

que possui alta morbimortalidade devido a complicações no pós transplante. O cuidado destes pacientes é complexo e necessita da atenção de toda a equipe multiprofissional, pois são pacientes polimedicados e, muitas vezes, com alterações importantes no seu estado nutricional. Muitos dos medicamentos que estes pacientes utilizam interagem com a dieta, o que pode levar a algum prejuízo na sua ação, bem como no estado nutricional devidos aos períodos de jejum. O trabalho em conjunto dos profissionais farmacêuticos, nutricionistas e enfermeiros é fundamental para a identificação e o manejo destes casos. Neste trabalho relatamos a experiência destas três categorias profissionais na rotina da assistência ao paciente submetido ao TCTH, com foco na identificação de interações entre medicamentos e dieta. Alguns exemplos de medicamentos que os pacientes do TCTH comumente fazem uso e podem interagir com a dieta são: tacrolimo (imunossupressor), voriconazol (antifúngico), deferassirox (quelante de ferro). O voriconazol tem sua absorção prejudicada quando administrado com alimentos, e o tacrolimo e o deferassirox possuem uma variação muito grande na absorção quando administrados com a dieta. Por isso, a recomendação é serem administrados em jejum. Além disso, estes múltiplos períodos de jejum podem trazer prejuízo na terapia nutricional. Pacientes que recebem dieta por sonda nasoentérica e/ou via oral, quando em desacordo com os horários da administração dos medicamentos, podem deixar de receber boa parte das necessidades estimadas. Nesses casos é necessário que sejam feitas alterações no aprazamento da dieta e/ou medicamentos e diluição das necessidades nutricionais nos demais horários. Na rotina da prática assistencial, a farmacêutica identifica os pacientes que estão utilizando algum destes medicamentos e sinaliza a nutricionista, para que possam fazer combinações acerca dos horários de administração dos medicamentos e dietas, em conjunto também com a enfermeira, que organiza o aprazamento dos medicamentos e dietas conforme as condutas estabelecidas. Desta forma, o trabalho multiprofissional permite a administração com segurança dos medicamentos ao paciente, sem prejuízo para a terapia medicamentosa e nutricional.

2590

EFFICACY AND SAFETY OF LOWER TOTAL DOSES OF ATG COMPARED TO HIGHER TOTAL DOSES IN THE PROPHYLAXIS OF ACUTE AND CHRONIC GVHD IN ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

BRUNO MATEUS DE CASTRO; JOICE ZUCKERMANN; THIAGO ALMIRANTE CUNHA; ALESSANDRA APARECIDA PAZ; LEILA BELTRAMI MOREIRA

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Background: Graft-versus-host disease (GVHD) contributes to mortality and morbidity after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (Alo-HSCT). In vivo T-cell depletion with rabbit antithymocyte globulin (ATG) has been used in Alo-HSCT transplants for GVHD prophylaxis. The type, dose and duration of treatment with ATG are a controversial issue in HSCT. Objectives: To determine the efficacy and safety of higher doses of ATG-T (Thymoglobulin) or ATG-F (Fresenius) compared to lower doses in patients undergoing Alo-HSCT. Methods: Systematic Review and Meta-Analysis including compared clinical studies with patients undergoing related or unrelated Alo-HSCT and different total doses of ATG-F or ATG-T, without language, follow-up time and date limitations. Exclusion criteria have not been defined. Data sources were MEDLINE/PUBMED, EMBASE, The Cochrane Library, Web of Science, Lilacs and Scielo 03/2020. The random model was applied to meta-analysis and intervention was defined as higher doses of ATG. Results: 18 articles from 2002 to 2019 were included. Higher total doses of ATG-T showed greater benefit for reducing the incidence of grade III-IV acute GVHD (RR 0.60; 95% CI 0.42-0.84; $I^2 = 25\%$) and limited chronic GVHD (RR 0.64 CI 95% 0.45-0.92; $I^2 = 34\%$). No significant difference was related to extensive chronic GVHD in ATG-T (RR, 0.89; 95% CI 0.58-1.35) and ATG-F (RR, 1.14; 95% CI 0.27-4.80). Higher total doses of ATG-T showed greater EBV-associated lymphoproliferative disease (EBV+LPD) or EBV reactivation (RR 1.90 95% CI 1.49-2.42; $I^2 = 0\%$) and higher risk of CMV reactivation (RR, 1.30; 95% CI 1.03-1.64; $I^2 = 80\%$). No difference between higher and lower doses of ATG-T and ATG-F occurred in primary or secondary graft failure (RR, 1.88; 95% CI 0.61-5.77; RR 0.47; 95% CI 0.06-3.73, respectively), in 1-year corrected relapse (RR, 1.28; 95% CI 0.98-1.68; RR, 1.13; 95% CI 0.56-2.27, respectively) and in 1-year corrected transplant-related mortality in ATG-T (RR, 0.91; 95% CI 0.51-1.62, $I^2 = 35\%$). Conclusions: Higher total doses of ATG-T (6-12 mg/kg) were effective in reducing grades III-IV acute GVHD (mainly in unrelated HSCT) and limited chronic GVHD. Greater risk of reactivation of CMV and EBV or EBV+LPD was related to higher doses of ATG-T. No difference between higher and lower total doses of ATG-F occurred in any evaluated outcomes. A significant number of observational studies and variable range of higher and lower doses are limitations of the study.

