

ID - 2312

AGILIDADE NO MANEJO DA PTT: AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO OPERACIONAL DO SERVIÇO DE AFÉRESE AO LONGO DE 12 MESES, COM BASE NA APLICAÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO

JS Alves, SLA Parente Filho, MF Nobre, MDC Magalhães, VM de Paiva, NCM de Castro, MDS Meireles, SAT Barbosa, SHB dos Santos, LEM Carvalho

Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) é uma microangiopatia trombótica caracterizada por anemia hemolítica e trombocitopenia, causada por uma deficiência adquirida grave da enzima ADAMTS13, responsável por clivar o fator von Willebrand. Na ausência dessa enzima, formam-se multímeros anormais, causando microtrombos na circulação. Trata-se de uma urgência médica, portanto o início ágil do tratamento com plasmaférese (PLF) é fundamental para o sucesso terapêutico. **Objetivos:** Descrever o indicador tempo de resposta (TR), que contabiliza o intervalo entre a solicitação formal de PLF e a realização do primeiro procedimento, bem como descrever os principais desafios para o atendimento ágil. **Material e métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo, baseado na análise de registros operacionais de procedimentos de PLF realizados em pacientes com suspeita de PTT, entre janeiro e dezembro de 2024. Foi considerada como meta de TR até 6 horas. **Resultados:** Onze pacientes foram incluídos, com TRs que variaram entre 2,2h e 16,0h e estiveram dentro da meta em 8 (72,73%) casos. Todos necessitaram de passagem de catéter venoso central (CVC). A média e mediana dos tempos de resposta foram 4,98h e 3,58h, respectivamente. A média foi impactada por um caso de TR de 16 horas, devido à indisponibilidade de leito de UTI para realizar PLF, exigência da instituição solicitante. **Discussão e conclusão:** Os resultados indicam que o TR para o início da PLF em pacientes com suspeita de PTT foi satisfatório em > 70% dos casos, demonstrando boa agilidade operacional, apesar da necessidade de CVC e questões logísticas das instituições solicitantes, que podem atrasar o início da PLF. **Conclusão:** O uso do indicador TR mostrou-se eficaz para monitorar o desempenho do serviço e identificar oportunidades de melhoria. A disponibilidade de acesso e questões logísticas relacionadas às instituições solicitantes foram os principais desafios para um atendimento ágil, porém não impediram um desempenho satisfatório. O indicador contribui para estabelecer fluxos que facilitem superar tais desafios e agilizar o atendimento de pacientes com PTT, favorecendo o sucesso do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105579>

ID – 1988

ANÁLISE DA TRANSIÇÃO DA CAPTAÇÃO DE DOADORES DE PLAQUETAS POR AFÉRESE EM HEMOCENTRO DE CURITIBA

CS da Costa ^{a,b}, MZ Covo ^{a,b}, GDS dos Santos ^{a,c}, C Stephanes ^{a,b}, JF Bilobran ^d, LM Barbosa Filho ^{a,b}, ST Stinghen ^{a,b}, R Pavesi ^{a,b}, RJ Rossi ^{a,b}, VP Rasksa ^{a,b}

^a *Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA PR), Curitiba, PR, Brasil*

^b *Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR), Curitiba, PR, Brasil*

