), 39 receberam a 2ª dose 6 meses após a 1ª dose, e 36 completaram o follow-up. Amostras de sangue foram coletadas imediatamente antes da 1ª e 2ª dose da vacina e 6 semanas após a 2ª dose. A sorologia HAV foi realizada com o kit comercial (ETI-AB-HAVK mais HAV-Total; DiaSorin, Saluggia, Itália). Pacientes com valores de DO ≥ 20 mIU / mL foram considerados imunes. Os eventos adversos foram pesquisados ativamente através de telefonemas e em cada consulta médica no Serviço de TCTH.

RESULTADOS: O tempo médio para a vacinação foi de 332,5 dias, variando de 120 a 4.134 dias. A prevalência de anticorpos anti-HAV em adultos receptores de TCTH foi de 93,5% antes da vacinação. Três pacientes (6,5%) eram suscetíveis ao VHA (<20 mUI / mL), mas apenas um (33,3%) apresentou soroconversão após a vacina. Os dois restantes não responderam após 2 doses da vacina contra o VHA. Entre os 43 pacientes considerados imunes (DO ≥ 20 mUI / mL), apenas um (2,3%) apresentou aumento nos anticorpos contra o VHA após a 1ª dose da vacina. Devido ao baixo número de respondedores, a análise de variáveis associadas à resposta vacinal não pôde ser realizada. A vacina foi bem tolerada sem quaisquer eventos adversos significativos.

CONCLUSÃO: Embora segura, a vacina contra o HAV foi ineficaz nessa população. Frente a alta prevalência do VHA em nosso meio, a sorologia para VHA deve ser recomendada em receptores de TCTH antes do encaminhamento para a vacinação. Uma melhor compreensão dos mecanismos de resposta imune à vacina contra o VHA é necessária antes de se recomendar outras abordagens, tais como o aumento da concentração do antígeno e/ou o número de doses, o uso de adjuvantes, a vacinação de doadores, etc.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 174

IMPACTO DAS INFECÇÕES VIRAIS (CMV, EBV, HHV6) NA MORTALIDADE RELACIONADA AO TCTH ALOGÊNICO NÃO APARENTADO E HAPLOIDÊNTICO

Silva PM¹, Simione AJ¹, Zanetti LP¹, Oliveira LCS¹, Moreno JRDP¹, Colturato I¹, Francheschi FLS¹, Sousa MP¹, Colturato VAR¹, Machado CM^{1,2}

¹*Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP*

²*Laboratório de Virologia - Instituto de Medicina Tropical, Universidade de São Paulo, Brasil.*

Introdução: Os herpesvírus contribuem com a morbidade pós transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH). A vigilância viral e estratégias pre-emptivas reduzem as taxas de reativação e adoecimento pelo citomegalovírus (CMV), vírus Epstein-Barr (EBV) e herpesvírus humano tipo 6 (HHV6). No Hospital Amaral Carvalho, as políticas de controle incluem vigilância semanal em receptores de TCTH não aparentados (não ap) e haploidênticos (haplo) até o D+100.

Objetivo: Avaliar a incidência das infecções pelos herpesvírus pós TCTH não ap e haplo, e o efeito cumulativo na mortalidade relacionada ao transplante (MRT).

Materiais e métodos: Foram analisados até D+100 pós TCTH pacientes submetidos ao TCTH não ap e haplo entre 2016 e 2017. CMV foi detectado por antigenemia, o EBV e HHV6 por PCR quantitativo em tempo real. Para avaliar o efeito cumulativo os pacientes foram agrupados pelo número de vírus. Aqueles com antigenemia positiva receberam ganciclovir (GCV). Frente ao aumento de 1 log da carga viral do EBV em 7 dias, foi reduzida a imunossupressão. Com relação ao HHV-6, o GCV foi introduzido em doença comprovada ou provável.

Resultados: Foram analisados 119 pacientes, 80 (67%) não ap e 39 haplo (33%). Desses, 103 apresentaram ao menos uma infecção viral, enquanto 16 não apresentaram. O CMV foi o mais detectado, incidência de 68%, seguido pelo EBV (51%) e HHV6 (27%). As reativações pelo HHV6 ocorreram mais precocemente, mediana de 25 (3-234) dias, seguidas pelo CMV e EBV com medianas de 33 (2-165) e 45 (16-326) dias, respectivamente. Não houve diferença na reativação de CMV entre os TCTH não ap (72%) e haplo (59%) ($p=0,10$). Enquanto o EBV reativou mais nos não ap (70% x 13%; $p<0,001$) e o HHV6 nos haplo (56% x 12%; $p<0,001$). Não houve diferença na incidência de infecções bacterianas entre TCTH não ap (66%) e haplo (70%) ($p=0,43$). Por outro lado, as infecções fúngicas foram mais frequentes nos TCTH haplo (40% x 8%; $p<0,001$). Dos pacientes analisados, 16 (13%) não apresentaram infecção pelos herpesvírus no D+100 pós TCTH, 40 (34%) apresentaram infecção por 1 vírus, 54 (45%) por 2 e 9 (8%) por 3. AMRT no D+100 foi de 13%. Sendo as causas de óbito: 7 (46,6%) infecção, 3 (20%) infecção/doença do enxerto versus hospedeiro (DECH), 2 (13,3%) DECH, 1 (6,7%) DECH/VOD, 1 (6,7%) hemorragia intracraniana e 1 (6,7%) cistite hemorrágica. A MRT até o D+100 foi maior (44%) nos pacientes sem nenhum dos vírus citados acima, em comparação com aqueles que apresentaram infecção por 1 vírus (3%), 2 vírus (11%), ou 3 vírus (11%) ($p<0,001$).

Conclusão: Esses dados sugerem que outras causas não-infecciosas, ou infecciosas não-virais têm acarretado maior morbidade e mortalidade relacionada ao TCTH em nosso centro. A vigilância dos vírus herpes vírus e a intervenção precoce frente a positividade podem explicar esses achados. Por outro lado, existe a necessidade de melhorias na vigilância das infecções bacterianas e fúngicas, bem como nas outras causas de mortalidade relacionada ao TCTH.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 175

COMPARAÇÃO DE TRANSPLANTE HAPLOIDÊNTICO COM TRANSPLANTE DE DOADOR NÃO-APARENTADO: UM ESTUDO DE COORTE UNICÊNTRICO

Arcuri LJ¹, Lermontov SP¹, Costa PO¹, Maradei S¹, Araujo RC¹, Lerner D¹, Pacheco AGF²

¹*Instituto Nacional de Cancer*

²*Fundação Oswaldo Cruz*

O transplante com doadores voluntários não-aparentado (NAp) se estabeleceu nos últimos 20 anos como a melhor opção para pacientes sem doadores compatíveis na família. O procedimento, no entanto, depende da existência de custosos cadastros nacionais de doadores, além de não atender completamente a pacientes com haplótipos raros. Por outro lado, o transplante haploidêntico (Haplo) vem se consolidando nos últimos 10 anos como uma opção rápida e custo-efetiva para pacientes sem doadores familiares. **OBJETIVO** : Comparar os resultados de transplante haploidêntico com transplante com doadores não-aparentados. **PACIENTES E MÉTODOS** : Foram incluídos 90 pacientes, sendo que 18 receberam transplante Haplo, 52 NAp HLA 8/8 e 20 NAp HLA 7/8, entre 2013 e 2018 no Instituto Nacional de Câncer. Dados relativos a segundo transplante não foram incluídos, e a sobrevida foi contabilizada a partir da data do primeiro transplante. Mais da metade desses transplantes (52%) foi realizada nos últimos 2 anos. A idade mediana foi de 19 anos (entre 3 e 65 anos) e 68% eram do sexo masculino, sem diferença entre os grupos. O perfil de doenças de base tampouco foi diferente, sendo 17% doenças benignas e, das malignas, 33% tinham *Disease Risk Index* (DRI) alto ou muito alto. A fonte de células-tronco foi medula óssea em 100% nos transplantes Haplo, 75% nos NAp HLA 8/8 e 85% nos NAp HLA 7/8 ($p = 0,04$), e sangue periférico mobilizado nos restantes. O condicionamento foi mieloablativo em 53%, 87% e 75% nos Haplo, NAp HLA 8/8 e NAp HLA 7/8, respectivamente ($p = 0,03$). Todos os pacientes NAp receberam profilaxia de DECH a base de ATG (96%, 4 – 15 mg/kg) ou PTCy (4%), enquanto que todos os pacientes Haplo receberam profilaxia a base de PTCy. **RESULTADOS** : Com tempo de acompanhamento mediano de 17 meses, a sobrevida global em 1 ano foi de 68% (48 – 96%) no Haplo, 70% (59 – 84%) no NAp HLA 8/8 e 60% (41 – 86%) no NAp HLA 7/8, sem diferença entre os grupos ($p = 0,75$). A mortalidade não relacionada a recaída ou DECH em 1 ano foi maior no grupo NAp HLA 7/8 (35%, contra 24% e 19% para Haplo e NAp HLA 8/8), porém essa diferença não foi significativa ($p = 0,57$). A mortalidade relacionada a DECH não foi diferente (0%, 8% e 0% para Haplo, NAp HLA 8/8 e NAp HLA 7/8, $p = 0,11$). Na análise multivariada, os fatores associados a maior risco de morte foram Idade > 30 anos (HR = 2.6, $p = 0,02$) e DRI alto/muito alto (HR = 1.9, $p = 0,11$). Doador NAp HLA 7/8 (HR = 1.2, $p = 0,65$) e Haplo (HR = 0.8, $p = 0,69$) não se associaram significativamente com o risco de morte. **CONCLUSÃO/DISCUSSÃO** : Não encontramos, na nossa população, diferença de sobrevida entre transplante com doadores haploidênticos e doadores não-aparentados. Com a queda da taxa de fecundidade no Brasil e o aumento consistente do número de doadores voluntários, a maior parte dos pacientes terá tanto doadores haploidênticos e não-aparentados. Nossos resultados mostram que ambas são boas opções, e que a escolha do doador deve ser individualizada.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 176

TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS A PARTIR DE DOADORES ALTERNATIVOS PARA ANEMIA APLÁSICA GRAVE COM PROFILAXIA DE DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO À BASE DE CICLOFOSFAMIDA PÓS-TRANSPLANTE

Arcuri LJ¹, Maradei S¹, Lermontov SP¹, Lerner D¹, Atta EH¹

¹*Instituto Nacional de Cancer*

Transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) a partir de doadores alternativos para Anemia Aplásica Grave (AAS) é uma opção usualmente reservada para pacientes refratários a imunossupressão. O condicionamento padrão inclui Cy+ATG±TBI ou Flu+Cy+ATG±TBI. **PACIENTES E MÉTODOS** : Em 2016, devido aos resultados relativamente ruins de TCTH para AAS com doadores alternativos, o Instituto Nacional de Cancer mudou o protocolo de condicionamento para Flu 150 mg/m², Cy 29 mg/m² e TBI 400 cGy, e profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), para ciclofosfamida pós-transplante (PTCy) associado a micofenolato (MMF) e inibidor de calcineurina. Nesse período, foram realizados 7 (sete) transplantes com esse protocolo, sendo 3 (três) haploidênticos, 2 (dois) com doadores não aparentados (NAp) HLA 10x10 e 2 (dois) com doadores NAp 9x10. Todos os pacientes têm *follow-up* mínimo de 6 meses (mediana: 10 meses). Em nenhum deles o TCTH foi o tratamento de primeira linha. Um paciente não havia sido exposto a ATG, tendo sido acrescentado ao condicionamento na dose de 4,5 mg/kg. A idade mediana foi de 20 anos (entre 4 e 26 anos), e 5 pacientes eram do sexo masculino. Apenas um paciente não havia sido exposto a produtos sanguíneos não-irradiados, e dois pacientes tinham, no momento da internação para o TCTH, critérios para Anemia Aplásica Muito Grave. **RESULTADOS** : Em todos os pacientes houve recuperação de neutrófilos e plaquetas, porém em um deles houve rejeição secundária 2 meses após o TCTH. Este paciente, após a alta, fez uso irregular da ciclosporina, com níveis de ciclosporina sempre subterapêuticos, e faleceu por complicações decorrentes da rejeição. Todos os outros 6 pacientes estão com 100% de quimerismo e sem dependência transfusional. Como complicações, um paciente desenvolveu DECH aguda grau III (corticossensível), outro teve cistite hemorrágica com 3 vírus identificados em urina e necessidade de internação (6 meses pós transplante, tratado com alume e redução da imunossupressão, com resposta completa) e outro paciente teve microangiopatia trombótica (2 meses pós transplante, com resposta completa à Rituximabe). A sobrevida global em 6 meses foi de 86% (63 – 100%) em 6 meses, que se compara favoravelmente a nossa coorte histórica 11 pacientes de 2007 – 2015 de transplantes não-aparentado para Anemia Aplásica Grave, cuja sobrevida em 6 meses foi 46% (24 – 87%, p = 0.09, teste do logrank). **CONCLUSÃO** : Estes resultados mostram que o transplante a partir de doadores alternativos com profilaxia de DECH à base de PTCy é bem tolerado. Quase todos os pacientes atingiram quimerismo completo e ficaram independentes de transfusão. A toxicidade foi baixa, com complicações manejáveis. Estes dados, apesar de preliminares, sugerem que esta plataforma pode se tornar padrão para transplantes com doadores alternativos para Anemia Aplásica Grave.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Alogênicos**
Trabalho: 177

TRANSPLANTE NÃO APARENTADO PARA DOENÇAS MALIGNAS NO BRASIL: RESULTADOS DE 21 ANOS DE ACOMPANHAMENTO.

Bovo P¹, Sola CB¹, Nabhan S¹, Setubal D¹, Oliveira MM¹, Bitencourt MA¹, Pasquini R¹, Funke VAM¹

¹*Complexo Hospital de Clínicas -UFPR*

Introdução

O transplante de células hematopoéticas de doador não aparentado (TCTH-NAP) é uma modalidade de transplante quem vem crescendo no Brasil e no mundo. Melhores resultados de sobrevida são decorrentes do desenvolvimento de regimes de condicionamento menos tóxicos, melhores estratégias de imunoprofilaxia contra a doença do enxerto contra hospedeiro (DECH), assim como, métodos mais precisos para escolha dos doadores.

Objetivos .: O objetivo primário do presente estudo foi de analisar os resultados de longo prazo de pacientes adultos que receberam TCTH-NAP para doença maligna em um centro de referência nacional. Os objetivos secundários incluíram análise de fatores de risco para sobrevida global nestes pacientes.

Matérias e métodos . No período de setembro de 1995 até novembro de 2016 foram estudados 179 pacientes maiores de 14 anos com doença hematológica maligna e que foram submetidos ao TCTH-NAP. As informações foram coletadas do banco de dados do Serviço. A análise estatística foi realizada utilizando o programa Graphpad Prism. As curvas de sobrevida foram delineadas utilizando o método de Kaplan-Meier e o nível de significância de p foi definido como < 0,05.

Resultados. A maioria dos pacientes eram do sexo masculino (56%), sendo a mediana de idade de 29 anos. As três doenças hematológicas malignas mais frequentes foram: Leucemia Mielóide Crônica (29,6%); Leucemia Mielóide Aguda (27,3%) e Leucemia Linfocítica Aguda (26,8%). A maioria desses pacientes encontravam-se no estágio inicial da doença (59,2%). A Medula óssea foi a fonte do enxerto em 74,8% dos pacientes. Cerca de 88% dos pacientes fizeram condicionamento mieloablativo (MA) e 73,3% utilizaram imunoprofilaxia contra DECH com associação entre metrotexato (MTX) e ciclosporina (CSA). Em relação ao perfil clínico dos doadores, a maioria era do sexo masculino (57,5%), com a idade mediana de 33 anos. Praticamente metade (52,3%) dos pacientes foi submetido a um TMO NAP compatível com o doador, os demais tinham pelo menos uma incompatibilidade. Dos pacientes que fizeram o TMO NAP, a taxa de DECH aguda foi de 44%, sendo 9% grau IV. A incidência de DECH-C foi de 30% sendo 18% leve e 12% moderado a grave. Ao longo desses 21 anos, encontramos uma mediana de sobrevida global de 216 meses. As principais causas de óbito foram infecção (36 pacientes) e recidiva (25 pacientes).

Os fatores que se associaram a melhor SG foram: uso de Timoglobulina no condicionamento; idade menor que 30 anos; transplantes realizados após o ano de 2005; estágio inicial de doença e ausência de DECH-C grave.

C conclusão. A sobrevida global foi de 40% em 21 anos. O uso de Timoglobulina, idade menor que 30 anos e ano de transplante após 2005 foram os fatores que influenciaram a sobrevida global.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 178

RESULTADOS DO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA EM LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO CEARÁ

Gurgel LA¹, Barroso KSN¹, Kaufman J¹, Araújo BSGSP¹, Leitão JPV¹, Almeida SB¹, Oliveira DS¹, Barroso MDC¹, Brunetta DM¹, Duarte FB¹

¹*Hospital Universitário Walter Cantídio*

A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) representa cerca de 20% das leucemias em adultos e tem sobrevida global em torno de 40%. O diagnóstico é feito por mielograma, imunofenotipagem, citogenética, biologia molecular. O tratamento é feito com quimioterapia e transplante de medula óssea em primeira remissão a depender da estratificação de risco. **Objetivos:** relatar dados do transplante de medula óssea alogênico em pacientes com leucemia linfóide aguda no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC). **Metodologia:** Foram revisados os prontuários dos pacientes submetidos a transplante de medula óssea alogênico por leucemia linfóide aguda no HUWC. **Resultados:** Foram realizados 18 transplantes de medula óssea alogênicos de 2015 a abril de 2018, sendo 13 aparentados, 4 não aparentados e 1 singênico. Foram 9 homens e 9 mulheres. 15 pacientes foram submetidos a protocolo mieloablativo e 3 a intensidade reduzida. Sangue periférico foi a fonte de células tronco em todos os pacientes. 1 paciente transplantou com doença em atividade, 9 (50%) em primeira remissão completa, desses, 3 foram classificados como alto risco pela idade, 2 pela citogenética/biologia-molecular e 1 paciente foi diagnosticado com LLA bifenotípica. 7 pacientes transplantaram em segunda remissão e 1 em terceira. 17 pacientes fizeram profilaxia para doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) com metotrexate e ciclosporina. A mediana de idade foi 30 anos. A mediana de enxertia neutrofílica foi 15 dias, sendo que 2 pacientes faleceram antes da enxertia. 5 pacientes tiveram DECH agudo, 1 após segundo transplante seguido de infusão de linfócitos do doador. 6 tiveram DECH crônico, sendo fígado, boca, pulmão e pele os principais órgãos acometidos. 4 pacientes recaíram pós transplante, sendo que dois foram submetidos a segundo transplante sem sucesso. A sobrevida global em 1 ano foi de 77% e em 2 anos foi de 57%. **Conclusão:** Os primeiros resultados do transplante de medula alogênico em leucemia linfóide aguda no serviço do HUWC são bons, entretanto o tempo de seguimento dos pacientes ainda é curto para uma avaliação precisa. **Palavras-chave:** Transplante medula óssea, leucemia linfóide aguda, sobrevida

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 179

RESULTADOS DO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA EM ANEMIA APLÁSTICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO CEARÁ

Gurgel LA¹, Barroso KSN¹, Batista SA¹, Oliveira DS¹, Barroso MDC¹, Araujo BSGSP¹, Leitão JPV¹, Kaufman J¹, Brunetta DM¹, Duarte FB¹

¹*Hospital Universitário Walter Cantídio*

Anemia aplástica é uma causa de insuficiência medular que pode ser de causa adquirida ou idiopática. O tratamento consiste em imunossupressão, sendo o transplante de medula óssea curativo para essa patologia. Objetivo: relatar dados do transplante de medula óssea alogênico em pacientes com anemia aplástica do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC). Metodologia: Foram revisados os prontuários dos pacientes submetidos a transplante de medula óssea alogênico por anemia aplástica no HUWC. Resultados: Foram realizados 10 transplantes de medula em pacientes com anemia aplástica no HUWC, sendo o primeiro em 1 de dezembro de 2015. Foram 8 pacientes do sexo masculino e 2 do feminino. A mediana de idade foi de 32 anos. Os condicionamentos foram FluCyATG para pacientes politransfundidos e CyATG para os demais. A fonte de células tronco foi medula óssea em todos os casos e a profilaxia de doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) foi com ciclosporina e metotrexate. Apenas os 3 pacientes que não apresentavam carga transfusional elevada fizeram o segundo protocolo. Do total, 07 pacientes eram isogrupo e em 3 havia incompatibilidade ABO maior. Em dois deles foi realizada deseritrocitação da bolsa, entretanto os resultados não foram satisfatórios e os pacientes apresentaram falha de enxertia. Em outro paciente foi realizada plasmaférese para redução de títulos de anticorpos com bom resultado. A mediana de enxertia neutrofílica foi de 20 dias, foram excluídos 2 pacientes que faleceram antes da enxertia um no D+3 por choque séptico e outro no D+ 93 com falha de enxertia. Nenhum paciente apresentou DECH agudo ou crônico. Em um paciente com perda de enxerto foi realizada infusão de células CD34 com recuperação neutrofílica e de hemoglobina. Houve 4 óbitos, todos por neutropenia febril. A sobrevida global foi 35% em 2 anos. Na anemia aplástica, o transplante de medula tem sobrevida global, estratificando por idade, de 86% em pacientes até, 20 anos, 76% nos pacientes de 21 a 40 anos e 55% nos pacientes com mais de 40 anos. Os dados do HUWC são bastante divergentes da literatura. Diagnóstico tardio, período de neutropenia prolongada, grande carga transfusional prévia e suporte social são alguns dos fatores que contribuem para os resultados ruins. Conclusão: Os resultados do transplante de medula em anemia aplástica no HUWC são bastante discordantes da literatura mundial. Estratégias para capacitação de diagnóstico e tratamento precoce devem ser adotados com o intuito de mudar esse cenário. Palavras-chave: Transplante de medula óssea, anemia aplástica, diagnóstico tardio de anemia aplástica

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 180

HEMATÚRIA MACROSCÓPICA NO PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO: INFARTO RENAL E NEFRECTOMIA.

Gurgel LA¹, Barroso KSN¹, Leitão JPV¹, Araújo BSGSP¹, Kaufman J¹, Almeida SB¹, Oliveira DS¹, Barroso MDC¹, Brunetta DM¹, Duarte FB¹

¹*Hospital Universitário Walter Cantídio*

Introdução: Encontra-se replicação viral do BK vírus em cerca de 50% dos pacientes submetidos a transplante alogênico de medula óssea, com doença clínica uroepitelial em 10-25% dos pacientes. A imunossupressão é o principal fator de risco para a infecção. Pesquisa de BK virúria ou viremia são diagnósticos para BK. As opções de tratamento são limitadas. **Objetivos:** relatar um caso de nefropatia isquêmica por BK vírus. **Material e Método:** trata-se de trabalho descritivo, observacional, após revisão de prontuário. **Resultado e Discussão:** paciente, masculino, 17 anos, diagnosticado com anemia aplástica muito grave em maio/2017. Apresentava alta carga transfusional pré transplante. O transplante de células tronco hematopoiéticas alogênico aparentado foi realizado na unidade de transplante de medula óssea do Hospital Walter Cantídio/Fortaleza/Ceará em 03/08/2017. Doador masculino, isogrupo, fonte de células medula óssea, condicionamento Fludarabina, Ciclofosfamida, ATG. Fez neutropenia febril, usando piperacilina-tazobactan, seguido por meropenem. Fez também voriconazol por infecção fúngica invasiva provável. Houve resolução da febre. No D+12 apresentou hematúria macroscópica, iniciado irrigação vesical e mantido níveis plaquetários em torno de 50.000. SU: incontáveis hemácias e urinocultura negativa. US abdominal com área de hiperecogenicidade no polo superior do rim direito, em forma de cunha com vascularização acentuadamente diminuída ao doppler. Paciente iniciou quadro de febre persistente no D+14 e dor em flanco e região lombar direita. Novo US mostrou maior acometimento parenquimatoso do rim direito. TC de abdome e pelve: rim direito difusamente hipodenso, com tênue realce após injeção do meio de contraste, sem excreção em fase tardia. Com material espontaneamente hiperdenso preenchendo completamente e distendendo a pelve renal e o ureter, compatível com conteúdo hemorrágico. Bexiga com paredes difusamente espessadas. Iniciado ciprofloxacina pela possibilidade de reativação de BK vírus. Sem evidência de microangiopatia trombótica. Urologia e cirurgia vascular indicaram a nefrectomia direita por infarto renal. Realizado procedimento em 25/08/2017 sem intercorrências, com retirada de rim de características isquêmicas. Histopatológico: pielonefrite aguda, necrose tubular aguda, vacuolização tubular isométrica e microangiopatia trombótica. SV40 negativo. No pós-operatório, paciente evoluiu afebril e com resolução da hematúria. PCR para BK vírus positivo no sangue. Não dispomos do exame na urina. Recebendo alta hospitalar posteriormente. **Conclusão:** Infarto renal deve entrar entre os diagnósticos diferenciais de hematúria macroscópica no pós transplante alogênico. A causa da isquemia não pode ser determinada com os exames disponíveis.

Palavras-chave: hematúria macroscópica; BK vírus; nefrectomia; infarto renal.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Alogênicos**
Trabalho: 181

ALLOGENEIC STEM CELL TRANSPLANTATION IN LYMPHOPROLIFERATIVE DISORDERS:
DATA FROM A SINGLE INSTITUTE IN BRAZIL.

Hamerschlak N¹, Teixeira LLC¹, Ribeiro AAF¹, Kerbauy M¹, Silva CC¹, Américo AD¹, Stanzione R¹, Filho LSM¹, Brisolla HRGB¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Introduction: High-dose therapy with autologous hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is a curative option for several lymphoproliferative disorders. Nevertheless, allogeneic HSCT may be an alternative option when the standard therapy fails despite its high toxicity and the treatment-related mortality. Therefore, we describe a single center retrospective analysis of allogeneic HSCT in lymphoproliferative diseases.

Methods: We analyzed 19 adult patients with lymphoproliferative diseases, who underwent allogeneic HSCT between the years 2008 and 2017 in a private hospital in Brazil with the aim to describe the overall survival and progression free survival in two years in addition to post-transplant mortality rate.

Results: We analysed 19 patients with lymphoproliferative disorders (11 males, 8 females). Median age was 54 (37-67). Histological subtypes were: diffuse large B-cell lymphoma (n=5), mantle cell lymphoma (n=2), follicular lymphoma (n= 3), chronic lymphocytic leukemia (n=2), T/NK-cell lymphoma (n=7). Donors were siblings in 7 patients (37%), unrelated volunteers in 8 (42%) and haploidentical in 4 (21%). Thirteen (69%) patients received peripheral blood cells, 4 (21%) bone marrow and 2 (10%) umbilical cord blood. All the conditioning regimens were non-myeloablative or reduced-intensity conditioning. At the time of allogeneic HSCT, 17 (89%) had chemosensitive disease and two (11%) was considered as chemoresistant. The overall survival of the whole group was 61,2% in two years. When divided by type of lymphoma, in the indolent lymphoma group, 60% of the patients was alive in two years and in the aggressive group, 57% was alive in two years. The T/NK cell lymphoproliferative group had the worst outcome, with less than 30% alive in two years. The recurrence rate was 40,4% in two years and the rate of mortality after one year was 31,5%. There were 10 deaths: four associated with disease progression, three related with bacterial infection, one caused by cytomegalovirus infection, one in a patient with acute graft-versus-host disease and one occurred after orthopedic surgery. The median follow-up was 757 days (2,07 years).

Conclusion: Although allogeneic HSCT represents a good option for refractory or high risk lymphoproliferative diseases with limited treatment options, it's still associated with a high relapse rate, which is the main cause of failure in those patients.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 182

RELEVÂNCIA DO CONDICIONAMENTO E DA FONTE DE CÉLULAS NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS NA SÍNDROME MIELODISPLÁSICA

Duarte FB¹, Santos TEJ¹, Moura ATG¹, Funke VAM², Colturato V³, Hamerschlag N⁴, Vilela N⁵, Macedo M⁶, Vigorito A⁷, Soares R⁸, Paz A⁹, Stevenazzi M¹⁰, Diaz L¹⁰, Neto A¹¹, Bettarello G¹², Gusmao B¹³, Salvino M¹⁴, Calixto R¹⁵, Moreira M¹⁶, Lemes R¹

¹*Universidade Federal do Ceará*

²*Universidade Federal do Paraná*

³*Fundação Amaral Carvalho*

⁴*Hospital Israelita Albert Einstein*

⁵*Hospital de Câncer Infanto-Juvenil de Barretos*

⁶*Instituto Brasileiro de Controle do Câncer*

⁷*Universidade Estadual de Campinas*

⁸*Natal Hospital Center*

⁹*Hospital das Clínicas de Porto Alegre*

¹⁰*Hospital de Clínicas do Uruguai*

¹¹*Hospital Universitário de Juiz de Fora*

¹²*Unidade de TMO Pietro Albuquerque ICDF*

¹³*Hospital São José*

¹⁴*Universidade Federal Bahia*

¹⁵*Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco*

¹⁶*CEMO-Instituto Nacional do Câncer*

Introdução: O transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) é a única ferramenta terapêutica curativa na SMD. Fatores como regime de condicionamento, fonte de células, dentre outros, podem interferir na resposta ao procedimento. **Objetivo:** Avaliar o efeito do regime de condicionamento e da fonte de células no desfecho do TCTH em pacientes adultos com SMD. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, com os dados de 150 pacientes com SMD, do Brasil e Uruguai, de 1988 a 2017, do registro latino-americano de transplante na SMD. A análise estatística bivariada e multivariada foi realizada pelo GraphPad Prism versão 5.0 e SPSS versão 23.1. O valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** A maior faixa etária foi de 51 a 60 anos (26%). Segundo o IPSS-R, 28% dos pacientes foram classificados como alto risco e 3%, muito alto risco. Cerca de 23% pacientes utilizaram agentes hipometilantes no pré TCTH, sendo a azacitidina o fármaco mais prescrito (24%). O condicionamento mieloablativo foi realizado em 80%, com os esquemas (bulssulfan/fludarabina, bulssulfan/ciclofosfamida, com ou sem irradiação corporal total (ICT), e fludarabina/melfalan. O de intensidade reduzida (bulssulfan/fludarabina, bulssulfan/ciclofosfamida, com ou sem ICT), em 15%. Antiglobulina humana (ATG) foi acrescentada na maioria dos transplantes com doadores não aparentados. A principal fonte celular foi a medula óssea (MO) (57%), seguida do sangue periférico (SP) (41%). Doadores aparentados constituíram 71% dos casos. As principais complicações pós TCTH incluíram doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) aguda (43%) e crônica (32%). A imunossupressão padrão para DECH foi ciclosporina e metotrexato. A sobrevida global, em 10 anos, foi de 51,7%. Observou-se uma diferença significativa na sobrevida global, sendo maior para o regime de intensidade reduzida do que no regime mieloablativo ($p=0.03$). A fonte de células MO também foi considerada como fator de pior prognóstico para o TCTH quando comparada ao SP ($p=0.003$). Na análise multivariada, o regime de condicionamento mieloablativo ($HR=6.29$; $p=0.005$) e a fonte celular MO ($HR=3.37$; $p=0.002$) foram considerados como fatores preditores de óbito. Na análise de regressão logística binária, o condicionamento ($OR = 0,286$; $IC95\% = 0,094 -$

0,875) e a fonte de célula (OR = 0,395; IC95% = 0,178 – 0,875) foram considerados preditores significativos de DECH aguda. Quanto à DECH crônica, na análise bivariada foi observada uma associação com o condicionamento mieloablativo (p=0.008). Na regressão logística binária, essa variável foi considerada um fator preditor significativo (OR = 0,288; IC95% = 0,090 – 0,923) de desenvolvimento de DECH crônica. Conclusão: Os resultados demonstram o impacto do condicionamento e da fonte de células no desfecho do TCTH e reforçam a necessidade de uma adequada avaliação, visando contribuir para melhor condução dos pacientes com SMD e para otimização dos resultados.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 183

ANÁLISE DO PERFIL E DA SOBREVIDA GLOBAL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A IRRADIAÇÃO CORPORAL TOTAL COMO FORMA DE CONDICIONAMENTO DO TRANSPLANTE DE CÉLULA TRONCO HEMATOPOIÉTICA EM SERVIÇO DO SUL DO BRASIL

Silva DF¹, Schafer PG², Barletta D¹, Ferreira PRF¹, Daudt LE³, Lima MNP¹, Paz A³

¹*Serviço de Radioterapia Hospital de Clinicas de Porto Alegre*

²*Serviço de Patologia Hospital de clinicas de Porto Alegre*

³*Serviço de Hematologia e TCTH Hospital de Clinicas de Porto Alegre*

Introdução: Desde o início da utilização da radiação ionizante no tratamento de neoplasias as doenças hematológicas mostraram-se radiosensíveis, o que as tornou foco de trabalho de grandes pesquisadores da época, inicialmente em caráter paliativo e, após, como parte do condicionamento para transplantes de medula óssea. Atualmente os esquemas de irradiação corporal Total (TBI) variam entre 12 a 15 Gray (Gy), divididos em 6 a 8 frações, realizadas ao longo de 3 a 4 dias, respeitando-se a taxa de dose < 0.2 Gy por minuto denominados mieloablativos. Com o advento do TCTH Haploidentico seu uso em doses não mielobláticas vem ganhando espaço. Apesar de o TBI ser uma técnica relativamente simples urge ressaltar que é um procedimento potencialmente fatal que deve ser empregado em centros terciários com profissionais capazes de realizar um atendimento diferenciado a esses pacientes. Devemos também considerar os efeitos a longo prazo da irradiação ionizante, como o aumento de neoplasias secundárias. **Objetivo:** Analisar as características, a sobrevida global, as complicações precoces e tardias dos pacientes submetidos ao TCTH entre janeiro de 2001 a Dezembro de 2016 e que tiveram como parte do condicionamento a irradiação corporal total. **Materiais e Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo observacional. Para análise estatística, utilizamos programa SPSS v. 20.0. Descrevemos as variáveis categóricas por frequências e percentuais, e as quantitativas pela mediana e o intervalo interquartil. Foram elaborados a curva de Kaplan Meier para analisar a sobrevida e a recaída dos pacientes e o teste do Log-Rank para as comparações estabelecidas, sendo considerado um nível de significância de $p < 0.05$. **Resultados:** Avaliados 139 pacientes, 66,2% do sexo feminino, mediana de idade 18,2 anos. Em relação ao tipo de TCTH (51,1%) eram aparentados, (12,2%) aparentados haploidenticos, (33,1%) não-aparentados e (3,6%) autólogos. O seguimento médio foi de 29,3 meses. As indicações mais frequentes foram LLA (73,4%) e LMA (8,6%). Noventa e sete pacientes foram classificados como doença avançada (70,8%) e como precoce (29,2%), com taxa de sobrevida global em 10 anos de 31,8 e 62,4% respectivamente. A dose mais utilizada no TBI foi 12Gy (78,4%). Cinquenta pacientes realizaram radioterapia prévia, sendo a mais comum de encéfalo total (74%). Os eventos predominantes agudos foram: neutropenia febril (60,4%) e mucosite G3-4 (41%) e os tardios: endocrinológicos (17,3%), osteonecrose (3,6%) e cognitivos (2,9%). Quarenta e oito pacientes apresentaram DECH agudo (34,5%) e 35 crônico (25,2%). A taxa de morte relacionada ao TMO foi de 36,7% e a taxa de recaída global foi de 37,8%. **Conclusões:** As taxas de sobrevida Global compararam-se as descritas mundialmente, com taxas de complicações inferiores as descritas na literatura. Estudos prospectivos de qualidade de vida são necessários para avaliar melhor o impacto destas complicações em nosso meio.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Alogênicos**
Trabalho: 184

USO DE ATG COMO PROFILAXIA PARA DOENÇA DO ENXERTO-CONTRA-HOSPEDEIRO NO
TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH) ALOGÊNICO
APARENTADO HLA-IDÊNTICO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO.