2642

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DIGITAIS SOBRE HEMOCROMATOSE: DO METABOLISMO DO FERRO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

NATHALIA KERSTING DOS SANTOS; FERNANDA MARCANTE CARLOTTO; MANUELA MEINHARDT PINHEIRO; ANNA LAURA BARP; FABIANE POHLMANN DE ATHAYDE; LEO SEKINE; TOR ONSTEN; CRISTIANE RODRIGUES DE ARAÚJO; SANDRA LEISTNER-SEGAL; LUCIANO SIQUEIRA

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Os Serviços de Hemoterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Hospital São Vicente de Paula (Passo Fundo-RS) iniciaram uma cooperação com o Serviço de Genética do HCPA em 2018 a fim de estudar as causas, e morbidades associadas em pacientes com Hiperferritinemia, com indicativo de Hemocromatose Hereditária. No transcorrer da coleta de dados, a equipe da pesquisa constatou que, sendo esta uma condição clínica com desfechos diagnósticos manejados por diferentes equipes, as condutas acabam por não seguir um padrão, nem mesmo na prescrição de exames. Muito provavelmente esta assincronicidade é reflexo de um estilo de formação mais clássica, que talvez não caiba mais no contexto multidisciplinar aplicado hoje. O resultado disso é o pouco entendimento daquele que trata e o desapropriação do

paciente sobre o que de fato tem. O grupo tem por objetivo, portanto, a criação de material digital, iniciando com um livro de bolso. Foram coletados, primeiramente, os prontuários de 326 pacientes. A partir dos parâmetros clínicos, foram suscitadas perguntas sobre a patogênese e a falta de alguns dados e condutas. Para a construção das respostas foi feita uma revisão na literatura nas bases de dados SCOPUS e NCBI-PUBMED com os seguintes termos: “Hemochromatosis”, “Iron Overload”, “Hyperferritinemia”. Foram pesquisados Guidelines também para entender o que informam e suas diferenças. Baseado nesta revisão, ele foi fragmentado em 3 vertentes instrutivas descritas a seguir: aos leigos, foi elaborada perguntas e respostas sobre o ferro, qual a função do metal no corpo, necessidades de ingestão, quais alimentos tem, in natura ou suplementados. Além disso, foi elaborado um fluxograma lúdico sobre o excesso no sangue, sinais e sintomas, possíveis causas primárias e secundárias, a influência familiar e quando procurar um médico. Já para os pacientes, foi enfocada orientações gerais como, por exemplo, cuidados com a alimentação, se existe alguma contraindicação, se os familiares deveriam investigar também, como é feito o tratamento e se existe cura. Aos profissionais de saúde, um fluxograma do atendimento, quando pedir exames e quais, o que fazer mediante alteração, como proceder a investigação, como fazer o diagnóstico, quando encaminhar para o especialista, como é feito o tratamento, quando indicar a sangria. Como perspectiva, a ideia é submeter o material a apreciação de profissionais em ambos hospitais e posteriormente publicar os dados em periódico específico.

