



XVII Congresso da Sociedade Brasileira de
Transplante de Medula Óssea

ANAIS DO CONGRESSO

A1

Fase Acelerada de Leucemia Mielóide Crônica: o impacto de diferentes critérios na sobrevida e resposta ao tratamento.

Vaneuza Araujo Moreira Funke
Ana Lucia Vieira Mion
Caroline Bonamin Sola
Daniela Setubal
Gustavo Rengel Santos
Larissa Medeiros
Leticia Simaura
Mariester Malvezzi
Noemi Farah
Ricardo Pasquini
Tamila Fagundes
Vanessa Fiorini

Instituição: HC-UFPR

Background: Chronic Myeloid Leukemia (CML) is a clonal myeloproliferative disease which progresses from an indolent to a more aggressive phase, the accelerated phase (CML-AP). Unless effective therapy is instituted, it transforms to a blastic phase (CML-BP). Even though CML-AP is well recognized, the criteria that define this phase vary in the literature. Thus, different definitions of AP have been described and the heterogeneity among patient outcomes and response is marked.

Aims: This study was designed to analyze the several existing criteria and correlate them with treatment response and prognosis in a CML-AP Brazilian population of a referral center.

Methods: This is a retrospective study from January 2000 to November 2011 in which data from the chart of 143 patients with CML-AP (according to any of aforementioned criteria) treated with imatinib, were selected from BMT Center database of Hospital de Clínicas of Universidade Federal do Paraná, Brazil. Survival data was analysed by Kaplan-Meier

method. P level of significance was defined as 0,05. Univariate and Multivariate analysis were performed using STATA program version 8.0. Primary endpoints were minor cytogenetic response, survival and death. We evaluated as risk factors all variables included in previous reported classification of accelerated phase CML (blasts >10% in peripheral blood, basophils >10% in peripheral blood, spleen >10 cm from left costal margin, hemoglobin <10 g/dl, platelets >1.000.000 and <100.000, clonal evolution) as well as the development of hematologic toxicity after imatinib.

Results: 43.4% of the patients were female and 56.6% were male. Median age was 45 years. Multivariate predictors of poor outcome were hematologic toxicity (HT) ($p=0.003$) hazard ratio (HR) of 2.53; 95% confidence interval (95%CI), 1.36-4.70, blasts ($p=0.003$) (HR of 2.99; 95% CI, 1.45-6.16), WBC ($p=0.008$ HR of 3.80; 95% IC, 1.41-10.22) and anemia ($p=0.005$), HR of 2.53; 95%CI 1.32-

4.84). Cytogenetic response achievement was a good prognostic factor in overall survival (RR: 9,742 p<0.001, 95% CI 4.304 – 22.050). Disease Free Survival (DFS) was of 75% in 5 years; probability of DFS was lower in patients that failed to achieve major molecular response (HR: 3,06 p=0,0436). **Conclusion:** These data indicate that patients with high blast count, hyperleukocytosis and anemia at diagnosis and those who developed HT on imatinib have a worse prognosis than some other also classified as AP patients. This information can guide therapy to be instituted. Prospective multicenter studies are necessary to achieve a classification that can be used universally in the era of TK inhibitors.

A2

Anemia Aplástica e Gestação: Série de casos sobre um velho dilema.

Larissa A Medeiros
Andresa Melo
Caroline B Sola
Daniela C Setubal
Diogo Kloppl Cardoso
Marco A Bitencourt
Mariester Malvezzi
Michel M de Oliveira
Ricardo Pasquini
Samir K Nabhan
Vaneuza Funke

Instituição: HC-UFPR

Introdução: A anemia aplástica severa (AAS) apresenta escassez de dados envolvendo o período gestacional. Durante muitos anos, foi atribuída relação causal da gravidez e embora controverso, há resolução de casos espontaneamente após o parto, outros com piora clínica e o risco de perda de resposta > 30% naquelas pacientes com resposta completa a imunossupressão (IS). A morbimortalidade materno-fetal pode variar entre 20-60%; entretanto a melhora na terapia de suporte, pode levar ao desfecho favorável em > 50% dos casos. Embora o TMO não seja indicado na gestante, a ciclosporina (CSA) pode ser usada, bem como as transfusões limitadas para manter níveis de hemoglobina e plaquetas seguros e preferencialmente optando por parto cesáreo.

Objetivo: Avaliar a população gestacional de centro de referência em AAS para observar os desfechos apresentados.

Material: Em > 1350 pacientes atendidos com AAS no serviço (TMO ou IS), 48% eram mulheres. Relatamos 10 casos de gestação relacionados a AAS, seja ao diagnóstico, na evolução ou na recaída.

Resultados: Três pacientes (A, B, C) engravidaram na vigência do tratamento com CSA e corticoide, sendo suspenso a CSA no 1º trimestre e optado em suporte clínico. Todas seguiram com grande dependência transfusional, sem infecções graves. A paciente A apresentou trabalho de parto prematuro (34ª sem), com bebê saudável; houve piora hematimétrica no puerpério, sendo iniciado IS sem resposta aos 60 dias (acompanhamento atual). A paciente B, teve Síndrome de Fournier (32ª sem), sendo induzido cesariana (bebê pré-termo hígido); porém óbito materno no 13º dia por choque séptico refratário. A paciente C evoluiu com melhora espontânea pós-parto.

Quatro pacientes (D, E, F, G) abriram o quadro de AAS durante a gestação. As pacientes D e E usaram CSA durante a gestação, obtendo RC aos 8 meses e aos 12 meses de IS, com partos cesáreos sem intercorrências. Houve recaída na paciente D após 2 anos, sendo submetida a TMO aparentado compatível, estando bem aos 4 anos de seguimento. A paciente E recaiu após 16 meses, sendo

dependente de CSA e evoluindo com TVPs de repetição (trombofilias e HPN excluídos). No 8º ano de acompanhamento, anticoagulada, evoluiu com crise hipertensiva e hemorragia subaracnóidea grave e óbito, antes de drenagem cirúrgica. A F sofreu aborto natural na 14ª sem, não respondeu a IS e foi submetida ao TMO NAP com óbito por aspergilose. A paciente G apresentou óbito neonatal (29ª sem) e resposta tardia a IS, com dependência de CSA em baixa dose há 3 anos, com vida normal.

As últimas três pacientes (H, I, J) estavam em RC e engravidaram entre 6 meses e 4 anos após fim da IS. A paciente H recaiu com pancitopenia moderada sem necessidade transfusional (clone HPN < 10%), com aborto natural na 13ª sem, seguindo em observação clínica (níveis seguros em hemograma). Já a paciente I recaiu com aplasia grave (clone HPN 15-20%), está com 26 sem, sendo acompanhada com obstetrícia de alto risco e suporte transfusional, com recusa ao uso de CSA.

A paciente J recaiu ao fim da gestação gemelar, sem resposta a IS. Foi submetida ao TMO NAP, com pega medular, apendicite aguda no D+28, e evolução com infecção fungica disseminada e óbito no D+56.

Conclusão: Destaca-se a gravidade e o difícil manejo clínico das situações apresentadas, devendo ser exposto o risco às pacientes com AAS que desejam engravidar e a possibilidade de recaída no período gestacional daquelas em remissão, mesmo com a melhoria do suporte atual.

A3

Perda de expressão de marcadores imunofenotípicos associados à leucemia e sua relevância na detecção de Doença Residual Mínima (DRM) em Leucemia Linfoblástica Aguda

MAURA ROSANE VALERIO IKOMA - Hospital Amaral Carvalho, Hemonúcleo Regional de Jau

ALEJANDRO MAURÍCIO ARANCIBIA - Hospital Amaral Carvalho Jau

ANA PAULA DAMETO - Hospital Amaral Carvalho Jau

CAMILA MARQUES - Hemonúcleo Regional de Jau

CLÁUDIA TEREZA DE OLIVEIRA - Hospital Amaral Carvalho Jau

EDERSON ROBERTO DE MATTOS - Hospital Amaral Carvalho Jau

JOANA CONTE - Hemonúcleo Regional de Jau

MAIR PEDRO DE SOUZA - Hospital Amaral Carvalho Jau

MARCIMARA PENITENTI - Hemonúcleo Regional de Jau

MARCOS AUGUSTO MAUAD - Hospital Amaral Carvalho, Hemonúcleo Regional de Jau

VERGÍLIO ANTONIO RENSI COLTURATO - Hospital Amaral Carvalho Jau

A detecção de DRM tem sido considerada importante fator preditivo de risco de recidiva e avaliação de resposta terapêutica em Neoplasias Hematológicas, sobretudo nas Leucemias Agudas (LA). Essa avaliação também tem sido considerada em pacientes em momentos pré e pós Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH), pelo potencial de detecção precoce de recidiva e possibilidade de ações preemptivas para evitá-la.

A citometria de fluxo (CF) constitui atualmente um dos métodos de maior aplicabilidade para detecção de DRM em LA. O conhecimento dos padrões imunofenotípicos normais e de recuperação medular pós-terapêutica são fundamentais para avaliação de DRM. As alterações fenotípicas chamadas *LAPs* (*Leukemia Associate Phenotype*) caracterizam-se por perdas ou superexpressões de marcadores, assincronismos de expressão antigênica e presença de marcadores anômalos para a linhagem da leucemia. A instabilidade fenotípica das células leucêmicas em decorrência do tratamento também deve ser considerada na pesquisa de DRM, e nesse sentido o conhecimento das perdas de marcadores associados à leucemia se faz necessário.

Nosso objetivo foi demonstrar as frequências das perdas de marcadores anômalos de linhagem considerados importantes para DRM em pacientes portadores Leucemias Linfoblásticas Agudas (LLA), que são consideradas leucemias fenotipicamente estáveis pós terapêutica.

Foram avaliados retrospectivamente os resultados de DRM de 152 pacientes portadores de LLA B e de 30 pacientes portadores de LLA T atendidos no nosso serviço, num total de 1052 exames, no período de janeiro de 2009 a fevereiro de 2013.

Foi utilizado como base para pesquisa de DRM por CF o protocolo de 4 fluorescências preconizado pelo grupo BFM, acrescido de tubos que continham marcadores aberrantes para as linhagens linfóides: os marcadores mielóides CD 13, CD15 e CD33 para LLA B e T, CD 66c (mielóide) e NG2 (associada ao gene *MLL*) para LLA B, e CD 99 (adesão e apoptose das células T) para LLA T. Os marcadores TdT e CD 58 são protocolares.

Nas LLA de linhagem B foram observadas perdas de expressão dos seguintes marcadores, respectivamente às suas expressões iniciais: CD 13 (4/22), CD 33 (6/26), CD 66c (1/21), CD 58 (1/51), NG 2 (2/6). Não houve perda de expressão de CD 15 em 7 pacientes que expressaram esse marcador. Nas LLA T, foram observadas perdas dos marcadores CD 13 (1/2), TdT (2/19) e CD 99 (1/8). Não observadas perdas de expressão de CD 15 e CD 33 em 1 e 2 pacientes respectivamente, portadores de LLA T.

Concluimos que, embora a casuística seja pequena, os marcadores CD 15, CD 58 e CD66c constituíram bons marcadores de DRM para as LLA B. Não foi possível conclusão para as LLA T. Pela menor frequência em que ocorrem e pela instabilidade de expressões, a avaliação de marcadores anômalos de linhagem não deve constituir a estratégia principal para pesquisa de DRM em LLA, sendo a análise das outras anormalidades fenotípicas associadas à LA mais importantes para esse propósito.

A4

Importância do Acompanhamento Farmacoterapêutico no Tratamento com Medicamentos Biológicos e Inibidores Enzimáticos em Onco-hematologia e Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas

Silva, A.M. - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP.

Sturaro, D. - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP e MAb Pharma Serviços Farmacêuticos

Introdução: Biofármacos (BF) são proteínas recombinantes utilizadas no tratamento em onco-hematologia (OH) e no transplante de células tronco- hematopoiéticas (TCTH). Os anticorpos monoclonais (AcM), que podem ser isolados ou conjugados com imunotoxinas, radioisótopos ou fármacos citotóxicos, e as proteínas de fusão são exemplos de BF. O acompanhamento farmacoterapêutico (AF) é uma ferramenta importante para reduzir erros com medicações, e melhora da eficácia do tratamento e da qualidade de vida. A utilização do AF como estratégia para a aderência do paciente ao tratamento e para minimizar problemas relacionados com medicamentos (PRM) é empregada em OH. Por se tratar de fármacos novos, muitos dos eventos adversos ainda não são conhecidos e o AF auxilia na detecção e resolução dos mesmos. **Objetivo:** Apontar os principais BF e inibidores enzimáticos (IE) utilizados em OH e TCTH e avaliar o emprego do AF como benefício no tratamento farmacológico. **Materiais e Métodos:** Revisão bibliográfica integrativa abrangendo livros, periódicos e bancos de dados nacionais e internacionais disponíveis na *internet*, como Bireme, PubMed retrospectivo ao ano de 2013, usando os descritores AF, BF, OH, TCTH. **Resultados:** Muitos BF estão sendo utilizados em OH e nas etapas pré, durante e após o TCTH. Destacam-se os AcM rituximabe, gentuzumabe, alentuzumabe, ibritumomabe, tositumomabe, ofatumomab e os IE como bortezomibe e carfilzomib, e os inibidores de tirosino-quinase (ITK), imatinibe, dasatinibe e nilotinibe, além dos fatores de crescimento como palifermina, eritropoietina, oprevalcina, interferon, filgrastima e pegfilgrastima. Todos estes fármacos potencialmente possuem reações adversas relacionadas à infusão e toxicidades tardias. Neste contexto, a partir da RDC 220/2004, da Agência Nacional de Vigilância

Sanitária, que determina a criação de Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica (EMTA), impulsionou a presença do farmacêutico no acompanhamento de pacientes onco-hematológicos e transplantados para solucionar os PRM. O desenvolvimento de novos fármacos de alto custo com administração por via oral para o tratamento do câncer, dentre eles os ITK empregados na leucemia mieloide crônica, estimulou a realização do AF. O AF visou detectar possíveis reações adversas desses medicamentos, além de garantir a aderência do paciente ao tratamento, com impacto direto na segurança e eficácia, e consequente melhora na qualidade de vida. **Conclusão:** Foram identificadas 17 substâncias utilizadas em OH e TCTH. A aplicação segura dos BF e IE depende da informação sobre esses produtos e o seu uso correto pelos profissionais de saúde. A realização da AF em pacientes onco-hematológicos e submetidos ao TCTH auxilia na resolução dos PRM e corrobora a tendência de que o tratamento oncológico deve ser feito por uma equipe multidisciplinar.

A5

Determinação do intervalo de referência da fração de plaquetas imaturas e fração de reticulócitos imaturos

Carmem Pilla - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Iuri Vicente Camargo Morkis - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Luciana Scotti - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Mariela Granero Farias - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Os índices fração de plaquetas imaturas (IPF) e fração de reticulócitos imaturos (IRF) vêm sendo estudados como preditores da pega do transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), ao demonstrar a recuperação medular pós transplante. Estes parâmetros representam a fração de plaquetas e reticulócitos recém lançadas na circulação, com maior conteúdo de RNA. Além do papel no TCTH, os índices têm utilidade em trombocitopenias, anemias e recuperação medular pós quimioterapia. Entretanto, os valores de normalidade para IPF e IRF não estão plenamente estabelecidos.

Objetivo: Determinar os intervalos de referência (IR) de IPF e IRF de indivíduos hematologicamente normais, em um Hospital Universitário, para posterior utilização destes índices como preditores na pega do transplante de células-tronco hematopoiéticas.

Material e Métodos: Foram analisadas amostras de sangue venoso coletadas com K₃EDTA no equipamento Sysmex XE-5000™. Foram incluídos pacientes com hemogramas normais, dentro dos critérios de triagem estabelecidos pelo laboratório, e excluídos pacientes com diabetes, HIV, doenças cardiovasculares, gestantes e doenças da tireóide. Foram avaliados IPF, IRF, as frações reticulócitos de alta, média e baixa fluorescência (HFR, MFR e LFR) e Ret-He. O IR foi determinado segundo recomendações do *International Federation of Clinical Chemistry* (IFCC). Para variáveis simétricas utilizou-se média, desvio padrão e teste de correlação de *Person*; para as assimétricas, mediana, percentis 2.5-97.5 e teste de *Spearman*.

Resultados: Foram avaliados 132 indivíduos ambulatoriais de um hospital universitário, com média de idade de 44 anos (13-80 anos), 60 (45,5%) homens e 72 (54,5%) mulheres. A contagem plaquetária média foi de $250,8 \times 10^9/L$; reticulócitos de 1,1% (0,6-1,7%) e $0,052 \times 10^9/L$ (0,049-0,054 $\times 10^9/L$). Foram obtidos os seguintes IR: IRF mediana 5,3% (1,6-12,1%); HFR 0,3% (0-1,7%), MFR 4,9% (1,6-11,0%) e LFR 94,6% (87,9-98,4%); Ret-He média de 33,8% (30,0-37,6%) e IPF 2,2% (0,8-5,6%). Houve diferença estatisticamente significativa ($P=0,006$) entre gêneros apenas para o IPF, sendo de 2,0% (0,8-4,7%) para sexo feminino e 2,6% (0,7-6,1%) masculino. O IPF apresentou correlação inversa com contagem de plaquetas e o IRF correlação direta com reticulócitos.

Conclusão: Parâmetros hematológicos novos devem ter seus valores de referência determinados de acordo com o método e equipamento utilizados. Isso possibilita sua futura aplicação prática. Os IR obtidos para IPF foram concordantes com os estudos de Takami *et al.*, 2007 e Gonçalo *et al.*, 2009, e o IRF com os resultados de Gonçalo *et al.*, 2009; estes trabalhos utilizaram o equipamento Sysmex XE-2100™. Os índices IPF e IRF trazem novas possibilidades para a recuperação medular pós TCTH,

como preditores da pega do transplante. Tendo em vista a escassez de trabalhos nessa temática, os IR determinados irão contribuir para a utilização na assistência clínica.

A6

Utilização clínica da galactomanana em pacientes hematológicos com neutropenia. Experiência do serviço de hematologia do Hospital Universitário Walter Cantídeo/Hemoce.

Élida Livia Rafael Dantas - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídeo e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Beatriz Stela Gomes de Souza Pitombeira Araújo - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídeo e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Fernando Barroso Duarte - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídeo e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Francisco Emiliano Rafael Dantas - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídeo e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Germison Silva Lopes - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídeo e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Jacques Kaufmann - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídeo e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
João Paulo de Vasconcelos Leitão - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídeo e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Luany Elvira Mesquita Carvalho - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídeo e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Michella Sampaio de Sá Barreto - Laboratório CAC

Introdução: Aspergilose disseminada é um quadro grave e frequentemente fatal, principalmente nos pacientes com neutropenia ou que foram submetidos a transplante de medula óssea. O diagnóstico deve ser rápido a fim de iniciar tratamento precoce. Embora haja vários métodos diagnósticos, como microscopia, culturas e histopatológico, eles são de sensibilidade e especificidade limitada. O uso de técnica não invasiva, como o teste de imunoensaio que detecta componentes da parede celular (galactomanana), tem-se tornado importante. O teste pode ter falso-positivo quando há uso concomitante de antibióticos betalactâmicos, drogas imunossupressoras como ciclofosfamida, soluções eletrolíticas, cereais, fórmulas com leite e reação cruzada com ácido lipotéico da bifidobacteria da microbiota intestinal infantil. Desde 2011, em Fortaleza, através do laboratório CAC, esse exame está sendo utilizado como método auxiliar diagnóstico, tendo sido realizado mais de 1500 exames tanto na rede pública quanto privada. Objetivo: correlacionar a positividade da galactomanana (valor >0,50) com quadro de infecção fúngica em pacientes com neutropenia. Material e métodos: realizamos análise retrospectiva dos prontuários quanto aos resultados de galactomanana, dos anos de 2011 e 2012, dos pacientes do serviço de Hematologia do Hospital Universitário Walter Cantídeo/HEMOCE e correlacionamos com quadro clínico. Avaliamos quanto à doença de base, idade, sexo, tipo de infecção fúngica (possível, provável ou comprovada), dias de neutropenia, número de amostras positivas, maior nível de galactomanana, órgão envolvido e resultado de tomografia (tórax e/ou seios da face). Resultados: Foram realizadas coletas seriadas de galactomananas em 45 pacientes do serviço. Conseguimos fazer a correlação clínica-laboratorial em 17 desses, e observamos que houve positividade em 15 pacientes, no qual apenas um apresentou diagnóstico provável de infecção fúngica, com alteração em tomografia de tórax e necessidade de início de antifúngico. Quanto a doença de base, 9 tinham diagnóstico de LMA, 5 de LLA, 2 de Linfoma e 1 de hiperesplenismo. A média de dias de coleta foi de 5,94 dias, com desvio padrão de 3,91. A média de dias de neutropenia foi de 11 dias, com desvio padrão 8,45. Sensibilidade de 100%, especificidade de 12,5%, valor preditivo positivo de 6,67%, valor preditivo negativo de 100%, acurácia de 17,65%. Conclusão: O uso da galactomanana na prática clínica da hematologia tem sido uma ferramenta auxiliar na conduta investigativa e terapêutica. A alta sensibilidade associada ao alto valor preditivo negativo permite-nos utilizá-lo como teste de triagem para investigação de etiologia fúngica nos pacientes neutropênicos febris. Contudo, precisamos ainda ampliar nosso estudo e avaliar dados futuros.

A7

Dose máxima tolerada de lomustina em combinação com etoposide, citarabina e melfalano em um regime curto de condicionamento no transplante de células-tronco hematopoéticas em portadores de linfoma

KELLI BORGES DOS SANTOS - UFJF
ABRAHÃO ELIAS HALLACK NETO - UFJF
ANGELO ATALLA - UFJF
ISABELA DA SILVA ROSSIN - UFJF
LUCIANO J. COSTA - Medical University of South Carolina
MILTON ARTHUR RUIZ - UFJF
THAIS BARBOSA RODRIGUES - UFJF

INTRODUÇÃO: Diante da falta de evidência quanto ao melhor regime de condicionamento para linfoma, novos esquemas são propostos na tentativa de reduzir as toxicidades e melhorar as taxas de sobrevida. A dose máxima sugerida para associação de lomustina com etoposide e ciclofosfamida é de 600 mg/m². A dose máxima tolerada (DMT) quando utilizada em conjunto com etoposide, ara-C e melfalano (regime LEAM) ainda não foi testada. **OBJETIVO:** Determinar a DMT de lomustina em associação com melfalano, ara-C e etoposide para o condicionamento no transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas (auto-TCTH) em pacientes portadores de linfoma. **MÉTODOS:** Realizamos estudo de fase 1, à partir do modelo tradicional 3:3 de escalonamento de dose, para determinar a DMT de lomustina administrada no D-4 seguida de etoposide (1 g/m²D-3), ara-C (4g/m² D-2), e melfalano (140 mg/m²D-1). Toxicidade limitante de dose (TLD) foi determinada por toxicidades não hematológicas ou infecciosas grau 3 ou 4, atraso de enxertia acima do D+30 ou óbito. Foi realizado escalonamento da dose de lomustina a cada 200 mg/m², se houvesse algum evento compatível com TLD mais 3 pacientes eram adicionados na coorte, se 2 pacientes apresentassem TLD considerou-se como uma dose superior a DMT sendo testada a dose intermediária entre a dose da coorte anterior e a dose superior a DMT. A coorte inicial consistiu de lomustina na dose de 200 mg/m² (L200), seguida de uma coorte com lomustina 400 mg/m²(L400). Como L400 excedeu a DMT uma terceira coorte foi criada com lomustina 300 mg/m² (L300). Ao final do estudo as doses testadas de lomustina foram 200, 300 e 400mg/m² sempre administrada no D-4 em associação com doses fixas das demais drogas. **RESULTADOS:** Quatorze pacientes foram avaliados, sendo 9 portadores de linfoma de Hodgkin, 2 linfoma do manto, 1 linfoma de células T periféricas, 1 linfoma difuso de grandes células B e 1 linfoma folicular. Destes 6 estavam em remissão parcial e 8 em remissão completa no momento do auto-TCTH. A dose mínima de CD34 foi de 2,5 x 10⁶ células/kg. Seis pacientes foram tratados em L200 (1 TLD, óbito por sepse), dois pacientes foram tratados em L400 (2 TLD, toxicidade gastrointestinal grau 4) e 6 pacientes foram tratados em L300 (1 TLD, neurológica grau 4, reversível), sendo lomustina 300mg/m² considerada a DMT. As toxicidades não dose limitante mais comumente encontradas foram náusea, vômitos, diarreia e mucosite. A média de dias de neutropenia (neutrófilos inferior a 500/mm³) foi de 7,8, inferior ao controle histórico de 13 dias com o protocolo CBV. A enxertia de neutrófilos ocorreu em média no 10º dia e 12º dia para as plaquetas. **CONCLUSÃO:** Lomustina 300mg/m² é a DMT em associação com altas doses de etoposide, Ara-C e melfalano para condicionamento no auto-TCTH em pacientes portadores de linfoma. LEAM é um regime de administração rápida, curto período de neutropenia e toxicidade aceitável e que esta sendo avaliado em estudo de fase 2.

A8

A Dor do Paciente com Doença Onco Hematológica Submetido a Quimioterapia e/ou TCTH: O Conhecimento da Equipe de Enfermagem.

Vinicius Souza dos Santos - Santa Casa de Porto Alegre
Angela Martini - Centro Universitário La salle
Cleocir Marta Tecchio - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Denise Perreira Neto - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fabaine de Avila Marek - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Fabiano Silva da Silva - Centro Universitário La salle
Michele Borges - Hospital São Lucas

Introdução: A dor é estudada, desde o início da humanidade, e continua sendo objeto de esforços no que se refere ao seu entendimento e controle. Existem evidências de que os humanos sofrem com esse mal, há milhares de anos. No Brasil, ela se manifesta em mais de 70% dos indivíduos doentes que procuram consultório por motivos diversos e em cerca de 1/3 é a razão principal da consulta, sendo que nos Estados Unidos há, aproximadamente, 35 milhões, por ano, de novas consultas, em decorrência da dor. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor onco hematológica em pacientes que são submetidos a quimioterapia e/ou a transplante de células tronco hematopoéticas autólogo e alogênico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa que identificou o nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem em uma Unidade de Ambiente Protegido de um hospital universitário do sul do país. A população foi composta por 29 técnicos de enfermagem e 16 enfermeiros divididos em 6 turnos de trabalho. Os dados foram coletados em entrevista única, gravada em MP3, no local e turno de trabalho do entrevistado, através de um instrumento de coleta de dados contendo 5 questões abertas. **Resultados:** Os dados qualitativos, após recortados em unidades de significado e agrupados, geraram quatro categorias. São elas: Interpretações das manifestações de dor considerando fatores socioculturais, Instrumentos utilizados para mensuração da dor e como base decisória, a identificação tipo de dor, os registros das manifestações de dor em onco hematologia e TCTH. **Conclusão:** Este estudo demonstrou de maneira geral que os profissionais da saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem) tem bom conhecimento sobre a dor onco hematológica. O fato de haver um bom conhecimento sobre a dor de seus pacientes pelos profissionais de enfermagem se dá possivelmente pelo constante treinamento da equipe, dos programas de educação em serviço, bem como os cursos de extensão universitária. Sendo assim, cabe a todos os profissionais que trabalham com pacientes onco hematológico conhecerem as ferramentas de avaliação da dor, manter conhecimento atualizado e saber eleger a analgesia adequada aos seus pacientes.

B1

Análise dos Processos de Deseritrocitação de Medula Óssea Realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA

Gabrielle Dias Salton - Unidade de Criobiologia/Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, Serviço de Hemoterapia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Anelise Bergmann Araújo - Unidade de Criobiologia/Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, Serviço de Hemoterapia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Juliana Monteiro Furlan - Unidade de Criobiologia/Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, Serviço de Hemoterapia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Liane Marise Röhsig - Unidade de Criobiologia/Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, Serviço de Hemoterapia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Melissa Helena Angeli - Unidade de Criobiologia/Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, Serviço de Hemoterapia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Tissiana Schmalfluss - Unidade de Criobiologia/Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, Serviço de Hemoterapia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O transplante alogênico de células progenitoras hematopoéticas (TACPH) é utilizado no tratamento de doenças hematológicas, oncológicas e imunodeficiências. A incompatibilidade ABO entre receptor e doador no TACPH pode ocasionar complicações no receptor como hemólise aguda, hemólise tardia e retardo na eritropoese, podendo ser fatal. Essas complicações podem ser minimizadas quando é realizada a redução de hemácias (deseritrocitação) do material. O objetivo desse trabalho foi avaliar a

eficiência de deseritrocitação e a recuperação de células nucleadas totais (CNT), bem como sua relação com diferentes parâmetros hematológicos e de processamento de medulas ósseas (MO) deseritrocitadas na Unidade de Criobiologia (UCrio) do HCPA entre 2011 e 2013. Os parâmetros hematológicos: células nucleadas totais (CNT)/ μL , CNT total, eritrócitos (RBC)/ μL , RBC total e hematócrito foram quantificados no equipamento Mindray BC2800. Analisaram-se os dados de 37 amostras de MO processadas pelo método de sedimentação espontânea com hidroxietilamido 6% na diluição 1:8. Foram utilizados os testes Shapiro-Wilk e Correlação de Spearman para verificar a normalidade da distribuição e correlação dos dados. Os resultados são apresentados como valores máximos e mínimos, seguidos por mediana e intervalo interquartilico entre parênteses. Foram encaminhadas 25 MO à UCrio para a redução de hemácias cujo volume coletado (mL) variou de 417,7 a 1447 (855; 637,2-1109,3). Quando necessário, as MO foram fracionadas para o procedimento de deseritrocitação. Os resultados das amostras deseritrocitadas foram: volume inicial (mL) 212 a 1015 (417,5; 367,9-486,2); CNT/ μL ($\times 10^3$) pré-processamento (pré) 13,8 a 60,4 (25,2; 18,8-29,9); CNT total ($\times 10^8$) pré 50,5 a 258 (99,9; 68,7-138,1); RBC/ μL ($\times 10^6$) pré 2,7 a 4,4 (3,6; 3,1-3,8); RBC total ($\times 10^{12}$) pré 0,82 a 5,94 (1,6; 1,3-1,9); hematócrito (%) pré 23 a 41 (30,4; 26,5-33,7); volume final (mL) 97 a 641 (284,4; 238,2-326,4); CNT/ μL ($\times 10^3$) pós-processamento (pós) 12,8 a 91,0 (28,0; 21,5-36,9); CNT total ($\times 10^8$) pós 35,4 a 202 (85,1; 53,5-122,0); RBC/ μL ($\times 10^6$) pós 0,2 a 2,0 (0,8; 0,6-1,3); RBC total ($\times 10^{12}$) pós 0,1 a 1,8 (0,3; 0,2-0,4); hematócrito (%) pós 2 a 17 (7,2; 5,5-11,2); recuperação CNT (%) 59 a 99,6 (80,6; 70,9-89,1); eficiência de deseritrocitação (%) 60,5 a 96,5 (84,7; 71,9-88,8) e tempo de sedimentação (min) 74 a 102 (80; 77,8-80,8). A eficiência de deseritrocitação apresentou correlação positiva moderada com as variáveis volume inicial ($r_s = 0,38$), CNT total pré ($r_s = 0,47$), CNT/ μL pós ($r_s = 0,41$) e CNT total pós ($r_s = 0,34$). Observou-se, também, correlação negativa forte da deseritrocitação com as variáveis RBC/ μL pós ($r_s = -0,87$), RBC total pós ($r_s = -0,85$) e hematócrito pós ($r_s = -0,91$). A recuperação de CNT apresentou correlação positiva moderada com as variáveis CNT/ μL pré ($r_s = 0,35$), CNT/ μL pós ($r_s = 0,43$) e CNT total pós ($r_s = 0,56$). Estes resultados demonstram que quanto maior o volume inicial processado e CNT total pré, maior foi a eficiência da deseritrocitação. Amostras que apresentaram RBC/ μL , RBC e hematócrito totais pós mais altos, apresentaram eficiência de deseritrocitação menores. Referente à recuperação de CNT, quanto maior a concentração de CNT na amostra inicial de MO, maior foi a recuperação dessas células após o processamento. A análise desses parâmetros para o TACPH é importante na otimização do processo de redução de hemácias, diminuindo, assim, os efeitos da incompatibilidade ABO no receptor de MO.

B2

Particularidades da medicina transfusional no período neonatal e em lactentes jovens

Grunewald, T. - Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo.

Sabrine Teixeira Ferraz - Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução: Os recém nascidos e lactentes jovens apresentam características fisiológicas, tais como diferenças metabólicas, imaturidade dos órgãos e menor volemia, que tornam necessários alguns cuidados especiais quanto a prática transfusional. Isso pode ser um desafio para Pediatras e/ou Neonatologistas responsáveis por essas crianças, especialmente em serviços em que não há suporte direto do Hematologista Pediátrico. Objetivos: Revisar as particularidades da prática transfusional em recém nascidos e lactentes menores de 4 meses, avaliando a transfusão de concentrados de hemácias,

plaquetas, plasma, crioprecipitado, e concentrados de granulócitos, quanto as suas indicações, doses, cuidados de administração, e resultados esperados. Material e Métodos: Análise crítica da literatura disponível sobre o tema, e elaboração de um protocolo resumido que abranja as particularidades da medicina transfusional para essa faixa etária. Resultados: Foram apresentados os dados mais atuais da literatura a respeito do tema, e elaborado um protocolo de tratamento transfusional que poderá ser aplicado em diferentes unidades de saúde e setores de complexidade. Conclusão: A medicina transfusional aplicada a crianças com menos de quatro meses possui particularidades que podem se revelar desafios para o Pediatra Geral ou Neonatologista, mas a elaboração de um protocolo institucional pode facilitar a tomada de decisões e o correto manejo dos casos.

B3

Neutropenia febril associada a mobilização de células tronco para transplante autólogo com vinorelbine/filgrastima

Germison Silva Lopes - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE
Élida Livia Rafael Dantas - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE
Beatriz Stela Gomes de Souza Pitombeira Araújo - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE
Fernando Barroso Duarte - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE
Francisco Emiliano Rafael Dantas - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE
Jacques Kaufman - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE
João Paulo de Vasconcelos Leitão - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE
Luany Elvira Mesquita Carvalho - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

Introdução: Várias tentativas de melhorar mobilização e coleta de células tronco periféricas para transplante autólogo tem sido propostas, porém o uso do G-CSF persiste como a pedra angular do procedimento, sendo usado isoladamente ou em associação com diversas outras medicações, em especial, quimioterápicos¹. Diversos estudos tentam definir qual o esquema quimioterápico ideal. O uso do vinorelbine é promissor, já que mostrou ser eficaz, com 100% de sucesso, e seguro, pois nenhum caso de neutropenia febril foi relatado com o uso para esta finalidade^{2,3}. Objetivo: Relatar caso de neutropenia febril relacionada a mobilização de células tronco com o uso de vinorelbine e G-CSF. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 51 anos, com diagnóstico de linfoma de células do manto, estadiamento IIIAX, foi encaminhado para transplante autólogo após 6 ciclos de Hiper-CVAD, em remissão parcial. Avaliação pré-transplante de função cardíaca, pulmonar, hepática e renal foram normais. As sorologias para hepatite B e C, HIV 1 e 2, doença de Chagas e VDRL foram negativas. Paciente foi considerado apto para o transplante e foi programado mobilização de células tronco com G-CSF 16µg/kg. Contagem de células CD34 no sangue periférico foi < 5/mm³ no quinto e sexto dia após início do G-CSF, portanto, apresentou falha de mobilização. Conforme protocolo do serviço, paciente foi encaminhado para esquema de mobilização de segunda linha com vinorelbine, na dose de 35mg/m², e G-CSF na mesma dose realizada anteriormente. No sexto dia após aplicação do vinorelbine, paciente foi admitido no hospital apresentando nódulos eritematosos com necrose central em membros superiores e inferiores, febre e neutropenia grave. A despeito da introdução precoce de antibioticoterapia de amplo espectro, piperacilina-tazobactam associado a vancomicina, paciente evoluiu com choque séptico e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas, necessitando de suporte ventilatório invasivo e hemodiálise, sendo encaminhado para Unidade de terapia intensiva. Paciente apresentou melhora progressiva do quadro, recebendo alta da UTI e do hospital após cerca de 4 semanas. Conforme decisão do médico assistente, o transplante foi contra-indicado e foi iniciado terapia de manutenção com rituximabe após término do Hiper-CVAD. Paciente está atualmente em remissão completa. Conclusões: A mobilização de células tronco com associação entre quimioterápicos e G-CSF é efetiva, como demonstrado em diversos trabalhos, porém o principal fator limitante de tal estratégia é o risco de neutropenia febril e suas consequências, internação prolongada, aumento de custos e até mesmo óbito. Nenhum caso de neutropenia febril relacionado a mobilização com vinorelbine tinha sido relatado até o momento. Mais estudos são necessários para definição do regime de quimioterapia/dose a ser utilizada na mobilização de células tronco para transplante autólogo. Bibliografia: 1) Gertz,MA. Current status of stem cell mobilization. British Journal of Hematology 2010; 150:647-662. 2) Bargetzi MJ at al. Mobilization of peripheral blood progenitors cells with vinorelbine and granulocyte colony-stimulating factor in multiple myeloma patients is reliable and

cost effective. Bone Marrow Transplantation 2003; 31:99-103 3) Heizmann M at al. Efficient mobilization of PBSC with vinorelbine/G-CSF in patients with malignant lymphoma. Bone Marrow Transplantation 2009; 44:75-79.

B4

Mobilização de células tronco hematopoiéticas ? Experiência do Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

Germison Silva Lopes - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

Andréia Santos do Nascimento - HEMOCE

Élida Livia Rafael Dantas - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

Beatriz Stela Gomes de Souza Pitombeira Araújo - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

Fernando Duarte Barroso - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

Francisca Cibele da Silva Fava - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

Francisco Emiliano Rafael Dantas - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

Jacques Kaufman - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

João Paulo de Vasconcelos Leitão - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

Luany Elvira Mesquita Carvalho - Hospital Universitário Walter Cantídio/HEMOCE

Introdução: O melhor entendimento dos mecanismos de *homing and cycling* da célula tronco hematopoiética possibilitou o surgimento de novas estratégias de mobilização e, assim, tem permitido que um maior número de pacientes se beneficie do transplante autólogo^{1,2}. O uso de fatores de crescimento de granulócitos permanece sendo a pedra angular, podendo ser utilizado de forma isolada ou em associação com diversas outras terapêuticas disponíveis. Objetivo: Relatar a experiência na mobilização de células tronco hematopoiéticas no período de abril de 2012 a abril de 2013. Materiais e métodos: A estratégia utilizada como primeira linha é com o uso da filgrastima (G-CSF) na dose de 10-16µg/kg. Todos os pacientes que apresentam contagem no sangue periférico de células CD34 maior que 10/mm³, no quinto e/ou sexto dias após o início do G-CSF, eram encaminhados para coleta das células tronco por aférese. Os pacientes que apresentaram falha de mobilização ou coleta eram encaminhados para segunda linha, utilizando associação de G-CSF e o quimioterápico Vinorelbine. Como terceira linha foi utilizado a associação entre G-CSF e plerixafor. Os prontuários de todos os pacientes submetidos a mobilização/coleta durante o período do estudo foram revisados para aquisição dos dados. Resultados: Um total de 32 pacientes foram considerados aptos para o transplante autólogo de células tronco no período do estudo. 21 destes (65%) tinham o diagnóstico de mieloma múltiplo (MM), 19% linfoma de Hodgkin (LH) e 16% linfoma não Hodgkin (LNH). Falha de mobilização com G-CSF isolado ocorreu em 28% do total de casos, sendo de 14% entre os pacientes com MM, 66% nos com LH e 60% naqueles com LNH. Falha de coleta ocorreu em apenas 3% dos casos. Sucesso na coleta de células tronco ocorreu em 100% dos pacientes que apresentaram contagem de células CD34 no sangue periférico maior 20/mm³ e em 72% daqueles com contagem entre 10-20/mm³. Dez pacientes foram encaminhados para uma segunda tentativa feita com associação Vinorelbine e G-CSF, sete pacientes (70%) conseguiram coletar 2,0x10⁶ CD34/kg. Três pacientes falharam, dois deles por falha de mobilização e um falha de coleta. Um dos pacientes que usou vinorelbine foi admitido no hospital por neutropenia febril com necessidade de internação em UTI por choque séptico. Apenas um paciente fez uso da estratégia de terceira linha, associação de G-CSF com plerixafor, apresentando falha de coleta. No total 90%, dos pacientes considerados aptos para o transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas no HUWC tiveram sucesso na coleta do mínimo de 2,0x10⁶ células CD34/kg. Conclusão: Tal estudo mostra a importância do estabelecimento de estratégias de resgate para os pacientes que falharam com a mobilização com G-CSF em cada instituição que realiza transplante autólogo de células tronco periféricas. A contagem de células CD34 no sangue periférico acima de 20/mm³ foi um excelente preditor de sucesso na coleta.

B5

Reações transfusionais agudas: classificação, atribuição, gravidade e tratamento

Grunewald, T - Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo

Sabrine Teixeira Ferraz - Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução: As reações transfusionais agudas são de ocorrência comum e frequentemente presenciadas, diagnosticadas e tratadas por profissionais médicos sem formação específica em Hematologia e Hemoterapia. Embora diretrizes práticas tenham sido elaboradas por diferentes instituições e associações em todo mundo, elas são mais frequentemente consultadas por Hematologistas do que por, por exemplo, Cirurgiões Gerais, Pediatras e Obstetras, os quais são responsáveis por grande parte das prescrições em hemoterapia. Objetivos: Revisar e classificar as reações transfusionais agudas mais frequentes na prática médica, além de fornecer um algoritmo de tratamento imediato. Material e Métodos: Análise crítica da literatura disponível sobre o tema, e elaboração de um protocolo resumido envolvendo o diagnóstico, classificação de gravidade, tratamento e investigações complementares para as reações transfusionais agudas mais frequentes – hemolítica aguda, febril não hemolítica, alérgica/anafilática, sobrecarga de volume, TRALI (injúria pulmonar aguda relacionada a transfusão), sepse transfusional. Resultados: Foram apresentados os dados mais atuais da literatura a respeito do tema, e elaborado um protocolo de avaliação de reações transfusionais que poderá ser aplicado em diferentes situações clínicas. Conclusão: As reações transfusionais agudas não são raras e frequentemente ocorrem na ausência de profissionais especializados em Hematologia e Hemoterapia, o que torna necessária sua compreensão por profissionais de diferentes áreas em medicina.

B6

Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário ? Uma realidade do serviço público no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - HEMOCE

Vitória Régia Magalhães Solon - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Antônia de Fátima Cavalcante de Brito - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Élida Livia Rafael Dantas - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Fernando Duarte Barroso - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Hilvania Bitencourt Fialho Freitas - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Isabel Aline Fernandes Ferreira - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Luciana Maria de Barros Carlos - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Natércia Maria Moura Bruno - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Rejane Muratori Moura - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Roseliza Auad Queiroz - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Weide Barbosa Mendonça - Unidade de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Introdução: Iniciamos nossas atividades em abril de 2012. O BSCUP é um banco público que tem como objetivo a captação de sangue de cordão umbilical e placentário (SCUP) doado voluntariamente. O SCUP é fonte de células progenitoras hematopoéticas (CPH), assim como a medula óssea. As CPH desempenham um papel importante na reconstituição da medula óssea pós quimioterapia mieloablativa. Assim, o SCUP tem se mostrado uma fonte de CPH alternativa à medula óssea no transplante alogênico não aparentado, aumentando as chances de um candidato a transplante de medula óssea (TMO) achar um doador compatível. **Objetivo:** Relatar a experiência do BSCUP-CE em coletar, processar e criopreservar as unidades de SCUP doadas e em realizar os exames necessários para garantir a qualidade das CPH para transplante. O BSCUP-CE objetiva contribuir, com as características genéticas da região, na formação de uma Rede de BSCUPs que represente geneticamente toda a população brasileira. **Materiais e métodos:** As mães candidatas a doadoras de SCUP devem ter idade acima de 18 anos, duas consultas pré-natais documentadas, idade gestacional igual ou superior a 35 semanas, bolsa rota há menos de 18 horas e ausência de processo infeccioso que possa interferir na vitalidade placentária. O SCUP é coletado, após triagem, em uma das maternidades credenciadas na rede Brasilcord e transportado para o BSCUP em caixa térmica apropriada, contendo bateria de gelo e registrador de temperatura. No laboratório de processamento do BSCUP, o SCUP é registrado e processado para concentração de CPH. Após a adição do crioprotetor DMSO/dextrano ou DMSO/Volugen as CPH são criopreservadas em tanque de nitrogênio líquido automático (Bioarquivo) sob congelamento programado, atingindo a temperatura mínima de 196°C negativos. Durante o procedimento, são separadas amostras para realização de exames como sorologia da mãe, eletroforese de hemoglobina da mãe e do recém-nascido (RN), tipagem sanguínea e HLA do RN, quantificação de células CD34⁺, viabilidade do SCUP e hemocultura para bactérias aeróbicas e fungos. São armazenadas em freezer a 80°C negativos amostras de DNA da mãe e do RN, plasma e RNA do RN e soro materno para futuros estudos. Os exames sorológicos investigam doenças como hepatite B e C, Chagas, sífilis, HIV1/2, HTLV-I/II, toxoplasmose e citomegalovírus. **Resultados:** Atualmente, o BSCUP-CE possui cento e cinco unidades de SCUP coletadas e criopreservadas, sendo que trinta e três já foram liberadas para o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea – REDOME, onde é realizada a busca de compatibilidade de HLA entre doador e receptor. **Conclusão:** O BSCUP-CE vem desempenhando suas atividades com qualidade, contribuindo com a representação genética da região e aumentando as chances de pacientes serem beneficiados com o transplante de CPH.

B7

Impact of Granulocyte Transfusion in Patients Submitted Allogeneic Hematopoietic Progenitor Cell Transplantation ? A Single Center Experience in Brazil

Andresa Lima Melo - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Carmen Maria Sales Bonfim - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Caroline Bonamin Sola - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Clóvis Arns Cunha - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Daniela Carinhanha Setubal - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Diogo Cardoso Kloppel - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Elenaide Coutinho Nunes - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Giorgio Roberto Baldanzi - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
João Samuel Holanda Farias - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Larissa Alessandra Medeiros - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Lisandro Lima Ribeiro - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Marco Antônio Bittencourt - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Mariester Malvezzi - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Michel Michels de Oliveira - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Ricardo Pasquini - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Samir Kanaan Nabhan - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Vaneuza Araújo Moreira Funke - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Background: In spite of modern antimicrobial and supportive therapy, bacterial and fungal infections are still major complications in patients with profound neutropenia. For decades, the value of granulocyte transfusion (GTX) has been explored and results are still not conclusive. Neutropenia caused by transplant conditioning regimens in patients who fail to respond to antimicrobial agents is one of the most common indications for GTX.

Objective: The purpose of this study was to analyze our experience with GTX in such patients.

Patients and Methods: a retrospective analysis was performed on all patients submitted allogeneic hematopoietic cell transplantation (HSCT) who received GTX from January 2006 to April 2013 in our center. We analyzed patients characteristics, survival and identified risk factors for survival. Statistical analyses were performed using Graphpad Prism version 6.0. Fisher exact test was used to compare categorical variables and Kaplan-Meier to evaluate survival. P level significance was $< 0,05$.

Results: We investigate the efficacy of GTX into 32 patients with severe neutropenia and fungal and/or bacterial infections. There were 50% (n= 16) females and 50% (n= 16) males. Of these, 46,8% (n= 15) were adults. Twenty-five percent of patients (n= 8) had genetic diseases, 43,8% (n= 14) had severe aplastic anemia and 31,2% (n= 10) had other malignant hematological diseases. A total of 196 GTX were performed. The average number of transfusion by patient was 6,125. The average number of granulocyte count in each bag was $3,84 \times 10^{10}$. Every patients had neutrophil count at the hemogram below $100/\text{mm}^3$ and had unresponsive severe infection to antimicrobial and antifungal treatment at the day of the first GTX. In the period of infection, 56,3% (n= 18) had bacteria identified by culture: 61,1% (n= 11) gram-positive and 38,8% (n= 7) gram-negative; and 65,6% had presumed or confirmed fungal infection: 33,4% (n= 7) *Fusarium sp*, 38,1% (n= 8) *Aspergillus sp*, 9,5% (n= 2) *Candida sp*, 19% (n= 4) probable invasive fungal disease). Five patients received only one GTX before dying. Median survival for the whole cohort was 103 days. There was no significant difference in survival according to age, disease, number of GTX received and donor source. In bivariate analysis, patients with age higher than 14 years old and patients who received less than five transfusions had higher chance of death (p=0,015, OR-7,3 and p=0,03, OR-3,61 respectively).

Conclusion: GTX may have an adjunctive role in severe infections in patients with profound neutropenia submitted to HSCT. Children and more than five GTX were protective factors. GTX is an underutilized supportive modality for critically ill patients undergoing allogeneic HSCT and it seems to bring benefits in some groups of patients. Prospective randomized studies are necessary to a better evaluation of this procedure.

B8

Suporte Transfusional em pacientessubmetidos a Transplante de Células Tronco Hematopóéticas

Roselene Mesquita Augusto Passos - Hospital de Transplante Dr. Euryclides de Jesus Zerbini

Ana Cynira Marret - Hemocentro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Janaína Midori Goto - Hospital de Transplante Dr. Euryclides de Jesus Zerbini

José Carlos de Almeida Barros - Hospital de Transplante Dr. Euryclides de Jesus Zerbini e Santa de Misericórdia de São Paulo

Juliana Távora Sobreira - Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Leila de Lourdes Martins Perobelli - Hospital de Transplante Dr. Euryclides de Jesus Zerbini

Marcelo Romaneli Claro - Hemocentro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Renata Marques Ferreira Nunes - Hospital de Transplante Dr. Euryclides de Jesus Zerbini

Ricardo Chiattonne - Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução:

O suporte transfusional é fundamental durante a realização do transplante de células tronco hematopóéticas (TCTH). O serviço tem como parâmetro para transfusão de concentrado de hemácias

nível de hemoglobina (hb) < 10 g/dL e /ou sintomas de anemia e para transfusão de concentrado de plaquetas, contagens < $10 \times 10^9/L$ e/ou sangramento ativo. Para procedimentos invasivos temos como parâmetro contagem plaquetária acima de $50 \times 10^9/L$.

Objetivo:

O presente estudo tem como objetivo analisar o suporte transfusional durante o TCTH autólogo e alogênico, bem como verificar se fatores como sexo, presença de infecção e choque séptico, tempo de internação, esplenomegalia, níveis de hemoglobina e plaquetas pré TCTH, enxertia de leucócitos e plaquetas podem influenciar na quantidade de transfusões durante o procedimento.

Material e Métodos:

Análise retrospectiva de prontuários de pacientes submetidos ao TCTH autólogo e alogênico (181 autólogos e 51 alogênicos) em duas instituições no período de maio de 2011 a maio de 2013. Foram analisados os números de unidades de concentrados de hemácias e plaquetas recebidos durante o procedimento. Os dados foram submetidos a tratamentos estatísticos.

Resultados:

Nos TCTH autólogos, a mediana de unidades de concentrados de hemácias utilizado foi 3,21 (0 a 15) unidades e plaquetas 17,92 (0 a 104) unidades. Nos alogênicos, a mediana de hemácias foi 5,75 (0 a 20) e de plaquetas 46,78 (0 e 247) unidades. A quantidade de transfusões tanto de hemácias quanto plaquetas foram estatisticamente maiores nos TCTH alogênicos ($p = 0.003$ e $p < 0.001$ respectivamente).

Nos TCTH autólogos, os fatores que influenciaram no maior número de transfusões de hemácias foram nível hemoglobina pré TCTH < 10 g/dL ($p < 0.001$) e plaquetas < $100 \times 10^9/L$ ($p = 0,004$). Para transfusões de plaquetas, presença de infecção e choque séptico ($p = 0.002$ e $< 0,001$ respectivamente) e contagem plaquetária pré procedimento < $100 \times 10^9/L$ ($p < 0.001$).

Nos TCTH alogênicos, o único fator relacionado com maior número de transfusões de concentrado de hemácias foi o nível de hb pré TCTH < 10 **g/dL** ($p < 0.001$) e para plaquetas nível hb < 10 g/dL ($p < 0,001$) e nível plaquetário < $100 \times 10^9/L$ ($p < 0.001$).

Não houve diferença estatística em relação ao sexo, presença de esplenomegalia, tempo de internação, enxertia de leucócitos e plaquetas, tanto nos TCTH autólogos como alogênicos.

Conclusões:

Os resultados confirmam a importância do suporte transfusional nos TCTH, sendo que a necessidade transfusional foi estatisticamente maior nos TCTH alogênicos. Fatores que influenciaram na maior quantidade de transfusões durante o procedimento foram níveis de hemoglobina e de plaquetas pré-transplante, presença de infecção e choque séptico. Com esses dados, o serviço de hemoterapia pode ter uma previsão sobre o suporte transfusional necessário no TCTH baseando-se em parâmetros do hemograma pré-procedimento e na evolução clínica do paciente durante o transplante.

C1

Descrição de Haplótipos Associados a Alelos HLA raros e de Baixa Frequência na População Brasileira.

Maria Elisa Hue Moraes - JRM-INVESTIGAÇÕES IMUNOLÓGICAS - RJ
Gerlândia Pontes - LIG-LABORATÓRIO DE IMUNOGENÉTICA - SP
Malvina Romero Martinez - FUNDAÇÃO AMARAL CARVALHO - JAHU

Marcia Romero Martinez - FUNDAÇÃO AMARAL CARVALHO - JAHU
Margareth Afonso Torres - LIG-LABORATÓRIO DE IMUNOGENÉTICA - SP
Maria Isabel Hue - JRM-INVESTIGAÇÕES IMUNOLÓGICAS - RJ
Matilde Romero - JRM-INVESTIGAÇÕES IMUNOLÓGICAS - RJ
Thabyta Silva Franco de Souza - JRM-INVESTIGAÇÕES IMUNOLÓGICAS - RJ

Introdução: A frequência de haplótipos HLA nas diferentes populações 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.

Objetivos: Descrever haplótipos associados a alelos raros ou de baixa frequência encontrados num grupo de indivíduos brasileiros, sendo na grande maioria, representantes da região Sudeste do país.

Material e Métodos: Foram analisadas as tipificações HLA, por métodos moleculares, de média e alta resolução, em 182.233 doadores do nosso banco de dados, entre Janeiro de 2006 à Junho de 2013. Para as metodologias de média resolução foram utilizados: PCR-SSO (Lab-Type SSO; One Lambda Inc., Canoga Park, CA), rSSO – InnoLiPA (Innogenetics, NV, Ghent, Belgium), e PCR-SBT (AlleleSEQR-HLA-SBT Reagents, Celera, USA) ou SeCore Sequencing System (Life Technologies) para os casos de alta resolução. Os alelos de baixa frequência ou raros para os loci HLA-A,B,DRB1 foram separados e as combinações haplotípicas analisadas manualmente e reportadas pelo número de vezes que foram encontradas no mesmo haplótipo associado ao alelo raro e ou de baixa frequência.

Resultados: Somente serão reportados nesse estudo, os haplótipos encontrados 3 ou mais vezes associados a um determinado alelo. No loco A, o haplótipo HLA-**A*03:07-B*15:10-DRB1*14:01P** foi encontrado em 3/5 doadores portadores do alelo A*03:07. Da mesma forma, HLA-**A*11:08-B*51:01-DRB1*04:04** encontrado em 4/6 doadores; HLA-**A*26:07-B*40:01-DRB1*04:04** (7/10); HLA-**A*29:03-B*44:03-DRB1*07:01** (3/3). No loco B, o haplótipo HLA-**A*02:01-B*15:13-DRB1*12:02**, foi encontrado em 4/6 doadores que apresentavam o alelo B*15:13. HLA-**A*32:01-B*27:09-DRB1*12:01P** (11/14); HLA-**A*02:01-B*27:12-DRB1*15:01** (22/23); **A*24:02-B*44:29-DRB1*13:01** (3/5), **A*11-B*56:03-DRB1*12:01P** (6/10); **A*02:01-B*56:15-DRB1*04:04** (5/6). No loco DRB1, o haplótipo HLA-**A*02:01-B*44:02-DRB1*13:15** estava representado em 7 dos 9 doadores tipificados como DRB1*13:15; HLA-**A*11:01-B*44:02-DRB1*13:25** (4/5) e HLA-**A*26:01-B*40:02-DRB1*14:16** (4/6).

Conclusão: Alguns desses haplótipos, apesar de pouco frequentes, foram descritos ou encontrados em outros grupos raciais da Europa e Asia. Outros, encontrados apenas no Brasil e alguns com informações incompletas na literatura, sem termos de comparação. A diversidade étnica da população brasileira, acrescida aos diferentes níveis de resolução de tipificação HLA dos bancos de dados, dificulta a determinação dos haplótipos, sendo necessário para uma análise mais completa, um maior número de casos. No entanto, ainda que preliminares, esse dados acrescidos dos demais haplótipos brasileiros já reportados anteriormente pelo nosso grupo, poderão ser úteis e servir de base para um estudo mais abrangente.

C2

Associação do gene MICA com a doença de Chagas crônica

Pâmela Guimarães Reis - Universidade Estadual de Maringá
Ana Maria Sell - Universidade Estadual de Maringá
Camila Freitas Oliveira - Universidade Estadual de Maringá
Christiane Maria Ayo - Universidade Estadual de Maringá
Hugo Vicentin Alves - Universidade Estadual de Maringá
Jeane Eliete Laguila Visentainer - Universidade Estadual de Maringá
Márcia Machado de Oliveira Dalalio - Universidade Estadual de Maringá

A doença de Chagas é uma antropozoonose grave e frequente nas Américas, principalmente na América Latina. É uma doença endêmica causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* e transmitida ao homem por um inseto vetor hematófago. A variabilidade genética e uma combinação de fatores ambientais, nutricionais e imunológicos relacionados tanto ao parasito quanto ao hospedeiro, podem ser os responsáveis pela patogênese da fase crônica da doença. Dentre os fatores relacionados ao hospedeiro, a resposta imunológica e genes de resposta imune, como o gene *MICA* (do inglês, *major histocompatibility complex class I chain-related genes A*) despertam um interesse especial. **Objetivos:** A proposta deste estudo foi investigar a associação entre o polimorfismo do gene *MICA* e a susceptibilidade e/ou resistência à doença de Chagas crônica numa população da região sul do Brasil. **Material e Métodos:** Foram selecionados, 171 pacientes portadores da doença de Chagas crônica e 159 controles saudáveis; dos 171 pacientes, foi possível obter o diagnóstico cardiológico de apenas 129, sendo que, aqueles que apresentaram alterações no eletrocardiograma, foram classificados como pacientes com cardiopatia (N=44) e, aqueles com eletrocardiograma normal, em pacientes sem cardiopatia (N=85). A extração do DNA genômico foi realizada pela técnica *salting-out* e a genotipagem dos alelos *MICA* por PCR-SSOP (*polymerase chain reaction - sequence-specific oligonucleotide probing*) com leituras no citômetro de fluxo, pela tecnologia Luminex e as análises das genotipagens foram realizadas com o auxílio do software *HLA Fusion*. **Resultados:** As frequências alélicas, haplotípicas e as comparações estatísticas entre os grupos foram calculadas e os resultados foram significativos para o alelo *MICA*007*, que estava mais frequente no grupo controle do que em pacientes (0,3 vs. 2,8%, $P = 0,015$; OR = 0,10; IC 95% = 0,002-0,74). Em pacientes com cardiopatia, *MICA*008* estava mais frequente em relação aos pacientes sem cardiopatia (35,2 vs. 21,8%; $P = 0,029$; OR = 1,95; IC 95% = 1,10-3,46) e ao grupo controle (35,2 vs. 23,0%; $P = 0,028$; OR = 1,82; IC 95% = 1,09-3,03). O haplótipo *MICA*008_HLA-B*08* apresentou uma frequência mais elevada em pacientes em relação ao grupo controle (7,0 vs. 1,6%; $P = 0,028$; OR = 4,69; IC 95% = 1,14-30,25) e um valor alto de desequilíbrio de ligação relativo (ρ') pôde ser observado entre estes alelos, tanto para pacientes ($\rho' = 0,6517$), como para controles ($\rho' = 0,7668$). **Conclusão:** Nossos dados sugerem que *MICA*007* está ligado à proteção contra a doença de Chagas, enquanto que o haplótipo *MICA*008_HLA-B*08* está associado à susceptibilidade e, que *MICA*008* tem influência no desenvolvimento da cardiopatia chagásica crônica. Desta forma, este estudo pode servir para a compreensão dos mecanismos imunopatológicos que estão associados ao gene *MICA* e ao desenvolvimento da cardiopatia chagásica crônica.

C3

Ambiguidades obtidas na tipificação HLA de doadores voluntários de medula óssea na Santa Casa de São Paulo

Fabiana Soares Ramos - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Andréia Roberta Kiyamu - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Camilla Silva Barbosa - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Carmen Silvia Vieitas Vergueiro - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Daniela dos Santos Ribeiro - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Erika Franco da Silva - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Evelyn Guerra Rapanello - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Josy Cassavara Albuquerque - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Marcio Hajime Saito - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Tarcila Elias Pereira - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

A evolução das técnicas utilizadas na identificação e caracterização das diferentes formas dos genes que compõem o sistema HLA (Antígeno Humano Leucocitário) hoje é feita com o auxílio de várias metodologias, entre elas: SSO (*Sequence Specific Oligonucleotide*), SSP (*Sequence Specific Priming*) e sequenciamento. Contudo ainda enfrentamos alguns problemas na identificação de alelos, como as

ambigüidades, que ocorrem quando a metodologia utilizada não permite concluir a tipificação, obtendo como resultado dois pares de alelos possíveis.

OBJETIVOS

Identificar as ambigüidades para os locus A, B e DR obtidas na tipificação de doadores voluntários de medula óssea, provenientes da tipificação realizada pelo método SSO (LabType, One Lambda), bem como analisar a frequência de ocorrência da mesma.

MATERIAIS E MÉTODOS

Em 17.577 tipificações de doadores voluntários de medula óssea identificamos 702 (4,0%) ambigüidades, sendo 18,5% (130/702) do locus A, 69,9% (491/702) de locus B e 11,5% (81/702) de locus DR. O método utilizado foi SSO (LabType, One Lambda) baixa resolução.

