

hemocomponentes, diminuindo a pressão sobre os estoques de sangue. Ainda que sem uso de circulação extracorpórea, as cirurgias cardíacas possuem risco aumentado para sangramentos, com cerca de 50% dos pacientes necessitando de algum componente transfusional alogênico. Diante desse cenário, 10 a 15% do estoque de sangue nacional são consumidos por cirurgias cardíacas. Em estudos anteriores realizados no Brasil, a média em cirurgia cardíaca de volume recuperado é de 615ml, VIEIRA et al, o que não ficou tão distante da média encontrada em nossos dados que foi de aproximadamente 523ml, tendo uma diferença de 92ml na média de sangue recuperado comparando os estudos. Com aproximadamente 453.000ml de volume total de sangue recuperado ao longo dos anos, tal número que equivaleria em uma comparação em contagem absoluta a 1.812 bolsas de Concentrados de Hemácias de estoques do hemocentro ao longo dos anos de 2019 a 2021. **Conclusão:** O procedimento RIOS é uma técnica consolidada em serviços de Hematologia e Hemoterapia e apresentou resultados satisfatórios e expressivos nas cirurgias cardíacas ao longo dos anos 2019 a 2021 no nosso estudo, e isso permitiu uma diminuição da pressão sobre os estoques de hemocomponentes alogênicos do hemocentro, causada por esses tipos de cirurgias, trazendo dessa forma uma maior segurança para o paciente e equipe cirúrgica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.764>

IMPACTO DO USO DA REQUISIÇÃO ELETRÔNICA PARA SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES NO HOSPITAL SANTA MARTHA EM NITERÓI

L Aguiar, RE Almeida, A Cruz, TB Gualberto

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia- Grupo GSH, Brasil

Objetivos: Seguindo as orientações do RDC número 34 de junho 2014, as requisições de transfusões devem ser feitas em formulário padronizado, contendo, no mínimo, as seguintes informações: nome completo do receptor; sexo, data de nascimento e peso (quando indicado); número do prontuário ; número do leito; diagnóstico e indicação da transfusão; resultados dos testes laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente; modalidade da transfusão (programada, rotina, urgência, emergência); hemocomponente solicitado, com o respectivo volume ou quantidade; data da requisição, nome, assinatura e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico solicitante; e antecedentes transfusionais e gestacionais e reações à transfusão. A requisição eletrônica tem a função de garantir que as requisições sejam preenchidas de forma correta, garantindo dessa forma um indicador de requisição conforme próximo a 100% . Em janeiro de 2022 o GSH passou a ser responsável pelo suporte transfusional no Hospital Santa Martha de Niterói. Foram realizados encontros com equipe médica e de TI para que se instalasse a requisição eletrônica com preenchimento de dados obrigatórios, assim como a impressão das 3 vias de termo de consentimento, a evolução transfusional e a Busca Ativa de forma eletrônica. O objetivo

desse trabalho é relatar o impacto da requisição eletrônica na análise do indicador de requisição conforme. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo que promoveu a análise das requisições médicas desde janeiro de 2022 quando o GSH passou a ser responsável pelo serviço de Hemoterapia no Hospital Santa Martha. Os dados foram colhidos através das requisições médicas solicitadas entre 14 de janeiro de 2022 até 30 de junho de 2022. Os seguintes parâmetros foram utilizados para análise de requisição conforme (nome do paciente; data de nascimento; idade; leito; número do prontuário; peso do paciente; data da solicitação; tempo de urgência; história patológica pregressa; valores laboratoriais; hora de solicitação e assinatura do médico solicitante. Foram analisadas 487 requisições médicas. **Resultados:** Em janeiro tivemos 93% de conformidade (76 requisições analisadas); fevereiro 96% (76 requisições analisadas); março 92% (66 requisições analisadas); abril 97,8% (95 requisições analisadas); maio 96,9% (requisições analisadas) e junho 96% (78 requisições analisadas). No mês de março tivemos problemas de internet e a requisição manual foi utilizada por alguns dias, levando uma queda na média. Os principais erros no preenchimento foram ausência de HPP e indicação clínica de reserva cirúrgica. **Discussão:** Conseguimos uma taxa de aproximadamente 100% das requisições analisadas com o preenchimento correto. Com o tempo fomos ajustando junto da equipe de informática a requisição médica tornando os campos obrigatórios. Em janeiro 93%; fevereiro 96%; março 92%; abril 97,8%; maio 96,9% e junho 96%. **Conclusão:** Uma equipe de Informática interessada em acompanhar as mudanças propostas pela hemoterapia facilita a melhoria na análise dos Indicadores relacionados ao preenchimento das requisições. Em pouco tempo atingimos indicadores altos. Além disso implementamos também o termo de consentimento eletrônico, evolução transfusional e busca ativa. Dessa forma, conseguimos mais segurança para o paciente desde o momento da análise de uma requisição médica preenchida de forma adequada, assim como todo registro transfusional em seu prontuário eletrônico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.765>