Barros GMN¹, Cândolo AA¹, Ribeiro LB¹, Villela NC¹, Ikeuti PS¹, Esteves MFV¹, Paton EJA¹

¹*Hospital de Câncer de Barretos*

Introdução: A globulina anti-timocítica (ATG) é profilaxia eficaz para doença do enxerto-contrá-hospedeiro (DECH) em pacientes submetidos ao TCTH não-aparentado. Dados recentes da literatura científica têm demonstrado eficácia semelhante nos transplantes aparentados HLA-idênticos sem elevação das taxas de recaída ou infecção desde que em doses inferiores a 6 mg/Kg. Apresentamos aqui a experiência da Unidade de TCTH do Hospital de Câncer de Barretos com o uso de ATG como parte do esquema de profilaxia de DECH em transplantes alogênicos aparentados que utilizaram protocolo de condicionamento de intensidade reduzida. **Objetivo:** Determinar a eficácia da ATG na profilaxia da DECH em pacientes submetidos ao TCTH alogênico aparentado HLA-idêntico. **Metodologia:** Trata-se de estudo retrospectivo que analisou do período de Abril/2013 a Novembro/2017 os pacientes submetidos ao alo-TMO aparentado HLA-idêntico e que utilizaram ATG na profilaxia da DECH. **Resultados:** Foram transplantados neste período 20 pacientes, variando de 33 a 63 anos (mediana de idade de 52 anos), 65% do sexo masculino 35% do sexo feminino. Todos os pacientes tinham diagnóstico de LMA, sendo 70% pacientes de alto risco, 20% de risco intermediário e 10% pacientes de risco não-definido; 80% pacientes estavam em 1ª remissão completa na ocasião e 20% pacientes em 2ª remissão completa. Todos os pacientes receberam como protocolo de condicionamento o FLUBU, variando apenas o número de doses do bussulfan: 55% dos pacientes receberam 16 doses, 35% receberam 12 doses 10% somente 8 doses. A definição do número de doses de bussulfan foi estabelecida conforme a *performance status* e as co-morbidades. Dos 20 pacientes transplantados, 95% receberam ATG na dose de 4,5 mg/Kg (dose total) e somente 5% recebeu a dose de 6 mg/Kg. Além do ATG, 85% pacientes receberam ciclosporina associada ao metotrexate e 15% pacientes receberam tacrolimus associado ao metotrexate. Em todos os pacientes a fonte celular foi célula-tronco de sangue periférico (média $8,14 \times 10^6$ CD34+/Kg). A enxertia de neutrófilos ocorreu em média no dia+11 e de plaquetas no dia+14. A DECHa ocorreu em 30% dos pacientes, dos quais: 66% (4) dos pacientes tiveram graus 1-2 e 34% (2) tiveram grau 3. Não houve casos de DECHa grau 4. DECHc ocorreu em 40% pacientes, dos quais, 37,5% (3) de forma leve, 25% (2) moderada e 37,5% (3) de forma grave. Permanecem em remissão completa até o momento 14 pacientes (70%). Seis pacientes recaíram (30%). Houve apenas um óbito não-relacionado à recaída (AVC hemorrágico). O tempo médio de sobrevida é de 49 meses. **Discussão/Conclusão:** Como já demonstrado em outros estudos, a ATG em doses inferiores a 6 mg/Kg é eficaz na profilaxia da DECHa e DECHc, sem produzir elevação das taxas de recidiva ou infecção. Entretanto, ressaltamos que esta é a experiência de um único centro e que é necessário um maior número de pacientes e tempo de seguimento para consolidação destes resultados.

Palavras-chave: ATG, DECH, aparentado, LMA

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 185

INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA PRECOCE NÃO PARECE ESTAR ASSOCIADA À DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO AGUDA: ESTUDO RETROSPECTIVO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA BRASILEIRO

Almeida MNCS¹, Duani H¹, Macedo AV², Teixeira GM¹, Martinho GH¹, Moura MFR¹, Tupinambas U¹

¹*Universidade Federal de Minas Gerais*

²*Hospital da Polícia Militar*

Introdução: Infecção da corrente sanguínea (ICS) e doença do enxerto contra o hospedeiro aguda (DECHa) são causas importantes de morbidade e mortalidade no transplante de células tronco hematopoiéticas alogênico (alo-TCTH). **Objetivo :** avaliar se há associação entre ICS precoce e a ocorrência de DECHa no alo-TCTH. **Materiais e Métodos :** Estudo retrospectivo, unicêntrico, em adultos submetidos a alo-TCTH no período de jan/2011 a dez/2016 em um centro de referência de Minas Gerais. O diagnóstico de ICS foi definido como a presença de hemocultura (HMC) positiva para patógeno bacteriano não considerado contaminante e ICS precoce, a primeira HMC positiva do início do condicionamento até o D+30. O diagnóstico de DECHa foi considerado até o D+100 e graduado conforme os critérios de Glucksberg. **Resultados :** 94 pacientes foram incluídos, 61,7% dos quais do sexo masculino, com idade de 18 a 65 anos (média 36,2); 85,2% foram transplantados devido a neoplasia hematológica, e 81,9% tiveram um doador aparentado. Células-tronco periféricas foram utilizadas em 81,9% dos casos e medula óssea, em 18,1%. Profilaxia para DECHa com ciclosporina e metotrexate foi o esquema predominante, 73% dos casos. A média de tempo para pega de neutrófilos foi de 18,3 dias (11 a 35) e de plaquetas 17,8 dias (8 a 40). Mucosite ocorreu em 91,5% dos pacientes, sendo em 42,6%, de graus III e IV. Considerando o escore de comorbidade de Sorror, et al., 2005, o HCT-CI, 45,7% dos pacientes foram classificados como de baixo risco, 39,4% de risco intermediário e 14,9%, de alto risco para mortalidade não relacionada à recidiva; 51,1% dos pacientes evoluíram ao óbito (30,4% por sepse e 28,3% por recidiva). Regime mieloablativo foi utilizado em 71,3%; 34% dos pacientes apresentaram DECHa, sendo 18,8% de graus III e IV. Os locais mais acometidos foram: intestino (46,9%) e pele associada a outros sítios (31,5%). O tempo médio de ocorrência de DECHa foi de 40,5 dias (13 a 97); 56,3% dos pacientes apresentaram ICS precoce. Não se observou associação estatisticamente significativa entre ICS precoce ($p=0,985$), óbito ($p=0,774$), escore HCT-CI ($p=0,731$) e grau de mucosite ($p=0,949$) com o aparecimento de DECHa. O tempo de internação hospitalar foi maior para os pacientes com DECHa ($p=0,003$). **Discussão :** Embora estudos retrospectivos unicentricos anteriores tenham apontado a ICS precoce como fator de risco para DECHa isso não foi observado no presente estudo. Os dados acima mostram casos de mucosite e de DECHa de intestino elevados, o que pode refletir a elevada proporção de regimes de condicionamento mieloablativos nessa população. **Conclusão :** Com base nos resultados aqui apontados, não parece haver associação entre ICS precoce e DECHa. No entanto, análises mais robustas, que incluam outras variáveis explicativas, e estudos multicêntricos e prospectivos são necessários para melhor se avaliar o possível efeito da ICS, da mucosite e da translocação bacteriana no desenvolvimento de DECHa no alo-TCTH.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 186

TRANSPLANTE HEPÁTICO APÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS EM DOENÇA FALCIFORME: RELATO DE CASO

Costa TCM¹, Mendes LSC², Pieroni F¹, Elias JB¹, Cunha R¹, Stracieri ABPL¹, Junior LGD¹, Grecco CES¹, Oliveira MC¹, Simões BP¹

¹*Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo*

²*Instituto Hospital de Base do Distrito Federal*

INTRODUÇÃO: A doença falciforme (DF) é uma desordem genética, caracterizada por uma mutação no gene beta da cadeia de hemoglobina, capaz de acarretar alterações em diversos órgãos e sistemas. Além das alterações relacionadas à doença, seu tratamento também pode levar a complicações, como o acúmulo de ferro hepático secundário às transfusões de troca. O transplante de células progenitoras hematopoéticas (TCTH) é considerado tratamento curativo para a DF, porém não é capaz de reverter as alterações já instaladas. O objetivo deste trabalho é descrever o caso de um paciente, submetido a TCTH para tratamento de DF, que apresentou descompensação de doença hepática crônica prévia, necessitando de um transplante hepático 13 anos após o TCTH. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, submetido a um TCTH para tratamento de S β -Talassemia em 2005, aos 38 anos de idade, devido a crises vaso-oclusivas e priapismo de repetição. Durante a avaliação pré-TCTH apresentava hepatopatia crônica devido à sobrecarga de ferro secundária às transfusões de troca realizadas anteriormente ao procedimento. Recebeu um TCTH alogênico, aparentado, doador irmão, com traço falciforme, HLA compatível (6X6), condicionamento de intensidade reduzida com FLUCY + ATG devido à presença de comorbidade, a fonte de células progenitoras hematopoéticas foi medula óssea, com 5x10⁸/kg células nucleadas totais infundidas, a profilaxia para DECH foi realizada com MTX e CSA, sendo esta última suspensa 18 meses pós-TCTH. A partir de 2015 (10 anos pós-transplante), o paciente passou a apresentar redução do quimerismo, mesmo após infusão de linfócitos do doador em 2016, mantendo desde então traço do doador ao VNTR, provas de hemólise alteradas, HbS ao redor de 45%, mas sem evidências clínicas da DF. A partir de julho de 2017, o paciente iniciou tratamento com sangria terapêutica e quelante de ferro oral para redução da sobrecarga de ferro. Em fevereiro de 2018 apresentou descompensação da hepatopatia crônica, com aumento do escore MELD (Model of End-Stage Liver Disease) e, neste momento, foi indicado o transplante hepático. Em 24/02/2018 o procedimento foi realizado com órgão proveniente de doador cadáver, e instituído esquema imunossupressor com tacrolimus (FK) 4mg + metilprednisolona 100mg/dia. Atualmente, o paciente permanece sem evidências clínicas da DF e sem alterações hepáticas. **CONCLUSÃO:** De acordo com nosso conhecimento, este é o primeiro caso descrito na literatura de um transplante de órgão sólido realizado com sucesso em paciente submetido previamente a um TCTH para tratamento de DF. Apesar do uso de imunossupressão devido ao transplante hepático, o paciente persiste até o momento sem indícios clínicos da DF, mantendo quimerismo misto (traço do doador ao VNTR). Outros estudos são necessários para avaliar qual a melhor estratégia de imunossupressão para esses pacientes e qual a implicação desse procedimento a longo prazo em relação ao TCTH.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 187

O EFEITO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Melo ALS¹, Souza GP¹, Silva CB¹, Teodoro V¹, Cheisa D¹, Navarro GM¹, Paton EJA¹, Candolo AA¹, Esteves MFV¹, Carvalho IRA¹

¹*Hospital de Câncer de Barretos*

INTRODUÇÃO: A insuficiência respiratória aguda pode ocorrer em metade dos pacientes que são submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). As principais causas apontadas para isso são a toxicidade direta dos medicamentos/ radioterapia que fazem parte do protocolo de condicionamento e os quadros infecciosos. São fatores que predispõem a ocorrência das infecções: a imunossupressão provocada pelo condicionamento e como efeito das drogas imunossupressoras, a desnutrição proteico-calórica que pode ocorrer durante e após o TCTH e a restrição ao aleito. A mortalidade dessa população é elevada e pode chegar a 50%, sendo a insuficiência respiratória um dos principais motivos para a admissão na UTI. Neste contexto, a ventilação mecânica não-invasiva (VNI) pode ser útil e pode ser usada tanto de forma profilática quanto curativa. **OBJETIVO:** Descrever o efeito da ventilação mecânica não-invasiva em pacientes submetidos ao TCTH. **METODOLOGIA:** Foram incluídos artigos sobre VNI e TCTH cujos descritores foram: ventilação não-invasiva, transplante de medula óssea e insuficiência respiratória contidas nas seguintes fontes de dados: PUBMED e SciELOBrazil de 1998 até 2015, evitando-se publicações semelhantes. No total foram incluídos 11 estudos: seis estudos randomizados, dois estudos de caso, duas revisões bibliográficas e um estudo observacional. **RESULTADOS/ DISCUSSÃO:** A admissão do paciente na UTI seguido de intubação orotraqueal é apenas um marcador substituto de um mal prognóstico. Os estudos trazem que a ventilação mecânica não-invasiva pode ser usada com sucesso em pacientes com doenças hematológicas e hipoxêmicos, que apresentam insuficiência respiratória hipercapnica leve a moderada. Alguns estudos não controlaram o tempo entre o início da insuficiência respiratória para execução da VNI. Porém, em todos os pacientes a VNI foi empregada a fim de prevenir complicações pulmonares mais graves, sendo padrão ouro para estratégia de suporte ventilatório inicial, contribuindo para maior sobrevida e para diminuição significativa de admissão em UTI. **CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO:** Os pacientes com doenças hematológicas submetidos ao TCTH podem desenvolver muitas alterações pulmonares, sendo de grande importância o conhecimento da equipe sobre a VNI. A monitorização adequada pela equipe da fisioterapia é importante para identificação precoce de sinais e sintomas e assim intervir com medidas efetivas. Conclui-se de acordo com os artigos analisados que a VNI está ligada diretamente com menor taxa de intubação, menor incidência de infecções nosocomiais, diminuição da mortalidade e redução do tempo de hospitalização. Todos estes fatores produzem aumento da sobrevida dos pacientes e redução dos gastos hospitalares. **Palavras-chave:** Transplante de medula óssea, Ventilação Mecânica.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Alogênicos**

Trabalho: 188

ESTUDO PROSPECTIVO AVALIANDO O USO DE CÉLULAS TRONCO MESENQUIMAIS
DERIVADAS DE MEDULA ÓSSEA PARA TRATAMENTO DA DOENÇA DO ENXERTO
CONTRA HOSPEDEIRO CRONICA REFRATARIA : UM ESTUDO PILOTO .

Funke VAM¹, Rebelatto CLK¹, Seneglaglia A¹, Kojo TK¹, Farah N¹, Brofman P², Pasquini R¹

¹UFPR

²PUC-PR

Introducao : A doença do enxerto contra hospedeiro em sua forma crônica (DECH-C) ocorre em 30 a 80% dos pacientes e é a maior causa de morbidade e mortalidade após TCTH., além de ter consequências debilitantes como prejuízo da qualidade de vida, comprometimento funcional, necessidade de imunossupressão prolongada, infecções e diminuição da sobrevida. Células-tronco mesenquimais (CTMs) são células multipotentes que oferecem suporte para o crescimento e diferenciação de células progenitoras hematopoéticas no microambiente da medula óssea. Devido ao seu perfil imunomodulador, vários investigadores tem relatado sua experiência com o uso de CTMs para tratamento da DECH-C. O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia e segurança do uso de células tronco mesenquimais no tratamento da DECH-C refrataria a corticoide. **Material e métodos** Foi realizada a coleta da medula óssea de doadores voluntários, isolamento, cultivo, caracterização celular, testes de controle de qualidade e criopreservação das células em um Centro de Tecnologia Celular tipo II. Pacientes com diagnóstico de DECH-C refratario a corticoide receberam 2×10^6 células-tronco mesenquimais/kg divididas em duas infusões semanais. Os pacientes foram incluídos e analisados prospectivamente no período de 01 de 2015 a 07/2017. A resposta parcial foi definida como melhora de pelo menos um grau em pelo menos um órgão acometido. Resposta completa: desaparecimento de todos os sinais e sintomas da DECH-C. Ausencia de resposta: nao melhora após 90 dias ou progressão em 30 dias após a primeira infusão das CTMs. A DECH-C foi graduada segundo os critérios do NIH. Foi realizada uma avaliação prospectiva das manifestações clínicas da DECH-C, por meio de exame físico e fotografias digitais. Resultados : Onze pacientes receberam 21 infusoes. Sete pacientes eram do sexo feminino. A idade variou de 8-55 anos (mediana:28 anos). Cinco pacientes receberam transplante de doadores na aparentados, 2 de doadores haploidenticos e os demais de doadores aparentados. A fonte de células foi medula óssea em 9 dos onze pacientes. Cinco dos onze pacientes estão vivos com uma mediana de seguimento de 476 dias. Nove dos onze pacientes apresentaram resposta sendo seis completas. A melhor resposta observada foi nos pacientes com manifestação esclerodérmica (3/3) seguidos pelos pacientes com síndrome de sobreposição (3/4). Não foi observada resposta conclusiva nos pacientes com bronquiolite obliterante ou manifestações orais de dech-c. Não foram observados eventos adversos relacionados as infusões em nenhum dos casos. **Conclusao** : A infusão de CTM foi segura e eficaz no tratamento da DECH-C refrataria a corticoide, sendo observada taxa de resposta global de 81%. Pacientes com manifestações do tipo escleroderma like e síndrome de sobreposição tiveram maior beneficio. Há necessidade de avaliação de uma maior numero de casos para confirmação destes bons resultados iniciais.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 189

QUIMIOTERAPIA EM ALTAS DOSES E O TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO
HEMATOPOÉTICAS COMO TERAPIA DE RESGATE EM PACIENTE COM TUMOR
GERMINATIVO REFROTÁRIO: RELATO DE CASO

Moraes MAC¹, Cezar VS¹, Sanches KDS¹, Kunrath R¹, Dias JM¹, Flôr JS¹, Saraiva TKG¹, Birnfeld CMF¹, Rocha CP¹, Ottoni EL¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução: Os tumores germinativos do testículo (TGT) são neoplasias comuns em homens jovens, os classificados como não seminomas são os mais agressivos, entre eles os carcinomas embrionários e os coriocarcinomas. Cerca de 80% dos doentes com tumores avançados são potencialmente curáveis com quimioterapia baseada na cisplatina. A quimioterapia de altas doses com transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas (TCTH) tem demonstrado benefícios como estratégia de recurso no tratamento destes pacientes. **Objetivo:** Descrever o caso de paciente com coriocarcinoma refratário ao tratamento standard, submetido a quimioterapia intensiva com duplo resgate hematopoiético autólogo. **Métodos:** Relato de caso ocorrido em um centro de TCTH de um hospital privado do sul do Brasil. **Resultados:** Paciente sexo masculino, de 19 anos, no mês de outubro de 2017 recebeu diagnóstico de coriocarcinoma EC IIC, resultado de gonadotrofina coriônica humana (HCG) de 706045 ui/l, desidrogenase láctica (DHL), 1736 U/L. Foi submetido à orquiectomia esquerda e 2 ciclos de quimioterapia EP (etoposide e cisplatina), não realizou bleomicina pois estava indisponível no mercado brasileiro. Após 21 dias, apresentou progressão da doença e realizou infusão de TIP (ifosfamida e paclitaxel). Após cinco meses do diagnóstico, manteve-se refratário às quimioterápias, foi submetido a altas doses de carboplatina e etoposide e resgate com TCTH autólogo com infusão de 4x10⁶ CD34kg; recebeu alta hospitalar no D+15. Um mês após, internou para segundo TCTH autólogo, novamente com altas dose de carboplatina e etoposide, infusão de 2,5x10⁶ CD34kg, com alta hospitalar no D+13. Os efeitos tóxicos da quimioterapia foram principalmente: mielossupressão, mucosite, náuseas, vômitos, neuropatia periférica e anormalidades otológicas. No entanto, a toxicidade não alcançou graus elevados e nem foram observadas alterações hepáticas. Paciente manteve níveis elevados de HCG após os dois procedimentos, realizando tratamento paliativo em regime ambulatorial. **Discussão:** Estudos demonstram que o TCTH no tratamento dos TGT, para resgatar a medula óssea dos efeitos mieloablativos da quimioterapia, apresentam-se como uma opção de recurso potencialmente curativo. Apesar de ter apresentado bons resultados em estudos clínicos, o paciente descrito não atingiu a remissão após as receber linhas convencionais de quimioterapia e os dois TCTH autólogo para resgate da medula, porém não apresentou complicações graves e tendo alta hospitalar após pega medular. **Conclusão:** Conclui-se que o paciente em questão apresentou todos os requisitos elegíveis para realização do resgate com duplo TCTH, portanto neste caso, ainda que isolado, constatamos o insucesso desta opção terapêutica. O protocolo quimioterápico escolhido com altas doses descrito como potencialmente tóxico, com relatos de comprometimento hepático importante, o que não aconteceu no caso descrito.

Palavras-chave: Neoplasias Testiculares, Quimioterapia Combinada.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 190

PRINCIPAIS DOENÇAS ONCO-HEMATOLÓGICAS EM PACIENTES INDICADOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Moraes MAC¹, Cezar VS¹

¹*Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre*

Introdução: O Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) consiste na infusão intravenosa de células hematopoiéticas, com o objetivo de restabelecer a função medular nos pacientes com diagnóstico de doenças hematológicas, oncológicas e hereditárias. O TCTH vem evoluindo muito nas últimas décadas devido ao desenvolvimento de novas técnicas e a alta qualidade das equipes transplantadoras. O tratamento pode proporcionar o aumento da sobrevida, a estabilização da doença e, inclusive, a cura. **Objetivo:** Descrever as doenças onco-hematológicas em pacientes submetidos ao TCTH em um hospital de referência na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). **Método:** Estudo de coorte retrospectivo, quantitativo. Os dados foram coletados nos prontuários eletrônicos de pacientes que estiveram internados para realização de TCTH entre 2014 e 2015. Pesquisa aprovada pelo comitê de ética em pesquisa sob parecer nº1.472.098. **Resultados:** Foram realizados 154 TCTH no período, destes 127 (82,5%) autólogos e 27 (17,5%) alogênicos. A maioria dos pacientes era do sexo masculino 97 (63%) e a faixa etária predominante foi de 45 a 59 anos (n=63, 40,9%). A doença de base mais comum foi o mieloma múltiplo (MM) (n=72, 46,8%), seguido do linfoma não Hodgkin, (n=33, 21,4%) e linfoma de Hodgkin (n=23, 14,9%). As leucemias linfocíticas representaram 12 dos casos (7,8%) seguidos da leucemia mielóide, em 8 casos (5,2%). Além disso, tivemos 4 (2,6%) pacientes com tumor de testículo não seminomatoso e a mielodisplasia em 2 (1,3%) pacientes. **Discussão:** Dentre os pacientes submetidos ao TCTH, a doença onco-hematológica mais frequente foi o mieloma múltiplo, seguida dos linfomas não Hodgkin e linfoma de Hodgkin, sugerindo que tais doenças possuem maior relevância clínica dentre os procedimentos realizados na instituição. O MM é uma doença maligna responsável por 1% de todos os tipos de câncer e por 10% das neoplasias hematológicas, o tratamento desta doença no Brasil é feito com administração de drogas antineoplásicas, corticóides e/ou TCTH. O transplante autólogo é responsável pelo principal avanço na terapia do MM e, apesar de não ser curativo, proporciona um aumento significativo da sobrevida global e sobrevida livre de doença. Porém muitos pacientes não conseguem ser legíveis ao procedimento, por comorbidades prévias e até mesmo a idade avançada que a doença acomete. Atualmente terapias com anticorpo monoclonal, que foca especificamente nas células tumorais, estão sendo utilizadas, garantindo, assim, maior precisão do tratamento, menos efeitos colaterais e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida. **Conclusão:** Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para embasar futuros estudos prospectivos sobre perfil epidemiológico das doenças hematológicas e dos pacientes indicados ao TCTH na região e futuramente serem comparados os dados após novas terapias para doenças como o mieloma múltiplo serem difundidas.

Palavras-chave: Mieloma Múltiplo, Transplante Autólogo

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Autólogos**
Trabalho: 191

ANÁLISE DE CUSTO DE INTERNAÇÃO DE TRANSPLANTES AUTÓLOGOS PARA MIELOMA MÚLTIPLO EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Feliciano JVP¹, Albino CD¹, Lopes ER¹

¹*Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto*

Introdução: O transplante autólogo de células progenitoras hematopoéticas está consolidado na prática pela possibilidade de aumento de sobrevida livre de doença em pacientes com mieloma múltiplo. Nas últimas décadas, tem havido uma tendência à elevação de custos dos tratamentos em saúde devido a fatores como o aumento da demanda e o surgimento de novas tecnologias. Em países que contam com a maioria da população atendida por sistemas públicos de saúde, como o caso do SUS no Brasil, são necessários estudos de análise econômica para ajudar na melhor gestão de recursos e não comprometer a meta da equidade por aumentos dos custos em procedimentos de alta complexidade tecnológica, como os transplantes. **Objetivos:** Estimativa de custos de internação no SUS para transplante autólogo de células progenitoras hematopoéticas de pacientes com mieloma múltiplo submetidos ao procedimento no Hospital de Base de São José do Rio Preto. **Metodologia:** Estudo descritivo de custos em 55 transplantes autólogos para mieloma múltiplo com condicionamento melfalano 200mg/m² realizados entre abril de 2014 e novembro de 2016, no Hospital de Base de São José do Rio Preto, com dados fornecidos pelo setor financeiro do hospital. Calculados custos em reais de diárias de enfermagem, exames, materiais e medicamentos. As diárias contemplam custos diretos de manutenção de equipamentos, estrutura física e salários de equipe assistencial além de custos indiretos de água, energia elétrica e telefone por método de rateio por absorção. Os dados apresentados se referem apenas ao período de internação para o transplante até a alta hospitalar. **Resultados:** A mediana de dias de internação foi 19 (15-37), a média de custo de diárias de enfermagem na internação foi de R\$7.614,10 (R\$2.699,70-R\$15.027,33), a média de custo por exames realizados foi R\$576,25 (R\$215,25-R\$1.442,27), a média de custo com materiais e medicamentos foi R\$3.146,59 (R\$1.754,83-R\$8.410,84). O custo estimado dos atendimentos analisados, com base nos parâmetros citados, tem média de R\$11.336,94 (R\$5.382,64-R\$24.253,38). **Discussão:** O estudo da economia da saúde, com análise de custos dos procedimentos terapêuticos, é parte fundamental para gestão adequada dos recursos em saúde pública. É descrito na literatura que países em desenvolvimento econômico conseguem resultados clínicos comparáveis a países mais desenvolvidos realizando procedimentos com custos menores. Os dados apresentados sugerem que a internação de transplante em mieloma múltiplo, na maioria dos casos em nossa instituição, é adequadamente financiada pelo sistema público, com valores baseados na tabela SUS (procedimento 05.05.01.008-9 correspondente a R\$22.968,78 em maio de 2018). **Conclusão:** São necessários estudos mais apurados em economia da saúde aplicada aos transplantes autólogos e alogênicos no SUS para a discussão de políticas públicas e análise da gestão de cada centro transplantador. **Palavras-chave:** economia da saúde, transplante autólogo

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Autólogos**
Trabalho: 192

BENDAMUSTINE, ETOPOSIDE AND CYCLOPHOSPHAMIDE. ASSOCIATION OF THREE DRUGS FOR A NEW CBEV CONDITIONING REGIMEN FOR LYMPHOMA PATIENTS

Jaimovich G^{1,2}, Ostriz MBR^{2,3}, Castro M², Foncuberta C⁴, Riera L⁵, Longoni H³, Vitriu A⁴, Duarte P⁵, Escobar NF¹

¹*Favaloro University Hospital*

²*Sanatorio Anchorena*

³*Hospital de Clinicas San Martin*

⁴*Instituto Alexander Fleming*

⁵*CEMIC*

Pre autotransplant conditioning regimen is almost always the last intervention with a cure intention in patients with relapsed/refractory, both Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma patients. Besides initial treatment differs among Hodgkin, diffuse large cells, follicular or T cell lymphoma, pre transplant conditioning regimen remains indistinct and the majority of patients receive BEAM (carmustine, etoposide, Ara C, melphalan) or CVB (carmustine, etoposide, cyclophosphamide) irrespectively. The ideal conditioning should have a potent tumoricide effect with minimal toxicity and mortality. Both BEAM and CVB are based in carmustine, an alkilating drug with proved lung toxicity. Other problems with carmustine are a high cost and fluctuant availability. Based on the CVB, we designed a new association substituting carmustine with bendamustine, a proven active drug in lymphoma pts. We conducted a multi-center phase-2 study evaluating the safety and efficacy of Benda-CV (bendamustine, 400 mg/mE+2, etoposide 1000–2400 mg/mE+2 and cyclophosphamide 4800–6000 mg/mE+2). One hundred consecutive subjects, median age of 47 years (range 18-74 years) were enrolled. 36 had Hodgkin lymphoma, 24 diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), 18 mantle cell lymphoma (MCL) and 22, other lymphomas. 78 subjects failed ≥ 2 treatment lines before transplant. At transplant 33 were in 1st complete remission (CR), 42 in 2nd or ulterior CR and 25 in partial remission. A median of 5,1 X 10E+6 CD34-positive cells/kg (range, 1,2-27 x10E+6/kg) were infused. Median follow-up is 18 months (range, 2-33months). Ninety-nine evaluable subjects had bone marrow recovery after a median of 11 days (range, 9-23 days) for neutrophils $>0.5 \times 10E+9/L$ and 14 days (range, 7-40 days) days for platelets $>20 \times 10E+9/L$. Grade-3/-4 toxicities were neutropenic fever (N=75), cardiological (N=10), gastrointestinal (N=36), pulmonary (N=6), and renal (N=4). One subject died of renal and multi-organ failure before engraftment. Ninety subjects are alive; 8 died because of lymphoma progression. 18 month survival is 88% (95% confidence interval, CI 95% (81 - 96%); 92% (CI 95%: 86-99%) for those transplanted in CR and 77% (CI 95%, 59 - 100%) for those transplanted in PR. Cumulative incidence of relapse (CIR) at 18 month was 25 % (CI 95%, 0 - 20%) for those transplanted CR and 32% (CI95% 39 - 93) for those transplanted in PR. The toxicity profile of Benda-CV is similar to others conditioning regimens used in lymphoma patients. Preliminary efficacy results are encouraging but longer follow up is needed to assess safety and efficacy of this regimen.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Autólogos**
Trabalho: 193

WHAT FORCES INFLUENCE THE DIFFUSION OF HEMATOPOIETIC CELL
TRANSPLANTATION (HCT) IN LATIN AMERICA (LATAM)?