RESULTADOS

Das ambigüidades encontradas, as mais freqüentes foram: no locus A: A*03,33 / A*03:24,31 (33,8%), A*11,33 / A*11:10,31 (25,4%); no locus B: B*15,40 / B*40,46 (8,8%), B*40,50 / B*44:46,49:02 (6,9%), B*15,15 / B*15,46 (6,5%) e no locus DR: DR*11,12 / DR*12:04,13:100 (23,5%), DR*01,03 / DR*01:16,14 (19,8%), DR*03,03 / DR*03,14:81 (19,8%).

CONCLUSÃO

Na rotina do laboratório é preciso definir quais estratégias que serão empregadas para chegar à melhor tipificação. As ambigüidades identificadas em 4% da rotina geram a necessidade de se empregar outra metodologia, como SSP ou Bw4/B7, quando insuficientes, podem ser resolvidas por seqüenciamento ou até mesmo pela freqüência do alelo.

C4

FATORES RELACIONADOS A ENXERTIA NEUTROFÍLICA E PLAQUETÁRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À TCTH ALOGÊNICO

Alessandro de Moura Almeida - Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do Hospital Israelita Albert Einstein

Andrea Tiemi Kondo - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Araci Sakashita - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Fabiana Mendes Conti - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

José Mauro Kutner - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Juliana Folloni Fernandes - Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do Hospital Israelita Albert Einstein

Marisa Mota - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Nelson Hamerschlag - Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do Hospital Israelita Albert Einstein

Paulo de Nóvoa Cardoso - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Ricardo Antonio D'almeida Pereira - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Introdução: O tempo de enxertia é um dos fatores determinantes do sucesso do transplante de medula óssea, pois há uma relação direta entre sua duração e o uso de hemocomponentes, risco de infecção/sangramentos e custos. **Objetivo:** Avaliar fatores impactantes no tempo de enxertia

neutrofílica e plaquetária. **Metodologia:** Estudo observacional retrospectivo que incluiu pacientes submetidos à transplante de medula óssea alogênico no período de setembro de 1997 a setembro de 2012 em um único centro do sudeste brasileiro. A compatibilidade HLA entre doador e receptor era avaliada para em alta resolução para os locos HLA-A, -B, -C, -DQ e -DRB1. Os resultados foram analisados utilizando o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 12.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois). Análise descritiva das variáveis foi realizada, com as correlações apropriadas. Os testes Mann-Whitney U e Kruskal Wallis foram usados para análise das variáveis de teste entre 2 ou mais grupos, respectivamente. A análise multivariada foi realizada por meio da regressão de Cox. O erro do tipo I foi considerado de 5% para todas as análises realizadas. **Resultados:** Foram estudados 165 pacientes submetidos à transplante alogênico de medula óssea. A maioria deles era do sexo masculino (64,2%, n= 106) e a fonte de CTH mais comum foi medula óssea (39,4%, n= 65), seguindo por célula progenitora de sangue periférico (29,7%, n= 49), cordão umbilical (29,1%, n=48) e fonte mista (1,8%, n= 3). A incompatibilidade ABO estava presente em 36,4% (n=60). Quarenta e três pacientes (26,1%) possuíam 1 ou 2 alelos HLA distintos; sete (4,2%) eram haploidenticos e os demais (n=115, 69,7%) possuíam compatibilidade HLA 10/10. A mediana da pega neutrofílica foi de 16 dias (variando de 7 a 48 dias) na população estudada. Os pacientes cuja fonte de células progenitoras foi a células progenitoras de sangue periférico (CPSP) apresentaram a menor mediana de pega neutrofílica (13 dias, variando de 8 a 23), seguidos por aqueles em que foram utilizadas células da medula óssea (18 dias, variando de 8 a 32) e por células de cordão umbilical (22 dias, variando de 7 a 48). A mediana da pega plaquetária também sofreu influência da fonte celular, sendo mais precoce entre paciente que receberam CPSP (mediana de 15 dias, variando de 9 a 59), se comparados com MO (20 dias, variando de 11 a 78 dias; p= 0,007) e cordão umbilical (25 dias, variando de 8 a 73; p<0,001). Além disso, pacientes com incompatibilidade ABO maior obtiveram uma pega plaquetária mais tardia (mediana de 27 versus 19 dias, p=0,009) e uma tendência à maior tempo para pega neutrofílica (mediana de 18 versus 16 dias, p= 0,182) do que os demais pacientes. A presença de incompatibilidade no sistema HLA também demonstrou impacto na enxertia da medula óssea (p<0,001). Após análise multivariada, o uso de doadores totalmente compatíveis (p< 0,01) e de CPSP (p< 0,01) permaneceram associados a um menor tempo de enxertia neutrofílica e plaquetária. **Conclusão:** Assim como já demonstrado em outros estudos, o uso de CPSP esteve associado a menor tempo de aplasia pós-transplante. Além disso, disparidades HLA parecem também ter impacto no tempo de enxertia neutrofílica e plaquetária.

C5

Frequência de alelos HLA classe I e II em pacientes portadores de Leucemia Mielóide Aguda na Santa Casa de São Paulo

Barbosa CS - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Márcio H. Saito - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Albuquerque JC - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Kiyamu AR - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Pereira TE - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Ramos FS - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Rapanello EG - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Ribeiro DS - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Silva EF - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Vergueiro CSV - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

A Leucemia Mielóide Aguda (LMA) representa cerca de 80% das Leucemias Agudas do adulto. Aproximadamente 60 a 70% dos pacientes obtêm reposta completa após a fase inicial de tratamento, entretanto apenas cerca de 25%, podem ser curados com quimioterapia, seu diagnóstico está baseado em achados clínicos, morfológicos e imunofenotípicos. O complexo principal de histocompatibilidade é a região do genoma humano com maior polimorfismo, a investigação do sistema HLA pode contribuir para o entendimento da patogênese da doença, bem como definir marcadores de susceptibilidade.

OBJETIVO

Comparar a frequência dos alelos HLA classe I e classe II de pacientes portadores de LMA com a frequência encontrada na população normal, aqui representada por 5 mil doadores de Medula Óssea do Banco Nacional de Doadores Voluntário de Medula Óssea (REDOME).

Materias e Métodos

Avaliamos a frequência dos alelos HLA classe I e classe II de pacientes com indicação para Transplante de medula Óssea (TMO) portadores de LMA, no período de 1997 a 2013, bem como comparamos com as frequências obtidas pelo REDOME. A metodologia utilizada para tipificação HLA foi PCR-SSP baixa resolução (One Lambda, CA, US). A correlação das frequências dos alelos foi obtida através do Programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

RESULTADOS

Dos 843 pacientes atendidos em nosso serviço no período de 1997 a 2013, 144 (22%) são portadores de LMA. Comparando nossas frequências com os dados do REDOME, observamos que para os alelos a seguir, nossa frequência foi acima dos dados estabelecidos pelo REDOME:

Santa Casa/REDOME - HLA-A: A*02 (50%) / A*02 (9,2%); A*11 (14,6%) / A*11 (5,4%); A*30 (10,4%) / A*30 (5,2%); A*31 (11%) / A*31 (4,5%); A*68 (13,9%) / A*68 (6%).

Santa Casa/REDOME - HLA-B: B*07 (14,6%) / B*07 (7%); B*14 (10,4%) / B*14 (6%); B*15 (16%) / B*15 (7%); B*18 (13,9%) / B*18 (5%).

Santa Casa/REDOME - HLA-DRB1: DRB1*03 (27,1%) / DRB1*03 (9,2%); DRB1*04 (22,2%) / DRB1*04 (12%); DRB1*07 (22,2%) / DRB1*07 (13%); DRB1*11 (22,9%) / DRB1*11 (14%); DRB1*15 (21,5%) / DRB1*15 (9,7%)

CONCLUSÃO

Vários estudos populacionais sugerem associações de alelos HLA com Leucemia Mielóide Aguda, muitos com resultados diferentes. Provavelmente os subtipos de LMA devem ser avaliados isoladamente, pois são doenças completamente diferentes, com tratamento, fisiopatologia e abordagem diversas.

Neste estudo observamos frequências diferentes entre a população estudada e a do banco de doadores, entretanto o perfil da amostra não permitiu uma análise mais fidedigna dessa correlação, necessitamos de estudo de maior proporção com grupo controle pareado e excluindo doentes que tenham perfil diverso.

C6

Frequência de alelos HLA classe I e II em pacientes portadores de Mieloma Múltiplo

Erika Franco da Silva - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Andréia Roberta Kiyamu - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Camilla Silva Barbosa - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Carmen Silvia Vieitas Vergueiro - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Daniela dos Santos Ribeiro - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Evelyn Guerra Rapanello - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Fabiana Soares Ramos - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Josy Cassavara Albuquerque - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Marcio Hajime Saito - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Tarcila Elias Pereira - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

O Mieloma Múltiplo (MM) representa 1% de todas as neoplasias malignas, sendo a segunda neoplasia hematológica mais comum, possui maior incidência em pessoas idosas, sendo mais rara em indivíduos com menos de 65 anos. O aumento de sua incidência nos últimos anos relaciona-se ao maior conhecimento da história natural da doença e sua patogênese, à melhora dos recursos laboratoriais e ao aumento de expectativa de vida mundial. O complexo principal de histocompatibilidade é a região do genoma humano com maior polimorfismo, a correlação do sistema HLA (Antígenos Leucocitários Humanos) e o Mieloma pode contribuir para o entendimento da patogênese da doença bem como definir marcadores de susceptibilidade.

OBJETIVOS

Comparar a frequência dos alelos HLA classe I e classe II de pacientes portadores de MM com a frequência da população normal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Avaliamos a frequência dos alelos HLA classe I e classe II de 68 pacientes portadores de MM, no período de 2005 a 2012, e comparamos com as frequências obtidas pelo REDOME. A metodologia utilizada para tipificação HLA foi PCR-SSP baixa resolução (One Lambda, CA, US). A correlação das frequências dos alelos foi obtida através do Programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*)

RESULTADOS

Dos 661 pacientes atendidos em nosso serviço no período de 2005 a 2012, 68 (10%) são portadores de MM. Comparando nossas frequências com os dados do REDOME, observamos que para os alelos HLA-A as frequências observadas nos pacientes foram A*11 (13,3%) / A*23 (10,3%) / A*24 (22,0%) / A*30 (10,3%) / A*31 (13,2%) / A*68 (14,7%); na amostra de doadores do REDOME as frequências obtidas foram A*11 (5,4%) / A*23 (5,0%) / A*24 (9,9%) / A*30 (5,2%) / A*31 (4,5%) / A*68 (6,0%).

Para os alelos HLA-B observamos: B*07 (22,1%) / B*15 (16,2%) / B*18 (10,3%) / B*39 (10,3%) / B*51 (20,6%); na amostra de doadores do REDOME as frequências obtidas foram B*07 (7,0%) / B*15 (6,9%) / B*18 (5,0%) / B*39 (2,6%) / B*51 (0,0%).

Para os alelos HLA-DR observamos: DRB1*03 (13,2%) / DRB1*04 (22,1%) / DRB1*11 (23,5%) / DRB1*15 (17,6%); na amostra de doadores do REDOME as frequências obtidas foram DRB1*03 (9,2%) / DRB1*04 (11,9%) / DRB1*11 (14,0%) / DRB1*15 (9,7%).

CONCLUSÃO

Nossos dados não permitem concluir que alelos sejam indicadores de susceptibilidade, no entanto, ampliaremos a análise para conseguirmos uma casuística e um grupo controle que possam ser representativos de nossa população e permitam avaliar o risco relativo e a susceptibilidade para Mieloma Múltiplo.

C7

Quimerismo Hematopoiético em Subpopulações de Linfócitos ? Uma Ferramenta Auxiliar ao Monitoramento de Leucemias de Origem Linfóides.

Thiago Guerino - Diagnósticos da América S/A - DASA
Claudia Borba Rosales - Diagnósticos da América S/A - DASA
Francisco Monteiro - Diagnósticos da América S/A - DASA

Greta Bouchabki - Diagnósticos da América S/A - DASA
Nelson Gaburo - Diagnósticos da América S/A - DASA
Vanessa Alastico - Diagnósticos da América S/A - DASA

O estudo de quimerismo hematopoiético pós transplante de medula óssea é o teste de escolha para o monitoramento da "pega" de enxertia. Com este exame é possível não só definir se as células circulantes na periferia corpórea provêm da medula original do paciente (perfil genético do receptor), se é proveniente da medula transplantada (perfil genético do doador), mas também nos permite definir se há uma mistura entre células do doador e receptor e mensurar a porcentagem dessa mistura. Esse ensaio ainda serve como medida prognóstica do transplante de medula, uma vez que sua análise periódica pode mostrar uma permanência ou declínio da presença de material genético proveniente do enxerto, significando um forte indício de que a medula transplantada não está sendo capaz de substituir a medula original, assim como também pode indicar uma recidiva da doença de base. O objetivo do nosso trabalho foi verificar se a porcentagem de quimera encontrada em uma amostra de sangue periférico correlacionava-se àquela encontrada em subpopulações de linfócitos T e B da mesma amostra. Utilizando o AmpFISTR Identifiler Amplification kit (Applied Biosystems, EUA), foi analisado quinze loci de microsátélites de um paciente com diagnóstico clínico de Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) e as subpopulações de linfócitos T e B foram separadas por lã de nylon. Nossos resultados mostraram que a porcentagem de mistura encontrada no ensaio de quimerismo utilizando sangue total (56% perfil genético do doador) não apresentou o mesmo padrão homogêneo quando a mistura foi mensurada em subpopulações de linfócitos T (84% perfil genético do doador) e linfócitos B (33% perfil genético do doador). Levando-se em consideração que as leucemias de origem linfóide podem restringir-se a determinados tipos de leucócitos, a possibilidade de mensurar, especificamente, a capacidade proliferativa de subpopulações pode vir a ser uma informação de grande importância para a conduta terapêutica a ser seguida.

C8

Descrição de Alelos HLA Raros Encontrados em Doadores Voluntários de Medula Óssea Diagnosticados por Análise Molecular pelo Laboratório de Imunogenética e Histocompatibilidade de Barretos

Maristela Araújo França Mendes - Laboratório de Imunogenética, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos-SP, Brasil.

Isabelle Batistella Trevizan - Laboratório de Imunogenética, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos-SP, Brasil.

Rafael Formenton Cita - Laboratório de Imunogenética, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos-SP, Brasil.

Devido à grande diversidade étnica da população brasileira, não está bem descrito na literatura estudos de frequência alélica e haplotípica que apresentem uma distribuição populacional bem definida. Com o avanço tecnológico na tipificação HLA e uma consequente melhora na definição da genotipagem, alguns alelos considerados raros pelo NMDP (National Marrow Donor Program) tem apresentado uma frequência maior em nossa população. Um alelo é definido como raro quando sua frequência alélica em determinada população é inferior a 0,002%. O Laboratório de Imunogenética e Histocompatibilidade de Barretos tem investido cada vez mais para que os resultados HLA sejam o mais fidedigno possível, respeitando normas de padrão nacional e internacional. Em consequência disso, vimos a necessidade de poder contribuir não só com o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME), mas também com o NMDP através do site www.ebi.ac.uk, relatando alguns casos que encontramos desde o início de 2013. Para a determinação dos alelos do presente estudo utilizamos a metodologia de hibridização de sondas de sequências específicas (LABType®SSOP Kits - One Lambda, USA) e quando os resultados sugeriam um alelo raro, a tipificação era confirmada pelo sequenciamento do DNA (Secore® Sequencing Kit, GSSP Kit e Ambisolv Kit – Invitrogen By Life Technologies, USA). Sendo assim, foi possível confirmarmos os alelos A* 02:52, B*15:151, B*18:19, B*27:52, B*40:129, B*52:21, B*57:05, B*51:119, DRB1*11:42, DRB1*13:26, DRB1*13:56, DRB1*14:13. Estudos adicionais pela metodologia de clonagem celular de alelos serão realizados para reafirmarmos os resultados seguindo critérios internacionais para publicação. Os dados obtidos

mostraram que alguns alelos considerados raros em outras populações são encontrados na nossa população. Atualmente, contamos com um banco de aproximadamente 350.000 doadores voluntários cadastrados, o que nos possibilita redesenhar o estudo gerando novos dados que possam contribuir ainda mais com a diversidade genética do REDOME bem como a otimização na busca de doadores em potencial no mesmo.

C9

Estudo Sistemático para Aumentar a Acurácia dos Testes de Quimerismo Hematopoiético

Francisco Monteiro - Diagnósticos da América S/A ? DASA
Claudia Borba Rosales - Diagnósticos da América S/A ? DASA
Greta Bouchabki - Diagnósticos da América S/A ? DASA
Nelson Gaburo - Diagnósticos da América S/A ? DASA
Thiago Guerino - Diagnósticos da América S/A ? DASA
Vanessa Teixeira Alástico - Diagnósticos da América S/A ? DASA

Forensic-oriented kits analyzing short tandem repeat (STR) polymorphisms are widely used for monitoring hematopoietic chimerism in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation. However, it is becoming clear that the accuracy and reliability of quantitative chimerism analysis in post-transplant samples are greatly affected by factors such as the homozygosity/heterozygosity of alleles, sharing of donor and patient alleles and the positional relationship of PCR amplicons during analysis. Despite this, the literature recognizes that the a interpretation of the STR-based chimerism tests is often subject to interference by the presence of a stutter peak, no unique allele and unbalanced allele amplification. Also, the sensitivity of this technology is crucial for the early detection of relapse and, in consequence, the adjustment of the treatment to enhance donor-origin haematopoiesis in transplant recipients. Here, we describe the performance of AmpFISTR Identifier Amplification kit (Applied Biosystems) in our laboratory for the analysis of chimerism. Fifteen STR loci were amplified with this kit in three studies as following: Study 1 and 2: Five specimen pairs had been their peripheral blood sparkling in different proportions (study 1) and 6 peripheral blood samples of transplanted patients (study 2) were tested blindly in both, our and a reference laboratory using same technique. Concordant results for both studies were obtained for 100% of the results with less than 5% differences in the chimera percentage. Study 3: In this study, different sources to define host profile before transplantation were tested such as, buccal swab and hair root. From each patient at least one buccal swab and hair root were taken at known time intervals after transplantation. These samples and peripheral blood samples of 11 transplanted patients were tested and hair root has shown to be a better source than buccal swab since no chimera was seen in these samples. Finally, the DNA of one of these samples was serial diluted and tested in the same fashion and the result showed that a 0.05ng/ μ L of donor DNA in the recipient sample give the same result as a 0.1ng/ μ L. In conclusion, this report offers a valuable scheme to enhance the accuracy of chimerism testing.

C10

Avaliação da Frequência Haplotípica dos Genes HLA-A, HLA-B e HLA-DRB1 na População do Estado de São Paulo e Rondônia.

RAFAEL FORMENTON CITA - Laboratório de Imunogenética, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos-SP, Brasil.
CELSO TEIXEIRA MENDES JUNIOR - Laboratório de Imunogenética, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos-SP, Brasil.
EDUARDO ANTONIO DONADI - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil
ISABELLE BATISTELLA TREVIZAN - Laboratório de Imunogenética, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos-SP, Brasil.
MARISTELA ARAÚJO FRANÇA - Laboratório de Imunogenética, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos-SP, Brasil.

O conhecimento das frequências haplotípicas envolvendo genes HLA assume um papel relevante no contexto do transplante de órgãos sólidos e tecidos, quando se trata de se buscar um doador não relacionado para pacientes que não encontraram doador compatível em seu núcleo familiar. Uma classificação dos haplótipos mais frequentes por etnia pode encurtar a procura do doador ideal, pois a busca inicial pode ser efetuada dentro do próprio grupo étnico do paciente onde há, teoricamente, maiores chances dele encontrar um doador compatível. Além disso, o conhecimento dessas frequências permite estimar as reais chances de um paciente, em uma lista de espera, encontrar um doador que apresente uma maior compatibilidade HLA. O conhecimento da frequência e prevalência dos genes HLA, permitirá a compreensão da biologia da distribuição desses alelos em nossa população, além de possibilitar a comparação com outros grupos populacionais. A variabilidade genética do sistema HLA é útil na pesquisa imunológica para transplantes, a fim de minimizar a rejeição; no fornecimento de informações sobre susceptibilidade ou resistência genética a doenças; nos estudos antropológicos e de genética de populações. Este trabalho tem por objetivo avaliar as frequências haplotípicas dos genes que codificam os antígenos HLA-A, HLA-B e HLA-DR em amostras populacionais do estado de São Paulo e Rondônia. Os dados foram obtidos através da análise estatística dos algoritmos EM, ELB e o método PHASE usando o software Arlequin v3,15. Para a execução deste trabalho foram selecionados 48.981 indivíduos não relacionados e saudáveis; dos quais, 20.823 pertencem ao estado de São Paulo, e 28.158 ao estado de Rondônia. Os haplótipos HLA mais frequentes no estado de São Paulo foram A*01 B*08 DRB1*03 (EM: 0,021964, ELB: 0,045046, FASE: 0,024204); A*29 B*44 DRB1*07 (EM: 0,013989, ELB: 0,027951, FASE: 0,014215); A*03 B*07 DRB1*15 (EM: 0,009027, ELB: 0,018393, FASE: 0,008021); A*02 B*51 DRB1*11 (EM: 0,008494, ELB: 0,016328, FASE: 0,009077); A*02 B*44 DRB1*04 (EM: 0,007814, ELB: 0,014167, FASE: 0,008212) e A*33 B*14 DRB1*01 (EM: 0,007728, ELB: 0,016328, FASE: 0,009604); no estado de Rondônia foram A*01 B*08 DRB1*03 (EM: 0,021349, ELB: 0,041801, FASE: 0,041801); A*29 B*44 DRB1*07 (EM: 0,014446, ELB: 0,026422, FASE: 0,026422); A*03 B*07 DRB1*15 (EM: 0,009437, ELB: 0,019142, FASE: 0,019142); A*11 B*35 DRB1*01 (EM: 0,008068, ELB: 0,015022, FASE: 0,015022); A*02 B*44 DRB1*04 (EM: 0,007982, ELB: 0,013566, FASE: 0,013566) e A*33 B*14 DRB1*01 (EM: 0,008181, ELB: 0,016123, FASE: 0,016123). Avaliando a variabilidade genética entre as duas populações pode-se constatar características haplotípicas semelhantes; desta forma, estes dados são informativos para estabelecer estratégias mais eficazes na busca de um doador ideal.

C11

Quinze novos alelos HLA identificados em indivíduos do estado de Minas Gerais, Brasil

Raquel Aparecida Fabreti de Oliveira - aDepartamento de Bioquímica e Imunologia, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brazil. bDepartamento da Ciência da Computação, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brazil; cIMUNOLAB ? Laboratório de Histocompatibilidade, Imunogenética e Bernardo Vilela Nascimento - cIMUNOLAB ? Laboratório de Histocompatibilidade, Imunogenética e Imunologia de Transplantes, MG, Brazil
Cíntia Keila Fabreti de Oliveira - cIMUNOLAB ? Laboratório de Histocompatibilidade, Imunogenética e Imunologia de Transplantes, MG, Brazil
Eliane Maria Gaspar Vale - cIMUNOLAB ? Laboratório de Histocompatibilidade, Imunogenética e Imunologia de Transplantes, MG, Brazil
Evaldo Nascimento - cIMUNOLAB ? Laboratório de Histocompatibilidade, Imunogenética e Imunologia de Transplantes, MG, Brazil; dInstituto de Ensino, Pesquisas e Clínica de Transplantes do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Brazil
Marcos Augusto dos Santos - bDepartamento da Ciência da Computação, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brazil

Introduction: The Human Leukocyte Antigen (HLA) genes are highly polymorphic. More than 8,500 classical HLA class I and II alleles have been published. **Objectives:** Fifteen novel HLA alleles were identified in the Minas Gerais state volunteer subjects from the Brazilian Bone Marrow Donor Register (REDOME). **Methods:** The genomic DNA was isolated using Biopur DNA extraction Kit (Biometrix, Curitiba/PR, Brazil). The HLA typing was first performed using LabType® PCR-SSOP (One Lambda, Canoga Park, USA), followed by Sequence-Based-Typing (SBT) with SeCore® HLA Sequence-Based Typing Kits (Invitrogen, USA). No matches were found with any known HLA allelic combination, suggesting the presence of novel HLA alleles for each sample. In order to separate the two HLA alleles

in each sample and to determine which alleles were novel was amplified using the Group Specific Domino Stone (GSA) and Locus Specific Domino Stone (LSA) single sequencing set (Protrans GmbH, Heidelberg, Germany) for single allele-specific sequencing. All new HLA sequence data were submitted to the GenBank database and were assigned accession numbers. The names of all novel HLA alleles were officially assigned by the WHO Nomenclature Committee in January and February of 2013. **Results:** The new alleles discovered separated by a slash its GeneBank accession number include: one HLA-A (A*80:03/KC433572), ten HLA-B (B*07:184/KC477770, B*27:102/KC477778, B*41:27/KC477771, B*42:19/KC477777, B*42:20/KC477772, B*50:32/KC477774, B*51:151/KC477775, B*57:63/KC477773, B*57:64/KC477776, and B*58:42/KC477769), and four HLA-DRB1* (DRB1*04:11:03/KC433573, DRB1*10:05/KC438413, DRB1*15:94/KC438414, and DRB1*16:22/KC438412). The HLA-B*27:102 probably originated by an intralocus gene conversion event between the HLA-B*27:02:01 allele and one of the following HLA alleles as a donor: B*27:07:01 or B*40:02:01. Novel HLA alleles compared with their most similar HLA alleles were observed as A*80:03 (163 GAG to ACG - E to T), B*07:184 (5 ATG to AGG - M to R), B*41:27 (74 TAC to GAC - Y to D), B*42:19 (152 GTG to GAG - V to E and 156 GAC to CTG - D to L), B*42:20 (113 CAT to TAT - H to Y), B*50:32 (155 CAG to CAT - Q to H), B*51:151 (9 TAC to CAC - Y to H), B*57:63 (152 GTG to GAG - V to E), B*57:64 (151 CGT to TGT - R to C), B*58:42 (84 TAC to TTC - Y to F), DRB1*04:11:03 (58 GCC to GCT (silent), DRB1*10:05 (57 GAT to AGC - D to S), DRB1*15:94 (50 GTG to GGG - V to G), DRB1*16:22 (6 CGT to TGT - R to C). Fourteen of the novel alleles had single nucleotide polymorphisms (SNP) when compared to their most homologous allele. Of these, one harbored a SNP identified as a silent substitution. The remaining novel alleles differ from their most similar allele by one to four nucleotide substitutions. **Conclusion:** The Knowledge of new mutations in the population may have clinical relevance both in organ, tissue transplantation, and in the immune system regulation of autoimmune or infectious diseases.

C12

Tipificação do Alelo HLA-B*5701 Para Predição da Hipersensibilidade ao Abacavir

Thiago Guerino - Diagnósticos da América S/A - DASA
Claudia Borba Rosales - Diagnósticos da América S/A - DASA
Francisco Monteiro - Diagnósticos da América S/A - DASA
Greta Bouchabki - Diagnósticos da América S/A - DASA
Nelson Gaburo - Diagnósticos da América S/A - DASA
Vanessa Teixeira Alástico - Diagnósticos da América S/A - DASA

Hypersensitivity reaction to abacavir occurs in about 8% of those who take the drug. While we can't be 100% certain who will and who won't have hypersensitivity to Abacavir, This reaction is strongly associated with the presence of the HLA-B*5701 allele and there is now a genetic screening that helps identify those patients who are at an increased risk. The aim of this study was to know the frequency of HLA-B*5701 in a Brazilian population infected by human immunodeficiency virus type 1 and find out the percentage of people who might be beneficial with a test to detect HLA-B*5701. To do that, 74 patients infected by human immunodeficiency virus type had HLA B locus typed by the LabType SSO technique (One Lambda, Inc., Canoga, CA). The results showed that the prevalence of HLA-B*17 was 8.1% (06 of 74 patients). From those, 2.7% were HLA-B*5701 (02 of 74 patients). In conclusion, this study points that in a Brazilian population infected by human immunodeficiency virus type 1, an HLA test to detect HLA-B*1701 allele can be used to prevent a specific toxic effect of abacavir in 97.3% of patients.

C13

Frequência de alelos e haplótipos HLA na região de Bauru, interior do estado de São Paulo.

Luana de Cassia Salvadori - Instituto Lauro de Souza Lima
Elaine Valim Camarinha Marcos - Instituto Lauro de Souza Lima

Introdução: O complexo HLA (antígeno leucocitário humano) é expresso em células nucleadas do organismo e tem como função apresentar peptídeos antigênicos aos linfócitos com o objetivo de ativar a resposta imunológica específica, além disso, a identificação de alelos HLA é uma ferramenta essencial na avaliação de compatibilidade entre doador e receptor para realização de transplante. **Objetivo:** O presente estudo teve por finalidade estimar as frequências dos alelos e haplótipos HLA na região de Bauru e comparar com as frequências encontradas em outras regiões do país. **Material e Métodos:** As frequências de alelos e haplótipos HLA-A*, HLA-B* e HLA-DRB1* foram analisadas em uma amostra de 3.542 doadores voluntários cadastrados no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) no município de Bauru. A tipificação HLA foi realizada através da técnica *Reverse Line blot* de baixa resolução, com a utilização do *Dynal Relli™ SSO HLA Typing Kit* e pela automação *Dynal AutoRelli™ 48 Instrument* (Invitrogen, USA). **Resultados:** Foram identificados 20 grupos alélicos HLA-A*, 36 HLA-B* e 13 HLA-DRB1*. Os alelos mais frequentes de cada locus foram: HLA-A*02, HLA-B*35 e HLA-DRB1*07. O haplótipo mais frequente foi A*01-B*08-DRB1*03. As frequências alélicas e haplotípicas foram comparadas com estudos realizados em outras regiões do Brasil, mostrando similaridades e diferenças entre as populações. **Conclusão:** Conhecer o perfil imunogenético da população estudada contribui para o entendimento histórico e antropológico da região e auxilia na agilidade do processo de busca por um doador compatível, decrescendo as filas de espera por transplante, além de proporcionar aumento da sobrevida dos receptores.

C14

Frequências polimórficas do gene MICA em populações do Paraná, Pará e Mato Grosso, Brazil

Hugo Vicentin Alves - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Dias-Baptista, I.M.F. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Fava, V.M. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Jarduli, L. R. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Marcos, E.V.C. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Mira, M.T. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Moraes, M.O. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Pereira, A.C. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Ramos, G.B. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Reis, P. G.; - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Souza, F.C. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Virmond, M.C.L. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil
Visentainer, J. E. L. - Laboratório de Imunogenética - Universidade Estadual de Maringá (LIG-UEM) ? Paraná, Brazil

A população brasileira é considerada miscigenada por apresentar grande heterogeneidade genética e étnica. Essa variação humana é contínua, e as frequências de alelos tendem a variar gradualmente devido à grande distância geográfica, mistura racial e a colonização da região. O gene *MICA* (*Major Histocompatibility Complex Class I chain-related A*) é membro da família MIC, identificado dentro da região MHC de classe I, localizado a 46,5 Kb do centrômero do gene *HLA-B*. As proteínas MICA são altamente polimórficas, expressas na superfície das células epiteliais em resposta ao estresse celular,

onde são reconhecidas por células T $\gamma\delta$ e TCD8+ $\alpha\beta$, além de células Natural Killer (NK), por meio do receptor NKG2D. **Objetivo:** Realizar a genotipagem desse grupo alélico para determinar a distribuição de alelos *MICA* em indivíduos do estado do Paraná (Região Sul), Mato Grosso (Região Centro-Oeste) e Pará (Região Norte) e, compará-los, para verificar a existência de diferenças entre essas regiões. **Material e Métodos:** Foram analisadas amostras de DNA de 114 indivíduos independentes do município Santo Antônio da Prata – PA, 419 indivíduos independentes da cidade de Rondonópolis - MT e 201 indivíduos da região norte/noroeste do Paraná. A genotipagem do gene *MICA* foi realizada por PCR-SSO (*polimerase chain reaction-specific sequence of oligonucleotides*) (One Lambda[®], CA, USA), baseada na tecnologia Luminex. A seguir, os dados foram analisados pelo *software HLA Fusion* para interpretação das genotipagens e as frequências alélicas foram determinadas por contagem direta. A comparação das frequências dos alelos entre as populações foram avaliadas pelo teste do Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher, por meio do programa OpenEpi v. 2.3.1. **Resultados:** Nas genotipagens do gene *MICA*, realizadas nos indivíduos do Paraná, observamos 16 alelos *MICA*, sendo que os alelos mais frequentes foram *MICA*008* (28,1%), *MICA*002* (18,1%), *MICA*004* (11,9%) e *MICA*009* (10,4%). Nos indivíduos do Mato Grosso, foram observados 26 alelos, e os mais frequentes foram *MICA*008* (22,43%), *MICA*002* (19,80%), *MICA*004* (14,08%) e *MICA*009* (11,60%), semelhantes à população do Paraná. Já nos indivíduos do Pará, foram observados 19 alelos *MICA*, sendo os mais frequentes: *MICA*002*(32,01%), *MICA*008* (17,54%), *MICA*027* (10,09%) e *MICA*010* (9,65%). Analisando os resultados, observou-se uma diferença estatística significativa na frequência do alelo *MICA*008* entre os indivíduos do Mato Grosso e do Paraná (22,43% vs. 28,1% respectivamente; $P = 0,035$). Quando comparamos os indivíduos do Pará aos indivíduos do Paraná, uma diferença significativa foi observada para o alelo *MICA*002* (32,01% vs. 18,15% respectivamente; $P < 0,0001$), *MICA*008* (17,54% vs. 28,1%; $P < 0,001$), *MICA*010* (9,65% vs. 4,50%; $P = 0,01$), *MICA*011* (0,44% vs. 3,73%; $P = 0,01$) e *MICA*027* (10,08% vs. 4,72%; $P = 0,01$). **Conclusão:** Os resultados apresentados descrevem as frequências dos alelos *MICA* nos indivíduos pertencentes a três populações brasileiras e, revelam diferentes frequências e variantes. Assim, podemos observar como a população brasileira é heterogênea em três regiões do nosso extenso país (Sul, Norte e Centro-oeste). Finalmente, a caracterização do gene *MICA* pode ser útil para análises futuras sobre o papel do gene em associações com doenças e para a realização de transplantes.

Apoio financeiro: LIG-UEM, CNPq, CAPES.

C15

Identificação de três novos alelos HLA na população brasileira: B*15:265, B*39:83 e DRB1*12:38

Gisele Fabianne Rampim - Instituto de Imunogenética ? IGEN/AFIP, São Paulo, SP
Maria Gerbase de Lima - Instituto de Imunogenética ? IGEN/AFIP, São Paulo, SP
Regina Aparecida de Paula - Instituto de Imunogenética ? IGEN/AFIP, São Paulo, SP
Vinicius Florencio Echeverria - Instituto de Imunogenética ? IGEN/AFIP, São Paulo, SP

O número de alelos HLA (*Human Leucocyte Antigens*) identificados em todo o mundo tem crescido rapidamente, totalizando atualmente mais de 9.000 alelos. Neste trabalho descrevemos três novos alelos HLA na população brasileira.

Durante a realização de exames de tipificação HLA por PCR-SSO (*Sequence-Specific Oligonucleotide Probes*), foram encontrados padrões incomuns de reações (falso positivas ou negativas) em três amostras. Posteriormente cada alelo foi tipificado isoladamente utilizando diferentes kits através da metodologia baseada em sequenciamento (SBT, *Sequence Based Typing*).

O alelo B*15:265 foi identificado em um paciente do sexo masculino, de raça oriental, de 31 anos, durante a realização de exames para identificação do antígeno HLA-B27, associado à espondilite anquilosante. O SBT foi realizado utilizando o kit SeCore[®] Two-Amp System (Invitrogen[™]).

O alelo B*15:265 difere do B*15:121 por uma mutação no nucleotídeo (nt) 544 (G>A) no códon 158 (GCC>ACC) do exon 3, resultando na alteração de aminoácidos (aa), de alanina para treonina. A tipificação HLA-A,B,C,DRB1,DQB1 deste paciente é: A*02:KESU,02:KESU; B*27:05:02,15:265; C*01:MCNW,*08:MCRK; DRB1*07:KCHE,*12:REWA; DQB1*02:02 DQB1*03:JVYH.

O alelo B*39:83 foi identificado em um doador do REDOME (Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea), do sexo masculino, raça parda, 35 anos. O SBT foi feito com o kit S4 Allele Specific kit (Protrans).

O novo alelo B*39:83, difere do B*39:06 por dois pontos de mutação no exon 2, nos nt 246 (A>G) e 272 (G>T). A primeira mutação, no códon 58 (GAA>GAG) não leva a alteração de aa (glutamina>glutamina), enquanto a segunda, no códon 67 (TGC>TTC), codifica um aa diferente (cisteína>fenilalanina). A tipificação HLA-A,B,C,DRB1,DQB1 deste doador é: A*01:JWTX,*31:JWYF, B*08:01,*39:83; C*07:SRSN*07:SRSN; DRB1*03:JZMU,*14:02 e DQB1*02:01,*03:JVYH.

O alelo DRB1*12:38 também foi caracterizado em um doador do REDOME, do sexo masculino, raça parda, de 24 anos. O SBT foi feito com o kit AlleleSEQR HLA-DRB1 (Abbott Molecular).

O alelo DRB1*12:38 difere do *12:14 em dois pontos no exon 2, nt 197 (T>A) no códon 37(TTC>TAC) e nt 227 (T>A) códon 47 (TTC>TAC). Ambas as mutações levam à mesma alteração de aa (fenilalanina > tirosina). A tipificação HLA-A,B,DRB1,DQB1 deste doador é: A*30:JWXK,*33:JWYE; B*35:KBFZ,*42:02; DRB1*10:01,*12:38; DQB1*05:01,*05:DFT.

Nos três casos, a hipótese da conversão gênica intra-alélica é a que melhor explica o aparecimento dos novos alelos descritos, pois as regiões onde foram encontradas as mutações possuem sequências gênicas idênticas às de outros alelos frequentes em nossa população.

C16

Associação dos genes HLA de classe I e de classe II em pacientes com a doença de Chagas crônica com e sem alterações cardiológicas

Camila de Freitas Oliveira - Universidade Estadual de Maringá
Ana Maria Sell - Universidade Estadual de Maringá
Christiane Maria Ayo - Universidade Estadual de Maringá
Jeane Eliete Laguilha Visentainer - Universidade Estadual de Maringá
Márcia Machado deOliveira Dalalio - Universidade Estadual de Maringá
Pâmela Guimarães Reis - Universidade Estadual de Maringá

A doença de Chagas, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, ocorre principalmente na América Latina. A doença é caracterizada por fases aguda e crônica. A suscetibilidade a doenças infecciosas pode acontecer devido às diferenças individuais em alguns estágios da resposta imune, assim, os marcadores genéticos têm tido um importante papel nesta área, e um grande avanço é esperado no conhecimento sobre a função de genes na resistência/suscetibilidade genética às doenças. O objetivo deste estudo foi investigar a influência dos genes de resposta imune *HLA* de classe I e II na suscetibilidade/resistência ao desenvolvimento de alterações cardiológicas em pacientes com a doença de Chagas crônica numa população do norte/noroeste do estado do Paraná. Para isso, a caracterização clínica da doença em 179 pacientes foi realizada através do eletrocardiograma. Os pacientes foram divididos em dois grupos: um grupo de pacientes que desenvolveram a cardiopatia chagásica crônica e outro com pacientes que não desenvolveram esta sintomatologia. Foram coletadas amostras de 10 mL de sangue periférico para extração do DNA a partir da camada leucocitária, utilizando a técnica *Salting-out*. Um total de 41 pacientes com cardiopatia chagásica crônica e 138 pacientes sem a cardiopatia foram genotipados para os genes *HLA* de classe I e II utilizando a técnica PCR-SSOP (*polymerase chain reaction - sequence-specific oligonucleotide probing*) com metodologia Luminex. O equilíbrio de Hardy-Weinberg, as frequências alélicas e haplotípicas foram obtidos pelo *software* Arlequin. As comparações

das frequências entre o grupo com cardiopatia com os sem cardiopatia foram realizadas por meio do teste do Qui-quadrado com correção de Yates e Teste Exato de Fisher. O risco de desenvolver a cardiopatia em indivíduos portadores de determinados alelos foi calculado pela determinação de OR (*odds ratio*) e do IC 95% para associações significantes ($p < 0,05$). Diferenças significativas foram observadas nas frequências dos haplótipos *HLA-A*66-DQA*01* ($p=0,037$; OR=10,09; IC=1,104-48,46; 5,8 vs 0,6%); *HLA-B*18-C*07* ($p=0,019$; OR=15,69; IC=1,37-971,6; 5,8 vs 0%), *HLA-B*07-DQA*01* ($p=0,014$; OR=12,26; IC=1,772-288,1; 6,9 vs 0,6%), mais frequentes em pacientes com cardiopatia e que parecem estar associados à suscetibilidade ao desenvolvimento da forma cardíaca da doença. No grupo de pacientes sem cardiopatia, observou-se um aumento na frequência de apenas um haplótipo, o *HLA-A*02-DQA*01* ($p=0,013$; OR=0,2638; IC=0,06463-0,7986; 4,6 vs 15,6%), sugerindo uma associação com a resistência ao desenvolvimento das alterações cardiológicas na doença de Chagas fato que pode estar relacionado com a resistência ao desenvolvimento de tal patologia.

D1

Monitoramento Molecular após o transplante alogênico em pacientes com Leucemia Mielóide Crônica

Simone Bonecker - Instituto Nacional de Câncer (INCA)
Ilana Zalberg Renault - Instituto Nacional de Câncer (INCA)
Luciana Mayumi Gutiyama de Freitas - Instituto Nacional de Câncer (INCA)
Paola Alejandra Cappelletti - Instituto Nacional de Câncer (INCA)
Roberta Bitencourt - Instituto Nacional de Câncer (INCA)
Telma França Padilha - Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Introdução: Atualmente o monitoramento da doença residual mínima (DRM) de pacientes com Leucemia Mielóide Crônica (LMC) em uso de inibidores tirosina-quinase (ITK) é realizada pela técnica de RT-qPCR (PCR em tempo real quantitativo). Embora o resultado do RT-qPCR, já esteja incorporado no algoritmo de manejo do paciente com LMC em uso de ITK, o limiar da quantidade de transcritos BCR-ABL que apresenta correlação com a evolução do paciente com LMC no pós-transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) ainda não foi definido. A definição de valores preditivos diferenciados em função da cinética de transcritos BCR-ABL ao longo do período pós-transplante, com valores e tempos que apresentem correlação com a evolução clínica é importante pela possibilidade da criação de uma janela terapêutica precoce para o tratamento da DRM por infusão de linfócitos doadores (ILD) ou por ITK. Como sabido, o tratamento quando realizado em situação de baixa carga tumoral é mais efetivo e associado à resposta molecular completa (BCR-ABL indetectável), estável e duradoura. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo avaliar o possível limiar de transcritos BCR-ABL/ABL^{Et}, que seja preditivo do risco de recaída. Estudo longitudinal da quantidade de transcritos BCR-ABL/ABL^{Et}, em amostras seriadas ao longo do TCTH para determinação de um possível ponto (dias pós-transplante) de corte preditivo de recaída. **Pacientes e Método:** RT-qPCR para quantificação dos transcritos de BCR-ABL/ABL^{Et} em 324 amostras de sangue periférico, do diagnóstico e ao longo do pós alo-TCTH, de 101 pacientes com quimerismo total (QT), determinado por PCR para regiões informativas de STR, referidos ao nosso laboratório no período de 1997 a 2013. Dos 101 pacientes, 44 tiveram três ou mais amostras seriadas ao longo do TCTH. Os resultados apresentados correspondem a este subgrupo. **Resultado:** Níveis detectáveis de BCR-ABL/ABL^{Et} foram encontrados em 20/44 (45%) em pelo menos uma amostra. A quantidade de transcritos BCR-ABL/ABL^{Et} detectada foi sempre $\leq 0,1\%$, valor este equivalente a uma resposta molecular maior (RMM) ou RM³. Em contraste, 16/44 (37%) pacientes apresentaram valores $>0,1\%$ de BCR/ABL^{Et}; enquanto 8/44 (18%) apresentaram persistentemente níveis indetectáveis. A detecção de valores de transcritos BCR/ABL^{Et} $\leq 0,1\%$ em uma ou mais amostras ao longo do tempo pós TCTH não se correlacionou com recaída. Cinéticas com baixos níveis de transcritos BCR-ABL ($\leq 0,1\%$) foram observadas. Nenhum dos pacientes apresentou positividade para BCR-ABL após a obtenção de níveis de BCR-ABL indetectáveis. **Conclusão:** Estes resultados ressaltam a importância de análises seriadas mais frequentes do paciente com LMC ao longo do pós TCTH para a definição de tempo e valor de transcritos BCR-ABL que sejam preditivos da recaída. Flutuação dos níveis dos transcritos de BCR-ABL é comum em pacientes com mais de 10 anos de sobrevida pós-TCTH.

D2

Controle de qualidade em banco de sangue de cordão: Otimização das técnicas de quantificação de células cd34+.

Suelen Carvalho Reis-Alves - Laboratório de Imunofenotipagem, Serviço de Transplante de Medula Óssea, Centro de Hematologia e Hemoterapia, Hemocentro/INCT do Sangue, Universidade de Campinas Unicamp, São Paulo, Brasil.

Afonso Celso Vigorito - Serviço de Transplante de Medula Óssea, Centro de Hematologia e Hemoterapia, Hemocentro/INCT do Sangue, Universidade de Campinas Unicamp, São Paulo, Brasil.

Aline Nogueira Santos - Faculdade Metrocamp, São Paulo, Brasil

Ângela Cristina Malheiros Luzo - Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, Centro de Hematologia e Hemoterapia, Hemocentro/ INCT do Sangue, Universidade de Campinas, São Paulo, Brasil

Felipe Franco da Rocha - Laboratório de Imunofenotipagem, Serviço de Transplante de Medula Óssea, Centro de Hematologia e Hemoterapia, Hemocentro/INCT do Sangue, Universidade de Campinas Unicamp, São Paulo, Brasil.

Irene Lorantz-Metze - Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Laboratório de Imunofenotipagem, Centro de Hematologia e Hemoterapia, Hemocentro/INCT do Sangue, Universidade de Campinas Unicamp, São Paulo, Brasil

Introdução: O sangue de cordão umbilical e placentário (SCUP) é uma reconhecida fonte de células progenitoras hematopoéticas e já é amplamente utilizado em transplantes alogênicos. O controle de qualidade das unidades criopreservadas deve ser rigoroso e inclui a quantificação destas células CD34+ antes da criopreservação e após o descongelamento. **Objetivo:** Analisar a concentração de células CD34+ dos SCUP pelas técnicas "lise and wash" e "lise no wash" utilizando as plataforma simples e dupla. Avaliar quais técnicas fornecem dados com um mínimo de variabilidade durante as etapas do controle de qualidade. **Material e Métodos:** Foram realizadas 2 quantificações de células CD34+ viáveis em 14 amostras de SCUP: após processamento para criopreservação (PRE) e após o descongelamento (POS). Foram utilizadas as técnicas de citometria de fluxo "lise and wash" (LW) e "lise no wash" (LNW) pela plataforma simples (PS) e dupla (PD), segundo protocolo ISHAGE. **Resultados:** O intervalo médio entre as avaliações foi de 77 dias (64-98). Na PD a média das quantificações das células CD34+ viáveis PRE, foi: LW 2.12×10^6 (0.69-5.33) e LNW 2.59×10^6 (0.51-5.39). Na PS a média na técnica LNW foi de 1.81×10^6 (0.23-5.42). Não houve diferenças significativas entre os grupos PD e PS nas análises PRE. Houve correlação entre PD e PS ($r=0.67$; $p=0.009$) na técnica LNW. A viabilidade média dessas células nas amostras PRE foi 98% (93-99) na técnica LW e 97% (88-100) na LNW, não houve diferença significativa entre elas. Nas amostras POS a média de quantificação das células CD34+ viáveis na PD LW foi 3.37×10^6 (0.77-10.77) e 2.16×10^6 (0.63-6.46) na LNW. Na PS a média de células CD 34+ viáveis foi 1.88×10^6 (0.66-4.84). Na PD LW houve um aumento significativo nas quantificações POS em relação às realizadas na PD LNW ($p=0.02$) e PS LNW ($p=0.04$). Houve correlação entre as técnicas LNW PD e PS ($r=0.84$; $p \leq 0.0001$). A viabilidade média dessas células nas amostras POS foi de 97% (94-99) na técnica LW e 94% (87-98) na LNW, com uma diminuição significativa na LNW ($p=0.001$). Nas análises PRE e POS da técnica LW, PD não houve diferença significativa da quantificação e nem correlação. Nas amostras POS 43% (6) dos casos apresentaram aumento das células CD34+, em 21% (3) houve diminuição no número de células e 36% (5) não apresentaram alteração. Nas análises PRE e POS das técnicas LNW PD e PS não houve diferença significativa e houve correlação ($r=0.084$; $p \leq 0.0001$ e $r=0.081$; $p \leq 0.0001$,

respectivamente), Nas amostras POS 7%(1) dos casos apresentaram aumento das células CD34⁺, em 14%(2) houve diminuição no número de células e 79% (11) não apresentaram alteração em ambas as técnicas. **Conclusão:** A técnica LNW mostra um melhor desempenho tanto na PS como na PD, contudo a PS não sofre a influência do número de leucócitos totais. Sendo assim, para controle de qualidade a PS demonstra ser mais adequada.

D3

Laboratório de Processamento de CPH ? Experiência de dezenove meses da Clínica de Hemoterapia LTDA

Fabiana Rabe Carvalho - Clínica de Hemoterapia Ltda
Carlos Henrique de Carvalho Ribeiro - Clínica de Hemoterapia Ltda
Catarina Maria Balbi Finkel - Clínica de Hemoterapia Ltda
Gabriel Alves Costa Veranio Silva - Clínica de Hemoterapia Ltda
Juliana Jardim Saldanha - Clínica de Hemoterapia Ltda
Juliana Pessoa Rivello de Azevedo - Clínica de Hemoterapia Ltda
Márcia Maria Lisboa - Clínica de Hemoterapia Ltda
Tatiana Louback da Silva Ogassawara - Clínica de Hemoterapia Ltda

A demanda de transplantes autólogos de Células Progenitoras Hematopoiéticas (CPH) é crescente no serviço privado, e hoje ela é responsável por aproximadamente metade destes transplantes realizados no Estado. Por este motivo, a Clínica de Hemoterapia LTDA (Niterói - RJ) implantou um Laboratório de Processamento de Células Progenitoras Hematopoiéticas (LPCPH) em sua unidade que, desde agosto de 2011, possui licença da VISA para funcionamento.

Nosso objetivo é apresentar a experiência dos primeiros dezenove meses de funcionamento do LPCPH.

Para a coleta das CPH, os pacientes foram mobilizados com fator de crescimento G-CSF, precedidos ou não de quimioterapia. As coletas por aférese foram iniciadas no primeiro dia em que os pacientes apresentaram mais de 10 células CD34⁺/mm³ no sangue periférico. Foram colhidas, em média, quatro volemias por aférese para mononucleares em Cobe Spectra. Os produtos foram heparinizados e refrigerados a 4°C por no máximo 24 horas até a criopreservação. A quantificação de leucócitos foi realizada em contador automático Coulter T890. Utilizamos solução crioprotetora composta de hidroxietilamido (HES) a 5,83%, albumina humana (AH) a 4% e DMSO a 5% do volume final, e as suspensões contendo 50% de células em plasma autólogo e 50% de solução de criopreservação foram divididas em frações de 60 a 115 mL, com concentração celular alvo de 2,0 x 10⁸/mL de leucócitos totais. Estas frações foram acondicionadas em estojos de alumínio para congelamento mecânico em freezer a -86°C e mantidas armazenadas à mesma temperatura até a data do transplante. A viabilidade celular foi definida por microscopia ótica e exclusão por azul de trypan. Para quantificação de CPH utilizamos citometria de fluxo para células CD34⁺/CD45^{low}, segundo metodologia definida por ISHAGE, em citômetro Epics XL-MCL (Bekman Coulter). Realizamos ensaio clonogênico com sistema MACSMedia (Miltenyi Biotech) de cultura em metilcelulose com fatores recombinantes para crescimento de unidades formadoras de colônias (UFC-GM), que foram contadas em microscópio invertido 14 a 16 dias após a incubação.

No período de dezembro de 2011 a junho de 2013 foram atendidos 94 pacientes (49 linfomas, 42 mielomas, 1 amiloidose e 2 tumores sólidos) com mediana de idade de 52,5 anos (3 pediátricos com de 2,8 a 12 anos; 91 adultos com de 15 a 77 anos), que realizaram 100 mobilizações com G-CSF (19 associadas à quimioterapia e 1 associada a Plerixafor) e um total de 157 aféreses. A média de CPH circulantes antes da primeira aférese foi de 34 CD34⁺/mm³ (4 - 410), com média de 3,35 x 10⁶ CD34⁺/Kg (0,11 - 40,44) colhidas por aférese.

Os produtos congelados apresentaram concentração celular média de $1,98 \times 10^8/\text{mL}$ (1,18 - 2,43) com recuperação de 111,6% no descongelamento (63,6 - 214,9).

Os produtos apresentaram viabilidade celular $> 99\%$ antes da criopreservação, e recuperaram em média 89,4% (68 - 97) da viabilidade e 87% (12,6 - 358,3) das UFC-GM no descongelamento. Houve correlação ($R = 0,7049$, $p < 0,0001$) entre as células CD34+ plaqueadas e as UFC-GM observadas nos 275 ensaios funcionais realizados, e a relação entre elas ($R \text{ CD34/UFC-GM}$) foi de 3,3 (0,8 - 33) na amostra fresca e 4,5 (1,2 - 15,9) na amostra descongelada. Foram realizados transplantes em 92 destes pacientes, com médias de $4,23 \times 10^6 \text{ CD34+}/\text{Kg}$ (1,62 - 17,73) e $1,11 \times 10^6 \text{ UFC-GM}/\text{Kg}$ (0,21 - 5,88) infundidas em cada paciente. Os tempos para pega de granulócitos e plaquetas tiveram medianas de 10 (9 - 15) e 11 (8 - 18) dias respectivamente.

O próximo passo para o LPCPH é a inclusão do armazenamento com nitrogênio

D4

Capacidade de adesão células tronco mesenquimais obtidas de tecido adiposo em fios de sutura: Nova arma terapêutica no tratamento de fistulas enterocutâneas.

Bruno Bosch Volpe - Umbilical Cord Blood Bank, Hematology Hemotherapy Centre /INCT, University of Campinas, São Paulo, Brazil.

Adriana Silva Santos Duarte - Umbilical Cord Blood Bank, Hematology Hemotherapy Centre /INCT, University of Campinas, São Paulo, Brazil

Angela Cristina Malheiros Luzo - Plastic Surgery Department, Faculty of Medical Science, University of Campinas/ São Paulo, Brazil

Ithamar Stocchero - Pediatric Surgery Department, Faculty of Medical Science, University of Campinas/ São Paulo, Brazil

Joaquim Borstoff Silva - Plastic Surgery Department, Faculty of Medical Science, University of Campinas/ São Paulo, Brazil

Paulo Kharmandayan - Pediatric Surgery Department, Faculty of Medical Science, University of Campinas/ São Paulo, Brazil

Sara Teresinha Olalla Saad - Department of Internal Medicine, Faculty of Medical Sciences, Hematology Hemotherapy Centre /INCT, University of Campinas, São Paulo, Brazil

Thiago Borsoi Ribeiro - Hematology Hemotherapy Centre/INCT, University of Campinas, São Paulo, Brazil

Background and aims: Enterocutaneous fistulas (EF) are difficult to resolve and surgical failure is frequent. Cell therapy could be a new approach in this area. Mesenchymal stem cells (MSCs) has high proliferative capacity, can differentiate into several lineages and have immunomodulatory capacity. Adipocyte tissue (AT) is an easy source of them. Enterocutaneous fistula (EF) treatment with MSCs was yet performed but sometimes, the fistula did not close completely. The aim of this study is to analyze if AT-MSCs could attached in the suture filament in order to be used for EF treatment. **Material and Method:** AT obtained from lipoaspirate procedures was submitted to collagenase digestion. Cells were cultured in DMEM low glucose medium, with FBS during 3 days. At the 4^a passages, cells were characterized by flow cytometry, confocal microscopy, differentiated to mesodermal lineages to confirm MSCs and telomerase enzyme activity and karyotype analysis. The experiments were performed with polyester suture filament. MSCs, 10^6 cells, were fixed in the suture filament by adding fibrin glue. Filaments were led in the medium described above during 3 days. Samples were analyzed by confocal and scanning electron microscopy. The animal experiments were performed on 10 weeks old male Wistar rats divided into 3 groups. Control Group (CG): 5 animals undergoing fistula formation alone. Injection Group (IG): 8 animals receiving 10^6 AT-MSCs injected around the suture line. Suture Filament Group (SG): 9 animals in which suture were performed using 4-0 Vicryl with 10^6 MSCs attached in the filament with fibrin glue. The cecum was accessed through a standard 7mm stab incision on the lower left side of the abdomen. Upon exposure, a 5mm enterotomy was performed and sutured to the abdominal wall in order to produce the fistula. To ensure normal closure of the fistula the opening in the cecum wall was fixed to the internal surface of the skin, without maturation, using four separate 4-0 Vicryl stitches (Poly J-304 Polyglactin 910 Ethicon). The fistulas were photographed on the day of operation and on the 3^o, 6^o, 9^o, 12^o, 15^o, 17^o, 19^o and 21^o day, in which they were

anesthetized and sacrificed. Measure of the size of the fistula was performed using ImageJ software. Statistic comparison between the groups was performed by ANOVA. **Results:** Confocal and scanning electronic microscopy results demonstrated that the cells were able to attach to the suture filaments. Animal experiments showed that the average size reduction of the fistula area at 21th day was: control group, 46.54%; injected group 71.80% and sutured group 90.34% ($p < 0,05$). **Conclusion:** MSCs were able to attach to the suture filaments. When the fistulas were sutured with filaments containing MSCs they showed better recovery and healing than the injected and control group. Adipocyte tissue MSCs adhered to suture filament might be a new and effective approach for enterocutaneous fistulas treatment.

D5

Viabilidade dos subtipos celulares das células mononucleares de sangue de cordão umbilical humano até 96 horas da coleta.

Fernanda Pereira-Cunha - Flow Cytometry Laboratory, Hematology Hemotherapy Center/INCT do Sangue, University of Campinas, São Paulo, Brazil

Adriana Silva Santos Duarte - Public Umbilical Cord Blood Bank, Hematology Hemotherapy Center/INCT do Sangue, University of Campinas, São Paulo, Brazil

Ângela Cristina Malheiros Luzo - Public Umbilical Cord Blood Bank, Hematology Hemotherapy Center/INCT do Sangue, University of Campinas, São Paulo, Brazil

Fernando Ferreira Costa - Department of Internal Medicine, Faculty of Medical School, Hematology Hemotherapy Center/INCT do Sangue, University of Campinas, São Paulo, Brazil

Irene Lorand-Metze - Department of Internal Medicine, Faculty of Medical School, Hematology Hemotherapy Center/INCT do Sangue, University of Campinas, São Paulo, Brazil

Sara Teresinha Olalla Saad - Department of Internal Medicine, Faculty of Medical School, Hematology Hemotherapy Center/INCT do Sangue, University of Campinas, São Paulo, Brazil

Background: Umbilical cord blood (UCB) is a good source of hematopoietic stem cells for transplantation and cell therapy. In 2006, the Brazilian Public Network of Cord Blood Banks was started, as our country is large, logistic problems could hamper the collection of numerous samples. Our aim was to evaluate the viability of several UCB cell subsets until 96 hours after collection, to examine if this delay would be acceptable for processing and freezing the samples. **Material and methods:** Two experiments were performed: in the first one, volume reduction of the UCB units was made before analysis. In the second one, analysis was made without previous manipulation. Samples were stored at room temperature. We examined CD34+ cells, B-cell precursors, mature B and T lymphocytes, monocytes, granulocytes and mesenchymal stem cells (MSCs) concentration. Daily, one aliquot was taken for analysis. **Results:** Thirty-six UCBUs were analyzed. CD34+ cells and mature T lymphocytes increased (viability 99%). Mature B-lymphocytes and MSCs decreased maintaining viability. Granulocytes decreased with loss of viability. Monocytes and immature B Lymphocytes remained stable. Clonogenic assays showed a decrease in CFU number in UCBs stored for 96 hours. **Conclusion:** UCB manipulation did not influence cell viability. All cell subsets remained viable until 96 hours after collection. CD34+ cells and T lymphocytes increased probably due to loss of other subsets. CFU growth during the period analyzed confirmed stem cells functionality, despite the decrease at 96 hrs. Results demonstrated that UCB units probably could be processed up to 96 hours after collection.

D6

THE USE OF ANTIGENEMIA TEST FOR DETECTION OF ACTIVE HUMAN HERPESVIRUS 6 & 7 (HHV-6 AND HHV-7) AND ITS RELATIONSHIP WITH ANTIGENEMIA FOR HUMAN CYTOMEGALOVIRUS IN BRAZILIAN TRANSPLANTED PATIENTS.

