

estipulado. Entretanto demais instituições relacionadas apresentaram porcentagem abaixo da meta estipulada. **Discussão:** O indicador de utilização da reserva cirúrgica demonstra a otimização do trabalho e o uso consciente dos hemocomponentes. Assim como demonstrado em diversos artigos científicos é possível observar que a utilização dos CH reservados permanece em torno de 10%. Tal dado demonstra a dificuldade em se determinar o protocolo de reserva cirúrgica ideal. Existem métodos para minimização de perdas para que os CH devolvidos ao banco de sangue não sejam necessariamente descartados. As bolsas são reavaliadas para a reintegração ao estoque, uma vez que foram mantidas em refrigeração de 1 a 10°C quando levadas ao centro cirúrgico, acondicionadas em caixas térmicas com gelox e validadas para permanência por quatro horas, com supervisão do próprio colaborador da agência transfusional do Hemobanco. No caso de retorno ao banco de sangue é verificada a temperatura e realizada a inspeção visual e teste de hemólise, sempre seguindo as orientações descritas no Protocolo Operacional Padrão (POP). **Conclusão:** Diante dos resultados obtidos, recomenda-se que as instituições que apresentaram o índice do indicador abaixo da meta estipulada realizem revisão e discussão dos protocolos de reserva cirúrgica adotados para melhor adesão no processo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1320>

#### PERFIL TRANSFUSIONAL DE RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS POR SERVIÇO PRIVADO DE HEMOTERAPIA

MAF Cerqueira, SNT Alves, AJ Silva, JC Pereira, LMS Machado, TTPLDS Medeiros, ES Leal

Grupo Gestor de Serviços em Hemoterapia (GSH), Teresina, PI, Brasil

**Objetivos:** Descrever o perfil clínico das transfusões realizadas no período neonatal, por serviço privado de hemoterapia. **Metodologia:** Pesquisa descritiva e retrospectiva a partir da consulta de registros informatizados de banco de sangue em Teresina, entre maio de 2023 a maio de 2024. Foram avaliadas, entre as transfusões realizadas em crianças até 28 dias de vida, as seguintes características: idade pós-natal, peso, hemocomponente utilizado, indicação da transfusão e valores de hemograma no momento da solicitação médica. **Resultados:** No período avaliado, a unidade realizou 82 transfusões em 23 recém-nascidos. A idade pós-natal média das crianças transfundidas foi de 13,3  $\pm$  7,1 dias. Em 53,6% das transfusões, o procedimento foi realizado entre a segunda e a terceira semana de vida. O peso médio dos recém-nascidos avaliados foi de 1.721  $\pm$  816 gramas. Em 79,3% dos procedimentos, a criança apresentava peso inferior a 2.500 gramas. Dentre os hemocomponentes utilizados, concentrado de hemácias foi administrado em 47,6% e concentrado de plaquetas em 42,7% dos pacientes. A hemoglobina média das crianças que receberam concentrado de hemácias foi de 8,9  $\pm$  2,1 g/dL. Apenas em 7,9% das transfusões de hemácias, o valor de hemoglobina pré-transfusional foi inferior a 7 g/dL. A contagem plaquetária média entre a população estudada foi

de 47.110  $\pm$  26.420/mm<sup>3</sup>. Em 45,1% de todas as transfusões, a indicação clínica foi sepse. Em 14,6% dos casos, havia procedimento cirúrgico como justificativa. **Discussão:** A literatura aponta que a prática transfusional no período neonatal varia de forma ampla devido as peculiaridades decorrentes da idade gestacional, da volemia, do sistema imunológico e da resposta fisiológica diferenciada comparativamente às crianças mais velhas e aos adultos. Os estudos apontam, de forma consensual, que uma maior demanda transfusional ocorre quanto menor a idade gestacional e menor o peso do recém-nascido. Entretanto, os dados são controversos sobre o impacto das estratégias transfusionais restritivas ou liberais no desfecho clínico dessa população. O manejo racional de hemocomponentes em Neonatologia recomenda a adoção de práticas que previnam a espoliação excessiva do sangue bem como de rotinas individualizadas para diferentes subpopulações. **Conclusão:** Na população avaliada, observa-se que os neonatos de baixo peso apresentaram maior demanda transfusional bem como os gatilhos transfusionais foram menos restritivos, em decorrência de condições clínicas associadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1321>

#### A INFLUÊNCIA DA CÂMARA DE FILTRAÇÃO NA RECUPERAÇÃO DAS PLAQUETAS EM HEMOCOMPONENTES LEUCORREDUZIDOS

JG Bohatzuk, S Horst

Hemocentro Regional de Guarapuava, Guarapuava, PR, Brasil

**Introdução:** A presença de leucócitos nos hemocomponentes está frequentemente associada à ocorrência de reação transfusional febril não-hemolítica, aloimunização pelo antígeno leucocitário humano (HLA), refratariedade, doença enxerto-versus-hospedeiro além de serem eles vetores de elementos indesejados como CMV, HTLV-I/II, EBV, variantes da doença de Creutzfeldt-Jakob (vCJD). A primeira tentativa de se filtrar sangue remonta de 1928 com o patologista Fleming utilizando algodão. Em 1961 Swank, estudando a viscosidade do sangue, estabeleceu as bases modernas da filtração ou leucorredução, que consiste na remoção dos leucócitos em concentrados de hemácias e de plaquetas, utilizando materiais como algodão, poliéster, acetato de celulose, poliuretano e outros em mecanismos como barreira de retenção, fenômeno de superfície ou densidade de cargas, adesão celular direta e interação célula-célula. No processo, elementos como bactérias e Trypanosoma cruzi, acabam retidos no filtro, algo bom, porém outros que deveriam ter passe livre pelas malhas do filtro, como as plaquetas por exemplo, acabam retidas. Um fator que pode impactar neste aprisionamento refere-se à área da câmara de filtração, ou seja, o compartimento dentro do qual encontra-se a membrana de filtração. Não por acaso, os fabricantes de filtros de leucócitos para plaquetas estipulam o número mínimo ou máximo de unidades a serem inseridas no dispositivo. **Objetivos:** O presente estudo, partindo de hemocomponentes com contagens superiores a 5,5  $\times$  10<sup>10</sup> plaquetas por unidade, que é o mínimo estabelecido pela legislação, comparou a