

ausência de antígenos de alta frequência, recomenda-se priorizar a busca por doadores R0 na região Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste para atender às necessidades transfusionais de pacientes com fenótipos raros. Mais testes e resultados desse estudo estão sendo apurados e serão publicados futuramente.

Conclusão: O conhecimento das variantes de Rh e suas associações como fenótipo RhCE, outros antígenos de grupos sanguíneos, etnia, localização e ancestralidade são importantes para busca de doadores com compatibilidade sanguínea. Dessa forma, garantimos a segurança dos pacientes que necessitam de transfusões. Além disso, a busca por doadores com fenótipos raros nas regiões Nordeste e Sudeste do país mostra-se uma estratégia relevante nesse contexto.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1335>

FATORES ASSOCIADOS À TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS EM RECÉM-NASCIDOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PROTOCOLO TRANSFUSIONAL E VOLUMETRIA

EFGD Santos, SI Pozzer, ENP Florentino, PMN Teixeira, JCI Gazola

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

Transfusões de concentrado de hemácias podem reduzir a morbidade associada ao quadro anêmico relacionado a prematuridade. Através das transfusões vidas podem ser salvas, especialmente daqueles neonatos que sofreram grande perda volêmica em quadros de trombocitopenia grave, septicemia, cardiopatias congênitas, ou mesmo em pacientes com grandes desconfortos respiratórios que necessitem de um maior aporte de oxigênio, entre outras enfermidades. Na anemia grave neonatal, a apresentação clínica mais comum se resume a taquicardia, acidose, hipoatividade, ocorrência de apneias, necessidade de suporte respiratório, baixo ganho ponderal e dificuldade de sucção. As transfusões são uma medida temporária que apensar do ganho em estabilidade hemodinâmica imediato podem ter a desvantagem de inibir ainda mais a eritropoiese. O protocolo transfusional em nossa instituição para Recém-Nascidos (RN) adota as sugestões da legislação vigente como regra: Os concentrados de hemácias devem ser desleucocitados removendo aproximadamente 99,9% dos glóbulos brancos e glóbulos vermelhos compactados presentes na unidade primária coletada do doador, reduzindo a transmissão de possíveis infecções como a do Citomegalovírus – CMV, que em recém-nascidos pode provocar doenças graves que comprometem o aparelho digestivo, sistema nervoso central e retina e reações transfusionais febris não hemolíticas. A transfusão deve ocorrer em pequenas alíquotas a fim de prevenir sobrecarga volêmica. Os testes pré-transfusionais com a amostra de sangue do RN incluem a tipagem ABO direta e o TAD, em paralelo deve-se realizar com a amostra da mãe ou eluato do RN, todos os testes pré transfusionais (Tipagem ABO direta e reversa, TAD, PAI e Pannel de identificação em caso de presença de anticorpos irregulares) na primeira transfusão, sendo todos compatíveis não há a necessidade de repetição dos testes em novas

transfusões até os seis meses de vida do RN. A unidade de Concentrado de hemácias deve ser preferencialmente do grupo O RhD negativo, D fraco negativo, com hemolisinas negativas para A e B, com até cinco dias de coleta. Realizamos em nossa instituição um levantamento no período de 01/2022 a 12/2022 da volumetria transfusional de Concentrado de hemácias, destacando em quantos protocolos foi possível transfundir exclusivamente unidades de hemácias O RhD negativo e o tempo de vida dos receptores. Foram realizadas 94 transfusões de Concentrado de Hemácias Desleucocitados (CHD) em 34 pacientes na UTI neonatal, somente em 13,16% dos casos foi necessária a transfusão de unidades O RhD positivo, possivelmente pela falta de unidades O RhD negativas em nosso estoque. A maioria dos pacientes, 65%, tinham até um mês de vida e não foi observado nenhum caso que evidencie uma reação transfusional. A transfusão na grande maioria das vezes é um procedimento o qual não se pode substituir, porém em alguns casos pode-se recorrer a fármacos estimuladores hormonais, como a eritropoetina que é o principal regulador do processo de formação das hemácias, reduzindo a necessidade de terapia transfusional, diminuindo os riscos gerais para o receptor. Em nossa instituição não dispomos da eritropoetina como opção terapêutica sendo a transfusão o único meio de tratamento emergencial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1336>

EXSANGUINEOTRANSFUSÃO PARCIAL EM PACIENTE FALCIFORME: COMPLEXIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

BP Zambonato^a, M Sosnoski^a, CR Rocha^a, NF Mesquita^a, AM Rosa^a, L Sekine^b, MA Almeida^b

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Doença Falciforme (DF) é a doença hereditária monogênica mais comum no Brasil e a terapia de troca parcial, ou Exsanguineotransfusão Parcial (EP), é a terapia transfusional mais utilizada no país para o seu controle. **Objetivo:** Descrever os principais cuidados de enfermagem em pacientes com DF e quais as complexidades envolvidas no processo de EP. **Material e métodos:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a vivência de enfermeiros atuantes em um ambulatório de transfusão pertencente ao banco de sangue de um hospital universitário do sul do país, com evidências da atuação entre janeiro de 2022 a julho de 2023. **Resultados:** A frequência de EP tem aumentado significativamente no hospital em estudo. Passou de uma média de 5 procedimentos por mês no ano de 2022 para uma média de 10 por mês no primeiro semestre de 2023, evidenciando o dobro de procedimentos no ano vigente. A EP envolve um cuidado complexo e específico da equipe de enfermagem que presta atendimento aos pacientes portadores de DF, fazendo-se necessário atualizações sobre o tema para melhorar o cuidado, tão intenso, nesse procedimento. Neste hospital, a