SANDRA HELENA ALVES BONON - UNICAMP/FCM

RENATO SOUZA DE OLIVEIRA - UNICAMP/FCM

AFONSO CELSO VIGORITO - UNICAMP/FCM

CLAUDIO LUCIO ROSSI - UNICAMP/FCM
RENATA MARIA BORGES PERES - UNICAMP/FCM
SANDRA CECÍLIA BOTELHO COSTA - UNICAMP/FCM

The aim of this work is to use antigenemia (AGM) assays to detect and monitor active infections caused by HHV-6 and HHV-7 in patients undergoing HSCT, as well as evaluating the clinical impact of these viruses in relation to active human cytomegalovirus infection (CMV). Methods: Fifty seven patients undergoing HSCT were monitored weekly, from day 0 until day 100 of the post-transplantation period, using antigenemia assays and a plasma Nested PCR (N-PCR) technique for the detection of active betaherpesvirus infections and to avoid the detection of latent infections. Methods: HHV-6 and HHV-7 antigenemia assays were developed in peripheral blood mononuclear cells from HSCT patients with the use of monoclonal antibodies specific for these viruses and peroxidase staining. Active HCMV infection detection was performed using a commercial immunofluorescence kit. Results: Using plasma N-PCR and/or antigenemia assays for HHV-6 and HHV-7, 53 out of the 57 patients monitored had active betaherpesvirus infections (93%); in 68.4% the infection was caused by HCMV, in 68.4% by HHV-6 and in 78.9% by HHV-7. Detection of active betaherpesvirus infections using antigenemia assay for HCMV, HHV-6, HHV-7 occurred, respectively, in 29/57 (50.9%), 39/57 (68.4%) and 45/57 (78.9%); triple infections occurred in 15/53 (28.3%), double infections occurred in 29/53 (54.7%) while mono-infection occurred in 10/53 (18.9%). Conclusions: The standardization and development of HHV-6 and HHV-7 antigenemia assays appear to be effective in the diagnosis of active infections caused by these herpesviruses and can be used to detect active herpesvirus infections, specifically. The possibility of their activation during immunosuppression may suggest their participation in progression of HCMV infection in patients after hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) and the management of the patients can be improved. Future studies can be done to use HHV-6 and HHV-7 antigenemia to quantify the viral load of these virus in blood of patients and to monitor the antiviral treatment in comparison to Nested-PCR plasma detection and Real Time PCR and to study the real necessity of monitoring patients to HHV-6 and HHV-7 infections after the transplants. Financial Support by FAPESP

D7

Estudo proteômico quantitativo de alta definição identifica a proteína NALP12 como biomarcador circulante de DECH aguda

Gabriela Lemos Ferreira - Centro de Estudos de Medula Óssea (CEMO)- Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Carolina Panis - Centro de Estudos de Medula Óssea (CEMO)- Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Eliana Abdelhay - Centro de Estudos de Medula Óssea (CEMO)- Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Luciana Pizzatti - Centro de Estudos de Medula Óssea (CEMO)- Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Luis Fernando Bouzas - Centro de Estudos de Medula Óssea (CEMO)- Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Raquel da Hora Barbosa - Centro de Estudos de Medula Óssea (CEMO)- Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Introdução: A Doença enxerto contra o hospedeiro aguda (DECHa) é uma das maiores complicações do transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) alogeneico e a principal causa de morbidade e mortalidade nos pacientes submetidos a esta terapia. O diagnóstico dessa doença é inteiramente baseado em critérios clínicos que podem ser confirmados por biópsia dos seus três órgãos alvo. Uma ferramenta de diagnóstico precoce e preciso ainda não existe, assim, diversos grupos tem buscado potenciais biomarcadores de DECHa. Mais recentemente estratégias proteômicas tem sido aplicadas com o intuito de identificar moléculas que possam explicar os processos biológicos que levam à DECHa. O plasma é a fonte principal escolhida para a identificação de biomarcadores circulantes. Estudos proteômicos prévios de nosso grupo, encontraram a proteína NALP12 diferencialmente expressa no plasma dos pacientes com DECHa comparada com os pacientes sem DECHa. Dessa forma, se fez necessário maiores investigações do possível papel e importância da proteína NALP12 no contexto da DECHa, a fim identificá-la como biomarcadora de DECHa.

Objetivo: Validar o aumento da expressão da proteína NALP12 nos pacientes com DECHa submetidos ao TCTH alogeneico no Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO – INCA).

Metodologia: Neste estudo, foram coletadas amostras de sangue periférico no dia D-8 (pré-TCTH) e D+45 (pós-TCTH) de 31 pacientes submetidos ao TCTH alogeneico e que tinham como doença de base Leucemia Mielóide Aguda: 20 pacientes desenvolveram DECHa e 11 pacientes não desenvolveram DECHa. As amostras de sangue periférico foram processadas para obtenção de plasma, RNA e DNA, utilizados nas etapas de validação por western blot, RTq - PCR tempo real e sequenciamento. Foram coletadas também biópsias de pele de 12 pacientes com DECHa nos dias -8 e 0 pré-transplante, +14, +28 e +100 pós-transplante e no dia do diagnóstico de DECHa para realização de imunohistoquímica com anticorpo anti-NALP12.

Resultados e conclusões: A proteína NALP12 está relacionada com a ativação de caspases pró inflamatórias e faz parte de um complexo multiproteico chamado inflamossoma. A identificação de mutações no gene que codifica essa proteína em pacientes com doenças autoimunes demonstram o seu papel crucial em vias de sinalização inflamatórias. No nosso estudo, a expressão diferencial da proteína NALP12 encontrada no plasma dos pacientes com DECHa através de análises proteômicas foi corroborada na validação por western blot quando realizada a análise comparativa em Pool e individualmente de pacientes com DECHa e pacientes sem DECHa. A expressão desta proteína também foi encontrada nas biópsias de pele dos pacientes. Os níveis de mRNA do gene NALP12 também encontrou-se aumentado nos pacientes com DECHa. O estudo genotípico da região promotora do gene NALP12 demonstrou uma possível assinatura comum de haplótipo nos pacientes com DECHa. Nossos resultados apontam a proteína NALP12 como uma molécula importante no desenvolvimento da doença, sendo revelada como um possível biomarcador circulante de DECHa.

D8

Recuperação imune em pacientes com Anemia de Fanconi após Transplante de Medula Óssea Alogênico.

RICARDO PASQUINI - Hospital de Clinicas/UFPR
ALBERTO ORFAO - IBSAL/Universidade de Salamanca
CARMEM BONFIM - Hospital de Clinicas/UFPR
DIMAS TADEU COVAS - Hemocentro de Ribeirão Preto/USP
MARIESTER MALVEZZI - Hospital de Clinicas/UFPR
MIRIAM PERLINGEIRO BELTRAME - Hospital de Clinicas/UFPR

ABSTRACT

Background. Fanconi anemia is an autosomal recessive or X-linked genetic disorder characterized by bone marrow (BM) failure/aplasia. Failure of hematopoiesis results in depletion of the BM stem cell reservoir, which leads to severe anemia, neutropenia and thrombocytopenia, frequently requiring therapeutic interventions including hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). Successful BMT requires reconstitution of normal immunity.

Methods. In the present study, we performed a detailed analysis of the distribution of peripheral blood subsets of T, B and NK lymphocytes in 23 patients with Fanconi anemia before and after BM transplantation (at days D+30, D+60 and D+100, D+180 D+270 and D+360). In parallel, we also investigated serum cytokine levels by the Cytometric Bead Array technology.

Results. After transplantation, we found different kinetics of recovery for the distinct major lymphocyte subsets. Nk cells were the first to recover, followed by cytotoxic CD8+ T-cells and B-cells, and finally also the CD4+ T-helper cells. Early recovery was at the expenses of memory cells which would therefore be potentially derived from the graft whereas, recent thymic emigrant (CD31+ CD45RA+) and naïve CD4+ or CD8+ T-cells, rose only 6 months after HSCT, in the presence of immunosuppressive graft-vs-host disease (GVHD) prophylactic agents. While only slight differences were observed in the early recovery of cytotoxic CD8+ T-cells among cases receiving a graft from related vs. unrelated donors, cases suffering from GVHD displayed more marked differences vs other patients.

Conclusions.

Overall, our results support the utility of post-transplant monitoring of peripheral blood lymphoid subsets, for improved monitoring and follow-up of Fanconi anemia patients undergoing BMT.

Key words: *Bone marrow, Fanconi anemia, Immune system, Transplantation*

Running title: *Immune system in transplanted FA patients*

D9

Comparação do Desempenho da Antigenemia e da PCR em Tempo Real no Diagnóstico da Reativação do Citomegalovírus Humano

AFONSO CELSO VIGORITO - UNICAMP
CÁRMINO ANTONIO DE SOUZA - UNICAMP
CLÁUDIA RAQUEL CANTARELLI COSTA - UNICAMP
FRANCISCO JOSÉ PENTEADO ARANHA - UNICAMP
JOSIELE CRISTINA FRANCO - UNICAMP
PAULA DURANTE ANDRADE - UNICAMP
RENATA MARIA BORGES PERES - UNICAMP
SANDRA CECÍLIA BOTELHO COSTA - UNICAMP
SANDRA HELENA ALVES BONON - UNICAMP

Introdução: As manifestações da infecção causada pelo HCMV variam de acordo com a imunocompetência do hospedeiro. Em indivíduos imunocompetentes a infecção normalmente é subclínica. Contudo, esta infecção pode causar grave morbidade e mortalidade na ausência de uma resposta imunológica eficaz, como receptores de TCTH. A maior incidência de reativação do HCMV ocorre durante os três primeiros meses pós-transplante. A febre é uma manifestação comum, mas pode estar ausente em pacientes que receberam altas doses de drogas imunossupressivas. Quase todos os órgãos podem ser acometidos pela doença causada pelo HCMV, como pulmão, trato gastrointestinal, fígado, retina, encéfalo, entre outros. Outras complicações clínicas estão associadas aos efeitos indiretos do HCMV, como a falha da enxertia, DECH severa e morte por mielossupressão. Devido ao grande impacto que o HCMV pode causar em pacientes submetidos ao TCTH é de suma importância o diagnóstico precoce desta infecção com uso de técnicas laboratoriais, suficientemente sensíveis e específicas, capazes de guiar estratégias precoces, evitar o aparecimento da doença por HCMV e diminuir o seu impacto nos pacientes imunossuprimidos. **Objetivos:** Comparar o desempenho da antigenemia e da PCR em tempo real no monitoramento do HCMV durante o período precoce pós-TCTH do tipo alogênico. **Metodologia:** 769 amostras, pertencentes a 46 receptores de TCTH alogênico foram incluídos no estudo, os quais foram monitorados semanalmente desde o D+0

até o D+150 pelas técnicas de antigenemia e PCR em tempo real. Considerou-se reativação do HCMV antigenemia ≥ 3 células positivas e/ou carga viral $\geq 51,34$ cópias do HCMV. **Resultados:** o estudo encontra-se em andamento. A reativação do HCMV foi diagnosticada, por pelo menos uma das técnicas utilizadas, em 56,5% dos pacientes (26/46) com mediana de tempo de diagnóstico de 40,5 dias pós-TCTH. Analisando-se as técnicas separadamente, a antigenemia apresentou resultados ≥ 3 células positivas em 38 amostras, pertencentes a 18 pacientes, e a PCR em tempo real diagnosticou infecção ativa em 69 amostras, pertencentes a 25 pacientes. A detecção da replicação viral ocorreu, por ambas as técnicas, em 30 amostras. Considerando-se o tempo de diagnóstico de cada técnica, a PCR em tempo real foi mais precoce, apresentando mediana de 41 dias pós-TCTH. Já a antigenemia exibiu mediana de tempo de diagnóstico de 42,5 dias pós-transplante. **Conclusão:** a PCR em tempo real é mais precoce e parece ser mais sensível que a antigenemia, além de ser o teste mais indicado para ser utilizado na fase pré-enxertia pós-transplante. Estudos futuros serão realizados na intenção de comparar estes resultados laboratoriais com as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes no mesmo período.

D10

Determinação do Cutoff da PCR em Tempo Real para Diagnosticar a Reativação do HCMV em Receptores de TCTH

AFONSO CELSO VIGORITO - UNICAMP
CÁRMINO ANTONIO DE SOUZA - UNICAMP
CLÁUDIA RAQUEL CANTARELLI COSTA - UNICAMP
FRANCISCO JOSÉ PENTEADO ARANHA - UNICAMP
JOSIELE CRISTINA FRANCO - UNICAMP
PAULA DURANTE ANDRADE - UNICAMP
RENATA MARIA BORGES PERES - UNICAMP
SANDRA CECÍLIA BOTELHO COSTA - UNICAMP
SANDRA HELENA ALVES BONON - UNICAMP

Introdução: Receptores de TCTH alogênico com risco de manifestação de doença por HCMV devem ser colocados em um programa de prevenção logo após a enxertia até pelo menos 100 dias pós-transplante. Atualmente, a maioria dos centros de TCTH com infraestrutura para a realização da vigilância viral opta pela estratégia preemptiva, sendo a antigenemia e a PCR em tempo real os testes mais rotineiramente utilizados para esta monitorização. Embora a PCR em tempo real represente um grande avanço e tenha se tornado um teste amplamente utilizado para o diagnóstico e quantificação do HCMV, ainda não existe um consenso quanto ao protocolo adotado e o cutoff considerado clinicamente significativo para iniciar o tratamento antiviral, evidenciando a necessidade desta padronização. **Objetivos:** Padronizar o protocolo e validar o cutoff da PCR em tempo real para diagnosticar a reativação do HCMV em receptores de CTH. **Metodologia:** Padronização da PCR em tempo real: esta padronização foi composta por: (1) análise da especificidade dos primers e sonda utilizando cepas virais e controles positivos de todos os Herpesvírus Humanos (HHV1 – HHV8); (2) construção da curva padrão absoluta a partir do produto amplificado da cepa AD169 pela PCR e posterior clonagem em células competentes; (3) otimização da concentração dos primers e sonda utilizando-se uma concentração fixa de amostra positiva e variando às concentrações dos reagentes; (4) otimização da concentração do DNA adotando as concentrações ótimas de primers e sonda e variando a concentração do DNA; (5) análises de repetibilidade e reprodutibilidade a partir de ampliações de amostras positivas, realizadas em triplicatas e em diferentes corridas. Determinação do cutoff da PCR em tempo real: o cutoff da PCR em tempo real foi obtido a partir da construção de uma curva ROC (antigenemia vs. PCR em tempo real) com resultados de 713 amostras de receptores de TCTH, considerando a antigenemia ≥ 3 células positivas como padrão ouro. **Resultados:** Padronização da PCR em tempo real: constatou-se a especificidade dos primers e sonda já que somente a cepa AD169 (HCMV) apresentou curva de amplificação e banda positiva na eletroforese; a curva padrão absoluta foi construída a partir de 7 pontos de diluição 1:10 ($10^7 - 10^1$) em triplicata com eficiência de 1 e r^2 igual a 0,9977 e; a repetibilidade e reprodutibilidade do protocolo foram comprovadas após o cálculo do desvio-padrão, o qual foi bem próximo de 0, entre os valores dos CTs de amplificação das replicatas. Determinação do cutoff da PCR em tempo real: após a realização da curva ROC, o valor considerado ótimo foi de 51,34 cópias de HCMV com os seguintes

parâmetros: S: 95,5%, E: 95,3%, VPP: 44,7%; VPN: 99,8%, Acurácia: 99,8%, Área sob a curva: 0,984. **Conclusão:** a padronização e validação do protocolo da PCR em tempo real foram realizadas com êxito e o valor de 51,34 cópias de HCMV foi adotado como cutoff para indicar a reativação viral em receptores alogênicos de TCTH.

D11

UFPR e Bancos de Sangue: Parceria para a formação acadêmica e conscientização de doadores voluntários de células-tronco hematopoiéticas

Eni Picchioni Bompeixe - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA
Gorete Ynaquievi Tomaz de Rezende - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA
Maria da Graça Bicalho - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA
Sonia Maria Correia Machado da Costa - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA
Suelen Camargo Zeck - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA

Introdução e Objetivos: O Departamento de Genética da UFPR abriga o espaço físico que sustenta uma rotina laboratorial dinâmica de apoio ao REDOME. A modernização e adequação do espaço físico e a aquisição de equipamentos de alta performance influenciaram favoravelmente a eficiência e a qualidade técnica de exames realizados. No ano 2000 surgiu na UFPR o Grupo de Recrutamento e Ações Estratégicas (GRAE) que iniciou a conscientização da população em geral, participando de campanhas e palestras sobre a doação voluntária de células-tronco hematopoiéticas (DVCTH). O GRAE tem como objetivo a educação continuada dos multiplicadores envolvidos com o registro do REDOME. A compatibilidade HLA é fundamental para o transplante de células-tronco hematopoiéticas (CTH). Entre irmãos a compatibilidade é de 25%. Quando a busca envolve toda a família a compatibilidade é de cerca de 30%. Portanto, cerca de 70% dos pacientes precisam de um DVCTH não-aparentado. A diversidade genética na população é grande devido à miscigenação que dificulta o encontro do par doador-receptor HLA compatível. A compatibilidade entre doador- receptor não aparentado é de cerca de 1:100.000 podendo chegar a 1:1milhão. A desistência do DVMO cadastrado no REDOME, em participar do processo da doação de medula óssea após a compatibilidade ser comprovada, implica em desperdício de recursos públicos. O doador consciente é fundamental para o bom funcionamento do REDOME- REREME. A Universidade pode auxiliar a divulgar informações sobre a DVCTH.

Material e Métodos: Foram realizados treinamentos para alunos da UFPR, enfermeiros, farmacêuticos e bioquímicos do Hospital Erasto Gaertner e HEMEPAR e organizados folders, palestras e materiais didáticos que foram utilizados pelos acadêmicos, nas campanhas de conscientização a respeito do cadastro de DVCTH.

Resultados e Conclusão: A parceria da UFPR com bancos de sangue já resultou em mais de 115 mil doadores cadastrados desde sua implantação em 2000. Palestras e atividades relacionadas ao transplante atingiram cerca de 10 mil indivíduos. Aumentando o número de indivíduos conscientes cadastrados como doadores voluntários, aumentaremos as chances de cura de pacientes que necessitam de um transplante. A trajetória bem sucedida da UFPR, propicia à equipe científica/técnica e aos acadêmicos que completam sua formação no LIGH acesso aos mais modernos processos e tecnologias hoje em prática na área da Imunogenética. Consequentemente a atualidade e contemporaneidade na formação científica e profissional dos integrantes do Projeto LIGH em parceria com os bancos de sangue, transformam o saber em benefício para a comunidade e a UFPR integrada neste contexto, exerce um papel importante neste repasse de conhecimento à população.

E1

Estado Nutricional e Consumo Alimentar de pacientes com Anemia de Fanconi submetidos ao Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas

Isabele Denardi - Hospital de Clínicas da UFPR
Angélica Koerich - Hospital de Clínicas da UFPR
Carmem Bonfim - Hospital de Clínicas da UFPR
Denise Johnsson Campos - Hospital de Clínicas da UFPR
Elena Emilia M Kieuteka - Hospital de Clínicas da UFPR
Regina Maria Vilela - Departamento de Nutrição da UFPR

Introdução: A Anemia de Fanconi (AF) é uma desordem genética caracterizada por instabilidade cromossômica, insuficiência da medula óssea e defeitos no desenvolvimento físico. O transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) é o tratamento de escolha e pode levar a déficits no estado nutricional. **Objetivos:** Estabelecer o perfil nutricional e avaliar o Consumo Alimentar de pacientes com AF submetidos ao TCTH em um hospital universitário. **Material e Métodos:** Os pacientes foram avaliados no ambulatório no momento da consulta médica pós TCTH, no período de Março a Outubro/2012, sendo aferidos os seguintes parâmetros antropométricos: peso, altura, circunferência do braço (CB) e prega cutânea tricipital (PCT), bem como avaliação por Bioimpedância elétrica (BIA). Foi utilizada a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) para avaliar o estado nutricional. Para a avaliação do consumo alimentar foram utilizados os métodos Recordatório de 24 horas e de Frequência de Consumo Alimentar. **Resultados:** Foram incluídos 48 pacientes, sendo 29 (60%) do sexo feminino e média de idade de $13,3 \pm 4,8$ anos (5 a 28 anos), com uma média de $4,8 \pm 3,3$ anos após o TCTH. De acordo com o Escore Z índice de massa corporal (IMC)/idade, 48% dos pacientes encontravam-se eutróficos, 27% com baixo peso e 10% obesos. De acordo com o Escore Z altura/idade, 43% apresentavam baixa altura para a idade e de acordo com o Escore Z peso/idade, 12% com baixo peso para a idade. Quarenta e seis % dos pacientes apresentavam adequação de CMB e 14% adequação de PCT. O peso de massa livre de gordura foi de $26 \pm 7,8$ Kg (77% do peso atual) e o ângulo de fase $5,6 \pm 0,97^\circ$. A média de consumo de calorias ficou em $1851,3 \pm 456,9$ Kcal e de proteínas em $91,5 \pm 25,6$ gramas/dia, correspondendo a $107,5 \pm 26,5\%$ do Gasto Energético Total e $151,2 \pm 66,8\%$ das necessidades proteicas. A média de consumo de fibras foi de 8,3 gramas (27% do ideal), o consumo de colesterol e gordura saturada foi de 153,7 gramas (85% do ideal) e 15 gramas (83% do ideal) respectivamente. A ingestão de ferro foi de 10,4 gramas (130% do ideal) e de cálcio 592mg (45% do ideal). Com relação ao consumo de frutas e verduras, 96% dos pacientes não ingerem a quantidade mínima recomendada (cinco porções/dia). Constatou-se também que 17% dos pacientes faziam uso de algum tipo de suplemento nutricional ou de complexos de vitaminas e minerais, 77% possuem hábito intestinal normal e 58% realizam algum tipo de atividade física. **Conclusão:** Após o TCTH os pacientes com AF apresentam alta prevalência de baixo peso e baixa estatura para a idade. Em relação aos hábitos alimentares, apresentam uma ingestão calórica e proteica adequada, baixo consumo de fibras e cálcio, bem como baixa ingestão de frutas e vegetais, o que demonstra a necessidade de orientação nutricional, promovendo melhores hábitos alimentares objetivando a prevenção de doenças futuras.

E2

IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPO PARA ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM SISTEMATIZADO AOS PACIENTES PÓS TRANSPLANTE COM FOCO NA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO AGUDA

Nelson Hamerschlak - Hospital Israelita Albert Einstein
Andréa Coletti Ciglio - Hospital Israelita Albert Einstein
Cristina Vogel - Hospital Israelita Albert Einstein
Gabriela Rocco de Sá - Hospital Israelita Albert Einstein
Jairo Nascimento Sobrinho - Hospital Israelita Albert Einstein
Juliane da Silva Olivares - Hospital Israelita Albert Einstein

Lidiane Soares Sodré da Costa - Hospital Israelita Albert Einstein
Marcela Marrach Coutinho - Hospital Israelita Albert Einstein
Tania Michele Barreto Waisbeck - Hospital Israelita Albert Einstein
Teresa Grosso - Hospital Israelita Albert Einstein

Introdução: A doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) é uma das principais complicações após o Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH), é considerada causa de alta morbidade e mortalidade. A incidência varia entre 10 a 50% em transplantes aparentados, aumentando de acordo com fatores de risco que inclui o grau de compatibilidade. O tratamento proposto para esta complicação é sistêmico, porém orientações e cuidados adicionais de enfermagem tanto para definição do diagnóstico clínico preciso quanto para auxiliar o tratamento sistêmico e prevenção de infecções secundárias é muito importante. **Objetivos:** Apresentar o perfil dos pacientes submetidos ao TCTH alogênico no período 2010 a 2013, quanto a incidência e graduação e demonstrar a implementação e atuação do grupo de enfermagem em DECH em uma unidade de TCTH de hospital de grande porte em São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência da equipe de enfermagem, e para a coleta de dados gerais e cálculo da incidência da DECH foi realizada a busca retrospectiva em 127 prontuários. **Resultados:** Dos 127 pacientes analisados 31 foram submetidos ao TCTH alogênico aparentado, 77 não aparentado e 19 haploidênticos, a mediana de idade foi de 28 anos (0 – 75 anos). A incidência global de algum grau de DECH foi de 29%, deste grupo de pacientes 13,5% tiveram DECH grave, graus III e IV. Com este cenário de crescente realização de transplantes alogênicos tornou-se necessário a atuação específica nas complicações decorrentes deste procedimento, foi criado um grupo de enfermagem em DECH. É composto por 10 enfermeiros atuantes na unidade de TCTH, sendo que 1 destes é referência no setor do time especializado em feridas da instituição, o objetivo da criação deste grupo foi oferecer aos pacientes acometidos pela DECH orientações e implementação de cuidados específicos. Contamos com 2 médicos especializados em DECH e o apoio de um centro internacional. Para atuação deste grupo dispomos de e-mail institucional para facilitar a comunicação e reuniões mensais para apresentação e discussão de casos e aprofundamento no estudo da DECH, além de participar de eventos e aulas específicas sobre este assunto. Iniciamos visitas em todos os pacientes submetidos ao TCTH alogênico a partir do D+10 para avaliação de sinais de DECH aguda até a alta, foi desenvolvido um formulário específico para inclusão dos pacientes com qualquer grau e tipo de DECH aguda a fim de documentar o diagnóstico clínico preciso. **Conclusão:** A nossa incidência é compatível com a literatura descrita para DECH aguda. A busca de conhecimento por parte da equipe de enfermagem nos trouxe olhar diferenciado para o cuidado com estes pacientes, traz benefícios não só no diagnóstico clínico real da DECH como na sistematização dos registros de enfermagem e na padronização da assistência que confere atendimento mais especializado e de qualidade.

E3

Relato de Caso: Utilização de Gastrostomia como Via Nutricional Alternativa para Melhora do Estado Nutricional de Adolescente Pós Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas Alogênico Aparentado

Juliana Moura Nabarrete - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - ITACI
Ana Carolina Leão Silv - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - ITACI
Giuliana Bouchabki - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - ITACI
Karina Viani - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - ITACI
Vanessa Oliveira - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - ITACI

Introdução: Pacientes em Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) diminuem a ingestão alimentar devido efeitos dessa terapia, como náuseas, vômitos e anorexia. A dieta via Gastrostomia (GTM) é indicada na necessidade de Terapia Nutricional Enteral (TNE) por tempo prolongado, devido baixa ingestão alimentar e alteração do estado nutricional (EN), a fim de

restabelecer e/ou manter o EN do indivíduo e conseqüentemente obter melhor prognóstico, especialmente em Pediatria. **Objetivos:** Descrever caso clínico de intervenção nutricional em paciente pós TCTH alogênico aparentado. **Métodos:** Análise retrospectiva de Peso, Estatura, Índice de Massa Corporal (IMC) e Circunferência do braço (CB) no pré, durante e pós TCTH durante 2 anos e 5 meses. **Resultados:** RNO, 14 anos, sexo masculino, diagnosticado em setembro de 2009 com Leucemia Linfóide Aguda. Em dezembro de 2010 realizou TCTH alogênico aparentado e evoluiu com complicações pós TCTH como Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro intestinal e hepática, que levou a intervenção com corticoterapia, gerando um quadro de hipertensão arterial e hiperglicemia, resolvido com medicações durante a internação. Após seis meses evoluiu com infecção e derrame articular em joelho direito devido osteonecrose decorrente da corticoterapia prolongada. O acompanhamento ambulatorial nutricional pós TCTH foi interrompido, devido ausência do paciente às consultas. Em outubro de 2011, percebeu-se que o paciente estava nitidamente debilitado e, após um mês de discussões com equipe do transplante, o paciente foi internado devido diagnóstico nutricional de desnutrição para passagem de sonda nasogástrica (SNG), evoluiu com intolerância da dieta via SNG e recebeu alta sem SNG com programação de gastrostomia (GTM). Seguiu em acompanhamento nutricional ambulatorial com piora significativa do EN, da aceitação alimentar e da dieta, chegando à classificação de magreza acentuada ($z = -3,11$) pelo índice IMC/idade pelos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de desnutrição devido CB abaixo do percentil 5 segundo Frisancho (1990). Internou em fevereiro de 2012 para investigação da etiologia da desnutrição, sem nenhum diagnóstico de disfunção. Em março de 2012 foi colocada a GTM como via de alimentação complementar para recuperação do EN. Paciente seguiu com evolução positiva do EN e melhora da aceitação alimentar via oral. Em novembro de 2012 já se encontrava eutrófico pelo z score de IMC/idade ($z = -1,6$) e CB (percentil entre 5 e 10), além de melhora clínica considerável, inclusive do joelho. Em fevereiro de 2013 foi retirada a GTM e paciente segue acompanhamento de nutrição ambulatoriamente com orientação de alimentação saudável. **Conclusões:** O paciente apresentou melhora do EN e do estado clínico, indicando sucesso na utilização da GTM para recuperação do estado nutricional e clínico, bem como da qualidade de vida do paciente.

E4

SEGURANÇA DO PACIENTE EM TCTH: CONCEITOS SOBRE ERROS DE MEDICAMENTOS E A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Priscila Tavares Musqueira Cosenza - Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Alessandra Barban - Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Andrea Barban - Hospital Inglês

Carolina Ferreira dos Santos - Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Frederico Luiz Dulley - Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O Transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é uma modalidade de tratamento de alta complexidade, incluindo altas doses de quimioterapia seguida pela infusão das células-tronco hematopoiéticas (CTH). Em todas as fases do TCTH, o paciente é submetido a uma diversidade medicamentosa.

Nas unidades hospitalares, a segurança na terapia medicamentosa merece enfoque especial, visto que a combinação de múltiplas drogas, gravidade e instabilidade dos pacientes, e às vezes total dependência dos mesmos em relação à equipe multidisciplinar, são fatores que predisõem o paciente a uma maior vulnerabilidade. Para garantir uma terapia medicamentosa segura e eficaz para os pacientes, o profissional de enfermagem necessita de conhecimentos técnico-científicos em relação às indicações, dosagens habituais e os efeitos desejados e indesejados daquele medicamento.

A Enfermagem pode chegar a despender dois terços de seu tempo de trabalho diário na execução da terapia intravenosa, desde o planejamento da administração até a retirada do cateter e são ações destes profissionais que traduzem corretamente a administração do medicamento aos pacientes e observação das reações adversas que podem ocorrer. Aproximadamente 88% dos pacientes que procuram o serviço profissional do médico recebem hoje prescrição de medicamentos e estas são manipuladas pelos profissionais da enfermagem.

A administração de medicamentos é um processo multidisciplinar e um multi-sistema. Os erros podem ocorrer em todas as etapas do processo. Estas etapas que compõem as ações dos profissionais

agrupados denominam-se de Sistema de Medicação e é composto pela prescrição médica, dispensação, preparo e administração do medicamento. As estratégias podem ser utilizadas e devem ser divulgadas para minimizar a ocorrência de erros.

O erro de medicação é definido como um evento evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não causar danos ao paciente e podem ser mais evidentes, visto que, todos os profissionais desta área, devem ser altamente especializados e treinados constantemente para que esse fato não ocorra. Os medicamentos ocupam um lugar dominante no sistema de saúde e no tratamento de doenças. A alternativa para buscar a cura é, para muitos, a utilização de medicamentos.

Os erros podem trazer danos e prejuízos diversos a um paciente, desde o aumento do tempo de permanência em uma instituição hospitalar, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e trazer, até, consequências trágicas, como a morte e são denominados eventos iatrogênicos. O *National Center for Health Statistics*, apresentou em 1997, um estudo sobre as etiologias da morte em hospitais americanos, demonstrou que 44.000 pacientes evoluíram a óbito por eventos iatrogênicos. Esta casuística excede as mortes atribuídas a acidentes com carros, câncer de mama e Aids. Além dos aspectos relacionados ao indivíduo, foram apresentados os econômicos, ou seja, os custos relacionados às perdas de rendimento profissional, queda da produção doméstica e outros prejuízos correlacionados.

A administração de medicamentos nas instituições de saúde é um processo complexo, com várias etapas, contemplando uma série de decisões e ações interrelacionadas que envolvem profissionais de várias disciplinas bem como o próprio paciente. Ao profissional é necessário manter-se em constante atualização científica sobre a terapia medicamentosa, priorizando a segurança, buscando informações completas e exatas sobre o paciente.

Na tentativa de evitar o erro, os hospitais tem utilizado o sistema de dupla ou tripla checagem também na conferência dos medicamentos e quimioterapia, a fim de assegurar que os processos críticos sejam executados corretamente. Entretanto, mesmo quando as duplas checagens são exigidas pela política da instituição, é fundamental assegurar que elas sejam realmente independentes. É muito comum que a segunda checagem torne-se um ato descuidado, em geral um carimbo, dando assim uma falsa assertiva em vez de realmente a segurança.

Objetivo: Realizar uma revisão bibliográfica visando minimizar erros de administração de medicamentos em TCTH, pela equipe de Enfermagem,.

Material e Método: Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos científicos relacionados ao tema, através de sites de publicações na internet.

Resultados: A ocorrência de erros é inerente ao processo cognitivo humano, e neste contexto, profissionais de saúde são passíveis de cometê-los. Esforços devem ser implementados na tentativa conhecer e explorar tais eventos, com a finalidade de desenvolver estratégias que conduzam à prevenção e consequentemente promovam a segurança do paciente. Os erros podem estar relacionados à prática profissional, produtos usados na área da saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrições, rótulos, embalagens, monitoramento, o uso de medicamento. Mediar pacientes depende de ações meramente humanas e os erros fazem parte dessa natureza, porém, um sistema de medicação bem estruturado deverá promover condições que auxiliem na minimização e prevenção dos erros, implementando normas, regras e processos com a finalidade de auxiliar os profissionais envolvidos. Os erros podem ocorrer de varias formas acometendo ou não risco ao paciente.

Conclusão: Conclui-se que nas unidades hospitalares os erros são muito comuns e pela amplitude de medicamentos existentes na área de TCTH, os profissionais de enfermagem devem estar atentos a quaisquer manipulações de medicamentos, visto que os pacientes já apresentam um alto grau de complexidade. As duplas e triplas checagens são de extrema importância nesta área e devem ser realizadas a cada atendimento.

E5

ANÁLISE DA MOBILIZAÇÃO E RESULTADOS DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS AUTOGÊNICO (TCTHA) COM ALTA HOSPITALAR PRECOCE NOS PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

ALESSANDRA BARBAN - Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Andrea Barban - Hospital Inglês

Carolina Ferreira dos Santos - Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Fabio Luiz Coracin - Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Frederico Luiz Dulley - Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Priscila Tavares Musqueira Cosenza - Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O transplante de células-tronco hematopoiéticas autogênico (TCTHa) é um tratamento padrão utilizado para algumas doenças hematológicas e também na consolidação do tratamento de outras doenças. O aumento da demanda de pacientes que necessitam deste tratamento fez com que fossem criados alguns modelos de transplante ambulatorial. A alta precoce é uma modalidade de transplante em que o paciente recebe alta hospitalar após o regime de condicionamento e infusão das células-tronco hematopoiéticas (CTH) e a continuidade do seu tratamento ocorre em regime ambulatorial. Na área da Enfermagem, o número limitado de estudos científicos relacionados à Assistência de Enfermagem nos pacientes submetidos ao TCTH com alta hospitalar precoce são ainda deficientes. Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar os resultados da alta hospitalar precoce como alternativa viável ao tratamento dos pacientes submetidos ao TCTHa e sua relação com a assistência de enfermagem. MÉTODO: Estudo retrospectivo, quantitativo, descritivo e transversal. Foram analisados prontuários de 112 pacientes consecutivos submetidos ao TCTHa, no período de janeiro a dezembro de 2009. Destes 12 pacientes não receberam alta hospitalar da unidade de internação até o décimo dia após o TCTH (D+10) e, por isso, foram excluídos, restando 100 pacientes. RESULTADOS: A mediana de idade foi de 48,5 anos (19-69 anos). Houve um pareamento não intencional do sexo. Todos os pacientes mobilizaram e coletaram CTH por fonte periférica. Os regimes de condicionamento mais utilizados foram BU12+Mel100 e BEAM 400. As toxicidades atribuídas ao regime de condicionamento foram bem conduzidas no ambulatório, expressa por 10 pacientes que necessitaram de internação, embora um grande número de pacientes da casuística apresentou algum grau de toxicidade. A neutropenia febril esteve presente em 58% dos pacientes até a enxertia medular. Não houve aumento na mortalidade na fase de aplasia medular; dois pacientes foram a óbito por causas infecciosas durante os 60 primeiros dias após o TCTH, sendo que apenas um não apresentava enxertia medular. A mediana de enxertia de granulócitos após o TCTHa com alta hospitalar precoce foi de 12 dias e de plaquetas 15 dias, com mediana de transfusões até a alta do serviço de três concentrados de hemácias e quatro concentrados de plaquetas. Vinte e três pacientes necessitaram de internação hospitalar em algum momento desde a alta hospitalar após o transplante até o momento de sua alta. CONCLUSÃO: A equipe de enfermagem apresenta papel fundamental no contexto da alta hospitalar precoce na conduta e manejo dos pacientes. O Enfermeiro participou na orientação e condutas durante a fase de mobilização, transplante e acompanhamento ambulatorial. A mediana de tempo para enxertia medular foi de 12 dias e durante a fase de aplasia os pacientes evoluíram com baixa internação e infecção. Houve baixa incidência de complicações e internações, sendo a toxicidade ao regime de condicionamento a maior causa de internação. As toxicidades ao regime de condicionamento apresentadas foram bem manejadas em regime ambulatorial também pela Equipe de Enfermagem.

E6

Avaliação dos níveis de ingestão de micronutriente em pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoiéticas

Daniela Terezinha Richter da Silva -
Alessandra Aparecida Paz -
Ana Maria Keller Jochims -
Lúcia Mariano da Rocha Silla -
Michele Girolometto Fracalossi -
Nelmara Rocha Duarte -

Introdução

A toxicidade da quimioterapia e radioterapia podem ser responsáveis por complicações como náusea, vômito, diarreia e mucosite no paciente submetido ao transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH).

A mucosite, freqüentemente compromete a alimentação oral e absorção dos alimentos.

Alguns estudos demonstram que a suplementação com micronutrientes favorece os pacientes submetidos ao TCTH, prevenindo ou reduzindo as complicações. Um exemplo é a suplementação de zinco durante a terapêutica com quimioterapia e radioterapia, que reduz o tempo e a gravidade da mucosite, o que auxiliaria na ingestão alimentar e conseqüentemente na manutenção do estado nutricional adequado.

Objetivo

Avaliar os níveis de ingestão de zinco, ferro, cálcio, vitamina A, E e C dos pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoiéticas.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, no qual foi avaliada a ingestão de minerais e vitaminas de pacientes maiores de 18 anos que foram submetidos ao TCTH alogênico, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012. A análise do consumo de minerais e vitaminas foi feita através dos controles de ingestão realizados duas vezes na semana, onde os alimentos foram pesados por um atendente de nutrição antes e após serem servidos ao paciente. Estes controles foram calculados utilizando o programa Nutwin.

Os valores recomendados terão como referência o consenso nacional de nutrição oncológica do INCA e as DRIs.

Resultados

Serão apresentados os resultados parciais e até o momento foram avaliados 13 pacientes. Quanto aos dados demográficos, a amostra foi composta por 7 (53,8%) mulheres com idade média 42,9 anos, estatura de 166,5 cm e 65,3 kg.

Em relação aos micronutrientes avaliados, todos os pacientes tiveram ingestão abaixo do recomendado. Para zinco o percentual de adequação para homens foi de 30% e para mulheres foi de 50%, para ferro foi de 80% para homens e 23% para mulheres e cálcio foi de 52% para homens e 46% para mulheres.

Em relação às vitaminas, o percentual de adequação de vitamina A para homens foi de 88% e 69% para mulheres, vitamina E 26% para homens e 34% para mulheres e vitamina C foi de 58% para homens e 56% para mulheres.

Conclusão

A suplementação com micronutrientes deve ser considerada e avaliada individualmente, uma vez que no período do transplante a ingestão de alimentos é reduzida de forma considerável.

Toxicidade do segundo transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas em pacientes portadores de Mieloma Múltiplo.

Roberta Mancila Santos¹ - ¹Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
 Carlos Sérgio Chiattoni¹ - ¹Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
 Ivani Rocha Magalhães¹ - ¹Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
 José Carlos Almeida Barros¹ - ¹Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
 Juliana Sobreira de Almeida¹ - ¹Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
 Kátia Cilene Victoriano Santos Marques² - ²Transplante de Medula Óssea. Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini- SPDM- SP.
 Kézia Silva Rezende Badega¹ - ¹Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
 Ricardo Rabelo Chiattoni¹ - ¹Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
 Rosana Cláudia Scramin Wakim¹ - ¹Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
 Roselene Mesquita Augusto Passos² - ²Transplante de Medula Óssea. Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini- SPDM- SP.

Introdução: Poucos trabalhos na literatura reportam a toxicidade do segundo transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas (TACTH) em pacientes com mieloma múltiplo. O regime de condicionamento, baseado em melfalano em altas doses, tem como principais complicações o desenvolvimento de infecções graves e toxicidades gastrointestinais. Para pacientes que recidivam após o primeiro procedimento, o segundo TACTH é uma das opções terapêuticas. **Objetivo:** Comparar toxicidades gastrointestinais e complicações infecciosas no segundo TACTH em relação ao primeiro nos pacientes portadores de MM. **Material e Método:** Análise retrospectiva e comparativa de 13 pacientes, submetidos ao segundo TACTH no período de 1998 a 2013. **Critério de exclusão:** pacientes com programação de duplo transplante. **Resultados:** Em ambos os procedimentos, 58,3% dos pacientes encontravam-se em remissão parcial da doença. A mediana do número de células CD34 infundidas foi de $4,5 \times 10^6/\text{Kg}$ no primeiro, e $2,5 \times 10^6/\text{Kg}$ no segundo. Dos pacientes analisados, três eram do sexo feminino (23%) e 10 do sexo masculino (77%), com mediana de idade de 52 anos (33- 61) no primeiro TACTH e 57 anos (33- 66) no segundo. A mediana de internação foi de 18 dias (14- 35) para ambos os procedimentos, com intervalo de 4 anos (1- 10) entre os TACTH. Mucosite oral ocorreu em oito (61,5%) e nove (69,2%) pacientes no primeiro e segundo TACTH respectivamente, com mediana de duração de 7 dias (4- 15). Diarréia ocorreu em 100% dos pacientes, comparando a duração, intensidade diária e o início do evento em relação ao condicionamento, não se obteve diferença neste aspecto em ambos os procedimentos. Em relação à êmese, 11 pacientes (84,6%) no primeiro e nove pacientes (69,2%) no segundo apresentaram este sinal, cinco pacientes (38,4%) iniciando no D-2, com mediana de duração de 3 dias (1- 27). No primeiro TACTH, sete pacientes (53,8%) apresentaram neutropenia febril, com mediana de duração de 5 dias (1- 8). Houve uma hemocultura positiva para *Staphylococcus SP coagulase negativa*, sem necessidade de alterar a antibioticoterapia. No segundo TACTH, nove pacientes (69,2%) manifestaram neutropenia febril, com mediana de duração de 3 dias (1- 11), isolado *Klebsiella SP* na hemocultura de um paciente, com necessidade de tratamento baseado em antibiograma. **Conclusão:** Apesar da casuística pequena, não observamos diferenças entre o primeiro e segundo TACTH em relação às toxicidades gastrointestinais e complicações infecciosas. Portanto podemos considerá-lo um procedimento seguro.

E8

Reconciliação Medicamentosa em uma Unidade de Transplante de Medula Óssea

Ediane de Assis Bastos - CEMO/Instituto Nacional de Câncer
Andrea Almeida Tofani - CEMO/Instituto Nacional de Câncer
Dulce Helena Nunes Couto - CEMO/Instituto Nacional de Câncer
Luis Fernando Bouzas - CEMO/Instituto Nacional de Câncer
Margareth Vianna de Souza - CEMO/Instituto Nacional de Câncer

A reconciliação medicamentosa é um método para racionalizar a utilização de medicamentos e diminuir a ocorrência de omissões, duplicações, interações medicamentosas, além de erros de medicação quando o paciente sofre mudanças de níveis assistenciais de saúde. Os pacientes em unidades de transplante de medula óssea são constantemente monitorados em todas as fases que envolvem o transplante, o que reduz a possibilidade de ocorrência de erros; entretanto, a complexidade e gravidade que envolve cada caso exige que se desenvolvam ferramentas para garantir a segurança dos pacientes no uso dos medicamentos. **Objetivo:** Apresentar os resultados da implantação de um processo de reconciliação medicamentosa em uma unidade de transplante de medula óssea no período de julho de 2012 a maio de 2013. **Método:** Na admissão do paciente foi realizada entrevista com aplicação de um formulário próprio para registro da informação de utilização de medicamentos anterior à hospitalização e busca de registros internos de medicamentos prescritos. A prescrição foi analisada quanto à reconciliação de medicamentos e as intervenções necessárias foram realizadas. **Resultados:** Foram entrevistados 37 pacientes, sendo 32,4% (12) do sexo feminino e 67,6% (25) do sexo masculino. Destes, 75,7% (28) utilizaram algum medicamento antes da internação. A média de medicamentos utilizados por paciente foi maior na faixa etária de 19 a 39 anos, e igual a 6. Dos 117 medicamentos utilizados, 37,6% (44) não sofreram alteração na prescrição, dose, posologia ou forma farmacêutica. Dos 41,9% (49) que sofreram alteração, houve predomínio na troca de forma farmacêutica para administração intravenosa, 59,2% (29). Foram considerados desnecessários e suspensos por ordem médica 20,5% (24) dos medicamentos utilizados. Foram realizadas intervenções farmacêuticas junto à equipe médica na prescrição de 2 pacientes (5,4%). Num dos casos foi feita a identificação da utilização de um antiinfecioso por automedicação e reavaliação da necessidade deste, o que resultou na suspensão do tratamento por ordem médica. Noutro caso foi feita a identificação da utilização de um fibrato mediante prescrição médica, a qual foi mantida pelo médico assistente para o período de internação. **Conclusão:** O estudo mostrou que, apesar do baixo índice de intervenções, o processo de reconciliação medicamentosa foi importante na segurança do paciente ao garantir que os medicamentos e dosagens prescritos estejam apropriados e que haja continuidade da farmacoterapêutica durante a internação hospitalar.

E9

Autocuidado no Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas

Renata Cristina de Campos Pereira Silveira - Universidade de São Paulo
Bruna Nogueira dos Santos - Universidade de São Paulo
Lais Carvalho Castanho - Universidade de São Paulo

O Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) é uma terapêutica complexa que exige uma equipe interdisciplinar bem integrada e um paciente ativo no seu tratamento. A participação do paciente como agente consciente e responsável por seu cuidado é elemento chave para prevenção e manejo de possíveis complicações advindas do TCTH, no entanto, observa-se na literatura maior foco de atividades que investem no aprimoramento de profissionais, em detrimento do ensino aos pacientes. Assim, esta revisão integrativa teve o propósito de identificar as evidências científicas relacionadas às estratégias utilizadas no TCTH para aprimorar o autocuidado e o impacto na reabilitação dos pacientes ao longo das etapas deste tratamento. Para identificação dos estudos primários incluídos foram utilizadas as bases de dados Lilacs e PubMed, com os descritores autocuidado e TCTH. Foram incluídos estudos primários que retratassem intervenções de autocuidado

no paciente submetido ao TCTH, publicados nos últimos 10 anos; em português, inglês ou espanhol. Assim, foram identificadas 282 estudos e, após leituras dos resumos, foram excluídas 280 por não atenderem aos critérios de seleção, sendo: 203 por não abordarem o autocuidado, 89 por serem estudos secundários, 50 por não se referirem ao TCTH e nove por serem publicados em outros idiomas. Por meio da busca manual nos estudos primários selecionados, foram identificados mais dois estudos. Portanto, a amostra foi constituída por quatro artigos, cuja autoria era de enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais, e os delineamentos distribuídos entre relato de experiência, ensaio clínico controlado randomizado e estudo de intervenção. Destes, dois estudos tiveram o objetivo de avaliar a realização de exercícios físicos não supervisionados no âmbito domiciliar. Outro descreveu a experiência de um programa educativo de um centro de TCTH e o último buscou determinar se o treinamento físico supervisionado pela equipe traz mais benefícios do que aqueles realizado em âmbito domiciliar, sem supervisão. As principais estratégias utilizadas para melhorar o autocuidado foram: aulas estruturadas num plano de cuidados individualizado, sessões educativas sobre aspectos gerais do TCTH, orientações sobre a atividade educativa, fornecimento de material escrito e audiovisual. Os principais desfechos avaliados para verificar o impacto da estratégia foram: fadiga, condição física, qualidade de vida relacionada à saúde, bem estar psicológico, satisfação do paciente, erros de medicação e queda do paciente em domicílio, sendo mensurados por meio de instrumentos validados e adaptados, equipamentos médicos digitais e registro diário do próprio paciente. E as estratégias foram aplicadas em momentos diferentes em cada estudo: pré-TCTH (1), durante a internação (1) e após o TCTH (2). Diante dos resultados, observa-se que o ensino ao paciente com foco na melhoria de seu autocuidado representa uma ferramenta importante no tratamento, o que pode garantir resultados positivos e satisfação do paciente. E frente aos resultados escassos encontrados na temática, sugere-se a necessidade de maior investimento no ensino ao paciente, como aliado fundamental no tratamento.

E10

ACOMPANHAMENTO DAS MÃES DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

PRICILA PAVEUKIEWICZ - Serviço de Transplante de Medula Óssea - Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná

CARMEM MARIA SALES BONFIM - Serviço de Transplante de Medula Óssea - Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná

DAYANE REGINA DOS SANTOS - Serviço de Transplante de Medula Óssea - Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná

MARIBEL PELAEZ DÓRO - Serviço de Transplante de Medula Óssea - Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná

MORGANA BARDEMAKER LOUREIRO - Serviço de Transplante de Medula Óssea - Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná

RENATA SLOBODA BITTENCOURT - Serviço de Transplante de Medula Óssea - Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná

O transplante de células-tronco hematopoéticas é um procedimento que se constitui como um tratamento para diversas doenças potencialmente fatais. Entretanto, não é um método plenamente resolutivo, trata-se de um procedimento agressivo, que pode tanto recuperar a vida do paciente quanto levá-lo ao óbito. A decisão pelo transplante no caso de crianças cabe aos pais ou responsáveis, o que pode gerar angústia, um nível considerável de culpa ou ainda sentimentos ambivalentes como desejo de optar pelo transplante e medo de um eventual fracasso. Temos então, a abordagem em grupo que tem se revelado uma forma eficaz de atendimento para acompanhantes de crianças que possuem uma doença potencialmente fatal, por possibilitar trocas de experiências que, ao serem compartilhadas, geram nos participantes um sentimento de inclusão, bem como diminuem a sensação de desamparo e solidão experimentada nestas circunstâncias. Diante disto, foi criado o Grupo de Mães dos pacientes que são atendidos no ambulatório de um serviço de Transplante de Medula Óssea. Este trabalho visa, através de um relato de experiência, descrever a intervenção multiprofissional no Grupo de Mães. Entre os objetivos do grupo estão: promover um espaço para cuidarem de si; através das atividades propostas, proporcionar um ambiente acolhedor e que incentive a autorreflexão e

o autocuidado; facilitar a troca de experiências num ambiente mediado por profissionais capacitados. O grupo se caracteriza como um grupo aberto, onde ocorrem encontros semanais na sala de espera do Ambulatório, com o número aproximado de cinco participantes por encontro. O grupo é coordenado em conjunto pela Terapia Ocupacional e Psicologia e nele são realizadas atividades diversas, tais como leituras; dinâmicas de grupo, atividades expressivas e artesanais que visam alcançar os objetivos propostos. Até o presente momento o grupo contou com 19 atendimentos. Algumas das temáticas levantadas através das atividades citadas acima fazem referência aos papéis ocupacionais das mães, visão das mães frente ao tratamento, autoimagem e autocuidado, manutenção de datas comemorativas, atividades de lazer e exploração de novas habilidades. Em tratando-se de um grupo aberto, relatamos a seguir alguns dos assuntos abordados pelas mães: recebimento e impacto do diagnóstico, projetos futuros, sentimentos frente à vivência atual e sua resignificação, dúvidas em relação ao tratamento, condições socioeconômicas, autopercepção, atenção consigo, rotina e restrições impostas pelo tratamento, redes de suporte, religiosidade como enfrentamento. As principais dificuldades na realização do grupo foram a falta de espaço apropriado que culminava em constantes interrupções e a variação do número de participantes. Apesar das dificuldades as mães se engajam nas atividades e discussões propostas, refletindo sobre suas condições havendo troca de experiências e aumento do suporte social e emocional.

E11

Novo Processo de Avaliação Pré-Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas da Equipe Multiprofissional.

Cristiane Olmos Grings - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Alessandra Paz - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Ana maria Keller Jochims - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Anna Alice Graeff - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Camila Zanette Oppermann - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Débora Sana Moraes - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Fabiane Souza Olaves - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Gabrielli Mottes Orlandini - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Genevieve Lopes Pedebos - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Isabel Nemoto Vergara Sassada - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Joice Zuckermann - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
José Roberto Goldim - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Lauro Jose Gregianin - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Léo Sekine - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Liane Daudt - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Lucia Mariano Silla - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Naira teresinha Carvalho - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Priscila de oliveira da Silva - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rita Maria Soares - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH), por ser um tratamento de alta complexidade, exige a atuação integrada da equipe multiprofissional composta por Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e Odontólogo, conforme estabelecida na Portaria GM/MS/N 3.761 de 20 de outubro de 1998, que instituiu, no âmbito do Sistema Nacional de Transplante, a Assessoria Técnica para transplante de medula óssea. Em 1993, o Serviço de Hematologia de um hospital universitário assumiu o desafio de ser referência no TCTH do Rio Grande do Sul. Neste momento, a equipe era composta por profissionais da Hematologia, Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Recreação. Após a realização de mais de 1000 procedimentos, ao longo de 20 anos, os profissionais envolvidos questionaram a integração e o retrabalho dos membros do grupo ao desempenhar suas atividades assistenciais. Alguns questionamentos buscavam identificar o começo do processo de avaliação, a existência de contra-indicação psicossocial, o manejo com paciente/familiar que se negava a realizar determinadas avaliações, o profissional responsável por encerrar a avaliação e, finalmente, o término do processo.

Objetivos: Descrever o processo de reestruturação da equipe multidisciplinar envolvida no atendimento assistencial do TCTH.

Material e métodos: Relato de caso com foco na sistematização das ações do grupo de profissionais vinculados ao atendimento de pacientes que serão submetidos ao TCTH. Partindo dos questionamentos sobre a avaliação pré-TCTH foi estruturado um grupo de trabalho com o objetivo de discutir o fluxo de pacientes e as diferentes funções e interrelações dos profissionais envolvidos nas etapas do processo. Foram revisadas as informações, tarefas, percursos e atribuições dos profissionais. As questões técnicas, sociais, psicológicas e bioéticas associadas foram levantadas e avaliadas. Foi proposta a elaboração de uma matriz de atividades e atribuições de cada profissional e do grupo como um todo. Foram realizadas reuniões semanais para discutir cada etapa e o processo utilizando uma adaptação do Método Delphi.

Resultados: O produto destas discussões foi uma matriz de atividades e responsabilidades para cada categoria profissional, identificando os aspectos peculiares e compartilhados de cada etapa do processo. Assim, no ano de 2013, foi oficializado o Programa Assistencial do Transplante de Células Tronco-Hematopoéticas (PATCH). Este Programa é composto por membros representantes das áreas de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Recreação, Odontologia e Bioética. Tem como objetivos promover, organizar e aperfeiçoar as ações relacionadas ao TCTH por meio da avaliação multiprofissional e multidimensional dos pacientes, das orientações aos pacientes e familiares nos períodos pré e pós-TCTH, da capacitação de doadores de sangue e plaquetas, da avaliação multiprofissional e multidimensional dos doadores e da elaboração do plano de atendimento para internação e pós-alta.

Conclusão: A caracterização das atividades dos diferentes profissionais envolvidos no atendimento assistencial aos pacientes do PATCTH levou em conta o nível de complexidade dos processos e a interrelação dos conhecimentos das diferentes áreas, respeitando as especificidades das profissões, na busca do melhor atendimento das necessidades do paciente.

E12

CRIAÇÃO DE AULA MULTIMÍDIA EM DVD: ESTRATÉGIAS NA EDUCAÇÃO DO PACIENTE E FAMÍLIA NA AVALIAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Rosana Maria Gonçalves Nogueira - Hospital Israelita Albert Einstein

Andréa Coletti Ciglio - Hospital Israelita Albert Einstein

Cristina Vogel - Hospital Israelita Albert Einstein

Fabio Rodrigues Kerbauy - Hospital Israelita Albert Einstein

Gabriela Rocco de Sá - Hospital Israelita Albert Einstein

Joyce Caroline Dinelli Ferreira - Hospital Israelita Albert Einstein

Lidiane Soares Sodré da Costa - Hospital Israelita Albert Einstein

Tania Michele Barreto Waisbeck - Hospital Israelita Albert Einstein

Introdução: Pacientes que serão submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) necessitam de informações sobre sua doença, opções disponíveis de tratamento e efeitos relacionados ao procedimento. Geralmente o tempo para educação do paciente e família é limitado, deste modo, alguns pacientes podem ter dificuldades para entender completamente o contexto apresentado sobre o seu complexo tratamento. Estratégias vem sendo criadas para melhorar esta comunicação e torna-lá mais efetiva, dentre elas os potenciais benefícios da tecnologia da informação em saúde. **Objetivos:** Apresentar a criação e aplicação de ferramenta multimídia utilizada como auxiliar no processo de educação do paciente no momento da avaliação pré TCTH em um centro no estado de São Paulo. **Metodologia:** Iniciado a construção da aula multimídia envolvendo a equipe medica, enfermagem e área responsável por mídias e educação do paciente. A primeira etapa se deu através da organização do conteúdo em forma de aula em slides, foi dividido em quatro módulos: Introdução abordando conceitos gerais, indicações e tipos de transplantes, O procedimento, fala sobre a internação, cateteres, condicionamento, infusão, complicações, motivos de reinternações, Apresentação

da Unidade, traz fotos e explicações sobre os diferenciais da unidade como ambiente protegido e finalmente Orientações Gerais, com regras e condutas para acompanhantes, estrutura para alimentação, o que deve trazer ou não no momento da internação. A etapa seguinte envolveu a gravação do áudio em sala de videoconferência, seguida de edição e disponibilização final em DVDs com tempo total de 20 minutos. Resultados: Iniciamos a aplicação da aula multimídia, ou vídeo educacional no início do ano de 2013. Marcamos consulta multiprofissional denominada avaliação pré TCTH em regime ambulatorial, eventualmente, em regime de internação. Esta avaliação se inicia com a apresentação do vídeo educacional através de computador portátil institucional, após seguimos com a consulta de enfermagem para esclarecimento de dúvidas e complementação se necessário das orientações, ao final entrega de material de apoio, manual impresso. O paciente segue com a consulta médica e dos outros membros que compõem a equipe multiprofissional, no caso de pacientes pediátricos o vídeo é apresentado aos pais ou responsáveis. Conclusão: Os pacientes e membros da equipe tem avaliado de forma positiva esta ferramenta de educação demonstrando interesse, maior clareza e retenção de informações, assim como, serve como roteiro sistemático e completo das informações pertinentes a esta fase do processo de transplante, otimizando assim o tempo e força de trabalho da equipe envolvida nas avaliações pré TCTH.

E13

Perfil sociodemográfico dos pacientes transplantados no ano de 2012 em um Serviço de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas no sul do Brasil

Genevieve Lopes Pedebos - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Alessandra Aparecida Paz - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Ana Maria Keller Jochims - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Anna Alice Graeff - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Camila Zanette Oppermann - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Cristiane Olmos Grings - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Debora Sana Morais - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Fabiana Souza Olaves - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Gabrielli Mottes Orlandini - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Isabel Nemoto Vergara Sasada - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Joice Zuckermann - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Jose Roberto Goldim - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Lauro Jose Gregianin - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Leo Sekine - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Liane Esteves Daudt - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Lucia Mariano da Rocha Silla - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Naira Teresinha de Carvalho - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Priscila de Oliveira da Silva - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rita Maria Soares - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) vem configurando-se como alternativa terapêutica para uma série de doenças, com conseqüente aumento da procura e a necessidade de ampliação da oferta de serviços qualificados no país. Este estudo refere-se à experiência de um Centro de TCTH de um hospital universitário localizado no sul do Brasil, o qual passa por constante processo de ampliação física e qualificação técnica ao longo de 19 anos de atividade. O serviço que iniciou com 02 leitos para TCTH autólogo e 02 leitos para TCTH alogênico aparentado na década de 1990, conta atualmente com uma Unidade de Ambiente Protegido com 09 leitos para transplante alogênico e 04 leitos para autólogo. O presente trabalho objetiva identificar o perfil sociodemográfico de pacientes submetidos ao TCTH neste centro. A metodologia usada foi a pesquisa documental, transversal e descritiva. Os prontuários foram avaliados quanto às variáveis: tipo de transplante, diagnóstico, sexo do paciente, procedência e escolaridade. Foram incluídos todos os pacientes que realizaram o TCTH no período de janeiro a dezembro de 2012, totalizando 83 pacientes. Dos pacientes acima de 18 anos, 18% possuem o ensino médio completo, seguidos de 16,8% com ensino fundamental incompleto. A maioria dos pacientes (56,6%) era do gênero masculino. Quanto à procedência, a maior parte (48,2%) são do interior do Estado do RS, e 8,5% de outros Estados. Em relação ao tipo de transplante, 51 pacientes realizaram TCTH autólogo e 32 TCTH alogênico, dos quais 13 não-aparentado, configurando-

se como uma crescente demanda ao serviço. Dos pacientes submetidos ao TCTH autólogo, 47% apresentavam diagnóstico de mieloma múltiplo (adultos), seguido do diagnóstico de neuroblastoma, 15,7% (pacientes pediátricos). No TCTH alogênico, os principais diagnósticos foram LMA (43,7%) e LLA (25%). Quanto à idade, no TCTH autólogo a maioria encontrava-se na faixa dos 51 aos 60 anos (31,3%), seguidos das crianças de 0 a 10 anos (19,6%). Já no TCTH alogênico predominou a faixa dos 11 aos 20 anos (25%) e dos 31 aos 40 anos (18,7%). Considerações finais: A ampliação de leitos e dos serviços ofertados possibilitou o aumento no número de procedimentos realizados e os dados analisados indicam uma diversidade relacionada à idade dos pacientes e à sua história de tratamento caracterizada pelos diferentes diagnósticos e locais de procedência. Evidencia-se grande número de usuários com ensino fundamental incompleto. Neste contexto, torna-se fundamental conhecer o perfil sociodemográfico dos usuários encaminhados ao serviço para que sejam planejadas ações de atenção e educação em saúde privilegiando a diversidade sociocultural, especificidades do tratamento e cuidados em todas as fases do TCTH. A diversidade destes fatores ressalta a importância da construção de propostas interdisciplinares que possam ir ao encontro das necessidades da clientela usuária do serviço.