2683

DANO AO DNA NA HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA: CORRELAÇÕES COM DESFECHOS CLÍNICOS E GENÓTIPOS HFE

JULIANA CRISTINE FONTANA; VITÓRIA KIRJNER; FERNANDA CARLOTTO; NATHÁLIA KERSTING DOS SANTOS; BRUNA ACCORSI MACHADO; LEO SEKINE; CRISTIANE RODRIGUES DE ARAÚJO; TOR ONSTEN; SANDRA LEISTNER-SEGAL;

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Conceitua-se Hemocromatose Hereditária como uma doença autossômica recessiva, cujo desfecho primário é a sobrecarga de ferro, principalmente ligada a variantes no gene HFE. O excesso de ferro desencadeia uma série de reações, onde o radical livre causa o dano ao DNA. Objetivo: Identificar se os danos ao DNA constatados correlacionam-se com as comorbidades e genótipos dos pacientes. Métodos: Foram recrutados 68 pacientes no ambulatório transfusional do Serviço de Hemoterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram feitas análises de genotipagem, por PCR em Tempo Real, e análise de dano ao DNA, por ensaio cometa alcalino. Dados de genotipagem foram analisados por discriminação alélica. Foram realizadas correlações de Pearson e comparações por Kruskal-Wallis, sendo considerado significativo se $p < 0,05$. Os dados foram avaliados no software SPSS 19.0. Resultados: Os parâmetros avaliados seguiram as seguintes proporções ao recrutamento: mediana da idade 56,3 (29,2-74,7) anos, IMC de $28,67 \pm 4,13$ e ferritina 611,5 (29-2424,9) ng/mL. A comorbidade mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (50%), seguido por diabetes (17,6%), cardiopatias (11,8%) e hipotireoidismo (10,3%). Quanto aos genótipos, seguiu a seguinte distribuição: HFE- (23); H63D/WT (11); C282Y/H63D (10); C282Y/C282Y (9); H63D/H63D (6); C282Y/WT (5); C282Y/S65C (4). A distribuição de dano mínimo está relacionada à HAS ($p=0,019$). O IMC referente a obesidade grau 1 se correlaciona com o dano extensivo ($p < 0,01$). Valores elevados de ferritina se correlacionam com dano mínimo ($p=0,028$), dano moderado ($p < 0,0001$) e dano extensivo ($p=0,042$). Foi criada linha de tendência preliminar para os percentuais de células com maior incidência: sem danos, com dano mínimo e dano moderado. Foi considerado como variável independente a ferritina. Os valores de r^2 atribuídos são 0,04, 0,1313 e 0,6182, respectivamente. O genótipo H63D/H63D está correlacionado a ausência de danos ($p < 0,05$), enquanto o genótipo C282Y/WT é correlacionado a danos mínimos ($p < 0,05$). Não houve correlação estatística significativa entre os genótipos no que se refere ao dano moderado. Conclusão: Dados do ensaio cometa se correlacionam com a comorbidade mais prevalente, assim como com o valor da ferritina. Os dados são preliminares e, com o aumento do n amostral, outros desfechos clínicos podem ser associados.

2822

VALIDAÇÃO DO PROCESSO DE DESPLASMATIZAÇÃO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTIAS COLETADAS POR AFÉRESE PARA TRANSPLANTE

MELISSA HELENA ANGELI; TISSIANA SCHMALFUSS; ANELISE BERGMANN ARAÚJO; GABRIELLE DIAS SALTON; JULIANA MONTEIRO FURLAN; LEO SEKINE; LIANE MARISE ROHSIG

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

As células progenitoras hematopoéticas coletadas por aférese (HPC (A)) são desplasmatizadas para posterior criopreservação ou em casos de incompatibilidade de grupos sanguíneos entre doador e receptor. A RDC 214/2018, que dispõe sobre as Boas Práticas em células Humanas para Uso Terapêutico e pesquisa clínica, estipula que as células para transplante somente podem ser liberadas após realização de contagem de células CD34+ viáveis em amostra do produto pós-processamento e antes da adição de crioprotetores. No HCPA, a quantificação de células CD34+ nas HPC(A) é realizada antes da desplasmatização. A legislação admite a não realização do teste após este processo se for comprovado, por meio de validação, que a desplasmatização não afeta a contagem e viabilidade de células nucleadas totais (CNT) e de células CD34+. Objetivo: Avaliar se o processo de desplasmatização afeta a quantificação de CNT, células CD45+ e CD34+ viáveis, e a viabilidade celular em HPC (A). Método: A desplasmatização foi realizada por centrifugação da bolsa de HPC (A) por 950g/10min, com posterior extração do plasma. De cada procedimento avaliado, foram coletadas três amostras distintas: amostra do material coletado (pré-processamento), amostra do buffy-coat e amostra do plasma residual (após desplasmatização). A quantificação de CNT foi realizada em contador hematológico e as quantificações de células CD34+, CD45+ e viabilidade celular foram realizadas por citometria de fluxo. Para inclusão das amostras na validação, o balanço