
HEMOTERAPIA

HEMOTERAPIA

008

COLETAS DE CÉLULAS PROGENITORAS DE SANGUE PERIFÉRICO REALIZADAS NO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRESilva KPF¹, Oliveira CT¹, Souza SR¹, Capra MS¹, Fraga CGS¹, Brum DE¹, Barison M¹¹Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Introdução: A coleta de células progenitoras do sangue periféricas (CPSP) é um procedimento terapêutico que consiste na retirada de sangue periférico de um paciente ou doador, utilizando o separador celular de fluxo contínuo Cobe Spectra®. A duração do procedimento é de 3 a 5 horas dependendo do número de volemias sanguíneas processadas e do fluxo sanguíneo adotado. A coleta de CPSP apresenta vantagens se comparada à coleta da medula óssea por punção, pois é menos invasiva, sendo realizado no leito do paciente além de se ter a reconstituição da hematopoiese e da resposta imune mais rapidamente. **Objetivo:** Descrever as características da coleta de células progenitoras do sangue periférico (CPSP) realizadas na instituição. **Material e Método:** Foram incluídos no estudo 37 pacientes adultos, atendidos no período de janeiro à dezembro de 2011 pelo serviço de hemoterapia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, que realizaram CPSP autóloga, utilizando a máquina de aférese Cobe Spectra®, e que foram realizadas sob supervisão constante de um médico ou enfermeira habilitados. As informações contidas nos protocolos dos procedimentos foram tabuladas em Excel versão 2007 e posteriormente analisadas. **Resultados:** Foram realizadas 49 coletas de 3 volemias em pacientes com idade entre 19 e 67 anos (mediana 48 anos), destes 54% do sexo masculino. Em relação as patologias 19 (51,35%) Mieloma Múltiplo, 12 (32,43%) Linfoma não Hodgkin, 5 (13,51%) Linfoma de Hodgkin e 1 (2,70%) Sarcoma de Ewing. Para realizar as CPSP os pacientes foram mobilizados previamente com GCSF (Granulocyte colony stimulating factor), média de 5 dias. A média do volume total processado foi de 15128 ml obtendo-se um buffy entre 193 a 314 ml, média de 238 ml. O valor médio do CD34 foi 2,78 x 106/Kg. **Conclusão:** Os pacientes que realizaram CPSP autóloga com 3 volemias obtiveram média do CD34 2,78 x 106/Kg. Dados atuais reforçam o benefício na utilização de um número maior de células CD34, podendo ser processadas até 4 volemias, para que haja uma boa recuperação medular pós infusão. O conhecimento dos dados permitirá adequar as terapêuticas do cuidado aos pacientes que serão submetidos à CPSP e o aprimoramento das técnicas empregadas.

Revisão Bibliográfica

1. BORDIN, JO; LANGHI, DM; COVAS DT; Hemoterapia: Fundamentos e Prática; Atheneu; Pág. 324 à 325; São Paulo; 2007.
2. NARDI, MB; Cuidados de enfermagem dos pacientes adultos submetidos a transplante de medula óssea: Uma revisão integrativa; TCC UFRGS; Porto Alegre; 2011.

009

TRANSFUÇÃO DE GRANULÓCITOS EM CRIANÇAS COM DOENÇAS ONCO-HEMATOLÓGICAS E NEUTROPENIA FEBRIL: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO BRASILEIROPolis LB¹, Jr BPAP¹, Santis GC¹, Neto OAM¹, Neves FIR², Bonilha TA², Grecco CES², Valera ET², Scrideli CA², Covas DT¹¹Centro Regional de Hemoterapia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP²Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP

Introdução: Diversos estudos não controlados mostraram que a transfusão de granulócitos pode ser efetiva para o tratamento de infecção grave em pacientes neutropênicos após tratamento quimioterápico ou transplante de medula óssea. Nesse estudo, descrevemos a experiência de uma instituição brasileira com a transfusão de concentrado de granulócitos em crianças com neutropenia febril e quadro infeccioso grave. **Materiais e Métodos:** foi realizado estudo retrospectivo com 32 pacientes onco-hematológicos com idade mediana de 14,5 anos (0 a 21) de idade, que nos últimos 6 anos receberam transfusão de granulócitos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (USP). **Resultados:** dos 32 pacientes, 20 tinham leucemia aguda, 1 linfoma de Burkitt, 5 anemia aplástica grave e, 6 tumor sólido. Todos os pacientes receberam a transfusão em vigência de quadro séptico grave (em 14 pacientes foram isolados agentes bacterianos, em 11 fungos, 2 apresentaram antigenemia positiva para CMV e em 5 não foram isolados agentes infecciosos). A mediana do número de granulócitos infundidos por transfusão de foi 3,6 x 1010, e o número de transfusões foi 3 (1 a 14). Do total de pacientes, 14 (43,8%) tiveram o quadro infeccioso resolvido, dos quais 8 (25%) estão vivos e com a doença de base em remissão e 18 (56,2%) foram a óbito devido a evolução do quadro séptico. Dos 32 pacientes, 9 receberam as transfusões após transplante de medula óssea, sendo 6 pacientes após transplante autólogo (1 linfoma de Burkitt, 1 PNET de SNC, 1 sarcoma de Ewing, 2 neuroblastoma). Desses 6 pacientes, 5 estão vivos e com a doença de base em remissão, 1 paciente morreu devido falha de enxertia e sepse. Dos 5 pacientes com anemia aplástica grave, 4 foram a óbito por ocasião da sepse e enquanto recebiam as transfusões de granulócitos e 1 foi a óbito um mês depois com sepse. **Conclusão:** é difícil avaliar o real benefício da transfusão de granulócitos devido ao pequeno número de pacientes e a situação de gravidade que esses pacientes se encontravam nesse momento. Entretanto, 43,7% (14 em 32 casos) das crianças acometidas de quadros sépticos refratários a antibioticoterapia conseguiram recuperar-se do quadro infeccioso após as transfusões de granulócitos. Estes dados iniciais indicam a necessidade de realizar estudos prospectivos multicêntricos controlados para determinar o papel desta modalidade terapêutica em crianças sépticas e gravemente neutropênicas.