E14

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer Infanto-Juvenil Submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas

Lais Fernanda Barroso Cremonesi - Instituto de Oncologia Pediátrica (IOP/GRAACC-Unifesp)

Adriana maria Duarte - Instituto de Oncologia Pediátrica (IOP/GRAACC-Unifesp)

Carla Gonçalves Dias - Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Mariana Crema Tobará - Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Renata Fernandes Moreno de Carvalho - Instituto de Oncologia Pediátrica (IOP/GRAACC-Unifesp)

O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) está, inevitavelmente, associado a diversos efeitos adversos e a uma elevada taxa de morbimortalidade, o que pode afetar significativamente a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) do paciente e sua família. A mensuração da QVRS na prática clínica, permite que o enfermeiro possa identificar fatores de risco, reconhecendo pacientes e famílias mais vulneráveis e, assim, intervir precocemente com medidas que minimizem o impacto negativo que o TCTH pode ter em suas vidas. O objetivo deste estudo foi avaliar a QVRS de crianças, adolescentes e adultos jovens após serem submetidos ao TCTH, sob a perspectiva dos mesmos e de seus pais e verificar o impacto que determinadas variáveis clínicas e sócio-demográficas podem ter sobre a QVRS estes pacientes. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Instituto de Oncologia Pediátrica (IOP/GRAACC-Unifesp). Foram entrevistados 83 indivíduos, sendo 48 crianças, adolescentes e adultos jovens submetidos ao TCTH e 35 pais. A QVRS foi avaliada através do questionário PedsQL 4.0. Para análise estatística dos dados, foram utilizados os testes T-student pareado, de ANOVA e de correlação de Pearson, com nível de significância $p < 0,05$. Em uma escala de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação melhor a QVRS, a média da QVRS relatada pelo próprio paciente foi de 74,61 e a relatada pelos pais de 74,12. A dimensão da qualidade de vida que apresentou maior impacto negativo nestes pacientes foi o emocional e a que se mostrou menos afetada foi a social. Não houve diferenças significativas entre a QVRS relatada pelo paciente e a relatada pelos pais. Maior idade ao TCTH foi associada a uma pior QVRS física e pacientes da raça branca apresentaram uma melhor QVRS escolar (74,29) do que os de raça parda (57,88). Não houve correlação entre a QVRS e as demais variáveis analisadas (sexo do paciente, estado civil e escolaridade dos pais, classificação econômica da família, tipo de convênio médico, diagnóstico basal, tipo de TCTH, fonte de células-tronco hematopoiéticas, realização de radioterapia e presença de DECH). A QVRS das crianças, adolescentes e adultos jovens submetidos ao TCTH foi considerada relativamente boa. Acredita-se que a avaliação de rotina da QVRS precisa ser parte integrante do acompanhamento de pacientes que foram submetidos ao TCTH. Neste contexto, sugere-se o uso do questionário utilizado neste estudo na prática clínica, a fim auxiliar o enfermeiro a identificar os aspectos que interferem na QVRS, facilitando um aprofundamento posterior, se necessário.

Palavras-chave: qualidade de vida; transplante de células-tronco hematopoiéticas; enfermagem pediátrica; neoplasia.

E15

Estratégias de atuação do serviço social no acolhimento aos pacientes submetidos a Transplante de Medula Óssea.

Maria Lúcia Maximiano - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Cristiane Golias Gonçalves - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Cristina Célia Faune - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Fausto Celso Trigo - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Joana Cioccarri - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Leticia Navarro Gordan - Hospital Universitário de Londrina - UEL

Introdução: O Transplante de Medula Óssea (TMO) não se restringe ao ambiente hospitalar e a fatores biológicos, devido a sua complexidade necessita de suporte multiprofissional, para o paciente e todas as pessoas envolvidas no processo de adoecimento/tratamento. A intervenção do Serviço Social, em conjunto com a equipe multiprofissional, inicia-se na avaliação ambulatorial no pré-TMO, analisando e intervindo nos fatores sociais que influenciam e/ou determinam o processo de tratamento. Dentre alguns fatores impactantes a serem observados destaca-se vínculos afetivos, questões trabalhistas e previdenciárias, aspectos culturais e religiosos e condições habitacionais. As situações observadas e avaliadas em um primeiro contato com usuário e familiares na entrevista pré-TMO referentes a aspectos sociais direcionam a sistemática do trabalho a ser adotado em cada caso. **Objetivos:** Ressaltar a importância do acolhimento e fortalecimento dos vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção e recuperação da saúde, proporcionando que desigualdades e indicadores sociais não interfiram no tratamento. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 45 relatórios sociais de usuários atendidos no ambulatório pré-TMO, sendo todas as avaliações realizadas com usuário e familiar para conhecimento da realidade e identificação de possíveis fatores sociais que poderiam interferir na realização do TMO. Estes fatores são efetivamente identificados em visita domiciliar com objetivo de orientar sobre cuidados e possíveis modificações que devem ser realizadas para retorno do usuário à residência após TMO. **Resultados:** Observou-se que dos 45 relatórios sociais realizados no período pré-TMO, 07 das entrevistas foram realizadas com o usuário e posteriormente com a família, 38 com usuário acompanhado de um ou mais familiares. Quanto à procedência, 11 foram do município de Londrina, 13 procedentes de outros municípios da mesma regional de saúde de Londrina (17ª Regional de Saúde) e 21 de outras regionais de saúde. Na alta hospitalar 37 dos usuários retornaram para sua própria residência, dentre estas 37 residências, cinco necessitaram de grande reforma, sendo uma reforma realizada pela prefeitura da cidade de origem do usuário e quatro residências por mobilização das famílias. Dos demais usuários cinco permaneceram na casa de parentes e amigos e três foram encaminhados para casas de apoio. **Conclusão:** A execução deste trabalho de forma consciente e participativa propicia mudanças no cotidiano do usuário e família, na atuação e reconhecimento dos seus direitos e deveres, refletindo no pós-TMO em uma melhoria de sua qualidade de vida.

E16

A importância da visita domiciliar no processo de Transplante de Medula Óssea.

Maria Lúcia Maximiano - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Ana Paula Marson - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Anne Cristine Rumiato - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Cristiane Golias Gonçalves - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Cristina Célia Faune - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Fausto Celso Trigo - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Joana Cioccarri - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Leticia Navarro Gordan - Hospital Universitário de Londrina - UEL

Introdução: A visita domiciliar é um instrumento facilitador que tem como objetivo realizar um diagnóstico da realidade social, a fim de compreender o paciente, a dinâmica familiar e as relações sociais, além de ser um subsídio à equipe multiprofissional no atendimento do paciente que será submetido ao transplante de medula óssea. **Objetivos:** Identificar na visita domiciliar as condições de higiene e infraestrutura de moradia, assim como orientar as possíveis modificações para possibilitar o retorno do paciente a sua casa no pós-TMO. **Material e Métodos:** Foram realizadas 42 visitas domiciliares após avaliação multiprofissional no pré-TMO, sendo agendadas previamente com paciente e familiar responsável. Durante a visita o assistente social avalia individualmente cada cômodo da casa e realiza orientações em relação à higiene, organização e reparos estruturais necessários. A instituição viabiliza o transporte, possibilitando a realização da visita. Sempre que possível o assistente social realiza a visita acompanhado por mais de um profissional da equipe multiprofissional. **Resultados:** observou-se que a partir da visita a família se mobiliza na organização da casa e fortalece o sentimento de união familiar no sentido de acolher e cuidar do paciente no retorno a residência no pós-TMO. **Conclusão:** Os instrumentos técnicos utilizados pelo serviço social no cotidiano de sua prática, entrevista e visita domiciliar, subsidiam a equipe multiprofissional com informações relevantes para o desenvolvimento do tratamento e são ferramentas indispensáveis ao processo de adesão do paciente, contribuindo para o sucesso do tratamento.

E17

NURSING ACTIVITIES SCORE COMO INSTRUMENTO PARA MEDIDA DE CARGA DE TRABALHO EM UNIDADE DE HEMATOLOGIA E TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Quenia Camille Soares Martins - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Claudete Regina Pacheco - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Cleocir Marta Techio - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Débora Feijó Villas Boas Vieira - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Denise Pereira Neto - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fabiane Avila Marek - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Jeniffer Parraga - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Liselena Carvalo - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Lucia Mariano da Rocha Silla - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rita Maria Soares - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Vinícius Santos - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O dimensionamento de recursos humanos em enfermagem constitui-se em um instrumento gerencial, que necessita de investigação para que possa gerar resultados que subsidiem a compreensão de quadro de recursos humanos adequado as necessidades da clientela e da instituição. **PACIENTES E MÉTODOS:** Estudo observacional descritivo de coorte prospectivo. Para coleta de dados utilizou-se o NAS por 90 dias consecutivos, a amostra foi composta por 81 pacientes, 110 internações, totalizando 2344 observações. Foram incluídos pacientes adultos e pediátricos que tiveram permanência mínima de 24 horas na unidade. O estudo foi realizado na Unidade de Ambiente Protegido (UAP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) de setembro a dezembro de 2011. Foram aplicados os instrumentos NAS, Karnofsky ou Lansky, e o Adult Comorbidity Evaluation(ACE-27) e a escala Perroca. Para análise dos dados foi utilizado o software estatístico IBM SPSS 20.0. Para análise os pacientes foram divididos em 4 grupos segundo tipo de tratamento (1) Onco-hematológico (2) TCTH Autólogo (3) TCTH Alogênico aparentado (4) TCTH Alogênico Não parentado. Os dados estão expressos em frequência absoluta e relativa (%) , média e IC 95% ou ainda mediana.. Para análise da diferença entre as pontuações de NAS entre os grupos foi realizada pelo método de Equações de Estimativas Generalizadas, com qui-quadrado de Wald. Para avaliação da relação entre NAS e Performance foi utilizada correlação de Spearman e da relação NAS e grau de dependência correlação de Pearson. **RESULTADOS:** Nas 110 internações avaliadas: 22 pacientes tiveram 2 internações e 7 pacientes 3 internações no estudo. Destes 46 (56,8%) era do sexo masculino, com idade média de 42 (20-54) anos, tempo médio de internação foi de 16 (7-28) dias. O diagnóstico predominante foi de LMA 23 (28,4%). Os tipos de tratamento foram respectivamente 42 (51,9%) onco-hematológico, 17 (21%)

TCTH Autólogo, 12 (14,8%) TCTH Alogênico aparentado, 10 (12,3%) TCTH Alo Não parentado. Destes 28 (34,6%) apresentaram alguma comorbidade leve (ACE I). Com base na análise das 110 internações a média da pontuação de NAS foi respectivamente grupo I NAS 40,6 (37,22-43,98), grupo II 40,83 (31,24-50,43), grupo III (35,47-50-47), Grupo IV 48,88 (40-73-57,07), Wald χ^2 (3,511 p=0,319). Observou-se correlação forte entre maiores pontuações do NAS e menores scores no Performance Status ($r_s = -0,76$) p=0,000. Evidenciou-se ainda correlação forte em altos graus de dependência dos pacientes com elevadas pontuações de carga de trabalho obtidas através do NAS ($r=0,802$) p=0,000. **CONCLUSÕES:** Evidencia-se uma pontuação mais elevada de NAS no grupo de pacientes de TCTH Alogênico Não Aparentado (em torno de 2 horas a mais de cuidado que os do grupo 1). Observa-se que a escala parece adequada para utilização nestes pacientes apresentando correlação com performance status e grau de dependência destes pacientes.

E18

Avaliação da prevalência de cárie dental versus condição social no pré-TCTH.

Érika Sinara Lenharo Orti-Raduan - Fundação Hospital Amaral Carvalho
Ana Claudina Conduta Candelaria - Fundação Hospital Amaral Carvalho
José Endrigo Tinôco-Araújo - Faculdade de Odontologia de Bauru FOB-USP
Mair Pedro de Souza - Fundação Hospital Amaral Carvalho
Marcos Augusto Mauad - Fundação Hospital Amaral Carvalho
Maria Isabel Gonçalves Teixeira Galvão - Fundação Hospital Amaral Carvalho
Paulo Eduardo de Abreu Machado - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Faculdade de Medicina de Botucatu
Paulo Sérgio da Silva Santos - Faculdade de Odontologia de Bauru FOB-USP
Talita Chaves Martins - Fundação Hospital Amaral Carvalho
Vergílio Antonio Rensi Colturato - Fundação Hospital Amaral Carvalho

A saúde pública é a expressão usada para indicar o estado de sanidade ou o estado físico da população de um país, de uma região, ou de uma cidade, sendo o conjunto de serviços destinados a manter a boa saúde da população. Para a Odontologia, a cárie é a principal doença bucal na população e necessita de atenção especial no cuidado de pacientes em preparo para transplante de células tronco-hematopoiéticas (TCTH). É uma doença transmissível, decorrente da difusão de ácidos resultantes do metabolismo de carboidratos produzidos por bactérias presentes no biofilme dentário, causando a dissolução dos componentes minerais dos dentes. Sua incidência elevada é associada a pobre higiene bucal, a dieta rica em carboidratos e a alteração no pH salivar. Seu estudo é importante, pois a cárie pode servir como porta de entrada para infecções em pacientes com imunidade comprometida.

O objetivo deste trabalho foi comparar os índices de saúde bucal com os índices sociais de pacientes previamente ao TCTH, utilizando para classificação a variável renda da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), onde: Classe A tem renda familiar de R\$ R\$ 8.099 à R\$ 14.366, Classe B R\$ 2.327 à R\$8.098, Classe C R\$ 933,00 à 2.326, Classe D R\$ 619,00 à R\$ 932,00 e Classe E R\$ 617,00 à R\$ 403,00 (ou menos), na busca da associação da prevalência de alta atividade de cárie e condições sociais ruins.

Avaliamos 36 pacientes previamente ao TCTH alogênico aparentado 29/36 (80.6%) e não aparentado 7/36 (19.4%), com idade média de 31.42 anos (Mi (mediana) =37, DP (desvio padrão) =14.01), sendo 26/36 (72.2%) homens e 10/36 (27.8%) mulheres. A maior parte dos pacientes 14/36 (38.9%) era proveniente da região Nordeste. A atividade de cárie (índice CPO/OMS) foi de 13.33, indicando alta atividade de cárie, porém menor que a média brasileira de 14.02. Apenas 2/36 (5.6%)

dos pacientes estavam livres de cárie. Quanto à situação social, 8/36 (22.2%) dos pacientes foram classificados como B, 12/36 (33.3%) como C, 11/36 (30.6%) como D e 5/36 (13.9%) como E. Aplicamos o teste qui-quadrado associando a prevalência de cárie com a condição social de pacientes em preparo para TCTH. Os resultados mostraram associação significativa ($p < 0.05$) entre a situação social e a atividade de cárie, o que sugere que os pacientes menos favorecidos apresentam piores condições de saúde bucal.

Diante do risco de infecção bucal para o paciente no pós-TCTH, estes resultados sugerem a necessidade de cuidados odontológicos previamente ao TCTH, além de valorizar a ação interdisciplinar entre a Odontologia e a Assistente Social.

E19

Atividades dirigidas como ferramenta de intervenção da Terapia Ocupacional em uma brinquedoteca hospitalar

Karen Cristine Carvalho Gonçalves - UFPR
Carmem Maria Sales Bonfim - STMO HC-UFPR
Dayane Regina dos Santos - STMO HC-UFPR
Fernanda Mattos Vogler - UFPR
Rafaela Chiuco Zeni - UFPR
Regina Consuelo Sperandio - STMO HC-UFPR
Rita Aparecida Bernardi Pereira - UFPR

Introdução: Crianças hospitalizadas sofrem com a ruptura de rotina e de suas atividades cotidianas e familiares que representam aspectos fundamentais para seu desenvolvimento saudável e pleno. As reações das mesmas à passagem pelo hospital são diversas e dependem de seu grau de desenvolvimento biopsicossocial, de sua idade cronológica e de sua rede de apoio. Desta maneira, torna-se necessário pensar e buscar no hospital um espaço de identificação pessoal, promoção de saúde, autonomia, independência e trocas de experiências, garantindo que estas crianças tenham seus papéis ocupacionais mantidos e fortalecidos. Neste sentido, o terapeuta ocupacional, atuando na brinquedoteca hospitalar, pode utilizar como ferramenta de intervenção a realização de atividades dirigidas. **Objetivos:** Relatar a prática da Terapia Ocupacional na brinquedoteca hospitalar de um Ambulatório de Transplante de Medula Óssea no desenvolvimento do Projeto Atividades Dirigidas. **Material e Métodos:** Trata-se de um relato de experiência. O projeto visou desenvolver atividades grupais dirigidas, coordenadas pelas estagiárias da Terapia Ocupacional, entre elas: "Sessão Cinema", "Oficina de Fotografia", "Mural de Fotos", "Mural das Mãos" e "Campeonato de Can Can®". O seu desenvolvimento deu-se no período de abril a julho de 2013, uma vez por semana, durante aproximadamente uma hora. As atividades objetivaram promover a participação social, proporcionar vivências saudáveis, possibilitar o exercício da autonomia, minimizar efeitos negativos do período de permanência no hospital e da doença, estimular experiências significativas e enriquecedoras, além de resgatar, manter e fortalecer papéis ocupacionais. O projeto utilizou referenciais teóricos do Modelo Lúdico, além do acompanhamento e observação direta do grupo nas atividades propostas. **Resultados:** Participaram do Projeto 45 crianças, entre 6 e 13 anos de idade, com prevalência do sexo masculino. Constatou-se o envolvimento, a motivação e o interesse das crianças pelas atividades desenvolvidas, denotando a necessidade de exploração de atividades lúdicas diversas e planejadas. As atividades dirigidas também foram valorizadas pelos demais profissionais da equipe de saúde, que ressaltaram a importante contribuição do terapeuta ocupacional para o cuidado integral das crianças em acompanhamento no referido Ambulatório. **Conclusão:** Pensar o projeto oportunizou às estagiárias da Terapia Ocupacional perceber a necessidade de ideias criativas e inovadoras, bem como pautar estratégias que não se limitem ao perfil recreacional do espaço, tendo no brincar uma intervenção terapêutica fundamental para o enfrentamento das adversidades. Considera-se, assim, que o terapeuta ocupacional, atuando na brinquedoteca hospitalar, tem potencial criativo para enriquecer o cotidiano das crianças em tratamento no Ambulatório de Transplante de Medula Óssea.

Palavras-chave: Jogos e Brinquedos; Brinquedoteca Hospitalar; Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas.

E20

Implementação de algoritmos na fase de condicionamento em uma Unidade de Transplante de células-tronco hematopoéticas de um Hospital referência em Oncologia do Sul do país

Andréa Velasco dos Santos Silva - Hospital Erasto Gaertner
Francisco José Koller - Hospital Erasto Gaertner
Louise Bueno Lellis - Hospital Erasto Gaertner
Mariellen Prado Silva da Costa - Hospital Erasto Gaertner

Introdução: O condicionamento compreende o dia -7 a -1 (menos sete a menos um) de preparo para o transplante de medula óssea. Nesse período, o paciente é submetido a altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia e imunossuppressores, com o intuito de promover aplasia medular e proporcionar "espaço" para a proliferação das novas células-tronco hematopoéticas e erradicar a doença residual. A utilização de algoritmos durante esta fase, permite que as ações de enfermagem sejam direcionadas a resolução de problemas relacionados aos esquemas de condicionamento utilizados na Unidade de Transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) com maior eficácia. **Objetivo:** Criar algoritmos para utilização na fase de condicionamento de TCTH. **Materiais e Métodos:** Levantamento das principais toxicidades e reações adversas relacionadas aos protocolos de quimioterapia na fase de condicionamento em bases científicas (BIREME, PUBMED, BVS). Posteriormente foi elaborado algoritmos para cada protocolo de condicionamento com a finalidade de uniformizar as ações de enfermagem durante a administração de quimioterápicos das seguintes patologias: LMA, LLA, Linfoma de Hodgkin, Linfoma não-Hodgkin, Mieloma Múltiplo, Tumor de células germinativas e Mielodisplasia. **Resultados e conclusão:** Os algoritmos foram utilizados para padronização e ferramenta para tomada de decisão na administração de quimioterápicos na ordem de infusão correta, além de nortear ações de enfermagem frente às intercorrências durante a infusão destes fármacos. A utilização permitirá a validação destes algoritmos e contribuir para uma assistência baseada em evidências científicas.

E21

Avaliação social no ambulatório Pré-Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas -TCTH

Gabriela de Araujo Spotorno - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Genevieve Lopes Pedebos - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Este trabalho desenvolve-se em um Centro de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) localizado em um hospital universitário no sul do Brasil. O Serviço Social insere-se na equipe multiprofissional que realiza a avaliação e o acompanhamento dos pacientes com indicação ao TCTH passando pelo ambulatório pré, pelo período de internação para realização do procedimento, ambulatório pós-transplante e hospital-dia. Durante os 19 anos em que este centro vem desenvolvendo suas ações, evidencia-se um processo contínuo de qualificação das ações desenvolvidas em equipe considerando a complexidade do TCTH, as características dos usuários e o impacto social ocasionado e intensificado pelo tratamento de saúde. O presente estudo tem por objetivo problematizar a experiência desenvolvida pelo Serviço Social no ambulatório pré-TCTH através da avaliação social e acompanhamento dos pacientes em lista para transplante. Trata-se de um relato de experiência realizado no ambulatório pré TCTH de um hospital universitário no período de maio de

2012 a maio de 2013. Os pacientes com indicação clínica de realização do TCTH são encaminhados pelo médico para avaliação da equipe multidisciplinar. A avaliação ocorre em dois dias, organizada em dois roteiros, que incluem (Roteiro 1) enfermagem, banco de sangue e odontologia e (Roteiro 2) farmácia, nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia e recreação. A avaliação social tem como objetivo identificar, junto ao paciente, em uma ou mais entrevistas, seu contexto familiar, econômico e habitacional, aspectos culturais/educacionais e redes de apoio. Possibilita, através do acompanhamento, intervir no processo de organização familiar para o TCTH, identificando possíveis conflitos e valorizando o envolvimento do familiar com os processos de cuidado. Como resultados foi possível observar que a realização da avaliação social no ambulatório pré-TCTH assegura ao usuário o direito à saúde, ao articular as políticas públicas intersetoriais (assistência, educação, habitação, saúde e seguridade social) e ao orientar quanto ao acesso a benefícios sociais, previdenciários e serviços essenciais como medicação, transporte e habitação. Ao identificar as necessidades e características dos usuários planejam-se, em conjunto com a equipe multidisciplinar, ações de educação em saúde visando à adesão a condutas relacionadas ao preparo do TCTH. Conclui-se que a avaliação social do candidato ao TCTH antes da internação possibilita identificar precocemente situações de vulnerabilidade que possam prejudicar ou impedir a realização do tratamento. Busca-se com este relato compartilhar experiências similares entre os centros transplantadores visando à qualificação dos processos de trabalho dos diferentes atores no TCTH. Ressaltamos ainda a necessidade de estruturar estudos que possibilitem mensurar os impactos da intervenção social no TCTH em suas diferentes etapas.

E22

Relevância e Aplicabilidade Clínica da utilização de Análise Vetorial de Bioimpedância (BIVA) e Ângulo de Fase na Avaliação Nutricional de Pacientes submetidos a Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH)

Kátia Baluz - Nutricionista do Centro de Transplante de Medula Óssea do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (CEMO-INCA).

Daiane Cristina Guerra - Nutricionista do Centro de Transplante de Medula Óssea do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (CEMO-INCA)

Luís Fernando Bouzas - Diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (CEMO-INCA)

Nivaldo Barroso de Pinho - Chefe do Serviço de Nutrição e Dietética do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Wilza Arantes Ferreira Peres - Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

INTRODUÇÃO: O grau de desnutrição associado à perda de massa celular corpórea (MCC) está relacionado a morbi-mortalidade^{1,2,3,4} e pode representar um importante fator prognóstico de sobrevivência em pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH). O ângulo de fase (AF)⁵, obtido a partir do exame de bioimpedância elétrica (BIA), avalia a integridade da membrana celular e está relacionado à gravidade da doença, sendo o AF menor que 4° um preditor de mau prognóstico e/ou óbito^{3,7,8,9}. A Análise do Vetor de Bioimpedância (BIVA)⁶ consiste na elaboração de um gráfico a partir do vetor de Resistência (R) (eixo X) e Reactância (Xc) (eixo Y), após a padronização pela altura (H). A interpretação é realizada a partir da posição dos vetores entre si e em relação à elipse de tolerância (50%, 75% e 95%) que utiliza como referência uma população saudável com características compatíveis (sexo, idade, raça e índice de massa corpórea)⁶. **OBJETIVO:** Demonstrar a relevância clínica e aplicabilidade do AF em combinação com a BIVA para avaliação nutricional de pacientes submetidos ao TCTH. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foram avaliados 29 pacientes com idade entre 20 a 60 anos submetidos ao regime de condicionamento mieloablativo para TCTH. Considerou-se a população homogênea em relação ao estado de hiper-hidratação, pois apenas se a R for comparável entre os grupos pode-se associar alterações no valor do AF com MCC. O exame de BIA foi realizado no lado oposto ao cateter venoso central, utilizando o aparelho tetrapolar Biodinamics®, modelo 450 (TBW, São Paulo, Brasil). Foi utilizado como população referência para a BIVA o NHANES III⁶. Foram realizadas cinco avaliações nos dias D-7, avaliação 1 (A1), D+1 (A2), D+7 (A3), D+14 (A4) e D+30 (A5). Utilizou-se o programa estatístico SPSS versão 15.0. Foi adotado o nível de significância $p < 0,05$. **RESULTADOS:** Os valores do ângulo de fase foram divididos por gênero e expressos como média +/- DP nas 5 avaliações. Observou-se redução

progressiva dos valores de AF nas avaliações subsequentes em relação à primeira avaliação (A1). Foram elaborados 2 gráficos de BIVA (população masculina e feminina) relacionados às médias do AF de cada avaliação e comparados com a população referência. A sobreposição das elipses dos 5 vetores relativos às avaliações do estudo durante o TCTH indica que não houve diferença estatística entre os valores do AF dos grupos na população masculina e feminina em todas as etapas, porém demonstrou diferença ($p < 0,05$) quando comparados a população referência saudável de ambos os gêneros. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** A BIVA permitiu demonstrar com significância estatística a diferença entre a população de TCTH e a população saudável em relação a MCC e à integridade da membrana celular, além de possibilitar a visualização da perda de MCC durante o seguimento dos pacientes antes e após o transplante. O AF associado à interpretação da BIVA permite avaliar as alterações na composição corpórea em pacientes hospitalizados submetidos ao TCTH.

E23

A Brinquedoteca Hospitalar no Ambulatório de Transplante de Medula Óssea: relato de experiência

Dayane Regina dos Santos - STMO HC-UFPR
Bettina Souza Muradás - Instituto TMO / Associação Alírio Pfiffer
Carmem Maria Sales Bonfim - STMO HC-UFPR
Lizandro Lima Ribeiro - STMO HC-UFPR
Maribel Pelaez Dóro - STMO HC-UFPR
Pricila Paveukiewicz - STMO HC-UFPR
Regina Bruni - Instituto TMO / Associação Alírio Pfiffer
Regina Consuelo Sperandio - STMO HC-UFPR

Crianças de variadas faixas etárias são submetidas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH), tratamento de alta complexidade que exige um longo período de acompanhamento com equipe de saúde especializada. A instituição hospitalar, em geral, apresenta-se como um ambiente estéril, com poucos estímulos necessários para a criança desenvolver-se em diversos aspectos, além de ser visto como um local ameaçador. Somado a isso tem-se o longo tempo de espera para consultas e procedimentos, que pode gerar ansiedade e interferir no bem estar da criança. Nesse contexto, a brinquedoteca hospitalar surge como uma estratégia de humanização e acolhimento que promove a assistência integral da criança e traz o brincar para dentro do hospital. Sendo assim, compreende-se que a brinquedoteca configura-se como um local que possibilita que a criança seja criança, mesmo em um contexto adverso, como o hospital. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de elaboração e execução do projeto de revitalização da brinquedoteca e da ambiência da ala pediátrica do ambulatório de um serviço de TCTH, bem como apresentar resultados advindos desse processo. O primeiro passo foi a elaboração do projeto pelas equipes de Terapia Ocupacional e Psicologia, englobando aspectos relacionados à importância da brinquedoteca e da ambiência, e questões práticas relacionadas ao espaço físico, mobiliário e materiais passíveis de assepsia e adequados à faixa etária das crianças que frequentam o ambulatório. A realização do projeto contou com o apoio fundamental do Instituto TMO e de seus diversos parceiros. A partir disso houve o aumento do espaço físico destinado à brinquedoteca e a aquisição dos brinquedos e materiais solicitados, bem como ações de ambiência que se estenderam a toda a ala pediátrica. O objetivo da ambiência é proporcionar um espaço acolhedor e agradável para crianças, familiares e equipe. Os benefícios da brinquedoteca foram destacados em relatos de crianças que frequentam o espaço, seus familiares e da equipe. Observou-se que as crianças percebem a brinquedoteca como um espaço próprio delas, onde se sentem à vontade e têm a possibilidade de realizar atividades inerentes à sua fase de desenvolvimento e interagir com seus pares. Para as mães das crianças, a brinquedoteca representa um local seguro para seus filhos, onde estes querem estar, ficam alegres e menos ansiosos. Em seus relatos, falam do diferencial da ala pediátrica após a ambiência, referindo-se a este local como um ambiente acolhedor que promove o bem estar. A equipe de saúde percebe as crianças mais tranquilas para os procedimentos, além de encontrar na brinquedoteca um espaço para ações multiprofissionais. Conclui-se que a brinquedoteca constitui-se como um espaço fundamental, que destoa do ambiente estéril do hospital, e vai ao encontro de preceitos da Política Nacional de Humanização, promovendo um espaço de saúde e desenvolvimento saudável para as crianças submetidas ao processo de TCTH.

E24

Deficiência de vitamina D em pacientes submetidos ao Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas

Andrea Pereira - Hospital Israelita Albert Einstein
Ana Paula Noronha Barreré - Hospital Israelita Albert Einstein
Andreza Alice Feitosa Ribeiro - Hospital Israelita Albert Einstein
Fabiana Lucio - Hospital Israelita Albert Einstein
Juliana Bernardo da Silva - Hospital Israelita Albert Einstein
Marcia Tanaka - Hospital Israelita Albert Einstein
Nelson Hamerschlak - Hospital Israelita Albert Einstein
Sílvia Maria Fraga Piovacari - Hospital Israelita Albert Einstein

Introdução: Existem poucos estudos sobre o comportamento da vitamina D em pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). Em alguns estudos, a deficiência de vitamina D está associada com a redução da densidade óssea e aumento do risco de mortalidade. **Objetivo:** verificar a prevalência de deficiência de vitamina D em pacientes submetidos ao TCTH. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo transversal realizado na Unidade de Transplante de Medula Óssea de um hospital privado no Estado de São Paulo, no período de maio de 2012 - março de 2013. O método utilizado para dosar 25-hidroxivitamina D é a eletroquimioluminescência da Roche Diagnostics®. Resultados inferiores a 10 mg/dL, foram classificados como deficiência de vitamina D, entre 10-30 mg/dL, insuficiência, e 30 - 100 mg/dL, suficiência. Dados antropométricos e demográficos foram coletados através do prontuário do paciente. As características demográficas serão descritas por médias, desvios padrão, mínimos e máximos no caso das variáveis quantitativas e por frequências absolutas e porcentagens no caso das variáveis qualitativas. **Resultados:** foram estudados 51 pacientes, dentre eles 28 homens e 23 mulheres, com idade média de 50 ± 16 anos, onde 5,9 % dos pacientes apresentavam desnutrição, 33,3% eutrofia, 41,2% sobrepeso e 19,6% obesidade segundo IMC para idade. Onde 79% dos pacientes apresentaram insuficiência de vitamina D e 6,1% deficiência de vitamina D. A análise multivariada mostrou que o aumento da idade e índice de massa corporal (IMC) está significativamente associado a baixos níveis séricos de vitamina D. Foi encontrada correlação negativa entre o IMC e o nível sérico da vitamina D ($r_p = 0,37$). **Conclusão:** A utilização de corticosteróides, imunossupressores e a baixa exposição solar, durante o TCTH e durante o primeiro ano pós-TCTH estão associados a uma maior tendência para a deficiência de vitamina D. Esta deficiência pode causar problemas musculares e ósseos, que podem ser evitados através do diagnóstico e tratamento precoce. A deficiência de vitamina D deve ser investigada principalmente em idosos e obesos.

E25

Comitê de boas vindas: estratégia multiprofissional de acolhimento

Dayane Regina dos Santos - STMO HC-UFPR
Aline Antonechen - STMO HC-UFPR
Larissa Moretto - STMO HC-UFPR
Maribel Pelaez Dóro - STMO HC-UFPR
Morgana Bardemaker Loureiro - STMO HC-UFPR
Pricila Paveukiewicz - STMO HC-UFPR
Regina Consuelo Sperandio - STMO HC-UFPR
Renata Sloboda - STMO HC-UFPR

O Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO) sempre esteve comprometido com a qualidade da assistência oferecida ao paciente, bem como com o bem estar do mesmo, desde a sua chegada até a alta. Várias ações de acolhimento têm sido realizadas ao longo dos anos, tendo em vista a importância

das mesmas neste momento de vida do paciente. Desta forma, este trabalho visa apresentar uma ação multidisciplinar de humanização realizada em um hospital, a qual busca aperfeiçoar a rotina de acolhimento no STMO. Para que o Comitê de Boas Vindas alcance o objetivo a que se propõe, a metodologia estruturada envolve: a realização de um Grupo de Acolhimento no Ambulatório (Pré-transplante), em sala de espera, semanalmente. O grupo é composto por pacientes pré-transplante, familiares, acompanhantes, doadores e membros da equipe multiprofissional (enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais); entrevistas pré-transplante com a equipe multiprofissional; visita à Unidade antes da data da internação e ambiência nos quartos da unidade de internamento. Com a realização destas ações, observou-se que a entrevista pré-TMO, a visita à unidade e a ambiência são práticas de acolhimento que demonstram resultados eficazes. Os pacientes mostram-se menos ansiosos e angustiados, visto que são esclarecidos a respeito do tratamento, da rotina hospitalar e entram em contato com outras pessoas que passaram ou estão passando pela experiência. Nota-se também que os pacientes sentem-se acolhidos pela equipe, tendo em vista que já conhecem o espaço físico e os profissionais da unidade de internação os quais os esperam com ambientação personalizada no quarto. Ressalta-se que o acolhimento não está presente apenas na chegada/recepção dos pacientes, uma vez que no momento de transição entre a alta hospitalar e a continuidade ambulatorial é realizada uma despedida pela equipe. Entre as dificuldades observadas para a implantação do Comitê de Boas Vindas tem-se a realização do Grupo de Acolhimento, dada a dificuldade em reunir toda a equipe e os pacientes, que em sua maioria são procedentes de outras cidades e por vezes são colonizados por organismos multiresistentes o que impede a participação destes no grupo. De modo geral percebe-se que o Comitê de Boas Vindas responde positivamente a busca de um atendimento humanizado aos pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas facilitando a vivência durante este processo.

Palavras Chave: Humanização, Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, Equipe de Saúde.

E26

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO HOSPITALAR: EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Aline Cristina Antonechen - HC - UFPR
Caroline Ilha Silvério - HC - UFPR
Dayane Regina dos Santos - HC - UFPR
Denise Johnson Campos - HC - UFPR
Larissa Moretto - HC - UFPR
Maribel Pelaez Dóro - HC - UFPR
Míriam Perlingeiro Beltrame - HC - UFPR
Morgana Bardemaker Loureiro - HC - UFPR
Rayane Kaminski - HC - UFPR
Renata Sloboda Bittencourt - HC - UFPR
Vânia Mari Salvi Andrzejewski - HC - UFPR

INTRODUÇÃO: O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar (PRIMAH) teve início em 2010 e tem como objetivo principal a formação multiprofissional crítica e reflexiva, abrangendo 5 áreas de concentração, a saber: "Cardiovascular", "Saúde do Adulto e do Idoso", "Saúde da Mulher", "Urgência e Emergência" e "Oncologia e Hematologia". O Programa de Oncologia e Hematologia é composto por uma equipe de residentes que contempla a Farmácia, Farmácia-Bioquímica, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional. Neste programa os residentes atuam nas unidades de Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Quimioterapia de Alto Risco e Transplante de Medula Óssea (TMO). **OBJETIVO:** compartilhar o relato de uma experiência construída na rotina de ações interdisciplinares vivenciadas no Serviço de TMO (STMO). **METODOLOGIA:** Para consolidar o intento da atuação interdisciplinar da equipe de residentes, preceptores e tutores, os mesmos participam ativamente de um programa que contempla várias reuniões, tais como: Reunião Clínica, Reunião Multiprofissional com o *staff* do STMO, Reunião para Discussão de Casos e o Colegiado específico do Programa. Além das reuniões, o programa inclui atendimentos clínicos individuais e em grupo em contexto ambulatorial e de internação; na realização desses, a coordenação se dá através de

atitudes integrativas e em sintonia com as propostas interdisciplinares do STMO. Isso se faz presente no Grupo de Cuidadores Familiares, Comitê de Boas Vindas e Grupo de Mães. RESULTADOS: Este intercâmbio entre profissionais produz um conhecimento profícuo, uma vez que instrumentaliza a ação clínica dos residentes perante seus pacientes. A fidedignidade do conhecimento aplicado viabiliza os recursos teóricos/clínicos necessários para a identificação e especificação oriunda da competência profissional de cada um, amplificando e integrando as visões de Saúde e de cuidados para com o outro. É necessário salientar que a integração com a equipe médica foi fundamental para o rápido avanço e a inserção dos membros do PRIMAH no STMO. No cotidiano hospitalar evidenciam-se algumas dificuldades que interferem na assistência interprofissional como: a alocação de residentes em diferentes espaços físicos, a rotina profissional específica e a ambientação que está aquém da demanda, como espaço apropriado para a realização de grupos. No que tange aos residentes, observa-se a necessidade de integrar à equipe fisioterapeutas, enfermeiros e assistentes sociais realizando a inserção de todas as profissões participantes do PRIMAH. CONCLUSÃO: Os pacientes atendidos no STMO exigem uma assistência diferenciada dada a complexidade do procedimento ao qual são submetidos, e por resultados configurados na cura ou óbito. As interações interdisciplinares agregam os conhecimentos específicos e compõe uma visão integral do paciente, resultando na qualificação de um cuidado diferenciado e humanizado, uma vez que considera o doente e não apenas a doença.

E27

Ajustamento psicológico de pacientes com diabetes melittus tipo 1 submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas.

Leticia Aparecida da Sailva Marques - Hospital Sao Paulo - Hospital Universitário da Universidade Federal de Sao Paulo

Érika Arantes Oliveira-Cardoso - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Júlio Cesar Voltarelli (In Memorium) - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Manoel Antônio dos Santos - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) tem despontado no cenário atual como alternativa ao tratamento de doenças autoimunes como artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose múltipla e diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Em se tratando do DM1, uma síndrome de etiologia múltipla, o TCTH, na sua modalidade autóloga, tem sido usada como alternativa ao tratamento convencional (insulinoterapia), já que este retarda, mas não elimina as consequências da doença como disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Embora seja um procedimento para salvar vidas, constitui-se também de um processo agressivo no qual o paciente é submetido a estressores físicos e psicológicos como prolongada hospitalização, frequentes procedimentos invasivos, efeitos colaterais do tratamento e possibilidade de morte. **Objetivo:** Avaliar o ajustamento psicológico de pacientes com DM1 que foram submetidos ao TCTH na Unidade de Transplante de Medula Óssea (UTMO) em um Hospital Universitário, comparando os períodos pré-TCTH e após dois anos de transplante. **Método:** A amostra foi composta por 22 pacientes, transplantados no período de 2006 a 2008, com idades entre 16 e 22 anos. Como instrumentos de avaliação foram aplicados o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD) nos dois momentos investigados. A aplicação foi individual e em situação face-a-face. **Resultados:** Os sintomas de estresse mostraram-se aumentados no período pré-TCTH sendo que após um ano os sintomas foram reduzidos assim como os sintomas de ansiedade e depressão, que também se mostraram significativamente menores com o decorrer do tempo. **Conclusão:** A partir dessas evidências, pode-se afirmar que, apesar de se tratar de um procedimento altamente invasivo e ameaçador, observou-se melhora do ponto de vista do padrão adaptativo de funcionamento psicológico nos pacientes submetidos ao transplante dois anos após a realização do procedimento, principalmente no que se refere ao fato de deixarem de ser dependentes de insulina exógena. Os resultados obtidos são relevantes para a confirmação do TCTH como proposta promissora em relação à terapêutica tradicional no panorama do tratamento do DM1, contribuindo para melhora de indicadores psicossociais.

E28

Terminalidade, religiosidade e espiritualidade: a vivência de mães de pacientes transplantados de medula óssea

Manoel Antônio dos Santos -
Érika Arantes de Oliveira Cardoso - HCFMRP-USP
Belinda Pinto Simões -
Iara da Silva Freitas -

Estudos recentes têm evidenciado que a espiritualidade e a religiosidade constituem fontes relevantes de suporte emocional aos familiares cuidadores de pacientes gravemente doentes, especialmente no campo das doenças potencialmente terminais, como o câncer. O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é um dos tratamentos mais arrojados e promissores que surgiram nas últimas décadas para doenças onco-hematológicas. Trata-se de procedimento altamente invasivo e que envolve risco de morte em decorrência de seus efeitos adversos. Por isso, exige o envolvimento estreito de um cuidador familiar durante todas as etapas, o que expõe diariamente esse membro da família a estressores contínuos. Essa exposição crônica ao estresse pode levá-lo ao esgotamento de suas reservas de energias física e psíquica. Considerando o exposto, torna-se relevante investigar como as questões relacionadas à fé se apresentam nesse contexto, na perspectiva do familiar escalado pela família para desempenhar o papel de cuidador durante a etapa aguda do tratamento. Mais especificamente, este estudo tem por objetivo investigar os sentidos atribuídos à religiosidade/espiritualidade pelo familiar de pessoas com câncer hematológico, submetidas ao TCTH. Foi desenvolvido um estudo no enfoque de pesquisa qualitativa. A amostra de conveniência foi composta por dez mães de pacientes com até 30 anos de idade, submetidos ao TCTH em uma cidade do noroeste paulista. Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas individuais foram audiogravadas e seu conteúdo foi transcrito literalmente e na íntegra. O material transcrito foi submetido à análise de conteúdo temática. Da análise de conteúdo emergiram cinco categorias temáticas: fonte de apoio ao enfrentamento da doença e dos rigores do tratamento, expectativa de cura por intercessão divina, o destino depositado nas mãos de Deus, intensificação do recurso à religiosidade, possibilidade de que algo positivo seja extraído da situação de sofrimento. A religiosidade/espiritualidade emergiu nas falas das participantes, colorida pelas diferentes crenças religiosas professadas, como fonte de apoio e alento para o cuidador familiar, auxiliando-o a suportar as adversidades inerentes à situação de ser acompanhante de um paciente submetido a procedimento de alto risco. Os resultados evidenciaram a importância da fé e da religiosidade/espiritualidade como recursos de enfrentamento utilizados pelas mães de pacientes submetidos ao TCTH. Esses achados convidam os profissionais da saúde a proverem um cuidado que respeite e leve em consideração as crenças e práticas religiosas dos cuidadores. (Bolsa Institucional - RUSP)

Palavras-chave: espiritualidade, familiar, transplante de medula óssea.

E29

Impacto do transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas na vida de pacientes com mieloma múltiplo.

KELLI BORGES DOS SANTOS - UFJF
GLAUCIA BRUM GOMES - UFJF
HÉRICA SILVA DUTRA - UFJF
ROSANGELA ALVES DA SILVA - UFJF
VALESCA NUNES DOS REIS - UFJF

INTRODUÇÃO: O mieloma múltiplo é uma neoplasia maligna hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea, suprimindo a hematopoese normal, além de provocar degradação óssea podendo causar limitação funcional, dor e outras complicações decorrentes da doença. Entre os tratamentos propostos para a doença é utilizado o transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas, tratando-se de um procedimento de risco e agressivo, mas que objetiva aumentar a sobrevida e o bem-estar dos pacientes. **OBJETIVO:** Avaliar o impacto da realização do transplante de células-tronco hematopoéticas autólogo (TCTH autólogo) na vida de pacientes diagnosticados com mieloma múltiplo. **MÉTODO:** Este trabalho está estruturado como pesquisa de cunho exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. O estudo foi realizado em um Hospital Universitário no interior de Minas Gerais, no ambulatório da Unidade de Transplante de Medula Óssea. Foram selecionados para participar dessa pesquisa 12 pacientes com diagnóstico prévio de mieloma múltiplo e que estiveram em acompanhamento ambulatorial pós-TCTH autólogo, no período de janeiro a junho de 2012. Com a finalidade de alcançar os objetivos da pesquisa foram elaboradas perguntas estruturadas, além de uma pergunta aberta para esclarecer a influência do TCTH autólogo na vida dos entrevistados. As respostas foram transcritas pela pesquisadora, enquadrando as seguintes categorias: vivenciando tempos enfermos; marcas do mieloma múltiplo; mudanças após o transplante e a esperança de um novo tempo. **RESULTADOS:** No discurso dos pacientes entrevistados foi observado que o transplante teve impacto positivo na vida dos participantes, com melhora de 100% no grau de dependência que alguns pacientes apresentavam antes do tratamento. Foi observada recidiva da doença em 25% dos entrevistados, 91% pacientes afirmaram sentir-se mais otimistas após o tratamento. 66,6% dos entrevistados informaram que não pensam mais na possibilidade de morte e 75% dos pacientes afirmam ter interesse em retornar a suas atividades laborais. **CONCLUSÃO:** O presente estudo possibilitou uma maior compreensão do mieloma múltiplo enquanto doença onco-hematológica, seus sinais e sintomas, tratamentos disponíveis e a influência do TCTH autólogo na vida dos portadores da doença.

E30

O uso do Exame Psíquico em uma Unidade de Transplante de Medula Óssea

Cinthia Souza - Hospital Sao Paulo - Hospital Universitário da Universidade Federal de Sao Paulo

Jessica de Paiva Ribeiro - Hospital Sao Paulo - Hospital Universitário da Universidade Federal de Sao Paulo

Leticia Aparecida da Silva Marques - Hospital Sao Paulo - Hospital Universitário da Universidade Federal de Sao Paulo

Mario Alfredo de Marco - Universidade Federal de Sao Paulo

Samantha Mucci - Universidade Federal de Sao Paulo

Selma Montosa da Fonseca - Hospital Sao Paulo - Hospital Universitário da Universidade Federal de Sao Paulo

O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), embora seja um procedimento para salvar vidas, constitui-se também de um processo agressivo no qual o paciente é submetido a estressores físicos e psicológicos como prolongada hospitalização, frequentes procedimentos invasivos, efeitos colaterais do tratamento e possibilidade de morte. Nesse contexto, o exame psíquico constitui-se em uma ferramenta de avaliação adequada ao ambiente hospitalar sendo este o meio pelo qual examinamos sistematicamente o estado mental de um paciente. Ele é composto pelas seguintes funções psíquicas: aparência/atitude, consciência, orientação, atenção, memória, humor, afetividade, pensamento, sensopercepção, pragmatismo, psicomotricidade e volição. Cada função mental é considerada separadamente de forma paralela, como maneira didática de estudo. No entanto, o processo é constituído em conjunto, com uma função influenciando as outras. O presente estudo teve por objetivo identificar a importância da realização do exame psíquico em uma Unidade de Transplante de Medula Óssea, de um Hospital Universitário. Participaram do estudo pacientes que foram submetidos ao TCTH, no período de julho de 2012 a maio de 2013, num total de 23 paciente. Os dados obtidos foram analisados retrospectivamente. Os resultados obtidos mostraram que, para a maioria dos participantes, as funções psíquicas mais preservadas foram Orientação temporal; Memória; Curso e Forma. O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), embora seja um procedimento para salvar vidas, constitui-se também de um processo agressivo no qual o paciente é submetido a

estressores físicos e psicológicos como prolongada hospitalização, frequentes procedimentos invasivos, efeitos colaterais do tratamento e possibilidade de morte. Nesse contexto, o exame psíquico constituiu-se em uma ferramenta de avaliação adequada ao ambiente hospitalar sendo este o meio pelo qual examinamos sistematicamente o estado mental de um paciente. Ele é composto pelas seguintes funções psíquicas: aparência/atitude, consciência, orientação, atenção, memória, humor, afetividade, pensamento, sensopercepção, pragmatismo, psicomotricidade e volição. Cada função mental é considerada separadamente de forma paralela, como maneira didática de estudo. No entanto, o processo é constituído em conjunto, com uma função influenciando as outras. O presente estudo teve por objetivo identificar a importância da realização do exame psíquico em uma Unidade de Transplante de Medula Óssea, de um Hospital Universitário. Participaram do estudo pacientes que foram submetidos ao TCTH, no período de julho de 2012 a maio de 2013, num total de 23 paciente. Os dados obtidos foram analisados retrospectivamente. Os resultados obtidos mostraram que, para a maioria dos participantes, as funções psíquicas mais preservadas foram Orientação temporal; Memória; Curso e Forma do pensamento, em que, 83% dos participantes apresentaram respostas consideradas preservadas para cada uma dessas funções. As funções com nível maior de alteração foram Aparência, em que 50% dos pacientes não estavam adaptados; Atitude, 30% estavam apáticos e Humor, em que 38% estavam hipotímicos. Sintomas de depressão são relatados em até 40% dos pacientes antes do TCTH em outros estudos, o que corrobora os aspectos observados. Tais dados podem oferecer subsídios para a equipe multidisciplinar de saúde refletir sobre as implicações dessa terapêutica em aspectos essenciais da vida do participante que vão além da dimensão biomédica, considerando as repercussões e a adaptação psicossocial durante a internação.

E31

COMPLICAÇÕES QUIMIOTERÁPICAS EM PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO SUBMETIDOS EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO.

DORA SILVIA CORREA DE MORAES - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LONDRINA
ANNE CRISTINE RUMIATO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA
CRISTIANE GOLIAS GONÇALVES - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LONDRINA
CRISTINA CELIA FAUNE - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LONDRINA
FAUSTO CESAR TRIGO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA
JOANA MARCELA CIOCCARI - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LONDRINA
LETICIA NAVARRO GORDAN - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LONDRINA
SIRLEI LUIZA ZANLUCHI DONEGÁ - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LONDRINA

Introdução: Dentre as complicações mais comuns da quimioterapia pós transplante de medula óssea (TMO) estão a mucosite do trato gastrointestinal e a neutropenia febril.

Objetivos: Portanto, o objetivo desse trabalho é comparar as principais complicações dos pacientes submetidos à quimioterapia para TMO autólogo com os descritos na literatura.

Materiais e métodos: estudo retrospectivo, com análise de 30 prontuários de pacientes com mieloma múltiplo submetidos a TMO autólogo no período de set/10 a maio/13.

Resultados: dos prontuários analisados, 11 eram de mulheres, sendo que uma foi submetida a dois transplantes de medula neste serviço, e 19 homens, sendo dois submetidos ao TMO pela segunda vez. Entre as complicações mais observadas e descritas nos prontuários estão: diarreia, neutropenia febril e alteração de paladar – todos os pacientes; edema de membros inferiores – 50% dos pacientes. Mucosite, náusea e vômitos foram relatados em 30% dos prontuários. Em duas das pacientes foi necessária a utilização de Nutrição Parenteral (NP); uma por exacerbação dos sintomas gastrointestinais e outra por desnutrição prévia. Uma paciente utilizou Nutrição Enteral (NE) por dificuldade de aceitação alimentar.

Discussão: Observa-se que as complicações mais comuns são as descritas em literatura. A mucosite não foi relatada como reação adversa principal, talvez pela profilaxia instituída pelo serviço, que utiliza

a crioterapia durante a infusão do quimioterápico. Já a diarreia, que teve maior ou menor incidência em todos os pacientes transplantados, não teve profilaxia efetiva. O uso da glutamina oral vem sendo utilizado por eles, no entanto, alguns pacientes referem não conseguir ingerir. Com relação a náuseas e vômitos, observa-se que apesar de ser uma reação adversa comum descrita na literatura, a frequência foi baixa, talvez devido à profilaxia medicamentosa adotada durante a quimioterapia e período de pós-transplante imediato, até a pega da medula. Somente os casos graves foram relatados como estando presente este sintoma, mesmo com o uso da medicação.

Conclusão: a adoção de protocolos como o de crioterapia, e prescrição profilática de antieméticos minimizam os efeitos danosos dos antineoplásicos. No entanto, ainda não foi adotado um protocolo eficaz para a diminuição da diarreia.

E32

A interferência do Fenótipo na construção da identidade e na qualidade de vida

Maribel Pelaez Dóro - HC - UFPR
Aline Cristina Antonechen - HC - UFPR
Carmen Maria Sales Bonfim - HC - UFPR
Julita Maria Pelaez - HC - UFPR
Lisandro Lima Ribeiro - HC - UFPR
Mariester Malvezzi - HC - UFPR
Pricila Paveukiewicz - HC - UFPR
Ricardo Pasquini - HC - UFPR
Vaneuza Araújo Moreira Funke - HC - UFPR

Fanconi Anemia (FA) is an illness with wide diversity, both clinically and in the expressive potential of genotype-phenotype. It holds a place of importance for the patient, the family, and the healthcare professional due to progressive bone marrow failure and other associated co-morbidities. Thus, the specification of gene mutations in FA is key, so that this knowledge can contribute to choosing the most effective and efficient treatments. Then sickness involves teens, we are faced with another aggravating factor: a stage of development which in itself tends to be conflictual. Adolescence is a condition that requires heightened attention but, paradoxically, there are fewer publications that deal with the triad of illness, adolescence, and psychosocial adjustment. **Objective** Understand the influence and interference of Body Image Perception in the construction of identity. **Method** Observational study of the psychological contents of FA patients, carried out at the clinic of the Bone Marrow Transplantation Unit of the Clinical Hospital of Paraná, in Curitiba, Brazil. In the psychological consultation, clinical listening and observational monitoring (watchful waiting) are approaches to information gathering and reflection on the psycho-affective understanding of the youth. **Results** The patients report their satisfactions and dissatisfactions regarding themselves, each other, and in inserted contexts. The dissatisfactions mentioned are: body image, short stature, small eyes, slowed thinking, difficulty with social insertion, and low self-esteem, principally in men. The satisfactions: attitudes of overcoming the illness, style and quality of life, family support, spirituality, interests and musical entertainment, and a way of viewing life through a perceptive lens that recognizes that one can be much more than mere appearance. **Conclusion** For an adolescent with FA, well-being requires a favorable psychological condition and self acceptance, and an overcoming of difficulties. To be an adolescent and live with the multiplicity of complications of FA requires higher emotional equilibrium and the recovery of personal worth. **Translational Relevance** This study is a reflection on the factors of risk and protection presented by the adolescents who share their feelings and thoughts with the psychologists of the BMT Unit. It is relevant that the knowledge of psychological dimensions, conceptualization of personal identity, and acceptance of who they are, are considered in the evaluation and planning of clinical intervention. Finally, we do not have a body; we are a body, and as such it is unquestionable that we need to include integral care, not compartmentalized.

E33

Avaliação da Escala de DECH Bucal/NIH em Pacientes Submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas

Cassius Carvalho Torres-Pereira - UFPR

Laura Grein Cavalcanti - UFPR

Renata Lins Fuentes Araujo - UFPR

Vaneuza M. Funke - Hospital de Clínicas UFPR

Uma das principais complicações do transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é a doença do enxerto contra o hospedeiro crônica (DECHc), cuja manifestação pode ser sistêmica e em muitos casos levar o indivíduo a óbito. Em 2005 o National Institutes of Health (NIH) publicou, por meio de um consenso de especialistas em DECHc, uma série de critérios para avaliação da extensão e gravidade da doença, além de sugerir o uso de escalas de avaliação específicas para diferentes sítios anatômicos, dentre eles a boca. Dentre as alterações da mucosa bucal avaliadas pela escala de DECHc estão o eritema, a lesão liquenóide e/ou placa de hiperqueratose, a úlcera e a mucocela. O objetivo deste trabalho foi avaliar a concordância intra e interexaminador da aplicação da escala de DECHc bucal/NIH em pacientes pediátricos e adultos pós-transplantados. A amostra foi composta por 10 médicos do Serviço de TCTH do Hospital de Clínicas/UFPR e os mesmos divididos em dois grupos distintos: G1 (>1 ano de experiência em TCTH) e G2 (< 1 ano de experiência em TCTH). Fotografias intrabucais de 10 casos de DECHc foram projetadas com um aparelho de multimídia em uma tela de fundo branco para classificação das lesões. Realizou-se 2 avaliações, com intervalo de 1 semana entre elas. Ao fim da avaliação, os examinadores responderam um questionário relatando as dificuldades que tiveram durante o uso da escala. Para a comparação com os resultados dos médicos, foi obtido um padrão-ouro por meio da avaliação dos 10 casos por 3 estomatologistas com experiência em avaliação de lesões intrabucais. O grupo 1 de avaliadores apresentou em média doze anos de experiência em TCTH e o grupo 2, seis meses. Seis dos dez examinadores afirmaram não haver recebido qualquer treinamento prévio para uso da escala de DECHc bucal/NIH. Na avaliação interexaminador do escore geral/NIH, ambos os grupos obtiveram uma média de concordância quase perfeita (CCI, G1 = 0,97 [0,92-0,99]; G2= 0,96 [0,90-0,99]). Observou-se que no G1 o valor médio de kappa ponderado foi maior nas úlceras (kp=0,823) seguido de lesão liquenóide (kp= 0,744), mucocelas (kp= 0,556) e eritema (kp= 0,335). No G2 o maior valor foram as lesões liquenóides (kp=0,582), seguido de mucocela (kp=0,559), úlcera (kp=0,549) e eritema (kp=0,426). Na avaliação intraexaminador observou-se que os valores de concordância variaram de moderado a quase perfeito. Apesar da complexidade de avaliação das lesões, do pouco conhecimento em utilizar a escala de DECHc bucal e das diferenças observadas entre os grupos, nossos dados sugerem que na avaliação do escore geral, a escala NIH é de fácil aplicação e apresenta concordância quase perfeita mesmo entre avaliadores com pouca experiência em TCTH e com pouco tempo de treinamento para uso da mesma.

E34

Albumina sérica, Perda ponderal e Terapia nutricional durante o TCTH

Angelica Koerich - Hospital Nossa Senhora das Graças

Elenaide Coutinho Nunes - Instituto Pasquini de TMO e Hematologia

Katiana Balarezo Giarola - Instituto Pasquini de TMO e Hematologia

Ricardo Pasquini - Instituto Pasquini de TMO e Hematologia

INTRODUÇÃO: A albumina sérica é utilizada na avaliação nutricional e apresenta relação inversamente proporcional a sobrevida. Blackburn e colaboradores estabeleceram pontos de corte para os níveis de albumina, sendo: Normal $\geq 3,5$ g/dL, Depleção leve entre 3,4 e 3,0 mg/dL, e Depleção moderada $\leq 2,9$ g/dL. Os pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) são potenciais candidatos a desnutrição, e o uso da albumina sérica para detectar o risco nutricional pode

facilitar na intervenção dietoterápica precoce. OBJETIVOS: Investigar a relação entre albumina sérica inicial, perda ponderal e mortalidade. Documentar a terapia nutricional durante o TCTH. MATERIAL E MÉTODO: Estudo prospectivo, observacional, descritivo realizado entre maio/12 a abril/13 considerando as variáveis: peso, altura, IMC, albumina sérica, cálculo das necessidades nutricionais, e prescrição dietoterápica. Foram incluídos os pacientes adultos submetidos ao TCTH alogênico. RESULTADOS: Amostra foi composta por 18 pacientes com idade igual a 50 ± 11 anos, 61% (n=11) do sexo masculino, 61% (n=11) portadores de leucemias, e 72% (n=13) submetidos ao TCTH aparentado. Faleceram 39% (n=7). O tempo de hospitalização foi de 36 ± 11 dias, e a alta hospitalar ocorreu no D+28 ± 8 dias pós-TCTH. 61% (n=11) dos pacientes internaram com albumina dentro da normalidade e perderam $7 \pm 3\%$ do peso inicial; 28% (n=5) internaram com albumina levemente depletada e perderam $10 \pm 2\%$ do peso inicial; e 11% (n=2) internaram com albumina moderadamente depletada, sendo que 1 paciente perdeu 11% de peso e outro faleceu antes da alta hospitalar - no período de hiper-hidratação. Dos 7 (39%) pacientes que foram a óbito, 3 (43%) internaram com albumina leve a moderadamente depletada. A necessidade energética total foi 2400 ± 385 Kcal, equivalente a 31 ± 3 Kcal/kg. A maioria dos pacientes (66%) recebeu suplementação industrializada via oral, com oferta calórica média de 450 Kcal, contemplando 19% da necessidade total. A fórmula mais prescrita foi polimérica hipercalórica hiperprotéica sem fibras. Nenhum paciente utilizou dieta via sonda ou nutrição parenteral durante o TCTH. CONCLUSÃO: Os pacientes que internaram com depleção nos níveis de albumina apresentaram maior perda de peso. Dentre pacientes que foram a óbito 43% internaram com valores de albumina abaixo da normalidade. A maioria dos pacientes recebeu suplementação industrializada via oral. A média da necessidade energética total foi 2400 Kcal/kg. A albumina sérica inicial parece ser útil na detecção de risco nutricional nessa amostra.

E35

NÍVEL DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PACIENTES DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Aline Cristina Antonechen - HC - UFPR
Larissa Moretto - HC - UFPR
Maribel Pelaez Dóro - HC - UFPR
Mariester Malvezzi - HC - UFPR
Vaneuza Araújo Moreira Funke - HC - UFPR

No processo do transplante, a possibilidade da morte se faz presente com muita lucidez, mas, saber não abrange a mesma dimensão do viver, diante da doença e do subsequente envolvimento com os tratamentos cada paciente vive essa experiência de acordo com os acontecimentos objetivos e sua subjetividade, sendo assim, alguns pacientes diante dessa realidade podem apresentar alterações de humor. O objetivo desse trabalho é mensurar comparativamente o nível de depressão e ansiedade dos pacientes do pré-transplante de células troncohematopoética (TCTH). Para tal, foram utilizadas as escalas de *Beck Depression Inventory (BDI)* e *Beck Anxiety Inventory (BAI)*. Estas escalas fazem parte do protocolo de rotina da equipe de psicólogos que aplica aos pacientes no pré-transplante, a fim de obter informações sobre fatores preditivos que auxiliem no planejamento do atendimento clínico durante a hospitalização. Foram avaliados 13 pacientes, sendo 6/13 do gênero feminino. Em relação a depressão verificou-se que 11/13 pacientes apresentaram em nível mínimo ou leve e apenas 2/13 demonstraram depressão moderada e grave, sendo ambos do gênero feminino. No que diz respeito à ansiedade constatou-se que 3/13 tem ansiedade leve, 4/13 apresentaram ansiedade moderada, enquanto que 5/13 mantém nível de ansiedade mínima e apenas 1/13 está em nível grave. Constatou-se que a idade avançada é um fator preditivo para a presença de alterações de humor tanto de ansiedade quanto de depressão. O grupo dos homens com ansiedade apresentou uma média de idade de 38 anos e com depressão, 48,5 anos e os que não apresentavam sintomatologia, foi de 31,2 e 28,4 anos, respectivamente. No grupo das mulheres com ansiedade a média de idade foi de 26 anos e com depressão, 34 anos, e a idade dessas que não apresentaram alterações foi de 19 e 19,5 anos. Portanto, as mulheres mostram-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos de humor do que os pacientes masculinos. Com base nos resultados, é possível averiguar que a ansiedade e a depressão estão presentes no período pré-transplante, mesmo que não em altos níveis. A presença de ansiedade mostrou-se mais significativa quando comparada com a apresentação da depressão. Uma hipótese

provável para justificar o nível de ansiedade mais elevado no pré-transplante é devido às expectativas em relação ao transplante e suas comorbidades. Enquanto que a presença da depressão tem menor intensidade e está presente em apenas alguns casos, pois, assim como relatado no questionário demográfico, a maior parte dos pacientes percebe o transplante como uma cura. O trabalho vigente justifica-se pela importância de avaliar tais variáveis e descobrir suas causas a fim de pensar em métodos para minimizar essas alterações de humor. Esse conhecimento pode qualificar o entendimento e contribuir para a melhoria da adesão do paciente ao processo como um todo do TCTH.