Jaimovich G¹, Rolon JM¹, Vazquez A¹, Palma J¹, Navarro J¹, Hamerschlack N¹, Karduss A¹,
Almaguer DG¹, Fanilla E¹, Hernandez M¹, Fagundo JC¹, Simoes B¹, Oliveros W¹, Bujan W¹

¹*Latin America Bone Marrow Transplant Group*

HCT is an important treatment modality for many malignant and benign hematologic and immune disorders. There has been a dramatic increase in the number of HCT performed worldwide but the LATAM transplant rate (TR), (the number of transplants per 10 million inhabitants and a surrogate of transplant development in a country or region), is 5 to 8 times lower than in Western Europe or North America. In this study we focused on economics and its influence in the number of transplants or TR. The Latin American Bone Marrow Transplant Group (LABMT) collects data from 13 countries (Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Mexico, Panama, Paraguay, Peru, Uruguay and Venezuela) with established HCT programs through a survey on an annual basis. During 2014, 69 teams from 13 countries reported a total of 2669 HCT; allogeneic 990, unrelated donor 255, haplo 146 and autologous 1679. LATAM median TR was 65 with a huge variation among countries, e.g.: Cuba: 6, Uruguay: 276, while North America TR was 483 and Europe's 379. Most of LATAM countries have a mixed model of health care system with predominance of public, private or mixed payers. Health providers might also be public or private. Cost of HCT varied widely, from U\$S 9.000 in Panama to U\$S 60.000 in Uruguay for an autologous, U\$S 15.000 in Mexico to U\$S 86.000 in Uruguay for an allogeneic with a family match donor and U\$S 18.000 in Panama to U\$S 174.000 in Chile for an allogeneic with an unrelated donor. Using the coefficient of determination, or R^2 , we studied the correlation between TR and providers ($R^2=0,0141$) as well as TR and payers ($R^2= 0,0026$), both with no impact in LATAM. The correlation between TR and providers ($R^2=0.2988$) shows that cost goes down when the providers are public. Conversely, private ones imply higher cost. The correlation between TR and cost ($R^2= 0,1568$) manifests a higher TR in countries with high transplant cost than in those with low cost. Two variables: Type of providers and HCT cost, correlate with the TR or HCT development. Conclusion: LATAM has a low TR compared to developed regions. There is a huge variation in TR among countries and this could be attributable to transplant cost and type of providers. Paradoxically, private providers and high cost are associated with a high TR, geared by market rules and not by health policies.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 194

PERFIL DOS PACIENTES TRANSPLANTADOS CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS NYHEM UM CENTRO DE TERAPIA HEMATOLÓGICA DO SUL DO BRASIL

Cezar VS¹, Moraes MAC¹, Kunrath R¹, Dias JM¹, Flor JS¹, Sanches KDS¹, Saraiva TKG¹, Birnfeld CMF¹, Astigarraga CC¹

¹*Hospital Moinhos de Vento*

Introdução: O transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) é um procedimento de alta complexidade, utilizado no tratamento tanto de patologias onco-hematológicas quanto de outras doenças que anos atrás eram consideradas incuráveis ou não apresentavam perspectivas de sobrevida. Além disso, em casos de doenças autoimunes e tumores sólidos, o TCTH têm sido utilizado como terapia de resgate após ciclos de quimioterapia com antineoplásicos em altas doses. Mesmo trazendo benefícios para o paciente, o TCTH gera efeitos colaterais diversos e necessidade de acompanhamento ambulatorial por um longo período após o procedimento. **Objetivo:** Descrever o perfil dos pacientes submetidos ao TCTH em um centro de terapia onco-hematológica (CTH) localizado na região sul do Brasil. Foram coletados as variáveis sexo, idade, tipo de transplante, patologia de base e mortalidade após os 100 primeiros dias de transplante. **Métodos:** Estudo descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um Centro de Terapia Hematológica no Sul do Brasil, no período de julho de 2015 a março de 2017. O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Moinhos de vento e conta com o parecer número 1.910.843 CAAE: 63004716.6.1001.5330. **Resultados:** Foram submetidos ao TCTH 69 pacientes, sendo 62% do sexo masculino e 38% do sexo feminino. A média de idade dos pacientes, foi de 46 anos, com um desvio padrão de 18 anos, (máximo 71 e mínimo 15 anos). Dentre os TCTH realizados, 64% foram autólogos e 36% foram alogênicos aparentados, destes 32% corresponderam a transplante haploidênticos. A doença de base com maior prevalência entre os pacientes transplantados foi o Mieloma Múltiplo (MM) com 29%, seguida do linfoma não Hodgkin (LNH) em 22% dos casos, além de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), Linfoma Hodgkin (LH) e Leucemia Mielóide Aguda (LMA), representando 13,12 e 10% das doenças de base, respectivamente. Dos pacientes transplantados neste centro, 60 deles já superaram a marca dos 100 dias pós-transplante, e desses 75% dos pacientes permanecem vivos. **Discussão:** Entre as doenças de base mais prevalentes, o MM apresenta-se como uma doença sem possibilidades de cura, porém, o TCTH autólogo apresenta-se como um tratamento modificador do curso da doença, proporcionando um aumento significativo da sobrevida global, sobrevida livre de doença e da qualidade de vida. Além disso, o TCTH figura como tratamento de consolidação, visando a cura nas demais doenças hematológicas como os linfomas e as leucemias. **Conclusão:** O centro de terapia hematológica deste estudo já realizou um total de 69 transplantes desde a sua inauguração em junho de 2015 e vem apresentando bons resultados quanto à sobrevida e mortalidade dos pacientes. Com bons resultados o TCTH mostra-se uma ótima alternativa para a tratamento de doenças e também para aumento de sobrevida dos pacientes submetidos ao procedimento.

Palavras-chave: Transplante de Médula Óssea, Hematologia.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 195

REGIME DE CONDICIONAMENTO ALTERNATIVO PARA TRANSPLANTE DE PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA APRESENTANDO ENVOLVIMENTO CARDÍACO

Elias JB^{1,2}, Moraes DA^{1,2}, Stracieri ABPL^{1,2}, Darrigo-Jr LG^{1,2}, Grecco CES^{1,2}, Oliveira MFC^{2,3}, Leopoldo V^{2,3}, Zombrilli AF^{2,3}, Simões BP^{1,2}, Oliveira MC^{1,2}

¹*Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo*

²*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo*

³*Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo*

Introdução

O transplante autólogo de células tronco hematopoéticas (TACTH) é recomendado para o tratamento de pacientes com esclerose sistêmica (ES) rapidamente progressiva (1). Classicamente, são usadas altas doses de ciclofosfamida (CY) e globulina antitimocitária de coelho (ATG). Entretanto, uma parcela dos pacientes com critérios de indicação apresenta alterações cardíacas secundárias à ES, que dificultam o uso de altas doses de CY, por sua cardiotoxicidade.

Objetivos

Avaliar a tolerância e a eficácia do TACTH para pacientes com formas graves de esclerose sistêmica, apresentando envolvimento cardíaco, utilizando condicionamento alternativo com fludarabina + melfano + ATGc (FLUMEL-ATG).

Materiais e Métodos

Foram incluídos pacientes com acometimento difuso de pele e/ou portadores de envolvimento pulmonar intersticial, que tenham apresentado progressão da doença nos últimos 12 meses, em vigência do melhor tratamento disponível, e que apresentassem evidências de envolvimento cardíaco na avaliação pré-transplante. Os pacientes foram submetidos a coleta de células-tronco hematopoéticas a partir do sangue periférico, através de leucoaférese. Depois, receberam Fludarabina 120mg/m²+ Melfalano 140mg/m² + globulina antitimocitária (ATG) de coelho, seguidos por infusão das células-tronco autólogas, previamente colhidas. Após o transplante, os pacientes foram acompanhados e monitorados clínica e laboratorialmente quanto à atividade da doença.

Resultados

De 2012 a 2018, nove pacientes com idade mediana de 32 anos (12-60), foram transplantados sob condicionamento FLUMEL-ATG. Cinco eram mulheres, sete haviam recebido pulsos de ciclofosfamida previamente. Todos os pacientes apresentavam alterações cardíacas detectadas à avaliação pré-transplante: arritmias ventriculares não-sustentadas (3 pacientes), dilatação do tronco da artéria pulmonar (3), disfunção ventricular sistólica ou diastólica (2) e fibrose cardíaca (2). Durante o transplante, todos apresentaram neutropenia febril, sendo 4 com pneumonia. Um paciente apresentou cardiotoxicidade leve e 4, congestão pulmonar durante o procedimento. Cinco pacientes cursaram com reativação de citomegalovírus após o transplante, sem doença clínica. O tempo mediano de seguimento foi de 24 meses (6-47). Não houve óbitos. A média(DP) do escore cutâneo de Rodnan diminuiu significativamente de 28,7(11,0) antes do transplante para 17,0(9,1) ($p=0,001$) na última avaliação pós-transplante. As médias(DP) do valor predito da capacidade vital forçada aumentaram não-significativamente após o procedimento, de 66%(12,2) para 74%(17,9) ($p=0,068$).

Conclusões

O TACTH com condicionamento FLUMEL + ATGc é eficaz, promovendo controle da progressão da doença e melhora cutânea. Consideramos seu uso como possível alternativa às altas doses de ciclofosfamida, para pacientes que apresentem envolvimento cardíaco leve.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 196

INTERMEDIATE-DOSE CYTARABINE PLUS G-CSF AS MOBILIZATION REGIMEN FOR
NEWLY DIAGNOSED MULTIPLE MYELOMA AND HEAVILY PRE-TREATED PATIENTS WITH
HEMATOLOGICAL AND NON-HEMATOLOGICAL MALIGNANCIES

Callera F^{1,2}, Callera AF³, Rosa ES¹

¹*Centro de Hematologia do Vale*

²*Humanitas - Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos*

³*Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina - Departamento de Patologia*

Background: Intermediate-dose cytarabine plus G-CSF has recently emerged as safe and effective mobilization regimen for heavily pre-treated patients with lymphoid malignancies. We prospectively tested this regimen in patients referred to our center in order to collect enough stem cells for hematopoietic rescue in autologous transplantation (auto-HSCT).

Study design and methods: cytarabine (1.6g/m²) plus G-CSF (outpatient administration) was performed in 81 consecutive patients who underwent auto-HSCT. For analyses purposes patients were divided into Group A, consisted of 48 patients with newly diagnosed multiple myeloma (MM) and Group B with 33 heavily pre-treated patients (13 Hodgkin's lymphoma, 7 non-Hodgkin's lymphoma, 7 MM, 4 germ cell tumor, 2 non-promyelocytic acute myeloid leukemia).

Results: In the Group A, circulating CD34+ cells/μL was significantly higher, 90% started stem cell harvest on day 14, 98% collected $\geq 5.0 \times 10^6$ CD34+cells/kg and a single apheresis was sufficient in 92% of the cases. In the Group B, 85% started leukapheresis on day 14, 88% collected $\geq 2.0 \times 10^6$ CD34+cells/kg which was achieved with a single apheresis in 82% of the cases; a higher proportion of the patients (63.6% versus 33.3%) required platelet transfusions. Both groups exhibited few adverse events and the time to neutrophil and platelet recovery was similar between groups.

Conclusion: Intermediate-dose cytarabine plus G-CSF mobilization is effective even for heavily pre-treated patients. The outpatient administration of G-CSF, the reliable prediction of the day to begin harvesting, the optimal CD34+ cell yield obtained with a single apheresis and the fewer occurrences of adverse events denoted the benefits of this regimen.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Autólogos**
Trabalho: 197

BUSSULFAN E CICLOSFOSFAMIDA (BUCY) COMO ESQUEMA DE CONDICIONAMENTO PARA TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) AUTÓLOGO EM LINFOMA: UM ESTUDO DE CASO CONTROLE

Ferreira FA^{1,2,3}, Colella MP¹, Aranha FJP^{1,2,3}, Duarte GC^{2,3}, Rodrigues MV^{2,3}, Junior JFCM^{1,2,3}, Vigorito AC^{1,2,3}

¹*Universidade Estadual de Campinas*

²*Hospital Vera Cruz de Campinas*

³*Hospital da Beneficência Portuguesa de Campinas*

Introdução : O TCTH autólogo pode ser uma alternativa para tratamento de linfomas mais refratários, em recidiva ou para consolidação. BEAM (Carmustina, Etoposide, Citarabina e Melfalan) é um dos esquemas mais usados para o procedimento. No entanto, outros esquemas podem ser usados, dentre eles BuCy. **Objetivos** : Comparar diversos aspectos clínicos entre BEAM e BuCy como condicionamento para transplante autólogo de linfoma. **Materiais e Métodos** : Avaliamos 50 pacientes num estudo de caso-controle (n=25 em cada grupo), com status pré e pós TCTH do linfoma, progressão e mortalidade após procedimento. As características populacionais, casos x controles: mediana de idade 49 x 50 anos (p = 0,992), sexo masculino:sexo feminino 11:14 x 9:16 (p = 0,773), 20 casos de Linfoma Não Hodgkin (LNH) e 5 casos de Doença de Hodgkin (DH) em cada grupo (p = 1,0), status pré de resposta completa (RC) 14 (56%) x 11 (44%), de resposta parcial 6 (24%) x 5 (20%), de progressão de doença (PD) 5 (20%) x 9 (36%) com p de status pré TCTH de 0,496. A relação CD34/kg relacionada a infusão de casos x controles: 3,68 x 7,86 (p = 0,003) **Resultados** : As características analisadas em casos x controles: mediana de pega de neutrófilos 11 x 10 (p = 0,003), mediana de pega de plaquetas 19 x 16 (p = 0,034), mediana de dias de internação hospitalar 20 x 16 (p = 0,132), mediana de concentrados de hemácias 2 x 3 (p = 0,068), mediana de concentrados de plaquetas 18 x 20 (p = 0,764), mediana do total de dias de mucosite grave 6 x 8 (p = 0,138), mediana do total de dias de nutrição parenteral 0 x 3 (p = 0,139), mediana de total de dias de antibioticoterapia sistêmica 9 x 10 (p = 0,771), mediana do total de dias de infecções bacterianas comprovadas microbiologicamente 9 x 10 (p = 1,0), mediana do total de dias de infecções fúngicas 0 x 5 (p = 0,052), toxicidades relacionadas a quimioterapia (pulmonar, cardíaca, neurológica, síndrome de oclusão sinusoidal, síndrome da pega, cistite hemorrágica) foram de 0 x 1 (p = 1,0) com status pós TCTH de RC de 13 x 17, RP de 5 x 1 e PD 5 x 5 (p = 0,369). SMD e LMA 1 x 1 (p = 0,601) e carcinomas sólidos (pulmão, mama, próstata) 0 x 1 (p = 0,479). A sobrevida global em casos x controles é de 72% x 68%, com mortalidade global em torno de 28% nos 2 grupos. Mediana de follow up dos pacientes vivos em casos x controles (em meses) foi de 28 x 150. **Discussão** : Nota-se que apesar do tempo de pega de plaquetas e de pega de neutrófilos ser menor no grupo controle, o tempo de internação hospitalar, o total de concentrados de hemácias e de plaquetas, de mucosite grave e de NPP e resposta a tratamento são semelhantes entre os 2 grupos, mas o tempo de follow up no grupo de casos é menor. **Conclusão**: Existem alguns condicionamentos disponíveis para realização de TCTH autólogo, com BuCy ser um esquema mais acessível, apesar de mais alto custo em alguns hospitais brasileiros.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 198

SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA DO HOSPITAL DAS CLÍNICA DAS
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU: A EXPERIÊNCIA DOS PRIMEIROS
TRANSPLANTES AUTÓLOGOS.

Faustino FG¹, Silva GF^{1,2}, Sabaini CS^{1,2}, Soares AV¹, Gomes DO¹, Golim MA¹, Oliveira GCM¹,
Alcarde CCO¹, Cantadori LO¹, Gaiolla RD¹

¹Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - HCFMB

²Hospital Amaral Carvalho - Jaú

Introdução e Objetivo: o Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) iniciou suas atividades em agosto de 2016, com a modalidade de transplante autólogo. O objetivo desse trabalho é relatar a experiência inicial com os 20 transplantes realizados até o momento. **Material e Métodos :** o Serviço de TMO tem dois leitos, em quartos individuais, locados na enfermaria de transplantes do HCFMB, com equipe de enfermagem especializada própria. As aférese são realizadas no Hemocentro do HCFMB com aparelho Spectra Optia e alvo de CD34 de $2,5 \times 10^6$ células/Kg. Os dados dos pacientes foram obtidos mediante a análise dos prontuários eletrônicos. **Resultados:** Entre agosto de 2016 e abril de 2018 foram realizados 20 transplantes autólogos. A idade mediana dos pacientes foi de 53 anos (20-68), sendo 11/20 pacientes do sexo masculino. Os diagnósticos foram assim distribuídos: 9/20 (45%) mieloma múltiplo (MM), 5/20 (25%) linfoma de Hodgkin (LH) e 6/20 (30%) linfomas não-Hodgkin (4 LNH difuso de grandes células B, 1 LNH de células do manto e 1 LNH T periférico). Todos os pacientes foram mobilizados com filgrastima (5mg/Kg 12/12 horas 5 dias) à exceção de dois: um mobilizado com quimioterapia DHAP + filgrastima e outro com filgrastima e perixaflor. A mediana de células CD34+ coletada por paciente foi $4,2 \times 10^6$ cél/Kg. O número médio de aférese por paciente foi de 1,4, sendo que 14/20 (70%) atingiram contagem-alvo de CD34 com uma aférese. Todos os pacientes com MM foram condicionados com protocolo MEL 200 enquanto para os pacientes com LNH e LH foram utilizados os protocolos BEAM, BEAC ou LACE, conforme a disponibilidade de carmustina, lomustina ou melfalano. O número médio de concentrado de hemácias transfundido por paciente foi de 3 e de aférese de plaquetas 1,8. Dezoito pacientes (90%) apresentaram febre e necessitaram uso de antibioticoterapia de amplo espectro e apenas um paciente, com sepse grave, precisou de cuidados de UTI. O tempo mediano para pega de neutrófilos foi de 11,5 dias (8-14) e para pega plaquetária de 12,5 dias (10-15). O tempo médio de internação foi 25 dias. Apenas um paciente com MM faleceu por progressão de doença 4 meses após o TMO, a despeito de ter atingido resposta parcial muito boa na avaliação do D+90. Um paciente com LH progrediu 2 meses após o TMO e encontra-se em tratamento quimioterápico de resgate. Os demais (18/20) estão vivos e sem sinais de doença ativa, com uma mediana de seguimento de 7,7 meses (1,8-19,2). No período analisado, 6 pacientes apresentaram falha de mobilização (6/26, 23%). **Discussão e Conclusão:** a avaliação dos transplantes realizados até o momento é positiva: os resultados obtidos nos processos de mobilização, coleta e TMO estão de acordo com os dados disponíveis na literatura, bem como as taxas de complicações, mortalidade precoce e falha de mobilização.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 199

ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS TRANSPLANTES AUTÓLOGOS DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS NO CENTRO DE TRATAMENTO DE CANCER DE BRASÍLIA- CETTRO.

Piazeria FZ¹, Vasconcelos RS¹, Silveira CAP¹, Carneiro MJ¹, Fonseca CM¹, Bastos FQ¹, Ribeiro CML¹, Profirio M¹, Nonino A¹, Vaz J¹

¹*CETTRO- CENTRO DE TRATAMENTO DE CANCER DE BRASÍLIA*

INTRODUÇÃO: o transplante de medula óssea autólogo (aTMO) está estabelecido como tratamento de doenças onco-hematológicas. Nos últimos anos, várias tecnologias foram incorporadas nesta modalidade terapêutica objetivando maiores quantidades de células CD34 mobilizadas, atualizações na profilaxia antimicrobiana e nas técnicas de criopreservação.

OBJETIVOS: Descrever a série histórica dos pacientes submetidos ao TMO autólogo em nosso serviço: características de coleta, criopreservação, condicionamento, complicações e desfechos da doença de base.

MATERIAIS E MÉTODOS: estudo retrospectivo observacional envolvendo todos os pacientes submetidos TMO autólogo deste serviço entre maio de 2000 até maio de 2017.

RESULTADOS: Foram transplantados 66 pacientes (60% do sexo masculino), com mediana de idade de 55 anos (17 a 68 anos). Mieloma múltiplo (55,7%), linfoma de Hodgkin (14,7%), Linfomas Não Hodgkin (16,39%), amiloidose primária (4,9%) foram as neoplasias onco-hematológicas mais frequentes. Os protocolos de tratamentos utilizados para controle da doença de base foram: bortezomibe, dexametasona e ciclofosfamida (após 2012) em 32 pacientes com MM e 14 pacientes utilizaram dexametasona e talidomida anterior a 2012. Dentre os regimes de condicionamento, utilizou-se para mieloma múltiplo e amiloidose primária Melfalano 140mg m2, protocolo BEAM para LH e LNH. Os regimes de mobilização utilizados foram ciclofosfamida e G-CSF (70,4%), Perixaflor (19,6%) e Etoposide (9,8%). A mediana de células CD34 coletadas foi de 4,05 x 10.6 kg (2,14 a 26,1), a mediana de coletas por aférese foi de 2 sessões (1 a 7), a mediana de viabilidade celular pré-congelamento foi de 98,78% (84 a 99) e pós-descongelamento 94,1% (81,7 a 99). A partir de 2011, todos os pacientes submetidos ao TMO (35 pacientes) utilizaram levofloxacina profilático após condicionamento. A mediana de pega medular completa (plaquetária e neutrofilica) foi de 11 dias (8 a 27 dias). Dentre as complicações imediatas mais prevalentes pós TMO foram: mucosites grau 1 (20%), mucosite grau 2 (68,6%), mucosite grau 3 (11,4%), colite neutropênica (4,91%), neutropenia febril (95,08%). A sobrevida global no D+100 após TMO autólogo foi de 100%. A partir do regime de condicionamento até D+100 após TMO autólogo, 91,33 % dos pacientes não necessitaram de reinternação.

CONCLUSÃO: A qualidade da célula tronco criopreservadas não apresentou sinais de perda da viabilidade acima de 10% entre o pré e o pós descongelamento. Os regimes de mobilização foram modificados agregando maiores contagens de CD34, menores sessões de aférese porém sem modificar a mediana de dias da recuperação medular. Observou-se uma reduzida taxa de complicações graves e nenhum óbito até D+100.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Autólogos**
Trabalho: 200

INFLUENCE OF PBSC CRYOPRESERVATION AT HIGHER NUCLEAR CELLS
CONCENTRATIONS ON THE HEMATOPOIETIC RECOVERY OF AUTOLOGOUS STEM CELL
TRANSPLANT PATIENTS

Callera F^{1,2}, Callera AF³, Rosa ES¹

¹*Centro de Hematologia do Vale*

²*Humanitas - Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos*

³*Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina - Departamento de Patologia*

Background. We evaluated the influence of cryopreservation at higher nuclear cells concentrations on the hematopoietic recovery of autologous stem cell transplant patients.

Study design and methods. From January 2016 to February 2018, 81 consecutive patients who underwent high-dose chemotherapy followed by autologous stem cell rescue were included in this study. The sample consisted of 48 patients with newly diagnosed multiple myeloma and 33 heavily pre-treated patients (13 Hodgkin's lymphoma, 7 non-Hodgkin's lymphoma, 7 MM, 4 germ cell tumor, 2 non-promyelocytic acute myeloid leukemia). Hematopoietic stem cells were mobilized with cytarabine (0.4g/m² twice daily for two consecutive days) plus G-CSF. Peripheral blood stem cells (PBSC) were collected with the intermittent-flow blood cell separator Haemonetics MCS+ 9000E (Haemonetics Corporation, Massachusetts, USA). The product bag was then centrifuged at 3000 rpm for 5 minutes at 4°C and the supernatant was extracted to yield a final volume of 50 mL resulting in high nuclear cell concentrations. PBSC were cryopreserved without controlled-rate freezing in 10% dimethylsulfoxide (DMSO) and stored at -84°C. Additionally, 2mL of the final solution were cryopreserved separately and analyzed with regard to the percentage of viable cells and colony-forming units-granulocytes-monocytes (CFU-GM) progenitors after 3, 6, 12, 18 and 24 months of storage.

Results. The median of the nuclear cells concentration at freezing was 390.1x10⁶/mL (range, 65.3-773.9). In samples cryopreserved for 3, 6, 12, 18 and 24 months the medians of the nuclear cells viability were 88%, 87%, 87%, 85% and 83% and the medians of CFU-GM recovery were 55%, 54%, 51%, 49% and 47%, respectively. The median time to neutrophil >0.5x10⁹/L was 11 days (range, 9-14) and to platelets >20x10⁹/L was 12 days (range, 10-18).

Conclusion. Cryopreservation of PBSC at higher nuclear cells concentration did not affect the hematopoietic recovery of autologous stem cell transplant patients.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 201

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE EM PACIENTE COM LINFOMA NÃO-HODGKIN PÓS TCTH AUTÓLOGO

Leitão JPV¹, Lemes RPG¹, Barbosa MC¹, Araújo BSGSP¹, Barroso KSN¹, Kaufman J¹, Santos TEJD¹, Moura ATG¹, Barreto ARF¹, Duarte FB¹

¹*Hospital Universitário Walter Cantídio*

INTRODUÇÃO: A encefalopatia de Wernicke (EW) é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda causada por deficiência de tiamina e está associada a uma morbidade e mortalidade significativas. É caracterizada por estado mental alterado, bem como anormalidades oculares, de marcha e de equilíbrio, que raramente se desenvolve em pacientes submetidos a TCTH autólogo. **Objetivo:** relatar um caso de encefalopatia de Wernicke no pós transplante autólogo precoce. **Material e Método:** trata-se de trabalho descritivo, observacional, após revisão de prontuário. **Resultado:** Paciente do sexo feminino, 36 anos, sem história de alcoolismo, diagnosticada com um linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B difusas (EIIIBx), submetida a TCTH autólogo, com condicionamento BEAC (BCNU, etoposídeo, citarabina, ciclofosfamida), no D+2, apresentou febre, dor abdominal e vômitos. Evoluiu com piora do estado geral, hipotensão e distensão abdominal, necessitando de cuidados intensivos. No D+4, uma grande quantidade de resíduo gástrico foi observada após a intubação nasogástrica, evoluindo com persistência do quadro abdominal nos dias subsequentes. A NPT foi introduzida em D+7, ainda em vigência de eliminação de grandes quantidades de resíduo gástrico diariamente. No D+22, o desmame da NPT foi realizado e houve melhora da condição abdominal. A enxertia neutrofílica ocorreu no D+23, quando vinha desenvolvendo progressivamente apatia, sonolência com flutuação sensorial, dificuldade na deambulação e nistagmo horizontal. O eletroencefalograma não apresentou achados específicos, assim como o estudo do líquido. A ressonância magnética do encéfalo mostrou aumento do sinal nas seqüências de recuperação de inversão de fluido atenuado (FLAIR) em torno do aqueduto silvestre e nas partes mediais do tálamo e dos corpos mamilares, achados típicos de EW. A reposição de tiamina foi iniciada, com rápida melhora no nível de consciência e do nistagmo, persistindo com desorientação temporal / espacial e amnésia recente. Após a alta, paciente evoluiu com melhora progressiva da desorientação e amnésia, e total recuperação dos sintomas neurológicos. **DISCUSSÃO:** Relatos de casos de EW na literatura associados ao TCTH são pouco descritos. Entre os fatores de risco, está a NPT prolongada, uma vez que esta última é deficiente em tiamina. Neste cenário, há necessidade maiores quantidades de tiamina para metabolizar a ingestão de carboidratos. No caso em questão, a ocorrência da EW está associada ao uso de Nutrição Parenteral Total prolongada (NPT), associada vômitos prolongados e desnutrição. **CONCLUSÃO:** EW deve ser considerada em pacientes com sintomas neurológicos submetidos ao TCTH autólogo associado ao uso prolongado de NPT e desnutrição. **Palavras-chave:** encefalopatia de Wernicke, deficiência de tiamina, Linfoma não Hodgkin, transplante autólogo.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 202

ANÁLISE COMPARATIVA DO USO DE FATOR ESTIMULANTE DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS (G-CSF) ASSOCIADO A QUIMIOTERAPIA VERSUS PERIXAFLOL COMO MOBILIZAÇÃO NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH).

Piazera FZ¹, Vasconcelos RS¹, Silveira CAP¹, Bastos FQ¹, Miranda CF¹, Carneiro MJ¹, Ribeiro CML¹, Profiro M¹, Nonino A¹, Vaz J¹

¹CENTRO DE TRATAMENTO DE CANCER DE BRASÍLIA

INTRODUÇÃO: As células tronco hematopoéticas periféricas têm sido amplamente utilizadas como fonte para TCTH autólogos. O uso de G-CSF com quimioterapia associada aumenta o número de células progenitoras hematopoéticas circulantes, não havendo consenso sobre o melhor esquema a ser utilizado para mobilização. O uso do perixaflor para os pacientes pouco mobilizadores trouxe uma opção segura e eficaz para otimização das coletas de aférese, porém com custo elevado. Assim, avaliação da eficácia se torna fundamental para a incorporação do perixaflor na rotina de um serviço de TCTH.

OBJETIVOS: Avaliar a mobilização de pacientes para TCTH autólogos utilizando G-CSF associado a quimioterapia (G-CSF e QT sendo QT= ciclofosfamida) versus perixaflor em uma série histórica.

MATERIAL DE MÉTODOS: Avaliação retrospectiva de 66 pacientes mobilizados para TCTH autólogos com G-CSF associado quimioterapia versus perixaflor (utilizado em primeira mobilização) quanto número de coletas por aférese, celularidade células CD34 positivas, viabilidade celular, data da pega medular. Análise estatística foi realizada por PRISM®, com teste de Mann-Whitney para dados não paramétrico, com $p < 0.05$.

RESULTADOS: Foram realizados protocolo de mobilização em 66 pacientes (60% do sexo masculino), com mediana de idade de 55 anos (17 a 68 anos). Mieloma múltiplo (55,7%), linfoma de Hodgkin (14,7%), Linfomas Não Hodgkin (16,39%), amiloidose primária (4,9%) foram as neoplasias onco-hematológicas mais frequentes. Não houve diferença estatística entre os grupos G-CSF e QT versus perixaflor no que se refere idade, sexo, tipo de doença e QT prévias. O grupo do perixaflor apresentou melhores contagens de células CD34 positivas quando comparado G-CSF e QT (mediana de $6,2$ versus $3,8 \times 10^6$, $p < 0.004$), menor sessões de coletas por aférese (mediana de 2 versus 4, $p < 0.0002$) e melhores taxas de viabilidade celular (98 versus 95%, $p < 0.0034$). A taxa da pega medular foi de 10 dias para grupo do perixaflor versus 15,05 dias para grupo do G-CSF e QT, $p < 0,0055$.

CONCLUSÃO: Nossos resultados demonstram que a mobilização com perixaflor demonstrou dados superiores com significância estatística em relação número de coletas de aférese, viabilidade celular, número de células tronco CD34 positivas coletadas e taxas de pega medular mais precoces quando comparado ao esquema de G-CSF+QT. O uso em primeira mobilização do perixaflor deve ser encorajado e incorporado na rotina diminuindo o número de sessões de aférese, melhor viabilidade celular, quantidade de células CD34+ e precoce taxa de recuperação medular consequentemente diminuindo custos hospitalares e taxas de complicações infecciosas.

Palavras chaves: mobilização, transplante autólogo

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 203

SEGUNDO TRANSPLANTE AUTÓLOGO COMO TRATAMENTO DE PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO RECIDIVADO

Filho LJSM¹, Bucci KB¹, Rogerio DB¹, Stanzione RL¹, Rocha JDA¹, Américo AD¹, Teixeira LLC¹, Kerbauy MN¹, Ribeiro AAF¹, Hamerschlak N¹

¹*Hospital Israelita Albert Einstein*

Introdução: Mieloma Múltiplo (MM) é a indicação mais frequente de transplante autólogo de células progenitoras hematopoéticas (TMOA), no entanto, a grande maioria destes pacientes recaem após o transplante. Definir as estratégias de tratamento no mieloma recidivado é fundamental para obter longa sobrevida destes pacientes. **Objetivo:** avaliar a resposta clínica de pacientes submetidos a um segundo transplante para MM recidivado. **Material e Métodos:** avaliamos 19 pacientes, com mediana de idade de 64 anos, transplantados de janeiro de 2011 a setembro de 2017 em um único hospital em SP. O seguimento mediano foi 31,1 meses. **Resultados:** O tempo mediano entre o primeiro e o segundo TMOA foi de 74,9 meses. Cerca de 94% dos pacientes realizaram o segundo TMOA após 2 anos do primeiro transplante. Ainda 21% estava em remissão completa, 63% em remissão parcial e 5% encontravam-se com Remissão parcial muito boa (VGPR) antes do segundo TMOA. O condicionamento foi Melfalano 140 em 21% dos casos. A mediana de enxertia neutrofílica foi de 11 dias e plaquetária de 12 dias. **Discussão:** O MM é uma doença com alta chance de recaída após a realização de TMOA. A possibilidade de um segundo TMOA nesse contexto demonstra uma opção de consolidação e melhora da sobrevida global desses pacientes. O status de remissão pré-TMOA também demonstrou ser uma fator importante na sobrevida. **Conclusão:** A experiência na realização de segundo TMOA para MM recidivado em uma instituição brasileira demonstrou evolução concordante com a literatura. Além disso, observa-se a relação entre a resposta prévia ao transplante na sobrevida desses pacientes, com influência positiva para os casos com resposta completa antes de serem submetidos ao TMOA.

