

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>