E36

A Inserção do Enfermeiro Residente em uma Unidade de Transplante de Célula-tronco Hematopoiética: Um Relato de Experiência

Kelli Borges dos Santos - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Edna Aparecida Barbosa de Castro - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Luciano Chaves Dutra da Rocha - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Maria Carmem Simões Cardoso de Melo - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Rosângela Alves da Silva - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Sylvia de Castro Guimarães - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Valesca Nunes dos Reis - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

INTRODUÇÃO: A Residência se configura como uma modalidade de pós-graduação "Lato Sensu", destinada ao desenvolvimento de competências técnico-científicas e éticas dos profissionais da saúde. A partir do treinamento em serviço em regime de tempo integral, oportuniza-se ao residente o contato contínuo com o cotidiano da prática e o envolvimento paralelo com as modalidades de ensino, pesquisa e extensão. Destaca-se nesse relato de experiência, a importância do enfermeiro residente em uma unidade de Transplante de Célula-tronco Hematopoiética (TCTH) como parte da capacitação e qualificação do profissional, para atuação em uma área de atenção específica que requer habilidades e competências para a assistência especializada à saúde. **OBJETIVOS:** Descrever a experiência da inserção do enfermeiro residente no TCTH e suas percepções da vivência do cotidiano assistencial no TCTH. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado durante a vivência de enfermeiros residentes no TCTH de um Hospital Universitário no período de abril a junho de 2013. **RESULTADOS:** O TCTH constituiu cenário enriquecedor para o aprendizado teórico e prático e proporcionou o aprimoramento do enfermeiro residente para a realização da assistência qualificada. A experiência vivenciada possibilitou o reconhecimento da participação fundamental do enfermeiro no desempenho de atividades administrativas, assistenciais e de educação em saúde em articulação com a equipe multiprofissional. Dentre as diversas atribuições, a consulta de enfermagem pré-transplante merece destaque, pois é o momento em que se oportuniza o provimento das informações importantes, além de tranquilizar, sanar as dúvidas e tabus de pacientes e familiares, geradas pela vivência do processo de transplante de medula. Os Residentes acompanharam a realização de dois tipos de transplantes: Autólogo e Alogênico Aparentado. Atuaram na assistência de enfermagem em quimioterapia, no processo de infusão das células-tronco hematopoiéticas, na assistência e nos cuidados diretos ao paciente neutropênico. Além disso, atuaram na etapa de obtenção de células-tronco hematopoiéticas tanto por aférese como por multi-punções na medula em bloco cirúrgico. **CONCLUSÃO:** A residência representa uma conquista para a enfermagem, pois contribui para o processo de qualificação profissional do enfermeiro, que se reflete em estímulo para a aprendizagem, permite o aprimoramento das habilidades técnicas e capacidade de tomar decisões, incentivo à prática de enfermagem com autonomia e reconhecimento de seus aspectos científicos, éticos e sociais e valorização da sua integração na equipe multiprofissional. Nesse cenário, em consonância com a atuação na equipe multiprofissional, a unidade de TCTH é um campo rico de oportunidades que contribui para a prática de enfermagem do cuidado singular, humanizado e o incentivo à pesquisa científica.

Efeito do laser de baixa intensidade no nível de citocinas inflamatórias da saliva e na severidade da mucosite oral em pacientes submetidos a transplante de células tronco hematopoiéticas: Estudo clínico randomizado.

Geisa Badauy Lauria Silva - Hospital Araújo Jorge/ACCG; FO/UFG
Adriano de Moraes Arantes - Hospital Araújo Jorge/ACCG
Aline Carvalho Batista - FO/UFG
Angélica Ferreira Oton Leite - FO/UFG
César Bariani - Hospital Araújo Jorge/ACCG
Celso M. Queiroz Junior - FO/UFG
Elismauro Francisco Mendonça - FO/UFG
Luciana Garcia Lobo Duarte - Hospital Araújo Jorge/ACCG
Mauro Henrique Nogueira de Abreu - FO/UFG
Nancy Tomoko Sacono - FO/UFG
Tarcília Aparecida da Silva - FO/UFG

Introduction: Oral mucositis (OM) is a common side effect and a serious complication in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. Inflammatory mediators play a role in biologic processes and have been associated with OM. Therapeutic laser treatment, also referred to as low level laser (LLL), is reported to produce basic effects such as analgesia, anti-inflammatory activity and biomodulation.

Objectives: The aim of the present study was to evaluate the effect of low level laser therapy on salivary pro- and anti-inflammatory cytokines levels (TNF- α , IL-6, IL-1 β , IL-10 and TGF- β) and severity of oral mucositis in patients receiving hematopoietic stem cell transplantation.

Patients and Methods: Twenty five eligible patients were randomized into 2 groups: control and laser group. The laser group (n=11) received the hospital oral hygiene protocol, and low-intensity 660nm laser irradiation was performed from the first day of the conditioning regimen until D+7. The control group (n=14) received the hospital oral hygiene protocol only. Saliva was collected from patients at 2 time points before the transplantation (admission and D-1), at days 3 and 7 after transplantation (D+3 and D+7) and at marrow engraftment. The salivary levels of the following cytokines were determined using commercially available quantitative sandwich enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) kits with the following components: TNF- α , IL-6, IL-1 β , IL-10 and TGF- β . The severity of OM was scored in accordance to the World Health Organization (WHO) scale. During hospitalization, the patients were evaluated by a single examiner, daily, from D0 to D+20 to detect the occurrence and severity of OM.

Results: In relation to the clinical evaluation of the oral mucosal injury (OM grade by WHO criteria), the study showed that 27.3% of patients treated with laser therapy developed mucositis grade 2, and none showed mucositis grade 3 and 4. On the other hand, in the control group, 57,1% (8 of 14) developed mucositis grade 2 and 3. OM grade 3 occurs in 4 of 14 patients (28.5%) in the control group, and in laser group mucositis grade 3 did not occur (0%). Statistically significant difference in the severity of OM (grade 2 and 3) on D+7 were observed between the groups ($p = 0.01$). Salivary cytokines levels were analyzed in resting saliva in both groups (control and laser). IL-1 β , IL-6, TNF- α , IL-10 and TGF- β levels increased in both groups (control and laser) and demonstrated peak on D+7. On D+7, laser group tender to have a further increase of IL-10 in relation to control group ($p > 0.05$).

Conclusion: The low level laser was clinically effective in reducing the severity of OM and its mechanism of action seems not to be linked to a significant reduction of pro-inflammatory cytokines or a significant increase of IL-10 and TGF- β .

E38

Super Medula: um recurso psicoterápico para a elaboração do processo do adoecer

Maribel Pelaez Dóro - HC - UFPR
Aline Cristina Antonechen - HC - UFPR
Bettina Muradas - HC - UFPR
Carmen Maria Sales Bonfim - HC - UFPR
Eryclea Porto Freire - HC - UFPR
José Zanis Neto - HC - UFPR
Julita Maria Pelaez - HC - UFPR
Lisandro Lima Ribeiro - HC - UFPR
Mariester Malvezzi - HC - UFPR
Ricardo Pasquini - HC - UFPR
Vaneuza Araújo Moreira Funke - HC - UFPR

Background Fanconi Anemia (FA) is an illness characterized by lack of bone marrow that has negative consequences for the health and wellbeing of patients who live with it. The natural progression of the disease is a clinical progression to the development of malignant neoplasia and some types of carcinoma. Depression and anxiety are mood alterations that can present themselves during the pre- or post-transplant process. When the patient is pubescent or adolescent, understanding and accepting illness is more difficult, in part because it is a phase of development in which one hopes to begin their life, with entrance into the adult world and corresponding achievements. Thus, psychological intervention is vital so that the adolescent will adhere to treatment, understand the importance of restrictions, and overcome limitations caused by the co-morbidity arising from the treatment. It is noted that the diagnosis, symptomatology, phenotype, the search for a donor, the transplant itself, and the recuperative process until the return of normal life, is a process that requires time, conscientious self-care, and acceptance of having a genetic illness of rare and recessive heredity, different from the grand majority of the people they know, including family members. **Objective** Create opportunities for the expression of feelings, thoughts, and emotions through graphic representation (drawings and/or text). **Methodology** Super Marrow is a booklet developed through the psychotherapeutic care of a 14 year old boy who was diagnosed with FA. The story consists of a narration of multiple facets of life experience in relation to becoming ill and subsequent treatment. **Results** It was observed that adolescents felt stimulated by the development of the autobiography, which included representations of constructive and deconstructive forces. Feelings of self esteem, and motivation to draw and write, increased. The booklet serves to encourage emotional output. **Conclusion** The use of this supportive material proved to be a facilitator of subjective expression for adolescents who live with FA. The narrative construction of personal experiences is an approach that facilitates cognitive understanding and recovery as the author of one's own story. **Translational Relevance** The booklet is an informative-reflexive resource that contributes to the patient's ability to express their objective and subjective life experiences. The stories depict the emotional condition of being targeted and being an agent in one's own story independent of cultural, social, and economic factors, since emotions are universal.

E39

Qualidade de Vida de Sobreviventes Adultos com Anemia de Fanconi de Longa Data de Pós-Transplante de Medula Óssea Alogênico

Maribel Pelaez Dóro - HC - UFPR
Aline Cristina Antonechen - HC - UFPR
Carmen Maria Sales Bonfim - HC - UFPR
Denise Carvalho - HC - UFPR

Eliane Cesário Maluf - HC - UFPR
José Zanis Neto - HC - UFPR
Julita Maria Pelaez - HC - UFPR
Lisandro Lima Ribeiro - HC - UFPR
Mariester Malvezzi - HC - UFPR
Ricardo Pasquini - HC - UFPR
Vaneuza Araújo Moreira Funke - HC - UFPR

Background Bone Marrow Transplant, BMT, is an intervention that demands a high cost, not just economically, but biopsychosocially as well. Despite technological and scientific advances, the objective indicators used to measure the results of clinical interventions are insufficient. Therefore, the addition of an evaluation with subjective markers is also necessary, given the ethical responsibility to long-term survivors. Many studies exist that demonstrate the short and medium term results of survivors who underwent the transplant of hematopoietic stem cells. However, information is sparse when one attempts to investigate the quality of life (QOL) of survivors with Fanconi Anemia (FA). In Latin America, Brazil was a pioneer in this scientific field, with the first transplant occurring in 1979, in the Clinic Hospital of the Federal University of Paraná. **Objective** Evaluate the QOL of adult survivors with FA who underwent BMT more than ten years ago. **Method** 18 survivors were evaluated, of both sexes, between 18 and 32 years of age. The WHOQOL, FATIGUE, and Beck Anxiety and Depression scales were used, and a demographic-socioeconomic questionnaire. The variables considered in relation to the scales were QOL, depression, anxiety, and fatigue. The level of statistical significance on all scales was 95% ($p \leq 0.05$) in the analysis of factors that influenced the QOL of survivors. **Results** The average age of survivors was 22.8 months (quer dizer years?), 50% male, 77.8% single, 66.7% being 10-15 years post-transplant, and 33.3% being 16 or more years post-transplant. 61.1% are actively employed, 77.8% are satisfied with their QOL and health and do not complain of fatigue. 77.7% do not complain of anxiety and 83.3% are without depressive symptoms. **Conclusions** Survivors are satisfied with their QOL. QOL is understood as a perceptive process, composed of objective (functional and relational capacity) and subjective (perceptive composition) phenomena. There was a significant increase in survival of patients with FA with the advent of transplantation. However, the greater gain was in satisfaction with the quality of living itself. **Translational Relevance** Considering that any crisis triggers a real and / or imaginary danger, transplantation provides an opportunity for relevant changes in subjectivity and in facing life's adversities. It is therefore crucial that the QOL assessment is part of the clinical protocol for these patients, since it provides information about risk and protective factors, so that we contribute multifactorial information (objective and subjective) that could have repercussions for the best choice of interventions.

E40

NÍVEL DE DISTRESS DE PACIENTES NO PRÉ-TRANSPLANTE DO SERVIÇO DE MEDULA ÓSSEA

Aline Cristina Antonechen - HC - UFPR
Larissa Moretto - HC - UFPR
Maribel Pelaez Dóro - HC - UFPR
Mariester Malvezzi - HC - UFPR
Vaneuza Araújo Moreira Funke - HC - UFPR

Recentemente a busca de condições favoráveis para a evolução de uma boa qualidade de vida tem sido um dos objetivos principais no planejamento de um protocolo clínico no contexto do Transplante de Células Troncohematopoéticas. A importância é maior ainda, quando o transplante passa a ter uma possibilidade de cura e de sobrevivência longa. O termômetro de *distress* tem se mostrado um instrumento adequado para avaliar alguns problemas biopsicossociais do paciente e dos seus cuidadores primários. Com as informações coletadas é possível averiguar sentimentos de tristeza, medo e outros, até níveis que ultrapassam a normalidade como depressão e o *distress* extremo, ao detectar os problemas faz-se um plano de ação multidisciplinar para que o paciente seja atendido nas suas necessidades e potencialidades integrais. Para tanto, foi utilizado um termômetro de *distress*, contendo duas partes: a primeira é numérica, na qual se observa o nível de *distress* que o paciente apresenta e

a segunda é uma descrição de problemas ordem prática, familiar, emocional, de envolvimento e física que o paciente possa ter vivenciado na última semana. Em relação à quantificação, esse teste considera para 0 a ausência de *distress* e para 10 o extremo *distress*. O termômetro de *distress* foi aplicado em 12 pacientes ambulatoriais no pré-transplante durante as entrevistas de rotina para o preparo para hospitalização. Como resultados na escala numérica, observou-se que nessa amostra 09/12 pacientes apresentaram *distress* moderado, 02/12 registraram extremo *distress* e 01 inexistiu a queixa de *distress*. Em relação ao termômetro descritivo de *distress* constatou-se que todos os pacientes relatam problemas emocionais, sendo o foco predominante é tristeza e preocupações.

Quanto aos problemas práticos 3/12 pacientes relataram dificuldades em relação a plano de saúde e financeiro, transporte e trabalho/escola. Os mesmos trouxeram problemas familiares em relação aos filhos e ao companheiro (a). No que concerne ao envolvimento espiritual/religioso, observou-se que 7/12 pacientes vivenciam a espiritualidade como um suporte, enquanto que 4/12 apresentam dificuldades nesse envolvimento, apenas um nomeou-se como ateu, e como se eximiu de uma opinião. Na descrição dos problemas físicos, as queixas concentram-se na aparência, fadiga e mal-estar físico secundário ao tratamento. Tendo em vista esses resultados, podemos concluir que essa é uma escala útil como triagem em um protocolo de pré-transplante. Também nos fornece a presença ou não do *distress* e demonstra a intensidade vivenciada pelo paciente, uma vez que é um instrumento autoaplicativo. Além disso, propicia informações em relação aos problemas de modo geral e específicos, viabilizando para o profissional o manejo das prioridades e relevâncias para o paciente.

E41

Variação do Ângulo de Fase, z score de Índice de Massa Corpórea e Circunferência do Braço de crianças submetidas a Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoiéticas

Karina Helena Canton Viani - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Ana Carolina Leão Silva - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Giuliana Bouchabki Miguel - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Juliana Moura Nabarrete - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Roberta Saks Hahne - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Vanessa da Cunha Oliveira - Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Introdução: O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) é um recurso terapêutico de alta complexidade com extensas repercussões nutricionais. A terapia nutricional deve ser conduzida e monitorada com base em indicadores adequados, para que se possa otimizar o benefício aos pacientes. Estudos mostram que o ângulo de fase (AF), obtido através de bioimpedância, é indicador prognóstico, inclusive nutricional. Ainda não se sabe, porém, como este índice se comporta durante o TCTH e se há associação com medidas antropométricas, especialmente em Pediatria. **Objetivos:** Avaliar a variação do ângulo de fase, z score de Índice de Massa Corpórea (zIMC) e circunferência do braço (CB) de crianças submetidas ao TCTH alogênico aparentado, pré e pós procedimento, e verificar a correlação entre estes índices. **Material e Métodos:** Foram coletados em hospital pediátrico terciário de São Paulo peso, estatura, CB e ângulo de fase de 6 crianças submetidas a TCTH alogênico de julho de 2012 a abril de 2013, nos momentos pré, D+15, D+30 e D+100 pós transplante (D+n = dias decorridos do TCTH). Os dados pré transplante foram colhidos imediatamente antes do início ou no primeiro dia do condicionamento para o TCTH. Participaram do estudo crianças que realizaram TCTH alogênico neste período e das quais foi possível colher todos os dados necessários para a análise. O zIMC foi calculado com base nas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para a análise da normalidade dos dados. Para avaliar a diferença entre as médias de AF, zIMC e CB nos diferentes momentos do TCTH foi realizada ANOVA. Todas as análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do *software* Stata 11.2. **Resultados:** Os pacientes estudados (n=6) tinham em média 10,7 anos, sendo 50% do sexo feminino e 50% do masculino. Leucemia mielóide aguda foi o

diagnóstico mais frequente (n=4, 66%), seguido por adrenoleucodistrofia (n=1, 17%) e doença granulomatosa crônica (n=1, 17%). A análise das médias de AF apontou diferença apenas entre o pré TCTH e o D+100 (p=0,016), inferindo diminuição significativa deste índice. Para o zIMC foram encontradas diferenças entre o pré TCTH e o D+15 (p=0,000), pré e D+30 (p=0,008) e D+15 e D+100 (p=0,008), ora aumentando, ora diminuindo nestes períodos. Já a CB apresentou queda significativa do período pré transplante para o D+15 (p=0,011) e aumento do D+15 ao D+100 (p=0,035). Não foi encontrada correlação entre as variáveis AF, CB e zIMC. **Conclusão:** Apesar do n pequeno deste estudo, pôde-se observar redução progressiva do ângulo de fase, com relevância estatística no D+100 com relação ao pré transplante, e diminuição inicial do zIMC e da CB do pré para o D+15 e então aumento até o D+100, de modo que estes três índices não se correlacionaram entre si.

E42

Avaliação da ingestão calórica e protéica de pacientes submetidos a transplante de células tronco hematopoiéticas alogênico

Alessandra Aparecida Paz - Hospital de clínicas de Porto Alegre - HCPA
Ana Maria Keller Jochims - Hospital de clínicas de Porto Alegre - HCPA
Daniela Terezinha Richter Da Silva - Hospital de clínicas de Porto Alegre - HCPA
Michele Girolometto Fracalossi - Hospital de clínicas de Porto Alegre - HCPA
Nelmara Rocha Duarte - Hospital de clínicas de Porto Alegre - HCPA

Introdução

O transplante de células Tronco – Hematopoiéticas (TCTH) alogênico é uma terapia reconhecida para o tratamento de uma variedade de doenças hematológicas, anormalidades genéticas e neoplasias, com a finalidade de extinguir a medula óssea doente e substituí-la pela célula tronco hematopoiética de um doador saudável.

Durante o curso do TCTH ocorrem, rotineiramente, dois fatos distintos e simultâneos que podem interferir no estado nutricional dos pacientes, a diminuição da ingestão alimentar e o aumento das necessidades metabólicas. Os pacientes submetidos à TCTH podem apresentar anorexia, náuseas e vômitos persistentes, hipogeusia, disgeusia, mucosite, diarreia e conseqüente ingestão oral insuficiente de nutrientes.

Objetivos

Avaliar a ingestão calórica e protéica de pacientes submetidos à TCTH alogênico durante o condicionamento e pós transplante imediato.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, no qual foi avaliado o consumo alimentar de pacientes que realizaram TCTH, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012, foram incluídos apenas pacientes adultos com idade superior a 18 anos. Nestes pacientes, o controle de ingestão alimentar foi realizado duas vezes por semana. Foi realizado o registro alimentar pesado, na qual o serviço de nutrição e dietética pesa todos os alimentos a serem ofertados aos pacientes e após uma hora da oferta, todos recipientes são recolhidos e pesados novamente, avaliando a diferença entre o ofertado e o não ingerido. Todos os pacientes foram orientados quanto ao procedimento. Foi utilizado o programa de nutrição NUTWIN, para cálculo de dieta. Neste estudo foram avaliados a ingestão calórica total e calorias por kg de peso atual (PA), proteínas e proteínas por kg de PA.

Resultados

Até o presente momento foram avaliados 12 pacientes. Divididos em grupos iguais pelo sexo, com idade média de 41,6 (± 15) anos. Quanto aos dados antropométricos a mediana de peso e estatura foi respectivamente 66,5 kg e 169,5 cm nos homens e 50 kg e 161,5 cm nas mulheres. A média calórica ingerida foi de 1156 (± 536) Kcal, aproximadamente 14,6 ($\pm 7,7$) kcal/kg de peso atual. O consumo de proteína foi de 39 (± 20)g, e 0,55 ($\pm 0,34$)g de ptn/kg.

O consenso de nutrição oncológica do INCA sugere consumo de 25-30 kcal/kg e de 1,2-1,5g PTN/kg, nesta população. Assim a média de ingestão atingiu apenas 54,6% das necessidades calóricas e 36% das necessidades protéicas.

Conclusão

O presente estudo ressalta a importância de protocolos de assistência nutricional precoce a fim de minimizar complicações nutricionais, auxiliar na manutenção do estado clínico e evolução do tratamento. Desta forma, concluímos que a atenção multiprofissional é de extrema importância nestes pacientes.

E43

PSICOLOGIA E MUSICOTERAPIA UMA PARCERIA NO PROCESSO PSICOAFETIVO DOS PACIENTES DO STMO

Maribel Pelaez Dóro - HC - UFPR
Aline Cristina Antonechen - HC - UFPR
Bettina Muradas - HC - UFPR
Carlos Antônio Dóro - HC - UFPR
Carmen Maria Sales Bonfim - HC - UFPR
Eryclea Porto Freire - HC - UFPR
Julita Maria Pelaez - HC - UFPR
Karoline Stoltz Schleder - HC - UFPR
Larissa Moretto - HC - UFPR
Lisandro Lima Ribeiro - HC - UFPR
Mariester Malvezzi - HC - UFPR
Ricardo Pasquini - HC - UFPR
Vaneuza Araújo Moreira Funke - HC - UFPR

Introdução Clínicas de alta complexidade como a oncologia, hematologia e centros de transplante devem primar por uma equipe de saúde interdisciplinar que comporte: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, professores, farmacêuticos e musicoterapeutas. O presente projeto tem como proposta a constituição de uma parceria interpretativa e com abordagens teóricas advindas da psicologia e da musicoterapia, viabilizando percepções em sintonia com a expressão das emoções e temáticas abordadas, consequentemente facilitando a condição terapêutica que complementa o sério com o lúdico com fins significativos não apenas pelo olhar do entretenimento, mas, como parte de produções singulares que vai muito além do produto enquanto objeto artístico ou terapêutico. **Objetivo** Implantar e constituir uma nova abordagem terapêutica da psicologia em parceria com a musicoterapia, oportunizando experiências psicoafetivas através de diálogos interativos e musicais com pacientes do STMO. **Material e Método** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou de Assentimento. Questionário Demográfico/Clínico. Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL; Escalas de BECK de Ansiedade e de Depressão; Termômetro de *Distress Descritivo e o nível numérico*; Ficha da Musicalidade; Escala Visual Analógica de Humor; Escala Visual Analógica de Dor. São elegíveis os pacientes da Hemato/Onco que internam para se submeterem ao TCTH e são acompanhados até a alta, em alguns casos, até o óbito. Todos os participantes apresentam compatibilidade em relação aos critérios de inclusão desse estudo, ou seja, pacientes jovens e adultos. (13 anos ou mais), ambos os gêneros. Considerou-se como critério de exclusão a recusa do Assentimento ou do Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados Preliminares** A realização do atendimento “psico/musicoterapêutico” com pacientes da Hemato-Onco internados conforme seus relatos qualitativos contribuíram para o resgate do bem-estar, ajudou na redução da sensação de desconforto físico, emocional e por vezes, trouxe a alegria de envolver-se com atividades que rememoram uma condição de normalidade, retirando a força do status de ser doente e pondo-o na posição de quem está doente, ou seja, a possibilidade do transitório comparece. **Conclusão** Essa intervenção terapêutica possibilita uma integração dos recursos da música e da palavra falada, viabiliza ações favoráveis em relação ao paciente, que se sente cuidado na sua condição de sujeito e não apenas numa posição doente ou na condição de doente. Portanto, esta modalidade de intervenção em parceria é indicada para compor a equipe multidisciplinar em unidades clínicas da Hemato-Onco e ser parte da rotina implantada no STMO.

E44

IL1A-889, IL2-330, IL4RA+1902, IL4-590 E IL10-592 POSSÍVEIS GENES ASSOCIADOS COM A SENSIBILIDADE AOS ÁCAROS *Dermatophagoides farinae*, *Dermatophagoides pteronyssinus* e *Blomia tropicalis*

Luiza Tamie Tsuneto - UEM
Ana Lúcia Falavigna Guilherme - UEM
Ariella Andrade Marchioro - UEM
Gustavo Falavigna Guilherme - FEPAR
Marcela Caleffi da Costa Lima Caniatti - UEM

As doenças alérgicas tiveram um importante aumento, nas últimas décadas, nos países industrializados. Alergia respiratória, como a asma e a rinite, é uma condição na qual ocorre inflamação das vias respiratórias em certos indivíduos com pré-disposição, em consequência de uma reação imunológica, que é controlada pela produção de citocinas e outros mediadores. Além disso, a doença alérgica também depende de uma resposta imunitária, provocada pela exposição a diferentes fatores ambientais, sendo o grupo infantil o mais afetado. Sabe-se que, os ácaros, presentes na poeira, estão relacionados aos processos alérgicos, e que promovem doenças das vias respiratórias. O objetivo foi realizar um estudo de associação genética dos genes das citocinas (*IL1A*⁸⁸⁹ (rs1800587), *IL1B*^{-511, +3962} (rs16944, rs1143634), *IL1R*¹⁹⁷⁰ (rs2234650), *IL1RA*¹¹¹⁰⁰ (rs315952), *IL4RA*⁺¹⁹⁰² (rs1801275), *IL12*⁻¹¹⁸⁸ (rs3212227), *IFNG*⁺⁸⁷⁴ (rs2430561), *TGFB1* códon 10, códon 25 (rs1982073, rs1800471), *TNFA*^{-308, -238} (rs1800629, rs361525), *IL2*^{-330, +166} (rs2069762, rs2069763), *IL4*^{-1098, -590, -33} (rs2243248, rs2243250, rs2070874), *IL6*^{-174, nt565} (rs1800795, rs1800797) e *IL10*^{-1082, -819, -592} (rs1800896, rs1800871, rs1800872), entre pacientes sensíveis a ácaros (*Dermatophagoides farinae*, *Dermatophagoides pteronyssinus* e *Blomia tropicalis*), e um grupo de indivíduos não sensíveis, não relacionados e sem histórico da alergia. A população foi composta por 254 crianças e educadores da entidade civil Lar Escola de Maringá, e do Sistema de Apoio à Saúde São Rafael. A identificação dos pacientes atópicos e não atópicos foi realizada através do *Prick Test*TM e a genotipagem das citocinas foi realizada por PCR-SSP (*Cytokine Genotyping Kit*, InvitrogenTM). Dentre os indivíduos totais, 45,7% (116/254) eram do gênero masculino e 54,3% (138/254) do gênero feminino. Foram observadas associações significativas para as seguintes variantes alélicas e genotípicas: *IL1A*⁻⁸⁸⁹ (C), *IL2*⁻³³⁰ (G/T), *IL4RA*⁺¹⁹⁰² (A), *IL4*⁻⁵⁹⁰ (T/T e T) e *IL10*⁻⁵⁹² (A/A e A) sugerindo predisposição à alergia. Já as variantes reveladas como fator de proteção à sensibilidade aos ácaros, foram: *IL1A*⁻⁸⁸⁹ (T/T e T), *IL4RA*⁺¹⁹⁰² (G), *IL4*⁻⁵⁹⁰ (T/C e C) e *IL10*⁻⁵⁹² (C/A e C), uma vez que o resultado mais significativo foi do genótipo T/C da *IL4*⁻⁵⁹⁰ (10,2% vs. 43,1%, OR = 0,15, p = 0,000000052 e IC = 0,07 - 0,32). Essas evidências poderão contribuir para o melhor conhecimento da sensibilidade aos ácaros, e para a elaboração de procedimentos que possam minimizar os seus impactos (social e individual), através de estratégias na prevenção, no diagnóstico e também no tratamento desta alergia.

E46

Intervenção Lúdica Interprofissional no Preparo da Criança para o Corte de Cabelo

PRICILA PAVEUKIEWICZ - Serviço do Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
CARMEM MARIA SALES BONFIM - Serviço do Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
DAYANE REGINA DOS SANTOS - Serviço do Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
MARIBEL PELAEZ DORO - Serviço do Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Durante a internação para o Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) as crianças passam por diversos procedimentos invasivos e vivenciam rupturas e perdas relacionadas à complexidade do TCTH. Dentre elas, a alopecia figura como uma perda importante para as crianças, sendo que as meninas a experimentam mais fortemente. O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de uma intervenção lúdica realizada pelas equipes de Psicologia e de Terapia Ocupacional (TO) para atenuar o sofrimento da criança durante seu corte de cabelo. Trata-se de uma paciente do sexo feminino, com seis anos de idade, hospitalizada para TCTH não aparentado para Anemia de Fanconi, denominada aqui como V. Uma característica de V a ser ressaltada é que a mesma apresentava déficit auditivo significativo, o que interferia na sua capacidade de comunicação e na convivência com a equipe de saúde apresentando comportamentos agressivos durante procedimentos. Tanto a Psicologia quanto a TO acompanhavam a criança utilizando-se de recursos lúdicos, buscando auxiliar a criança a adaptar-se ao contexto. Percebendo a necessidade de uma abordagem específica, planejou-se uma intervenção interprofissional para acompanhar o corte de cabelo de V. Utilizou-se um fantoche com as características físicas da criança, confeccionado para que ela, durante a vivência simbólica, pudesse concretizar o corte de cabelo. Também foram inseridos materiais que fazem parte da realidade do hospital como a tesoura e a máquina utilizadas para cortar o cabelo das crianças. Após reunião com a equipe de Enfermagem, agendou-se o primeiro horário da manhã para a realização da intervenção. Por conta do vínculo já estabelecido com a paciente, V mostrou-se receptiva ao contato e demonstrou interesse em brincar com o fantoche. Durante a brincadeira simbólica, V interagiu com o fantoche enquanto as profissionais inseriam o tema do corte de cabelo, através de gestos e ações. Houve uma identificação da criança com o brinquedo, e ela mesma passou a mostrar seus cabelos que caíam e aderiam à roupa e lençóis. Através disso iniciou-se o corte do cabelo do fantoche pelas profissionais, utilizando a tesoura, convidando a criança a participar desse processo. V engajou-se na atividade proposta, com interesse e atenção, demonstrando satisfação e aceitação, sempre relacionando a queda do cabelo do fantoche à sua. Introduziu-se a máquina de cortar cabelo, V tomou a iniciativa de explorá-la, finalizando o corte de cabelo do fantoche. Iniciou-se o corte de cabelo de V, com consentimento e participação da mesma em todas as etapas do procedimento. A atividade transcorreu com uma atmosfera lúdica e descontraída, suavizando o momento de perda de V. Conclui-se que a intervenção lúdica é essencial durante o período de hospitalização, possibilitando a abordagem de situações ameaçadoras, com linguagem acessível ao entendimento da criança, favorecendo o desenvolvimento saudável e minimizando os efeitos negativos dessa vivência.

E47

A Influência do filgrastim em pacientes que realizaram transplante autólogo de medula óssea: Melhor dia para coleta

Marcia Rejane da Silva valentim - Hospital de Clinicas de Niteroi
Francilene de Oliveira mendes - Hospital de Clinicas de Niteroi

Os Avanços importantes referentes ao transplante de medula óssea (TMO), principalmente o autólogo, utilizando o stem cells hematopoéticos provenientes da medula óssea ou do sangue periférico que ocorreram nas últimas décadas evidenciam o potencial dessas células em restaurar a hematopoese após rádio e/ou quimioterapia. Para obtenção das células progenitoras da medula óssea usamos a técnica de coleta por aférese e crio preservação para posterior infusão. O método utilizado para mobilização dessas células é o fator crescimento (G-CSF) ou quimioterapia e fator crescimento. Segundo estudos, pacientes que realizam este tratamento, conseguem atingir o número ideal de células para a coleta de células-tronco, que serão usadas posteriormente em seu auto-transplante, em 04 dias de uso contínuo² Conforme protocolo desta Instituição, pacientes submetidos ao tratamento com G-CSF, são orientados a realizarem a aplicação por via SC 4 dias antes da internação com internação e contagem de células CD34 no D+4. A unidade de transplante funciona dentro de um hospital privado desde 2004, atualmente com 07 leitos tendo transplantado um total de 240 pacientes. Com base nestas informações verificamos quantos pacientes de Transplante, em uso de G-CSF, conseguiu realizar a coleta de células em tempo ideal. **O objetivo** é Relatar a experiência do serviço de uma unidade de transplantes com o uso do G-CSF e o melhor dia de coleta em pacientes que realizaram Transplante Autólogo de medula óssea em 2012. **Trata-se** de um estudo descritivo com metodologia qualitativa. A escolha desse método deve-se ao fato de fazer parte à obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo.

Nas pesquisas qualitativas é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados ³. Os sujeitos são todos os pacientes internados durante o ano de 2012 na unidade de Transplante do Hospital de Clínicas de Niterói, totalizando 72 pacientes.

Resultados: Foram transplantados 72 pacientes, sendo 32 portadores de Mieloma Múltiplo, 30 Linfomas e 10 outras patologias. Desses, 02 < 10 anos, 09 de 10-30 anos, 20 de 30 -50 e 41 >de 50 anos. Sendo 41 pacientes do sexo masculino e 31 femininos. O tempo médio de permanência foi de 21 dias. Dos 72 pacientes, 02 tiveram falha de mobilização. Das 78 mobilizações realizadas, 61 foram com uso do G-CSF, 30 pacientes fecharam coleta no D+4, 25 no D+5 e 06 no D+6. Excluídos as mobilizações com uso de quimioterapia + G-CSF.

Concluimos que ao longo desse período, a maioria dos pacientes atingiu o ápice de células-tronco no 4º dia de terapia com G-CSF. O número de pacientes analisados revelou o quanto esta terapia é funcional. Um fato relevante é que de 78 pacientes mobilizados 30 alcançaram o quantitativo ideal de células 2×10^6 com uma única coleta por aférese no D+4. Das patologias transplantadas o Mieloma Múltiplo, seguido dos Linfomas foi as de maior relevância, isso contribuiu com os enfermeiros que atuam na assistência de enfermagem com foco em prevenção identificando riscos relacionados à idade, patologia, doenças pregressas, fase do transplante e medicamentos em uso objetivando planejar uma assistência individualizada e preventiva para cada paciente.

E48

Perfil dos Receptores Transplantados com doadores não aparentados em Lisboa e Recife no Período de 2002 a 2010

Silva, MFP - PUC/SP/CAPES/Fundação Hemope FMH/Universidade Técnica de Lisboa Instituto Português de Oncologia (IPO) Centro Nacional de Doadores de Medula Óssea (CEDACE) Real Hospital Português do Recife

Abecasis, M - PUC/SP/CAPES/Fundação Hemope FMH/Universidade Técnica de Lisboa Instituto Português de Oncologia (IPO) Centro Nacional de Doadores de Medula Óssea (CEDACE) Real Hospital Português do Recife

Concone, MHV - PUC/SP/CAPES/Fundação Hemope FMH/Universidade Técnica de Lisboa Instituto Português de Oncologia (IPO) Centro Nacional de Doadores de Medula Óssea (CEDACE) Real Hospital Português do Recife

Florêncio, R - PUC/SP/CAPES/Fundação Hemope FMH/Universidade Técnica de Lisboa Instituto Português de Oncologia (IPO) Centro Nacional de Doadores de Medula Óssea (CEDACE) Real Hospital Português do Recife

Hasse, M - PUC/SP/CAPES/Fundação Hemope FMH/Universidade Técnica de Lisboa Instituto Português de Oncologia (IPO) Centro Nacional de Doadores de Medula Óssea (CEDACE) Real Hospital Português do Recife

Lucena, FJT - PUC/SP/CAPES/Fundação Hemope FMH/Universidade Técnica de Lisboa Instituto Português de Oncologia (IPO) Centro Nacional de Doadores de Medula Óssea (CEDACE) Real Hospital Português do Recife

Souza, G - PUC/SP/CAPES/Fundação Hemope FMH/Universidade Técnica de Lisboa Instituto Português de Oncologia (IPO) Centro Nacional de Doadores de Medula Óssea (CEDACE) Real Hospital Português do Recife

Trindade, H - PUC/SP/CAPES/Fundação Hemope FMH/Universidade Técnica de Lisboa Instituto Português de Oncologia (IPO) Centro Nacional de Doadores de Medula Óssea (CEDACE) Real Hospital Português do Recife

Este trabalho é um recorte da pesquisa de doutorado em Ciências Sociais e tem como objeto de estudo o doador de medula óssea/transplante. Este pode ser analisado, pelo menos, por duas áreas do conhecimento: antropologia e medicina. Tomamos a noção de dádiva como conceito fundante da nossa reflexão. Para isso, convém lembrar que a medula óssea enquanto objeto doado para o transplante carrega além da constituição genética e sua capacidade fisiológica, o poder e a força de reviver o receptor. Nas últimas décadas, o transplante de órgãos tem atraído opiniões de setores diversificados da sociedade brasileira, a mídia, por sua vez, vem cumprindo importante papel na ampla divulgação ao democratizar as informações a discussões, algumas vezes acaloradas e contraditórias, assim como

esclarece ou suscita dúvidas e receio nas pessoas. É, portanto, um tema de muita relevância social e como tal, tem sido tratado tanto pela sociedade, receptiva aos apelos da solidariedade na doação de órgãos, como pela saúde pública, por se tratar de um procedimento de alta complexidade e elevado custo, exigindo medidas de planejamento de políticas públicas e alocação de recursos, critérios éticos e democráticos. Este estudo objetiva descrever o perfil dos receptores de medula óssea em Recife e Lisboa. Foi realizada uma análise retrospectiva no período de 2002 a 2010. No período analisado, 134 pacientes realizaram transplante com doadores não aparentados destes, 107 em Lisboa e 26 em Recife. Os pacientes transplantados em Lisboa (51,4%) são do sexo feminino, enquanto em Recife (69,2%) pertence ao sexo masculino. Estão na faixa etária de 0 a 17 anos em Portugal (54,2%) e Recife (50 %) com diagnóstico prevalente de Anemia Aplástica. No entanto, em Lisboa prevaleceu o diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda. O estudo chama a atenção para o fato de que Lisboa realizou mais transplantes na faixa etária de 30 a 39 anos (18,7%), diferente de Recife (11,5%) na mesma faixa etária. Em relação à faixa etária de 18 a 29 anos, apresentou um percentual de (15,9%). A pesquisa mostrou a leucemia mieloide aguda como a doença mais prevalente em Lisboa. É um dado que corrobora com a literatura, por afetar indivíduos de todas as idades, principalmente os que estão na fase adulta. Nesse estudo está na faixa etária acima de 50 anos em Lisboa (6,5%) e Recife (3,8%). Ressaltamos que, no período da coleta de dados, Recife tinha uma população de 1.537.704 e Lisboa 2.821.699 pessoas. Apesar de Recife possuir outras unidades, apenas o centro onde foi realizada a pesquisa estava fazendo este tipo de transplante.

E49

Acompanhamento Nutricional em Pacientes Pediátricos Submetidos ao TCTH

Angelica Koerich - Hospital Nossa Senhora das Graças
Carmem Maria Sales Bonfim - Instituto Pasquini de TMO e Hematologia
Gisele Loth - Instituto Pasquini de TMO e Hematologia
Lisandro Lima Ribeiro - Hospital Nossa Senhora das Graças

INTRODUÇÃO: O TCTH determina delicada situação relacionada ao estado nutricional e manejo dietoterápico devido ao estresse metabólico elevado, alterações gastrointestinais e redução na ingestão alimentar. As crianças estão mais suscetíveis à desnutrição pelo maior requerimento nutricional destinado ao desenvolvimento. **OBJETIVOS:** Avaliar o estado nutricional e estratificar por doença, descrever a terapia nutricional e documentar as intercorrências gastrointestinais. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo prospectivo, observacional, descritivo entre 04/12 a 05/13 considerando avaliação antropométrica de acordo com OMS (peso, altura, IMC, circunferência do braço, prega cutânea tricipital); cálculo das necessidades e prescrição dietoterápica. Foram incluídos os pacientes pediátricos submetidos ao TCTH alogênico. **RESULTADOS:** 16 pacientes, 75%(12) realizaram TCTH não aparentado, 50%(8) com idade entre 0-2 anos, 19%(3) entre 4-6 anos e 31%(5) entre 10-19 anos. Faleceram 25%(4). O diagnóstico nutricional geral na admissão foi Eutrofia: 50%(8), Desnutrição leve: 31%(5) e Risco nutricional: 19%(3). Estratificando por doença - Anemia de Fanconi (n=3): 3 eutrofia; LMA (n=3): 1 eutrofia, 1 risco nutricional e 1 desnutrição leve; LLA(n=3): 2 desnutrição leve e 1 eutrofia; Síndrome de Wiskott-Aldrich (n=2): 1 desnutrição leve e 1 risco nutricional; Histiocitose(n=1): 1 desnutrição leve; Púrpura Amegacariocítica (n=1): 1 eutrofia; Anemia Aplástica Severa (n=1): 1 risco nutricional; Adrenoleucodistrofia (n=1): 1 eutrofia. Realizou-se terapia nutricional em 94%(15) dos pacientes. A suplementação foi administrada em 75%(12) com a média da oferta calórica máxima atingindo 55% da necessidade estimada. Nessa via a fórmula polimérica infantil foi mais a prescrita (58%). A dieta via sonda foi utilizada em 56%(9), com a média da oferta calórica máxima atingindo 81% da necessidade. Nessa via a fórmula oligomérica infantil foi a mais utilizada (66%). A nutrição parenteral foi prescrita para 25%(4), com a média da oferta calórica máxima atingindo 88% da necessidade. As alterações gastrointestinais mais comuns foram mucosite grau II e III (66%), êmese e diarreia (62%). A perda de peso foi leve em 62%(10), moderada em 31%(5) e grave em 6% (1). **CONCLUSÃO:** De forma geral metade dos pacientes internou com estado nutricional adequado. Pacientes com LMA, LLA, Síndrome de Wiskott-Aldrich, Histiocitose e Anemia Aplástica Severa apresentaram maior depleção nutricional. A fórmula mais prescrita via oral foi polimérica infantil, e via sonda foi a oligomérica infantil. As intercorrências gastrointestinais mais comuns foram mucosite, êmese e diarreia. A maioria das crianças recebeu terapia nutricional e apresentou perda

ponderal leve. Tanto a oferta calórica via enteral quanto via parenteral foram capazes de suprir mais que 80% da necessidade. O acompanhamento nutricional diligente aliado ao trabalho em equipe contribui para a evolução da assistência em crianças submetidas ao TCTH.

E50

SINDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE TRABALHAM NO STMO

Maribel Pelaez Dóro - HC - UFPR
Aline Cristina Antonechen - HC - UFPR
Denise Helia de Lima - HC - UFPR
Larissa Moretto - HC - UFPR
Mariester Malvezzi - HC - UFPR
Teresinha Keiko Kojo - HC - UFPR
Vaneuza Araújo Moreira Funke - HC - UFPR

A síndrome de *Burnout* é uma doença do trabalhador que se vê agredido na valoração moral, no sentido que não alcança a realização, perde a motivação e a energia vital. Sendo assim, como fica o profissional de enfermagem diante de tantas pressões de ordem do conhecimento técnico científico, pessoal em decorrência da exaustão, desgaste de energia e sentimento de fracasso? Visando compreender vivências sob a perspectiva desse profissional, este trabalho apresenta os resultados de uma avaliação realizada com profissionais da área de enfermagem que exercem sua profissão em um Serviço de Transplante de Medula Óssea, buscando averiguar se há ou não presença de Síndrome de *Burnout* nessa classe de trabalhadores. Para esta avaliação, foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), escala padronizada para evidenciar a existência ou não de Síndrome de *Burnout*, através das dimensões de esgotamento emocional, despersonalização e insatisfação profissional. O MBI foi aplicado em 60 enfermeiros que atuam no STMO e então, foi realizada a correção e interpretação da escala, na qual se obteve, como resultado, que a maioria das respostas centrou-se em nível baixo de esgotamento emocional, contudo 45% dos profissionais apresentou nível moderado nessa categoria. A despersonalização não foi observada em muitos casos, uma vez que 68,3% apontaram uma baixa dimensão e somente 5% sentiram-se altamente despersonalizados. Em relação à insatisfação profissional, a maior parte dos profissionais, 66,7%, apresentou taxa moderada e 25% pontuaram alto nível. O esgotamento emocional pode estar relacionado à sobrecarga de trabalho e/ou nível de complexidade e responsabilidade a que esses profissionais são submetidos. Devido ao constante estresse, à fadiga e à inexistência de perspectivas de mudança em relação ao alívio de sentimentos ruins, inicia-se uma mescla da segunda dimensão, de despersonalização e/ou desumanização, que tem como objetivo amenizar os sentimentos de tristeza, ansiedade e medo. Entretanto, este comportamento não atinge o resultado esperado, por ser uma tentativa de adaptação mal sucedida e, por esta razão, surge a terceira dimensão, que é o sentimento de incompetência e inadequação profissional. O perfil do profissional de enfermagem na rotina de trabalho no STMO exige, além de conhecimento especializado, habilidades sociais e emocionais para conseguirem estabelecer um convívio satisfatório com seus colegas, pacientes e suas famílias. O contexto encontrado pelo profissional que atua no STMO é uma rotina desgastante, que exige muito equilíbrio, esforço e dedicação devido a constante imprevisibilidade clínica destes pacientes. Com base neste contexto é fundamental uma atenção e atitude ativa do Serviço, para que estes profissionais sejam assistidos e lhes sejam garantidos cuidados referentes à própria saúde física, mental e emocional, uma vez que, não há como primar pela saúde de outrem quando a própria saúde é deixada de lado pelo cuidador.

E51

O trabalho do Assistente Social no acompanhamento de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas: articulação intersetorial e promoção do acesso aos direitos sociais

Genevieve Lopes Pedebos - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Gabriela de Araujo Spotorno - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Vanessa Maria Panozzo Brandao - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O trabalho multidisciplinar e em rede intersetorial tem sido cada vez mais solicitado pelas equipes de saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Este é um modelo de cuidado constituído a partir da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde nas décadas de 1980/90 que compreende o processo saúde/doença a partir de seus fatores determinantes e condicionantes. Os atendimentos a pacientes transplantados de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) tem valorizado tal prática uma vez que as necessidades advindas do tratamento vão ao encontro das diferentes disciplinas, bem como, das ofertas das políticas públicas. **Objetivos:** Refletir sobre a contribuição da avaliação social para o cuidado em saúde numa perspectiva integral articulada a rede de serviços prevista nas diferentes políticas públicas. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência das ações desenvolvidas no acompanhamento social aos pacientes submetidos ao TCTH em um hospital público na região sul do Brasil. Os pacientes transplantados e seus familiares passam por entrevistas de avaliação social a fim de constituir um plano de intervenção adequado às demandas sociais identificadas para posterior discussão nos espaços multidisciplinares, iniciando-se os contatos com a rede de serviços de saúde, assistência social, habitação, educação e proteção operacionalizados através de alguns instrumentos como: o envio de relatórios sociais, visitas institucionais e reuniões interinstitucionais com equipes de saúde de diferentes esferas governamentais. Todo o processo é documentado e registrado no prontuário único dos pacientes com a finalidade de explicitar para a equipe os resultados das ações. **Resultados:** Observa-se a multiplicidade de fatores envolvidos no processo de adoecimento e realização do TCTH tais como: fragilidade dos vínculos familiares e territoriais, baixa escolaridade ou evasão escolar, precariedade das condições de trabalho e renda, vulnerabilidades associadas à condição habitacional e dificuldades no acesso a bens e serviços essenciais. Tais aspectos definem uma realidade complexa de situações sociais que podem colocar em risco o tratamento proposto. Isso exige do profissional uma compreensão ampliada das necessidades emergidas do contexto social, bem como, uma competência com direcionamento ético-político do seu espaço sócio ocupacional. Percebe-se que ao compartilhar as demandas identificadas com a equipe e rede intersetorial, surgem compreensões pluralistas acerca das atribuições e competências de cada política. **Considerações finais:** Conclui-se que as ações de articulação da rede de serviços tornam-se fatores decisivos para assegurar uma boa adesão ao tratamento. A medida que essas articulações ocorrem se promove um cuidado ampliado em saúde e o exercício da cidadania. Acredita-se que é um desafio constante a articulação das redes sociais, uma vez que, este processo envolve concepções por vezes contraditórias acerca de modelos assistenciais conservadores ou sanitários.

E52

Percepção da qualidade de vida de pacientes com mieloma múltiplo no pré- Transplante de Medula Óssea.

Cristiane Golias Gonçalves - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Cristina Célia Faune - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Fausto Celso Trigo - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Ivanil Aparecida Moro Kauss - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Joana Ciocari - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Leticia Navarro Gordan - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Lucienne Tibery Queiroz Cardoso - Hospital Universitário de Londrina - UEL
Luisa Gonçalves Rosa - Centro Universitário Filadélfia ? UniFil

Introdução: O Mieloma Múltiplo é uma neoplasia Onco-Hematológica que se caracteriza pela proliferação desregulada e monoclonal de plasmócitos na medula óssea. O transplante de células tronco hematopoiéticas é uma possibilidade de tratamento, beneficiando um grande número de

pacientes. Entretanto, há complicações decorrentes deste tipo de tratamento, pois a imunossupressão induzida pelo regime de condicionamento pré-Transplante de Medula Óssea torna o paciente temporariamente vulnerável a complicações que acarretam riscos não apenas à sua integridade física, mas também à sua saúde mental e qualidade de vida. Nos últimos anos, a qualidade de vida tem sido estudada em diferentes contextos de saúde e doença, uma vez que a enfermidade não afeta somente a dimensão física, mas também repercute sobre o estado psicológico do indivíduo, seu nível de independência e suas relações sociais. **Objetivos:** Verificar a percepção de qualidade de vida do paciente com diagnóstico de mieloma múltiplo no pré- transplante de medula óssea autólogo. **Material e Métodos:** A amostra foi composta por 18 pacientes com diagnóstico de MM em avaliação para realização de transplante de medula óssea autólogo. Dentre esses pacientes 56% eram do sexo feminino e com idade média de 58,67 anos (DP=7,8). Foi utilizado o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida (SF-36), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Ciconelli (1997), a partir do *Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey*. Trata-se de um instrumento de avaliação genérica de saúde, multidimensional, que avalia a qualidade de vida. **Resultados:** Os dados obtidos sugerem que os indivíduos apresentam uma redução nas atividades físicas detectada no domínio aspectos físicos do SF-36, assim como diminuição nas atividades sociais desses indivíduos. A saúde em geral, avaliada pelo domínio estado geral de saúde, assim como a saúde mental permanecem preservadas com valores de 82 [77-90] e 86 [71-97] respectivamente. **Conclusão:** A detecção de alterações na qualidade de vida antes da realização do transplante de medula óssea possibilita a equipe multiprofissional o direcionamento adequado das necessidades do indivíduo, proporcionando intervenções precoces em vários aspectos antes da realização do transplante em busca de alternativas que favoreçam ações que beneficiem o estado ideal de saúde.

E53

Os Principais Efeitos Colaterais Decorrentes dos Protocolos de Condicionamento Fludarabina e Bussulfano (FLU-BU) e Ciclofosfamida e Bussulfano (CY-BU) no Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) Alogênico.

José Carlos de Almeida Barros - Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini
Katia Cilene Victoriano dos Santos Marques - Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini
Katia Lima Ribeiro - Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini
Leila Lourdes Martins Perobelli - Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini
Maria Teresa Gomes Franco - Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini
Roselene Mesquita Augusto Passos - Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini

Introdução

O condicionamento é a parte fundamental no TCTH, pois visa a erradicação da doença de base com o menor efeito colateral possível. O termo condicionamento significa preparar o paciente para o transplante de medula óssea, e tem três objetivos: criar espaço na medula óssea que será preenchido com as células do enxerto, erradicar a doença de base e causar imunossupressão.

A quimioterapia mieloablativa é um tipo de condicionamento utilizado com esta finalidade, em paciente com neoplasias hematológicas no TCTH alogênico, com efeitos colaterais adversos.

Objetivo: Observar os principais efeitos colaterais decorrentes dos condicionamentos mieloablativos CY-BU e FLU-BU.

Metodologia: Estudo retrospectivo realizado através do levantamento de prontuários no período de Janeiro/2011 à Junho/ 2013.

Resultado: Foram analisados 23 transplantes alogênicos com estes condicionamentos, sendo 13 com FLU-BU e 10 com CY-BU. Dos 10 pacientes que receberam CY-BU, 7 eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino, com média de idade de 45 anos. Quanto à doença de base, 2 apresentavam o diagnóstico de Aplasia Medular, 7 Leucemia Mielóide Aguda (LMA) e 1 com Síndrome Mielodisplásica

(SMD). Dos 13 pacientes que receberam FLU-BU, 8 eram do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com média de idade de 42 anos. Quanto à doença de base, 5 apresentavam o diagnóstico de LMA, 5 com SMD, 1 com Linfoma Não-Hodgkin (LNH) e 2 com Leucemia Linfóide Aguda (LLA) .

No condicionamento FLU-BU, os efeitos colaterais observados foram: náuseas (30,76%) , vômitos (23,07%), diarreia (30,76%), mucosite grau II (53,84%) e grau III (23,07), ardência ocular (7,69%) e rash cutâneo (7,69%).

Nos pacientes que receberam o condicionamento CY-BU, os efeitos colaterais mais observados foram: náuseas (20%) mucosite grau II (40%) e grau III (30%) e hemátúria (10%).

Conclusão: Concluímos que a mucosite continua sendo o efeito colateral mais observado nos protocolos de condicionamento referidos no estudo. Porém, no condicionamento FLU-BU, a maioria dos pacientes apresentou mucosite grau II acompanhados de outros efeitos colaterais, enquanto no condicionamento CY-BU, os pacientes tiveram poucos efeitos colaterais quando comparados ao FLU-BU. Isto permite ao enfermeiro um melhor planejamento quanto às intervenções de enfermagem necessárias em relação aos efeitos colaterais observados no estudo.

E54

Follow Up De Uma Semana De Doadores REDOME

Miriam Baron - INCA
Alexandre José Almada - INCA
Ítala Coelho Martins Ferreira - INCA
Carlos Alberto Esteves Adão - INCA
Danielli Cristina Muniz de Oliveira - INCA
Douglas do Amaral Vidmontiene - INCA
Iracema Salatiel Barbosa de Alencar - INCA
Joseli Carvalho de Moura - INCA
Kátia Gonçalves de Magalhães - INCA
Luis Fernando da Silva Bouzas - INCA

É cada vez maior o número de TCTH com doadores do REDOME (registro de doadores voluntários não aparentados de medula óssea), órgão regulamentado pelo Ministério da Saúde. Uma dentre suas diversas atividades é convocar e acompanhar os candidatos selecionados a partir do resultado do exame de Tipagem Confirmatória até o momento da doação e após a mesma. Verificaremos suas expectativas quanto ao atendimento no Redome, nos centros de coleta durante processo de doação bem como seu perfil uma semana após o procedimento. OBJETIVO: este trabalho se propõe a conhecer a opinião dos doadores após follow up da primeira semana de coleta CTH para identificar intercorrências e providenciar posteriores melhorias. MATERIAL E MÉTODOS: foram avaliados 55 questionários de doadores após uma semana de coleta, no período de janeiro a junho de 2013, onde ocorreram 93 transplantes, considerando as seguintes variáveis: idade, sexo, tipo de coleta, estado físico e emocional, centros que participaram das coletas e expectativas quanto ao funcionamento do REDOME e atendimento nos centros de coleta onde também realizaram exames preliminares. RESULTADOS E CONCLUSÃO: a análise dos resultados mostrou que da população avaliada 55% são do sexo masculino; 36% com idade entre 18 e 29 anos, 47% entre 30 e 39, 15% entre 40 e 49 e 2% entre 50 e 55 anos. Quanto ao tipo de coletas, houve 69% medula óssea e 31% sangue periférico. No que tange ao Redome, as expectativas foram quase unânimes, 99% ficaram satisfeitos com o atendimento, 1% criticou a organização. 93% tiveram expectativas correspondidas nos centros em que realizaram a doação e 7% criticaram o sistema de condutas técnicas pré-coleta e o tempo longo demais no método por sangue periférico. 13% dos doadores se sentiram emocionalmente melhores que o habitual após a doação, sendo que 80% normal, 7% piores que antes e 0% muito piores que o habitual. Quanto ao estado físico, 82% se sentiram normais após o procedimento, 16% piores após

doação com mialgia difusa, pseudo aneurisma em membro inferior, e quando por sangue periférico apontaram náuseas, tonteiras e cefaléia e 7% muito piores, alegando tonteira, cefaléia e enjôo. Os centros de coleta que mais participaram no período estudado foram: GRAACC e Hospital Natal Center (10%); HCPOA, HCFMRP e HCUFPR (9%). Concluímos que as respostas foram em grande maioria positivas com relação a todos os itens do questionário. Estes resultados indicaram que o caminho trilhado está adequado e constatou-se a necessidade da sistematização da aplicação do follow up de um mês e seis meses.

E55

Antibioticoterapia até 60 Minutos para Pacientes com Neutropenia Febril, Submetidos à Transplante de Células Tronco Hematopoéticas

Tania Michele Barreto Waisbeck - Hospital Israelita Albert Einstein
Andrea Coletti - Hospital Israelita Albert Einstein
Andressa de Abreu Ferraresi - Hospital Israelita Albert Einstein
Andreza Alice Feitosa Ribeiro - Hospital Israelita Albert Einstein
Cristina Vogel - Hospital Israelita Albert Einstein
Guilherme Fleury Perini - Hospital Israelita Albert Einstein
Lelia Gonçalves Rocha Martin - Hospital Israelita Albert Einstein
Lidiane Soares Sodre da Costa - Hospital Israelita Albert Einstein
Nelson Hamerschlak - Hospital Israelita Albert Einstein

Pacientes submetidos à transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) são particularmente vulneráveis à complicações infecciosas visto o tempo prolongado de neutropenia. A administração imediata de antibióticos de amplo espectro é considerado padrão de cuidado para neutropenia febril. Diretrizes atuais recomendam o início de antibioticoterapia em até 1 hora, espelhando-se no padrão ouro "*Surviving Sepsis Campaign's*". O objetivo deste estudo foi avaliar o tempo para início de antibioticoterapia em pacientes com neutropenia febril, submetidos à TCTH. Realizamos análise retroativa de 47 prontuários, excluí-se 27 prontuários por ausência de febre no período da internação, ou devido febre e introdução de antibiótico fora do período de neutropenia, restando para estudo a análise de 20 prontuários. Utilizamos como critério de inclusão na busca dos pacientes neutropênicos a contagem de neutrófilos inferior à 500uL. Todos os pacientes analisados apresentavam contagem de neutrófilos: zero, 20% dos antibióticos foram introduzidos em vigência de alterações clínicas agudas, sem febre. A conduta tomada foi, em 80% dos casos coleta de hemocultura cateter venoso central e periférico, prévio à administração de antibióticos. O tempo médio entre a febre e/ou alteração clínica aguda e o início da terapia antimicrobiana foi de 43 min. 83% dos pacientes receberam antibiótico dentro de 60 minutos. De acordo com a análise retroativa realizada, considerando a importância da pontualidade no início da terapia antimicrobiana, com o objetivo de reduzir complicações, decorrentes de infecções bacterianas, como choque séptico e conseqüente transferência para unidade de terapia intensiva; instituímos o tempo para início da terapia antimicrobiana como indicador de qualidade da assistência, cuja meta é o início do antimicrobiano até 60 minutos após o reconhecimento da febre e /ou alterações clínicas agudas que precedem a mesma.