IMPACTO DAS TRANSFUSÕES DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CRIANÇAS COM SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA PÓS-DIARREICA – RELATO DE CASOS

L Aguiar, RE Almeida, A Cruz, TB Gualberto

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia - Grupo GSH, Brasil

Alterações hematológicas aparecem na Síndrome Hemolítico Urêmica. A SHU típica se expressa pela tríade injúria renal, anemia hemolítica microangiopática e plaquetopenia. A trombocitopenia, mesmo quando expressiva, não deve ser objeto à solicitação de hemocomponentes plaquetários, exceto na condição de sangramento ou realização de procedimento com risco hemorrágico pelo risco de agravamento de eventos trombóticos. Os trombos na microcirculação cooperam à obstrução do leito vascular e isquemia de tecidos, além da

produção de danos às hemácias, produzindo uma anemia hemolítica. Apresentamos 4 casos de SHU. 1º Caso: GDP, 2 anos, feminino, internado com diarreia e fezes sanguinolentas associado a piora hematológica e da função renal. Ficou internado por 24 dias. Recebeu apenas hemácias em dois momentos (Hb 7.0g/dl e Hb 5.6g/dl). Plaquetas oscilaram entre 39.000 e 157.000, não havendo piora após as transfusões de CH. Necessitou de terapia de substituição renal (TSR) por 14 dias, sem ventilação mecânica. Alta com recuperação da função renal e Hb 7,5 g/dl; Ht 34.6%, plaquetas 182.000. 2º Caso: LFR, 2 anos, feminino, internado com diarreia e vômitos. Hemograma normal. Evoluiu com aumento de escórias renais. No sexto dia de doença evoluiu com queda do hematócrito. Realizado transfusão de hemácias (Hb 6,6g/dl). Necessitou de TSR. A contagem plaquetária flutuou entre 98 mil e 682 mil. Ficou 30 dias internada. Em ar ambiente. Não necessitou transfundir plaquetas. Alta com recuperação da função renal e Hb 7,1g/dl; ht 22.5% plaquetas 685 mil. 3º Caso: BCTP, 1 ano; masculino; internou com diarreia e fezes sanguinolentas. Admitido com hemoglobina 6,2g/dl, plaquetas 82mil. Hematoscopia com esquizócitos. Escórias renais na admissão altas já indicado TSR. Paciente evoluiu com hemotórax necessitando de drenagem. Apresentou sangramento em sítio de punção venosa. Recebeu múltiplas transfusões de hemácias, plaquetas e plasma. A contagem de plaquetas oscilou entre 40 mil e 158 mil. Ficou 30 dias internado. Recebeu alta com recuperação da função renal e Hb 9,0; ht 26,6% e plaquetas 158 mil. 4º Caso: BAB, 2 anos e 10 meses, masculino, evoluiu com diarreia internando para hidratar. Evoluiu com aumento de escórias renais necessitando de TSR por 10 dias. Hemoglobina inicial 8,3g/dl; hematócrito 25,1%; plaquetas 40 mil. Submetido a transfusão de hemácias e plaquetas 1 vez pré procedimento de instalação de cateter de diálise. Plaquetas oscilaram entre 40 mil e 265 mil. Ficou 16 dias internado. Alta com Hb 8,6 plaquetas 265 mil. DISCUSSÃO – Os casos relatados são de SHU, 90% dos casos em crianças e com bom prognóstico. A literatura expõe agravos nas trombozes após transfusões de plaquetas, os casos analisados não reproduziram essa evidência e não foi possível identificar piora após transfusões. A trombocitopenia não se relacionou a mau prognóstico. CONCLUSÃO – A piora está mais associada ao tempo de TST que as transfusões.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.766>

