

produção das unidades de pool de plaquetas. **Metodologia:** Foi utilizado a ferramenta de *workspace do google drive* para gerar uma planilha de excell compartilhada entre o setor de processamento, laboratório de imunohematologia e laboratório de sorologia. Imediatamente após o recebimento da doação de sangue total proveniente da coleta, o número de doação é cadastrado na planilha pelo setor de processamento utilizando um leitor de códigos de barras. A planilha possui acesso compartilhado e formatação condicional com mudança de cores, e os demais setores visualizam simultaneamente as numerações e podem trabalhar no mesmo arquivo. Os exames são priorizados e divulgados, permitindo uma colaboração em tempo real de maneira eficiente. **Resultado e discussão:** A utilização da ferramenta reduziu o tempo de espera na divulgação dos resultados, promoveu a produção do pool de plaquetas em tempo hábil. Reduziu os custos associados a produção de documentos em papel, o armazenamento de dados em arquivos físicos e os erros na interpretação dos exames com as mudanças de cores conforme o resultado e erros de caligrafia. Aumentou a segurança no armazenamento em virtude dos *backups* automáticos e a possibilidade de realizar a rastreabilidade durante o processo de formatação do arquivo. **Conclusão:** A implementação da ferramenta digital proporcionou agilidade na comunicação, melhoria na organização dos processos de trabalho, o armazenamento seguro das informações e uma facilidade ao acesso dos dados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1200>

ANÁLISE DO GRAU DE HEMÓLISE DE 3.893 UNIDADES DE CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS AVALIADOS NA FUNDAÇÃO PRÓ-SANGUE HEMOCENTRO DE SÃO PAULO ENTRE JANEIRO DE 2021 E JUNHO DE 2024

LAS Nani, PC Sierra, CA Arrais, AM Júnior, V Rocha, EVS Moura

Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: De acordo com as legislações vigentes no Brasil, cada unidade de Concentrado de Hemácias (CH) deve possuir teor de hemoglobina de aproximadamente 45g, hematócrito variando entre 50-80% (Dependendo da composição de Anti-coagulante e presença de solução aditiva) e no máximo 0,8% de grau de hemólise até o último dia de estocagem. O grau de hemólise é considerado o padrão ouro de qualidade em CH, por isso o seu monitoramento é fundamental para avaliar os processos do ciclo do sangue e evitar a potencialização das chamadas lesões de estocagem, visto que essas vão ocorrer ao longo do armazenamento, no caso da Fundação Pró-Sangue até 42 dias (Unidades com SAG-Manitol). **Objetivos:** Realizar o levantamento e análise de dados dos resultados de grau de hemólise nos CHs avaliados no Laboratório de Controle de Qualidade do Sangue da Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, no período de Janeiro de 2021 até Junho

de 2024. **Material/metodologia:** De acordo com o preconizado, aproximadamente 1% da produção de CH é avaliada mensalmente pelo controle de qualidade. Desse montante, foram prospectados os resultados de grau de hemólise, agrupados de acordo com o período de estocagem das unidades (1º Período: 0-10 dias, 2º Período: 11-20 dias, 3º Período: 21-30 dias e 4º Período: 31-42 dias). Os testes de Grau de hemólise foram realizados num equipamento de espectrofotometria, com amostras diluídas em água deionizada e leituras de comprimentos de ondas, conforme protocolo validado. **Resultados:** Dentro do período informado foi avaliado um total de 3.893 unidades de CHs, sendo 1609 unidades de 1º período com resultado médio de grau de hemólise de 0,056%, 1254 unidades de 2º período com valor médio de 0,090%, 736 unidades de 3º Período com valor de 0,141% e 294 unidades de 4º Período com valor de 0,197%. **Discussão/conclusão:** Conhecer o perfil médio de grau de hemólise por período de estocagem é de fundamental importância na avaliação do ciclo do sangue (da coleta ao armazenamento) e de tendências ao longo da estocagem, com eventual potencialização da elevação dos valores de hemólise. As legislações vigentes determinam como referência o valor < 0,8% de hemólise no último dia de estocagem do CH, o que mostra a qualidade das unidades utilizadas na Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, onde até mesmo as unidades de final de estoque (4º Período) mostram valores médios 4x menores que o máximo aceitável. Observa-se também a confirmação da progressão dos valores de hemólise ao longo da estocagem, o que já era esperado. Há uma relevante vantagem em termos de qualidade com a utilização do SAG-Manitol, que além de conferir um período de estocagem maior (Gestão de estoque), também atua como um protetor de membrana, diminuindo a progressão da hemólise.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1201>

PREVALÊNCIA DE BOLSAS LIPÊMICAS NA PRODUÇÃO DE PLASMAS EM UM HEMOCENTRO DO NORDESTE DO BRASIL

FKF Oliveira ^a, WS Teles ^a, ECB Souza ^a, KLDSS Prudente ^a, DO Santos ^b, GB Novais ^b, KA Sousa ^b