E56

Consumo energético-protéico durante internamento para TCTH alogênico

Ana Cláudia Thomaz - Hospital de Clínicas da UFPR
Carmem Bonfim - Hospital de Clínicas da UFPR
Carolline Ilha Silverio - Hospital de Clínicas da UFPR
Denise Johnsson Campos - Hospital de Clínicas da UFPR
Elena Emilia M Kieuteka - Hospital de Clínicas da UFPR

Introdução: Pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) sofrem efeitos tóxicos do condicionamento, entre eles sintomas gastrointestinais como inapetência, mucosite, náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal que alteram a ingestão de alimentos afetando negativamente o estado nutricional. **Objetivo:** Avaliar o consumo energético-protéico de pacientes submetidos ao TCTH. **Metodologia:** Estudo retrospectivo feito em um hospital universitário. Foram incluídos pacientes com idade superior a 3 anos, submetidos ao TCTH alogênico entre fevereiro de 2012 e junho de 2013. A avaliação do consumo energético-protéico foi realizada através da pesagem direta dos alimentos em um período de 4 semanas de internamento. A necessidade energética foi calculada utilizando a fórmula de Harris e Benedict para maiores de 18 anos e a de Schofield para pacientes entre 3 e 18 anos utilizando o fator estresse 1,5. A necessidade protéica foi considerada 1,5 g/kg de peso para adultos e 1,8 a 2,5 g/kg de peso para crianças e adolescentes de acordo com a idade. **Resultados:** Foram incluídos 70 pacientes, sendo que os pacientes que receberam terapia nutricional associada a alimentação via oral foram excluídos da amostra, resultando em 58 pacientes. Entre eles, 32 eram do gênero masculino (55,2%) e 34 menores de 18 anos (58,6%). Foram submetidos ao TCTH aparentado 45% dos pacientes e 55% não aparentado, 22,4% receberam condicionamento incluindo radioterapia corporal total. A média de tempo de internamento foi de 41±18 dias. A média do consumo energético durante o internamento foi de 645,9 kcal (36,75% do GET) para as crianças e adolescentes e 825,8 kcal (37,8% do GET) para adultos, enquanto o consumo médio de proteínas foi de 23,8 g (34% das necessidades) para as crianças e adolescentes e 31,9 g (34,8% das necessidades) para adultos, sendo que 28 pacientes permaneceram em jejum por uma média 3,6±2,4 dias. O percentual médio de perda de peso foi de 7,4% entre as crianças e adolescentes e 4,0% entre os adultos. Entre as crianças e adolescentes, 26 (76,5%) pacientes não atingiram 70% da necessidade energético-protéica na primeira semana de internação (condicionamento), 32 (94%) na segunda semana, 30 (88,2%) na terceira semana e 30 (88,2%) na quarta semana. Entre os pacientes adultos, 15 (62,5%) não atingiram 60% da necessidade energético-protéica na primeira semana de internação, 19 (79%) na segunda semana, 22 (91%) na terceira semana e 21 (87,5%) na quarta semana. **Conclusão:** Observou-se que durante as quatro semanas de internação para TCTH as metas calóricas e proteicas não são alcançadas pela maioria dos pacientes, principalmente na segunda e terceira semana, onde a ingestão alimentar diminui possivelmente pelos efeitos tóxicos do condicionamento. Fica evidente a necessidade de uma avaliação diária do consumo alimentar a fim de iniciar precocemente terapia nutricional para evitar a desnutrição e suas complicações.

F1

Mobilização com GCSF em pacientes submetidos à hepatectomia libera para o sangue periférico células tronco da medula óssea comprometidas com linhagem hepatocítica (CD34+/CXCR4/SDF1+) promovendo maior regeneração do fígado no pós operatório: Es

Ângela Cristina Malheiros Luzo - Liver Transplantation Unit? Gastroenterology Department, Faculty of Medical Sciences, University of Campinas São Paulo, Brazil/ Umbilical Cord Blood Bank, Hematology and Hemotherapy Center / INCT, University of Campinas, São Paulo, Brazil.

Adriana Silva Santos Duarte - Umbilical Cord Blood Bank, Hematology and Hemotherapy Center / INCT, University of Campinas, São Paulo, Brazil.

Cecília Escanhoela - Department of Pathologic Anatomy, Faculty of Medical Sciences, University of Campinas, São Paulo, Brazil.

Elaine Cristina Ataíde - Liver Transplantation Unit? Gastroenterology Department, Faculty of Medical Sciences, University of Campinas São Paulo, Brazil.

Ilka Boin - Liver Transplantation Unit? Gastroenterology Department, Faculty of Medical Sciences, University of Campinas São Paulo, Brazil.

Jazon Romiro Almeida - Gastroenterology Department University of Campinas, São Paulo, Brazil

Nelson Caserta - Radiology Department ? Faculty of Medical Sciences, University of Campinas, São Paulo, Brazil.

Ricardo Barros - Radiology Department ? Faculty of Medical Sciences, University of Campinas, São Paulo, Brazil.

Background and rationale: Liver tumors lead to partial hepatectomy, however extensive resections are critical. Granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) could increase the release of Liver compromised Bone Marrow Stem Cells, (LBMSC) immunophenotyped as CD34+/SDF1+/CXCR4+, enhancing liver repair. This prospective, double-blind and randomized, study aimed to investigate whether pre operatory G-CSF mobilization could induce a better recovery of remnant liver in patients undergoing partial hepatectomy. Seventy-nine patients with tumors submitted to partial hepatectomy from February 2010 until March 2011, were enrolled, 29 selected. Analyses were performed on day D0 (mobilization) D5 (surgery day), D10, D15, D30 and D60 post surgery. Patients were distributed into two groups: G-CSF and 0.9% saline (N G-CSF). Hepatic volumetry was performed by CTscan, multi-slice equipment. Non-parametrical statistical tests were applied considering $p < 0.05$ statistically significant. Mobilization was induced by G-CSF $10\mu\text{g}/\text{kg}/\text{sc}$ every day, during five days. Peripheral blood CD34+/CXCR4/SDF1+ cells were quantified by Flow cytometry, FACScalibur equipment, Cell Quest software acquisition, Infinicyt program and 100.000 analyzed events. CD34 APC, CD45 PERCP, CD184 PE, CD3 PE, CD19 FITC, CD14 FITC and CD33 APC antibodies were used. **Results:** There were more LBMSC in patient peripheral blood than in healthy control group $p = 0.0037$, pre mobilization at DO. When compared, Benign GCSF patient group released more LBMSC than the malignant $p=0.0045$ and healthy control group $p=0.00047$. LBMSC percentage increased on D5 and decreased thereafter in GCSF group. No tumor recurrence was detected in patients submitted to GCSF mobilization up to now. The remnant liver volume showed a great recovery in GCSF group at CT analysis. **Conclusion:** GCSF effectively mobilized LBMSC and enhanced liver recovery post hepatectomies.

G1

Map of human herpesviruses reactivation in the first 100 days after hematopoietic stem-cell transplantation.

Vanessa Emmel - CEMO-INCA
Bianca Gama - CEMO-INCA
Eliana Abdelhay - CEMO-INCA
Isabela Almeida - CEMO-INCA
Jorge Gomes - CEMO-INCA
Luis Fernando Bouzas - CEMO-INCA
Marta Colares Nogueira - CEMO-INCA
Rocio Hassan - CEMO-INCA

Introduction: Herpesvirus-mediated infections cause important complications early from stem-cell transplantation procedures, and are associated to enhanced morbidity and mortality. For the different viruses, the presence of viral DNA in cells or cell-free compartments may have different clinical and biological significance. Most data from time-associated patterns of herpesvirus infections come from developed countries, where different serologic donor-recipient status co-exist. **Objective:** The aim of this study was to describe time-frame and cell-compartment associations of herpesvirus infections after allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation (HSCT), by simultaneous detection of all human herpesviruses described to date -HSV1/2, VZV, EBV, CMV, HHV6, HHV7 and HHV8 - in plasma, peripheral blood mononuclear cells, and granulocytic cells in the first 100 days after HSCT. **Methods:** Eighty-nine patients submitted to allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation (HSCT) (77 related and 12 unrelated) were studied prospectively in a weekly basis from engraftment to D+100 post-HSCT. A total of 697 samples were analyzed by a multiplex PCR for HSV1/2, VZV, EBV, CMV, HHV6 and HHV7 DNA detection. CMV results were confirmed by qPCR assay (LOD 25 copies/ml plasma). HHV8 was evaluated separately. Pp65 antigenemia for CMV infection was routinely performed in all patients. **Results:** Active infection by HSV1/2 was detected in 3 (3.4%) patients, VZV in 4 (4.5%) patients, EBV in 25 (28%) patients, CMV (70%), HHV6 in 26 (29%) patients, HHV7 in 6 (7%) patients. HHV8 was not detected. Co-infections were detected in 27/89 patients

(30%), being CMV/EBV (30%), CMV/HHV6 (16%), EBV/HHV6 and CMV/EBV/HHV6 (13%), HHV6/HHV7 (11%) the most frequent. Multiple infections were observed in 2 patients. No differences was observed in related vs unrelated transplants (18% vs 25%, $p=0.7$). Considering the peak timing of herpesvirus infections, HSV was the first virus to appear (median time 27 days post-HSCT); and it was only detected in plasma. Median time for HHV6 detection was 31 days post-HSCT, viral DNA most often detected in blood cells than in plasma. CMV DNA detection had a median time of 42 days, detection in granulocytic fraction 88% of cases, MNC 67%, plasma 60%, AGN 31%. Median time for EBV appearance was 54 days, the viral DNA was most often detected in mononuclear cells. HHV7 DNA was not detected in plasma, the median time for appearance was 58 days. Finally, VZV was the last herpesvirus to appear (median time 79 days), only detected in plasma. **Conclusions:** Our study helps to depict a map of herpesvirus reactivation early after HSCT in an epidemiological setting characterized by almost universal seropositivity of donor and receptors. Few patients remained free of herpesviruses after HSCT, active infection with one virus or more were mostly sequential than concurrent. However, co-infection repeated episodes may identify patients with deeper immunological deficits. Our results also indicate the blood compartments that may reflect better and earlier the viral reactivation for rapid treatment onset.

G2

Caracterização Epidemiológica das Infecções Fúngicas Invasivas do Serviço de Hematologia e TCTH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Marina de Almeida Furlanetto - Serviço de Hematologia e TCTH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Alessandra Aparecida Paz - Serviço de Hematologia e TCTH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Gustavo Brandão Fischer - Serviço de Hematologia e TCTH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Liane Esteves Daudt - Serviço de Hematologia e TCTH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Lisandra Della Costa Rigoni - Serviço de Hematologia e TCTH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Lucia Mariano da Rocha Silla - Serviço de Hematologia e TCTH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Sheila Nogueira do Amaral - Serviço de Hematologia e TCTH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Valério Aquino - Serviço de Microbiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Infecção fúngica invasiva é uma das principais causas de morbimortalidade em pacientes com doenças oncohematológicas ou submetidos a Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH), principalmente durante períodos prolongados de neutropenia. O uso de profilaxia antifúngica em pacientes de alto risco reduziu o número de infecções por *Candida* melhorando a sobrevida destes pacientes. Como consequência, houve um aumento na frequência de outros fungos invasivos. Além disso, fatores de risco adicionais, como o uso de corticóides, terapia imunossupressora, Doença do Enxerto contra o Hospedeiro e doença refratária também devem ser considerados. O diagnóstico precoce é difícil, porém decisivo no desfecho clínico, considerando as altas taxas de mortalidade associadas a esse tipo de infecção. O advento de exames laboratoriais preditivos da doença, como a galactomanana, auxilia na avaliação e instituição precoce do tratamento.

Objetivos: Avaliar perfil microbiológico, características clínicas, dosagem de galactomanana, tratamento e desfecho nos pacientes com doença oncohematológica ou submetidos ao TCTH com infecção fúngica invasiva comprovada.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de coorte, através do banco de dados do Serviço de Hematologia e TCTH no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012 dos pacientes que tinham comprovação microbiológica de infecção fúngica invasiva.

Resultados: Avaliados 29 pacientes com as seguintes características: 16 (55%) eram do sexo masculino. 9 (31%) estavam em tratamento quimioterápico em altas doses para Leucemia Mielóide Aguda; 11(37%) submetidos ao TCTH Alogênico, sendo 7(63%) não aparentado; e 9 (31%) em tratamento para outras neoplasias hematológicas. O principal fungo identificado foi *Aspergillus* sp. com 18(62%) casos. 4 (13,7%) pacientes apresentavam infecção por *fusarium*, 3 (10,2%) por *mucor* e restante com fungos diversos. Realizado dosagem seriada de galactomanana em 24 pacientes, sendo 12 (50%) positivos. Os principais sítios de infecção foram seios da face (34,4%) e pulmonar (27%),

com 5 (17,2%) pacientes apresentando infecção em ambos sítios. O tratamento instituído foi ressecção cirúrgica quando indicada, associado com terapia antifúngica com voriconazol nos paciente com infecção por aspergillus. No restante, fez -se o uso de anfotericina e em casos refratários associação de antifúngicos com micafungina ou caspofungina. A taxa de mortalidade foi de 51,7% (15 casos), sendo que 7 (46%) desses encontravam-se com a doença hematológica em atividade.

Conclusão: O principal agente causador de infecção fúngica invasiva comprovada foi *Aspergillus* e, após, *fusarium*. Esse perfil microbiológico provavelmente deva-se ao uso de profilaxia com fluconazol nos pacientes em uso de quimioterapia em altas doses, reduzindo o número de infecções por *cândida*. O uso de galactomanana tem auxiliado no diagnóstico preemptivo dessas infecções, porém somente 50% dos pacientes com infecção fúngica comprovada por *aspergillus*, apresentavam resultado positivo. A taxa de mortalidade foi de 51%, reiterando a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce.

G3

PARVOVIRUS B19 IN THE CONTEXT OF HEMATOPOIETIC STEM-CELL TRANSPLANTATION: EVALUATING CELL DONORS AND RECIPIENTS

Rocio Hassan - CEMO-INCA
Bianca Gama - CEMO-INCA
Eliana Abdelhay - CEMO-INCA
Jorge Gomes - CEMO-INCA
Leonardo Arcuri - CEMO-INCA
Luis Fernando Bouzas - CEMO-INCA
Marta Colares Nogueira - CEMO-INCA
Rita de Cassia Tavares - CEMO-INCA
Vanessa Emmel - CEMO-INCA

Parvovirus B19 is a common human pathogen, member of the family *Parvoviridae*, subfamily *Parvovirinae*, genus *Erythrovirus*. Parvovirus B19 has been found to cause a wide variety of hematological disorders, such as transient red cell aplasia and aplastic crisis, chronic anemia, leukopenia, neutropenia, and thrombocytopenia. In immunocompetent individuals, infection is characterized by an asymptomatic or mild disease. Then, a short-lived, high-level viremia appears, declining with the appearance of specific antibodies. The issue of B19V genomic DNA persistence for a long time in several human tissues is controversial. Spleen, tonsils, liver, heart, skin, brain, myocardium, synovial and testicular tissues as well as bone marrow, were already reported in both symptomatic and asymptomatic subjects. Although the molecular and cellular mechanisms of persistence remain undefined, it raises questions about potential virus transmissibility and its effects in the context of immunosuppressed hematopoietic stem-cell (HSCT) recipients. With this aim, we retrospectively screened 115 samples from allogeneic and non-allogeneic healthy stem-cell donors from January 2011 to May 2013. Our sample set was represented by 112 peripheral blood and 3 bone marrow samples. Using a previously described seminested-PCR approach able to detect a conserved sequence from the three B19V genotypes, we found 8 positive samples: 7 from peripheral blood and 1 from bone marrow (BM), yielding a 7% of parvovirus prevalence in healthy individuals. From the 8 B19+ donors, 2 samples were collected close to transplantation and 6 in the same day of transplantation. Unfortunately, no serology studies are available. Pre and post HSCT samples (n=47) from the 8 receptors of those donors were investigated and 1/8 cases exhibited B19 DNA in the post-HSCT follow-up (D+60) in a BM sample. Direct DNA sequencing was performed to determine the genotype of B19 isolates and classification was performed by phylogenetic reconstruction (Neighbour joining); results from 4 donors and the positive receptor showed the presence of genotype 1 of B19. The positive pair of recipient and donor displayed a similar type 1 genotype but harbored different substrain polymorphisms not confirming the hypothesis of transmission by HSCT, suggesting primoinfection/reinfection, endogenous viral reactivation from the receptor or co-infection which has to be confirmed by cloning. Our data raises attention to the lack of knowledge of parvovirus B19 infections in the context of HSCT and reinforces the need of research to determine the importance of B19 screening at the pre-transplantation work-up.

G4

Fatores associados a perda de peso no pós transplante de células tronco hematopoiéticas

Denise Johnsson Campos - Hospital de Clínicas UFPR
Amanda Cristina de Oliveira - Hospital de Clínicas UFPR
Ana Claudia Thomaz - Hospital de Clínicas UFPR
Carol Ilha Silverio - Hospital de Clínicas UFPR
Elena Emilia Kieuteca - Hospital de Clínicas UFPR
Guilherme Figueiredo - Hospital de Clínicas UFPR
Regina Vilela - Hospital de Clínicas UFPR
Taís Milene Calvetti - Hospital de Clínicas UFPR

Pacientes submetidos ao transplante de células tronco-hematopoiéticas (TCTH) recebem altas doses de quimioterapia citotóxica, com ou sem radioterapia corporal total, levando a imunossupressão, hipercatabolismo e repercussões no sistema gastrointestinal. Aliado a este fato, há uma diminuição da ingestão alimentar com prejuízo ao estado nutricional. Objetivo: Avaliar fatores relacionados a perda de peso (PP%) durante o internamento para TCTH. Metodologia: Foram coletados dados das fichas de acompanhamento nutricional de 70 pacientes internados na Unidade de Transplante de Medula Óssea de um hospital universitário de Curitiba-PR, no período de outubro de 2011 a maio de 2013, sendo que destes 45 foram excluídos devido a falta de dados. Foi avaliada a correlação, por meio do teste Qui-Quadrado de Pearsom, entre a perda de peso e o tipo de condicionamento, imunoprofilaxia, grau de mucosite e média de déficit calórico e proteico de pacientes submetidos ao TCTH. Resultados: Dos 25 pacientes analisados, 17 (68%) eram do sexo masculino, com média de $18 \pm 13,59$ anos e média de perda de peso nos primeiros 30 dias pós transplante de $8,9\% \pm 4,04$. Quanto ao tipo de condicionamento, o esquema mais utilizado foi com ciclofosfamida, globulina antitumoral e radiação corporal total (32%). A imunoprofilaxia mais adotada foi com metotrexate e ciclosporina (76%). Com relação ao desenvolvimento de mucosite, 36% dos pacientes apresentaram grau 3 e 28% grau 2. A média de déficit calórico foi de $1222,8\text{kcal por dia} \pm 485,81$ e de proteína $56,2\text{g} \pm 31,46$. Não houve correlação significativa entre %PP e o tipo de condicionamento, a imunoprofilaxia adotada, o grau de mucosite ou o déficit calórico e proteico. Porém observou-se correlação significativa entre o grau de mucosite e o déficit calórico ($p=0,01$) e proteico ($p=0,02$). Conclusão: Pode-se concluir que a presença de mucosite interfere significativamente na baixa ingestão alimentar, tanto calórica quanto proteica, de pacientes submetidos ao TCTH. Portanto, a terapia nutricional nestes pacientes tem papel fundamental a fim de minimizar a perda de peso e consequente decréscimo do estado nutricional durante o tratamento.

G5

Prognostic Factors Affecting Outcomes of Adult Patients after Allogeneic Transplantation for Hematological Malignancies from Unrelated Donors

Andresa Lima Melo - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Caroline Bonamin Sola - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Daniela Carinhonha Setubal - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Diogo Cardoso Kloppel - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Elenaide Coutinho Nunes - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Larissa Alessandra Medeiros - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Marco Antônio Bitencourt - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Mariester Malvezzi - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Michel Michels Oliveira - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Noemi Farah - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Ricardo Pasquini - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Samir Nabhan Kanaan - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Background: High risk hematologic malignancies may be effectively treated by allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). However, about 70% of patients don't have an HLA matched sibling donor. Thus, searching for alternative donors is warranted. This analysis has the objective of identifying risk factors after unrelated HCT in adults with hematologic malignancies.

Patients and Methods: a retrospective analysis was performed on all patients over 14 years treated with unrelated HCT for treatment of hematologic malignancies from January 1995 to June 2013 in our center. We analyzed characteristics of these patients, overall survival and identified risk factors for survival and transplant-related mortality (TRM). Statistical analyses were performed using Graphpad Prism version 6.0, Fisher exact and Kaplan-Meier. Advanced disease (AD) was classified as refractory disease, relapse, partial response or blastic crisis in chronic myeloid leukemia (CML); Intermediate disease (ID): second remission or accelerate phase of CML; and Early disease (ED): first complete remission or first chronic phase of CML.

Results: 145 patients with median age 29 years were included. There were 42,7% (n=62) females and 57,3% (n=83) males. Most HCT were full matched HLA (10 out of 10 antigens) 58% (n=84) and the remaining patients received mismatched transplants 42% (n= 61). Diagnosis were: CML 33,7% (n=49), acute myeloid leukemia or myelodysplasia 30,3% (n=44), acute lymphoid leukemia 26,2% (n= 38) and other diseases 6,8% (n=10). Most patients had AD 45,6% (n=66), 22% (n=32) ID and 32,4% (n=47) had ED. Bone marrow was source of stem cells in 77,2% (n=112) of cases, peripheral blood in 13,7% (n=20) and cord blood in 9,1% (n=13). Conditioning was myeloablative (MC) in 93,1% (n=135) and reduced-intensity in 6,9% (n=10). Thirty-five percent (n=51) of patients developed acute graft versus host disease (aGVHD) and 24,8% (n=36) chronic graft versus host disease (cGVHD). The median survival was 178 days (range: 1 to 5697). Fifty-three percent (n=78) died in first year post-HCT, and the main causes of death in this group was: infection 42,5% (n= 34) - bacteria 59% (n=20), fungus 32% (n= 11) and virus 9% (n= 3); graft failure 19,2% (n= 15); or relapse 12,8% (n=10). In this group, 63% (n=49) had AD. Patients who survived over the first year reached 70% (n=51) median overall survival in five years. Survival was higher in full-match HSCT (p=0,0186), MC (p<0,0001) and in patients who developed cGVHD (p=0,0002) and lower in AD group (p<0,0001).

Conclusion: Patients with advanced disease have low overall survival despite the HSCT, which leads us to conclude that this group should be individualized as the decision of the HCT. HLA full matched donors, MC and c-GVHD were associated with higher overall survival. The most important cause of death was bacterial, which suggest us that prophylaxis and intensive supportive measures should be improved for these patients.

G6

Results of Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation For Chronic Myelogenous Leukemia Patients Who Failed Tyrosine Kinase Inhibitors.

Andresa Lima Melo - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Ana Lucia Vieira Mion - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Caroline Bonamin Sola - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Daniela Carinhonha Setubal - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Diogo Cardoso Kloppel - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Larissa Alessandra Medeiros - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Mariester Malvezzi - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Noemi Farah - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Ricardo Pasquini - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Vaneuza Araújo Moreira Funke - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Background: Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is an effective and potentially curative

therapy for patients with chronic myelogenous leukemia (CML). The number of HSCTs for CML has declined over the past 10 years with the development of tyrosine kinase inhibitors (TKI). Currently most patients have been transplanted for CML in advanced phases or after therapeutic failure with TKIs. Our goal was analyzing the results of the HSCT in patients who failed TKI and identifying prognostic factors for survival.

Design and Methods: We reviewed the outcomes of ITK-resistant CML patients, who underwent HSCT in period 2001 to 2013 at our center. Statistical analyses were performed using Graphpad Prism version 6.0, Fisher exact test was used to compare categorical variables and Kaplan-Meier method to evaluate the survival.

Results: There were 38 patients: chronic phase 44,7% (n=17), accelerated phase, 47,3% (n=18) and blast phase 8% (n=3). Fifty-five percent (n=21) were males and 45% (n= 17) were females. Median age was 36,5 years (10 to 60). Eighty-nine percent (n= 32) received myeloablative regimen (MA) and 11% (n= 4) received reduced intensity conditioning (RIC). Forty-five percent (n= 17) of HSCT was related and 55% (n= 21) was unrelated. Bone marrow was the stem cell source in 42% (n= 16), cord blood in 11% (n= 4) and peripheral blood in 47% (n= 18) of patients. Full matched HSCT was performed in 79% (n= 30) patients and mismatched HSCT was performed in 21% (n= 8). Median time from diagnosis to HSCT was 53 months (12 to 162). The median survival was 405 days (20 to 3351) and the 5-year overall survival was 37%. Forty-six percent (n= 17) had searched for mutations before HSCT and six patients had mutation identified (1 M244V, 1 D276G, 1 Y253, 1 E279K, 1 F317L and 1 L248V). All patients with mutations died in first six months pos-HSCT. The main causes of death were progression (n=9), infections (n= 9) and graft versus host disease (GVHD) (n= 4). Bcr-abl quantification after HSCT was available in two third of patients (n= 26): 50% (n=13) had major molecular response, 35% (n=9) undetectable transcripts and 15% (n= 4) didn't have molecular response. Twenty-nine percent (n=11) patients had acute GVHD (aGVHD) and 26% (n= 10) had chronic GVHD (cGVHD). Molecular response after HSCT, cGVHD, related HSCT and absence mutation correlated with better survival: p= 0,0148, p= 0,026, p= 0,036 and p= 0,0005 respectively. Survival was lower for patients with graft failure and relapse (p= 0,0012). TRM was higher in mutation group (p= 0,042 - 95%IC: 0,7-339).

Conclusion: Status of disease didn't correlate with lower survival. Molecular response after HSCT, cGVHD, related HSCT and absence mutation correlated with better survival, while graft failure and relapse were associated to poorer survival. HSCT is still an important salvage option for TKI-resistant patients, although more studies are necessary to evaluate the impact of pre-transplant mutations.

G7

Afecções cutâneas parasitárias em transplante de medula óssea. Relatos de casos.

Mair Pedro de Souza - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Aline Saggioro - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Ana Gabriela Salvio - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Anderson João Simione - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Barbara Leite de Sousa - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Camila Fernanda Zanon Martins - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Camilla Ferraz Filipi - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Clarisse Martins Machado - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Ederson Roberto de Mattos - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Fernanda Leite de Sousa Franceschi - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
José Getulio Martins Segalla - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Larissa Polis - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Lucia Helena de Almeida Testa - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Marcos Augusto Mauad - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Vergilio Antonio Rensi Colturato - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Wellington Moraes de Azevedo - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP

O acometimento cutâneo por doenças infecto parasitárias tem fortes implicações com aspectos socioeconômicos e sanitários de uma população. As reconhecidas dificuldades da população brasileira, nesses aspectos, acabam por repercutir na saúde de nossos pacientes e isso inclui cenários menos prováveis, como os pacientes com indicações de Transplantes.

Candidatos ao transplante de medula são, habitualmente, orientados à mudanças de hábitos e estimulados a observarem cuidados higiênicos mais rigorosos. Apesar disso, podem não estar livres de mazelas sociais. Descrevemos três casos vivenciados entre nossa clientela:

Caso 1. MSM, portadora de Leucemia Mielóide Crônica, segunda fase crônica, se apresenta, no dia da internação para transplante, apresentando lesões cutâneas em região plantar, seguindo trajeto serpiginoso, altamente pruriginosas com halo eritematoso e edema. Diagnóstico: **Larva Migrans Cutânea**. A larva migrans é causada por nematodios do gênero *Ancylostoma*, mais frequentemente o *Ancylostoma braziliense* e o *Ancylostoma caninum*. Tratamento: crioterapia e Albendazol.

Caso 2. VAS, 2 anos, em d+134 pós transplante alogênico aparentado, ainda em terapia imunossupressora e apresentando lesão periungueal em halux, papular, com três milímetros de diâmetro, e com região central enegrecida e puntiforme. Diagnóstico: **Tunga penetrans**. A tungíase é causada pela penetração e subsequente crescimento da fêmea da pulga *T. penetrans* na epiderme do hospedeiro. As áreas preferenciais de penetração no homem são os pés nas áreas interdigitais e periungueal. Tratamento: remoção mecânica e antibióticos.

Caso 3. LMS, 17 anos, em d+264, pós transplante alogênico aparentado, fora de terapia imunossupressora e com lesão papulo-nodular com 1,5cm de diâmetro, ligeiramente dolorosa, eritematosa e com pequeno orifício central. Diagnóstico: **Miíase Cutânea**. Miíases são afecções causadas pela presença de larvas de moscas em órgãos e tecidos do homem ou de outros animais vertebrados, onde elas se nutrem e evoluem como parasitas. Tratamento: remoção mecânica e antibioticoterapia.

G8

Doença Exerto contra o Hospedeiro Aguda, estádios III e IV, incidência e impacto na mortalidade e na incidência de recidivas, em portadores de hemopatias malignas. Experiência do Serviço de Transplantes de Medula Óssea do Hospital Amaral Carvalho d

Mair Pedro de Souza - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Aline Saggioro - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Anderson João Simione - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Barbara Leite de Sousa - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Camila Fernanda Zanon - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Camilla Ferraz Filipi - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Clarisse Martins Machado - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Ederson Roberto de Mattos - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Fernanda Leite de Sousa Franceschi - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
José Getulio Martins Segalla - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Larissa Polis - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Lucia Helena de Almeida Testa - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Marcos Augusto Mauad - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Vergilio Antonio Rensi Colturato - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Wellington Moraes de Azevedo - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP

Introdução:

A Doença Enxerto contra o Hospedeiro (DECH) é uma importante causa de mortalidade e morbidade nos transplantes de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH), Estudamos a ocorrência da DECH aguda e seu impacto na mortalidade e nas taxas de recaídas.

Objetivos:

Avaliar a ocorrência da DECH aguda, entre pacientes submetidos à TCPH alogênico, aparentados, no período de agosto de 1996 a fevereiro de 2013. Analisar a ocorrência da DECH aguda e seu impacto na mortalidade e nas taxas de recaídas entre portadores de neoplasias hematológicas.

Material e métodos:

Análise retrospectiva dos registros e prontuários, considerando todos os transplantes alogênicos, aparentados, independente da idade e regimes de condicionamento.

Resultados e discussão:

Durante o período, foram realizados 752 transplantes alogênicos, envolvendo doadores aparentados, sendo 396 (53%) portadores de patologias consideradas de baixo risco (leucemias em primeira remissão, fase crônica da LMC, mielodisplasias de baixo risco); 187 (25%) doenças intermediárias (Leucemias em segunda remissão, ou ulteriores, mielodisplasias de risco intermediário, segunda fase crônica de LMC) e 169 (22%) com doenças em atividade e chamados alto risco. Os regimes de condicionamento mieloablativos foram utilizados em 654 (87%) e não mieloablativos em 98 (13%). A idade mediana de 31(0,8 a 64) anos.

As células tronco obtidas pela punção da medula óssea foram utilizadas em 406 (54%) procedimentos. As células obtidas em sangue periférico foram utilizadas em 346 (46%).

Como profilaxia da DECH, a combinação da Ciclosporina com o Methotrexato foi utilizada em 612 (82%) transplantes. A associação da Ciclosporina com o Micofenolato de Mofetila, em 75(10%). Outras profilaxias em 65 (8%).

Quanto a estratificação da doença: 396 (53%) foram considerados de baixo risco; 187 (25%) risco intermediário e 169 (22%) alto risco. A incidência, nos estádios III e IV, foi de 13%. Entre os doentes de baixo risco a ocorrência de DECH III e IV foi de 10%, no risco intermediário 15% e nos pacientes de alto risco 18%. A Sobrevida Global, nos diferentes níveis de risco, pode ser vista na **tabela 1**:

Sobrevida Global					
Baixo risco		Risco intermediário		Alto risco	
Sem DECH	DECH III e IV	Sem DECH	DECH III e IV	Sem DECH	DECH III e IV
68%	35%	54%	19%	46%	13%
P<0,0001		P=0,012		P=<0,001	
Incidência cumulativa de recidivas					
Baixo risco		Risco intermediário		Alto risco	
Sem DECH	DECH III e IV	Sem DECH	DECH III e IV	Sem DECH	DECH III e IV
38%	24%	50	35	68%	58%
P=0,203		p=0,961		p=0,978	

Tabela 1: Sobrevida Global e Incidência cumulativa de recidivas, segundo condições de risco da doença.

Conclusões:

Houve importante impacto na Sobrevida Global e não houve impacto significativo na incidência cumulativa de recidivas quando da ocorrência de DECH aguda Graus III e IV. O esperado impacto de efeitos enxerto versus tumor não pode ser evidenciado nessa coorte.

G9

Doença Enxerto contra o Hospedeiro Aguda, incidência e impacto na mortalidade. Experiência do Serviço de Transplantes de Medula Óssea do Hospital Amaral Carvalho de Jaú, SP.

Mair Pedro de Souza - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Aline Saggioro - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Anderson João Simione - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Camila Fernanda Zanon Martins - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Camilla Ferraz Filipi - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Clarisse Martins Machado - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Ederson Roberto de Mattos - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Fernanda Leite de Sousa Franceschi - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
José Getulio Martins Segalla - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Larissa Polis - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Lucia Helena de Almeida Testa - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Marcos Augusto Mauad - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Vergilio Antonio Rensi Colturato - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP
Wellington Moraes Azevedo - Fundação Hospital Amaral Carvalho - Jaú-SP

Introdução:

A Doença Enxerto contra o Hospedeiro (DECH) é a síndrome clínica que ocorre com o receptor de transplante de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH), causada por células T maduras do enxerto (doador) sobre as células do hospedeiro e que resulta na principal causa de mortalidade e morbidade nos TCPH alogênicos. Estudamos a ocorrência da DECH aguda e seu impacto na mortalidade global.

Objetivos:

Avaliar a ocorrência da DECH aguda, entre pacientes submetidos à TCPH alogênico, aparentados, no período de agosto de 1996 a fevereiro de 2013. Analisar o impacto da doença na Mortalidade Global.

Material e métodos:

Análise retrospectiva dos registros e prontuários, considerando todos os transplantes alogênicos, aparentados, independente da idade e regimes de condicionamento.

Resultados e discussão:

Durante o período, foram realizados 866 transplantes alogênicos, envolvendo doadores aparentados, sendo 752(87%) portadores de patologias onco-hematológicas e 114(13%) doenças não malignas. Os regimes de condicionamento mieloablativos foram utilizados em 738(85%) e não mieloablativos em 128(15%). A idade mediana de 32(0,8 a 64) anos e 502(58%) eram do sexo masculino e 364(42%) feminino.

As células tronco obtidas pela punção da medula óssea foram utilizadas em 448(52%) procedimentos. As células obtidas em sangue periférico foram fonte de células tronco em 412(47%). Em 6(1%) dos procedimentos foram utilizadas ambas as fontes.

Como profilaxia da DECH, a combinação da Ciclosporina com o Methotrexato foi utilizada em 705(81%) transplantes. A associação da Ciclosporina com o Micofenolato de Mofetila, em 85(10%) Uma estratégia diferenciada de profilaxia da DECH foi utilizada em 18(2%) pacientes em que houve aplicação de duas doses de Ciclofosfamida, após a infusão das células tronco.

A DECH aguda ocorreu em 321(37%). A Sobrevida Global foi inferior entre os pacientes que apresentaram a DECH aguda, quando comparados com os que não apresentaram a doença(52% x 43%, $p=0,001$). Na DECH aguda estádios III e IV a sobrevida Global foi de 24%, e muito inferior em relação aos pacientes que não apresentaram DECH aguda, 52% ($p<0,0001$) Não foram observadas diferenças na ocorrência da DECH aguda, em função da fonte de células utilizada ($p=0,113$). Quando um doador do sexo feminino foi utilizado para receptor masculino a ocorrência de DECH aguda foi a mesma que a observada entre os outros transplantados ($p=0,870$).

Conclusões:

Considerando a heterogeneidade da população estudada, que compreende todos os transplantes alogênicos aparentados e sem incompatibilidades, mas em diferentes idades e patologias, a ocorrência da DECH teve impacto significativo na mortalidade global e esse achado foi visto de forma ainda mais expressiva na DECH estádios III e IV.

G10

Incidência e Caracterização de Cistite Hemorrágica em Pacientes Submetidos a Transplante de Células Tronco Hematopoéticas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Sheila Nogueira do Amaral - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Alessandra Aparecida Paz - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Gustavo Brandão Fischer - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Liane Esteves Daudt - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Lisandra Della Costa Rigoni - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Lucia Mariano da Rocha Silla - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Marina de Almeida Furlanetto - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Cistite Hemorrágica é causa frequente de morbidade pós Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH), com incidência variando de 20 – 30%. A forma precoce (durante as primeiras duas semanas após o transplante) está relacionada ao efeito tóxico de drogas usadas no condicionamento, sendo a ciclofosfamida a principal delas. Já a forma tardia é causada por infecções virais (BK vírus, citomegalovírus, adenovírus, JC vírus) e está diretamente associada à intensidade de imunossupressão.

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo caracterizar e descrever epidemiologicamente a ocorrência de cistite hemorrágica em nosso Centro.

Materiais e Métodos: Foram analisados dados de prontuário de 293 pacientes submetidos a TCTH alogênico em um Centro durante o período de Janeiro de 2001 a Abril de 2013.

Resultados: Dos 293 pacientes analisados, 31 (10,5%) apresentaram cistite hemorrágica. A média de idade foi de 33 anos ($DP \pm 13,3$), sendo a maioria dos pacientes (80,6%) do sexo masculino. Em relação à doença de base, 51,6% apresentavam Leucemias Agudas. Doador relacionado foi utilizado em 80,6% dos casos. Cistite grau 3-4 foi diagnosticada em 17 pacientes (54%). Apesar de 90,8 % dos pacientes terem recebido Ciclofosfamida durante o condicionamento, todos os 31 casos foram classificados como tardios. O principal agente etiológico isolado foi Poliomavírus (46,2%), seguido pela combinação Poliomavírus + Citomegalovírus (CMV) - 38,5%. Apenas 15,4% dos pacientes apresentaram infecção somente por Citomegalovírus. Os tratamentos utilizados foram hidratação e irrigação vesical, além de Cidofovir (infecção somente por poliomavírus), Ganciclovir e Foscarnet – este último na suspeita de infecção por CMV resistente. Oxigenoterapia hiperbárica foi indicada para 4

pacientes (com apresentação grau 3 ou 4) e um paciente (grau 4) necessitou de embolização seletiva de artéria vesical. Vinte e cinco pacientes (80, 6%) obtiveram remissão. Dentre os pacientes portadores de cistite hemorrágica, a taxa de mortalidade foi de 19,2%, não sendo possível, entretanto, correlacioná-la à cistite.

Conclusão: No grupo de pacientes analisados, observou-se incidência de cistite hemorrágica semelhante a encontrada em outras séries. Poliomavírus foi o principal agente etiológico isolado. Entretanto, em nosso Centro dispomos apenas de PCR qualitativo. Portanto, não se pode descartar que a viriúria tenha ocorrido durante o período de neutropenia, sendo a cistite resultado da recuperação imunológica e conseqüente surgimento da lesão ou, ainda, persistência da infecção. Devido à variabilidade da apresentação e do curso clínico, tem-se uma dificuldade na padronização do tratamento.

G11

MUCOSITE: UMA REAÇÃO COLATERAL PÓS - TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

ALEXANDRA ALVES DE SOUZA - HUWC
ANDRÉIA FARIAS GOMES - HUWC
DIANE SOUSA SALES - UNIFOR
ISADORA MARQUES BARBOSA - HUWC
JOSEFA SOUSA BRAGA - HUWC
LIDIANE MARHA DE SOUZA OLIVEIRA - HUWC
LIDUINA DE SOUZA COSTA - HUWC
MONA LISA MENEZES BRUNO - HUWC
MONICA WALESKA GOMES NUNES - HUWC
SOCORRO MILENA ROCHA VASCONCELOS - HUWC

INTRODUÇÃO: A boca é local de frequentes complicações relacionadas ao transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) tais como xerostomia, disgeusia, disfagia, mucosite, infecções oportunistas e doença do enxerto contra hospedeiro (DECH). Sabe-se que estas complicações podem comprometer a qualidade de vida do paciente e interferir na morbidade pós-TCTH. A mucosite representa seguramente um dos mais comuns e graves efeitos colaterais do transplante de medula óssea, podendo ocorrer também em outros pacientes oncológicos, em função da quimioterapia empregada, que além de impedir a multiplicação das células oncológicas, bloqueia também a proliferação das células do trato gastrointestinal (TGI). **OBJETIVO:** Identificar os principais sintomas de mucosite nos pacientes pós-TCTH. **METODOLOGIA:** O presente estudo é do tipo pesquisa documental, de caráter descritivo, inserido numa abordagem quantitativa. Analisou-se 9 casos de pacientes que foram submetidos ao TMO e desenvolveram mucosite. Buscou-se respeitar os princípios éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS:** Os sintomas dependem da gravidade do quadro e podem variar desde diarreia, náuseas, vômitos a até disfagia grave que incapacita a alimentação devido à necrose superficial da mucosa. A mucosite é classificada conforme sua gravidade em 5 graus. Chama-se de grau zero a mucosa normal, grau 1 quando ocorre só o eritema, de grau 2 e 3 quando a mucosa apresenta eritema e ulcerações sendo que no grau 3 o paciente não consegue ingerir alimentos sólidos. Na mucosite grau 4, o grau de acometimento da mucosa impede ingestão de alimentos líquido e sólidos, fazendo-se necessária a alimentação parenteral. Dos 78 pacientes que realizaram o transplante de medula óssea na Unidade de estudo, apenas nove desenvolveram a patologia com classificação de grau II com cinco, e grau III foram quatro pacientes. a avaliação da mucosa oral com o relato de recusa alimentar devido a dor permitiram o diagnóstico e a classificação da reação. Com isso, sendo necessário uma atuação multiprofissional com apoio do médico, enfermeiro e o nutricionista para acompanhar o paciente e não iniciar uma alternativa mais invasiva como a nutrição parenteral. **CONCLUSÃO:** A mucosite é uma reação adversa aguardada em muitos momentos pela equipe de saúde, sendo que a avaliação diária da mucosa oral, a anamnese com o paciente do bem-estar diário e a observação da ingestão do alimento permite um cuidado direto.

G12

Utilização do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) - Valvulado em Pacientes Submetidos à Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) Alogênico

Raquel Maria Pereira - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Cleocir Marta Tecchio - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Denise Pereira Neto - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Fabiane de Ávila Marek - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Katia Kosciuk Lima - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rita Maria Soares - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Vânia Mari Matté - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Vinicius Souza dos Santos - Santa Casa de Porto Alegre

Introdução: O conhecimento em enfermagem vem sendo construído baseado na busca de soluções aos problemas emergentes de sua prática. Alguns pacientes que realizam TCTH alogênico, necessitam manter um acesso venoso seguro por tempo prolongado após a alta hospitalar. Estes pacientes são acompanhados na modalidade de Hospital Dia (HD) para monitoramento e continuidade do tratamento, como a realização de infusões de terapias intravenosas diversas, transfusões de hemocomponentes e coletas de exames laboratoriais. Em nossa instituição, a opção de uso do PICC – valvulado nestes pacientes tem sido adotada por apresentar baixos índices de infecção e complicações, manuseio fácil, e seguro, e oferecer facilidades no cuidado domiciliar. **Objetivo:** Descrever a utilização PICC-valvulado em pacientes submetidos à TCTH alogênico que necessitavam de acesso venoso seguro após alta hospitalar. **Método:** Trata-se um estudo coorte retrospectivo com 20 pacientes que utilizaram PICC - valvulado como acesso venoso central após TCTH alogênico. O período de coleta de dados foi de 24/02/2011 a 22/05/2013, sendo analisados por meio de prontuário eletrônico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição. **Resultados:** A amostra foi composta 20 pacientes adultos. Destes 16 (80%) do sexo masculino e 4(20%) do sexo feminino. As principais patologias encontradas foram Leucemia Mielóide Aguda 8 (40%), LLA 4 (20%), Aplasia de Medula Óssea 2 (10%), Síndrome Mielodisplásica 2(10%), Leucemia Mielóide Crônica 2(10%), LLC 1(5%) e Linfoma Não Hodgking 1(5%). Os principais motivos de retirada do PICC foram: término do tratamento 6(30%), óbito 6(30%), tração acidental 4(20%) e suspeita de infecção sem comprovação por hemocultura 4(20%). Sendo que a média de permanência do uso do acesso foi de 75,2 dias. **Conclusão:** Para a continuidade do tratamento pós TCTH alogênico, no HD, nos primeiros 100 dias, o PICC- valvulado representou uma alternativa viável. Apresentou menor índice de complicações, evitou múltiplas punções, e mostrou ser de fácil manutenção, visto que necessita apenas de manutenção semanal com salinização do cateter, troca do curativo e avaliação do enfermeiro quanto à permeabilidade e condições gerais do cateter. Observa-se assim, grande avanço no cuidado aos pacientes pós TCTH alogênico. Para tanto, fica claro a necessidade de manter treinamento e aperfeiçoamento para a equipe de enfermagem, com protocolos de cuidados de controle de infecção, manutenção, utilização do mesmo.

G13

Less graft-versus-host disease complications after unrelated bone marrow transplantation with Thymoglobulin in hematological malignancies: comparison with matched related bone marrow transplantation.

Elias Hallack Atta - CEMO/INCA
Danielli Cristina Muniz de Oliveira - CEMO/INCA
Denise Soldati Chaves - CEMO/INCA
Eliana Abdelhay - CEMO/INCA
Luis Fernando Bouzas - CEMO/INCA
Márcio Nucci - HUCFF/UFRJ

Introduction: Graft-versus-host-disease (GVHD) is one of the major barriers in unrelated donor (UD) transplantation, secondary to donor-recipient disparities in both HLA and non-HLA antigens.

Objective: To answer if the incorporation of Thymoglobulin in the preparative regimen of patients with hematological malignancies submitted to UD bone marrow transplant (BMT) promotes similar outcomes in comparison to matched related donor (MRD) BMT.

Patients and methods: The study included consecutive patients with hematological malignancies submitted to myeloablative MRD and UD BMT between January 2005 and September 2011. Bone marrow was used as the graft source. GVHD prophylaxis was based on the association of cyclosporine and methotrexate. UD BMT patients also received Thymoglobulin. All 25 UD were matched with the recipient by a low-resolution technique for HLA-A and -B and by a high-resolution technique for HLA-DRB1. Donor-recipient matching was also performed with high-resolution techniques for HLA-A, -B, -C, -DQB1, and -DRB1 in 17 pairs, with only three pairs mismatched at two or more alleles.

Results: A total of 25 UD and 91 MRD BMT was identified and retrospectively analyzed. Baseline characteristics were similar except that the UD group was more likely to have advanced disease at BMT, to receive a graft with ABO mismatch, and to receive a TBI-based conditioning regimen. The incidence of acute GVHD grades II-IV at day +200 was 40.1% and 52.7% in patients submitted to MRD and UD BMT, respectively ($p=0.57$). The one-year incidence of moderate-severe chronic GVHD was superior in recipients of MRD in comparison to UD BMT, 41.4% vs. 11.4%, $p=0.02$. On multivariate analysis, UD BMT was the only variable independently associated with chronic GVHD, displaying a protective effect (hazard ratio [HR] 0.23, $p=0.04$). The 3-years transplant-related mortality (TRM) in patients with non-advanced disease was similar between MRD and UD BMT groups, 35.4% and 40%, respectively ($p=0.84$). Patients with non-advanced disease also displayed a similar 3-years disease-free survival (DFS) between MRD and UD BMT groups, 67.8% and 80.8%, respectively ($p=0.42$). No difference was found in the 5-years survival in patients with non-advanced disease submitted to MRD and UD BMT, 56.3% and 50%, respectively ($p=0.53$). However, patients with advanced disease who undergone UD BMT experienced a higher TRM in comparison to MRD BMT (100% vs. 33.3%, $p=0.008$), related mainly to infectious complications. This was translated into an inferior 5-years survival in patients with advanced disease submitted to UD BMT (39% vs. 7.7%, $p=0.007$). On multivariate analysis, the variables associated with survival were: advanced disease (HR 2.64, $p<0.001$), acute GVHD grades II-IV (HR 2.52, $p=0.001$), and moderate-severe chronic GVHD (HR 0.32, $p=0.003$). GVHD-related deaths were more common in the MRD group (30.1% vs. 5.6%, $p=0.04$) whereas infection-related deaths were more common in the UD group (33.3% vs. 4.7%, $p=0.006$).

Conclusion: Thymoglobulin displays a protective effect against GVHD, with less chronic GVHD and GVHD-related deaths in UD in comparison to MRD BMT. However, there were more infection-related deaths in patients undergoing unrelated BMT. Survival, DFS, and TRM were not different between MRD and UD BMT, especially for patients without advanced disease.

G14

IMPACTO DO USO DE GCSF NA MOBILIZAÇÃO DE DOADORES COM COLETA CIRÚRGICA DE MEDULA ÓSSEA NA ENXERTIA NEUTROFÍLICA E PLAQUETÁRIA ? ESTUDO PILOTO

Paulo de Nóvoa Cardoso - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Alessandro de Moura Almeida - Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do Hospital Israelita Albert Einstein

Ana Paula Hitomi Yokoyama - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Andrea Tiemi Kondo - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Andreza Alice Feitosa Ribeiro - Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do Hospital Israelita Albert Einstein

Araci Sakashita - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Fábio R Kerbauy - Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do Hospital Israelita Albert Einstein

José Mauro Kutner - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Nelson Hamerschlak - Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do Hospital Israelita Albert Einstein

Sanny Marcele da Costa Lira - Departamento de Hemoterapia e Terapia Celular do Hospital Israelita Albert Einstein

Introdução: A despeito do crescente uso de células progenitoras de sangue periférico como fonte para transplantes de células tronco hematopoiéticas, a coleta cirúrgica é bastante utilizada e possui vantagens com indicações precisas para pacientes e doadores. Contudo, a maior duração para enxertia celular é ainda uma de suas principais desvantagens. **Objetivo:** Demonstrar se o uso de fatores de estimulação de colônia granulocítica (G-CSF) poderia diminuir esse maior período de aplasia. **Metodologia:** Estudo observacional retrospectivo que incluiu pacientes submetidos à transplante de medula óssea alogênico no período de setembro de 1997 a setembro de 2012 em um único centro do sudeste brasileiro. A coleta de células tronco foi obtida exclusivamente através de aspiração de medula óssea em crista ílica. Os doadores foram divididos em 2 grupos conforme o uso de G-CSF, os que não fizeram uso foram os doadores de receptores pediátricos e os doadores não-aparentados. Aqueles que fizeram uso do fator recebiam G-CSF 10µg/kg/dia de 3 a 5 dias antes da coleta. Pega neutrofílica foi definida como o primeiro dia após aplasia do TMO com contagem de neutrófilos em sangue periférico maior que 500/mm³ por 3 dias consecutivos. Enxertia plaquetária foi definida como o primeiro dia de três dias consecutivos de contagem plaquetária superior a 20.000/mm³ sem transfusão. Os resultados foram analisados utilizando o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois). Análise descritiva das variáveis foi realizada, com as correlações apropriadas. O erro do tipo I foi considerado de 5% para todas as análises realizadas. **Resultados:** Foram estudados 65 pacientes, sendo que 67,7% (n=44) eram do sexo masculino. A maioria dos pacientes (81,6%, n= 53) apresentava compatibilidade HLA completa com o doador; 9,2% (n= 6) apresentavam 1 ou 2 alelos diferentes e 9,2% (n= 6) eram haploidênticos. Trinta e oito pacientes (58,5%) possuíam doador que fez uso de G-CSF antes da coleta de medula. A mediana do total de células nucleadas infundidas foi de 4,3 x 10⁸/kg (variando de 1,65 a 18,27) no grupo cujo doador recebeu G-CSF e de 4,0 x 10⁸/kg (variando de 1,51 a 21,33) no grupo com doador não estimulado (p= 0,398). A mediana do CD34 infundido também não variou significativamente entre os grupos, embora tendeu ser maior no grupo cujo doador não recebeu G-CSF (medula estimulada, 3,0 x 10⁶/kg versus medula não estimulada, 4,0 x 10⁶/kg – p= 0,216). O tempo médio para enxertia neutrofílica e plaquetária foi de, respectivamente, 17,8 ± 5,1 e 22,5 ± 11,1 dias na população estudada. Embora não tenha sido demonstrada significância estatística, o grupo com doadores que receberam G-CSF apresentaram uma menor mediana para enxertia neutrofílica (17 versus 18 dias) e plaquetária (19 versus 21 dias), se comparado com o grupo com doadores sem uso de G-CSF. **Conclusão:** O uso de fator estimulador de colônia no doador previamente à coleta pode ser uma boa alternativa para diminuir o tempo de enxertia neutrofílica e plaquetária observado com essa fonte de células tronco hematopoiéticas. Maiores estudos são necessários para confirmar tal hipótese.

G15

Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT) for Dyskeratosis Congenita(DC): A Review of 10 patients(pts) transplanted in Curitiba, Brazil

Nichele S. - Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana, Curitiba, PR, Brazil

Araújo C.E.S. - Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana, Curitiba, PR, Brazil

Bitencourt M. - Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana, Curitiba, PR, Brazil

Bonfim C. - Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana, Curitiba, PR, Brazil

Calado R.T - Ribeirao Preto Medical School ? University of Sao Paulo

Koliski A. - Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana, Curitiba, PR, Brazil

Malvezzi M. - Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana, Curitiba, PR, Brazil

Medeiros L. - Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana, Curitiba, PR, Brazil

Oliveira M. - Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana, Curitiba, PR, Brazil

Pasquini R. - Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana, Curitiba, PR, Brazil

Ribeiro L. - Bone Marrow Transplantation Unit, Federal University of Parana, Curitiba, PR, Brazil

DC is an inherited bone marrow failure syndrome characterized by the symptomatic triad of reticular skin pigmentation, nail dystrophy and oral leukoplakia. HSCT is currently the only curative option for the aplastic anemia associated with this syndrome. **Objective:** A retrospective analysis of 10 patients (pts) with DC submitted to HSCT in a single institution. **Methods:** Period: July 1993 - September 2012. Gender: M: 6/F: 4. Age: 3 to 27 years (Median: 20 years). Five pts received a bone marrow transplant (BMT) from HLA identical siblings while 5 pts were transplanted from unrelated donors (4 bone marrow and 1 cord blood). Among the 5 unrelated transplants(URD), 4 had a single mismatch: at locus DR High Resolution 1 pt, locus A Low Resolution 1 pt and locus DQB1 High resolution 2 pts. Conditioning Regimen: Recipients of related transplants received cyclophosphamide (CY) 200mg/Kg. URD BMT received CY30-60mg/kg+ fludarabine125mg/m² + rabbit ATG 5-6mg/kg. Graft versus host disease (GVHD) prophylaxis: methotrexate and cyclosporine for all patients, except for the one who received CBU. Median of TNC: BM: 3.97 x 10⁸/Kg. CBU: 6.5 x10⁷/Kg. In two pts the classical clinical features of DC were not observed. The first pt was a young woman with aplastic anemia and evidence of very short telomeres. The other one was diagnosed with Revesz syndrome. **Results:** All patients engrafted. Donor chimerism was complete in 7 patients and mixed in the other 3 patients. Mucositis was the only toxicity observed in all patients and ranged from grade I to III. Graft versus host disease (GVHD) was observed only among unrelated transplants. Three pts developed grade I – II acute GVHD and 2 of them progressed to chronic GVHD (limited). Five pts died between 68 days and 11 years (M: 6 ys). Only one death was related to the procedure (D+68), and the other four patients died because of progression from their underlying disease. Five patients are alive and well between 5 months and 9.6 years after transplant with a median follow up of 6.2 years. Overall survival at 10 years: 50%. The median age of survivors is now 36 years. No patient developed cancer up until now. **Conclusions:** Early mortality from BMF can be reduced by HSCT, but late outcomes remain a consequence of the underlying disease. Long term follow up is essential in order to detect late complications related to the transplant procedure or the underlying disease.

G16

Principais Complicações em Pacientes Internados Submetidos ao Transplante de Medula Óssea Autólogo e Alogênico

JANYELLE DA SILVA OLIVEIRA - Natal Hospital Center
ELYNEIDE NATALIA LEITE RODRIGUES - Natal Hospital Center
LETÍCIA OLIVEIRA MACEDO - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
PRISCILLA AUGUSTA DA ROCHA ALVES - Natal Hospital Center
RODOLFO DANIEL DE ALMEIDA SOARES - Núcleo de Hematologia e Hemoterapia da UFRN

O Transplante de Medula Óssea (TMO) é um procedimento indicado principalmente para o tratamento de doenças que comprometem o funcionamento da medula óssea, como doenças hematológicas, onco-hematológicas, imunodeficiências, entre outras. Apesar de seus benefícios, o TMO é considerado uma terapêutica de risco devido às complicações inerentes ao tratamento que podem contribuir para aumentar a morbimortalidade. Durante o período de internação, o protocolo de condicionamento aplicado leva o paciente a uma imunossupressão grave, tornando-o susceptível a diferentes tipos de infecções. Nesse sentido, a vivência diária com as reações adversas decorrentes do condicionamento para realização do TMO, seu desfecho durante a internação, compartilhamento dos agravos e relatos dos pacientes são tópicos importantes da assistência adequada pela equipe multiprofissional. Portanto, a busca ativa dos principais sintomas vivenciados pelos pacientes submetidos à TMO, torna-se imprescindível para que o profissional de saúde possa planejar uma assistência direcionada às necessidades do paciente. O objetivo desse estudo foi identificar as principais complicações ocorridas em pacientes internados submetidos ao transplante autólogo e alogênico em uma unidade de TMO. Para tal, utilizamos uma metodologia quantitativa, mais especificamente uma sequência de caso, com observação e catalogação diária das reações apresentadas por eles, bem como a análise de arquivos do centro transplantador. Participaram 14 pacientes internados na unidade de TMO, com diagnósticos de LMA, LMC, LLA e Talassemia, durante um período de 4 meses, entre março de 2013 à Junho de 2013, com idades de 13 a 51 anos. Dos 14 pacientes internados no setor de TMO, todos os

14 tiveram neutropenia, 10 desenvolveram mucosite, 8 diarreia, 7 inapetência, 4 infecção, 3 sangramento, 2 enterorragia e 4 apresentaram episódios de vômitos. Dois pacientes faleceram. Ambos de infecção. De modo geral, o instrumento de estudo permitiu a avaliação das principais complicações existentes dentro de uma unidade de TMO, sendo a diarreia, mucosite e inapetência sinais e sintomas muito prevalentes. Essas afecções gastrointestinais causam grande desconforto ao paciente, comprometendo seu estado geral e levando a alterações do humor que se assemelham a depressão. Essa conjuntura de fatores torna o período precoce pós-transplante um campo onde o entrosamento da equipe multiprofissional, de enfermagem, nutrição, psicologia, entre outros, é de extrema importância para um desfecho positivo. Além disso, a infecção se mostrou o problema mais grave, responsável pelos óbitos ocorridos no período. A técnica empregada nos cuidados desses pacientes deve objetivar o máximo de assepsia, visando reduzir o risco de infecção. Percebe-se ainda que a realização de estudos nos centros de TMO, identificando os principais fatores envolvidos na morbimortalidade, pode contribuir para o envolvimento da equipe na melhoria da evolução clínica destes pacientes.

G17

Principais reações adversas após o transplante de medula óssea

JOSEFA SOUSA BRAGA - HUWC
ALEXANDRA ALVES DE SOUZA - HUWC
ANDRÉIA FARIAS GOMES - HUWC
DIANE SOUSA SALES - UNIFOR
ISADORA MARQUES BARBOSA - HUWC
LIDIANE MARHA DE SOUZA OLIVEIRA - HUWC
LIDUINA DE SOUZA COSTA - HUWC
MONA LISA MENEZES BRUNO - HUWC
MONICA WALESKA GOMES NUNES - HUWC
SOCORRO MILENA ROCHA VASCONCELOS - HUWC

INTRODUÇÃO: O transplante autólogo é usualmente indicado como terapia de resgate para o paciente que recebeu quimioterapia mieloablativa, infundido suas próprias células tronco a espera que estas eliminem as células neoplásicas restantes. Neste caso, faz-se necessária uma imunossupressão mais leve, pois o sistema imune a ser reconstituído é próprio do paciente. Assim, é importante considerar os efeitos colaterais decorrentes do Transplante de Medula Óssea (TMO), dentre os quais se destacam: aplasia medular, náuseas, vômitos, diarreia, a Doença do Enxerto contra o Hospedeiro e a Mucosite. **OBJETIVO:** Identificar as principais reações adversas nos pacientes após o transplante de medula óssea. **METODOLOGIA:** O presente estudo é do tipo pesquisa documental, de caráter descritivo, inserido numa abordagem quantitativa. Analisou-se 78 prontuários de pacientes que foram submetidos ao TMO a partir da implantação do serviço no hospital e destacou-se as principais reações adversas deles. Buscou-se respeitar os princípios éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS:** Dos prontuários analisados apenas 13 paciente não apresentaram nenhuma intercorrência nas primeiras 24 horas pós-transplante. Entre as alterações elencamos em ordem decrescente as mencionadas nas evoluções de enfermagem: Náuseas e vômitos (33); Tosse Seca (31); Dor epigástrica/dor abdominal (17); Taquicardia (14); Hipotensão (9); Mucosite (9); Cefaleia (7); Pico Hipertensivo (6). Ao observar essas alterações a equipe de profissionais da saúde podem desenvolver uma plano de cuidado, no intuito de melhoria no estado geral do paciente e evitar outras intercorrências. **CONCLUSÃO:** A assistência ao paciente pós-transplantado deve ser rigorosa, principalmente, após as primeiras 24 horas, assim, traçar o perfil das reações adversas possibilita intervir de forma efetiva anteriormente.

G18

Mobilização de células tronco hematopoiéticas com vinorelbine e fator de crescimento de granulócitos (G-CSF) em pacientes oncológicos.

Taiz de Oliveira Dias - INCA
Karina Caldas -
Leonardo Javier Arcuri - INCA
Luis Fernando da Silva Bouzas -
Simone Cunha Maradei Pereira - INCA

Introdução: O protocolo padrão de quimioterapia para mobilização é a ciclofosfamida 4-7 g/m² associado a G-CSF 10 mcg/kg/dia. No entanto, esse esquema é dispendioso, exige internação hospitalar, há risco de neutropenia febril em torno de 30%.

Dois estudos prévios utilizando vinorelbine 35 mg/m² em combinação com G-CSF para mobilização em pacientes com linfoma e mieloma mostraram eficácia equivalente à ciclofosfamida, porém com menor toxicidade e custo, além de data previsível para maioria dos pacientes.

Objetivo: mostrar a efetividade e segurança da mobilização de células tronco hematopoéticas periféricas com granulokine e vinorelbine, como alternativa à falha de mobilização com granulokine.

Material e Método: Foram analisados, retrospectivamente, pacientes que nos últimos 4 anos foram submetidos a mobilização de células tronco hematopoéticas com vinorelbine no Instituto Nacional de Cancer. A dose utilizada é 35mg/m² no D1, seguido de G-CSF 10mcg/kg.dia a partir do D4. Inicia-se a contagem de células CD34 em sangue periférico no D8 e é feita aférese quando esta contagem é maior que 10 células/mm³. Foi feita uma análise descritiva destes pacientes. Para os pacientes que foram mobilizados previamente apenas com G-CSF, foram comparadas as contagens máximas de CD34 coletadas utilizando-se o teste dos postos sinalizados de Wilcoxon para amostras pareadas.