A IMPORTÂNCIA DA PRÉ TRIAGEM CLÍNICA PELA ENFERMAGEM PARA CORRETA CLASSIFICAÇÃO DAS GESTANTES NO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO A HEMORRAGIA PUERPERAL EM UMA MATERNIDADE DO RJ

F Akil, GC Faria, LFF Dalmazzo, SD Vieira

Grupo GSH, Brasil

Introdução: A hemorragia puerperal (HPP) no parto ou após o mesmo é a principal causa de morbimortalidade na população obstétrica. Esta é caracterizada por sangramento superior a 500ml nos partos vaginais e a 1000ml nas cesarianas. A fim de preparar-se de forma adequada para o atendimento

dessas gestantes, as maternidades desenvolvem protocolos de prevenção e controle de hemorragia pós parto que é aplicado na fase pré parto, intra parto e pós parto. Na admissão, as gestantes são segmentadas em baixo, médio e alto risco de acordo com os fatores de risco que apresentam para sangramento. Nesse momento o Serviço de Hemoterapia é acionado para que se prepare para um atendimento transfusional se necessário. Os fatores de risco estão ligados as principais causas de sangramento que divididas em 4 grupos: alteração do tônus uterino, retenção de tecido/coágulos, trauma no trato genital e distúrbios de coagulação. **Objetivo:** Avaliar se a criação da pré triagem pela enfermagem foi eficaz na melhor classificação das gestantes quanto aos fatores de risco para hemorragia puerperal. **Materiais e métodos:** Em nosso serviço, embora tenhamos um protocolo bastante estabelecido e difundido até fevereiro de 2022, a classificação era feita pelo obstetra na internação. Em 1 ano de análise percebemos algumas falhas nesse processo como por exemplo gestantes classificadas já dentro do centro cirúrgico e, com finalização dos testes pré transfusionais após o término do parto. Além disso, a avaliação retrospectiva de alguns casos de hemorragia, nos mostrou que por vezes ocorria subclassificação das gestantes por não identificação de fatores de risco. O tema foi discutido em Comitê Multidisciplinar Transfusional e, foi criado um plano de ação junto a Qualidade que consistia em realizar um pré classificação de risco pela equipe de enfermagem na admissão da paciente. Posteriormente, essa classificação era validada pelo obstetra e, se o mesmo não concordasse, deveria registrar o ocorrido no prontuário. **Resultados:** No período de janeiro de 2021 a Janeiro de 2022 tivemos 5754 partos com 344(6%) gestantes classificadas em médio risco e 135 (2,3%) em alto risco. Após a implantação da pré triagem tivemos: fevereiro/2022 480 partos, 47(9,8%) gestantes de médio risco, 18(3,8%) de alto risco; março/2022 457 partos, 70(15,3%) gestantes de médio risco, 14(3,1%) de alto risco; abril/2022 407 partos, 50(12,3%) gestantes de médio risco, 14(3,4%) de alto risco; maio/2022 451 partos, 40(8,9%) gestantes de médio risco, 26(5,8%) de alto risco; junho/2022 443 partos, 46(10,4%) gestantes de médio risco, 13(2,9%) de alto risco. Dessa forma, o percentual de gestantes classificadas como médio e alto risco no período antes de pré triagem pela equipe de enfermagem foi respectivamente de 6% e 2,3% e, após foi 11,3% e 3,8%. **Discussão:** Percebemos que após a introdução da pré triagem por enfermagem capacitada no protocolo hemorrágico houve um aumento das gestantes classificadas em médio e alto risco, sendo esse acréscimo mais significativo nas de médio risco que, por serem menos críticas, em alguns momentos não tinham seus fatores de risco evidenciados. Esse resultado nos mostra que a capacitação da enfermagem quanto ao protocolo de hemorragia, com foco no conhecimento dos fatores de risco e, realização de pré triagem foi importante para melhor preparo do serviço de hemoterapia quanto ao atendimento hemoterápico das gestantes. **Conclusão:** O manejo da hemorragia puerperal é desafiador e, abrange atuação de equipe multidisciplinar, estar preparado para esse momento é fundamental, logo a correta classificação das gestantes é um passo importante para desempenharmos esse processo com maior qualidade e segurança.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.767>