

(7,4%), 03 anti-M (4,4%), 03 anti-S (4,4%), 03 anti-K (4,4%), 02 anti-Fya(2,9%), 02 anti-Fyb(2,9%), 02 anti-c (2,9%), anti-Lub (2,9%), 02 autoanticorpos sem especificidade definida (2,9%), 01 anti-Jka(1,4%), 01 anti-N (1,4%) e 12 anticorpos ficaram sem especificidade definida (17,9%). **Discussão:** A pesquisa de anticorpos irregulares detecta anticorpos antieritrocitários no soro ou plasma do paciente, que podem ser de ocorrência regular (anti-A ou anti-B), ou através da aloimunização sendo oriunda em uma gravidez ou transfusão prévia. Quando detectada, deve-se realizar um teste adicional de identificação de anticorpos para que seja descoberta a especificidade do anticorpo, para tal empregamos reagentes comerciais que contenham no mínimo 8 tipo de expressão eritrocitária em sua composição antigênica. Em nossa instituição essa pesquisa é realizada com 12 hemácias comerciais e pelo método de tubo convencional. **Conclusão:** Nossa prevalência de pacientes com PAI positivo foi de 2,14%, frente a coorte estudada, podemos observar um alto índice de inespecificidade, isso pode ocorrer quando o paciente apresenta baixos títulos que acabam não sendo detectados nos testes, o método convencional em tubo não se mostra tão sensível a estes baixos títulos, poderíamos talvez ter um melhor resultado na identificação utilizando o método em gel teste o qual se mostra mais sensível a baixa titulação, outra via de ajuda seria contar com um painel enzimático a fim de elucidar quando temos mais de um tipo de aloanticorpo na amostra. Quando não identificamos a especificidade do anticorpo mesmo com a prova cruzada negativa corre-se o risco de uma reação transfusional grave, visto que quando o indivíduo entra em contato com antígeno aos quais ele tem anticorpos mesmo em níveis muito baixos seu sistema imunológico é ativado e a reação acontece.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.722>

PERFIL DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL IMEDIATA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

SV Baião, JR Cunha, DPC Silva

Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A reação transfusional (RT) pode ser definida como um efeito ou resposta indesejável observado em uma pessoa, associado temporalmente com a administração de sangue ou hemocomponente. Se a reação ocorreu durante a transfusão ou em até 24 horas após o início da mesma, ela é chamada de reação transfusional imediata (RTI). As principais RTI são: reação hemolítica aguda, reação febril não hemolítica, reações alérgicas, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, edema pulmonar não cardiogênico (TRALI), reação hipotensiva e hemólise não imune. Mesmo quando bem indicada, a transfusão sanguínea pode levar a reações adversas, avaliar a ocorrência das RT em relação ao número de transfusões é importante para traçar o perfil do hospital e avaliar a existência de subnotificação. **Objetivo:** Verificar a ocorrência de reação transfusional imediata com base nos dados de uma agência transfusional (AT) de um hospital público da cidade do Rio de Janeiro. **Material e métodos:** Este