Resultado: Foram identificados 18 pacientes que foram submetidos a mobilização com vinorelbine. A idade variou de 19 a 65 anos e havia 6 com Linfoma de Hodgkin, 6 com Linfoma não Hodgkin, 4 pacientes com diagnóstico de Mieloma Múltiplo, 1 Neuroblastoma e 1 com Síndrome de POEMS. Quatro pacientes não haviam sido mobilizados previamente. Dezoito pacientes foram para aférese. Quatro pacientes não conseguiram completar o número mínimo de células CD34+. Dois pacientes tiveram complicação gastrointestinal (íleo paralítico) impedindo prosseguir a coleta. A maioria dos pacientes teve reação local a infusão de vinorelbine por veia periférica. A eficácia foi 66%. Comparando com a mobilização apenas com G-CSF, a coleta máxima em 1 dia foi significativamente maior em pacientes mobilizados com vinorelbine (p=0.016). A mediana de pega de neutrófilos foi 11 dias.

Discussão: No CEMO/INCA, o esquema com vinorelbine foi utilizado como alternativa a mobilização com ciclofosfamida para pacientes que falham a G-CSF. A eficácia foi boa. Este esquema pode ser feito ambulatorialmente, sem a necessidade de internação hospitalar e com menor risco de neutropenia febril. A previsibilidade da coleta por aférese possibilita uma facilidade em programar o deslocamento do paciente para a Unidade de Transplante, menos coletas de sangue para contagem de células CD34+ na periferia e intervalo de tempo menor entre a mobilização, coleta e transplante.

G19

Fatores maternos e obstétricos que interferem na celularidade do sangue de cordão umbilical: Revisão integrativa.

CINTIA MARIA GUEDES DE MORAES - CENTRO DE TECIDOS BIOLÓGICOS DE MINAS GERAIS/FUNDAÇÃO HEMOMINAS
SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
SÔNIA REGINA ALBERTO BARRETO - FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE MINAS GERAIS

Introdução: O transplante de células tronco hematopoéticas é uma opção terapêutica que busca restabelecer a função hematopoética em pacientes em tratamento de doenças neoplásicas ou que apresentem disfunção da medula óssea. O sangue de cordão umbilical é hoje uma alternativa para os que precisam do transplante. Com o objetivo de oferecer um número crescente e contínuo de doadores foram criados vários bancos de sangue de cordão umbilical e placentário pelo mundo. A celularidade, número de células viáveis presentes na bolsa do sangue de cordão umbilical, é associada ao resultado do transplante. Parâmetros comumente utilizados para avaliar e viabilizar a terapêutica com células de sangue de cordão umbilical são a concentração de células CD34+ e contagem de células mononucleares (Afreen, 2012). Diversos autores associam a qualidade do sangue coletado do cordão umbilical a fatores maternos gestacionais. **Objetivo:** Identificar na literatura os fatores maternos e obstétricos que interferem na celularidade do sangue do cordão umbilical e placentário. **Material e Métodos:** Neste trabalho, a prática baseada em evidências foi utilizada como referencial teórico e como referencial metodológico a revisão integrativa da literatura. Foram os selecionados artigos nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, LILACS, Scielo e COCHRANE, a fim de se obter estudos que se referissem aos fatores maternos e obstétricos que interferem na celularidade do sangue de cordão umbilical. Foram incluídos artigos com textos completos disponíveis online, nos idiomas inglês, português e espanhol entre os anos de 2008 a 2013 e apenas pesquisas realizadas em humanos. Para a busca utilizou-se os descritores indexados: sangue de cordão umbilical (umbilical cord blood), gravidez (pregnancy), contagem celular (cell count) e uma palavra-chave: fatores obstétricos (obstetric factors). **Resultados:** Após leitura foram selecionados 14 artigos, sendo 100% de publicações na língua inglesa, 93% dos artigos foram encontrados na base de dados MEDLINE e 7% na base de dados CINAHL e nenhum nas demais bases, sendo que 3 dos 14 artigos foram encontrados nas duas bases citadas. Os níveis de evidências dos artigos selecionados foram níveis VI e IV, de acordo com a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt, 2005. **Conclusão:** Observou-se que a idade gestacional, o tipo de parto e o peso placentário nos trabalhos estudados seriam os fatores maternos e obstétricos citados, que mais influenciariam a celularidade do cordão umbilical. Não foi feita a análise considerando-se as técnicas e protocolos utilizados para a contagem celular. Através do conhecimento e de evidências é possível instrumentalizar profissionais, incluindo enfermeiros, para que estes aperfeiçoem o trabalho de coleta do sangue de cordão umbilical e placentário e obtenham o melhor material para se conseguir resultados cada vez mais satisfatórios no transplante de células tronco hematopoéticas.

G20

A Utilização do Plerixafor na Mobilização de Células Tronco Hematopoiéticas para o Transplante Autólogo: Uma alternativa eficaz e segura.

Laura Maria Fogliatto - Santa Casa de Porto Alegre, Hospital Dom Vicente
Carla Taborda - Santa Casa de Porto Alegre, Hemoterapia
Caroline Brum - Santa Casa de Porto Alegre, Hospital Dom Vicente
Dario Brum - Santa Casa de Porto Alegre, Hemoterapia
Karine Pitana da Silva - Santa Casa de Porto Alegre, Hemoterapia
Marcelo Zanela Capra - Santa Casa de Porto Alegre, Hospital Dom Vicente
Michele Capra - Santa Casa de Porto Alegre, Hemoterapia
Mirna Barison - Santa Casa de Porto Alegre, Hemoterapia
Paula Vanessa Oliveira - Santa Casa de Porto Alegre, Hospital Dom Vicente
Scheila Roberta de Souza - Santa Casa de Porto Alegre, Hemoterapia

Introdução: Entre 10 a 30% dos pacientes candidatos a realização do Transplante Autólogo (TA) falham em coletar o nº adequado de Células Tronco Hematopoiéticas (CTH) utilizando o GCSF como monoterapia ou associado à quimioterapia. O Plerixafor (Mozobil®), um inibidor da interação entre o SDF-1 e o seu receptor CXCR4, mostrou-se eficaz na mobilização de CTH quando utilizado em conjunto com o GCSF em pacientes que falharam a uma ou mais tentativas de mobilização e também nos pacientes considerados mau mobilizadores. **Objetivo:** Descrever as características clínicas de uma

coorte de 29 pacientes candidatos ao TA e demonstrar a eficácia e a segurança do GCSF+Plerixafor. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo de 29 prontuários de pacientes candidatos ao TA, mobilizados com GCSF+Plerixafor, de Junho de 2011 a Abril de 2013, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. **Resultados:** As características dos pacientes e dados sobre a mobilização estão na Tabela 1.

Características	N	%
Sexo (Masculino)	18	62
Mediana de idade (Anos)	48	
Variação	9 a 72	
Diagnóstico (total)	29	100
LNH	15	51,7
LH	8	27,6
MM	5	17,2
Neuroblastoma	1	3,5
Doença avançada (≥ 3 linhas de terapia)	19	65,5
Radioterapia prévia ao TMO	7	24,1
Mediana de tempo entre Diagnóstico e o TMO (meses)	24,5	
Variação	10 a 146	
1a Mobilização (Total)	29	100
GCSF	25	86,2
GCSF + Plerixafor (1a Linha)	4	13,8
2a Mobilização (Total)	25	100
GCSF + ou - Ciclofosfamida	8	32
GCSF + Plerixafor (2a Linha)	17	68
3a Mobilização (Total)	8	100
GCSF + Plerixafor	8	100
Mediana de dias de Aférese	1	
Variação	1 a 4	
Mediana do N de ampolas de Plerixafor utilizadas	1	
Variação (Min - Max)	1 a 4	
Mediana de Cd34+ em SP*/ul pré-aférese com o Plerixafor	21	
Variação (Min - Max)	2 a 86	
Mediana do Total de Cd34+/kg de peso com Plerixafor	2,35	
Variação (Min - Max)	0,32 a 6,6	
Cd34/kg total ≥ 2x10 a 6/kg (pacientes e %)	23	79,3
Cd34/kg total ≥ 5x10 a 6/kg (pacientes e %)	3	10,3

Todos os pacientes realizaram tratamento quimioterápico previamente, sendo que 65,5% recebeu ≥ 3 linhas(intensivamente pré-tratados) e 24,1% a Radioterapia. O Plerixafor em 1ª, 2ª e 3ª linhas de Mobilização foi utilizado em 4(13,8%), 19(76%) e 9(100%) pacientes respectivamente. Considerando o uso na falha de mobilização prévia (2ª e 3ª linhas), o Plerixafor foi capaz de mobilizar 14(82,4%) e 7(87,5%) respectivamente. De 29 pacientes, 23(79,3%) coletaram ≥ 2 x 10⁶ e 3(10,3%) pacientes ≥ 5 x 10⁶ de Cd34/kg. Consideramos como falha de mobilização a coleta de < 2 x 10⁶ de Cd34/kg do total mobilizado, o que ocorreu em 6(20%) pacientes. Destes, 100% com doença avançada, 83,3% > 58 anos, 50% plaquetopênicos (<100 mil) e 66,6% com Cd34 prévio a aférese ≤ 10/ul. Apenas 2(6,9%) pacientes apresentaram náuseas e vômitos ≤ grau 2. **Conclusões:** O estudo demonstra que o GCSF+Plerixafor é um método de Mobilização efetivo e muito bem tolerado, permitindo que haja coleta de no mínimo ≥ 2 x 10⁶ de Cd34/kg, garantindo ao paciente a possibilidade de realização do Transplante Autólogo.

G21

Efeito colateral raro relacionado à infusão de células tronco hematopoiéticas criopreservadas com dimetilsulfóxido durante transplante autólogo

Francisco Emiliano Rafael Dantas - Hospital Universitário Walter Cantídio
Élida Lívia Rafael Dantas - Hospital Universitário Walter Cantídio
Beatriz Stela Gomes de Sousa Pitombeira Araújo - Hospital Universitário Walter Cantídio
Daniel Mazza Matos - Hospital Universitário Walter Cantídio
Fernando Barroso Duarte - Hospital Universitário Walter Cantídio
Germison Silva Lopes - Hospital Universitário Walter Cantídio
Jacques Kaufman - Hospital Universitário Walter Cantídio
João Paulo de Vasconcelos Leitão - Hospital Universitário Walter Cantídio
Luany Elvira Mesquita Carvalho - Hospital Universitário Walter Cantídio
Rosângela de Albuquerque Ribeiro - Hospital Universitário Walter Cantídio

Introdução: As intercorrências relacionadas ao transplante autólogo de células tronco estão geralmente relacionadas às citopenias e aos efeitos adversos da quimioterapia. Em alguns casos, o uso do dimetilsulfóxido (DMSO) tem sido implicado como causador de várias alterações, geralmente leves, com poucos casos graves descritos na literatura. Objetivo: Descrever uma apresentação rara e quase fatal relacionada à infusão de células tronco hematopoiéticas criopreservadas com DMSO durante um transplante autólogo de medula óssea. Material e Métodos: Relato do caso, revisão de exames e discussão baseada na literatura. Os artigos selecionados para discussão foram buscados no Pubmed. Resultados: Paciente masculino, 60 anos, portador de mieloma múltiplo em remissão parcial muito boa (VGPR) após esquema quimioterápico com três drogas, foi submetido a condicionamento com melfalano 200mg/m². Durante a infusão das células tronco, apresentou rebaixamento progressivo do nível de consciência (Glasgow 3/15) e alterações cardiovasculares graves, sugestivas da síndrome de Tako-Tsubo, com necessidade de suporte ventilatório invasivo. Tais alterações foram transitórias e o paciente recuperou-se, após cinco dias, mantendo bom nível de consciência e normalização da função cardíaca. Teve a enxertia neutrofílica no D+11 e alta hospitalar no D+20. Conclusão: Na ausência de um fator causal, o uso do DMSO foi relacionado como o fator desencadeador das alterações clínicas que foram temporárias. Vários efeitos adversos relacionados à infusão são descritos, mas poucos casos ameaçadores a vida como esse foram relatados. Embora a dose segura para uso do DMSO em humanos não seja determinada, sugere-se evitar a infusão de 1g/Kg em uma infusão. Suspeita-se que a severidade das manifestações tóxicas no cérebro e em outros órgãos seja relacionada com a quantidade de criopreservante presente nas células tronco, embora a patogênese dessas alterações não seja bem clara

G22

Linfoma de Hodgkin ? Transplante Autólogo de Células Tronco Hematopoiéticas com o Condicionamento BEAC. Experiência da Unidade de TMO do HUWC/UFC

Maria Helena da Silva Pitombeira - Hospital Universitário Walter Cantídeo/HEMOCE
Élida Lívia Rafael Dantas - Hospital Universitário Walter Cantídeo/HEMOCE
Beatriz Stela Gomes de Souza Pitombeira Araújo - Hospital Universitário Walter Cantídeo/HEMOCE
Emmerson de Sousa Eulálio - Hospital Universitário Walter Cantídeo/HEMOCE
Fernando Barroso Duarte - Hospital Universitário Walter Cantídeo/HEMOCE
Francisco Emiliano Rafael Dantas - Hospital Universitário Walter Cantídeo/HEMOCE
Germison Silva Lopes - Hospital Universitário Walter Cantídeo/HEMOCE
Jacques Kaufmann - Hospital Universitário Walter Cantídeo/HEMOCE
João Paulo de Vasconcelos Leitão - Hospital Universitário Walter Cantídeo/HEMOCE

Introdução: Pacientes com Linfoma de Hodgkin refratário ou recaído após tratamento de primeira linha, com sensibilidade a quimioterapia de resgate, têm indicação de altas doses de quimioterapia, seguido de TCTH autólogo. Não existe consenso quanto ao regime ideal de condicionamento para estes pacientes, sendo a toxicidade e a eficácia dos regimes ainda objetos de estudos clínicos. Os regimes de condicionamento para LH mais utilizados e comparados na literatura são o BEAM e o CBV, sendo o BEAC pouco utilizado. **Objetivo:** Descrever a experiência da Unidade de Transplante de Medula Óssea de um único centro com relação a utilização do regime de condicionamento BEAC em pacientes com Linfoma de Hodgkin. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional com descrição dos pacientes com LH submetidos a TCTH Autólogo com condicionamento BEAC realizados de Janeiro de 2009 a abril de 2013. **Resultados:** Foram submetidos neste período a TCTH Autólogo 23 pacientes com Linfoma de Hodgkin, sendo 14 homens e 9 mulheres, tendo sido realizado o condicionamento BEAC em 22 casos e BEAM em um caso, por problemas cardíacos. Nove pacientes estavam em remissão completa e 14 em remissão parcial. Sete pacientes realizaram radioterapia no tratamento de primeira linha e 16 foram tratados apenas com QT. Idade variou de 19 a 51 anos (média de 28,2 anos). Todos os pacientes foram mobilizados com G-CSF, com média de células CD34 de $5,9 \times 10^6$ células/Kg ($2,03-18,4 \times 10^6$ células CD34/Kg). Tempo mediano entre o diagnóstico e o transplante foi de 25 meses (11-54 meses). Tempo mediano entre a coleta de células tronco e o transplante foi de 90 dias (28-165 dias). Média de recuperação neutrofílica foi de 9,5 dias (7-12 dias). Média de tempo de internação de 24 dias (17-50 dias). Três pacientes apresentaram recidiva e um foi a óbito por atividade da doença. Os efeitos colaterais mais prevalentes observados durante o condicionamento foram: náuseas (52%); episódios de vômitos (39%); sialorreia (26%); eritema (13%); formigamento de extremidades (9%); um paciente apresentou dor muscular e um teve dispneia. Nenhum caso de mucosite oral foi observado. 95% dos pacientes apresentaram febre, porém nenhum caso de infecção foi documentado através de cultura. O paciente que recebeu esquema BEAM apresentou aumento das transaminases. **Conclusão:** Os pacientes que receberam o esquema BEAC como condicionamento apresentaram uma excelente tolerância, podendo ser utilizado como protocolo no condicionamento para Transplante Autólogo no LH.

G23

Bone Marrow Transplantation for Refractory/Relapsed Acute Myelogenous Leukemia: a 25 year single center experience

Diogo Klöppel Cardoso
Andresa Lima Melo
Caroline Bonamin Sola
Daniela Carinhanha Setubal
Marco Antonio Bitencourt
Mariester Malvezzi
Michel Michels Oliveira
Ricardo Pasquini
Samir Kanaan Nabhan
Vaneuza Araújo Moreira Funke

Introduction: The survival of patients with acute myelogenous leukemia (AML) who relapse after or do not achieve a remission with primary induction therapy is poor. Hematopoietic Stem Cell Transplant (HSCT) is still one of the only options of treatment for these patients.

Objectives: Evaluate clinical characteristics, risk factors and outcomes of AML relapsed/refractory patients (rAML) after HSCT and compare overall survival of this poor prognosis group with non-refractory patients: those in first or second complete remission (CR1, CR2) at the time of transplant.

Patients and Methods: From 1987 to 2012, 73 patients who received HSCT for rAML were retrospectively analyzed. Inclusion criteria was active disease at transplant, or patients > second complete remission. Non refractory group was composed by 191 patients in CR1 or CR2. Statistical analysis: Kaplan Meier (survival) and Fisher test (comparison of categorical variables). P level of significance was <0.05.

Results: Fifty six percent (n=41) of patients were female and 44% (n=32) were male. Median time from the diagnosis to the BMT was 395 days (33-2709). The majority of cases was from AML with maturation (23% n=17) followed by AML with myelodysplastic related changes (19% n=14). Median age was 26 years old (2-60). Seventy four percent (n=54) of patients received HSCT from a full match donor and 26% (n=19) from a mismatched donor. Sixty seven percent (n=49) of the transplants were from a related and 33% (n=24) from an unrelated donor. The source of stem cells was bone marrow in 66% (n=48), peripheral blood in 15% (n=11) and cord blood in 8% (n=6) of the cases. Conditioning regimen was Busulfan based in 59% (n=43), and TBI based in 30% (n=22). Engraftment was complete in 62% (n=46). Median survival was 165d (1-6439). Eighty five percent (n=62) of patients have died. Forty one percent (n=30) of patients developed acute GVHD (aGVHD), 17% chronic GVHD (cGVHD), being 8% (n=6) classic chronic and 9% (n=7) overlap syndrome. Fifty one percent (n=37) of patients have relapsed in a median time of 260 days (27-1794). Overall survival was better in non refractory/relapsed group than in the group of rAML (46 versus 15% - p<0,0001). In the rAML group, overall survival was higher in patients who had an early (p=0,02) and complete (p<0,0001) engraftment and in patients who used Methotrexate (MTX) as immunoprophylaxis (p=0,01) and in those who developed graft-versus-host disease (GVHD) (p=0,03).

Conclusions: We conclude that even with HSCT, rAML has a dismal prognosis and low overall survival despite of conditioning regimen, type of donor or source of stem cells. Early and complete engraftment, use of MTX and development of GVHD were good prognostic factors.

G24

Graft-versus-host disease clinical profile and duration of immunosuppression among patients who received cord blood stem cell transplant: a single center experience

Diogo Klöppel Cardoso - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Andresa Lima Melo - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Carmen Bonfim - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Caroline Bonamin Sola - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Daniela Carinhanha Setubal - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Elenaide Coutinho Nunes - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Lizandro Ribeiro - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Marco Antônio Bitencourt - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Mariester Malvezzi - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Michel Michels Oliveira - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Ricardo Pasquini - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Samir Kanaan Nabhan - Universidade Federal do Paraná - UFPR
Vaneuza Araujo Moreira Funke - Universidade Federal do Paraná - UFPR

Introduction: Transplants from cord blood stem cells have lower incidence of graft-versus-host disease (GVHD), which allows procedures with more HLA disparities. However, in patients who undergo cord blood transplant (CBT) and develop GVHD, its features are not well known.

Objectives: Determine clinical features of GVHD and duration of therapy in patients who received CBT.

Patients and Methods: From 1993 to 2013, 196 patients received CBT were retrospectively analysed and divided into two categories. Group 1: 64 patients who developed GVHD. Group 2: 132 patients without this complication. Acute and Chronic Graft versus Host Disease was graded according to NIH consensus criteria. Statistical analysis: Kaplan Meier (survival) and Fisher test (comparison of categorical variables). P level of significance was <0.05.

Results: Thirty three percent of patients developed GVHD (40 males and 24 females). Median age was 6 years old (1-31). Three patients received CBT from a full match donor and 61 from a mismatched donor. Thirty (48%) were transplanted for malignancies. Five transplants were from a related and 59 from an unrelated donor. Conditioning: Reduced intensity (RIC) in 6 cases and myeloablative in 58. Engraftment was complete in 48 cases (75%). Median survival in group 1 was 1832d (27-7283) versus 201d in the group 2 (1-6242). Twenty nine patients have died. Forty one patients developed acute GVHD (aGVHD), 6 patients classic chronic GVHD (cGVHD) and 17 had an overlap syndrome. Grade II-IV aGVHD was seen in 49 cases (84.4%). Among cGVHD patients 9 (39.2%) were mild, 6 (26%) moderate and 8 (34.8%) severe. Median time for the onset of aGVHD was 23d (7-227) and cGVHD was 176d (64-659). The main sites of aGVHD were skin: 55(86%), gut: 22 (34%) and liver:14 (21%). Among cGVHD patients, 14 had skin (21%), liver:12 (18%), mouth:9 (14%), gut and lung (BO): 6(9%) each. Median time of cyclosporine therapy was 923d (7-3365). Steroids were used for a median time of 290d (8-4303). GVHD was less common in patients with a full match donor (p=0,001), those who used thymoglobuline (p<0,0001) and methotrexate (MTX) (p=0,0133). In contrast, GVHD rates were higher in patients who had an early (p=0,0111) and complete (p<0,0001) engraftment and had bacterial (p=0,0133) or viral (p=0,0086) infections during the pre-engraftment period. Survival rates were higher in patients who developed GVHD (p=0,0256), those who had a myeloablative conditioning regimen (p=0,048), children <14 yo (p=0,0002), patients who used cyclosporine for at least one year (p<0,0001) and full chimerism (p<0,0001).

Conclusions: We conclude GVHD can be frequent and even serious in CBT recipients. Risk factors for GVHD among patients who received CBT included early and complete engraftment, mismatched donor, viral or bacterial infection during the pre-engraftment period, use of RIC and lack of MTX. Risk factors for survival were absence of GVHD, RIC, older age, and lack of full engraftment.

G25

Transplante autólogo de células tronco hematopoéticas no paciente com insuficiência renal crônica, um estudo de caso em enfermagem.

Eliane Thomaz da Costa - Hospital Universitario Pedro Ernesto - RJ
Vanessa Jardim - Hospital Universitario Pedro Ernesto - RJ

O incentivo pelo estudo refere-se ao fato de ser um paciente com outra patologia de base, sendo necessário um cuidado especializado da equipe de enfermagem. Trata-se de um paciente de 41 anos, portador de insuficiência renal crônica (I.R. C) em tratamento de hemodiálise três vezes por semana e mieloma múltiplo IIIB (M.M), deu entrada para realização de transplante autólogo de medula óssea (TAMO), após remissão completa da doença realizou coleta de células ambulatorial por aférese, no dia da infusão das células paciente fez hemodiálise. O objetivo deste trabalho foi identificar os principais diagnósticos de enfermagem em paciente portador de IRC e MM submetido ao TAMO. Foi realizado um estudo de caso em um paciente portador de IRC e MM submetido ao TAMO em um serviço de hematologia de hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Para coleta de dados foi utilizado um histórico de enfermagem em implantação no referido hospital. Os diagnósticos foram definidos a partir da classificação de *North American Nursing Diagnosis Association*(NANDA). Dentre os diagnósticos de enfermagem, encontramos: **Risco de desequilíbrio eletrolítico; Volume de líquidos excessivos; Ansiedade relacionada à morte; Risco de infecção; Integridade tissular prejudicada; Risco de desequilíbrio na temperatura corporal.** Este estudo contribui para reafirmar a importância da sistematização da assistência de enfermagem, da avaliação dos problemas do ser como indivíduo e não de forma generalista, o que nos possibilitou imergir em outra área de especialidade médica.

G26

Transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas em pacientes com mieloma múltiplo ? Experiência do Serviço de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio

Luany Elvira Mesquita Carvalho - Hospital Universitário Walter Cantídio/Hemocentro do Ceará(HEMOCE)
Élida Livia Rafael Dantas - Hospital Universitário Walter Cantídio/Hemocentro do Ceará(HEMOCE)
Beatriz Stela Gomes de Souza Pitombeira Araújo - Hospital Universitário Walter Cantídio/Hemocentro do Ceará(HEMOCE)
Fernando Barroso Duarte - Hospital Universitário Walter Cantídio/Hemocentro do Ceará(HEMOCE)
Francisco Emiliano Rafael Dantas - Hospital Universitário Walter Cantídio/Hemocentro do Ceará(HEMOCE)
Germison Silva Lopes - Hospital Universitário Walter Cantídio/Hemocentro do Ceará(HEMOCE)
Jacques Kaufman - Hospital Universitário Walter Cantídio/Hemocentro do Ceará(HEMOCE)
João Paulo de Vasconcelos Leitão - Hospital Universitário Walter Cantídio/Hemocentro do Ceará(HEMOCE)
Rosângela Albuquerque Ribeiro - Hospital Universitário Walter Cantídio/Hemocentro do Ceará(HEMOCE)
Samuel Vasconcelos Landim - Hospital Universitário Walter Cantídio/Hemocentro do Ceará(HEMOCE)

Introdução: Desde a década de 90, o transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas (TCTH) vem sendo utilizado no tratamento do mieloma múltiplo¹. Esta modalidade terapêutica apresenta maiores taxas de remissão completa, aumento da sobrevida livre de progressão e sobrevida global quando comparada à quimioterapia convencional². Objetivo: Relatar a experiência de um centro do nordeste no tratamento de pacientes com mieloma. Método: Realizada análise retrospectiva de prontuários dos pacientes com mieloma múltiplo submetidos a TCTH autólogo em nosso hospital no período de 26/09/2008 a 29/01/2013. Todos os pacientes foram submetidos previamente à mobilização (com G-CSF associado ou não a quimioterapia), com coleta por sangue periférico de $2,0 \times 10^6$ células CD34/kg ou mais e criopreservação com DMSO. Resultados: 40 pacientes com diagnóstico de mieloma múltiplo foram submetidos a TCTH autólogo neste período, sendo 11 mulheres (27,5%) e 29 homens (72,5%). A mediana de idade foi de 49,7 anos. A mediana de tempo entre o diagnóstico e a realização do transplante foi de 20,6 meses. 75% dos pacientes apresentavam doença com estágio II-III (A/B) de Durie-Salmon. 30% dos pacientes foram submetidos a dois ou mais protocolos de quimioterapia antes do transplante. Tais protocolos não foram padronizados visto que pacientes eram provenientes de diversos serviços do estado do Ceará, porém todos eram baseados em talidomida e/ou bortezomibe. No momento do transplante, 75% apresentavam resposta parcial muito boa (VGPR), 15% remissão completa (RC), 5% remissão parcial (RP) e 5% sem dado disponível (NA). O condicionamento foi com melfalan $200\text{mg}/\text{m}^2$ de superfície corpórea, sendo reduzido em 25% dos casos por insuficiência renal (dose de 100 ou $140\text{mg}/\text{m}^2$). O número mediano de células CD34 infundidas foi $4,7 \times 10^6/\text{kg}$. A mediana de tempo para enxertia neutrofílica foi no D+10. As principais complicações relatadas foram náuseas e vômitos, mucosite (com necessidade de nutrição parenteral total em 2 casos), neutropenia febril e 1 caso de neurotoxicidade relacionada ao DMSO. Houve 3 (7,5%) óbitos (D+20 por choque séptico, D+29 por choque séptico/cardiogênico e D+69 por fusariose e aplasia medular após enxertia inicial confirmada). A mediana de tempo de internação após transplante foi de 15 dias. Dos 37 pacientes vivos no D+100, 46% estavam em RC, 37,8% em VGPR, 8,1% em RP e 8,1% NA. Desses pacientes, 6 (16%) apresentaram recaída da doença, com mediana de tempo de PFS de 21 meses. Dentre os pacientes que recaíram, 01 evoluiu ao óbito no D+272 por choque séptico durante quimioterapia de resgate. Conclusão: Os dados do nosso serviço são equiparáveis aos dados divulgados em estudos anteriores, com aumento das taxas de RC após o transplante (15% x 46%), e com PFS semelhante (21 meses)¹.

G27

Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de Transplante de Medula Óssea: uma demanda de cuidados intensivos

Juliana Bastoni da Silva - Aluna de Doutorado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (Proesa) da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP); Enfermeira da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Un Ana Paula Gadanhoto Vieira - Enfermeira do Hospital de Clínicas (HC)/Unicamp
Danilo Donizeti Trevisan - Aluno de Mestrado da Faculdade de Enfermagem/Unicamp
Kátia Grilo Padilha - Profa Dra da Escola de Enfermagem da USP/SP
Maria Helena de Melo Lima - Profa Dra da Faculdade de Enfermagem/Unicamp
Sílvia Regina Secoli - Profa Dra da Escola de Enfermagem da USP/SP
Valéria Cristina Oliveira Póvoa - Aluna de Mestrado (Proesa) da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP)
Vera Lúcia Moura Soares Simmelink - Enfermeira do Hospital de Clínicas (HC)/Unicamp

No contexto hospitalar, a carga de trabalho da enfermagem, entendida como o tempo de assistência, em horas, gasto pelo profissional para o atendimento do paciente, segundo suas necessidades de cuidado, tem sido tema de interesse em vários países, incluindo o Brasil. Estudos têm mostrado o impacto deste indicador na qualidade assistencial, na taxa de morbimortalidade dos pacientes e nos custos hospitalares. O *Nursing Activities Score* (NAS) é uma ferramenta usada para medir carga de trabalho em enfermagem, em horas de assistência, particularmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Na atualidade, o uso do NAS tem se mostrado bastante útil, em outras unidades, cujo perfil dos pacientes corresponde ao daqueles que demandam cuidados intermediários e semi-intensivos, como é o caso dos pacientes submetidos ao transplante de células tronco-hematopoiéticas (TCTH). O objetivo foi verificar a carga de trabalho de enfermagem em unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO) considerando as fases de condicionamento (CT), infusão (IF) e pós-transplante (PT). Trata-se de estudo descritivo, cuja amostra foi composta por 20 pacientes submetidos ao TCTH, internados no período de maio a novembro de 2012, na Unidade de TMO de um hospital universitário, de um município do estado de São Paulo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição, sob o parecer número 143.695. Utilizou-se o *Nursing Activities Score* para medir a carga de trabalho de enfermagem e uma ficha com variáveis demográfico-clínicas (sexo, idade, tipo de TCTH, diagnóstico, reinternação, condição de alta) para coleta de dados. Na análise de dados utilizou-se Mann-Whitney e modelo misto (comparação da demanda de trabalho nas 3 fases). Considerou-se nível de significância $p < 0,05$. A carga de trabalho de enfermagem foi, em média, 60,3% (CT); 78,1% (IF) e 60,7% (PT), equivalente a 14,5; 18,7 e 14,6 horas, respectivamente, de assistência de enfermagem durante as 24 horas. Apesar da ausência de diferença estatisticamente significativa, a pontuação do NAS mostrou-se superior entre os pacientes idosos (IF=86,4%; PT=68,2%) e na reinternação do paciente (79,3%). Observou-se diferença estatisticamente significativa entre o dia IF e outras fases do TCTH ($p < 0,0001$). Na fase de IF e nas reinternações, os pacientes demandaram horas de assistência de enfermagem superior ao estabelecido para pacientes de cuidados intensivos pela resolução Cofen 293/2004, apontando que, apesar da amostra limitada, decorrente da própria característica das unidades de TMO, a carga de trabalho no TMO do hospital analisado, foi semelhante a de pacientes de UTI.

G28

Stress nos cuidadores de pacientes com indicação de Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas (TCTH)

Denise Silva Pincigher Pacheco Vieira - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
Adriana Aparecida Fregonese - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
Andréa Cristina da Silva - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
Carlos Sérgio Chiattoni - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
José Carlos de Almeida Barros - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
Wilze Laura Bruscato - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

Introdução: O TCTH é um tratamento que consiste na substituição de uma medula óssea doente ou deficitária por uma outra normal, capaz de produzir células perfeitas. Na maioria das vezes, durante todo o tratamento da doença o paciente é acompanhado por um cuidador passível de apresentar

desgaste físico e/ou emocional devido à alteração de sua rotina diária para prover os cuidados necessários ao paciente. Estudos apontam a importância de identificar precocemente as necessidades do cuidador para que possam ser planejadas intervenções de orientação, apoio e suporte, oferecendo cuidado a quem cuida.

Objetivo: Avaliar a presença de sintomas de stress nos cuidadores de pacientes com indicação de TCTH.

Material e Método: Estudo retrospectivo a partir da análise dos protocolos de avaliação psicológica de cuidadores de pacientes com indicação de TCTH e da aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL) – validado por Lipp e Guevaro em 1994 – no período de Maio de 2012 a Maio de 2013.

Resultados: Neste período foram avaliados 40 cuidadores, sendo que o grau de parentesco predominante foi o de cônjuge (45%) e a maioria do sexo feminino (80%). O relacionamento entre o paciente e o cuidador antes do surgimento da doença foi descrito como harmonioso por 83%, parcial por 15% e conflituoso por 2% dos cuidadores. Desses cuidadores 44% apresentaram sintomas de stress, sendo, 82% na fase de resistência e 18% na fase de exaustão. Dentre os sintomas 71% apresentou predomínio de sintomas psicológicos, enquanto 29% apresentou predomínio de sintomas físicos.

Conclusão: Foi possível observar maior incidência da presença de sintomas de stress na fase de resistência com predomínio de sintomas psicológicos. A partir deste estudo podemos identificar a importância da avaliação psicológica dos cuidadores de pacientes com indicação de TCTH com intuito de oferecer suporte emocional, disponibilizar acompanhamento psicológico e realizar orientações pertinentes a este momento do tratamento.

G29

AVALIAÇÃO DA PEROXIDAÇÃO LIPÍDICA ATRAVÉS DA DOSAGEM DE MALONALDEÍDO EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS.

Beatriz Stela Gomes de Souza Pitombeira - HEMOCE
Daniel Mazza Matos - HEMOCE
Fernando Barroso Duarte - HEMOCE
Germison Silva Lopes - HEMOCE
Jacques Kaufman - HEMOCE
João Paulo de Vasconcelos Leitão - HEMOCE
Maritza Cavalcante Barbosa - Universidade Federal do Ceará
Pedro Aurio Maia Filho - Universidade Federal do Ceará
Romélia Pinheiro Gonçalves - Universidade Federal do Ceará
Rosângela de Albuquerque Ribeiro - HEMOCE
Talyta Ellen de Jesus dos Santos - Universidade Federal do Ceará
Thayna Nogueira dos Santos - Universidade Federal do Ceará

O Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) tem sido cada vez mais utilizado para o tratamento de doenças hematológicas malignas e não malignas, imunodeficiências, doenças metabólicas e autoimunes. Quimioterapia e radioterapia resultam em aumento da formação de radicais livres que reagem com os ácidos graxos poliinsaturados das membranas celulares, resultando em peroxidação lipídica. A concentração de malonaldeído (MDA) tem sido utilizada para estimar a intensidade da peroxidação lipídica em sistemas biológicos, em células e em tecidos. O objetivo do estudo foi avaliar a intensidade de peroxidação lipídica através da dosagem de MDA nas diversas fases que envolvem o TCTH em pacientes submetidos a transplante autólogo de células tronco hematopoéticas. O método empregado para determinação do MDA foi baseado na sua reação com

ácido tiobarbitúrico (TBARS). Foram coletadas amostras de 19 pacientes submetidos a TCTH autólogo, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, nos seguintes momentos: antes do regime de condicionamento (RC), 24 horas após o RC, 1 dia (D+1), 10 dias (D+10) e 20 dias (D+20) após o transplante. Utilizou-se o teste estatístico Repeated Measures ANOVA seguido do pós teste tukey com nível de significância de $p < 0,05$. Houve um aumento significativo ($p < 0,05$) nos níveis de MDA após o RC em relação aos outros momentos analisados, sugerindo um aumento na intensidade da peroxidação lipídica após altas doses de quimioterapia. Dados da literatura confirmam o resultado obtido no presente estudo e sugerem que o MDA pode atuar como marcador de prognóstico em pacientes submetidos à TCTH.

G30

MUCOSA ORAL PREJUDICADA EM PACIENTE TRANSPLANTADO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICO - Conexões NANDA/NOC/NIC.

Claudete Regina Martins Pacheco - HCPA
ALESSANDRA TEIXEIRA DOS SANTOS - HCPA
Alexsandra Relem Pereira - HCPA
Gerta Maria Stein - HCPA
Liseleno Carvalho - HCPA

Introdução: O transplante de células tronco hematopoiéticas alogênico (TCTHA) consiste na transferência das células tronco hematopoiéticas de um doador a um receptor, com a finalidade de manter a integridade funcional do material transplantado no receptor. Todo transplante necessita de regime de condicionamento prévio (quimioterapia de altas doses), que implica em colateridades, entre as quais, as alterações na mucosa oral. A terminologia da North American Nursing Diagnosis-Internacional (NANDA-I) expressa essa alteração através do Diagnóstico de Enfermagem (DE) Mucosa Oral Prejudicada. **Objetivo:** Elencar as ações de enfermagem para o DE Mucosa Oral Prejudicada para um paciente com Linfoma de Hodgkin submetido ao TCTHANR (Não Relacionado), os resultados mensurados (NOC-Nursing Outcomes Classification) e as intervenções implementadas (NIC-Nursing Intervention Classification) relacionadas a este diagnóstico. **Métodos:** Trata-se de um Estudo de Caso, sendo as informações provindas do prontuário eletrônico do paciente, realizado em um hospital universitário na região Sul do Brasil (Comitê de Ética-Projeto de Desenvolvimento Estudos Clínicos, protocolo 10-0505). **Resultados:** Paciente feminina, idade em torno de 25 anos, com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin desde 2009, internou na Unidade de Ambiente Protegido (UAP) para submeter-se ao TCTHANR. História prévia de TCTH autólogo em maio de 2011. TCTHANR realizado em meados de maio de 2013, sem intercorrências; com condicionamento prévio Fludara +Melfalano. No momento da internação, o paciente não apresentava alterações na mucosa oral. Um dia antes do transplante, com velamento incipiente na cavidade oral. Três dias após, edema, velamento, hiperemia e saliva diminuída e dor 2(dor leve-Escala de Categorias Verbais-ECV). Ingesta somente líquida e odinofagia 5(dor moderada-ECV), pequena lesão na mucosa jugal e edema de lábios cinco dias após transplante; analgesia com morfina quando necessário, sendo estabelecido o DE Mucosa Oral Prejudicada relacionado à irritação química. Sete dias após infusão, dor 7(dor intensa-ECV), odinofagia, boca semi aberta, lesão bolhosa em lábio inferior, mucosa hiperemiada com lesões ulcerativas em bochechas e coágulo aderido em palato duro, aceitando líquido gelado em pouquíssima quantidade, iniciando morfina endovenosa em infusão contínua, momento em que o controle da dor manteve-se em zero. No início de junho, melhora significativa da mucosite, sendo este DE encerrado dezoito dias após a infusão. Os resultados que objetivamos atingir para que o paciente melhore este DE, estão relacionados a higiene oral, com os seguintes indicadores NOC: integridade da mucosa oral e dor. A partir dos resultados a serem atingidos, foram estabelecidos intervenções de enfermagem conforme NIC, relacionados à restauração da saúde oral. **Conclusões:** evidenciou-se que o plano de cuidados de enfermagem estabelecido, implicou em resultados que contribuíram para o sucesso do tratamento do paciente.

G31

AVALIAÇÃO DA GENOTOXICIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS.

Roméia Pinheiro Gonçalves - Universidade Federal do Ceará
Beatriz Stela Gomes de Souza Pitombeira - HEMOCE
Bruno Coêlho Cavalcanti - Universidade Federal do Ceará
Daniel Mazza Matos - HEMOCE
Fernando Barroso Duarte - HEMOCE
Francisco Emiliano Rafael Dantas - HEMOCE
Jacques Kaufman - HEMOCE
João Paulo de Vasconcelos Leitão - HEMOCE
Maritza Cavalcante Barbosa - Universidade Federal do Ceará
Pedro Aurio Maia Filho - Universidade Federal do Ceará
Rosângela de Albuquerque Ribeiro - HEMOCE
Talyta Ellen de Jesus dos Santos - Universidade Federal do Ceará
Thayna Nogueira dos Santos - Universidade Federal do Ceará

O Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) é um método terapêutico utilizado em várias doenças imunológicas, hematológicas e genéticas. Antes do TCTH, os pacientes são submetidos a um Regime de Condicionamento (RC), o qual consiste na administração de doses elevadas de quimioterapia. A ação de muitos fármacos citostáticos envolve o excesso de produção de espécies reativas de oxigênio, depleção de antioxidantes e genotoxicidade que podem estar relacionados às complicações observadas no TCTH. O objetivo do estudo foi avaliar a genotoxicidade em pacientes submetidos ao TCTH autólogo nas diversas fases que envolvem o transplante. Utilizou-se o ensaio do Cometa para avaliar o dano genético tanto através da medida do comprimento da cauda do cometa, como através da quantidade de DNA presente, sendo ambos função das doses de exposição a agentes genotóxicos. Foram coletadas amostras de sangue heparinizado de 12 pacientes submetidos a TCTH autólogo, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, nos seguintes momentos: antes do regime de condicionamento (RC), 24 horas após o RC, 1 dia (D+1), 10 dias (D+10) e 20 dias (D+20) após o transplante. Utilizou-se o teste estatístico Repeated Measures ANOVA seguido do pós teste tukey com nível de significância de $p < 0,05$. Houve um aumento significativo ($p < 0,05$) no índice de dano ao DNA após o RC em relação aos outros momentos analisados sugerindo que a quimioterapia de altas doses pode causar genotoxicidade, podendo estar relacionada à patogênia de diversas doenças pós transplante.

G32

Virose respiratórias em pacientes submetidos a transplante autólogo de células tronco hematopoéticas

Élida Livia Rafael Dantas - Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Beatriz Stela Gomes de Souza Pitombeira Araújo - Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Caroline Mary Gurgel Dias Florencio - Laboratório de Virologia da Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Ceará
Daniel Mazza Matos - Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Fernanda Edna de Araújo Moura - Laboratório de Virologia da Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Ceará
Fernando Barroso Duarte - Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Francisco Emiliano Rafael Dantas - Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Germison Silva Lopes - Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Jacques Kaufmann - Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
João Paulo de Vasconcelos Leitão - Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Luany Elvira Mesquita Carvalho - Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)
Maria Helena da Silva Pitombeira - Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hemocentro do Ceará (HEMOCE)

Introdução: Infecção respiratória viral (IRV) é causa significativa de morbidade e mortalidade em pacientes submetidos a transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH). A progressão de uma IRV 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. A identificação viral nas amostras clínicas pode ser feita por métodos de amplificação de ácido nucleico, detecção de antígeno e isolamento viral em cultura de células. O manejo clínico das IRV inclui terapia de suporte e antiviral específica, a exemplo do uso do Oseltamivir e Zanamivir no caso de infecções pelo vírus influenza. O diagnóstico precoce, além de permitir tratamento imediato, orienta medidas de controle de infecção no ambiente hospitalar. **Objetivo:** pesquisar a taxa de IRV em pacientes submetidos à TCTH autólogo e identificar os vírus associados a essas infecções. **Material e métodos:** de Agosto de 2012 a Junho 2013 foi realizada coleta de aspirado nasofaríngeo de pacientes internados no Hospital Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, submetidos à TCTH autólogo que apresentavam sintomas respiratórios altos, tais como coriza, tosse e obstrução nasal. As amostras coletadas foram submetidas à imunofluorescência indireta para pesquisa de vírus sincicial respiratório, influenza A e B, adenovírus, vírus parainfluenza 1, 2 e 3. **Resultados:** no período de estudo ocorreram 30 (trinta) TCTH autólogos e 5 dos pacientes a ele submetidos apresentaram sintomas respiratórios altos durante a evolução (16%). A detecção viral ocorreu nos 5 casos analisados (100%), estando presentes os seguintes vírus: vírus sincicial respiratório (2 pacientes – 40%); parainfluenza tipo 3 (1 paciente – 20%); influenza A (2 pacientes – 40%). Os vírus influenza A identificados foram subtipados como H3N2, sendo instaurada terapêutica com Oseltamivir no tratamento das infecções a eles associadas. **Conclusão:** Neste estudo foi verificada a relevância das viroses respiratórias como causa de febre de origem indeterminada em pacientes submetidos à TCTH autólogo. Sugerimos estudos no intuito de consolidar tais achados evitando o uso excessivo de antibióticos de amplo espectro.

G33

Infecção Relacionada a Cateter Venoso Central em Pacientes Submetidos a Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas e a Importância do Cuidado com o Curativo

jose carlos a barros - hospital de transplants euryclides de jesus zerbini
denize gonzalez - hospital de transplants euryclides de jesus zerbini
janaina midori goto - hospital de transplants euryclides de jesus zerbini
katia c v s marques - hospital de transplants euryclides de jesus zerbini
paula tuma - hospital de transplants euryclides de jesus zerbini
renata m f nunes - hospital de transplants euryclides de jesus zerbini
roselene m a passos - hospital de transplants euryclides de jesus zerbini

Introdução avaliar fatores de risco relacionados a ICSRC que ocorreram nos pacientes submetidos a TCTH em 2012, num serviço público de saúde de atendimento terciário.

Materiais e métodos : Pacientes do sexo masculino apresentaram ICSRC mais frequentemente que do sexo feminino. Não foi observado diferença para ICSRC em pacientes de acordo com tipo de transplante ou tipo de catéter utilizado.

Entre paciente submetidos a TCTH autólogo não se observou diferença de incidência de ICSRC nos que passaram o catéter antecipadamente para realizar coleta de célula tronco daqueles que passaram catéter apenas na internação para condicionamento. Para esses mesmos pacientes, o número de coleta de célula tronco não influenciou a ocorrência de ICSRC.

Não houve diferença em mortalidade de acordo com a complicação ICSRC durante o TCTH.

Discussão: Apesar de complicação frequente e muitas vezes atribuída maior mortalidade em pacientes submetidos a TCTH a ICSRC ainda não é amplamente estudada principalmente no que se diz respeito a fatores de risco potencialmente modificáveis, que poderiam contribuir para, diante de medidas de prevenção, reduzirem incidência dessa infecção. Os trabalhos que estudam essa complicação infecciosa apontam doença de base, comorbidades e intensidade do condicionamento como principais fatores que aumentam a ocorrência de ICSRC. Nesse trabalho pode-se observar que tipo de transplante, tipo de catéter ou mesmo a manipulação prévia do mesmo, não interferem na ocorrência de ICSRC durante o TCTH. A relação entre maior ocorrência de ICSRC com o sexo masculino, no nosso serviço, pode ser estabelecida pelo dado observacional de dificuldade de conservação e manipulação do curativo do catéter em pacientes do sexo masculino. Podemos concluir que na população estudada as medidas de prevenção de infecção como higiene de mãos, cuidados com manipulação do catéter e troca do curativo são igualmente importantes na ocorrência de ICSRC.

G34

Perfil dos doadores voluntários encaminhados pelo REDOME para avaliação e coleta de CTH no Instituto de Oncologia Pediátrica (IOP) ? GRAACC ? Unifesp, São Paulo

DANIELE PORTO BARROS - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
ADRIANA SEBER - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
ADRIANE DA SILVA SANTOS IBANEZ - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
ANTÔNIO SÉRGIO PETRILLI - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
ÉRICA ANTUNES VALVERDE - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
CLAUDIA CRISTINA NAUFEL TERZIAN - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
eLIZABETH SOTERO C. DE AZEVEDO - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
GLAUCIA FABIANE MARCELINO DE LIMA - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
OLGA M. W. OLIVEIRA FÉLIX - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
ROSEANE VASCONCELOS GOUVEIA - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
TATIANA ALVES LIMA - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
VALÉRIA CORTEZ GINANI - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
VANESSA SILVA SOUZA AVELINO - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
VICTOR GOTTARDELLO ZECCHIN - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP

O número de doadores voluntários de medula óssea vem aumentando nos últimos anos. O REDOME conta com mais de 3 milhões de doadores inscritos, transformando-nos no terceiro maior registro mundial. O **objetivo** do trabalho foi traçar o perfil dos doadores voluntários encaminhados pelo REDOME para avaliação e coleta de CTH no IOP-GRAACC-Unifesp. **Método:** Após o contato inicial, realizado pelo REDOME, outro centro de transplante, que não o que cuida do paciente, é responsável por avaliação clínica e laboratorial, consentimento livre e esclarecido, coleta das CTH e avaliação do doador após o procedimento. Este foi um estudo retrospectivo, de análise de prontuários clínicos, de 21 doadores voluntários de CTH, no período de agosto de 2012 a junho de

2013. **Resultados:** Tratando-se de um hospital exclusivamente pediátrico, há um pedido especial ao REDOME de encaminhamento apenas de doadores jovens. Assim, a mediana de idade dos doadores foi de 30 anos (24-38); 57% foram do sexo feminino. A procedência dos doadores foi 50% São Paulo; 25% Minas Gerais; 10% Paraná, 5% Mato Grosso do Sul; 5% Pará e 5% Rondônia. Todos os doadores selecionados para avaliação nesta instituição compareceram para consulta e coleta de exames no dia agendado; todos os avaliados neste período apresentavam-se aptos para a doação e concordaram com os termos de consentimento e de confidencialidade. As células coletadas tiveram como destino instituições em São Paulo-SP (50%), Rio de Janeiro-RJ (15%), Curitiba-PR (15%), Natal-RN (5%) e para o exterior do país (15%). Em relação ao tipo de células solicitadas, 70% foram medula óssea. Para a coleta, foi possível conciliar a opção do centro transplantador e o consentimento dos doadores em todos os casos. Todas as coletas de CTP foram realizadas através de acesso venoso periférico, apesar de dificuldade em vários casos; todos os doadores de medula coletaram e receberam sangue autólogo, segundo prática de nossa instituição. Dois doadores apresentaram intercorrências: em um houve extravasamento de eletrólitos na via de retorno durante a coleta de CTP e outro apresentou dor local intensa, sendo diagnosticado pseudoaneurisma em ramo de artéria glútea um mês após a coleta da MO; este foi tratado com embolização por cateterismo com lenta recuperação funcional. Ambos foram acompanhados na instituição até completa recuperação. **Conclusão:** Pseudoaneurisma é uma complicação rara, mas já descrita (McGregor 2009) após a coleta de MO. O doador necessitou de acompanhamento no centro de coleta e ficou incapacitado para trabalho durante meses. As coletas foram satisfatórias. Acreditamos que seria valioso que os centros transplantadores enviassem aos centros de coleta um follow-up sobre tempo de enxertia e/ou possíveis complicações durante a infusão das células. O REDOME deve ter um plano para atendimento a eventuais complicações associadas às coletas. Também seria desejável um segmento a longo prazo dos doadores, favorecendo a melhoria da qualidade das coletas.

G35

Influência de Fatores Obstétricos e Neonatais no Volume e Celularidade do Sangue de Cordão Umbilical e Placentário

Dulcinéa L.O.L.Marques - BSCUP-CEMO/INCA
Flavio Henrique P. Braga - BSCUP-CEMO/INCA
Luis Fernadno da Silva Bouzas - CEMO/INCA
Marina Izu - BSCUP-CEMO/INCA

RESUMO

Introdução: O sangue de cordão umbilical tem demonstrado ser uma efetiva alternativa como fonte de célula tronco hematopoiética (TCTH) para transplante, porém a principal limitação refere-se a baixa celularidade encontrada. Para efetividade do TCTH, Guidelines internacionais recomendam uma dose mínima de 2×10^7 /Kg de peso do receptor de célula nucleada para o adulto e de $3,7 \times 10^7$ para crianças. Como vantagem do sangue de cordão umbilical e placentário pode ser citada o baixo risco de Doença Enxerto contra Hospedeiro e a fácil coleta sem risco ou desconforto para o doador. Algumas características obstétricas e neonatais, como idade gestacional, peso do recém-nato ao nascer e sexo estão relacionadas com o volume e a celularidade do sangue do cordão umbilical. Sendo assim, esse estudo teve como **objetivo** identificar quais os fatores obstétricos e neonatais que podem influenciar o volume e celularidade do sangue de cordão umbilical e placentário. **Material e Métodos:** Estudo

correlacional entre fatores obstétricos e neonatais que influenciam na celularidade do sangue de cordão. Os dados fazem parte de uma dissertação de mestrado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de um hospital federal, sob o número 126/10. A amostra foi de conveniência, constituída de 40 gestantes. Fatores como idade gestacional, peso do recém-nato (RN) ao nascer e sexo do RN foram correlacionados com o volume de sangue de cordão umbilical e placentário (SCUP) coletado e a celularidade. As unidades de sangue de cordão coletadas foram encaminhadas para processamento no laboratório, sendo verificado volume e contagem celular. As unidades processadas deveriam ter um total de células nucleadas $\geq 7,5 \times 10^8$. **Resultados:** De acordo com os dados levantados, identificamos alguns fatores relacionados à idade gestacional, sexo e peso do RN que se correlacionam com volume e/ou celularidade. A análise estatística foi composta pelos métodos Teste t de *Student* para amostras independentes ou de *Mann-Whitney* (não paramétrico, *ANOVA one-way* e teste de χ^2 ou exato de *Fisher*. Existe correlação direta significativa entre a celularidade inicial com o peso fetal ($r_s = 0,429$; $p = 0,006$) na amostra geral. **Conclusão:** O volume e a celularidade do sangue do cordão umbilical e placentário sofreu influência do peso do RN, como demonstrou o presente estudo, ou seja, o peso fetal apresentou uma correlação positiva com o volume e a celularidade do sangue do cordão umbilical. Considerando a correlação de fatores maternos, neonatais e características da placenta/cordão com a celularidade do SCUP no presente estudo e o conhecimento desses fatores influenciando na celularidade do SCUP permitirá às equipes dos BSCUP, a identificação características importantes relacionadas à mãe, ao recém-nascido e as características da placenta e do cordão umbilical que possam otimizar o quantitativo de células obtidas do SCUP.

G36

Encefalite por herpes virus humano 6 (HHV-6) em paciente submetida a um transplante de medula óssea autólogo ? relato de caso.

Karina Nascimento Caldas de Souza - Instituto Nacional de Câncer

Karla Strong - Instituto Nacional de Câncer

Luiz Fernando Bouzas - Instituto Nacional de Câncer

Marcelo Schirmer - Instituto Nacional de Câncer

Marta Colares - Instituto Nacional de Câncer

Simone Cunha Maradei - Instituto Nacional de Câncer

Vanessa Erichsen Emmel - Instituto Nacional de Câncer

Objetivo deste estudo é relatar um caso atípico de encefalite pelo HHV6 em paciente submetida a transplante de medula óssea (TMO) autólogo. Metodologia: Estudo de caso. Resultado: MJRS, 34 anos, feminino, admitida em hospital especializado da rede pública na cidade do Rio de Janeiro com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin Esclerose Nodular em estágio IIBX (bulky mediastinal) foi tratada com protocolo ABVD (doxorubicina, bleomicina, vimblastina, dacarbazina) por 3 ciclos e, por toxicidade pulmonar, realizou 3 ciclos sem bleomicina e sem radioterapia mediastinal atingindo remissão clínico-radiológica. Após 2 anos houve recidiva em linfonodos cervicais (confirmada por biópsia) sendo iniciado protocolo ICE (ifosfamida, carboplatina, etoposide) com resposta completa após 4 ciclos. Encaminhada para TMO autólogo, recebeu condicionamento CBV (ciclofosfamida, carmustina e etoposide) e a infusão das células tronco hematopoéticas ocorreu sem intercorrências. No D+2 apresentou febre atribuída a foliculite em região axilar esquerda, iniciou-se antibioticoterapia adequada. No D+9 persistia a febre, com PCR-t alto e surgimento de rash eritematoso em face com progressão em 48 horas para tronco e membros superiores. Ampliou-se o espectro antibiótico. A pega neutrofílica ocorreu no D+10 com normalização do PCR-t e persistência de febre e rash cutâneo sem foco infeccioso identificado. No D+17 a paciente apresentou desorientação têmporo-espacial e discreto déficit de memória recente. Ressonância nuclear magnética (RNM) de encéfalo mostrou focos esparsos com sinal hiperintenso em T2 e FLAIR na substância branca profunda periventricular, coroa radiada e centros semiovais. O líquido cefalorraquidiano (LCR) apresentou pleiocitose, hiperproteinorraquia e PCR positivo para HHV-6. Iniciado ganciclovir (10mg/kg/dia), mas após 3 dias surgiram vesículas sobre área de rash cutâneo.

Neste momento o PCR sérico para HHV-6 era negativo e foi colhido material das vesículas. Após 10 dias de tratamento antiviral não houve melhora. Nova RNM de crânio evidenciou hiperintensidade em FLAIR simétrica e bilateral em lobos mediais temporais e hipocampos, compatível com encefalite herpética. O PCR para HHV-6 foi positivo em material da vesícula cutânea. Foscavir (180mg/kg/dia) foi associado ao tratamento. Em 72 horas houve melhora dos quadros cutâneo, febril e neurológico, persistindo a amnésia. Nova amostra de LCR mostrou-se normal. No D+34 a paciente recebe alta da enfermaria para completar 21 dias de tratamento antiviral ambulatorialmente. No momento está em remissão completa do linfoma e sem sintomas neurológicos. Conclusão: Considerando que a reativação pelo HHV-6 é assintomática, sendo descrita como manifestação grave apenas no transplante alogênico, esse relato é importante para lembrar que as manifestações virais estão cada vez mais frequentes no contexto do TMO autólogo, provavelmente decorrente da maior intensidade no tratamento quimioterápico e da grande imunossupressão resultante.

G37

Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas (TCTH) não aparentado em pacientes portadores de Anemia de Fanconi tratados com Ciclofosfamida, Fludarabina e ATG: Análise da Sobrevida de acordo com a fonte de células-tronco hematopoiéticas

Bonfim C - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Araújo C.E.S - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Bitencourt M - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Koliski A. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Kuwahara C - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Loth G. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Malvezzi - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Marinho D.H. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Mousquer R - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Nichele S - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Pasquini R - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Pereira N.F - Laboratório de Imunogenética da UFPR
Pilonetto D - Laboratório de Imunogenética da UFPR
Ribeiro L - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Rodrigues A.L.M - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR

A AF é uma doença genética rara e o único tratamento com possibilidade de cura das complicações hematológicas é o TCTH realizado com doadores aparentados ou não aparentados. **Objetivo:** Analisar os fatores que influenciaram a sobrevida global(SG) de pts com AF submetidos a um TCTH NAP em fase de aplasia de acordo com a fonte de célula utilizada. **Pacientes e Método:** Análise retrospectiva e descritiva de 71pts transplantados entre 02/2012 a 01/2013 em uma única instituição. Sexo:30M/41F. Idade:3-18 anos(M:8). 25% dos pts receberam > 20 transfusões pré TCTH. Condicionamento: CFA60mg/kg+FLU125mg/m² +ATG 4-6mg/kg. Fonte de células:Medula Óssea(MO):40pts e Sangue de Cordão(SC):31pts. Imunoprofilaxia para a DECH:Ciclosporina (CSA)+Metotrexate:51pts e CSA+corticoide: 20pts. 49pts tinham compatibilidade HLA adequada (MO:8/8 e SC: 6/6 ou 5/6) enquanto que em 22pts a compatibilidade era inadequada (MO 7/8 ou 6/8 e SC 4/6). Mediana de células infundidas no grupo MO: 5,37 x 10⁸/kg e no SC foi de 5,28 x 10⁷/kg. **Resultados:** 38/40 pts que receberam MO e 25/31pts que receberam SC sobreviveram > 21 dias e foram avaliáveis para a pega. No grupo MO a falha primária de pega(FPP) ocorreu em 1pt (MO 7/8) e ele foi resgatado com sucesso após um 2º TMO NAP. No grupo SC, 9pts apresentaram FFP e destes, 7 receberam um 2 TSCU (todos morreram) e 1pt foi retransplantado com sucesso (TMO Haploidentico com o pai). A Incidência cumulativa(IC) de FPP foi maior no grupo de SC do que no grupo MO (36% x 3% p:0,0001) assim como nos pts que receberam > 20 transfusões (p:0,012). Tanto a pega neutrofilica quanto a plaquetária também foram mais lenta no grupo de SC (p:0,0001).Outras complicações: mucosite grau III-IV:60%; cistite hemorrágica:25% (maioria por poliomavírus); complicações neurológicas: 32% e

infecções virais: CMV em 45%, EBV em 25% e VZV em 11% dos pts. 28pts morreram entre 3 e 599 dias pós TCTH(M:55). As causas mais frequentes de óbito foram as infecções bacterianas e fúngicas, rejeição, hemorragia e DECH. A mortalidade relacionada ao procedimento aos 180 dias foi menor no grupo MO (22% x 58% p:0,002). 43pts estão vivos entre 5 meses e 10 anos pós-TCTH (M:4,8 anos) com uma SG de 60% aos 3 anos. Os fatores que influenciaram a SG foram: fonte de células (MO:78% x SC: 37% p:0,001); a ausência de DECH-Aguda grau II-IV (86% x 59% p: 0,035); número de transfusões prévias < 20 (68% x 35% p:0,006); compatibilidade HLA adequada (74% x 28% p:0,0001); pega completa do enxerto (91% x 11% p:0,0001) e o TCTH \geq 2008 (88,5% x 44% p:0,001). **Conclusões:** A sobrevida aumentou de maneira significativa após 2008 e fatores como número de transfusões prévias, compatibilidade adequada, pega do enxerto e fonte de células foram importantes na evolução destes pts. As infecções oportunistas foram muito frequentes alertando para uma avaliação mais criteriosa da recuperação imunológica após este condicionamento. O uso do SC como fonte de células-tronco esteve associado a uma pior sobrevida.

G38

Análise dos Fatores Clínicos e sua Relação com o Desenvolvimento de Infecções em Pacientes Submetidos à Quimioterapia e TCTH.