^c *Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil*

^d *Celepar, Curitiba, PR, Brasil*

Introdução: A necessidade crescente pelo hemocomponente concentrado de plaquetas nas doações por aférese é um constante desafio aos bancos de sangue para captação de doadores. Dessa forma, novas estratégias para suprir a necessidade do produto se mostram cada dia mais necessárias para manter os estoques abastecidos. **Objetivos:** Avaliar o impacto na doação de plaquetas por aférese após inclusão da equipe multidisciplinar na captação de doadores do Hemocentro de Curitiba. **Material e métodos:** Pesquisa observacional, descritiva e retrospectiva. A busca pelos doadores ativos foi realizada no sistema de agendamento eletrônico, considerando a coleta dos dados institucionais para análise do indicador de desempenho “Percentual de coletas por aférese”. O período de coleta de dados foi estabelecido a partir do início da implementação do agendamento eletrônico, abrangendo uma janela de análise de dois anos, entre 1º de dezembro de 2022 e 1º de dezembro de 2024. **Resultados:** Com tabulação dos dados conseguimos analisar se a transição para um setor específico no agendamento, e a busca ativa por novos doadores traria impactos, e quais seriam, no serviço e nas equipes envolvidas. Observamos que com a transição da captação nesse período de dois anos, foram agendados 564 novos doadores de plaquetas, aumentando a cartela de doadores do hemocentro, e como consequência, o controle de estoque do hemocomponente. A meta de comparecimento para os candidatos a doação no recorte apresentado foi definida em 80%. Em 2022 oscilou entre 68% e 80%, somente alcançando a meta em dezembro de 2022 (início do agendamento eletrônico), em 2023 entre 74% e 98% e no ano de 2024 os resultados oscilaram entre 75% e 89%, com média anual de 81%, índice positivo ainda com potencial de melhora. **Discussão e conclusão** **DISCUSSÃO:** Com a constante demanda por plaquetas e a necessidade de aumentar as coletas, evidenciou-se a carência de estratégias para a captação de doadores. Como alternativa para mitigar essa carência, sugeriu-se uma mudança do processo de trabalho, que até o momento era realizada pela própria equipe de enfermagem

escalada no mês vigente, sendo essa captação e agendamento atribuição do setor. Outra estratégia adotada, foi a busca ativa e agendamento dos doadores de plaquetas por aférese, realizada por equipe multidisciplinar, com servidores administrativos, do serviço social e residentes. Esta inovação foi fator determinante para estruturação da captação de doadores de aférese. Como resultado dessa nova condução no processo de trabalho, houve uma renovação significativa da cartela de doadores do hemocentro aliada à implementação do agendamento eletrônico. **Conclusão:** A partir da definição das estratégias implementadas na mudança do processo de trabalho, identificamos um melhor atendimento desse doador, pois possibilitou à equipe de enfermagem a permanência centrada no cuidado, identificando precocemente possíveis intercorrências, acréscimo de mais uma vaga no agendamento diário, não comprometimento da segurança da doação e diminuição de tensões da equipe, que pôde se concentrar no atendimento ao doador. No setor de captação, a atuação de uma equipe exclusiva proporcionou mais agilidade no contato com os doadores, com repasse de orientações pré e pós doação, o que refletiu positivamente nos indicadores do setor e minimizou desvios de qualidade na coleta do hemocomponente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105580>

ID - 2395

ANEMIA HIPOCRÔMICA E MICROCÍTICA PODEM CAUSAR FALHA DE COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS DO SANGUE PERIFÉRICO EM DOADORES BEM MOBILIZADOS

YVS Oliveira^a, IR Barbosa^a, AKF Costa^a,
RB dos Santos^a, RL Uliano^a, LdS Lopes^a,
TR Farina^a, JAdP de Paula^a, FRC da Silva^a,
AS Hisamitsu^a, ACG Silva^b, AS Ferreira^b,
MDO Orellana^b, MA Coutinho^c,
BP Almeida Prado Junior^a

^a Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto, Ribeirão
Preto, SP, Brasil

^c Hospital São Lucas, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: Identificamos baixa eficiência de coleta autóloga em pacientes com mieloma múltiplo, ambas associadas à microcitose e hipocromia, sugestivas de anemia ferropriva. Adotamos duas estratégias, o processamento de grandes volemias associado ao monitoramento da concentração de linfócitos na linha de coleta, em sistema fechado, aprofundando a preferência de coleta na interface até encontrar uma concentração de linfócitos satisfatória. Adotamos como eficazes as coletas com $\geq 2 \times 10^6$ CD34+/Kg. **Objetivos:** Relatar casos de baixa eficiência de coleta associada à anemia microcítica/hipocrômica e avaliar estratégias técnicas para otimização. **Material e métodos:** Dois casos de mieloma múltiplo mobilizados com G-CSF. Aférese por Spectra Optia/ Cobe Spectra (CMNC), com monitoramento de linfócitos e ajuste de preferência. Processadas grandes volemias em