^a Centro de Hemoterapia de Sergipe (HEMOSE), Aracaju, SE, Brasil

^b Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, Brasil

Introdução: A bolsa de sangue total é fracionada para retirada de componentes eritrocitários, plasmáticos e plaquetários. O plasma pode ser fracionado em plasma fresco congelado (PFC), plasma comum, plasma isento de crioprecipitados. O controle de qualidade é um agrupamento de atividades empregadas para verificar os métodos produtivos, sendo essencial à garantia da qualidade e regulação de procedimentos executados nos hemocentros. Seguidamente ao fracionamento das bolsas de sangue, a verificação visual do plasma é

efetuada para deliberar se o hemocomponente será utilizado para a doação, fundamentado em caracteres como lipemia, entre outros. Quanto à lipemia, julga uma ou outra turvação vista no plasma, ocasionada pelo aglomerado de triglicerídeos, com origem diversa, podendo ocasionar entraves como problemas analíticos ou clínicos. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo identificar a frequência de detecção da turbidez nas bolsas de plasma advindas de candidatos a doação de sangue no período de janeiro 2023 a junho 2024 em hemocentro coordenador do Nordeste Brasileiro. **METODOLOGIA:** As bolsas de plasma foram submetidas a uma inspeção visual fundada na turvação das amostras contra fundo escuro, conforme critério de classificação adotado pela equipe técnica do setor de produção e dispensação do hemocentro: grupo 1 (límpido) quando a palavra LIPEMIA aparece de forma transparente, grupo 2 (moderadamente turvo) quando a palavra aparece opaca e grupo 3 (turvo) quando a palavra não aparece. **RESULTADOS:** No período de janeiro 2023 a junho 2024, obtivemos uma média de 30.554 doações. No decorrer dos anos supracitados foram descartadas em função da lipemia 4,1% (1.225) bolsas de plasma lipêmicas, sendo o maior índice o mês de janeiro de 2024 foi de 6.24% (2.387). Quando equiparadas as bolsas de plasmas lipêmicas quanto ao sexo, foi observado um maior índice de indivíduos do sexo masculino 68% (945). **Discussão:** No instante que foram comparadas as bolsas doadas por indivíduos do sexo masculino e feminino, observou-se que as amostras mais turvas foram provenientes de doadores masculinos. Pesquisas estabelecem que o índice de concentração plasmática de triglicerídeos em indivíduos do sexo feminino atinge o pico culminante cerca de 2 horas seguida de uma nutrição com gordura, reduzindo paulatinamente até alcançar o nível basal depois de 6 horas. Não obstante, os indivíduos do sexo feminino exibem alto índice de gordura do corpo, os indivíduos do sexo masculino mostram o pico cerca de 4 horas seguido à nutrição, tendo aproximadamente 9 horas para volver aos níveis basais. **Conclusão:** A subjetividade na análise da lipemia nas bolsas de sangue através inspeção visual, foi constatada, particularmente às amostras moderadamente turvas. Tencionando minimizar o descarte desnecessário de plasma, assim como manter o sistema da qualidade das bolsas, faz-se necessário o descarte por turbidez devido à lipemia, e também a normatização dos procedimentos operacionais referente a triagem clínica e a produção das bolsas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1202>

ELABORAÇÃO DE CRITÉRIO DE ACEITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE CONCENTRADOS DE PLAQUETAS CONTAMINADOS POR DE HEMÁCIAS

EC Ferreira, F Custodio

Grupo GSH, Brasil

Introdução: A contaminação por hemácias em concentrados de plaquetas não é um resultado satisfatório na produção de

hemocomponentes. No aspecto visual é observada como uma coloração que varia de tom rosa claro a vermelho, de acordo com o grau de contaminação. As principais causas estão relacionadas ao tempo e/ou velocidade insuficiente de centrifugação leve e a ressuspensão de hemácias durante o processo de centrifugação e manipulação do sangue total. Na legislação brasileira não há padrão de aceitabilidade e critérios para a utilização destes hemocomponentes, surgindo questionamentos como o risco transfusional envolvido, devido a possibilidade de sensibilização dos pacientes transfundidos ou o descarte desnecessário do hemocomponente, prejudicando o estoque dos serviços de hemoterapia. Visando a segurança transfusional e a manutenção do estoque de hemocomponentes, o presente trabalho tem como objetivo estabelecer critérios de aceitabilidade para concentrados de plaquetas contaminados por hemácias, coletados e produzidos nos bancos de sangue do Grupo GSH, através de um material visual. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo observacional retrospectivo na legislação vigente, em manuais de controle de qualidade e no guia de inspeção visual de hemocomponentes do Ministério da Saúde, para avaliar valores de referência e critérios utilizados em outros serviços de hemoterapia no Brasil. Para elaboração do material visual, foram utilizados 06 concentrados de plaquetas com diferentes tons de coloração devido a contaminação por hemácias. Para determinação do índice de hemácia contaminante, avaliamos o volume residual após a centrifugação do componente plaquetário, quantificando o volume de hemácias em tubos do tipo falcon, utilizando microlitros como unidade de volume. **Resultado:** O Guia de Inspeção Visual de Hemocomponentes do Ministério da Saúde de 2022, utiliza como referência critérios adotados no Hemocentro de Ribeirão Preto e na fundação Hemominas. A partir destes valores de referência, adotamos o critério máximo de 150 microlitros de hemácias, preconizado pela margem de erro na interpretação visual que pode ter entre cada colaborador, considerando que mesmo utilizando 10 unidades com o limite máximo de hemácias, ainda não comprometeria a segurança transfusional. Com este resultado, elaboramos um padrão visual, considerando a imagem de um concentrado de plaquetas sem a presença de hemácias como padrão ideal, um concentrado de plaquetas com o máximo de 150 microlitros como limite aceitável e um concentrado de plaquetas com volume de hemácias acima de 150 microlitros, como não aceitável para liberação. **Conclusão:** Os critérios para concentrados de plaquetas contaminados por hemácias podem ser baseados nas ilustrações que utilizam valores de referência de outros serviços de hemoterapia ou através da elaboração de um critério interno da instituição. A ausência deste contexto na legislação brasileira dificulta esta elaboração. Atuar em ações para reduzir a contaminação por hemácias é essencial para qualidade do processo produtivo, mas também é importante definir critérios de aceitação para reduzir a subjetividade da escolha e proporcionar maior segurança transfusional e redução nos índices de descarte.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1203>