Área: **Transplante Adulto**
Sub-tópico: **Autólogos**
Trabalho: 204

PERFIL DAS CONTRA-INDICAÇÕES DOS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA
TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS AUTÓLOGO NA
UCTC-HCFMUSP

Cosenza PM¹, Santos JTD¹, Rossetti RAM¹, Farias MC¹, Schmidt-Filho J¹, Rocha V¹

¹*Unidade Clínica de Terapia Celular do Departamento de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da USP*

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoiéticas autólogo (ATMO) é uma estratégia terapêutica importante para diversas doenças onco-hematológicas. O perfil epidemiológico dos pacientes encaminhados às unidades transplantadoras e os fatores que impedem a realização do transplante são pouco estudados. **Objetivos:** Descrever os motivos de contraindicação ao ATMO dos pacientes encaminhados para a Unidade Clínica de Terapia Celular do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (UCTC-HCFMUSP) no ano de 2017. **Metodologia:** O estudo foi desenvolvido através de uma base de dados retrospectiva dos pacientes encaminhados ao serviço no ano de 2017. Essa base contempla variáveis relacionadas aos dados demográficos, à doença de base e informações do fluxo de atendimento no serviço. A coleta e armazenamento dos dados foi realizada no *software* REDCap. Para a análise dos dados, foram descritas medidas de tendência central, além de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Em 2017, foram encaminhados 154 pacientes ao serviço da UCTC-HCFMUSP para realização de ATMO. Destes, 32 pacientes ainda estão em avaliação e quatro não foram incluídos na base por carência de dados, portanto, a nossa análise incluiu 118 pacientes, sendo 64 pacientes (54,2%) com o diagnóstico de Mieloma Múltiplo e 47 (39,8%) com o diagnóstico de Linfoma. Dos pacientes analisados, 57 pacientes (48,3%) foram contrarreferenciados ao serviço de origem antes da realização do ATMO. Avaliando os motivos das recusas, observamos que o ATMO foi contraindicado por progressão ou refratariedade da doença de base após o encaminhamento em 40,4% dos casos, seguida da contraindicação pela equipe médica ao ATMO em 17,2%, sendo considerados nestes casos aspectos como comorbidades e performance-status. Outras razões que impediram a realização do ATMO foram: complicações clínicas (10,5%), falha de mobilização (8,6%), recusa do paciente (8,6%), questão social (5,3%), perda de seguimento (5,3%), óbito não relacionado à doença (1,8%) e transplante em outro serviço (1,8%). **Discussão:** O ATMO foi contraindicado em aproximadamente metade dos casos encaminhados para avaliação, sendo a progressão de doença ou refratariedade, o principal fator para contrarreferenciar os pacientes ao serviço de origem. Tal fator é relacionado ao comportamento biológico das doenças de base, mas é possível que fatores como o encaminhamento tardio, o tempo para realização dos exames de avaliação pré-transplante e a espera na fila de internação, todos fatores passíveis de intervenção, possam ter contribuído para a não realização do ATMO nos pacientes que preencheram os critérios de resposta à última linha de tratamento, mas que apresentaram progressão da doença durante a fase do pré-transplante. **Conclusão:** A criação de uma base de dados com informações do fluxo de encaminhamentos e avaliação pré-transplante auxilia na identificação desses fatores e o seu contínuo desenvolvimento poderá estabelecer áreas de intervenção ativa para garantir que o ATMO beneficie o máximo de pacientes com indicação adequada.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 205

ANÁLISE CLÍNICA DA MOBILIZAÇÃO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS PARA TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM UM CENTRO BRASILEIRO

Yamaguchi MAZ¹, Rayol SAMMC¹, Atanázio MJ¹, Rossetti RAM¹, Schmidt-Filho J¹, Mariano LCB¹, Rocha V¹

¹*Serviço de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

Introdução: O transplante de células tronco hematopoiéticas autólogo representa importante etapa na terapia padrão de diversas doenças. Para seu emprego bem sucedido, a obtenção adequada de células progenitoras hematopoiéticas é essencial. Novos protocolos de mobilização têm sido utilizados para otimizar o processo. No entanto, frente ao aumento dos custos, a racionalização do uso, com individualização da estratégia empregada, se faz essencial no contexto de escassez de recursos. **Objetivos:** Determinar a taxa de falha de mobilização, identificar seus fatores de risco e comparar a incidência de complicações entre os esquemas de mobilização utilizados. **Material e Métodos:** Coorte retrospectiva envolvendo pacientes submetidos ao primeiro protocolo de mobilização para TCTH autólogo no HC/FMUSP entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016. **Resultados:** Foram avaliados 183 pacientes, sendo 54% com mieloma múltiplo, 22% linfoma não-Hodgkin, 19% linfoma de Hodgkin, 4% tumor de células germinativas e 1% outros diagnósticos. No grupo G-CSF foram avaliados 91 pacientes e no grupo quimimobilização (CM), 92. A taxa global de falha de mobilização foi de 11%, sendo semelhante entre os grupos ($p=0,82$). Foram identificados como fatores independentes associados à falha: índice de comorbidades de Charlson ≥ 3 (OR 3,5, IC95% 1,16-10,43 $p=0,026$) e leucometria pré-mobilização $\geq 4,530$ céls/mm³ (OR 0,13, IC95% 0,04-0,39 $p=0,0004$). Houve complicações em 39% dos casos, sendo 13,2% no grupo G-CSF e 64,1% no grupo CM ($p<0,001$). Quanto ao tipo de complicação (infecciosa ou não infecciosa), houve diferença significativa entre os grupos (9,9% vs 42,4% e 3,3% vs 37% respectivamente, $p<0,001$). No grupo G-CSF 1 paciente (1,1%) foi internado por complicações. No grupo CM foram 12 (13%). O número de aféreses foi menor no grupo CM ($p=0,047$). O impacto em enxertia não diferiu entre os grupos. **Discussão:** A taxa de falha encontrada é compatível com a literatura. Em nosso centro, tal taxa apresenta-se particularmente baixa no grupo G-CSF, possivelmente devido a viés de seleção, pois a escolha do protocolo é feita a partir do uso de critérios de predição de falha. Sendo assim, na tentativa de racionalizar recursos e agilizar o processo, pacientes de maior risco são alocados para o grupo CM. Apesar da estratégia atingir seu objetivo de redução da taxa de falha, ela implica no aumento da incidência de complicações e internações, por vezes neutralizando seu impacto positivo nos custos finais do processo. Frente ao surgimento de novas drogas, se faz necessário repensar essa estratégia através de estudos de eficácia, segurança e custo que comparem os diferentes esquemas de mobilização no nosso meio. **Conclusão:** O conhecimento da taxa de falha de mobilização e da incidência de complicações é fundamental para estabelecer novas estratégias que otimizem o processo sem, entretanto, impactar negativamente nos custos ou na qualidade de vida dos pacientes.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 206

ANÁLISE COMPARATIVA DO USO DE CONDICIONAMENTO BEAM E CBV PARA A REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM PACIENTES COM LINFOMA EM UM CENTRO BRASILEIRO

Rayol SAMMC¹, Yamaguchi MAZ¹, Atanázio MJ¹, Mariano LCB¹, Rossetti RAM¹, Schmidt-Filho J¹, Rocha V¹

¹*Serviço de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

Introdução: O uso de quimioterapia com doses mieloablativas seguida de resgate com transplante de células tronco hematopoiéticas autólogas é considerado tratamento padrão para diversos tipos de linfomas após o tratamento de primeira ou segunda linha. Há poucos estudos comparativos entre os possíveis regimes de condicionamento, sendo esta escolha, muitas vezes, baseada na disponibilidade das drogas no centro transplantador. Em nosso centro são utilizados, principalmente, os protocolos CBV e BEAM, sendo realizada uma análise crítica na escolha do condicionamento, devido a necessidade de reservar o melfalano para condicionamentos de paciente com Mieloma Múltiplo. **Objetivos:** Dentro do contexto apresentado, faz-se necessária uma análise comparativa entre os dois protocolos de condicionamento utilizados em nosso centro, avaliando se os protocolos apresentam diferente impacto na toxicidade pós condicionamento e no desfecho da doença. **Material e Métodos:** Coorte retrospectiva envolvendo pacientes submetidos a primeiro TCTH autólogo no HCFMUSP com condicionamento BEAM ou CBV entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016. **Resultados:** Foram analisados 56 pacientes (39 pacientes realizaram BEAM e 17 pacientes realizaram CBV), sem diferença estatística entre tipo de linfoma, gêneros e a mediana de idade. Foram avaliadas as toxicidades renal, hepática, cardiovascular, trato gastro intestinal e mucosite oral, segundo escala de toxicidade do CTCAE (v 4.0). Apenas foi encontrada diferença entre os protocolos avaliados quanto a toxicidade no trato gastro intestinal, avaliando-se a ocorrência de diarreia, sendo superior nos pacientes que realizaram o BEAM como protocolo de condicionamento (77% vs 41%, p=0,014). Os grupos avaliados não tiveram diferença quanto o desfecho de sobrevida livre de doença, sendo a taxa de recaída da doença em torno de 23% em ambos os grupos. Devido ao baixo número de pacientes avaliados e o pequeno tempo de seguimento dos pacientes não foi possível concluir se há diferença na sobrevida global entre os regimes de condicionamento, entretanto o grupo que realizou BEAM teve 8 óbitos, enquanto o grupo CBV não apresentou óbito no período avaliado. A sobrevida global estimada em 18 meses for de 87% nos pacientes que receberam BEAM e 100% para os pacientes que receberam CBV. As complicações infecciosas também foram avaliadas, e novamente não se encontrou diferença entre os protocolos de condicionamento em questão. **Conclusão:** Nossos dados demonstram que não houve diferença na toxicidade e na sobrevida global entre os dois regimes de condicionamento, sendo possível realizar a escolha do protocolo a ser utilizado de acordo com a disponibilidade dos medicamentos no centro transplantador.

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 207

AVALIAÇÃO DA REGENERAÇÃO DAS CÉLULAS B POR CITOMETRIA DE FLUXO DE ALTA SENSIBILIDADE DURANTE O TRATAMENTO EM PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO

Pontes RM¹, Flores-Montero J², Sanoja-Flores L², Puig N³, Magalhães RJP⁴, Salgado ABS⁴, Maiolino A⁴, Costa ES⁵, Van-Dongen JJ⁶, Orfao A²

¹*Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)*

²*Centro del Investigación de Cáncer (IBMCC-CSIC/USAL-IBSAL); Servicio de Citometria (NUCLEUS) e Departamento de Medicina, Universidad de Salamanca (USAL)*

³*Departamento de Hematologia, Hospital Universitario de Salamanca (HUSAL), Universidad de Salamanca (USAL)*

⁴*Serviço de Hematologia Clínica, Faculdade de Medicina, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil*

⁵*Serviço de Citometria, Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG), Faculdade de Medicina, UFRJ*

⁶*Department of Immunohematology and Blood Transfusion, Leiden University Medical Center*

Introdução: Diversos estudos vêm mostrando o papel do sistema imune no desenvolvimento do mieloma múltiplo (MM), entretanto não há descrição do padrão de regeneração de células B durante o seu tratamento. Por isso, nosso objetivo foi avaliar o padrão de regeneração de células B em amostras de medula óssea (MO) de pacientes com MM, em diferentes etapas do tratamento, no momento da detecção da DRM por CFM de alta sensibilidade - *Next Generation Flow (NGF)*. **Materiais e Métodos:** 190 amostras de MO de pacientes com MM (55% homens e 45% mulheres; idade mediana de 65 anos - 37 a 87 anos, das quais: 16 ao diagnóstico, 30 pós-indução, 76 D+100, 59 manutenção/consolidação e 9 fora de tratamento, e 8 MO de doadores saudáveis (≥ 50 anos). No momento tratamento D+100 foram incluídas amostras de dois centros de pesquisa: USAL (n=64) e UFRJ (n=12). Os regimes de indução estavam compostos por protocolos triplos (IP+IMiDs+Esteroides), seguidos de transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas, enquanto aos pacientes em manutenção/consolidação seguiram esquemas de tratamento com ≥ 2 linhas. Todas as amostras de MO foram submetidas a lise eritrocitária em massa com solução de NH_4Cl (Bulk Lysis) para a aquisição de $\geq 10^7$ de células e marcadas com uma combinação de 10 anticorpos - *Painel EuroFlow MM DRM*. **Resultados:** Das 174 amostras, 36% apresentaram DRM- e 64% DRM+. Sendo que 50% dos pacientes em CR/sCR apresentavam DRM+. No diagnóstico, os pacientes apresentam uma redução significativa dos precursores B e dos plasmócitos normais, em relação aos doadores saudáveis. No momento pós-indução, existia um incremento dos precursores B, em relação aos pacientes com MM sintomático ao diagnóstico, associado a uma redução de células B maduras (transicionais/naive e memória), independentemente do *status* de DRM; com respeito ao compartimento de plasmócitos normais, observou-se uma redução, em relação aos doadores saudáveis, independente do *status* de DRM. Por outro lado, no D+100, independentemente do *status* de DRM, existia uma recuperação medular pós-tratamento, com incremento dos precursores B e de células transicionais/naive, em contraste, com uma redução das células B de memória. No momento fora de tratamento, a recuperação imune não é suficiente para atingir os níveis de um indivíduo saudável. **Discussão:** A diminuição dos precursores B e plasmócitos normais que encontramos ao diagnóstico provavelmente é reflexo da ocupação dos seus sítios de ligação por plasmócitos clonais. Durante o tratamento, a redução da carga tumoral deixa livre esses sítios para os precursores B, que rapidamente se recuperam. No entanto, a citorredução leva a uma drástica diminuição das células B maduras e a regeneração dos precursores até células B maduras é mais lenta. No D+100

pós-transplante, a recuperação dos precursores B e células B transitórias/naive é mais intensa, mas não as células de memória. Este estudo pode constituir um ponto de partida para explorar a importância das células B do microambiente medular no MM. **Conclusão:** A citometria *NGF* emerge como uma excelente ferramenta para avaliar a regeneração de células B residuais/normais na MO, em paralelo com a detecção da DRM em pacientes com MM pós tratamento.

Palavras chave : monitorização do sistema imune, doença residual mínima, citometria de fluxo

Financiadores : IMF, CAPES, CNPq, FAPERJ

Área: **Transplante Adulto**

Sub-tópico: **Autólogos**

Trabalho: 208

PESQUISA DE DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA POR CITOMETRIA DE FLUXO
MULTIPARAMÉTRICA DE NOVA GERAÇÃO (NGF) EM PACIENTES COM MIELOMA
MÚLTIPLO APÓS O TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO
HEMATOPOIÉTICAS

Salgado ABDS¹, Pontes RM², Pimenta GS³, Dutra HDS⁴, Magalhães RJP³, Costa ES⁵, Maiolino A¹

¹*Serviço de Hematologia Clínica, Faculdade de Medicina, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).*

²*Faculdade de Medicina e Serviço de Citometria (IPPMG), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)*

³*Serviço de Hematologia Clínica, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)*

⁴*Instituto de Ciências Biomédicas, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)*

⁵*Departamento de pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)*

Introdução: Devido ao surgimento de novas estratégias terapêuticas para o mieloma múltiplo (MM), como o transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas (TACTH), inibidores de proteassoma e imunomoduladores, o prognóstico desta doença vem melhorando significativamente. Sendo assim, fazem-se necessárias técnicas mais sensíveis para avaliar a doença residual mínima (DRM) em pacientes que tiveram alta qualidade de resposta durante o tratamento. **Objetivo:** implantar e avaliar a DRM por citometria de fluxo multiparamétrica de nova geração (NGF) em pacientes com MM no D+100 pós TACTH na medula óssea (MO) e comparar com as técnicas convencionais de quantificação de proteína monoclonal (Ptn-M) no soro. **Metodologia:** Até o momento foram incluídos no estudo 23 pacientes com diagnóstico de MM submetidos ao TACTH no HUCFF/UFRJ entre 11/2016 a 01/2018, com as seguintes características: 14 F e 9 M, média de idade de 59 anos (41 - 71), indução com CTD n= 8 ou VCD n= 15. Foram utilizados os critérios convencionais de resposta ao tratamento, adicionados à resposta imunofenotípica, que inclui os pacientes que alcançaram a remissão completa adicionado aos estudos de NGF. Todas as amostras de MO foram coletadas no D+100 pós TACTH, e submetidas à lise celular em massa (bulk lysis) e marcadas com o painel EuroFlow MM-DRM em uma combinação de 10 anticorpos otimizados em 2 tubos de 8 cores. Foram adquiridas 10^7 células para cada tubo de MO utilizando o equipamento BD FACS Canto II. Os dados foram analisados utilizando o software Infinicyt (versão 2.0, Cytognos SL, Salamanca, Espanha). **Resultados:** Das 23 amostras de MO avaliadas, 10 estavam em remissão completa estrita (RCE), 6 em remissão completa (RC), 5 em remissão parcial muito boa (RPMB) e 2 em resposta parcial (RP). O resultado encontrado na avaliação da DRM por NGF na MO foi de 14 DRM positivas (61%) e apenas 9 DRM negativas (39%). Dentre os pacientes com DRM positiva, 5 pacientes estavam RCE, 3 em RC, 4 paciente em RPMB e 2 pacientes estavam em RP. A sensibilidade de detecção DRM alcançada foi de 10^{-6} células. **Discussão:** Diversos estudos comprovaram a importância da investigação da DRM por Citometria de Fluxo, uma vez que indivíduos que alcançam a DRM negativa apresentam maior sobrevida livre de progressão e sobrevida global, independente do tratamento recebido. Contudo, essa prática não está validada para uso clínico. No nosso estudo 50% dos pacientes previamente classificados como RC e RCE ainda apresentavam infiltração medular em pequenas quantidades 100 dias após o TACTH não detectável por outras técnicas. **Conclusão:** Essa é uma análise preliminar e a primeira descrição de DRM por NGF em instituições brasileiras. Em nosso serviço foi possível implantar com sucesso a detecção de DRM com alta sensibilidade. Para compreensão do significado clínico da DRM em baixos níveis encontrada em parte dos pacientes de nosso estudo, será necessário o aumento da casuística e o tempo de acompanhamento.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 209

NEUROBLASTOMA AVANÇADO: PAPEL DO TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM CRIANÇAS
COM NEUROBLASTOS CITODIFERENCIADOS EM MEDULA ÓSSEA NO FINAL DO
TRATAMENTO DE INDUÇÃO

Jacob MBA¹, Alves MTS¹, Zecchin VG¹, Mendona AC¹, Guimarães RFC¹, Junior VCAF¹, Monteiro C¹, Ibanez ASS¹, Felix OMWO¹, Caran EMM¹

¹*Instituto de oncologia pediátrica - IOP - GRAACC - UNIFESP*

Introdução : O neuroblastoma (NB) de alto risco compromete principalmente medula óssea e tem prognóstico sombrio. A terapia mieloablativa seguida de transplante autólogo (TMO) aumenta a sobrevida livre de doença. Classicamente, a oportunidade de realizar o TMO fica restrita aos casos com medula sem células neoplásicas, inclusive as citodiferenciadas, ao final da indução. Contudo, a presença de neuroblastos diferenciados na medula seria realmente fator impeditivo da coleta de células tronco periféricas? **Objetivo** : Avaliar a sobrevida dos pacientes com NB que realizaram TMO, com ênfase nos casos com neuroblastos citodiferenciados na medula óssea previamente a leucoaférese. **Método** : Estudo descritivo com recorte retrospectivo dos prontuários médicos, dos exames anatomopatológicos de biopsias de medula óssea e Ficoll no produto de leucoaférese dos pacientes com NB submetidos TMO. **Resultado** : 23 pacientes com NB apresentaram comprometimento medular ao diagnóstico, desses 6 possuíam células citodiferenciadas no exame anatomopatológico e Ficoll negativa pré-TMO. A recaída nesses pacientes foi 50% comparada aos pacientes sem células citodiferenciadas (23%) porém sem significância estatística. Observou maior recrudescência da doença em casos com dificuldade em atingir remissão e pacientes que não utilizaram melfalano. **Discussão** : A diferenciação das células malignas na medula óssea após ciclos de quimioterapia, já é bem descrita, sendo controverso sua influência no prognóstico. Apesar da leucoaférese classicamente ser realizada apenas quando não se observa metástase em medula óssea, isso nem sempre é factível. Apenas cerca de 15% dos pacientes com NB atinge reposta completa ou muito boa resposta. Assim, a inclusão de pacientes com células de NB maduras na medula para realizarem TMO, pode aumentar a parcela de casos beneficiados, consideramos que essas células perderam a capacidade de dar metástases, não impedindo assim, a leucoaférese. Em razão do pequeno número de pacientes é difícil determinar fatores de risco para recidivas. O protocolo mieloablativo parece ter influenciado. Classicamente o melfalano é a quimioterapia utilizada, associado ou não a outras drogas, porém como houve desabastecimento no Brasil em 2016, utilizou-se em 3 pacientes protocolo utilizando carboplatina, etoposido e ciclofosfamida e 2 deles recaíram. Outro fator que parece ter influenciado na recidiva foi a dificuldade em atingir a remissão sendo alterado protocolo, o que ocorreu em 57,1% dos casos que recaíram. **Conclusão** : Considerando a baixa mortalidade relacionada ao TMO a possibilidade dessa terapia beneficiar pacientes com células diferenciadas na medula, mesmo que em menor grau, encoraja novos estudos para conclusões definitivas.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 210

RESULTADOS DO TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM CRIANÇAS PORTADORAS DE NEUROBLASTOMA DE ALTO RISCO

Zecchin VG¹, Mendona AC¹, Guimarães RFC¹, Junior VCAF¹, Caran EMM¹, Ibanez ASS¹, Monteiro C¹, Felix OMWO¹, Souza FMLDNS¹, Alves ACL¹

¹*Instituto de Oncologia Pediátrica - IOP - GRAACC - UNIFESP*

Introdução : O neuroblastoma (NB) de alto risco apresenta taxas de sobrevida global inferiores a 20% quando tratado somente com quimioterapia convencional. A quimioterapia de altas doses seguida de resgate com células-tronco hematopoiéticas autólogas (TCTH) aumenta a sobrevida livre de doença (SLD) nestes casos. Entretanto, são inúmeras variáveis que interferem na sobrevida global (SG). **Objetivo** : Avaliar a sobrevida global dos pacientes com NB que realizaram TCTH, e tentar identificar fatores que possam impactar positivamente a sobrevida global. **Método**: Foi realizado estudo de coorte retrospectivo de pacientes submetidos ao TCTH autólogo para tratamento de NB de alto risco (estadio 4 e/ou histologia desfavorável e/ou amplificação de N-MYC), no período de outubro de 1999 a abril de 2018. **Resultado** : 72 pacientes com NB (34 do sexo feminino) com mediana de idade de 5,8 anos (1,6 a 21 anos) foram seguidos por uma mediana de 729 dias (16 a 6713 dias). Sessenta e cinco possuíam NB estadio 4, e 7 estadio 3 alto risco. Trinta e quatro pacientes estavam em primeira remissão completa (RC), 10 em segunda RC, 21 em primeira remissão parcial (RP), 4 em segunda RP, um em terceira RP e dois com doença progressiva (DP). Condicionamento com Bussulfano e Melfalano (BuMel) foi utilizado em 44 pacientes; 24 receberam Carboplatina, Etoposide e Melfalano (CEM); e quatro receberam Carboplatina, Ciclofosfamida e Etoposide. Cinquenta e dois pacientes foram submetidos a radioterapia, 14 não receberam radioterapia e em seis casos não se obteve a informação. **Discussão** : A SG para todo o grupo foi de 58%. Pacientes transplantados em primeira remissão (RC ou RP) tiveram SG de 65%, contra 40% daqueles transplantados a partir de segunda RC ou RP. Os dois pacientes transplantados com DP foram a óbito pela evolução da neoplasia. Recidiva foi a causa de óbito em 79% dos pacientes transplantados em primeira remissão e em 100% dos óbitos dos pacientes transplantados a partir de segunda remissão. A SG entre os pacientes tratados com BuMel foi de 70,4%, contra 33% dos pacientes que receberam CEM. A SG entre os pacientes submetidos a radioterapia (pré ou pós TCTH) foi de 61,5% (52/66), contra 57% dos não irradiados (14/66); em seis casos não foi possível recuperar informações sobre a radioterapia. A mortalidade associada ao transplante foi de 5%. **Conclusão** : Considerando a baixa mortalidade relacionada ao TCTH e a melhora na SG de todo o grupo, o TCTH autólogo é um tratamento eficaz para o tratamento do NB de alto risco. Como já documentado em literatura, há clara vantagem do condicionamento BuMel sobre o CEM, bem como melhor SG nos pacientes submetidos ao TCTH em primeira remissão. Nesta coorte não foi possível identificar superioridade significativa da SG nos pacientes submetidos a radioterapia, possivelmente pelo pequeno número de pacientes e pela distribuição desigual dos grupos por se tratar de estudo retrospectivo.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 211

ESTUDO DO IMPACTO PROGNÓSTICO DO PADRÃO CROMOSSÔMICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SÍNDROME MIELODISPLÁSICA TRATADOS COM TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS ALOGÊNICO

Kós EAA¹, Lovatel VL¹, Rodrigues EF¹, Otero L¹, Tavares RC¹, Fernandez CS², Abdelhay E¹, Fernandez TS¹

¹*Instituto Nacional de Câncer (INCA)*

²*Universidade Federal Fluminense (UFF)*

INTRODUÇÃO: A síndrome mielodisplásica (SMD) compreende um conjunto heterogêneo de doenças de origem clonal de célula-tronco hematopoética caracterizada por uma hematopoese ineficaz, displasias na medula óssea, citopenias no sangue periférico e risco aumentado de evolução para leucemia mieloide aguda (LMA). A SMD é uma doença rara na infância. O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) alogênico tem sido indicado como o principal tratamento para pacientes pediátricos com SMD. A citogenética é uma importante “ferramenta” para o diagnóstico e prognóstico desse grupo de pacientes. Entretanto, uma revisão da literatura mostra que, até o momento, são poucos os estudos baseados no padrão cromossômico em pacientes pediátricos com SMD tratados com o TCTH alogênico. **OBJETIVOS:** Analisar o impacto do padrão cromossômico, através da citogenética convencional e molecular (FISH), em pacientes pediátricos com SMD tratados com o TCTH alogênico no sentido de verificarmos a frequência de cariótipos anormais, as principais alterações cromossômicas e o papel da citogenética na indicação e na recidiva da doença. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foi realizado um estudo citogenético, utilizando as técnicas de bandeamento GTG e FISH, e clínico em 46 pacientes pediátricos com SMD tratados com TCTH alogênico no CEMO no período de 1991 a 2017. **RESULTADOS :** Cariótipos anormais estavam presentes em 72% do total de pacientes no pré-transplante. As principais alterações encontradas foram: -7, del(11)(q23) e del(17)(p12). Observamos 62% de cariótipos anormais no estágio inicial (CR) e, nos avançados, 82% em AREB e 100% em AREB-t. **DISCUSSÃO:** A presença de cariótipos anormais apresentou uma forte associação com a recidiva da SMD, sendo as principais alterações cromossômicas observadas: del(7q) e -7, +8, alteração cromossômica biclonal, del(11)q23), del(12p), del(17p), +mar e cariótipo complexo. Em relação ao grupo de risco citogenético, o IPSS mostrou ser um sistema mais eficaz para avaliar a recidiva e a mortalidade relacionada à recidiva em comparação com o IPSS-R, uma vez que, em nosso estudo, a del(11)(q23) esteve associada à recidiva e óbito e o IPSS-R considera essa alteração como sendo de muito bom prognóstico. Quando utilizada a citogenética “corrigida”(considerando a del(11)(q23) e a +8 como alterações de prognóstico desfavorável), os grupos de risco citogenéticos pelo IPSS e IPSS-R puderam prever com mais precisão a recidiva e a mortalidade relacionada à recidiva. **CONCLUSÃO:** Nossos resultados sugerem que o padrão cromossômico desempenha um papel importante na indicação dos pacientes pediátricos para o TCTH alogênico, principalmente selecionando os pacientes com alterações cromossômicas específicas no estágio inicial da doença (CR) para esse tratamento.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 212

TRANSPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOÉTICAS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS
PORTADORES DE IMUNODEFICIÊNCIAS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DO ESTADO DE
SÃO PAULO

Souza AMDES¹, Fernandes JF^{1,2}, Montavani LFAL^{1,2}, Filho VO^{1,2}, Venancio AM², Zanichelli MA¹, Litvinov N¹, Colassanti MD¹, Klinger PH¹, Dorna MB¹, Pastorino AC¹, Sampaio M¹

¹*Universidade do Estado De São Paulo (USP)*

²*Hospital Israelita Albert Einstein(HIAE)*

Introdução: As imunodeficiências primárias (IDP) são doenças genéticas raras e potencialmente fatais. O transplante de células tronco hematopoéticas(TCTH) é, por vezes, a única alternativa curativa para pacientes com IDP. No Brasil, são poucas as instituições que realizam TCTH nas IDP. Neste relato mostramos a experiência com TCTH em IDP em uma instituição pública no Brasil. **Material e Método:** Estudo retrospectivo e descritivo, de maio de 2010 a julho de 2017. Incluídos pacientes portadores de IDP e que realizaram TCTH neste período em nossa instituição. **Objetivos:** Análise descritiva dos pacientes, da sobrevida global (SG) em 1 ano e outros desfechos do transplante(enxertia, DECH aguda e crônica). **Resultados:** De maio de 2010 a julho de 2017,29 pacientes com IDP foram submetidos a 31 TCTH. Dois pacientes foram submetidos a 2 TCTH. A idade mediana foi de 5 anos(6m - 14a). Os diagnósticos foram: Doença Granulomatosa Crônica(n=11), Imunodeficiência combinada grave(n=4),Síndromes hemofagocíticas(n=8) e outras IDP(n=6). Dezoito pacientes eram do sexo masculino. À admissão, 7 pacientes apresentavam desnutrição grave;3 apresentavam BCGite disseminada e 4 pacientes, infecções fúngicas. O doador foi aparentado em 9 casos;20,não aparentados. A fonte foi cordão umbilical em 5 casos, nos restantes, medula óssea. Onze transplantes utilizaram condicionamento mieloablativo, e 18 de toxicidade reduzida. Os retransplantes foram feitos com condicionamento com toxicidade reduzida. Um paciente morreu antes de 28 dias e não foi avaliado para a pega. Um paciente teve falha primária de pega, os demais pacientes tiveram enxertia neutrofilica em uma mediana de 19 dias. Dois pacientes evoluíram com falha de enxertia secundária e foram submetidos a um 2o TCTH. Nove pacientes tiveram DECH graus II-IV- 3 pacientes,grau III. Quatro pacientes tiveram DECH crônico, 3 com manifestações cutâneas limitadas e 1 caso com DECH grave de pele e pulmão. Com uma mediana de seguimento de 18 meses, a SG foi de 72±8%. Entre as IDCG, todos estão vivos e bem. Entre os pacientes com DGC; 2 óbitos com quadros infecciosos graves. Entre os demais, houve 6 óbitos (DECH=1;Infecção=5). **Discussão:** A maioria de nossos pacientes transplantados com IDP tinham quadros graves de infecção de repetição, alguns com infecção ativa no momento do TCTH, um conhecido fator de risco para o TCTH. Todavia, a SG em nossa coorte para IDP foi comparável a estudos internacionais. Esta realidade pode mudar com o diagnóstico mais precoce e referência aos centros especializados. Apesar de nossos pacientes com IDCG serem de alto risco (transplantados com mais de 6 meses e tinham recebido BCG), estão vivos e bem. Porém, o número de pacientes transplantados com IDCG em nossa coorte foi muito pequeno. **Conclusão:** O TCTH é uma alternativa curativa para muitos casos de IDP. Nossa casuística mostra resultados positivos, contudo o diagnóstico e tratamento mais precoces podem aumentar a sobrevida desses pacientes.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 213

ALTERAÇÃO NO PADRÃO DE EXPRESSÃO DAS DNMTS E TET2 E CARIÓTIPO COMPLEXO EM UM PACIENTE PEDIÁTRICO COM SÍNDROME MIELODISPLÁSICA TRATADO COM TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICO

Lovatel VL¹, Otero L¹, Kós E¹, Tavares RC², Sousa AM³, Lima SCS⁴, Seixas TSF¹

¹*Instituto Nacional de Câncer - INCA, Centro de Transplante de Medula Óssea CEMO, Laboratório de Citogenética*

²*Instituto Nacional de Câncer - INCA, Centro de Transplante de Medula Óssea CEMO.*

³*Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira - IPPMG/ UFRJ*

⁴*Instituto Nacional de Câncer - INCA, Laboratório de Carcinogênese Molecular*

Introdução : A síndrome mielodisplásica compreende um grupo heterogêneo de doenças clonais de célula tronco hematopoética, caracterizada por displasias na medula óssea e citopenias no sangue periférico. A SMD é uma doença rara em pacientes pediátricos. O transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) alogênico tem sido considerado o único tratamento com potencial de cura para os pacientes com SMD. Devido a raridade da SMD pediátrica, existem poucos estudos mostrando o impacto das alterações epigenéticas e citogenéticas no TCTH alogênico nesse grupo de pacientes.