Denise Perreira Neto - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Cleocir Marta Tecchio - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Fabaine de Avila Marek - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Lúcia Silla - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Michele Borges - Hospital São Lucas
Vinicius Souza dos Santos - Santa Casa de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Infecções causadas pela neutropenia severa são as causas mais frequentes de morbidade em pacientes submetidos à quimioterapia (QT) e Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH). Além da neutropenia prolongada, vários fatores como o uso de dispositivos intravenosos, mucosite, condições clínicas prévias, comorbidades, tipo de tratamento e tempo de internação também contribuem para o desenvolvimento de infecções. **OBJETIVO:** Verificar a relação entre perfil clínico e o desenvolvimento de complicações infecciosas em pacientes submetidos à quimioterapia e TCTH. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo de coorte prospectivo com 89 pacientes adultos e crianças submetidas à quimioterapia e/ou TCTH que internaram na Unidade de Ambiente Protegido de um hospital do sul do país. A coleta de dados se deu no período de Abril de 2011 a Maio de 2012 a partir de acompanhamento clínico diário e análise de prontuário eletrônico. As variáveis quantitativas foram descritas por mediana e amplitude interquartilica, devido à assimetria dos dados. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para análise dos fatores de risco em relação à incidência de infecção, a análise de Regressão de Poisson univariada e multivariada foi aplicada. **RESULTADO:** Dos 89 pacientes analisados, 48 (53,9%) era do sexo masculino. A idade mediana foi de 31 anos (20-54). O tempo de internação mediana 31,5 (24-41) dias. **Os** pacientes com comorbidades foram de 35(39,3%). Dos pacientes analisados, 85,4% apresentaram algum tipo de infecção, sendo as bacterianas as mais frequentes, atingindo 41,6% (37). As principais patologias encontradas foram: LMA 32 (36%), Linfomas 20 (22,5%), Mieloma Múltiplo 16 (18%), LLA 8 (9%), Anemias 5 (5,6%), Os pacientes foram submetidos à QT em altas doses, TCTH autólogo, TCTH Alogênico Aparentado e Não Aparentado. Na análise das condições clínicas foi observado presença de comorbidade em 35 pacientes (39,3%). A neutropenia ocorreu nos 89 pacientes (100%), sendo que a duração média dos dias de neutropenia foi de 13 dias (8-20). Mucosite

secundária a QT em altas doses e no TCTH foi observada em 79 (88,8%). Setenta e seis pacientes (85,4%) realizaram coleta de hemocultura, destas 34 (38,2%) foram positivas. Dentre as infecções, a bacteriana acometeu 37 pacientes (41,6%), fúngicas 7 (7,9%) e sem foco definido foram 32(36%). As bactérias mais frequentes foram: *Gram*-positivos 24 (27%) e *gram*-negativos 10 (11,2%). **CONCLUSÃO:** O estudo determinou que os fatores que se correlacionaram com o desfecho infecção na análise multivariada foram: presença de comorbidades (RR=1,16; IC 95%: 1-1,35; p=0,005), dias de internação (RR=1;IC 95%:1,005-1,008; p=0,028), grau de mucosite (RR=1,12; IC 95%: 1,1=04-1,12; p=0,003) e QT em altas doses (RR=1,44; IC 95%: 1,14-1,81; p=0,002). Observou-se que pacientes com presença de comorbidades tem maior risco para infecção, além de estarem associados a maior grau de mucosite e maior tempo de internação.

G39

OCULAR SURFACE DISEASE ASSOCIATED TO GRAFT-VERSUS-HOST-DISEASE AFTER ALLOGENEIC STEM CELL TRANSPLANTATION

Monica Alves - Faculty of Medicine Ribeirão Preto, São Paulo University; Pontific Catholic University of Campinas

Afonso C. Vigorito - Faculty of Medical Sciences, University of Campinas

Carmino Antonio de Souza - Faculty of Medical Sciences, University of Campinas

Daniella Paiva - Pontific Catholic University of Campinas,

Eduardo Melani Rocha - Faculty of Medicine Ribeirão Preto, São Paulo University

Francisco Penteadó Aranha - Faculty of Medical Sciences, University of Campinas

Marcos Paulo Colella - Faculty of Medical Sciences, University of Campinas

Wilson Estevam Filho - Faculty of Medical Sciences, University of Campinas

±10.9, male:female ratio=0.4) were enrolled in the study, along with 24 age and gender matched controls. The majority of patients underwent myeloablative regimen (70%) to treat different hematological conditions, such as chronic myeloid leukemia (40.7%), acute myeloid leukemia (14.8%), lymphoid leukemia (14.8%), lymphoma (11.1%), and other conditions. Acute GVHD occurred in 33.3% of all cases, after 62.13±44.2 days and chronic GVHD was diagnosed after 214.3±92.7 days. Besides the eyes, it mainly involved the oral mucosa (85.2%), skin (70.5%) and liver (59.2%). Significantly higher scores on DED tests were obtained in all performed diagnostic tests (P<0.0001): OSDI was 49.3±20.9, fluorescein staining 4.4±3.8, lissamine staining was 2.4±2.4, Schirmer test 8.4±8.8 mm, TBUT 3.8±2.8 seconds, and tear osmolarity 312±17.2 MOsmol/ml, 85% of patients presented cicatricial meibomian gland dysfunction. Among those diagnostic test, significant correlations were found with fluorescein and lissamine staining ($r^2 = 0.89$) and TBUT and Schirmer test ($r^2 = 0.49$). Severity grades vary from moderate to severe.

Conclusions: Ocular surface disease is part of chronic range of GVHD after AHSCT. Patients tend to present severe symptoms and ocular surface damage related to dry eye and meibomian gland dysfunction. However, diagnostic tests parameters vary significantly and most of times do not present strong correlations among one other.

Support: Fapesp. CNPq

G40

Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation as a treatment option for Myelodysplastic Syndrome

Cármino Antonio De Souza - HEMOCENTRO UNICAMP
Afonso Celso Vigorito - HEMOCENTRO UNICAMP
Eliana Cristina Martins Miranda - HEMOCENTRO UNICAMP
Francisco José Penteado Aranha - HEMOCENTRO UNICAMP
Marcos Paulo Colella - HEMOCENTRO UNICAMP

Introduction: Myelodysplastic Syndrome (MDS) is a heterogeneous group of clonal stem cell diseases. It is characterized by peripheral cytopenias, despite the hypercellularity of the bone marrow, with risk of progression to Acute Myeloid Leukemia, and the most widely used prognosis score is the International Prognosis Scoring System (IPSS). Despite the advances regarding therapeutic options, Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT) remains the only curative modality. **Objectives:** To evaluate the characteristics and the results of MDS patients (pts) that underwent allogeneic HSCT. **Pts and Methods:** pts who underwent an allogeneic HSCT for MDS at the HSCT Unit in the University of Campinas Clinical Hospital, from 1994 to 2012, had their charts revised, retrospectively. **Statistical analyses:** descriptive analyses, overall and disease free survival using Kaplan-Meier estimate for predictor variables, considering p -value <0.05 , applying SPSS 15.0. **Results:** 28 pts were enrolled. 14 (50%) were male with a median age of 42 (9-59) years, 27 (96%) pts received high dose (HD) conditioning and 1 (4%) low dose (LD). At diagnosis, 13 (46%) were Refractory Anemia, 9 (32%) were Refractory Anemia with excess blasts (RAEB), 3 (10%) were unclassified, 2 (8%) were Refractory Anemia with Excess Blasts in Transformation (RAEBT) and 1 (4%) was Acquired Idiopathic Sideroblastic Anemia (RARS). The distribution between the IPSS was: 15 (62.5%) Intermediate-1, 6 (25%) Intermediate-2 and 3 (12.5%) high. 16 (57%) received bone marrow (BM) as source of stem cell and 12 (43%) received peripheral blood (PB). The median follow up of alive pts was 113 months (12-224). 12 (43%) pts are currently alive. The Overall Survivor (OS) rate at 10 years was 43%. The OS by graft type was 75% for PB and 18% for BM ($p=0.004$). The Disease Free Survival (DFS) rate at 10 years was 50%. The DFS by graft type was 82% for PB and 23% for BM ($p=0.005$). The Transplant Related Mortality (TRM) was 51%. The TRM by graft type was 77% for BM and 17% for PB ($p=0.005$). There was no significant statistical difference, regarding OS, between the IPSS groups. **Conclusion:** despite de advances in therapeutic options, the allogeneic HSCT is still the only curable option for MDS. Our results shows that de peripheral blood stem cell is superior to bone marrow as the source of hematopoietic stem cells, regarding OS, DFS and TRM, probably due to the benefit that advanced diseases have when submitted to allogeneic HCST with PB as graft.

G41

Cunninghamella Em TCTH Alogênico Não Relacionado ? Relato de Experiência.

Cleocir Marta Tecchio - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Denise Perreira Neto - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Fabiane de Avila Marek - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Ivana Karl - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Kátia Lima - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Lúcia Silla - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Vânia Matte - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Vinicius Souza dos Santos - Santa Casa de Porto Alegre

Introdução: A mucormicose é uma infecção oportunista, altamente agressiva e se apresenta de forma necrotizante que pode acometer pacientes imunocomprometidos, sobretudo em portadores de neoplasias hematológicas como aqueles que são submetidos a transplante de células tronco

hematopoéticas (TCTH). Uma das topografias de mucormicose mais comuns é a rinocerebral, sendo que a invasão pode se dar pela mucosa nasal, logo acometendo toda a região. O tratamento deve se instalar rapidamente com remoção cirúrgica da lesão fúngica e administração de anfotericina B. Um dos fungos dessa classe é a *Cunninghamella*. **Objetivo:** Relatar a evolução de mucormicose em paciente submetido a TCTH. **Materiais e método:** Relato de caso. Resultados: Paciente masculino, 16 anos, com LMA M4 refratária. Realizou ciclo de Clofarabina pré TCTH. Condicionou com Fludarabina + Melfalano + Alemtuzumab. Com história de aspergilose pulmonar. Apresentou Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro precoce: pele, trato gastrointestinal e hepática, sendo tratado com 2mg/Kg de metilprednisolona e com resposta parcial e necessidade de Basiliximab®. No D+15 apresentava dor nos dentes e cefaléia, após 2 dias uma lesão escurecida – necrótica - com bordos irregulares tomava 8 cm do palato duro, tendo iniciado com Anfotericina Lipossomal. Foi submetido à exereses da lesão necrótica em palato duro posterior e identificada *Cunninghamella* sp e *Candida* sp. No D+27 apresentava lesão ulcerada enegrecida em assoalho da fossa nasal e em quase totalidade do palato duro com fístula oro nasal pérvia. Novamente foi necessário a exereses de mucosa ao redor da lesão em forma de anel e do palato ósseo com escopro. No D+75 foi submetido à microcirurgia endonasal para drenagem de secreção, não identificado fungo. No D+86 nova microcirurgia endonasal para remoção de mucosa do septo nasal que estava com aspecto isquêmico + turbinectomia inferior total, sem recidiva de fungo. Manteve tratamento com Anfotericina e Micafungina por 90 dias em Hospital Dia, com cura da mucormicose, porém houve recidiva da LMA antes de completar 6 meses de TCTH. **Conclusão:** A mucormicose é uma doença rara e de altas taxas de mortalidade e em transplantados de células tronco hematopoéticas pode ser letal. Para que se tenha chance de tratamento e cura, é necessário uma equipe multiprofissional que tenha conhecimento na avaliação de sinais e sintomas precoces de infecções em imunossuprimidos, bem como no auxílio do diagnóstico precoce, seguido da terapia antifúngica adequada.

G42

Avaliação de quimerismo: Experiência do Serviço Hematologia e Transplante Alogênico de Célula Tronco Hematopoiética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Alessandra Aparecida Paz - Serviço de Hematologia e TCTH HCPA
Fernanda Gamio - Serviço de Imunologia HCPA
Gisele Mezes Ewald - Serviço de Imunologia HCPA
Gustavo Brandão Fischer - Serviço de Hematologia e TCTH HCPA
Liane Esteves Daudt - Serviço de Hematologia e TCTH HCPA
Lisandra Della Costa Rigoni - Serviço de Hematologia e TCTH HCPA
Lucia Mariano da Rocha Silla - Serviço de Hematologia e TCTH HCPA
Luis fernando Jobim - Serviço de Imunologia HCPA

O Transplante Alogênico de célula Tronco Hematopoiética (TCTH) é um tratamento potencialmente curativo para diversas doenças onco-hematológicas, bem como é capaz de restabelecer a hematopoiese e o sistema imunológico em pacientes portadores de doenças benignas como aplasia de medula óssea ou imunodeficiências. O acompanhamento dos pacientes através do quimerismo pode ser útil para comprovar a pega do enxerto, detectar sinais precoces de rejeição ou da presença de doença residual mínima. Compreender seu comportamento, aprimorar as técnicas de realização e de quantificação do mesmo, permite intervenções precoces e contribui para melhorar o desfecho do procedimento.

O presente estudo tem como objetivos descrever a experiência dos serviços de Hematologia e Imunologia na realização e quantificação do quimerismo dos pacientes submetidos à TCTH alogênico em uma Unidade de Transplante Hematopoiético do Sul do país.

Foram avaliados 101 pacientes, destes 21 eram portadores de doenças benignas, e 16(16,8%) receberam condicionamento reduzido, 64(63,3%) eram TCTH aparentados e a fonte de célula tronco mais freqüente foi medula (71,2%) O quimerismo foi avaliado através da amplificação de 16 locos de STR (short tandem repeats) e eletroforese capilar no analisador genético ABI Prism 3100 *Avant* (Applied Biosystems). O percentual de células do doador foi calculado como $D = (D1 + D2) \times$

$100/(D1+D2+R1+R2)$, onde D1 e D2 =altura dos picos dos alelos do doador e R1 e R2=altura dos picos dos alelos do receptor.

Foram considerados com quimerismo completo aqueles que apresentavam acima de 90% de células do doador, quimerismo misto aqueles que apresentavam entre 10 e 90% de células do doador e autólogo aqueles com menos de 10 % de células do enxerto.

Avaliando separadamente o grupo de pacientes com doença benigna tivemos 2 (9%) pacientes com reconstituição autóloga e 5 (22%) com quimerismo misto, sendo a sobrevida em 3 anos de 87%, corroborando com hipóteses recentes de que em doenças benignas o quimerismo misto é capaz de reconstituir o sistema afetado e restabelecer a hematopoiese.

Entre os pacientes portadores de doenças malignas 4 (5%) apresentaram reconstituição autóloga e 14 (17,5%) com quimerismo misto. Entre estes últimos descritos 50 % apresentaram recidiva da doença logo após a perda da hematopoiese do doador.

Nossos resultados são semelhantes aos descritos na literatura e nos permitem utilizar desta técnica como ferramenta para diagnóstico precoce de recaída, permitindo intervenções que venham a melhorar a sobrevida destes pacientes.

G43

Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas em Linfoma de Hodgkin: Experiência de Dois Centros Brasileiros.

Juliana Sobreira de Almeida - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Barros, JCA - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP. / Hospital de Transplantes Dr. Euryclides de Jesus Zerbini.

Canuto, DKS - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Chiattonne, C - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Chiattonne, RR - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Fortier, SC - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Nunes, RFM - Hospital de Transplantes Dr. Euryclides de Jesus Zerbini.

Passos, RMA - Hospital de Transplantes Dr. Euryclides de Jesus Zerbini.

Perobelli, LLM - Hospital de Transplantes Dr. Euryclides de Jesus Zerbini.

Pinto, MSG - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Santos, MRA - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Silveira, TMB - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Linfoma de Hodgkin (LH) é uma doença potencialmente curável, visto que a maioria dos pacientes responde bem ao tratamento com quimioterapia convencional. Entretanto, 10-15% dos pacientes com doença localizada e 25-30% com doença avançada ao diagnóstico, apresentam falha de resposta ou recaída após tratamento quimioterápico inicial. Nesses casos, o transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas (TACTH) pode ser considerado tratamento de escolha. Estudos demonstram Sobrevida Global (SG) em 3 anos de 52-77%, e Sobrevida Livre de Progressão (SLP) de 30-65% . **Material e**

métodos: Análise retrospectiva de pacientes com diagnóstico de DH submetidos a TACTH no período de maio de 1997 a abril de 2012 em dois centros de Transplante de Medula Óssea. **Resultados:** Foram analisados 97 pacientes, com mediana de idade de 28 anos (6-64), sendo 45 (46%) do sexo feminino e 52 (57%) do sexo masculino. Em relação as características pré-TACTH, 45 (51%) pacientes foram submetidos a menos de 3 esquemas quimioterápicos e 47 (56%) apresentavam-se em Remissão Completa não confirmada (RCu) maior que 12 meses. Quanto ao status da doença pré-TACTH, 32 (41%), 39 (49%) e 8 (10%) encontravam-se em RCu, Remissão Parcial (RP) e refratário, respectivamente. Regime de condicionamento utilizado na maioria dos pacientes (88%) foi CVB (Ciclofosfamida, Etoposídeo, Carmustina). A SG e SLP após transplante em 5 anos foram 62% e 45,2%, respectivamente. Mediana de tempo de seguimento foi de 47 meses. Status pré-TACTH influenciou a SG ($p=0,045$) e SLP ($p=0,046$). Dentre os 39 pacientes em RP pré-TACTH, 12 obtiveram RC após TACTH. **Conclusão:** Em nossa casuística, TACTH se mostrou um procedimento seguro, com taxa de SG e SLP em 5 anos de 62% e 45,2%, respectivamente, em consonância com os dados da literatura mundial. Na tentativa de melhorar os resultados do TACTH, novas drogas estão sendo analisadas em estudos prospectivos, como terapia de manutenção pós TACTH, visando reduzir a taxa de recaída.

G44

Análise de Custos de Transplante Alogênico de Células-tronco Hematopoéticas Aparentado.

Vergueiro, CSV - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Almeida, JS - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Badega, KSR - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Barros, JCA - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Chiattonne, C - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Chiattonne, RR - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Magalhães SS - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
Santo, RM - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Silva, IR - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Wakim, RCS - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é modalidade terapêutica de diversas patologias. Em nosso país, SUS é a principal fonte pagadora de TCTH. Há uma defasagem entre o número de transplantes realizados e a demanda. Faz-se necessário conhecer o custo do procedimento para desenvolvimento de estratégias de atendimento, ajustadas às necessidades. **Objetivo:** Levantamento dos custos diretos de TCTH alogênico aparentado, incluindo desde avaliação pré-TCTH do receptor até doze meses após o TCTH. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo de dez pacientes sequenciais, com admissão hospitalar até setembro de 2011. Levantamento do prontuário foi dividido em seis períodos: Pré-TCTH, condicionamento até infusão das células-tronco (D0), D0 até alta, alta até D+100, D+100 até seis meses, seis meses até um ano. Dentro de cada período, discriminamos despesas com hemoterapia, medicação, material, diária de internação, laboratório, exames de imagem, anatomia patológica, avaliação de especialista e procedimento médico. **Resultados:** De dez pacientes, cinco eram do sexo masculino, com média de idade de 30 anos (19-49). Os diagnósticos foram: LMA (2), LLA (2), AAG (2), SMD (1), LMC (1), HPN (1) e LH (1). Em relação ao risco, quatro pacientes foram

classificados como baixo, quatro como intermediário e dois como alto. Fonte de células-tronco hematopoéticas foi sangue periférico em oito pacientes e medula óssea em dois. Regimes de condicionamento utilizados foram: oito BuCy (Bulssulfan + ciclofosfamida), um CyFlu (Ciclofosfamida + Fludarabina) e um CyTBI (Ciclofosfamida + Radiação Corporal Total). Mediana do tempo de internação foi de 25 dias (18-63). Ocorreram nove re-internações por intercorrências pós TCTH. Maioria dos pacientes (90%) recebeu metotretaxate e ciclosporina como profilaxia para Doença do Enxerto Contra Hospedeiro Aguda (DECHa). Medianas de data da pega de neutrófilos e plaquetas foram D+14 (8-15) e D+10 (8-22), respectivamente. Três pacientes receberam ganciclovir como tratamento preemptivo para CMV. Um paciente necessitou de ventilação mecânica. Sobrevida global em um ano foi de 70%. Causas do óbito foram: DECHa (1) e recidiva (2). Custo médio total por paciente para todos os períodos foi de R\$60.582,56. Período de maior custo correspondeu ao da internação para o TCTH, dividido em: condicionamento até D0 (média R\$13.847,80), e D0 até alta (média R\$31.590,22). Custo do período do D0 até alta foi dividido em: diária hospitalar (70%), medicação (11%), hemocomponentes (9%), laboratório (3%). **Conclusão:** Nossa instituição trabalha unicamente com o SUS como fonte pagadora. Alguns exames laboratoriais, procedimentos médicos e medicamentos são obtidos gratuitamente e não foram incluídos nessa análise. O estudo ajuda instituição a conhecer seus processos, definir suas estratégias e refinar avaliação do custo e faturamento do TCTH. Vale ressaltar que a generalização destes dados não é possível visto à heterogeneidade dos diferentes centros.

G45

Transplante Alogênico de Células Progenitoras Hematopoéticas em Micose Fungóide/Síndrome de Sezary: Experiência de Dois Centros Brasileiros e Revisão de Literatura.

Juliana Sobreira de Almeida - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Barros, JCB - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP. / Centro de TMO ? BA SESAB ? UFBA

Chiattonne, CS - Disciplina de Hematologia e Oncologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Chiattonne, RR - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

Nunes, R.F.M - Hospital de Transplantes Dr. Euryclides de Jesus Zerbini

Passos, RMA - Hospital de Transplantes Dr. Euryclides de Jesus Zerbini

Perobelli, LLM - Hospital de Transplantes Dr. Euryclides de Jesus Zerbini

Santos, HHM - Centro de TMO ? BA SESAB ? UFBA

Micose Fungóide (MF) e Síndrome de Sèzary (SS) representam as formas mais comuns de Linfoma primário cutâneo. A idade média ao diagnóstico é em torno de 50 anos. Considerada doença rara, o curso clínico é, na maioria dos pacientes, indolente. A escolha de tratamento é baseada no quadro clínico e estadiamento, visto que estão fortemente relacionados ao prognóstico. Formas agressivas requerem tratamento sistêmico, mas não há consenso quanto a melhor terapêutica. O transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas (TACTH) parece ter um efeito curativo, baseado principalmente no efeito enxerto versus linfoma (GVL). Entretanto, há poucos relatos de casos de pacientes com MF e SS tratados com TACTH .

Caso 1: W.S.S, 44 anos, sexo masculino, com diagnóstico de SS em março de 2011, estadiamento T₀N_xM₀B₁. Realizou diversos esquemas quimioterápicos até ser submetido a TACTH em 11/09/2012, doador irmão HLA compatível, células periféricas (CD34=9,3 x 10⁶/ kg receptor) e regime de condicionamento com intensidade reduzida (Fludarabina e Ciclofosfamida). Status da doença ao TMO: T₀N₀M₀B_x. Profilaxia para Doença de Enxerto Contra Hospedeiro Aguda (DECHa) foi feita com ciclosporina e micofenolato de mofetil. Paciente permaneceu em remissão até D+174, quando recidivou. Iniciou tratamento com fludarabina e ciclofosfamida. Em 02/04/2013, no D+ 203 pós TACTH, evoluiu a óbito por provável tromboembolismo pulmonar, relacionado a recaída. **Caso 2:** CCFB, 46 anos, sexo feminino, com diagnóstico de MF em junho de 2006, estadiamento T₃N₀M₀B₀.

Feito vários esquemas quimioterápicos e considerada doença refratária. Em 11/05/2011, foi submetida a TACTH, doador irmão HLA compatível, células periféricas ($CD34=4,7 \times 10^6/kg$ receptor), regime de condicionamento com intensidade reduzida (Fludarabina e Melfalan). Profilaxia para DECHa foi feita com Ciclosporina e micofenolato de mofetil. Paciente evoluiu com recidiva de doença em novembro de 2011. Atualmente, está em tratamento tópico com corticoide em lesão na coxa direita. Também apresentou DECH crônico ocular moderado, em tratamento com ciclosporina tópica, e DECH cutâneo leve, sem necessidade de tratamento.

G46

Transplante Autólogo de Células Tronco Hematopoéticas em Linfoma Folicular: Análise de 18 Casos.

Filho, JSSF - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Almeida, JS - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Barros, JCA - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Chiattonne, CS - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Chiattonne, RR - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.
Fortier, SC - Programa de Transplante de Medula Óssea. Disciplina de Hematologia e Oncologia. Depto de Clínica Médica. FCM da Santa Casa ? SP.

O Transplante autólogo de células progenitoras hematopoiéticas (TACPH) pode ser utilizado como tratamento de segunda linha em pacientes com Linfoma Folicular (LF) recidivado ou refratários. **Objetivos:** Análise da sobrevida global (SG) e a sobrevida livre de progressão (SLP), calculadas a partir da data do TACTH, dos pacientes portadores de LF. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados prontuários de 18 pacientes transplantados entre 2004 e 2011. **Resultados:** A média de idade foi de 55 anos (40-69). A maioria dos pacientes tinham 55 anos ou mais (61%), sexo feminino (56%), grau histológico 3 (50%), intervalo do diagnóstico ao transplante maior que um ano (94%), estágio avançado (100%), medula óssea comprometida (72%), Remissão Parcial antes do TACTH (56%) e feito três ou mais esquemas quimioterápicos prévios (61%). Todos os pacientes foram submetidos ao TACTH após 2ª. remissão ou mais. Follicular Lymphoma International Prognostic Index (FLIPI) antes do TACTH foi de alto risco em 61% dos pacientes, de risco intermediário em 17% e baixo risco em 22%. Condicionamento utilizado em 94,4% dos pacientes foi CVB (Ciclofosfamida, Etoposídeo e BCNU). Mediana de tempo entre diagnóstico e TACTH foi de 4 anos (1-7 anos). A sobrevida global e sobrevida livre de progressão em 5 anos foram respectivamente de 55,3% e 27,3%, calculadas a partir da data do TACTH. A mortalidade relacionada ao TACTH foi de 11,1%. **Conclusão:** Embora casuística pequena, possivelmente o TACTH teve impacto nos resultados de SG e SLP em 5 anos.

H1

Incidência de Doença enxerto contra hospedeiro em pacientes pediátricos submetidos ao transplante alogênico de células progenitoras hematopoéticas: experiência do CEMO

Luis Fernando da Silva Bouzas

Introdução: A utilização de novos regimes de condicionamento e de doadores alternativos tem possibilitado crescente expansão da indicação de transplante alogênico de células progenitoras hematopoéticas (alo TCPH) em pacientes pediátricos. Entretanto, doença enxerto contra hospedeiro (DECH) permanece causa importante de morbidade e mortalidade pós-transplante. Neste trabalho, avaliamos a ocorrência de DECH aguda e crônica em coorte recente de pacientes pediátricos submetidos ao aloTCPH em um único centro.

Objetivos: Descrever a incidência de DECH aguda e crônica e suas características em pacientes com idade inferior a 18 anos submetidos ao alo TCPH.

Material e métodos: Foram avaliados os 40 pacientes consecutivos (26 masculinos e 14 femininos) com mediana de idade de 9 anos (variação 2-17) submetidos ao alo TCTH entre dezembro/2009 e dezembro/2012 no CEMO.

Resultados: A fonte de células progenitoras foi medula óssea (MO) em 28, sangue periférico (SP) em 5 e sangue do cordão umbilical e placentário (SCUP) em 7 casos. O condicionamento foi com irradiação corporal total e quimioterapia em 24 (60%) e só QT em 16. ATG foi utilizado em 20 (50%) pacientes. A profilaxia de DECH foi com CSA + MTX em 33 (82,5%), CSA+MMF em 4 e outras combinações em 3 pacientes. Foram 23 transplantes aparentados e 17 não-aparentados. Diagnósticos: LLA (24), LMA (7), LMMJ (2), LMC (1), AAS (6) e outros (3). A incidência de DECH aguda graus II-IV foi de 40% (16 pacientes) e graus III-IV 15% (6 pacientes); dos pacientes tratados com corticóide, 13 (87%) foram sensíveis, enquanto 2 (13%) necessitaram terapia de 2ª linha. Quanto a DECH crônica, a incidência global foi de 37% (14 pacientes). Terapia de 2ª linha foi necessária em 63% (5 pacientes) com DECHc moderada ou grave.

Conclusões: Embora estudos retrospectivos mostrem uma menor incidência de DECH e uma maior taxa de resposta ao corticóide nas crianças quando comparadas aos adultos, existe uma carência de análises de coortes recentes que representem os avanços associados ao procedimento e que sejam estratificadas pelo tipo de transplante, fonte de células, compatibilidade HLA e especificidades pediátricas. Nossos resultados apontam a necessidade de estudos prospectivos cooperativos para definir novas estratégias de prevenção de DECH, farmacológicas ou não, que reduzam não só a incidência desta complicação como o risco de recidiva de neoplasia e de infecção, causas principais de mortalidade nestes pacientes.

H2

Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas Alogênico: o enfermeiro como agente da promoção de educação em saúde para a criança/família

Adriana Ferreira da Silva - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Cleocir Marta Tecchio - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Katia Kosciuk Lima - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Liselena Carvalho - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Raquel Maria Pereira - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: O Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) alogênico é uma modalidade de tratamento utilizada para restaurar a hematopoiese após altas doses de quimioterapia e radioterapia que diminuem a capacidade do sistema imunológico do paciente, tornando-o mais suscetível às infecções. O TCTH exige da equipe de enfermagem além da competência técnico-científica, o desenvolvimento do planejamento assistencial a cada caso, à adaptação e ao ajuste da criança/família no ambiente hospitalar, buscando uma relação de confiança que refletirá para a alta. A criança e sua família passam por várias fases durante todo o processo do TCTH, todavia a fase do preparo para a alta hospitalar pode gerar certa ansiedade e insegurança por parte dos familiares, pois serão os responsáveis pela continuidade dos cuidados no domicílio. **OBJETIVOS:** Descrever o papel do enfermeiro como facilitador do processo educativo no preparo da criança e a família para a alta hospitalar após TCTH. **METODOLOGIA:** Relato de experiência do profissional enfermeiro de um hospital público do sul do país. **RESULTADOS:** Educação em saúde é compreendida como sendo um conjunto de práticas que contribuem com o aumento da autonomia do paciente/família referente ao seu cuidado. O processo educativo em saúde procurar envolver os familiares na construção do autocuidado. Ao educar os familiares para os cuidados no domicílio busca-se alertar para os sinais de risco: febre, diarreia, sangramentos, manchas na pele e fadiga. Assim como, são reforçados cuidados

quanto à higiene da criança, dos alimentos, do lar, dos brinquedos, bem como, o uso dos medicamentos e das imunizações. A ressocialização da criança diante de suas limitações deve ser abordada. A importância da adesão à continuidade do acompanhamento com equipe multidisciplinar é dada ênfase para o sucesso do tratamento pós TCTH. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro assume o importante papel de educador para essa família que retorna para o domicílio com uma criança que foi submetida à TCTH. É necessário desmistificar as orientações e transmiti-las de forma clara e objetiva. Na realidade muito mais do que transmitir orientações o enfermeiro deve preocupar-se em compreender a realidade social e a concepção da família sobre o processo de saúde-doença, respeitando a cultura e o conhecimento prévio dos indivíduos e, dessa forma, construindo as bases necessárias ao cuidado domiciliar. Nessa perspectiva busca-se a comunicação efetiva com a família, incluindo-a nos cuidados ao longo do tratamento para que o conhecimento adquirido por eles seja incorporado a sua realidade garantindo um retorno ao domicílio menos traumático e com a continuidade da assistência assegurada.

H3

Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) em 24 Pacientes portadores de Adrenoleucodistrofias Forma Cerebral ou de Leucodistrofia Metacromática. Experiência de Dois Serviços

Carmem Bonfim - Serviço de Transplante de Medula Óssea do HC-UFPR
Adriana Deyl - Serviço de Oncologia Pediátrica do HCPA
Antonette El Husny - Serviço de Genética Médica do HCPA
Carolina Fischinger Moura de Souza - Serviço de Genética Médica do HCPA
Claudio Galvão de Castro Jr - Hospital Israelita Albert Einstein
Gisele Loth - Serviço de Transplante de Medula Óssea do HC-UFPR
Helio Teive - Serviço de Neurologia do HC-UFPR
Jiseh Loss - Serviço de Oncologia Pediátrica do HCPA
Juliano Perez - Serviço de Radiologia do HCPA
Karina Carvalho Donis - Serviço de Genética Médica do HCPA
Laura Banach Jardim - Serviço de Genética Médica do HCPA
Lauro José Gregianin - Serviço de Oncologia Pediátrica do HCPA
Leonardo Vedolin - Serviço de Radiologia do HCPA
Lisandro Ribeiro - Serviço de Transplante de Medula Óssea do HC-UFPR
Mara Lucia Schmitz Ferreira Santos - Serviço de Neurologia do Hospital Pequeno Príncipe
Sérgio Ono - Serviço de Radiologia do DAPI

Introdução. Adrenoleucodistrofia (ALD) ligada ao X é uma doença associada à deficiência do transportador ABCD1 nos peroxisomos e ao acúmulo de ácidos graxos muito longos saturados nos tecidos e fluidos corporais. Em sua forma desmielinizante cerebral, a ALD tem manifestações motoras e cognitivas progressivas com sobrevida média de 2 anos após o início dos sintomas. Leucodistrofia metacromática (LDM) é devida à deficiente atividade da enzima arilsulfatase A e ao acúmulo de sulfatídeos no sistema nervoso determinando desmielinização com manifestações motoras e cognitivas progressivas e sobrevida entre 3-7 a 20 anos após o início dos sintomas. Altas doses de QT e resgate com TCTH alogênico é a única modalidade reconhecidamente eficaz de tratamento para estas condições, desde que realizado precocemente. Na ADL recomenda-se o TCTH antes que o QI de execução se torne <80 e a carga lesional da substância branca atinja o escore Loes de 9, determinado pela RNM. Na LDM, ainda não existem recomendações. **Objetivo.** Descrever a experiência de 2 centros com TCTH em pacientes (pcts) portadores ALD Forma Cerebral ou LDM. **Resultados.** Vinte e quatro pctos (21 ALD, 3 LDM) com idade mediana de 9,7a (0,8-28) foram submetidos a TCTH alogênico. O condicionamento consistiu em Bu+CTX em 21 e TBI+CTX em 3 pctos. A profilaxia para DECH em 19 casos incluiu CSA+MTX associado ou não ao ATG (7 sem e 12 com). O tipo de doador foi aparentado=9, não-aparentado=11 e sangue de cordão umbilical (SCU) não-aparentado=4 casos. As fontes das células progenitoras e as compatibilidades HLA foram respectivamente, Medula óssea (MO) 10x10=13, MO 9x10=7 e SCU 6x6=1 e SCU 5x6=3 casos. Total de Células Nucleadas infundidas nos 4

pcts que receberam SCU foi entre $4,3-9,9 \times 10^7/\text{kg}$ e nos demais $1,87-7,7 \times 10^6/\text{kg}$ (Med 4,3). A enxertia dos neutrófilos $>500/\text{mcl}$ ocorreu entre D+15 e +153 (Med +21) e plaquetas $>20\text{mil}/\text{mcl}$ entre D+9 e +275 (Med +23). DECH aguda Grau II-IV foi observada em 5 pct's e DECH crônico em 4. Avaliação do quimerismo em 14 pct's identificou valores $<90\%$ em 2 e $>90\%$ em 12. O tempo de acompanhamento pós-TCHT foi de 30 dias a 13 anos (Med 4a1m). Dezesesseis dos 24 pct's estão vivos (66%) entre 3m e 13 anos pós-TCHT: 14/21 casos ALD e 2/3 LDM. Dos 16 vivos, 12 sujeitos apresentam estabilidade no exame neurológico (11 ALD, 1 LDM), 2 com deterioração neurológica (ALD, Loes Pré-TCHT 7, 7 e 7) e um foi recentemente transplantado (LDM), não havendo tempo para observação de sua resposta neurológica ao procedimento. Sete óbitos (7 ALD) ocorreram entre D+30 e +3a7m (Med 1a1m): 4 devido a complicações do TCHT (infec oportunista e insuf pulmonar) e 3 relacionados à deterioração neurológica (3 ALD), cujos Loes pré-TCHT eram de 14, 12 e 7. Perda de acompanhamento em 1 paciente (LDM) 2 anos pós-TCHT e com piora neurológica. **Conclusão.** Embora o número de casos seja pequeno, nossa experiência mostrou que a maioria dos pct's (16/24 ou 66%) está viva e que um número significativo de casos deixou de apresentar a inexorável deterioração da história natural da doença (12/16 ou 75%). É fundamental o encaminhamento imediato dos casos identificados durante o acompanhamento preventivo para centros com facilidades de TCHT.

H4

Transplante de Células-tronco hematopoiéticas (TCHT) não aparentado(NAP) em crianças portadoras de doenças malignas: Experiência de Curitiba em 101 crianças menores de 14 anos.

Nichele S. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Araújo C.E.S. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Bonfim C. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Koliski A. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Loth G. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Malvezzi M. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Marinho D.H - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Mousquer R, - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Nabhan S.K. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Pasquini R. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Ribeiro L - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR
Rodrigues A.L.M. - Serviço de Transplante de Medula Óssea da UFPR

O TCHT NAP é uma opção terapêutica para as várias crianças portadoras de doenças malignas agressivas. Recentemente, os resultados dos TCHT NAP têm sido comparados àqueles alcançados nos TCHT com doadores irmãos totalmente compatíveis. Isto ocorreu pela melhor seleção do paciente e doador além da melhoria nos cuidados suportivos. **Objetivos:** Descrever as características do TCHT NAP realizado em crianças portadoras de doenças malignas em relação às complicações, sobrevida e causas de óbito. **Pacientes e Métodos:** 101 pts, sexo F:39 e M:62, com idade entre 1 e 14 anos (M: 7 anos) submetidos a TCHT NAP entre fev/1995 e fev/2013 para as seguintes doenças malignas: Linfoma não-Hodgkin(LNH): 1pt, Leucemia Linfocítica Aguda (LLA): 52 pts, Leucemia Mielóide Aguda (LMA): 23 pts, Leucemia Mielóide Crônica (LMC): 10 pts, Leucemia Mielomonocítica Juvenil (LMMJ): 8 pts, Síndrome Mielodisplásica (SMD): 7pts. 74 pts apresentavam doença em fase avançada e 27 em fase precoce. A principal fonte de células utilizada foi Medula Óssea: 52 pts, seguida de Sangue de Cordão Umbilical (SCU): 47 pts, sendo 56 transplantes compatíveis e 45 incompatíveis. Todos receberam regime de condicionamento mieloablativo: Busulfano + Ciclofosfamida (Cy) ± Melfalano ± Globulita Anti-Timocítica (GAT):15pts, e Cy + Irradiação Corporal Total ± GAT: 53pts. A maioria recebeu imunoprolifaxia (IP) com Ciclosporina (CSA) + Metotrexate (MTX): 58 pts ou CSA + Corticoide (CTC):40pts A mediana de Células Nucleadas Infundidas (CNI) no grupo que recebeu MO foi de $4,68 \times 10^8/\text{kg}$ e no grupo de SC foi de $4,7 \times 10^7/\text{Kg}$. **Resultados:** 54 pts estão vivos entre 101 e 5945 dias (M:395 dias) com uma sobrevida global (SG) de 53,5% . Todos os pts sobreviveram > 21 dias e foram avaliáveis para a pega que ocorreu (completa ou parcial) em 86pts. A mediana de pega

neutrófila foi de 31 dias e de pega plaquetária foi de 30 dias. Na análise univariada, não houve diferença na incidência de rejeição entre os pts que receberam GAT no condicionamento ou que foram transplantados em fase precoce ou fase avançada da doença. Falha primária de pega do enxerto foi significativamente maior nos pts que receberam sangue de cordão (MO: 7% x SC: 17% p:0,001). A incidência cumulativa de DECH aguda e crônica foi de 42% e 19% respectivamente. Sobrevida Livre de Doença (SLD) em cinco anos foi de 77% e foi melhor nos pts transplantados em fase precoce. A mediana da recaída foi de 185 dias (78 a 1679). 47 pts morreram entre 24 e 1646 dias (M: 111 dias) sendo que as principais causas de óbito foram a recorrência da doença (23pts), infecção (10pts) e rejeição (6pts). A mortalidade relacionada ao transplante aos 180 dias foi de 22%. **Conclusão:** Neste estudo, os resultados do TCTH NAP foram comparados aqueles relatados na literatura. Uma das maiores causas de óbito nestes pts foi a recaída mostrando a necessidade de um controle mais rigoroso da detecção da doença antes e nos 180 dias imediatamente após o TCTH.

H5

Complicações Precoces do Transplante de Célula Tronco Hematopoiética (TCTH) Não Aparentado (NAP) em Pacientes Pediátricos

Bitencourt, M - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Bonfim, C. - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Funke, V - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Kleina M. - Laboratório de Imunogenética da UFPR
Koliski, A - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Kuwahara, C - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Loth, G - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Marinho, D.H - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Mousquer, R - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Neto, J.Z - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Nichele, S - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Pangrácio L.E. - Laboratório de Imunogenética da UFPR
Pasquini, R. - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Pereira N.F. - Laboratório de Imunogenética da UFPR
Ribeiro, L. - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR
Setubal, D - Serviço de Transplante de Medula Óssea- HC- UFPR

Atualmente, o TCTH NAP é uma alternativa de tratamento para um grande número de crianças portadoras de doenças hematológicas malignas e não-malignas. **Objetivo:** Avaliar as complicações precoces (até 180 dias) dos pts < 18 anos submetidos ao TCTH NAP de medula óssea (MO) e sangue de cordão umbilical (SC) em uma única instituição entre 1995 e 2009. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de 252 pts, sendo 118 (46,8%) transplantados com MO e 134 (53,2%) com SC. **Resultados:** A mediana de idade foi 8 anos, e o sexo masculino correspondeu a 55,8%. O diagnóstico das doenças foi dividido em: doenças malignas (38%), falência medular (38%), imunodeficiências (17%) e erros inatos do metabolismo (7%). O condicionamento mais utilizado foi CFA+TBI em 42% dos pts e a globulina anti-timocítica (GAT) em 69%. Imunoprofilaxia para a DECH com ciclosporina e metotrexate em 57%. A pega do enxerto ocorreu em 89 % dos pts transplantados com MO e em 65,8% com SC (p<0,001). Tanto a pega neutrófila quanto a plaquetária foi significativamente mais rápida no grupo que recebeu MO. O uso da GAT e HLA em ambos os grupos e o número de células totais e CD34 no grupo sangue de cordão não estiveram relacionados a uma pega do enxerto melhor ou mais eficaz. Infecção bacteriana ocorreu em 82% dos pts (Estafilococo não produtor de coagulase foi a bactéria mais encontrada). Infecção viral foi registrada em 65% (mais frequente:CMV). Infecção fúngica foi vista em 29% (principal fungo confirmado: *Aspergillus* sp). Não houve diferença entre os grupos de MO e SC quanto as complicações infecciosas. As outras complicações mais frequentes foram mucosite grau II-IV(87%), complicações renais (73%), gastrointestinais (38%) e respiratórias (27%). A mucosite foi mais frequente no grupo MO e as complicações neurológicas foram mais encontradas no grupo SC. Os pts com Falências Medulares apresentaram mais mucosite,

complicações renais, complicações neurológicas e rejeição do que os outros pts. A incidência cumulativa (IC) de DECH aguda foi de 43% nos dois grupos e não houve diferença entre eles. DECH crônica ocorreu em 9,2% dos casos, com uma IC no D+180 no grupo MO de 14% e no grupo SC de 2,5% (p= 0,007). A IC de DECH crônico provavelmente foi menor que a literatura porque os pts foram incluídos no estudo somente até 180 dias pós-TCTH. A incompatibilidade HLA apresentou influência apenas na pega plaquetária e na DECH. Nos pts com doença hematológica maligna (n=96), a recaída foi observada em 24% dos casos, sendo sua incidência em 2 anos no grupo MO de 45% e no grupo SC de 25% (p= 0,117). A fase precoce da doença apresentou um melhor prognóstico (p=0,005). A probabilidade estimada de sobrevida global com 1 ano, 3 anos e 5 anos no grupo MO foi 55%, 53% e 48% e no grupo SC foi 52%, 48% e 45% (p= 0,466). **Conclusão:** Apesar de uma pega mais lenta do grupo transplantado com SC, as complicações precoces pós TCTH e a sobrevida não foram diferentes nos dois grupos estudados.

H6

Captura em Tempo Real dos Dados Relevantes para o CIBMTR

MARIANE PEREIRA DINIZ - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
ADRIANA SEBER - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
ANTÔNIO SÉRGIO PETRILLI - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
DANIELE PORTO BARROS - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
OLGA M. W. OLIVEIRA FÉLIX - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
ROSEANE VASCONCELOS GOUVEIA - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
VALÉRIA CORTEZ GINANI - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP
VICTOR GOTTARDELLO ZECCHIN - Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - UNIFESP

Cada TCTH realizado e relatado para o Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR) gera informações importantes para apoiar a investigação que levou ao aumento da sobrevida e enriquecimento da qualidade de vida de milhares de pacientes. O serviço de TMO no Instituto de Oncologia Pediátrica começou em 1999 e os primeiros 167 transplantes foram notificados por médicos e pela equipe do laboratório de TMO. No entanto, nos últimos quatro anos, a instituição não foi capaz de cumprir a agenda de submissão de formulários devido ao aumento da carga de trabalho. Em fevereiro de 2012, o esforço para relatar todos os pacientes novos e antigos para o CIBMTR foi retomado. **Objetivo:** Relatar e compartilhar a estratégia utilizada para atualizar os 629 formulários de forma eficiente, sendo possível submetê-los no prazo de 8 meses. **Métodos:** Os esforços institucionais iniciaram através da contratação de uma coordenadora de estudo clínico parcialmente dedicada à gestão de dados do CIBMTR. Foi desenvolvida, em Excel, uma planilha muito útil e abrangente para ter *display* visual de todas as datas de submissão com bandeiras coloridas e atualizações automáticas para a data atual. Fichas clínicas foram desenvolvidas para capturar dados durante visitas médicas semanais. Todas as fontes de informação médica - evoluções, laudos de exames laboratoriais e radiológicos, relatórios médicos - foram acessados ??sempre que necessário e incluídos nos prontuários dos pacientes como fonte de informações documentadas. Todos os formulários foram revisados ??com um médico sênior para assegurar a formação e educação apropriada da nova coordenadora. **Resultados:** Um total de 360 ??pacientes foram submetidos a transplante entre 1999 e setembro de 2012. Os formulários do CIBMTR haviam sido atualizados pela última vez em 2008 e nenhum novo paciente havia sido registrado desde então. As informações mais complexas para o preenchimento dos formulário Pré-TED e Pós-TED, principalmente relativas ao estadiamento da doença, foram incluídas na nova ficha clínica. Uma planilha de informações sobre o estágio da doença foi desenvolvida para orientar a avaliação pré transplante e reavaliações anuais. Para controlar a submissão dos formulários, uma abordagem visual foi criada na planilha, com todos os pacientes e as datas de submissão da seguinte forma: Verde - formulário liberado para preenchimento, vermelho - data para preenchimento não foi atingida, azul - liberado para submissão, amarelo - deve ser revisado, roxo - paciente foi submetido a outro transplante e preto - óbito. **Conclusão:** Em outubro de 2012 o nosso objetivo foi alcançado e fomos capazes de atualizar e reportar os formulário dos 193 pacientes pendentes. Trabalho em equipe e novas ferramentas eficientes permitiram o

controle de datas de submissão e otimização do tempo gasto com a captura de dados, reuniões e revisão de formulários. Todos os formulários de todos os pacientes agora poderão ser submetidos em tempo real.

H7

Transplante Alogênico de Medula Óssea em Pacientes com Doença Fúngica Invasiva Ativa: o Papel da Transfusão Profilática de Granulócitos

Valeria Cortez Ginani - IOP-GRAACC-Unifesp
Adriana Seber - IOP-GRAACC-Unifesp
Adriane Ibanez - IOP-GRAACC-Unifesp
Antonio Sergio Petrilli - IOP-GRAACC-Unifesp
Arnaldo Colombo - IOP-GRAACC-Unifesp
Claudia Naufel Terzian - IOP-GRAACC-Unifesp
Daniele Porto Barros - IOP-GRAACC-Unifesp
Fabianne Altruda Carlesse - IOP-GRAACC-Unifesp
Henrique Monoel Lederman - IOP-GRAACC-Unifesp
Juliana Marconcini - IOP-GRAACC-Unifesp
Maria Teresa de Seixas - IOP-GRAACC-Unifesp
Neysimelia Villela - IOP-GRAACC-Unifesp
Olga Oliveira-Felix - IOP-GRAACC-Unifesp
Paulo Simoes - IOP-GRAACC-Unifesp
Roseane Vasconcelos Gouveia - IOP-GRAACC-Unifesp
Victor Gottardello Zecchin - IOP-GRAACC-Unifesp

Doença fúngica invasiva ativa habitualmente contra-indica o transplante de medula (TMO). Entretanto, durante o tempo em que o paciente aguarda a resolução da infecção existe grande risco de recidiva da doença maligna, fazendo com que não seja mais um candidato ao TMO. O papel da transfusão de granulócitos não está bem definido no tratamento de infecções fúngicas. Nosso **objetivo** foi oferecer o TMO alogênico a pacientes que conseguiram alcançar remissão de leucemia, com imunodeficiência ou com aplasia grave e contra-indicação para o transplante por infecção fúngica invasiva em tratamento, ainda com lesões mensuráveis mas irrisecáveis. **Métodos:** Doadores adultos ABO-compatíveis receberam G-CSF 10 µg/kg (sem corticóide), SC, 12h-18h antes da leucoaférese de fluxo contínuo em COBE Spectra 7.0 LRS Turbo. Foram processados 7,5L com Htc 5%-7%, ≤65 ml/min, relação sangue:ACD 13:1 e infusão contínua de 500ml de Hidroxietilamido 450/0,7-6% (HalexIstar). O produto da leucoaférese foi irradiado com 40 Gy e dividido em até três bolsas com ≤1x10⁹ granulócitos/kg, conservadas 4°C e infundidas diariamente para manter ≥1.000 neutrófilos/mm³. As bolsas foram infundidas IV em 2h, após difenidramina e pelo menos 6h após anfotericina. Todos os responsáveis assinaram consentimento livre e esclarecido para o transplante. **Resultados:** Foram tratados cinco pacientes. 1º) 5 anos com Doença Granulomatosa Crônica e Aspergilose pulmonar resistente a voriconazol com resposta parcial à anfotericina e caspofungina; realizou TMO aparentado mieloablativo. 2º) 18 anos e leucemia mielóide aguda (LMA) refratária que conseguiu alcançar remissão, mas desenvolveu Fusariose em pulmão, baço, fígado e rins com resposta parcial a voriconazol e caspofungina; TMO não-aparentado de intensidade reduzida com duplo cordão. 3º) 8 anos com LMA em 2ª remissão, infecção cutânea e osteomielite por *Fusarium*; TMO não-aparentado mieloablativo de cordão. 4º) 7 anos com Aplasia Grave, candidíase hepato-esplênica e pulmonar em franca atividade, submetido a TMO não aparentado. 5º) 10 anos LMA com duas recidivas, refratário ao tratamento. Quando entrou em remissão, 38 dias antes do TMO, foi diagnosticada aspergilose (pulmonar e cerebral) assintomática. Foi tratado com voriconazol e seguiu para TMO alogênico não aparentado (haploidêntico com ciclofosfamida pós TMO e cordão com baixa celularidade) e transfusão profilática de granulócitos. Faleceu com pneumonia por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente e sangramento da aspergilose cerebral. Assim, dos cinco pacientes tratados, quatro estão vivos em remissão completa entre 2 e 4 anos após o TMO. **Conclusões:** As transfusões de granulócitos associadas à terapêutica antifúngica permitiram que pacientes com infecção fúngica invasiva ainda não resolvida fossem submetidos com sucesso ao TMO. Não houve disseminação da infecção fúngica

em nenhum caso. A transfusão de granulócitos foi bem tolerada e permitiu a realização do TMO e controle da doença de base e da DFI.

H8

Experiência com coleta de medula óssea alogênica aparentada de crianças com peso inferior a 20kg do Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Olga Margareth Wanderley de Oliveira Félix - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Adriana Seber - Adriana Seber

Adriane Silva Santos Ibanez - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Antonio Sérgio Petrilli - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Érica Antunes Valverde - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Daniele Porto Barros - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Juliana Francielle Marques - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Roseane Vasconcelos Gouveia - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Tatiana Alves Lima - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Valéria Cortez Ginani - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Vanessa Aparecida Rufino Rozato - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Victor Gottardello Zecchin - Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP

Um problema freqüente em transplantes alogênicos em Pediatria é a coleta de células-tronco da medula óssea de doadores de baixo peso ou com peso muito inferior ao do receptor. Para a proteção do doador, não é recomendada a coleta por leucoaférese, o uso de fatores de crescimento e nem a transfusão de sangue, mesmo que direcionada. Crianças abaixo de 20-25 kg também não podem ser submetidas a coleta de sangue autólogo para ser utilizado após a coleta, devido à fragilidade de sua rede vascular e quantidade excessiva de anticoagulante nas bolsas de coleta. O **objetivo** deste estudo é relatar a experiência com a coleta de medula óssea aparentada de crianças com peso inferior a 20Kg nos últimos quatro anos em Centro de TMO Pediátrico. **Métodos:** Estudo retrospectivo através de revisão dos formulários do Laboratório de TMO e do prontuário eletrônico de todos os doadores de medula óssea alogênicos aparentados com peso inferior a 20 kg, no período de setembro de 2010 a julho de 2013. Sulfato ferroso 5mg/kg/dia, por via oral, foi introduzido já na primeira consulta pré transplante e mantido por pelo menos um mês após a coleta. O número alvo foi de 5×10^8 células nucleadas totais/kg de peso de receptor, com o máximo de 20 ml/kg coletados do doador. Doadores com sangue de placenta criopreservado para uso familiar foram submetidas a coleta de medula para completar a celularidade para o transplante. **Resultados:** Entre setembro de 2010 e julho de 2013 foram realizadas cinco coletas de medula óssea de doadores com peso inferior a 20 kg para seus irmãos HLA-compatíveis com mediana de 7 anos (1,5-13) e diagnóstico de aplasia, linfoma não-Hodgkin e leucemias (LMA, LLA e LMMJ). Os doadores tinham mediana de idade de 3 anos (1-5) e de peso de 14 kg (8-20kg). A hemoglobina pré-coleta variou entre 12 e 13 g/dL. A mediana do volume de medula óssea coletada foi de 19 ml/kg (16-21) do doador e 13 ml/kg (4-28) do receptor, contendo $5,2 \times 10^8$ CNT/kg (1,8–26,2) e $11,8 \times 10^6$ CD34+/kg (4,6–17,5) do receptor. Nenhum doador apresentou comprometimento hemodinâmico ou necessitou de transfusão sanguínea. Todos os pacientes tiveram recuperação hematopoética satisfatória. **Conclusão:** A coleta de medula óssea em doadores de baixo peso pode ser realizada de forma segura, sem necessidade de transfusão sanguínea, respeitando-se o volume máximo coletado de 20 ml/kg. A coleta não ocasionou repercussão hemodinâmica, nem necessidade de transfusão de sangue alogênico e o número de células alvo foi alcançado.

H9

Transplante de medula óssea em Anemia falciforme em Hanover: Prevenção de Infarto cerebral, reversão de doença pulmonar severa e cura da doença falciforme.

Claudia Bettoni da Cunha - Hannover Medical School (Hannover, Germany)
Beier R - Hannover Medical School (Hannover, Germany)
Maecker-Kolhoff B - Hannover Medical School (Hannover, Germany)
Mynarek M, Sauer M - Hannover Medical School (Hannover, Germany)
Sykora KW - Hannover Medical School (Hannover, Germany)

10 children with homozygous sickle cell disease, 4-18 years old, received allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). 4 patients were Caucasian and 6 African descendants. 8 pts were transplanted from a matched family donor (MFD), and 2 from 10/10 HLA matched unrelated donor (MUD). All patients had one or more indications for HSCT: recurrent strokes in spite of chronic transfusions (n=3), severe cerebral vasculopathy without stroke on transcranial Doppler Sonography (n=6), sickle cell severe restrictive pulmonary disease and lung fibrosis (n=1), recurrent pain episode and chest syndrome (n=3). 2 pts (1 multiple bilateral cerebral infarction, 1 sickle lung disease Grad II/III) received reduced-intensity conditioning (RIC): 8 mg/kg oral Busulfan (Bu); 120mg/kg Cyclophosphamide (Cy); 180 mg/m² Fludarabine (Flu) and OKT3 combined with a T-cell depleted peripheral blood HSCT. 8 pts received a full bone marrow transplant with CSA/MTX as GvHD prophylaxis. 6 pts received Bu/Flu and antithymocyte globulin (ATG); and 3 Flu/Treosulfan/Thiothepa and ATG (1 for retransplantation). Toxicity was mainly neurological: 2 pts seized on CSA and showed posterior leukoencephalopathy on MRI; another developed acute transverse myelitis which resolved after treatment with steroids, immunoglobulins, rituximab, Cy, and discontinuation of CSA. Primary engraftment was achieved in all 10 pts. Two siblings developed secondary graft failure due to phenytoin hypersensitivity syndrome after MUD. One child recovered spontaneously, and the other required a 2nd HSCT from another MUD. She was the only pt who developed severe chronic skin GvHD, refractory to prednisone, mycophenolate, and rapamycin, with complete resolution after 4 infusions of mesenchymal stem cells.

Results: Sickle cell free survival was 100%, including 5 heavily pre-transfused pts. The 2 RIC pts received donor lymphocyte infusions for mixed chimerism (44-80% donor) twelve years ago. All others had stable chimerism of 90-99%. No stroke recurrence after HSCT was observed, abnormal TCD normalized in all 6 pts 1 to 2 years after transplantations. The lung function of one pt with severe lung disease normalised after HSCT. Transplants performed from 12 to 1 year ago resulted in considered improvement in quality of life for all pts.

Discussion: As previously reported by the French group, HSCT can reverse cerebral vasculopathy, which is the most important strategy to prevent stroke. In France, more than 200 myeloablative HSCT with MFD for children were performed. Most recently, 120 pts transplanted with Bu/Cy and ATG, showed 95% sickle free survival with no transplant-related mortality or chronic GVHD.

Conclusion: 5-7% mortality before the age of 18 and acute fatal cardiopulmonary or cerebrovascular disease in 15% of young sickle patients before age 30 underscore the importance of HSCT as a standard of care to be considered for SCD patients before the onset of severe debilitating conditions.

H10

Sucesso no tratamento de DECH crônico de boca com sirolimus (rapamicina) refratário ao uso de corticoide em 2 casos de Anemia de Fanconi

Ribeiro, L.L - Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da UFPR
Araújo R - Departamento de Estomatologia da UFPR
Camargo, G.S - Departamento de Estomatologia da UFPR
Cavalcanti, L.G - Departamento de Estomatologia da UFPR
Funke, V - Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da UFPR
Furquim, C.P - Departamento de Estomatologia da UFPR
Kuwahara, C - Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da UFPR

Loth, G - Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da UFPR
Nichele, S - Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da UFPR
Pivovar, A - Departamento de Estomatologia da UFPR
Torres C - Departamento de Estomatologia da UFPR

Anemia de Fanconi (AF) é uma doença de instabilidade cromossômica com alto risco de desenvolvimento de carcinoma escamoso de cabeça e pescoço após realização de TCTH. Por este motivo a DECH-C de boca é uma complicação temida para estes pts. Relatamos 2 casos de DECH-C em AF que foram submetidos a TCTH. **Caso 1:** A.C.C, 17 anos. Submetida a um TCTH periférico não aparentado em 20/12/06. No dia +20 apresentou DECH-A de pele G3 e fígado, tratado inicialmente com ciclosporina (CSA), corticoide (CTC) e Simulect. Evoluiu para DECH-C progressivo ("overlap syndrome") de boca, pele, olhos, fígado, escala NIH severo. Iniciado fotofereze extracorpórea no D+29 (total 26 sessões) associado a imunossupressão (IS) com CSA e CTC. No dia +113 trocado CSA por tacrolimus. Apresentou boa resposta inicial, porém várias reagudizações do DECH de pele, boca e fígado, necessitando aumentar dose de CTC para controle. Necessitou de opioide para controle de dor de cavidade oral e apresentou inúmeras complicações secundária a IS como reativações de CMV, Diabetes insulino dependente. Após 8 meses do TCTH ainda evidencia de DECH-C ativo de boca, fígado e pele, iniciado 3ª droga, o micofenolato mofetil (MMF) no intuito de reduzir e retirar o CTC. Apresentou efeito colateral gastrointestinal importante pelo MMF, sendo suspenso após 18 meses do uso. Em 27/10/10 inicia Sirolimus e suspende tacrolimus. Neste momento DECH-C de fígado e boca em atividade. Após 3 meses de uso, apresentou importante melhora da pele, boca e fígado, iniciando redução de corticoterapia. Com 18 meses de tratamento, foi possível a suspensão completa do CTC, sendo percebido melhora progressiva e controle do DECH-C. Na avaliação atual de cavidade oral apresenta apenas atrofia de mucosa cicatricial. **Caso 2:** R.N.S.G, 14 anos. Submetida a um TCTH Haplo-identico em 04/12/09. Apresentou DECH-A de intestino G3, fígado e pele G3. Recebeu CTC, CSA e Simulect. Evoluiu com DECH-C progressivo de boca, pulmão, pele. Escala NIH severo. Complicações da DECH: desnutrição grave, infecções pulmonares e reativação de CMV, Diabetes e depressão. Houve controle de DECH de pele e melhora de pulmão, manteve DECH-C de boca em atividade com eritema de mucosa e estrias liquenoides, por vezes úlceras. Períodos de reagudização da DECH de boca e pulmão com piora das lesões orais, sendo necessário aumentar dose de CTC. Associado MMF em 11/10/11, após 22 meses do TCTH. Apresentou períodos de melhora mas nunca sem atividade da DECH-C de boca. Em 12/09/12 após IVAS, piora intensa da DECH de boca, aumentado CTC. Trocado CSA por Sirolimus. Após seu início houve melhora progressiva do DECH-C de boca, agora sem atividade e com possibilidade de redução de CTC. Há 9 meses sem reagudização, em uso de CTC em dias alternados. **CONCLUSÃO:** O uso da rapamicina como 2ª droga na DECH crônica de boca refratária ao corticoide mostrou ser eficaz no controle da DECH e possibilitou redução e retirada da corticoterapia nos casos descritos.