sistema fechado, com ACD-A ou heparina. Avaliados CE, ECP e CD34+/Kg. **Resultados:** Caso 1 Mulher, 43 a. Volemia: 4334 mL. Mobilização: G-CSF 10,8 $\mu\text{g/Kg/dia}$. Primeira coleta (dia +5). Spectra Optia, CMNC. Globais GV: $4,46 \times 10^6/\mu\text{L}$; Hb: 9,0 g/dL e Htc: 29,5%; VCM 66 fL; HCM 20 pg e $154 \text{ CD34+}/\mu\text{L}$. Sangue processado (SP): 7.882 ml (1,8 volemias), com proporção entrada: ACD-A de 12:1. Coletado: $21,2 \times 10^6 \text{ CD34+}$ ou $0,26 \times 10^6 \text{ CD34+}/\text{Kg}$. Estimativa de células processadas (ECP): $1.215 \times 10^6 \text{ CD34+}$. Coeficiente de eficiência (CE): 1,74%. Falha de coleta em doador bem mobilizado, associada à hipocromia e microcitose e amostra de sangue com Ficoll com padrão de hemácias hipodensas. Segunda coleta (dia +6). Cobe Spectra, CMNC. Monitoramento dos linfócitos na linha de coleta, realizando ajustes, caso necessários. Globais: GV: $4,46 \times 10^6/\mu\text{L}$; Hb: 8,9,0 g/dL; Htc: 29,3%; VCM 65,7 fL; HCM 19,9 pg; Linfócitos $5,7 \times 10^3/\mu\text{L}$ e $169,3 \text{ CD34+}/\mu\text{L}$. SP: 34.662 ml (8 volemias), com heparina (10 U/mL de ACD-A) e proporção entrada: ACD-A de 30:1. Adicionados 30 mL de ACD-A à bolsa do produto. Coletado: $1.175 \times 10^6 \text{ CD34+}$ ou $14,16 \times 10^6 \text{ CD34+}/\text{Kg}$. ECP: $5.868 \times 10^6 \text{ CD34+}$. CE: 20,74%. Coleta eficaz, mesmo com baixo CE. Estratégia de coleta e monitoramento. Iniciada coleta padrão com colorgrama 3-5% e Spin Factor de 500. Amostra após 1 volemia mostrou contagem de linfócitos 11,6 vezes a pré (66,2/5,7). Spin Factor para 850. Após processamento da segunda volemia, amostra com concentração de linfócitos aumentada em 17 vezes (97,3/5,7), que consideramos satisfatória e mantivemos até o final. Caso 2 Homem, 65 a. Volemia: 5.435 mL. Mobilização com G-CSF 13,5 $\mu\text{g/Kg/dia}$. Primeira coleta (04/04/2018, dia +5). Spectra Optia, CMNC. Pré-aférese: Globais: GV: $3,20 \times 10^6/\mu\text{L}$; Hb: 8,1 g/dL; Htc: 24,6%; VCM 76,8 fL; HCM 25,3 pg; Linfócitos $4,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ e $36,89 \text{ CD34+}/\mu\text{L}$. Sangue processado: 27.175 ml (5 volemias), com proporção entrada: ACD-A de 12:1. Coletado: $249,8 \times 10^6 \text{ CD34+}$ ou $2,81 \times 10^6 \text{ CD34+}/\text{Kg}$. ECP: $1.002,48 \times 10^6 \text{ CD34+}$. CE: 24,92%. Coleta eficaz, mesmo com baixo CE. Estratégia de coleta e monitoramento. Iniciada coleta padrão, preferência de coleta de 40%, 4.790 ml de entrada, amostra com concentração de linfócitos de 5,9 vezes (23,6/4,0). Modificamos a preferência de coleta para 30% e nova amostra, após 6.295 mL de entrada, mostrou concentração de linfócitos 19,8 vezes (79,3/4,0) que consideramos adequada e mantivemos. **Discussão e conclusão:** Anemia hipocrômica e microcítica pode comprometer a EC e causar falha de coleta em doadores bem mobilizados. Estratégias buscando ajustar a preferência de coleta associada ao processamento de grandes volemias podem ajudar a superar essa dificuldade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105581>

ID – 1302

AValiação DO IMPACTO DA CONSERVAÇÃO DE SANGUE INTRAOPERATÓRIA EM CIRURGIAS CARDÍACAS: ANÁLISE COMPARATIVA DE DOIS PERÍODOS CONSECUTIVOS (2023–2025)

MCL da Silva, KCG Alves, CF Antonio,
JE Di Giacomo

GSH - São Paulo - SP – Brasil