Objetivo : Descrever o acompanhamento pré e pós-transplante de um paciente pediátrico com SMD, apresentando cariótipo complexo e alterações epigenéticas; discutir a influência dessas alterações e a instabilidade genômica observada devido a aquisição de uma alteração cromossômica clonal na recidiva da doença. **Material e Métodos**: A análise citogenética foi realizada em células de medula óssea no pré e pós-TCTH pelas técnicas de bandeamento GTG e FISH. A análise da expressão relativa dos genes *DNMTs* e *TET2* foi realizada por PCR quantitativa em tempo real para o paciente e para 14 doadores pediátricos de medula óssea. **Resultado** : Um caso paciente do sexo masculino, com 3 anos de idade apresentando SMD/AREB foi indicado para o TCTH alogênico. A análise citogenética mostrou a presença de um cariótipo complexo [49,XY,del(3)(q21),del(6)(q21),+del(6)(q21),+8,del(12)(p11)] e alterações epigenéticas. Foi observado um aumento de expressão de *DNMT1*, *DNMT3A*, *DNMT3B* e diminuição de expressão do gene *TET2* em relação aos doadores. O paciente fez TCTH-alogênico aparentado com HLA idêntico, no entanto apresentou recidiva após 180 dias. A análise citogenética mostrou evolução cariotípica clonal com a aquisição da del(3)(q21). O paciente faleceu após 8 meses em relação a data do transplante. **Discussão**: O cariótipo complexo tem sido descrito como prognóstico desfavorável e indicação para o TCTH alogênico. Poucos estudos mostram a aquisição de novas alterações cromossômicas durante o acompanhamento pós-transplante. Nesse estudo foi observada evolução cariotípica clonal durante a recidiva da doença, sugerindo a presença de instabilidade genômica. A instabilidade genômica pode estar relacionada com a presença de alterações epigenéticas, onde as enzimas DNMTs e TET2 possuem um papel relevante. **Conclusão**: A aquisição de uma alteração cromossômica clonal na recidiva da doença mostra a importância da análise citogenética no pós-transplante e sugere a presença de instabilidade genômica. A presença de cariótipo complexo e alterações no padrão de expressão dos genes das *DNMTs* e *TET2* estiveram associadas com um prognóstico desfavorável pós-TCTH alogênico.

Palavras Chaves: SMD pediátrica, citogenética, *DNMTs*, *TET2*, transplante de células tronco hematopoéticas alogênico.

Apoio Financeiro: Ministério da Saúde- INCA, CNPq

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 214

MIELOFIBROSE EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO

Alves JR¹, Silva KHS¹, Mendona AC¹, Guimarães RFC¹, Junior VCAF¹, Sousa AVL¹, Granja PGG¹, Monteiro C¹, Ibanez ASS¹, Zecchin VG¹

¹*Instituto de Oncologia Pediátrica - IOP - GRAACC - UNIFESP*

Introdução: mielofibrose primária (MP) é um distúrbio mieloproliferativo crônico de evolução progressiva e expectativa de vida média de cinco anos. O transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) permite e a única modalidade de tratamento curativa, com sobrevida global entre 50 e 70% dos pacientes sejam curados, porém com grau variável de mortalidade associada ao transplante (TRM). **Material e métodos:** relato de caso. **Resultados:** paciente masculino, 14 anos, assintomático, apresentou plaquetopenia em exame de rotina, sem necessidade transfusional. Após dois anos de seguimento houve piora da plaquetopenia associada à anemia e aumento de desidrogenase láctica (DHL). Mielograma e biópsia de medula foram inconclusivos. Recebeu imunoglobulina com resposta transitória. Apresentou piora progressiva da plaquetopenia (inferior a 10 mil/mm³) e anemia, além de leucocitose e hepatoesplenomegalia. Repetido mielograma (medula hipocelular sem células anômalas), cariótipo com monossomia do cromossomo 7 e pesquisas de BCR-ABL (p190 e p210) e JAK2 negativas. Biópsia de medula com proliferação reticulínica grau III. Confirmada MP, foi encaminhado para TCTH haploidêntico com uso de células-tronco periféricas (CTP) da doadora (mãe, saudável) com uso de tiotepa, fludarabina e bussulfano e profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) com ciclosporina, micofenolato mofetil (MMF) e ciclofosfamida pós infusão das CTP. Apresentou como complicações hipertensão arterial de difícil controle, refratariedade plaquetária e anasarca e difícil manejo. A pega neutrófilos ocorreu no D+14 e a pega de 20 mil plaquetas no D+20. Após a pega evoluiu com cistite hemorrágica por poliomavírus BK. Mielograma do D+30 evidenciou medula hipoplásica, com quimerismo completo da doadora identificado por técnica de STR. **Discussão:** MP tem pico de incidência a partir da sexta década de vida, sendo rara em crianças e adolescentes – fato que possivelmente retardou este diagnóstico. O paciente apresentava cariótipo desfavorável e maior risco de falha de enxertia devido à esplenomegalia volumosa e fibrose medular acentuada. De acordo com o Dynamic International Prognostic Scoring System (DIPSS) classificado como alto risco. Assim, para o TCTH optado por protocolo mieloablativo sem radioterapia, baseado em literatura que demonstra menor TRM em TCTH haploidêntico e melhor sobrevida global com a combinação de dois agentes alquilantes. Apesar da cistite hemorrágica viral, prevista em cerca de 40% dos pacientes submetidos s TCTH haploidênticos, não houve complicações mais graves. Atualmente paciente em D+45 do TCTH, em regime de hospital dia, mantendo parâmetros hematológicos satisfatórios, sem necessidade transfusional, embora com contagem plaquetária ao redor de 75 mil/mm³. **Conclusão:** MP deve ser considerado como diagnóstico diferencial inclusive na faixa etária pediátrica, apesar da incidência incomum. O TCTH é a única alternativa com reais chances de cura nestes casos.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 215

SUCESSO NO TRATAMENTO DA INFECÇÃO POR *SAPROCHAETE CAPITATA* NO
TRANSPLANTE AUTÓLOGO COM FALHA DE ENXERTIA DE CRIANÇA COM
MEDULOBLASTOMA RESGATADA COM TRANSPLANTE HAPLOIDÊNTICO: RELATO DE
CASO

Rohr SS¹, Zano VA¹, Araujo MJSL¹, Alves ST¹, Oliveira JSR¹

¹Hospital Santa Marcelina

Introdução: Meduloblastoma é a neoplasia de SNC mais comum na infância com indicação de transplante autólogo de medula óssea (TAMO). Embora infecções oportunistas sejam comuns no transplante, são raros os relatos de infecção por *Saprochaete capitata*, fungo causador de infecção sistêmica com mortalidade em 30 dias que varia de 60 a 80% na doença invasiva. No transplante autólogo, a falha de enxertia é incomum e grave, notadamente na vigência de infecção fúngica invasiva. **Objetivos:** Descrevemos o caso de criança com meduloblastoma que desenvolveu infecção por *S. capitata* durante a neutropenia, evoluiu com falha primária de enxertia do TAMO, e foi resgatada com transplante haploidêntico. **Relato de Caso:** SRB, 9anos, feminina, Meduloblastoma grau IV em fevereiro/2015 foi tratada com cirurgia, quimio e radioterapia atingindo resposta completa em novembro/2015. Apresentou recidiva local em fevereiro/2017 com abordagem cirúrgica e quimioterápica de resgate (5 x ICE). Pela persistência de doença recebeu temodal e irinotecan mantendo doença em atividade. Foi encaminhada para TAMO para salvamento. Apresentou falha de mobilização com GCSF com necessidade de coleta cirúrgica de células tronco. Recebeu condicionamento mieloablativo com carboplatina (1500mg/m²) e tiotepa (900mg/m²) seguido pela infusão de 3,1x10(8)TCN/Kg em 15/01/2018. Em 31/01/2018 houve crescimento de *S. capitata* em hemocultura de cateter central. Foi medicada com complexo lipídico de anfotericina B, voriconazol e 16 transfusões de granulócitos. Apesar de evoluir afebril e com melhora clínica, manteve pancitopenia grave. Nesta ocasião, as RNMs de crânio e neuroeixo para reestadiamento demonstraram remissão completa, sem áreas de realce anômalo; outras sorologias negativas e a biópsia de medula óssea (D+39) revelou celularidade de 5%. Em março/2018 foi submetida a TCTH haploidêntico do pai, condicionada com Fludarabina (150mg/m²), Ciclofosfamida (29mg/Kg) e TBI 200cGy e imunossupressão com ciclofosfamida pós (D+3 e D+4); ciclosporina e micofenolato mofetila. Foram infundidas 3,5x10(6)CD34/Kg e 4,0x10(8)TCN/Kg em 29/03/2018. Apresentou enxertia neutrofílica no D+13. **Discussão:** Embora a terapia antifúngica ideal para infecção por *S. capitata* ainda não esteja definida, o tratamento com associação de antifúngicos e transfusão de granulócitos foi efetivo. Apesar de incomum e sem causa estabelecida uma vez que a celularidade era adequada e foram excluídas outras infecções e recaída, acreditamos que os tratamentos prévios tenham afetado a medula óssea e seu microambiente impactando a recuperação hematológica do TAMO. Esta hipótese é corroborada pela falha de mobilização. A falha de enxertia no TAMO foi suplantada pelo TCTH haploidêntico, uma vez que não dispúnhamos de doador HLA-compatível. Acreditamos que a utilização de dupla fonte celular tenha contribuído para o sucesso do segundo transplante. **Conclusão:** embora a paciente se encontre em fase precoce pós transplante, este caso descreve uma situação com desfecho favorável apesar das inúmeras adversidades. Estudos adicionais são necessários para definição do tratamento de eleição da infecção por *S. capitata*, das causas de falha na enxertia do TAMO e dos possíveis benefícios da dupla fonte celular no transplante.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 216

PERFIL CLÍNICO DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Silva JAPRA¹, Lacerda MR², Paes MR², Gomes IM¹, Cavilha AMQ¹, Delazeri S¹

¹*Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

²*Universidade Federal do Paraná*

Introdução: O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas representa importante alternativa de cura para doenças que afetam o funcionamento da medula óssea. A crescente expansão do procedimento justifica o desenvolvimento de estudos que possibilitem conhecer o perfil clínico dos pacientes submetidos à terapêutica para que medidas suportivas e cuidados adequados sejam adotados. **Objetivos:** identificar o perfil clínico de crianças submetidas a Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. **Material e Métodos:** pesquisa quantitativa, transversal e retrospectiva, realizada no Serviço de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas de um hospital de referência. Dentre os critérios de inclusão estão prontuários de crianças com idade entre 0 e 12 anos incompletos, transplantadas no período de 2009 a 2013. Os dados foram coletados por meio de instrumento estruturado e analisados por métodos estatísticos simples com auxílio do programa *Software Statistical Package for the Social Sciences* ®19.0. Para avaliação da associação entre variáveis categóricas foi aplicado o Teste do *qui-quadrado*. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, parecer 742.621. **Resultados:** Dos 138 prontuários de crianças incluídos, 15,2% tinham 10 anos de idade na data do transplante; o diagnóstico médico mais frequente dos zero aos cinco anos foi a imunodeficiência (13%) e o dos seis aos 11 anos foi a Anemia de Fanconi (30,4%); todos os transplantes foram alogênicos, sendo 51,4% não aparentados; a pega do enxerto aconteceu em 89,1% das crianças. Transplantes alogênicos não aparentados não apresentaram associação estatisticamente significativa com a doença do enxerto contra hospedeiro ($p > 0,05$). Antibióticos foram utilizados terapêuticamente em 68,1% das crianças, da alta hospitalar até os 100 dias do transplante, e antivirais em 51,4%. Rejeição do enxerto, que somou 13%, não mostrou associação com incompatibilidades no Antígeno Leucocitário Humano. Antihipertensivos foram utilizados por 63,8% após a alta hospitalar. **Discussão:** a população de crianças submetidas a Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas esteve em risco de desenvolver complicações face ao diagnóstico médico, tipo de transplante realizado e presença de incompatibilidades. Frente ao percentual de pega, percebe-se êxito no procedimento, contudo, a condição de neutropenia, intrínseca à evolução no pós-transplante, pode vulnerabilizar a infecções, necessitando de intervenções medicamentosas. As medicações utilizadas no pós-transplante também podem descompensar outros sistemas, o que foi ratificado neste estudo. **Conclusão:** é necessária avaliação minuciosa da evolução clínica do paciente para prevenção e detecção precoce de complicações. Neste sentido, o conhecimento do perfil clínico e a atuação de uma equipe multiprofissional são fundamentais.

Palavras-chave: Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas, Cuidados de Enfermagem, Perfil de Saúde.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 217

TRANSPLANTE AUTÓLOGO: UMA RETROSPECTIVA LABORATORIAL DOS PACIENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (HUPE)

Castro MV¹, Pôrto LC¹, Horn P¹, Motta J¹

¹*Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

Introdução: O transplante de células tronco hematopoiéticas autólogo (TCTH) é um procedimento terapêutico, principalmente para linfomas e mieloma múltiplo (MM). Altas doses de quimioterápicos são indicados, dependendo do estágio da doença, levando o paciente a aplasia medular. Infusão de células progenitoras, criopreservadas previamente, é realizada para diminuir o tempo dessa aplasia. As células são colhidas por aférese após a mobilização das células CD34+ com fatores de crescimento de colônias de granulócitos (G-CSF), sendo usado sozinho ou combinado com quimioterapia (CTX). **Objetivo:** Avaliar retrospectivamente os dados dos pacientes que realizaram TCTH autólogo, com a intenção de estabelecer uma correlação entre os resultados de exames pré e pós transplante que auxilie as melhores escolhas para a obtenção de bolsas com mais células CD34+. **Material e Métodos:** No período de Jan/14 a Dez/17, 44 pacientes foram submetidos ao TCTH autólogo no HUPE e tiveram suas células criopreservadas no HLA-UERJ. Os dados analisados foram: doenças de base, leucometria inicial, pré coleta, quantidade e volume de aférese, CD34 pós processamento, quantidade de DMSO infundido, reação adversa e quantidade de bolsas congeladas. **Resultados:** Identificou-se quase a mesma incidência entre os sexos (51,1% Masculino e 48,8% Feminino). A média de idade foi de 54 anos (19-70). Entre as doenças tratadas estavam MM, Linfoma não Hodgking, Linfoma de Hodgking e Amiloidose Sistemática (79,5%, 11,3%, 6,8% e 2,2%, respectivamente). Todos os pacientes com leucometria abaixo de 5.000 tiveram falha na pré coleta (11,3%), ou seja, não possuíam 10 células CD34+/mm³, por outro lado, todos os pacientes com leucometria inicial maior do que 15.000 (81,8%), tiveram sucesso na pré coleta, sendo 75% na pré coleta 1. A mobilização utilizada em 100% dos pacientes foi o G-CSF, sendo administrada em conjunto com mozobil (6,8%) e CTX (18,1%) em alguns casos. A média de tempo de criopreservação das bolsas foi de 83 dias (14-361). Em relação a quantidade de DMSO infundido houve maior prevalência (25%) de 20mL. Como reação adversa a toxicidade do crioprotetor destacam-se mucosite ou vômito (9%). Em 22,7% dos casos, os pacientes não realizaram o transplante devido à doença estar em remissão ou aguardando mozobil. Alguns pacientes vieram a óbito (4,5%), mas somente 1 deles realizou o transplante. **Discussão:** Há uma maior prevalência de pacientes com idade acima de 50 anos, conforme a literatura também aponta. A relação leucometria inicial e quantidade de células CD34+ coletadas durante a aférese estão intimamente relacionadas. Pacientes com uma boa pré coleta (>10) realizaram na maioria dos casos somente 1 aférese, com uma média de 3célCD34+/kg. **Conclusão:** Os resultados revelaram-se semelhantes aos encontrados na literatura, a pré coleta em pacientes com leucometria abaixo de 15.000 deve ser repensada pela equipe médica, já que isso implica em altos custos laboratoriais.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 218

TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA HAPLOIDÊNTICO NO PACIENTE PEDIÁTRICO:
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS REAÇÕES ADVERSAS DO PERÍODO INFUSIONAL _
RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rubia JBL¹, Luiz ES¹, Nascimento RM¹, Costa RMF¹, Barbosa SSM¹

¹*Instituto Nacional de Câncer*

Introdução: O transplante haploidêntico é uma alternativa de tratamento para crianças que necessitam de um transplante de medula óssea (TMO), mas que não encontraram um doador compatível e requerem um transplante de urgência. Esta modalidade de transplante consiste na utilização de um doador familiar parcialmente compatível _mãe, pai e irmãos_ geralmente com 50% de similaridade ao receptor. O Enfermeiro desenvolve ações extremamente relevantes para a segurança transfusional. **Objetivo:** Relatar a experiência da atuação do enfermeiro nas reações adversas do período infusional de medula óssea haploidêntica no paciente pediátrico. **Material e Método:** Estudo descritivo-qualitativo, do tipo relato de experiência, da atuação do enfermeiro nas reações adversas do transplante de medula óssea haploidêntico em pacientes pediátricos, de um centro de transplante de medula óssea, em um hospital federal da cidade do Rio de Janeiro, reconhecido por ser referência em transplantes de medula óssea no país. **Resultados:** Quando há incompatibilidade pelo sistema ABO entre doador e receptor o transplante está sujeito ao aparecimento de algumas complicações; as principais reações adversas observadas nas crianças são: sobrecarga volêmica, alterações hemolíticas, reações alérgicas e reações anafiláticas. As intervenções do enfermeiro frente a uma situação de risco consistem, principalmente, na monitorização dos sinais vitais, na monitorização cardíaca não invasiva e na avaliação da saturação do oxigênio. Agindo na detecção desses sintomas e tendo como conduta: interrupção da infusão, notificação imediata ao Pediatra, administração das medicações e oxigenioterapia. **Discussão:** O número de transplantes haploidênticos tem tido avanço e crescimento em todo o mundo, aumentando, assim, a taxa de sobrevida principalmente em pacientes infantes. A incompatibilidade maior é uma informação fundamental para o enfermeiro que vai efetuar o procedimento. A depleção das hemácias deve ser considerada a fim de diminuir os riscos de reações hemolíticas. **Conclusão:** Para um melhor manejo na execução da infusão da medula óssea, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento acerca do processamento da medula coletada e ciência em relação à compatibilidade pelo sistema ABO e fator Rh, das duas partes envolvidas. Logo, o treinamento da equipe, o olhar crítico frente a situações de risco e a atuação precoce deste profissional diante de uma intercorrência, contribuem para uma infusão segura e para cuidados de alta qualidade.

Palavras-chave: transplante haploidêntico, câncer infantil, complicações, intervenções de enfermagem.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 219

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM Á PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS À SEDAÇÃO EM UM HOSPITAL DIA

Silva VG¹, Sá GMP¹, Rangel ACS¹, Ribeiro CVR¹, Queiroz SG¹, Lopes GT¹, Antunes AA¹, Abreu CGS¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*

Introdução: Cada vez mais um número maior de crianças tem sobrevivido ao transplante de células tronco hematopoéticas, estando a maior parte delas curadas. O acompanhamento ambulatorial destas crianças após o transplante faz parte da continuação do tratamento, e é fundamental para detecção precoce de possíveis complicações. Após a alta hospitalar são acompanhados ambulatorialmente com consultas da equipe multiprofissional e realização de procedimentos invasivos. **Objetivos:** Descrever a assistência de enfermagem à pacientes pediátricos submetidos à sedação em um hospital dia. **Material e Métodos:** Relato de experiência a partir da vivência das autoras na realização de procedimentos dolorosos de curta duração em pacientes pediátricos pós transplante de células tronco hematopoéticas que necessitam de sedação. **Resultados:** A atuação do Enfermeiro na assistência ao paciente pediátrico submetido à sedação no hospital dia é fundamental para o reconhecimento rápido de fatores preditores às alterações hemodinâmicas, permitindo a tomada de decisão e a intervenção rápida e eficiente para manutenção de boas condições clínicas. Sendo assim, foi elaborado um protocolo de cuidados de enfermagem para nortear e padronizar a assistência de enfermagem à pacientes pediátricos submetidos à sedação, implementado em 2017 e realizado ambulatorialmente em um centro de transplante de células tronco hematopoéticas. **Discussão:** O tipo de sedação indicada para assistência ambulatorial é a sedação moderada, que consiste na depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente desperta intencionalmente a um comando verbal e/ou um leve estímulo tátil. A padronização da sedação para procedimentos deve ser apoiada por políticas e procedimentos que identifica: áreas no hospital em que a sedação para procedimentos pode ocorrer; qualificações ou habilidades especiais da equipe envolvida no processo de sedação para procedimentos; peculiaridades da população pediátrica; disponibilidade e uso de suporte tecnológico especializado e obtenção de consentimento informado. **Conclusão:** O protocolo de cuidados de enfermagem aos pacientes pediátricos submetidos à sedação visa reduzir potenciais riscos significativos aos pacientes e melhora da qualidade da assistência prestada. **Palavras-chave:** pacientes pediátricos; sedação; cuidados de enfermagem, hospital dia; padronização.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 220

USO DE FLEBOTOMIA PARA CONTROLE DA SOBRECARGA DE FERRO EM CRIANÇAS
SUBMETIDAS A TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS PROGENITORAS
HEMATOPOIÉTICAS

Fortunato LR¹, Santis GC², Grecco CES¹, Junior LGD¹, Faria JTB¹, Souza JCL¹, Vieira AK³, Stracieri ABPL¹, Oliveira MC¹, Simões BP¹

¹*Universidade de São Paulo - Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto*

²*Hemocentro de Ribeirão Preto*

³*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais*

Introdução: O transplante alogênico de células progenitoras hematopoéticas (TCPH) é importante opção terapêutica para doenças hematológicas na pediatria. A sobrecarga de ferro (SF) é um problema comum em pacientes submetidos a TCPH, especialmente nos que eram dependentes de transfusão de hemácias. A SF está associada a menor sobrevida global e a maior número de complicações tardias, como fibrose hepática, cardíaca e disfunção endócrina. As opções de tratamento para SF incluem a flebotomia e a terapia com agentes quelantes. **Objetivo:** Analisar o impacto clínico e os efeitos adversos da flebotomia em pacientes pediátricos submetidos a TCPH em um hospital universitário. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes com <18 anos submetidos a TCPH alogênico entre janeiro de 2013 e janeiro de 2018. Nenhum paciente apresentava doença de caráter inflamatório no período de estudo, como infecção ou doença do enxerto contra o hospedeiro. **Resultados:** Foram realizados 56 TCPH, dos quais 14 pacientes (25%) apresentavam ferritina sérica >1000 ng/mL no D+120 e foram encaminhadas para tratamento com flebotomia. A mediana de início do tratamento foi no D+220 (120-379). A concentração mediana de hemoglobina (Hb) foi 12,6 g/dL (10,1-15,0 g/dL) no início e 13,9 g/dL (10,9-16,6 g/dL) (p= 0,017) ao final do tratamento com flebotomia. A mediana da ferritina caiu de 3422 ng/dL (1144-7500) para 1492 ng/dL (397-5269) (p=0.0001) e o tempo mediano de tratamento foi de 8 meses (2-28). A média da transaminase glutâmico-pirúvica (TGP) caiu de 135,2 U/L ±148,1 para 69,1U/L ±62,3 (p= 0,0494) e a da transaminase glutâmico-oxalacética (TGO), de 91,11 ±71,8 U/L para 51,52 ±36,2 U/L (p= 0,004). Além disso, o subgrupo com maior redução dos valores de ferritina (72,9% x 40,9%) também apresentou maior redução de TGO (44,7% x 13,8%; p= 0,0006) e de TGP (63% x 12,7%; p= 0,0006). Do total de pacientes, 3 (21%) apresentaram hipotensão arterial pós-flebotomia, sem necessidade de interrupção do tratamento. **Discussão:** Demonstrou-se neste estudo que o tratamento com flebotomia após TCPH é seguro e constitui método eficaz de redução da SF, aqui demonstrada pela redução dos níveis de ferritina. A redução da SF provavelmente se associou à melhora dos testes de avaliação da função hepática e possivelmente ao aumento da Hb. Esse primeiro efeito foi ainda mais evidente no subgrupo com maior redução da ferritina, em que se observou maior redução de TGO e TGP, sugerindo melhora do quadro de inflamação hepática. A frequência de 21% de reação adversa corresponde com o reportado na literatura e é muito menor que o descrito para o tratamento com deferasirox (90%), que são anemia e aumento de TGO e TGP. **Conclusão:** A flebotomia pós-TCPH é um tratamento simples, efetivo, seguro e bem tolerado nos pacientes pediátricos, podendo ser utilizada como opção terapêutica para controle da SF observada no TCPH.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 221

DERRAMES CAVITÁRIOS ASSOCIADOS AO USO DE CICLOSPORINA EM CRIANÇA
SUBMETIDA AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Fortunato LR¹, Grecco CES¹, Junior LGD¹, Faria JTB¹, Souza JCL¹, Sousa AM¹, Costa TCM¹, Stracieri ABPL¹, Oliveira MC¹, Simões BP¹

¹*Universidade de São Paulo - Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto*

Introdução: Os inibidores de calcineurina (IC), como a ciclosporina (CSA), são amplamente utilizados para profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) após o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). Algumas complicações decorrentes do seu uso estão bem descritas na literatura, dentre elas nefrotoxicidade, neurotoxicidade, hipertensão arterial e microangiopatia trombótica. A incidência de derrame pleural e pericárdico após o TCTH em adultos é de 9%, no entanto estes estão frequentemente associados à ocorrência de infecções e DECH crônica. Pouco se sabe sobre a associação entre o uso de IC e a ocorrência de derrames cavitários na pediatria. **Objetivo:** Descrever o caso de uma paciente portadora de anemia falciforme (AF) submetida ao TCTH, com derrame pleural e pericárdico provavelmente associados ao uso de CSA. **Relato de caso:** Paciente feminina, 11 anos, com diagnóstico de AF, em 2013 foi submetida ao TCTH devido crises vaso-oclusivas de repetição e vasculopatia cerebral, com condicionamento mieloablativo baseado em fludarabina e bussulfano (FluBu) + ATG e profilaxia de DECH com CSA + metotrexate. No dia 130 pós TCTH evoluiu com queda da saturação arterial de oxigênio chegando a 86%. Não encontrava-se em vigência de processo infeccioso e o ecocardiograma (ECO) evidenciou derrame pericárdico volumoso, com aumento da pressão intrapericárdica, além de derrame pleural bilateral. Foi realizada pericardiocentese, toracocentese e biópsia do pericárdio, que mostrou densa deposição de colágeno, sem infiltrado inflamatório. A característica dos líquidos pericárdico e pleural era de transudato e as culturas foram negativas. No dia 140 pós TCTH foi suspensa a CSA e iniciado Micofenolato Mofetil (MMF). No dia 160 foi realizado ECO que documentou resolução dos derrames. **Discussão:** A ocorrência de derrame pericárdico em crianças pós TCTH é maior do que em adultos, com estudos mostrando incidência de até 19%. O transplante alogênico, o condicionamento mieloablativo, a irradiação corporal total (TBI) e neutropenia prolongada são fatores de risco para tal complicação. Recentemente, um estudo observou que a descontinuação da CSA foi a única medida terapêutica efetiva no controle do derrame pericárdico sem etiologia definida em crianças. Sugere-se que os IC promovam secreção de endotelina-1 e outros fatores derivados do pericárdio e do miocárdio, e que alterações destes fatores aumentem a permeabilidade vascular do pericárdio, gerando derrame. Não há descrição na literatura de derrame pleural associado ao uso de IC. No contexto do TCTH, o derrame pleural em crianças está associado à ocorrência de síndrome de obstrução sinusoidal. **Conclusão:** Tendo em vista a ausência de processos infecciosos, de achados compatíveis com DECH na biópsia, e o fato de que a descontinuação da CSA levou à melhora dos derrames, reforça-se a hipótese de que, apesar de pouco descritos, os derrames cavitários possam ser complicações associadas ao uso de IC na pediatria.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 222

TRANSPLANTE HAPLOIDÊNTICO COMO “PONTE” PARA PACIENTES COM ATRASO DE ENXERTIA APÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS DE CORDÃO UMBILICAL – RELATO DE CASO

Faria JTB¹, Grecco CES¹, Darrigo LGJ¹, Fortunato LR¹, Ribeiro LB¹, Souza JCL¹, Morais ALL², Stracieri ABPL¹, Rodrigues MCO¹, Simões BP¹

¹*Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP*

²*Hemocentro de Ribeirão Preto - USP*

Introdução: o longo período para enxertia é problema frequente no transplante de células tronco hematopoiéticas (CTH) utilizando como fonte o sangue de cordão umbilical (SCU), fato que eleva a incidência de morbi-mortalidade relacionada ao transplante. Embora considere-se falha primária de enxertia a ausência de recuperação hematológica no D+42 no caso de pacientes submetidos a transplante com SCU, estratégias para diminuir este tempo de enxertia podem ser interessantes em pacientes gravemente acometidos durante o tratamento. Até o momento, não há consenso neste sentido, sendo o transplante de CTH haploidêntico (haplo-TCTH) uma possibilidade existente. Objetivo: descrever a utilização do haplo-TCTH como “ponte” entre a infusão de SCU e sua enxertia em paciente com ausência laboratorial de “pega” no D+28. Relato do Caso: KDF, 2 anos 10 meses, masculino, com diagnóstico de LLA-B em setembro de 2012, internado em janeiro de 2013, para realização de TMO. A criança iniciou tratamento com GBTLI-99, classificada como respondedor lento. Após 2 meses, documentada recaída precoce com 30% de blastos na medula óssea e iniciado protocolo St Jude, com subsequente remissão. Aos 14 meses pós diagnóstico, criança internou para início do condicionamento com FluCy + TBI e posterior infusão de CTH de SCU. A profilaxia de DECH foi realizada com ciclosporina e micofenolato mofetil. No D+28 paciente apresentava-se sem sinais de enxertia e em tratamento de infecção (usando meropenem e vancomicina). Após discussão em equipe foi iniciado condicionamento para haplo-TCTH com Cy pós (doadora mãe), utilizando células anteriormente coletadas e criopreservadas, uma vez que a mesma havia previamente doado medula óssea para um paciente REREME. Realizada infusão de células mesenquimais e de CTH no D+31 (D0 haplo-TCTH). No D+46 (D+15 haplo-TCTH), paciente apresentou enxertia neutrofílica. A avaliação de quimerismo por VNTR, coletada no D+62 (D+31 haplo-TCTH), comprovou enxertia do cordão umbilical. Atualmente, paciente encontra-se 5 anos pós TCTH, sem recidiva da LLA, com reconstituição imune completa, ausência de DECH e mantendo predomínio do cordão. Discussão: SCU é uma alternativa a fontes habituais de CTH que pode ser usado com sucesso principalmente em pacientes pediátricos. Embora tal estratégia pareça atingir sobrevida global e livre de leucemia semelhante às demais fontes, tem como limitação a maior morbi-mortalidade secundária a recuperação tardia. Nesse contexto, o resgate com haplo-TCTH pode emergir como estratégia relevante de salvamento nos pacientes gravemente enfermos sem recuperação hematológica até o D+28 atuando neste cenário como um enxerto transitório enquanto se aguarda a enxertia de SCU. Segundo dados de literatura, sabe-se ainda que a predominância de SCU está associada a taxas reduzidas de recorrência de leucemias agudas, bem como menor incidência de DECH, fato que incentiva a utilização dessa modalidade de TMO e maiores estudos na área.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 223

TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) HAPLOIDÊNTICO
PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LEUCEMIAS AGUDAS: EXPERIÊNCIA DE
CURITIBA.

Kuwahara C¹, Nichele S², Renoste S², Benini FML¹, Ribeiro LL², Rodrigues ALM¹, Loth G¹,
Pasquini R², Ferreira E¹, Bonfim C^{1,2}

¹*Hospital Pequeno Príncipe - Curitiba - PR*

²*Hospital Nossa Senhora das Graças - Curitiba - PR*

O TCTH haploidêntico para doenças malignas vem sendo amplamente estudado como alternativa aos pacientes com indicação de TCTH e que não possuam doador compatível. O objetivo do trabalho é descrever os casos de TCTH para leucemias em pacientes pediátricos, realizados em dois serviços de transplante de Curitiba-PR. Foram realizados de julho de 2012 a março de 2018, 24 transplantes haploidênticos para pacientes com leucemias agudas, com mediana de idade de 10 anos (10 meses a 20 anos), sendo a mediana de seguimento de 194 dias. Destes pacientes, 12 tinham diagnóstico de LMA e 12 LLA, sendo as principais indicações a persistência de blastos após consolidação e recidivas. Três TCTH haploidênticos foram de resgate após um primeiro TCTH NAP. Onze pacientes apresentavam-se em remissão completa na ocasião do transplante, 4 com doença em atividade e 9 com DRM positiva. A principal fonte de células utilizada foi o sangue periférico (n=14), sendo o pai o doador em 18 transplantes. A mediana de células CD 34 infundidas foi de $6,2 \times 10^6$ /kg. Os principais esquemas de condicionamento utilizados nas LMA foram Flu Bu Mel em 6 pacientes e Cy Flu TBI em 3. Em 8 de 12 pacientes com LLA os esquemas baseados em Flu e TBI foram realizados. Todos receberam imunoprofilaxia com Cy pós 100mg/kg, CSA e MMF. A pega neutrofilica ocorreu com uma mediana de 15 dias (12-22) e plaquetária 18 dias (11-29). A mediana do tempo de internação pós TCTH foi de 24 dias. Em relação a toxicidade, os pacientes que receberam TBI, apresentaram mucosite grau máximo 3 e os demais grau máximo 2. A doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) aguda ocorreu em 15 pacientes, sendo grau III-IV de intestino ocorreu em 1, de pele grau III-IV em 5. Houve reativação de CMV em 11 pacientes, herpes zoster em 1 e varicela também em 1, um dos pacientes apresentou quadro compatível com infecção viral pulmonar evoluindo com bronquiolite obliterante. Três pacientes evoluíram com DECH crônico. Nove pacientes recidivaram pós TCTH, sendo apenas uma em SNC isolada e as demais em MO, com mediana de 130 dias (24 – 388). Dos 4 pacientes que transplantaram com doença em atividade, todos evoluíram para óbito, sendo que um não apresentou recuperação medular e os demais tiveram recidivas precoces. Os 9 casos que apresentavam DRM positiva pré TCTH, 5 continuam vivos e sem recidiva. Ocorreram 8 óbitos, com mediana de 107 dias pós transplante, 7 associados com a recaída e 1 por DECH. Todos os pacientes vivos no dia + 30 apresentavam quimerismo de 100 % células do doador. Observamos, com esta série de casos, que o TCTH haploidêntico é uma opção terapêutica para pacientes com leucemias agudas, mesmo em pacientes com DRM positiva. Doenças refratárias não apresentaram benefício com o TCTH. Estudos prospectivos deverão ser realizados para validar estes resultados.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 224

USO DE DLI EM ASSOCIAÇÃO COM AZACITIDINA EM UMA CRIANÇA COM SMD AVANÇADA RECIDIVADA APÓS TCTH ALOGÊNICO

Rehme DP¹, Villela NC¹, Ikeuti PS¹, Oliveira LCF¹, Oliveira AF¹, Lopes LF¹

¹*Hospital de Amor de Barretos*

INTRODUÇÃO: As síndromes mielodisplásicas (SMD) avançadas são doenças raras e geralmente de rápida progressão na população pediátrica. O único tratamento curativo é o transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico, porém os índices de recidiva pós-transplante são bastante elevados e, nestes casos, o prognóstico é reservado. As medidas habitualmente utilizadas para o tratamento da recidiva são a retirada da imunossupressão, infusão de linfócitos do doador (DLI) ou um segundo TCTH. Mais recentemente, para pacientes adultos com SMD, também tem sido descrito o uso de agentes hipometilantes (azacitidina ou decitabina), como tratamento de resgate ou profilaxia de recidiva pós-TCTH.

OBJETIVO: Descrever o caso clínico de um paciente pediátrico com SMD avançada que apresentou recidiva da doença pós-TCTH, durante o uso profilático de azacitidina, e foi tratado com retirada rápida da imunossupressão e posterior DLI.

DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente de 4 anos, sexo masculino, inicialmente diagnosticado com leucemia mieloide aguda FAB M6 (cariótipo normal). Recebeu quimioterapia conforme o protocolo BFM LMA 2004, porém apresentou recidiva da doença durante o tratamento de manutenção. Pela nova classificação da WHO 2016, o diagnóstico foi modificado para SMD avançada, sendo então tratado com dois ciclos de azacitidina, até o TCTH alogênico não aparentado (doador adulto, HLA 9/10). O regime de condicionamento mieloablativo foi realizado com bussulfano, ciclofosfamida e melfalano; a profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) foi feita com ATG, metotrexate e ciclosporina. A pega de leucócitos ocorreu no D+25, com quimerismo completo do doador. O paciente apresentou DECH aguda de pele grau II, com boa resposta ao corticóide. Encontrava-se após o terceiro ciclo de azacitidina profilática (iniciada no D+39), quando apresentou queda do quimerismo (71,5%) e recidiva da doença (mielograma com 8% de blastos e sangue periférico com 7% de blastos), no D+128. Foi realizada a retirada rápida da ciclosporina e manutenção da azacitidina, com recuperação do quimerismo e remissão hematológica completa no D+157. Recebeu DLI ($2,3 \times 10^6$ CD3+/Kg) no D+165, após o quinto ciclo de azacitidina. Ao total, recebeu 6 ciclos de azacitidina pós-TCTH. Após DLI, evoluiu com quadro de DECH crônica grave de fígado, pele, boca e unhas. Atualmente, permanece em uso de tratamento imunossupressor, porém em redução. Mantém remissão hematológica e quimerismo completo do doador, com seguimento de 17 meses desde o TCTH.

CONCLUSÃO: As crianças com SMD avançadas que apresentam recidiva precoce pós-TCTH têm geralmente prognóstico sombrio. Relatamos aqui o caso de uma criança nestas circunstâncias, já em uso de azacitidina profilática, que foi resgatada com sucesso, através da retirada rápida da imunossupressão, manutenção da azacitidina e associação de DLI.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 225

TRANSPLANTE HAPLOIDÊNTICO PARA HEMOGLOBINOPATIA INSTÁVEL: RELATO DE CASO.

Souza JCL¹, Grecco CES¹, Junior LGD¹, Faria JTB¹, Fortunato LR¹, Stracier ABPL¹, Oliveira MC¹, Simões BP¹

¹Universidade de São Paulo - Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Introdução: As hemoglobinopatias instáveis (HI) são desordens estruturais raras das hemoglobinas, causadas por mutações que levam à instabilidade molecular e hemólise crônica. O tratamento consiste em suporte transfusional crônico, porém acredita-se que o único tratamento curativo seja o transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH). **Objetivo:** descrever o uso de transplante haploidêntico (haplo-TCTH) como opção terapêutica para paciente com HI sem doador compatível. **Relato do caso :** Paciente do sexo feminino, 1 ano e 6 meses, com diagnóstico de HI (Hb Bristol-Alesha); apresentava, desde os 5 meses, anemia hemolítica grave com necessidade transfusional de glóbulos vermelhos mensal. Indicado haplo-TCTH, visto a necessidade de transfusões periódicas e ausência de doadores HLA compatíveis. Optado por condicionamento com fludarabina (Flu), ciclofosfamida (Cy), TBI (200 cGy) + ATG; infundidas 8×10^8 /kg de CPH coletadas de medula óssea. Profilaxia para DECH com Cy, Ciclosporina (CSA) e Micofenolato (MMF). Apresentou enxertia neutrofílica no D+22. Padrão de quimera mista no VNTR do D+30 associado à piora de valores hematimétricos. Novo VNTR no D+42 mostrou predomínio do paciente, evoluindo com perda de enxerto no D+60. Devido a manutenção da necessidade transfusional e difícil controle da sobrecarga de ferro foi indicado novo haplo-TCTH, 3 anos após primeiro procedimento. No intuito de diminuir a atividade medular foram realizados 2 ciclos de Flu e dexametasona 3 meses antes do TCTH. Optado por condicionamento com Flu, Bussulfano (Bu) + ATG. Infundiu CTH coletadas por sangue periférico (CD34+ $15,22 \times 10^6$ /kg) do pai. Profilaxia de DECH realizada com Cy pós, CSA e MMF. Apresentou enxertia neutrofílica no D+20. Evoluiu com DECH cutâneo grau I no D+21 e reativação de DECH cutâneo grau II no D+145. Realizado VNTR 6 meses após TCTH mostrando 100% doador. **Discussão:** Atualmente o tratamento para pacientes com HI consiste apenas em suporte transfusional sendo a aloimunização uma complicação importante. Alguns trabalhos sugerem um potencial benefício do TCTH como opção terapêutica para pacientes portadores de HI visto os resultados satisfatórios obtidos em pacientes com hemoglobinopatias. Assim, foi considerado inicialmente a realização de haplo-TCTH seguindo protocolo pré estabelecido para pacientes com anemia falciforme por tratar-se de um condicionamento menos mieloablativo. Devido ao insucesso deste primeiro transplante e, considerando a semelhança da fisiopatologia da doença com a talassemia, optou-se por uma estratégia alternativa composta por imunossupressão pré transplante seguida por condicionamento mieloablativo com o objetivo de facilitar a enxertia e diminuir o risco de falha de enxertia secundária. **Conclusão :** Ao nosso conhecimento este caso constitui-se no primeiro caso de sucesso para o transplante de HI usando haplo-TCTH com Cy pós, mostrando assim, a viabilidade deste tratamento neste grupo de doenças.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 226

ASSOCIAÇÃO DE DEFIBROTIDE, PLASMAFERESE E DIÁLISE EXTRACORPÓREA COM ALBUMINA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE OBSTRUÇÃO SINUSOIDAL SEVERA: RELATO DE CASO

Fante NF¹, Gomes AA¹, Mafra ABB¹, Faria LS¹, Porta G¹, Watanabe A¹, Rocha V¹

¹*Hospital Sírio Libanês*

Introdução: A Síndrome de obstrução sinusoidal (SOS) faz parte do grupo de doenças endoteliais sistêmicas relacionadas ao Transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) e ocorre em até 30% dos pacientes pediátricos submetidos a TCTH, sendo fatal em até 80% dos casos com SOS grave. A diálise extracorpórea com albumina (SPAD) reduz as toxinas endógenas que se acumulam na insuficiência hepática, sendo a SPAD uma opção de suporte. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com SOS severa, que recebeu combinações terapêuticas para obter resposta. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 2 anos, com diagnóstico de Talassemia Major, submetida a TCTH alogênico aparentado (irmão) em fevereiro/2018. Condicionamento com bussulfano, fludarabina, thiotepa e timoglobulina. Recebeu profilaxia para SOS com ácido ursodesoxicólico e heparina. Necessitou de transfusão diária de plaquetas a partir do D+8, com baixo rendimento. No D+11, evoluiu com ganho de peso, aumento da circunferência abdominal, hepatomegalia dolorosa, aumento dos níveis de bilirrubinas e Ultrassom com doppler hepático mostrou hepatomegalia e ascite, mas sem alterações no fluxo, contemplando os critérios para diagnóstico de SOS, segundo novos critérios do EBMT. Suspendemos Heparina e iniciamos tratamento com Defibrotide. No D+13, houve piora da função renal, anasarca, oligúria e taquipneia, sendo transferida para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para iniciar diálise convencional. Suspendemos Ciclosporina (profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro) e iniciamos Solumedrol, pela alteração renal. Evoluiu com piora progressiva das enzimas hepáticas e aumento da hepatomegalia, sendo observado inversão do fluxo no Doppler hepático no D+16. Em discussão com Hepatologia, aumentamos dose de Solumedrol e realizamos Plasmaférese. Pelos sinais de insuficiência hepática grave, realizado SPAD no D+17, após discussão com Nefrologia e Hepatologia. A partir do D+19, houve melhora gradual dos exames hepáticos e do rendimento plaquetário, redução do peso, da circunferência abdominal e da hepatomegalia, além de recuperação da função renal e retorno da diurese, sendo possível suspender a diálise no D+22. Houve normalização da função hepática no D+28. **Discussão:** as propriedades profibrinolítica, antitrombótica, anti-inflamatória, anti-isquêmica do Defibrotide auxiliam no controle das lesões endoteliais. Com a plasmaférese podemos remover metabólicos tóxicos observados na SOS. A albumina sérica é a principal proteína transportadora de várias substâncias endógenas e exógenas, como as acumuladas na insuficiência hepática. Estudos clínicos mostram que a técnica SPAD é capaz de reduzir níveis de bilirrubina dos pacientes e melhorar sua condição clínica, apesar da melhora pouco significativa nos níveis de uréia, creatinina e dos ácidos biliares. **Conclusão:** a combinação de terapias, como Defibrotide, Plasmaférese e SPAD, contribui para o tratamento da SOS severa, com bons resultados e resolução do quadro.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 227

EXPERIÊNCIA MULTICÊNTRICA DO USO DE RUXOLITINIB PARA TRATAMENTO DE DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO AGUDA E CRÔNICA PÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM CRIANÇAS - ANÁLISE RETROSPECTIVA

Garcia JL¹, Gomes AA², Fernandes JF^{3,4}, Gouveia R⁵, Mantovani LFAL^{3,4}, Ginani VC⁵, Cellot S¹, Richer J¹, Duval M¹, Teira P¹, Rocha V², Bittencourt H¹

¹*CHU Sainte Justine, Montreal, Canada*

²*Hospital Sírio Libanês*

³*Instituto de Tratamento do Câncer Infantil - HCFMUSP*

⁴*Hospital Israelita Albert Einstein*

⁵*Hospital São Camilo - Pompéia*

Introdução : Ruxolitinib é um inibidor oral de Janus Kinase - JAK1/JAK2 - aprovado nos EUA para o tratamento de mielofibrose intermediária e de alto risco. A inibição de JAK1/JAK2 reduziu doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) em modelos pré-clínicos e também em estudos clínicos em adultos. Em pediatria, um único estudo retrospectivo disponível incluiu 13 pacientes com DECH aguda resistente a corticoides (DECHa-CR) e mostrou sobrevida global de 45% e taxa de remissão completa de 9%. Dois pacientes com DECH crônica (DECHc) foram incluídos nesta publicação, sem outros relatos disponíveis. **Material e Métodos:** análise retrospectiva multicêntrica do uso de ruxolitinib para tratamento de DECH em 5 centros de transplante pediátrico (1 canadense e 4 brasileiros). **Resultados:** um total de 18 pacientes com DECHa (n=8) ou DECHc (n=10) foram incluídos entre 2014 e 2017. A idade mediana foi 6 anos (0-17) e os diagnósticos mais frequentes foram LLA (n=8) e LMA (n=5). Medula óssea foi a principal fonte utilizada (n=10), proveniente principalmente de doadores não-aparentados (idênticos em 9 e não idênticos em 7). Para os pacientes com DECHa, 8 tinham DECHa estágio 4 como apresentação inicial e 5/8 ainda estavam com estágio 4 no início do tratamento com ruxolitinib. A média de tratamentos prévios foi 3 (2-6). A taxa de resposta global foi 25% (2/8): 1 RC (12,5%) e 1 RP (12,5%). O tempo de resposta foi 7 dias para o paciente em RP e 10 dias para o único paciente com RC. O paciente em RP apresentou reativação da DECH após 4 semanas de tratamento. O paciente em RC faleceu alguns meses depois por infecção ainda em remissão da DECHa. No final do seguimento, todos os pacientes faleceram (4 de DECH. 2 de infecções associadas e 2 de microangiopatia trombótica). Um total de 10 pacientes com DECHc (pele, pulmões, olhos, fígado e tecido músculo esquelético) receberam ruxolitinib. Todos os pacientes tinham mais de um órgão acometido. Quatro pacientes apresentaram alguma resposta, 2/10 em RC e 2/10 em RP. Um paciente em RP (resposta completa cutânea, mas persistência de bronquiolite obliterante – BO) morreu por complicações após transplante pulmonar por BO. No último seguimento, 4 pacientes estavam vivos, dois ainda em uso de ruxolitinib, estando um em RC e outro em RP (ambos livres de corticoides). Uma recaída de leucemia foi documentada antes da introdução do ruxolitinib em paciente que foi a óbito com DECHc em RC. **Discussão:** nesta análise retrospectiva e com número limitado de pacientes, o benefício do uso de ruxolitinib em DECHa ou DECHc não é evidente embora alguns pacientes refratários tenham apresentado resposta. Pacientes pediátricos parecem não se beneficiar do ruxolitinib como os pacientes adultos, embora questões como a definição da dose a ser utilizada em pediatria ainda estejam em aberto. Nos pacientes com DECHa, houve um importante número de infecções, provavelmente relacionado ao avançado estado de imunossupressão dos pacientes. **Conclusão:** estudos prospectivos em andamento para tratamento da DECHa e DECHc com ruxolitinib devem estabelecer melhor o papel dos inibidores JAK1/JAK2 nesse contexto.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 228

PSEUDOTUMOR CEREBRI PÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO EM CRIANÇAS:
UMA RARA COMPLICAÇÃO DA CICLOSPORINA

Garcia JL¹, Cellot S¹, Bittencourt H¹, Vachon M¹, Haddad E¹, Duval M¹, Teira P¹

¹CHU Sainte Justine, Montreal, Canada

Introdução: Pseudotumor cerebri (PTC) é um distúrbio neurológico raro caracterizado por hipertensão intracraniana sem causa identificável em imagem cerebral. Não tratada, esta condição pode evoluir para perda visual permanente. PTC tem sido raramente relacionada ao uso de ciclosporina A (CsA) e excepcionalmente reportada após transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH). **Objetivos:** Reportar a apresentação, evolução e tratamento de duas crianças que apresentaram PTC secundário à CsA pós TCTH. **Material e Métodos:** O prontuário médico de duas crianças foi analisado retrospectivamente. A descrição clínica dos pacientes foi comparada com a literatura médica de PTC na infância. **Resultados :** Nenhuma das duas crianças tinha história familiar prévia de PTC. Os dois eram meninos, obesos e não tinham ainda apresentado puberdade. O paciente 1 tinha diagnóstico de doença maligna, enquanto o paciente 2, de doença não maligna. O nível sérico de CsA estava no intervalo terapêutico alvo para cada tipo de doença nos dois pacientes. O principal sintoma apresentado por ambos foi cefaleia e embaçamento visual. O paciente 1 também apresentou dor na nuca e em ombros. O paciente 2 apresentava náusea e vômitos intermitentes, associados à severa alteração do nível de consciência. Os sintomas começaram durante o primeiro mês após o transplante para o paciente 1, enquanto o paciente 2 estava assintomático até o 9º mês pós transplante. Desconhecimento sobre o risco de PTC e outros possíveis diagnósticos diferenciais mais frequentes nesse cenário clínico levaram à demora de 11 dias e de 1 mês para diagnosticar PTC nos pacientes 1 e 2, respectivamente. Finalmente, o diagnóstico de PTC foi evocado após descoberta de papiledema em exame de fundo de olho e confirmado por pressão de abertura na punção lombar maior que 250mm de H₂O. Nos dois casos, a diminuição (paciente 1) ou a retirada completa de corticoide (paciente 2) algumas semanas antes do início dos sintomas podem ter contribuído para o desenvolvimento de PTC. Houve rápida resposta clínica após a descontinuação de CsA e introdução de acetazolamida. A troca de CsA por tacrolimus não foi associada à recidiva de PTC mesmo após retirada de acetazolamida. O exame oftalmológico voltou ao normal após um ano do TCTH no paciente 1, enquanto uma atrofia unilateral de nervo óptico foi documentada dois meses após o diagnóstico de PTC no paciente 2. **Conclusão:** PTC induzido por CsA pode ocorrer em crianças após TCTH. É importante que os médicos estejam atentos a esta possível complicação afim de evitar atraso no diagnóstico, o que pode colocar o paciente em risco de perda visual permanente. A troca de CsA para tacrolimus pareceu efetiva para evitar PTC.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 229

SALVAGE HAPLOIDENTICAL STEM CELL TRANSPLANTATION WITH POST-TRANSPLANT CYCLOPHOSPHAMIDE FOR GRAFT FAILURE IN CHILDREN WITH NON-MALIGNANT DISEASES

Fernandes JF^{1,2}, Ribeiro A², Mantovani LF^{1,2}, Netto GZ², Venancio AM², Kerbauy FR², Silva CC², Kondo A², Colassanti MD¹, Zanicelli MA¹, Vince CCS², Brumatti M², Odone-Filho V^{1,2}, Hamerschlak N²

¹*Instituto da Criança - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

²*Hospital Israelita Albert Einstein*

Graft failure (GF) is a severe complication after hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) and has a high mortality rate. Reported incidences of GF are higher in patients receiving HSCT for non-malignant diseases. Salvage second HSCT can rescue patients after GF, but optimal conditioning regimen and donor source are yet to be determined. Here we show our experience with 11 paediatric patients with non-malignant diseases treated with T-cell replete haploidentical HSCT with post-transplant cyclophosphamide for graft failure after first HSCT. Between January 2011 and November 2017, 127 patients with non-malignant diseases were submitted to HSCT in two different institutions caring for paediatric patients. From these, eleven patients developed early graft failure and underwent a salvage second transplant. Diagnoses were: primary immune deficiencies (n=8), Diamond-Blackfan Anemia (n=1) and Leukodystrophies (n=3). Source of cells and donors for the first transplants were: haploidentical donor (bone marrow or peripheral blood stem cells), n=6; unrelated cord blood units, n=4; and unrelated bone marrow, n=2. Four patients had received myeloablative conditioning regimens and 8 had received reduced toxicity regimens. Graft failure was diagnosed as either failure to recover neutrophil counts (in 8 cases) or autologous reconstitution with recipient chimerism (in 4 cases). Median time from the first to the second transplant was of 48 days (range = 32 to 93 days). For the second transplant, all patients received T-cell replete grafts from a haploidentical relative (first or second degree). Cell source was bone marrow in 11 cases and granulocyte-colony stimulating factor was used in five donors before harvest. All patients received the same reduced toxicity conditioning regimen consisting of: fludarabine 30 mg/m² on days -6 to -2, cyclophosphamide 14.5 mg/kg on days -6 and -5, and total body irradiation 2 Gy on day -1. GVHD prophylaxis consisted of cyclophosphamide 50 mg/kg/d on days +3 and +4, tacrolimus or cyclosporine A and mycophenolate mofetil starting on day +5. All patients engrafted, 12 to 20 days after the second transplant, with complete donor chimerism. One patient died early after engraftment (Day + 19) from pulmonary haemorrhage. Three patients developed Acute GVHD (grades II-III), and nine patients had viral infections (most part CMV). Five patients developed chronic GVHD, that was severe in 3 cases. One patient died 22 months after transplant from severe pulmonary GVHD. Ten patients are alive with complete donor chimerism from 7 to 65 months after second transplants, and seven are off any immunosuppression. In conclusion, T-cell replete haploidentical HSCT with post-transplant cyclophosphamide can rescue patients after early graft failure with excellent engraftment. The high incidence of chronic GVHD in our cohort is an issue that has to be better prevented.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 230

PERFIL E STATUS ATUAL DO PACIENTE PEDIÁTRICO SUBMETIDO AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICO EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

Harter J¹, Battistel AP¹, Kuntz SR¹, Zuckermann J¹, Silva PO¹, Daudt LE¹, Paz AA¹

¹*Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Introdução: Nos últimos anos houve um aumento do número de pacientes que realizaram TCTH. No ano de 2017, na unidade de ambiente protegido do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a maioria dos transplantes alogênicos foram realizados em crianças e adolescentes. Portanto, esse trabalho teve por objetivo caracterizar estes pacientes, bem como descrever dados relacionados ao transplante e verificar o status atual do paciente. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo realizado a partir de dados obtidos dos prontuários eletrônicos do HCPA. Foram incluídos na amostra pacientes pediátricos com idades entre 0 e 19 anos que internaram para realização TCTH alogênico no ano de 2017. A avaliação do status atual considerou a última informação sobre o paciente em relação a óbito, recaída (no caso de doenças malignas), falha de enxertia ou sobrevida livre de doença. Esse trabalho é parte do projeto 17-0666 que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 22 pacientes, sendo que a maioria era do sexo masculino (59,1%), tinha entre 0 e 10 anos (59,1%) e pele branca (95,5%). Quanto à procedência, 45,5% eram de Porto Alegre (RS) e região metropolitana, 45,5% vinham de outras cidades do Rio Grande do Sul e 9,0% de Santa Catarina. Quanto ao estado nutricional, houve predominância de eutrofia (68,2%). Em relação ao tipo de doença, 11 (50,0%) pacientes tinham doenças malignas e 11 (50,0%) benignas. O diagnóstico mais frequente foi o de leucemia linfoblástica aguda (27,3%), seguido por síndrome mielodisplásica (13,6%). Quanto ao tipo de transplante, 63,7% dos pacientes realizou TCTH alogênico não aparentado, 13,6% TCTH alogênico aparentado e 22,7% realizou TCTH haploidentico. A mediana para enxertia neutrofílica foi no D+22 (Mín. D+13; Máx. D+27) considerando que 3 pacientes foram a óbito antes da pega, para 1 paciente a data da pega neutrofílica não estava disponível e 1 outlier foi excluído. Em relação ao status atual dos pacientes, a sobrevida livre de doença foi de 54,5%, houve 2 casos de falha de enxertia (9,1%) em pacientes com doenças benignas e 1 caso de recaída (4,6%). A mortalidade foi de 31,8%, sendo que 57,1% dos óbitos foram de pacientes com doença maligna. **Conclusão:** Entre os pacientes de TCTH alogênico houve predominância do sexo masculino e o diagnóstico mais frequente foi o de leucemia linfoblástica aguda. A mortalidade foi semelhante à descrita na literatura. A maioria dos pacientes da amostra apresentou um desfecho positivo em relação ao resultado do TCTH. Conclui-se que os resultados deste estudo corroboram aos descritos na literatura.

Palavras chave: Hematologia, pediatria, doenças hematológicas, transplante de medula óssea.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 231

NÍVEIS DA IL-6 PLASMÁTICA NA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO APÓS O TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS ALOGÊNICO

Farias MG¹, Morkis IVC¹, Habigzang M², Vicente BM², Pfaffenseller B³, Paz AA⁴, Daudt LE⁴

¹*Serviço de Patologia Clínica Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

²*Faculdade de Medicina da Universidade Federal Rio Grande do Sul*

³*Hospital de clínicas de Porto Alegre*

⁴*Serviço de Hematologia e TCTH Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

INTRODUÇÃO: O transplante de células tronco hematopoética alogênico (TCTHa) é uma terapia curativa para diversas doenças hematológicas, imunológicas e genéticas. O TCTH tem como uma das principais complicações a doença do Enxerto contra hospedeiro aguda (DECHa), que ocorre em mais de 30% dos pacientes, sendo importante causa de mortalidade. Estudos demonstram que um elevado número de citocinas inflamatórias, liberadas durante o regime de condicionamento e período pós-transplante, estão envolvidas na fisiopatologia da DECHa. A IL-6 é uma interleucina pleomórfica, produzida por vários tipos celulares, que atua como mediador de fase aguda da inflamação. Atualmente, não existem testes sanguíneos para prever a DECHa. Entretanto, medições de proteínas plasmáticas podem ser úteis, como potenciais biomarcadores, permitindo um diagnóstico acurado da doença sem a necessidade de procedimentos invasivos. **OBJETIVO:** Avaliar os níveis de IL-6, em pacientes que realizaram o TCTHa e a presença de DECHa. **MATERIAL E MÉTODOS:** Os níveis de IL-6 plasmática foram determinados antes e nos dias 7, 14, 28, 60 e 100 após o TCTHa. Os pacientes foram divididos conforme a presença ou ausência de DECHa. A concentração IL-6 foi determinada por citometria de fluxo, utilizando o reagente imunológico CBA flex set, IL6. Para a análise estatística foram descritas as medianas, percentis e o teste do qui-quadrado. $P < 0,05\%$ foi considerado significativo. **RESULTADOS:** Foram avaliados 52 pacientes pediátricos, 30 (57,7%) do sexo masculino, mediana de idade de 9 anos (1 mês-18,0 anos). Destas, 17 (32,7 %) apresentaram DECHa e 16 (30,8%), foram a óbito. Em relação ao condicionamento 26 (51,0%) receberam o regime mieloablativo e 23 (45,1%) receberam antitumoglobulina (ATG). Quanto ao tipo de TCTH, 9 (17,3%) foram aparentados, 15 (28,9%) haploidêntico e 28 (53,8%) não aparentado. Foi observado um aumento dos níveis de IL-6 após o TCTHa, independente da presença ou ausência de DECH, com picos nos D7 e D14, porém ao longo do período não houve diferença em relação ao basal ($P = 0,272$). Não foi encontrada associação significativa em relação ao tipo de regime de condicionamento ($P = 0,663$) e com uso de ATG ($P = 0,096$). **DISCUSSÃO:** O aumento nos níveis de citocinas proinflamatórias causado pelo regime de condicionamento, estimula as células apresentadoras de antígeno do receptor e ativam as células linfóides T do doador, que promovem a liberação de novas citocinas causando danos a órgãos alvos, como pele, fígado e intestino. Alguns estudos mostram associação da IL-6, com a presença ou a progressão de DECHa. Nosso estudo não encontrou associação significativa. Entretanto, os níveis de IL-6, encontram-se elevados após o transplante, apresentando picos nos primeiros 14 dias após o procedimento. **CONCLUSÃO:** A IL-6 é uma citocina proinflamatória, que se encontra elevada após o TCTHa independente da presença ou ausência de DECHa. Novos estudos são necessários para demonstrar a influência deste marcador e seus possíveis efeitos no curso do TCTHa.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 232

TRANSPLANTE APARENTADO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) PARA ANEMIA FALCIFORME

Gouveia RV¹, Garcia JL¹, Pupim M¹, Ginani VC¹, Marques JF¹, Santos FVB¹, Sazaki M¹, Santos KJ¹, Lima AC¹, Pita M¹, Seber A¹

¹*Hospital Samaritano de São Paulo*

A anemia falciforme (AF) está associada a importante morbimortalidade já na infância apesar das melhores medidas de suporte disponíveis, incluindo o diagnóstico no exame de triagem neonatal, educação da família, uso precoce de hidroxiuréia, doppler transcraniano seriado, vacinação e uso de antibiótico profilático nos primeiros anos de vida. Crianças com frequência tem acidentes vasculares cerebrais subclínicos, que causam queda importante no desempenho neuropsicológico, crises dolorosas e síndromes torácicas agudas de difícil diagnóstico diferencial com quadros infecciosos. TCTH é hoje a única opção curativa disponível, indicado para crianças com complicações clínicas graves e doador aparentado HLA-compatível. É fundamental o preparo adequado dos pacientes e familiares para o transplante, que deve ser realizado nas melhores condições possíveis, para não impor às crianças risco maior do que benefício. Trabalhando junto com a equipe da USP-Ribeirão Preto, centro de referência para o transplante para doença falciforme no país, foi oferecido em nosso serviço protocolo de transplante com condicionamento mieloablativo de toxicidade reduzida. Antes do início do condicionamento, pacientes foram extensamente avaliadas e oferecidos métodos de preservação de fertilidade. **Métodos:** O condicionamento foi realizado com Fludarabina 120mg/m², Bussulfano 3,2mg/Kg/dia por 4 dias com AUC 4.000/dia e globulina anti-timocítica 5 mg/kg. Para profilaxia de doença do enxerto contra hospedeiro (DECH), foram também usados ciclosporina e metotrexate. Enxerto obrigatório medula óssea com número alvo de 5×10^6 CD34/kg. **Resultados:** Duas meninas com anemia falciforme foram transplantadas segundo este protocolo com doador aparentado AA, HLA-compatível: a primeira, com 10 anos, por acidente vascular cerebral extenso, já em regime de hipertransfusão e a segunda, com 16 anos de idade, por síndromes torácicas agudas e crises dolorosas de repetição sem resposta à hidroxiuréia. Ambas realizaram ooforectomia laparoscópica unilateral para criopreservação de cortical imediatamente antes do TCTH sem nenhum efeito adverso. A criança de 10 anos teve pega neutrofílica em 19 dias. A toxicidade mais importante foi hipertensão arterial sistêmica, além de reativação de citomegalovírus e pancreatite. Não teve DECH. Está 2,5 anos após o TMO com quimerismo misto estável > 80% e eletroforese de hemoglobina normal, assintomática. A segunda paciente, adolescente, teve mucosite grau 3 e manteve crises dolorosas repetidas, mesmo sem HbS detectável. Enxertia ocorreu no D+17. Apresentou neutropenia febril, hepatite viral, reativação de citomegalovírus e herpes zoster, com várias re-internações. Apresentou DECH aguda de trato gastro intestinal que respondeu prontamente a corticoide e DECH crônica em olho e boca, tratada com sirolimus, topicos e irradiação linfonodal total, com resposta completa. Foi recém diagnosticada com múltiplas necroses ósseas avasculares, em seguimento com ortopedista. Mantém também quimerismo misto > 70% e ausência de HbS. **Conclusão:** Transplante alogênico aparentado para AF é factível, mas associado a inúmeras complicações que não ocorrem em transplantes para outras doenças pediátricas. O trabalho multidisciplinar e colaboração com centros de excelência são fundamentais para o sucesso terapêutico.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 233

TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: EXPERIÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA EM SÃO PAULO

Gomes AA¹, Mafra ABB¹, Fante NF¹, Pereira TDM¹, Novis Y¹, Rocha V¹

¹*Hospital Sírio-Libanês*

INTRODUÇÃO: O Transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) é a melhor/única terapia curativa para algumas patologias na população pediátrica, incluindo doenças malignas, como Leucemias e Linfomas, e não-malignas: hemoglobinopatias, síndromes de falência medular, imunodeficiências e erros inatos do metabolismo. Alguns fatores influenciam na morbimortalidade relacionada ao TCTH como comorbidades do paciente e status da doença de base. Os avanços das últimas décadas proporcionaram aumento significativo dos sobreviventes. **OBJETIVO:** Relatar dados de pacientes pediátricos submetidos à TCTH em uma instituição privada em São Paulo. **MATERIAL E MÉTODO:** Análise retrospectiva dos pacientes pediátricos submetidos a TCTH alogênico no período de junho/2011 a dezembro/2017, no Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, avaliando doador, fonte de células, toxicidades e doença do enxerto contra hospedeiro (DECH). **RESULTADOS:** No período analisado, foram realizados 57 TCTH em 50 pacientes (7 pacientes realizaram 2º TCTH: 2 por falha de enxertia e 5 por recaída de doença). Nos pacientes com doenças malignas (n=40, 80%), Leucemia Linfoblástica Aguda (n=24) era a mais frequente, realizamos 46 TCTH: 13% com irmão HLA compatível, 8% com doador haploidêntico e 79% com doador não aparentado (NA). Desses NA (n=36), 18 HLA 10/10, 18 <10/10; a fonte medula óssea foi usada em 11 pacientes, 14 sangue periférico e 11 sangue de cordão umbilical. Nos pacientes com doenças não-malignas (aplasia de medula óssea ou outras citopenias-n=6, osteopetrose-n=2, imunodeficiências-n=2), realizamos 11 TCTH: 36% com irmão HLA-idêntico, 18% haploidêntico, 46% NA, com medula óssea a fonte mais frequente (63%) e o restante sangue de cordão umbilical. Das toxicidades precoces, observamos, nas doenças malignas, Mucosite em 36 TCTH, sendo 14% grau IV, e Síndrome de obstrução sinusoidal (SOS) em 11%, com 1 caso de SOS severa e boa resposta à terapia instituída. Já entre as não-malignas, observamos 5 casos de Mucosite (graus I e II) e 1 caso de SOS, que foi severa e também respondeu à terapia. Diagnosticamos DECH em 65% dos TCTH, apenas 7% dos casos em paciente com doença não-maligna. Observamos DECH grau III e IV apenas nos pacientes com doença maligna (24%). A sobrevida global em 5 anos foi de 57% (+7). Todos os pacientes que realizaram TCTH por doenças não-malignas encontram-se vivos e em seguimento. Entre os casos de doença maligna, ocorreram 17 óbitos, sendo 65% por recaída da doença; com sobrevida global de 48% (+8). **DISCUSSÃO:** A melhora significativa na sobrevida deve-se aos avanços desde o primeiro TCTH até hoje, com maior conhecimento sobre HLA, menor toxicidade dos condicionamentos, melhoria na profilaxia e tratamento da DECH, participação da equipe multidisciplinar e formação de grupos cooperativos. **CONCLUSÃO:** resultados pós TCTH desta instituição parecem ser semelhantes aos dados publicados na literatura médica. Os desfechos das crianças transplantadas por doenças não-malignas são muito encorajadores apesar do número pequeno.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 234

INFUSÃO PROFILÁTICA SERIADA DE LEUCÓCITOS DO DOADOR (DLI) APÓS
TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) HAPLOIDÊNTICO
MIELOBLATIVO COM CICLOFOSFAMIDA PÓS-TRANSPLANTE PARA PREVENÇÃO DE
RECIDIVA EM DOENÇAS AVANÇADAS

Gouveia RV¹, Ginani VC¹, Macedo CRD¹, Hashimoto C¹, Zamperlini G¹, Curti DL¹, Souto EJ¹

¹*Hospital São Camilo Pompéia*

Mesmo com os avanços atuais no tratamento das neoplasias malignas, doenças recorrentes e refratárias ainda representam grande desafio. O TCTH para pacientes com doenças resistentes a esquemas quimioterápicos habituais tem resultados desapontadores. Após o transplante, outras modalidades têm sido estudadas com intuito de reduzir a chance de recidiva, incluindo terapia de manutenção, novas drogas alvo e terapia celular, incluindo a infusão de linfócitos do doador (DLI). A alorreatividade dos linfócitos T do doador contra a leucemia é conhecida há mais de duas décadas, mas seu uso é reservado para tratamento de nova recidiva ou progressão após o TCTH, evitando o risco de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). Poucos pacientes têm resposta duradoura neste contexto. O transplante haploidêntico com ciclofosfamida (Cy) pós-transplante para prevenção de DECH tem sido cada vez mais utilizado em transplantes urgentes ou quando não se encontra doador compatível na família ou registros. Existe ainda incerteza quanto a comprometimento do efeito do enxerto contra a leucemia com a Cy pós-TCTH, potencialmente aumentando chance de recidiva. O **objetivo** deste trabalho é descrever protocolo de TCTH haploidêntico com Cy pós e DLI profilática. **Método:** Pacientes com doenças hematológicas avançadas seguiram protocolo descrito por Jaiswal SR, et al. [Biol Blood Marrow Transplant. 2016;22(10):1867-73] com Fludarabina 30 mg/m²/dia por 5 dias, Bussulfano 9,6 mg/kg IV por 3 dias, Melfalano 140 mg/m² no D-1. Profilaxia DECH com Cy pós D+3 e D+4, CsA e MMF a partir do D+5. Sem DECH, MMF é reduzido entre os D+14 e D+21 e CsA reduzida no D+60 e suspensa em 4 semanas. Enxerto células-tronco periféricas, 5-10x10⁶ CD34/kg. DLI profilática é administrada se não há DECH nos D+21 (1x10⁶ CD3/kg), D+35 (5x10⁶ CD3/kg) e D+60 (idem). G-SCF só recomendado em caso de sepse ou ausência de sinais de pega no D+14. **Resultados:** 1º) menina, 14 anos, com Leucemia Mielóide Aguda refratária (80% de blastos na medula) realizou TCTH haploidêntico da mãe. Recebeu as três DLI profiláticas. Evoluiu com infecção por herpes 6 do trato gastrointestinal (TGI) e herpes zoster. Após 3 meses do TCTH, teve novamente DECH TGI e proteinúria que responderam a corticoide habitual. Atualmente, encontra-se em remissão completa 7 meses pós-TCTH. 2º) Menino, 7 anos, com neuroblastoma estágio 4, 1º TCTH autólogo em Ago/16 e recidiva em local primário e osso. Teve boa resposta parcial, mas má tolerância ao esquema de reindução, com neutropenia persistente e quadro sugestivo de mielodisplasia secundária. Foi submetido a TCTH haploidêntico da mãe. Infecção por adenovírus respondeu a cidofovir e IgG. Encontra-se no D+75 sem DECH, em remissão da displasia e do neuroblastoma. **Conclusão:** a DLI precoce após condicionamento mieloblatoivo TCTH haploidêntico e Cy pós é viável e muito promissora no tratamento de crianças com doenças refratárias.

Área: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Sub-tópico: **Transplante Pediátrico (autólogo e alogênico)**
Trabalho: 235

POTENTE AÇÃO ANTI-LEUCÊMICA DO BLINATUMOMABE ASSOCIADO À INFUSÃO DE LEUCÓCITOS DO DOADOR (DLI) PARA TRATAR RECIDIVA DE LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA DE LINHAGEM B (LLA) PEDIÁTRICA APÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) COM DOADORES ALTERNATIVOS

Seber A¹, Ginani VC¹, Gouveia RV¹, Marques JF¹, Santos FVB¹, Lima AC¹, Andrade CF¹, Leite CAR¹, Costa DCR¹, Paiva PM¹

¹Hospital Samaritano de São Paulo

A recidiva de LLA após TCTH é grave e geralmente fatal, exceto em raros casos de recidiva extra-medular ou tardia, em que é possível realizar radioterapia e/ou segundo TCTH. As respostas da LLA às DLIs são desapontadoras. Além disso, a possibilidade de DECH grave é muito grande quando a DLI é administrada precocemente após TCTH com doadores alternativos. Um segundo TCTH pode ser realizado se a recidiva ocorre mais de 6 a 12 meses após o 1º, mas dois condicionamentos mieloablativos são associados a alta mortalidade associada ao procedimento. Assim, são poucas as alternativas de tratamento para LLA recidivada após TCTH. Blinatumomabe é uma molécula bi-específica construída para aproximar linfócitos T CD3+ e os blastos CD19+, induzindo apoptose da célula tumoral. Sua vida média é curta, o que implica em infusão contínua. As respostas na recidiva após TCTH são habitualmente transitórias. O racional para combinar blinatumomab e DLI é guiar os linfócitos T CD3+ do doador para as células leucêmicas CD19+, potencialmente aumentando a efetividade de ambas as estratégias e reduzindo a chance de DECH. **Métodos:** Blinatumomabe foi iniciado em infusão contínua para pacientes com recidiva morfológica de LLA e, a partir de 48 horas após o seu início, com a resolução dos sintomas clínicos associados à liberação de citocinas, foi administrada dose escalonada de leucócitos do doador, uma DLI em cada ciclo, até que o paciente apresentasse remissão completa e/ou algum sinal de DECH aguda ou crônica. **Resultados:** Quatro crianças foram tratadas com Blinatumomabe para recidiva de LLA após TCTH. Mediana de idade ao TCTH 8,5 anos (3-18). 1º) Menina de 3 anos, LLA MLL+ recidivada 4 meses após TCTH não aparentado 10x12; não teve nenhuma resposta ao Blinatumomabe e DLI, evoluindo com hiperleucocitose, leucostase, DECH aguda e faleceu por sepse fúngica após quimioterapia de resgate. Os três outros pacientes atingiram remissão completa: 2º) Menina de 4 anos com LLA MLL+ recidivada 2 meses após TCTH não aparentado 10x10, teve resposta completa ao Blinatumomabe e DLI 1,5 x 10⁷ CD3/kg; teve DECH crônica oral, genital e pulmonar, mantendo remissão completa há 8 meses. 3º) Menino de 13 anos LMC crise blástica linfóide recidivada após dois TCTH (aparentado e não aparentado 10x10). Teve resposta completa a Blinatumomabe e DLI 1x10⁸ CD3/kg com DECH crônica leve de pele e ocular resolvida apenas com tratamento tópico. Dois meses após suspensão do blinatumomabe apresentou aumento do BCR-ABL e DRM 0,01%, reiniciando a medicação e novamente obtendo resposta completa. 4º) Menino de 18 anos com LLA Ph+ submetido a TCTH haploidêntico da mãe em 3ª remissão, apresentou recidiva medular um ano após TMO. Recebeu 5 ciclos de blinatumomabe e DLI com aumento progressivo de 1x10⁶ até 1x10⁸ CD3/kg; teve DECH crônica moderada já resolvida com tratamento sistêmico e mantém-se em remissão há 2,5 anos. **Conclusão :** No total, três das quatro crianças atingiram remissão completa de LLA recidivada após TMO com o uso de blinatumomabe e DLI. Todas apresentaram DECH cortico-responsiva. Concluímos que esta estratégia é factível e deve ser explorada para o tratamento de recidiva de LLA de linhagem B após TCTH, mesmo com doadores alternativos.

Área: **REDOME**
Sub-tópico: **REDOME**
Trabalho: 236

PERFIL GENÉTICO DO LOCO HLA-DRB1 EM DOADORES VOLUNTÁRIOS DE MEDULA ÓSSEA DA REGIÃO SUDOESTE DO ESTADO DO PARANÁ.

Noguti EN¹, Saito CF¹, Xavier DTS¹, Araujo MC¹, Kulza RA¹, Santos SAGD¹, Tsuneto LT¹

¹*Histogene Laboratório de Histocompatibilidade e Genética Ltda.*

Introdução: O sistema HLA é altamente polimórfico e suas frequências variam entre os diferentes grupos populacionais e étnicos. Os produtos do loco HLA-DRB1 apresentam no éxon 2 uma função biológica significativa no desencadeamento da resposta imune, responsável pela apresentação do peptídeo aos Linfócitos T CD4⁺. O sucesso de um transplante depende fundamentalmente da compatibilidade de sítios de reconhecimento (epitopos) entre o par doador-receptor. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi apresentar a diversidade alélica do loco DRB1 e suas frequências em uma população de doadores voluntários de medula óssea da região sudoeste do estado do Paraná. **Material e Métodos:** Um total de 3.468 amostras de doadores voluntários de medula óssea foram genotipadas no loco HLA-DRB1 por PCR-SSOP, tecnologia Luminex (One Lambda®, CA, USA), no período de janeiro a agosto de 2017. Os genótipos do grupo G1 foram inferidos baseando-se nos grupos alélicos mais frequentes observados em nossa população. As frequências alélicas e os genótipos homozigotos foram calculados por contagem direta. **Resultados:** No total foram observados 65 grupos alélicos, sendo os mais frequentes: *DRB1*07:01* (13,09%), *DRB1*03:01* (9,02%), *DRB1*11:01* (8,28%), *DRB1*15:01* (7,15%), *DRB1*13:01* (6,89%) e *DRB1*01:01* (6,57%). Todos estes grupos são predominantemente encontrados em descendentes caucasóides. Grupos alélicos de populações miscigenadas foram observados em menor frequência, porém significativos: *DRB1*13:02* (4,19%), *DRB1*11:04* (3,38%), *DRB1*01:02* (3,07%), *DRB1*08:04* (1,03%). Grupos alélicos típicos de populações ameríndias também foram observados em baixa frequência, dentre eles: *DRB1*16:02* (1,77%), *DRB1*09:01* (1,67%), *DRB1*04:11* (1,57%) e *DRB1*08:07* (0,62%). Grupos alélicos *DRB1*10:01* (1,71%) e *DRB1*15:03* (0,99%) são exclusivos de descendentes negróides. Grupos alélicos de baixíssimas frequências, de origem oriental, também foram observados: *DRB1*12:02* (0,14%) e *DRB1*14:03* (0,02%). Os seguintes grupos alélicos bem documentados (CWD) também foram observados em nossa amostra: *DRB1*13:22*, *DRB1*13:36*, *DRB1*14:13* e *DRB1*14:29*. A frequência de genótipos homozigotos foi de 6,38%. **Discussão e Conclusão:** O estudo biológico comprova que a população brasileira é constituída por uma grande diversidade genética, resultado da miscigenação entre três principais grupos: caucasóides, negróides e ameríndios. O presente estudo demonstrou que a composição genética da população de doadores voluntários de medula óssea analisada apresenta alto grau de heterogeneidade e é na sua maioria, constituída por descendentes caucasóides e miscigenados.

Palavras-chave: HLA-DRB1, alelos, polimorfismo, população, perfil genético.

Área: **REDOME**
Sub-tópico: **REDOME**
Trabalho: 237

QUANTITATIVO DE EXPORTAÇÃO DE AMOSTRA DE DOADORES NACIONAIS PARA PACIENTES INTERNACIONAIS PARA REALIZAÇÃO DE EXAME CONFIRMATÓRIO DE TIPAGEM.

Arrais PSN¹, Tavares NS¹, Martins FS¹, Vidmontiene DA¹, Almada AJ¹, Oliveira DCM¹

¹REDOME - INCA

Introdução: O Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea (REDOME) cresce a cada ano e se torna mais presente na área internacional, recebendo cada vez mais solicitações de doadores nacionais para pacientes internacionais através dos registros de doadores de outros países. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo identificar o quantitativo de amostras de sangue coletadas nos Hemocentros do Brasil e exportadas para realização de exame confirmatório (CT) dos doadores nacionais para os pacientes dos Registros Internacionais, relacionando diretamente com o local de residência do potencial doador de medula óssea. **Material e método:** Foi realizado o levantamento dos pedidos atendidos de amostra de sangue para realização de exame confirmatório (CT) de doadores nacionais para pacientes internacionais no sistema de gestão do REDOME entre os anos de 2015 a 2017. **Resultado :** No período de 2015 a 2017 foram solicitados um total de 2972 pedidos de amostra de sangue, analisamos que 48% são de doadores originados da região sudeste, sendo 29% do total de pedidos de amostra para CT somente do estado de São Paulo, no qual possui o maior número de doadores cadastrados no REDOME. Seguido do estado de Minas Gerais com 12% e o segundo estado com o maior número de doadores cadastrados, o Rio de Janeiro aparece apenas com 4% do total de pedidos e em 5º lugar em número de doadores cadastrados. A região sul apresenta 22% do total, sendo a segunda região com maior número de coleta de amostras exportadas para realização de teste confirmatório, com destaque para o estado do Paraná 10% e o estado do Rio Grande do Sul com 9% do total de pedidos de amostra de CT, respectivamente o 3º e o 4º estados com o maior número de doadores cadastrados. A região nordeste representa 14% do total de pedidos, em seguida a região centro-oeste com 9% e por fim a região norte com 6% dos pedidos. **Discussão e Conclusão:** Concluímos que os estados que mais exportaram amostras durante o período de 2015 a 2017 são os mesmos estados com os maiores números de doadores cadastrados no REDOME e que os países que mais solicitaram amostras dentro deste período foram respectivamente: Estados Unidos, França, Argentina, Reino Unido e Alemanha. Deduzimos neste estudo que a quantidade de exportação estaria relacionada ao histórico de imigrações no passado, entretanto há carência de estudos que correlacionem a genética dos estados brasileiros com a população dos principais países de destino das amostras.

Área: **REDOME**
Sub-tópico: **REDOME**
Trabalho: 238

ANÁLISE DE DISCREPÂNCIAS OBSERVADAS ENTRE RESULTADOS DE 1ª OU 2ª FASE E EXAMES DE TIPIFICAÇÃO CONFIRMATÓRIA (CT) DE DOADORES E PACIENTES CADASTRADOS NO REDOME/REREME.

Farias TPD¹, Lopes RB¹, Carneiro VA¹, Claudino RE¹, Cardoso JF¹, Almada AJ¹, Oliveira DCM¹

¹REDOME - INCA

Introdução: A precisão nos resultados de tipificação HLA de pacientes candidatos ao transplante de medula óssea e de doadores voluntários de medula óssea, assim como a inserção fidedigna destes resultados nos sistemas de gerenciamento do REREME (Registro de receptores de medula óssea) e REDOME (Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea) são de extrema importância para o cruzamento adequado destes dados e identificação de doador com a compatibilidade desejada. A análise de discrepância em tipagens HLA visa adequação aos requisitos para o processo de certificação internacional do REDOME junto à WMDA (World Marrow Donor Association). **Objetivos:** Analisar se os resultados discrepantes identificados nas tipagens HLA de pacientes e de doadores alteraram a compatibilidade inicialmente verificada no sistema de gerenciamento de busca do REDOME (Sismatch). **Material e métodos:** Foram verificadas as divergências entre os resultados de 1ª ou 2ª fase e os de CT de pacientes e doadores ao longo do ano de 2017. Destas, foram selecionadas as que tiveram o resultado alterado na 1ª/2ª fase, e analisado se após a retificação dos resultados houve mudança na compatibilidade inicialmente definida pelo Sismatch. **Resultados:** Em 2017 foram recebidos 2466 resultados de CT, dos quais 70 (0,3%) apresentaram discrepâncias com relação aos resultados de 1ª/2ª fase. Destes, 36 (51,4%) tiveram alteração em relação à compatibilidade inicial, onde 21 (58,3%) tiveram aumento e 15 (41,6%) tiveram diminuição do número de *loci* compatíveis. **Discussão e Conclusão:** De acordo com o observado neste estudo 51,4% das discrepâncias resultaram em alterações na compatibilidade inicial, afetando o perfil da busca, em alguns casos pacientes passaram a ter doadores com o match desejado pela equipe transplantadora enquanto outros, perderam compatibilidade com doadores previamente selecionados para exames complementares. Estas alterações afetam o curso das análises de busca gerando impacto no número de solicitações de exames para doadores, tendo em vista que a partir da mudança da tipagem HLA do paciente e/ou doador ocorreu exclusão de doadores anteriormente testados ou houve necessidade de incluir novos doadores para teste complementar. Da mesma forma, o ganho de novos doadores compatíveis também afeta o sistema tendo em vista que não haveria necessidade de serem solicitados mais exames para doadores de determinado paciente. Os dados apresentados neste estudo são aqueles que anualmente o REDOME reporta à WMDA, porém o REDOME também analisa casos de divergência entre exames de 1ª e 2ª fase, que sequer evoluem para a CT (n=94, dados não mostrados neste trabalho), aumentando ainda mais o número de solicitações que podem ser feitas de forma desnecessária. Divergências que afetem de forma positiva ou negativa o processo de busca geram impactos financeiros ao Sistema Único de Saúde (SUS) bem como influenciam o tempo de busca para pacientes que necessitam de um doador compatível.

Área: **REDOME**
Sub-tópico: **REDOME**
Trabalho: 239

ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE IDADE E GÊNERO, NA SELEÇÃO DE DOADORES NACIONAIS NÃO APARENTADOS PARA TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS.

Carneiro VA¹, Claudino RE¹, Farias TPD¹, Lopes RB¹, Cardoso JF¹, Almada AJ¹, Oliveira DCM¹

¹REDOME - INCA

Introdução: O Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) tem aproximadamente 4,5 milhões de doadores cadastrados. Os pacientes candidatos à transplante de medula óssea com doador não aparentado têm sua busca iniciada após serem inseridos no sistema REREME (Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea). A seleção do doador é baseada principalmente na compatibilidade HLA, porém existem outras características consideradas como: idade, compatibilidade ABO, gênero, sorologia CMV (citomegalovírus) e massa corporal que afetam o resultado do transplante. **Objetivos:** Avaliar o perfil dos doadores nacionais selecionados para realizar transplante em relação a idade e ao gênero nos anos de 2016, 2017 e primeiro quadrimestre de 2018. **Material e Métodos:** Levantamento de dados no sistema Sismatch referente aos anos de 2016, 2017 e 2018 (quadrimestre), considerando o número de doadores nacionais selecionados para transplante alogênico não aparentado. **Resultados:** Em 2016 foram realizados 275 transplantes de medula óssea utilizando doadores nacionais, dos quais 160 (58%) eram do gênero masculino. Em 2017 foram transplantados 268 pacientes e a escolha por doador masculino foi em 179 casos (67%). No primeiro quadrimestre de 2018, dos 76 transplantes realizados, 53 (70%) foram realizados com doadores do gênero masculino. A mediana de idade dos doadores também foi avaliada. Em 2016, a mediana de idade dos doadores selecionados foi de 33 anos (19;56). Em 2017, 31 anos (19;56), e em 2018, 32 anos (20;55). **Discussão e Conclusão:** Observamos que os centros transplantadores, têm optado por doadores do gênero masculino e de faixa etária inferior a 40 anos e que, a escolha por doador do gênero feminino e/ou de idade superior a 40 anos, grande parte das vezes, justifica-se pela ausência de doadores com melhor compatibilidade HLA. Este perfil de seleção de doador mais jovem pode ser justificado porque as células sofrem, ao longo do tempo, modificações como encurtamento do telômero, acúmulo de danos do DNA e modificações epigenéticas, porém, os efeitos biológicos sofridos pelas células em decorrência da idade do doador ainda não são bem definidos. Com relação à preferência por doadores do gênero masculino, está relacionado ao fato desses doadores apresentarem maior massa corporal do que os do gênero feminino e com o aumento do número de casos de GVHD (Graft versus Host Disease) associada a mulheres multíparas. Os dados apresentados neste trabalho apontam para a necessidade de uma discussão a respeito da idade limite para inscrição de novos doadores no REDOME, o que poderia ser reavaliada a partir de uma ótica de restrição do número de cadastros de doadores cuja idade é superior a 45 anos, tendo em vista o impacto financeiro associado a inserção de doadores com faixa etária que apresenta baixa probabilidade de ser selecionada para o transplante.

Área: **REDOME**
Sub-tópico: **REDOME**
Trabalho: 240

PERFIL HLA-A*02 DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: ESTRATÉGIAS DE ESPACIALIZAÇÃO E GEOREFERENCIAMENTO

Boquett JA^{1,2}, Oliveira MZ^{1,3}, Pôrto LC^{4,5}, Schüler-Faccini L^{1,2}

¹*Instituto Nacional de Genética Médica Populacional*

²*Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular, Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

³*Advanced Visualization Laboratory (VIZLab), Universidade do Vale dos Sinos*

⁴*Laboratório de Histocompatibilidade e Criopreservação, Universidade Estadual do Rio de Janeiro*

⁵*Rede Brasil de Imunogenética*

Com mais de 18 mil alelos já descritos até o presente, os genes HLA são notadamente os genes mais polimórficos do genoma humano. Suas frequências alélicas variam em populações de diferentes regiões do mundo. No gene HLA-A, o grupo alélico 02 é o mais frequente, atingindo frequência aproximada de 25% na população brasileira. O Brasil possui com o terceiro maior registro de doadores voluntários de medula óssea (REDOME) do mundo, contando com mais de 4 milhões de doadores registrados até o momento. A população brasileira é uma das mais heterogêneas do mundo, tendo sido formada pela mistura de povos oriundos de três continentes: nativos americanos, europeus e africanos, resultando em grandes diferenças no *background* étnico da sua população de acordo com cada região do país. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o Brasil está dividido em cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. O grande território do país, juntamente com a grande diversidade genética em sua população, compõem desafios a serem superados no desenvolvimento de um registro de doadores de medula óssea que represente todas as subpopulações brasileiras. Este trabalho tem como objetivo caracterizar a população doadora de medula óssea do Brasil, contribuindo para a formação de estratégias efetivas na gestão de programas de transplante de medula óssea, bem como contribuir no entendimento da ancestralidade da população brasileira. Foram estimadas as frequências alélicas para cada estado e cidade. Apenas cidades com 100 ou mais doadores registrados foram incluídos no estudo, totalizando mais de 4 milhões de indivíduos distribuídos em 2274 cidades de todo o território nacional. A partir das frequências alélicas, foram calculadas as distâncias de Prevosti entre os estados e gerados *plots* de escala multidimensional (MDS). As frequências obtidas para HLA-A*02 em cada cidade foram georreferenciadas através do interpolador de distância inversa ponderada (IDW) e realizada análise agrupamento (*cluster*) (Getis-Ord *gi e Getis-Ord General G). Os resultados revelam estruturação da população brasileira muito semelhante à divisão regional proposta pelo IBGE. As análises de georreferenciamento e de agrupamento são concordantes com o observado no gráfico de MDS. São observados valores de frequência alta para HLA-A*02 na região Sul (*hot spot*) e valores baixos (*cold spot*) nas regiões Nordeste, Sudeste (exceto São Paulo), e no estado de Mato Grosso do Sul. Além disso, é possível observar *outliers* em distintas regiões do país. Este trabalho apresenta dados úteis na caracterização da variação genética HLA em regiões, estados e cidades do Brasil. Variações nas frequências alélicas observadas podem refletir processos de colonização e povoamento distintos no território nacional. A caracterização da variação HLA no Brasil é valiosa para campanhas de recrutamento de medula óssea e pode contribuir para o entendimento do contexto histórico e demográfico do Brasil.

Área: **REDOME**
Sub-tópico: **REDOME**
Trabalho: 241

PROJETO DE LEI DE CRIAÇÃO DO PROGRAMA DOADOR SOLIDÁRIO DO AMANHÃ NAS ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO DO ESTADO DE RONDÔNIA

Castro OB¹, Santos RS², Lima RA¹, Marques GDM^{1,3}

¹*Faculdades Integradas Aparício Carvalho*

²*Assembléia Legislativa do Estado de Rondônia*

³*NATIVIDA*

Introdução: Diante das inúmeras dificuldades encontradas pelos hemocentros em manter os estoques adequados de sangue, a educação em saúde surge como estratégia de captação, com o intuito de tornar a doação parte de hábitos e valores da população, bem como aumentar o número de doadores voluntários de medula óssea a partir dos doadores regulares de sangue. As patologias relacionadas a este componentes são margeadas de muitas dúvidas, principalmente, quanto ao diagnóstico e tratamento corretos. A criação de um programa para esclarecimento destes procedimentos e fomentação do ato de doação, possui fundamental relevância na saúde pública do Estado. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi a elaboração de um programa intitulado “Doador Solidário do Amanhã”, com a proposta de, junto as escolas estaduais e privadas de ensino fundamental e médio, ressaltar e afirmar a importância da doação de sangue e de medula óssea, esclarecer o procedimento de doação e, realizar campanhas nestas escolas para divulgação e sensibilização de doadores de sangue e/ou medula óssea. **Metodologia:** Foi realizado um estudo do tipo ecológico, observacional e transversal, com métodos bibliográfico e documental. Sendo dessa forma, elaborado e proposto junto à Assembleia Legislativa do Estado de Rondônia um Projeto de Lei de criação do Programa “Doador Solidário do Amanhã”. **Resultados:** O Programa foi instituído no Estado de Rondônia através da Lei nº3.920, de 14 de outubro de 2016 (Diário Oficial Estado de Rondônia N°193), com a finalidade de conscientização dos alunos do ensino fundamental e médio da rede pública e privada de ensino, acerca da doação voluntária de sangue e medula óssea. **Considerações finais:** Com a implementação desta Lei, serão captados futuros doadores, além de desenvolver a sociabilidade e o interesse acerca deste tema nos alunos.

Área: **REDOME**
Sub-tópico: **REDOME**
Trabalho: 242

FREQUÊNCIA DE ALELOS E HAPLÓTIPOS HLA DE CORDÕES ARMAZENADOS NO BSCUP/INCA

Vieira PFC¹, Morais CCPL¹, Baiense LN¹, Paraguassú-Braga FH¹, Bouzas LFS¹, Cruz AF¹, Lerner D¹

¹*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*

Introdução: O complexo HLA (antígeno leucocitário humano) é expresso em células nucleadas do organismo. Sua função é apresentar peptídeos antigênicos aos linfócitos com o objetivo de ativar a resposta imunológica específica. O conhecimento das frequências grupo alélicas e haplotípicas é uma ferramenta importante para os processos de busca e estudos de compatibilidade entre receptores e doadores não aparentados para transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH), minimizando o tempo de busca, reduzindo o número de doadores a serem testados nas fases subsequentes do processo de seleção e direcionando as buscas.

Objetivo: O presente estudo teve por finalidade estimar as frequências dos alelos e haplótipos HLA dos cordões armazenados no BSCUP/CEMO/INCA.

Material e Métodos: As frequências de alelos e haplótipos HLA-A*, HLA-B* e HLA-DRB1* foram analisadas em uma amostra de 2.569 bolsas de sangue de cordão umbilical armazenados entre janeiro de 2011 e setembro de 2017, no Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP), Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) do Instituto Nacional do Câncer José Alencar (INCA). A tipificação de HLA foram realizadas por técnicas de biologia molecular em baixa-média resolução para os loci HLA-A*e -B*, pela técnica de Reação em Cadeia da Polimerase (PCRSSOP-Polymerase Chain Reaction – Sequence-Specific Oligonucleotides Probes). Foi realizada análise de alta resolução para -DRB1*, que utiliza um conjunto adicional de primers (SSP) ou sondas (SSO), permite a identificação dos alelos propriamente ditos.

Resultados: Foram identificados 20 grupos alélicos HLA-A*, 33 HLA-B* e 57 HLA-DRB1*(alta resolução). Os alelos mais frequentes de cada locus foram: HLA-A*02 (23,4%), HLA-B*15 (10,3%) e HLA-DRB1*07:01 (12,3%). O haplótipo mais frequente foi A*29-B*44-DRB1*07:01 (1,3%).

Conclusão: O Conhecimento do perfil imunogenético dos cordões armazenados auxilia na agilidade do processo de TCTH, decrescendo as filas de espera por transplante e proporcionando aumento da sobrevida dos receptores. Além disso, contribui para o entendimento histórico e antropológico da região.

Área: **REDOME**
Sub-tópico: **REDOME**
Trabalho: 243

PROJETO DE EXTENSÃO DA UFPR NA CONSCIENTIZAÇÃO DE DOADORES VOLUNTÁRIOS DE MEDULA ÓSSEA

Picchioni EA¹, Zeck SC¹, Castro JM², Bicalho MG¹

¹*LIGH-UFPR*

²*HEMEPAR*

Os pacientes que necessitam de um transplante de medula óssea e não encontram um doador compatível na família, dependem de um doador voluntário cadastrado no REDOME (Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea). A chance de encontrar um doador não aparentado é de 1/100.000, podendo chegar a 1/1.000.000. O projeto de extensão da Universidade Federal do Paraná (UFPR) foi desenvolvido com o objetivo de formar multiplicadores de informação, para auxiliar na conscientização de novos doadores de medula óssea. O projeto contou com aproximadamente 100 alunos nos últimos 5 anos e como primeira atividade realizada, houve a leitura e discussão do Projeto de Extensão, bem como a análise dos resultados alcançados nos anos anteriores, que permitiram o planejamento das ações. Foram realizadas reuniões para troca de experiência entre os alunos de graduação e pós-graduação, colaboradores do Laboratório de Imunogenética e Histocompatibilidade (LIGH) e professores da UFPR, médicos, biólogos, farmacêuticos bioquímicos e biomédicos do Hospital Erasto Gaertner e Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR). Como atividades do projeto, os envolvidos participaram de eventos externos em Curitiba e região metropolitana em parceria com bancos de sangue, em diferentes locais como praças, parques, universidades e empresas. Os alunos participaram também, de escala diária no HEMEPAR, de segunda a sábado, das 8h às 17h, realizando a abordagem dos doadores de sangue e informando sobre a importância de se tornar um doador voluntário de medula óssea. O trabalho realizado pelos participantes do projeto em parceria com os bancos de sangue resultou em mais de 30 mil cadastros nos últimos 5 anos. Além de conscientizar novos doadores voluntários de medula óssea, houve um papel importante relacionado à atualização de dados dos indivíduos já cadastrados no REDOME. A atualização de dados é fundamental para evitar desperdício de tempo e de recursos públicos. Em 2016, a colaboração com o HEMEPAR resultou no primeiro lugar do Concurso World Marrow Donor Day (WMDD) entre os hemocentros do Brasil. Entre 2013 e 2017, foram realizados mais de 1500 transplantes de medula óssea com doadores voluntários, e desses, muitos podem ter sido conscientizados por alunos do projeto de extensão. Os alunos acompanharam o procedimento de aspirado de medula óssea no Centro Cirúrgico do Hospital de Clínicas da UFPR, o que possibilitou um melhor preparo na formação dos participantes do projeto de extensão para que pudessem esclarecer as dúvidas dos interessados em se cadastrar como doadores voluntários de medula óssea quanto às maneiras de realizar a doação, seja por punção óssea ou aférese. A Universidade deve desempenhar um papel importante no repasse de conhecimento e assistência à população, promovendo uma perspectiva de sobrevivência de indivíduos que necessitam do transplante de medula óssea e consequentemente capacitando e conscientizando, por meio de projetos de extensão.

REDOME Cadastro; Transplante de Medula Óssea; Doadores voluntários.

Índice de Autores

Abdala E, 69
Abdelhay E, 10, 12, 13, 17, 37, 56, 58, 59, 60, 211
Abdelhay ESWF, 38, 45
Abreu CGS, 219
Adati EM, 172, 173
Aguiar APN, 156
Aguiar MTM, 160
Aguilar GK, 56
Albino CD, 18, 163, 191
Albuquerque JC, 34, 35
Alcarde CCO, 198
Alencar JB, 39
Alferi CMV, 85
Alferi CVM, 86
Almada AJ, 237, 238, 239
Almaguer DG, 193
Almeida CE, 108
Almeida EM, 103
Almeida FNF, 3
Almeida LB, 140
Almeida MN, 151
Almeida MNCS, 185
Almeida MSS, 9, 11, 14, 171
Almeida MT, 34, 35
Almeida S, 142
Almeida SB, 63, 156, 178, 180
Alonso E, 40
Alves ACL, 1, 210
Alves IDC, 143
Alves JR, 55, 214
Alves MTS, 209
Alves ST, 215
Amaral N, 7
Amorim TML, 44
Américo AD, 65, 169, 181, 203
Andrade CF, 235
Angos M, 150
Anton MC, 123
Antonio ACT, 136
Antunes AA, 87, 90, 93, 219
Antunes HS, 167
Aquino MI, 116, 128, 129, 135
Aranha FJP, 161, 197
Araujo A, 22
Araujo BSGSP, 179
Araujo GL, 134
Araujo JDBC, 44
Araujo JF, 143

Araujo MC, 236
Araujo MJSL, 215
Araujo RC, 26, 168, 175
Araújo BSGSP, 27, 63, 178, 180, 201
Araújo JDBC, 28
Arcuri IEP, 166
Arcuri L, 60
Arcuri LJ, 26, 160, 168, 175, 176
Areal L, 135
Areal LF, 128
Arend AC, 19
Arrais PSN, 237
Assis AR, 108, 109, 110, 111
Astigarraga CC, 5, 52, 54, 83, 84, 114, 137, 149, 165, 194
Atanázio MJ, 205, 206
Atcd S, 72
Atta EH, 176
Avelino VSS, 85, 86
Avritchir TA, 123, 126
Ayoub CA, 21, 22, 23
Ayoub FF, 21
Azevedo PL, 17
Baes T, 64
Bahls LD, 47
Baiense LN, 20, 242
Bandeira IC, 165
Baptista CHV, 122, 124, 134
Barban JB, 152
Barbosa MC, 201
Barbosa SAT, 27
Barbosa SDSM, 81, 82, 92
Barbosa SSM, 218
Barletta D, 183
Barreto ARF, 201
Barros CF, 138
Barros GMN, 29, 112, 113, 148, 153, 154, 155, 184
Barroso KSN, 27, 63, 77, 141, 156, 178, 179, 180, 201
Barroso MDC, 63, 178, 179, 180
Bastos FQ, 62, 199, 202
Bastos LJD, 74, 88
Batista MV, 61, 64, 68, 69, 70
Batista SA, 179
Battistel AP, 118, 230
Becker ACG, 137, 149
Bedotti LR, 113
Benamor LN, 125
Benini FML, 223
Bento RDNE, 74, 88
Bettarello G, 182
Bezerra ES, 34, 35
Bezinelli L, 144

Bezinelli LM, 142, 146, 147
Bicalho MG, 243
Binato R, 10, 13, 17
Biouzas LF, 102
Birnfeld CF, 5, 83, 84
Birnfeld CMF, 52, 54, 79, 149, 189, 194
Bispo F, 44
Bitencourt MA, 32, 177
Bittencourt H, 227, 228
Bittencourt MA, 31
Bittencourt R, 25
Boldrini RM, 46
Bolonha L, 71
Bonecker S, 7, 8
Bonfim C, 223
Bonoli KP, 4, 6
Boquett JA, 33, 240
Borelli SD, 47
Borges CFS, 74
Borges ES, 57
Bortolotti F, 145
Bouzas LF, 13, 26
Bouzas LFS, 20, 125, 242
Bovo P, 177
Braga FHP, 20, 26, 102
Braga MA, 39
Brasil SC, 57, 97
Brender C, 25
Brisolla HRGB, 181
Brofman P, 188
Brumatti M, 229
Brunetta DM, 27, 178, 179, 180
Bucci KB, 65, 203
Bujan W, 193
Cabral JA, 88
Cadamuro FM, 101
Calixto R, 182
Callera AF, 196, 200
Callera F, 196, 200
Calmon MD, 28
Campos EF, 42
Candolo AA, 29, 112, 148, 153, 154, 155, 187
Cantadori LO, 198
Caran EMM, 209, 210
Cardone JM, 19
Cardoso EAO, 131, 132, 133
Cardoso JF, 238, 239
Cariani C, 41
Carlesse FAMC, 48, 53, 55
Carlos LB, 27
Carneiro MJ, 62, 199, 202

Carneiro MM, 28
Carneiro VA, 238, 239
Carvalho DLC, 146
Carvalho IRA, 153, 154, 187
Carvalho L, 114
Carvalho MR, 97
Carvalho RL, 120
Carvalho RV, 57
Carvalho WLA, 57
Cassia AL, 16
Castilho CFC, 124, 134, 157
Castro CMM, 109
Castro JM, 243
Castro M, 192
Castro MV, 217
Castro OB, 241
Castro R, 60
Cavalcante J, 9
Cavalcante JN, 14
Cavilha AMQ, 78, 105, 216
Cellot S, 227, 228
Cervato M, 41
Cezar VS, 5, 49, 50, 52, 54, 79, 83, 84, 189, 190, 194
Chamusca AP, 127
Cheisa D, 187
Chiesa D, 153
Cidade PP, 137
Ciriolli MF, 73
Cita RF, 38, 45
Claudino RE, 238, 239
Colares M, 168
Colassanti MD, 212, 229
Colella MP, 161, 197
Colturato I, 162, 164, 172, 173, 174
Colturato V, 182
Colturato VAR, 162, 164, 172, 173, 174
Consolaro MEL, 47
Cordeiro AC, 44
Correa L, 144, 147
Corrêa L, 146
Corrêa S, 17
Corrêa SC, 10
Cosenza PM, 67, 204
Costa CS, 115
Costa DCR, 107, 235
Costa ES, 207, 208
Costa FL, 24
Costa LSS, 106, 115, 116, 128, 129, 135, 142, 144
Costa P, 58
Costa PO, 175
Costa RMF, 81, 82, 218

Costa SF, 61, 64, 67, 68, 69, 70
Costa T, 145, 170
Costa TCM, 131, 186, 221
Costa TJR, 120
Couto C, 127, 130
Cruz AF, 102, 242
Cruz KRP, 96, 113
Cunha R, 170, 186
Curti DL, 234
Cândolo AA, 113, 184
Dallora MELDV, 98
Darrigo LGJ, 222
Darrigo-Jr LG, 195
Daudt L, 25
Daudt LE, 46, 118, 126, 183, 230, 231
Delazeri S, 105, 216
Dias DDS, 119
Dias J, 20
Dias JM, 52, 54, 79, 83, 84, 189, 194
Diaz L, 182
Diogo CL, 61
Diogo PHJ, 28, 44
Doi A, 69
Domingues ML, 42
Dorna MB, 212
Dornelles LN, 32
Duani H, 185
Duarte AM, 117
Duarte FB, 27, 63, 178, 179, 180, 182, 201
Duarte GC, 197
Duarte IR, 74
Duarte P, 192
Dutra HDS, 24, 208
Dutra VF, 34, 35
Duval M, 227, 228
Eduardo FP, 142, 144, 146, 147
Eizerik DP, 149
Eleuterio FR, 6
Eleutério FR, 3, 4
Elias JB, 80, 95, 98, 99, 170, 186, 195
Elias NMDP, 3
Emer MC, 5, 149
Emmel V, 56, 58, 59, 60
Escobar NF, 192
Escobosa DM, 129
Esteves AE, 103
Esteves MFV, 29, 96, 112, 113, 148, 153, 154, 155, 184, 187
Esteves SR, 3, 4, 6
Fagiorgio LAR, 1
Fagundes IDS, 19
Fagundes NJR, 33

Fagundo JC, 193
Fanilla E, 193
Fante NF, 226, 233
Farah N, 188
Fargiorgio LR, 85, 86
Faria JTB, 220, 221, 222, 225
Faria LS, 226
Farias MC, 204
Farias MG, 231
Farias TPD, 238, 239
Faustino FG, 198
Feitosa MK, 31
Feliciano JVP, 18, 163, 191
Felipe CR, 30
Felix OMWO, 1, 209, 210
Fernandes AK, 28
Fernandes JF, 66, 212, 227, 229
Fernandes ML, 141
Fernandes PA, 9, 11, 14, 171
Fernandez CS, 211
Fernandez TS, 12, 13, 211
Ferrari TC, 145
Ferraz J, 41
Ferreira E, 223
Ferreira FA, 161, 197
Ferreira MFT, 74
Ferreira MH, 144, 146, 147
Ferreira PRF, 183
Ferreira SC, 70
Ferreira SM, 42
Ferreira SO, 2
Filho JS, 61, 143
Filho JUA, 122
Filho LJM, 65
Filho LJSM, 169, 203
Filho LSM, 181
Filho MT, 136
Filho VO, 212
Fioritto AP, 140
Firmino R, 44
Flor JS, 52, 84, 194
Flores-Montero J, 207
Flôr JS, 54, 79, 83, 189
Fogliatto LM, 25
Foncuberta C, 192
Fonseca CM, 199
Fortunato LR, 220, 221, 222, 225
Francheschi FLS, 162, 164, 172, 173, 174
Francisco RS, 40, 41
Franz JPM, 19
Freire NCB, 77, 121

Freitas TT, 130
Frota EE, 149, 165
Funke VAM, 177, 182, 188
Furine ACA, 73
Furini AC, 98
Furini ACA, 80, 95, 99
Furtunato F, 136
Gaiolla RD, 198
Galvão FMF, 119
Gama B, 56, 58, 59, 60
Garcia JL, 71, 227, 228, 232
Garcia-Mareze JT, 131, 132, 133
Gelmini GF, 47
Gerbase-Delima M, 30
Germano PCP, 48, 53, 55
Getz J, 31, 32
Gimenes F, 47
Gimenez DEC, 2
Ginani VC, 15, 16, 71, 227, 232, 234, 235
Godinho CH, 34, 35
Goldemberg DC, 167
Golim MA, 198
Gomes AA, 226, 227, 233
Gomes CF, 25
Gomes DO, 198
Gomes IM, 105, 216
Gomes JM, 77, 119
Gomes LMGP, 77, 119, 121
Gomes MNF, 34, 35
Gomes MSB, 77
Gonalves FDR, 88
Gonalves IZ, 29
Gonalves VMSEC, 57
Goncalves ER, 73, 80, 95, 98, 99
Goncalves PMM, 4, 6
Gonzalez S, 90
Gouveia R, 227
Gouveia RV, 15, 16, 71, 232, 234, 235
Granja PGG, 214
Grecco CES, 170, 186, 195, 220, 221, 222, 225
Grings CO, 114, 123, 126
Guelsin G, 40
Guimaraes ALC, 99
Guimaraes NF, 137
Guimarães AL, 73
Guimarães ALC, 131, 132, 133
Guimarães RFC, 1, 55, 85, 86, 209, 210, 214
Guimarães T, 61
Gurgel LA, 27, 63, 156, 178, 179, 180
Gusmao B, 182
Gusmão BM, 157

Gutiyama LM, 7
Gutyiama LM, 8
Habigzang M, 231
Haddad E, 228
Hamerschlack N, 193
Hamerschlak N, 65, 66, 106, 115, 116, 129, 144, 146, 147, 152, 169, 181, 182, 203, 229
Hamid JSA, 149
Harter J, 118, 230
Hashimoto C, 16, 234
Hassan R, 56, 58, 59, 60
Hernandez M, 193
Higashino HR, 64, 69
Horn P, 217
Iacotini EGR, 34, 35
Ibanez ASS, 1, 55, 85, 86, 209, 210, 214
Iene L, 171
Ikeuti PS, 184, 224
Inaoka RJ, 51, 159
Inocentini LMAR, 145
Ito FT, 142, 152
Ittner M, 5
Izu M, 102
Jacob MBA, 209
Jacomini A, 51, 159
Jaimovich G, 192, 193
Jd A, 72
Jobim LF, 33, 46
Jobim LFJ, 19
Jobim M, 33
Jochims AMK, 114
Jr VCAF, 85
Junior CBM, 77
Junior JFCM, 197
Junior JG, 51, 159
Junior LAVS, 143
Junior LGD, 170, 186, 220, 221, 225
Junior VCAF, 1, 55, 86, 209, 210, 214
Karduss A, 193
Kaufman J, 27, 63, 178, 179, 180, 201
Kerbauy F, 152
Kerbauy FR, 229
Kerbauy M, 181
Kerbauy MN, 65, 169, 203
Kern LB, 149, 165
Kernkraut AM, 128, 129
Kitazulo RC, 101, 103
Klinger PH, 212
Kobayashi MS, 108
Kojo TK, 188
Kondo A, 229
Krsticevic F, 59

Kuehner CP, 141
Kulza RA, 236
Kunrath R, 5, 52, 54, 79, 83, 84, 189, 194
Kuntz SR, 118, 230
Kuwahara C, 223
Kuzma PDS, 76
Kós E, 213
Kós EAA, 211
Lacerda MR, 216
Laterza MC, 140
Lazzari VM, 46
Leal NP, 77, 119
Lee MLM, 15
Leite CAR, 235
Leite HC, 102
Leite LAC, 171
Leitão JPV, 27, 63, 178, 179, 180, 201
Lembert PB, 123, 126
Lemes R, 182
Lemes RPG, 201
Lemos G, 13
Leopoldo V, 195
Leopoldo VC, 73, 80, 95, 98, 99
Lermontov SP, 57, 74, 97, 168, 175, 176
Lerner D, 20, 58, 60, 102, 168, 175, 176, 242
Leutewilee C, 69
Lima AAA, 50
Lima AC, 15, 71, 120, 232, 235
Lima ACM, 31, 32
Lima APC, 48, 53
Lima EM, 148
Lima M, 120
Lima MG, 31, 32
Lima MNP, 183
Lima R, 60
Lima RA, 241
Lima SCS, 213
Lira CCP, 20
Litvinov N, 212
Lizier NF, 21, 22, 23
Lm A, 72, 72
Lobo C, 167
Longoni H, 192
Lopes ER, 18, 163, 191
Lopes GT, 87, 90, 219
Lopes LF, 224
Lopes LP, 153, 154, 155
Lopes RB, 238, 239
Lopes RMG, 144
Loro A, 40
Loth G, 223

Lotério LDS, 131, 132, 133
Loureiro MG, 141
Loures MAR, 43
Lovatel VL, 211, 213
Luiz ES, 81, 82, 218
Lumi C, 49
Luque L, 150
Macedo AV, 185
Macedo CRD, 15, 234
Macedo LC, 43
Macedo LD, 145
Macedo M, 182
Macedo MCMA, 9, 11, 14, 171
Machado CM, 173, 174
Machado L, 62
Machado RT, 119
Mafra ABB, 226, 233
Magalhães RJP, 207, 208
Maiolino A, 24, 207, 208
Malaguti C, 140
Maluf NZ, 61
Mancusi FCM, 3, 4, 6
Mandeli AV, 66
Mandetta MA, 117
Mantovani LF, 229
Mantovani LFAL, 66, 227
Maraaoui S, 28
Maradei S, 58, 168, 175, 176
Marangon A, 40
Marchi AP, 64
Marco R, 31, 32
Mariano LCB, 205, 206
Marin S, 75
Marques AM, 103
Marques DLO, 102
Marques GDM, 241
Marques JF, 15, 16, 71, 107, 120, 232, 235
Marques LMA, 48, 53
Martiliano ACM, 167
Martines GF, 43
Martinez DG, 140
Martinho GH, 185
Martinho LZM, 68
Martins FS, 237
Martins IS, 60
Martins RR, 64
Massumoto C, 51, 101, 159
Massumoto CM, 21, 22, 23
Massumoto SM, 21, 22, 23
Matos M, 40
Matta JLR, 168

Mazzini A, 40, 41
Medeiros MF, 109
Medeiros TKC, 88
Medina JM, 137
Medina-Pestana JO, 30
Melati I, 21
Mello GCL, 112, 113
Melo AG, 94
Melo ALS, 187
Mendes LSC, 186
Mendes MAF, 38, 45
Mendonça AC, 1, 55, 85, 86, 209, 210, 214
Mendonça PS, 156
Mendrone-Jr A, 70
Meneguetti JL, 43
Menezes G, 46
Menezes ISB, 121
Meyer LGC, 166
Mine KL, 30
Miranda CF, 62, 202
Miura AA, 136
Montavani LFAL, 212
Monteiro A, 8, 127, 130
Monteiro AB, 49
Monteiro C, 1, 55, 85, 86, 209, 210, 214
Monteiro CA, 24
Monteiro PM, 3
Monti ABG, 100
Moraes DA, 73, 80, 95, 195
Moraes F, 120
Moraes MAC, 5, 49, 50, 52, 54, 79, 83, 84, 189, 190, 194
Morais ALL, 222
Morais CCPL, 242
Morais DS, 114
Moreale VC, 18
Moreira CEN, 101
Moreira M, 182
Moreira MCR, 166, 168
Moreno JRDP, 174
Morgado MG, 36
Morkis IVC, 231
Mota MGM, 131
Motta CL, 122, 124, 134, 157
Motta J, 217
Moura ATG, 182, 201
Moura BLSG, 39
Moura MFR, 185
Mourão RAA, 141
Mourão TB, 30
Mundin HM, 44
Murillo J, 59

Nabhan S, 177
Nabhan SK, 31, 32
Nakamoto RR, 21
Nascimento RM, 81, 82, 218
Navarro GM, 187
Navarro J, 193
Negrete C, 157
Neto A, 182
Neto AEH, 140
Neto GZ, 66
Neto NCM, 44
Netto GZ, 229
Neves JSF, 43
Neves VM, 142
Nichele S, 223
Nishiya A, 70
Nogueira C, 37
Nogueira CV, 116
Nogueira DLP, 38
Nogueira RMG, 106, 115, 116, 128, 135, 142, 147
Nogushi DT, 129
Noguti EN, 236
Nonino A, 62, 199, 202
Notti RK, 165
Novais MEF, 74
Novis Y, 233
Novis YAS, 2
Nunes GD, 139
Odone-Filho V, 229
Okada L, 9, 11, 14
Oliveira AF, 224
Oliveira CC, 118
Oliveira CF, 43
Oliveira CZ, 96
Oliveira DC, 142
Oliveira DCM, 237, 238, 239
Oliveira DS, 63, 178, 179, 180
Oliveira F, 67, 70
Oliveira GCM, 198
Oliveira JP, 119
Oliveira JSR, 215
Oliveira LCF, 112, 113, 224
Oliveira LCS, 174
Oliveira LR, 143
Oliveira MC, 133, 186, 195, 220, 221, 225
Oliveira MFC, 80, 95, 98, 99, 195
Oliveira MM, 31, 32, 177
Oliveira MZ, 33, 240
Oliveira NCA, 10, 17
Oliveira VB, 92
Oliveros W, 193

Oppermann CZ, 114
Orfao A, 207
Oshiro NN, 78
Ostriz MBR, 192
Otero L, 12, 211, 213
Ottoni EL, 189
Ozores AS, 157
Pacheco AG, 160
Pacheco AGF, 175
Padilha T, 7, 8, 12
Paes MR, 216
Paiva BSR, 96
Paiva PM, 15, 16, 107, 235
Palandri G, 69
Palma J, 193
Panek P, 104
Pangraccio LRE, 32
Paraguassú-Braga FH, 242
Paschoa TFF, 112
Pasquini PDR, 76
Pasquini R, 177, 188, 223
Pastorino AC, 212
Paton EJA, 29, 112, 113, 148, 153, 154, 155, 184, 187
Paz A, 46, 182, 183
Paz AA, 25, 126, 151, 165, 230, 231
Paz JC, 141
Pedebos GL, 114, 151
Perdigão MMM, 121
Pereira A, 152
Pereira DR, 125
Pereira DVDS, 3
Pereira EA, 6
Pereira KRC, 73, 131, 132, 133
Pereira NF, 31, 32
Pereira SCM, 166
Pereira TDM, 233
Pereira TE, 34, 35
Pereira TL, 24
Peres MPSM, 143
Peruzzolo J, 123, 126
Pescarini R, 94
Petta AD, 29
Pezzi A, 25
Pfaffenseller B, 231
Piazera FZ, 28, 44, 62, 199, 202
Picchioni EA, 243
Pichelli KR, 88
Pieroni F, 132, 133, 158, 170, 186
Pieroni KAMG, 145
Piloni MJ, 104
Pilotto JHS, 36

Pimenta GS, 208
Pimenta LS, 92
Pinheiro ESDS, 102
Piovacari SMF, 152
Piovani NC, 18
Pires AMT, 138
Pires RP, 101, 103
Pita M, 232
Pizzatti L, 13
Poltronieri TS, 88
Ponciano DB, 2
Pontes G, 40, 41
Pontes PDL, 76
Pontes RM, 207, 208
Porta G, 226
Possani VC, 162, 164, 172
Prado BPA, 158
Prestes DP, 67
Profirio M, 199
Profiro M, 62, 202
Puig N, 207
Pupim M, 15, 16, 71, 232
Pádua VA, 29
Pôrto LC, 240
Pôrto LC, 217
Queiroz AEFO, 119
Queiroz SG, 87, 219
Queiroz TV, 77, 119, 121
Quintiliano V, 85, 86
Quiroga MR, 31
Ramos GA, 167
Ramos JF, 64, 67, 68, 69, 70
Ramos LWF, 9, 11, 14
Rampin GF, 30
Rangel AC, 90, 91, 92
Rangel ACS, 87, 93, 219
Rayol SAMMC, 205, 206
Rebelatto CLK, 188
Reboredo MM, 140
Redondo P, 13
Rehme DP, 224
Reis AKL, 143
Reis APD, 16
Reis DM, 43
Reis IS, 138
Renoste S, 223
Rezende M, 59
Rezende MA, 10, 56
Ribeiro A, 229
Ribeiro AAF, 26, 65, 66, 106, 115, 129, 160, 169, 181, 203
Ribeiro CML, 199, 202

Ribeiro CVR, 57, 90, 91, 93, 219
Ribeiro LB, 29, 158, 184, 222
Ribeiro LL, 223
Ribeiro LS, 118
Ribeiro-Alves M, 36
Richer J, 227
Ricz HMA, 145
Riera L, 192
Rigoni LDC, 165
Rocha CP, 5, 54, 79, 83, 84, 189
Rocha FLR, 99
Rocha JD, 65
Rocha JDA, 66, 203
Rocha JDN, 9, 11, 11, 14
Rocha MYYO, 76
Rocha RFP, 96, 112
Rocha V, 61, 64, 67, 68, 69, 70, 143, 204, 205, 206, 226, 227, 233
Rodrigues ALM, 223
Rodrigues BC, 156
Rodrigues EF, 211
Rodrigues M, 100
Rodrigues MCO, 73, 80, 95, 98, 99, 158, 222
Rodrigues MR, 109
Rodrigues MV, 197
Rodrigues VM, 171
Rogerio DB, 65, 203
Rohr SS, 215
Rolla VC, 36
Rolon JM, 193
Romero M, 37, 38, 45
Rosa EL, 158
Rosa ES, 196, 200
Rosin FCP, 144, 146
Rossetti RAM, 204, 205, 206
Rp S, 72
Rubia JBL, 81, 82, 218
Ruiz ND, 103
Russo FT, 171
Sabaini CS, 198
Saito CF, 236
Saito MH, 34, 35
Salgado ABDS, 208
Salgado ABS, 207
Salvino M, 182
Salvino MA, 127, 130
Sampaio M, 9, 9, 212
Sampaio MWC, 77
Sanches KDS, 54, 79, 83, 84, 189, 194
Sankarankutty AK, 158
Sano APS, 103
Sanoja-Flores L, 207

Santana CG, 161
Santana EO, 75
Santana GO, 89
Santis GC, 170, 220
Santos ACFD, 162, 164, 172, 173
Santos AMGD, 57
Santos FL, 170
Santos FLS, 158
Santos FVB, 120, 232, 235
Santos JTD, 67, 204
Santos KJ, 71, 232
Santos MAD, 131, 132, 133
Santos NFPD, 140
Santos RD, 2
Santos RS, 241
Santos SAGD, 236
Santos TEJ, 182
Santos TEJD, 201
Santos TMD, 138
Saraiva TK, 83
Saraiva TKG, 5, 52, 54, 79, 84, 149, 189, 194
Sartori KB, 3, 4, 6
Sasada INV, 114
Sazaki M, 71, 120, 232
Scanhola GQ, 51, 159
Schafer PG, 183
Scheinberg P, 122, 124, 134, 136
Schirmer M, 57, 58, 59
Schmidt-Filho J, 64, 67, 68, 69, 70, 204, 205, 206
Schraeder JR, 91
Schüler-Faccini L, 33, 240
Seber A, 15, 16, 71, 107, 120, 232, 235
Seixas TSF, 213
Sekine L, 19
Sell AM, 39, 43
Seneglaglia A, 188
Setubal D, 177
Shikanai-Yasuda MA, 61
Silla L, 25
Silva AMPS, 48, 53
Silva APV, 38
Silva AVDS, 75
Silva BCA, 131, 133
Silva CB, 187
Silva CC, 106, 115, 116, 129, 169, 181, 229
Silva CHC, 77
Silva CNA, 38
Silva DF, 183
Silva FG, 46
Silva FR, 162, 164, 172
Silva GC, 24

Silva GF, 198
Silva JAPRA, 105, 216
Silva JB, 94
Silva JF, 104
Silva KGFSE, 107
Silva KHS, 55, 214
Silva LCF, 88
Silva MAL, 25
Silva MAP, 120
Silva NR, 29
Silva PM, 162, 164, 172, 173, 174
Silva PO, 114, 165, 230
Silva RL, 9, 9, 11, 14, 171
Silva RPC, 156
Silva SA, 134, 157
Silva SHP, 119
Silva SM, 72
Silva TP, 36
Silva TS, 52, 149, 165
Silva VG, 87, 90, 92, 219
Silveira CAP, 62, 199, 202
Silveira RCCP, 73, 80, 95
Silvestre APA, 39
Silvino ZR, 102
Simione AJ, 162, 164, 172, 174
Simoês A, 11
Simoês B, 193
Simoês BP, 145
Simoês CM, 9, 11, 14
Simoês CM, 171
Simões A, 171
Simões AA, 14
Simões BP, 132, 133, 158, 170, 186, 195, 220, 221, 222, 225
Siqueira APR, 57
Soares AV, 198
Soares R, 182
Sola AF, 103
Sola CB, 177
Sona BF, 162, 164
Sousa AM, 213, 221
Sousa AVL, 214
Sousa KD, 75
Sousa MP, 174
Sousa RMK, 139
Sousa TT, 141
Souto EJ, 234
Souza AMDES, 212
Souza E, 43
Souza FMLDNS, 1, 210
Souza GP, 187
Souza JCL, 220, 221, 222, 225

Souza MC, 108
Souza MOE, 173
Souza MP, 162, 164, 172, 173
Souza MS, 69
Souza PK, 100
Souza PMR, 116
Souza RP, 47
Souza TML, 38
Speransa DMR, 19
Stanzione R, 181
Stanzione RL, 65, 203
Stefani CM, 137
Stelet VN, 37, 38, 45
Stevenazzi M, 182
Stracier ABPL, 225
Stracieri AB, 145
Stracieri ABPL, 132, 158, 170, 186, 195, 220, 221, 222
Sumita LM, 173
Sá GMP, 87, 90, 91, 92, 93, 219
Sá GRR, 100
Sá NBR, 36
Takacs TR, 3, 4, 6
Tame IK, 61
Tanaka M, 152
Tanimoto HM, 148
Tapia E, 59
Tavares NS, 237
Tavares R, 58, 60
Tavares RC, 12, 168, 211, 213
Tavares RCB, 7
Tedesco-Silva H, 30
Teira P, 227, 228
Teixeira GM, 185
Teixeira LL, 169
Teixeira LLC, 65, 181, 203
Teixeira SLM, 36
Teodoro JL, 134, 157
Teodoro V, 187
Terapin CF, 34, 35
Timotheo PV, 137
Tobaldini F, 9, 11, 14
Tocchini R, 4, 6
Torres MA, 40, 41
Tranchesì RAM, 101
Trevizan PF, 140
Tsuchida CM, 116
Tsuneto LT, 236
Tuma R, 22
Tupinambas U, 185
Udo AP, 161
Ueno LA, 47

Vachon M, 228
Valadares GV, 89
Valentim BBP, 167
Valentin MRS, 110, 111
Valeri PA, 161
Valim V, 25
Van-Dongen JJ, 207
Vanella S, 150
Vargas DF, 165
Vargas SS, 137
Vasconcelos RS, 62, 199, 202
Vasques FS, 103
Vaz J, 28, 44, 62, 199, 202
Vazquez A, 193
Velho CUC, 137
Venancio AM, 212, 229
Venâncio IS, 134
Via PHT, 158
Vicente BM, 231
Vidmontiene DA, 237
Vieira AK, 220
Vieira PFC, 20, 242
Vigarinho MES, 3
Vigorito A, 182
Vigorito AC, 161, 197
Vilela N, 182
Villela NC, 184, 224
Vince CCS, 229
Vinhal F, 42
Vinhal FR, 42
Visentainer JEL, 39, 43
Vitriu A, 192
Vogel C, 100, 106, 115, 116, 128, 129, 135, 142, 152
Voguel C, 144
Waisbeck TMB, 106, 115, 116, 128, 129, 135, 142, 147
Wanderley MIA, 143
Watanabe A, 226
Weber C, 25
Xavier DTS, 236
Yamaguchi MAZ, 205, 206
Zacarias JMV, 39
Zalaf LR, 134, 136
Zalcher I, 7
Zalberg I, 8
Zambonato B, 25
Zamperlini G, 15, 16, 234
Zanetti LP, 174
Zanichelli MA, 212, 229
Zanão VA, 215
Zecchin VG, 1, 48, 53, 55, 85, 86, 209, 210, 214
Zeck SC, 243

Zombrilli AF, 73, 80, 95, 98, 99, 195
Zuckermann J, 114, 151, 230
Zucoloto TG, 80, 95, 98, 99