estudo foi baseado em um levantamento de dados acerca das reações transfusionais imediatas ocorridas no Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, localizado na cidade do Rio de Janeiro- RJ. As informações foram obtidas através do sistema Hemote Plus no período de 01/01/2021 e 31/12/2021. **Resultados:** Durante o período analisado foram realizadas 8.089 transfusões e 30 reações transfusionais foram notificadas. Dentre estas estão: reação febril não hemolítica (50%), reação alérgica (36%), sobrecarga volêmica (7%) e TRALI (7%). Em relação ao hemocomponente transfundido, relacionado a reação transfusional, 47% foram de plaquetas, 43% concentrados de hemácias (CH), e 10% plasma. **Discussão:** Observa-se que 0,4 % dos pacientes transfundidos tiveram reação transfusional notificada, sendo que a mais prevalente foi a reação febril não hemolítica (50%) que é uma das reações mais frequentes na literatura. O hemocomponente mais envolvido nas reações transfusionais foi o concentrado de hemácias, sendo responsável por 51 % das reações febris não hemolíticas e 45% das reações alérgicas. No hospital, 60% das transfusões foram de concentrados de hemácias, justificando a maior frequência de reações entre os receptores desse hemocomponente. Seguindo o parâmetro estabelecido de 3 reações transfusionais por 1000 transfusões, pela ANVISA (baseado no sistema francês de hemovigilância), o hospital está com o índice abaixo do previsto, pois a expectativa de reações previstas para a unidade seria de 80 a 240 notificações. **Conclusão:** Este estudo permitiu uma melhor avaliação das reações transfusionais na unidade e da ocorrência de subnotificação no setor. O mesmo evidenciou a necessidade de treinamentos com os profissionais envolvidos nos processos transfusionais sobre o reconhecimento das reações transfusionais e a importância da notificação das RT ao serviço de hemoterapia. Outro desafio seria a implementação da busca ativa após 24h da transfusão, o que reduziria os níveis de subnotificação e consequentemente garantiria uma melhor qualidade dos processos envolvidos na transfusão de sangue.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.723>

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO MACIÇA EM SERVIÇO PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM TRAUMA DO CEARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

VDD Nascimento, FWRD Santos, DS Marinho,
DS Lima, LAM Farias

Instituto Dr. José Frota (IJF), Fortaleza, CE, Brasil

Objetivo: Descrever o processo de implantação do Protocolo de Transfusão Maciça, em hospital público de referência em trauma e alta complexidade do Ceará. **Material e método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a implantação do Protocolo de Transfusão Maciça. A experiência foi realizada no Instituto Dr. José Frota (IJF), da Prefeitura Municipal de Fortaleza, Ceará e iniciada em janeiro de 2017. **Resultados e discussão:** Para qualificar o atendimento às vítimas de trauma com choque hemorrágico, o Comitê Transfusional Hospitalar (CTH) do IJF foi responsável pela construção e validação do Protocolo Transfusional de Manejo do Paciente

com Hemorragia Grave no Trauma (visível ou presumida), também chamado de Protocolo de Transfusão Maciça – PTM. A transfusão maciça é uma abordagem transfusional necessária que ocorre em reposta a um quadro de hemorragia grave, sendo associada à reposição de pelo menos 10 ou mais concentrado de hemácias. O PTM implantado no IJF envolve a liberação de pacotes transfusionais na proporção de 1:1 (plasma e hemácias universais) em até 3 minutos, sob a condição de um cenário de choque hemorrágico classe IV, ou a identificação do paciente de risco com avaliação de 2 ou mais critérios na classificação do score ABC (*Assessment of Blood Consumption*) do trauma. Imediatamente antes da infusão dos pacotes transfusionais, são coletadas amostras de sangue para o laboratório e núcleo transfusional, tão logo, iniciada a hemotransfusão às cegas dos componentes universais. A liberação de hemácias universais, com provas de compatibilidade em andamento, é realizada após recebimento da requisição de transfusão, com assinatura do termo de responsabilidade médica para emergências; sendo liberado até a estabilização do paciente, com parada do sangramento, chegada dos exames laboratoriais ou óbito. A necessidade de entendimento do protocolo e as respectivas nuances envolveu ações de capacitações em serviço para todas as equipes de atendimento ao paciente politraumatizado grave no IJF. O PTM foi iniciado em janeiro de 2017 e passou por várias adaptações no decorrer do processo, que foram sendo vivenciadas no primeiro ano de implantação e de maiores desafios, como falhas de acionamento e não finalização do protocolo, sendo superados com melhorias no treinamento em serviço das equipes de atendimento emergencial. Em janeiro de 2018, houve a inclusão do plasma fresco descongelado para liberação imediata, sendo, inicialmente, transfundido plasma e hemácias. Em outubro de 2018, instaurou-se equipe de enfermeiros do trauma para gerenciar o PTM e atuar no uso de tecnologias assistências com Recuperação Intraoperatória de Sangue – RIOS e tromboelastometria rotacional, como metodologia de avaliação da coagulação do paciente. As ações de acionamento do PTM e gerenciamento são avaliadas trimestralmente pelo CTH e discutidas em reuniões ordinárias. A média de acionamentos do PTM diário foi de 1,5, com melhora significativa na estabilização hemodinâmica dos pacientes após a infusão da metade do primeiro pacote transfusional, encerramento da fase cega e início da hemotransfusão guiada por metas. **Conclusão:** Com a implementação do protocolo de transfusão maciça, otimizou-se a abordagem transfusional de emergência no trauma, com estratégias de gerenciamento e uso de tecnologias assistenciais, além de contribuir para o controle da hemorragia e rápida decisão e viabilidade cirúrgica dos pacientes com choque hemorrágico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.724>

IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NOS PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS ELETIVOS REALIZADOS NO AMBULATÓRIO

PD Guimarães, NL Areas, AF Silva, RS Moreira

Grupo GSH, Brasil

Objetivos: : Proporcionar melhoria significativa na qualidade da assistência prestada, aos pacientes submetidos a atendimentos hemoterápicos ambulatoriais, através do planejamento individualizado das ações da enfermagem, garantindo segurança transfusional, humanização do atendimento, fidelização e satisfação do cliente paciente. **Material e métodos:** O método SAE é organizado em etapas, que visam determinar a tomada de decisão clínica assistencial que será prestada pelo enfermeiro durante o atendimento hemoterápico. Com isso são implantadas ações personalizadas de acordo com a priorização, necessidade do paciente, delegação, gestão do tempo e ambiente do cuidado prestado, através da análise das informações obtidas. Todos os procedimentos e dados são registrados no livro de passagem de plantão e prontuário do paciente através da evolução de enfermagem. **Resultados:** No período de julho/2021 até dezembro/2021, tivemos 827 pacientes agendados e 745 pacientes efetivamente atendidos, com taxa de ocupação de 62%. Analisando os motivos do absenteísmo através das buscas ativas a ausência da SAE foi a principal causa demonstrada. No período de janeiro/2022 até junho/2022, iniciamos a implantação da SAE e, tivemos 1002 pacientes agendados e 835 pacientes efetivamente atendidos, com taxa de ocupação de 71%, analisando os resultados foi evidenciando um aumento progressivo do preenchimento dos horários disponíveis e pesquisas de satisfação com resultados de 99% de satisfação. No primeiro período o número de vagas era de 8/dia de segunda a sexta e 4 no sábado, no segundo período o número de vagas aumentou para 10/dia de segunda a sexta e 5 vagas sábado. E, mesmo com esse aumento, conseguimos obter um crescimento na taxa de ocupação. **Discussão:** No período 1, observamos 949 agendamentos/6 meses determinando 62 % da taxa de ocupação e, no período 2, observamos 1002 de agendamentos/6 meses, determinando 71 % da taxa de ocupação evidenciando um avanço progressivo. Em ambos os períodos alcançamos a meta transfusional, contudo no período 2 é notável o aumento dos atendimentos, sendo a ferramenta SAE uma possível causa uma vez que esta gera melhor cuidado ao paciente que, ao sentir-se acolhido, opta por retornar. Algumas das ações implantadas a partir da SAE foram: uso do leito privativo para pacientes com integridade física prejudicada; assistência de enfermagem humanizada na flebotomia clínica através da inspeção rigorosa e dupla checagem das veias além da ativação de cateteres totalmente implantados e Port. Catch pela enfermeira evitando algias e repunções desnecessárias; coleta domiciliar de amostras para testes imunohematológicos prévios; alimentação a cada 3 horas de permanência no ambulatório. Todas essas melhorias contribuíram para a obtenção de um melhor resultado uma vez que, estas consolidam o vínculo de segurança no serviço prestado, além de todos os protocolos hemoterápicos institucionais implantados para segurança do paciente. **Conclusão:** O início do atendimento de um novo ambulatório do grupo GSH na zona oeste, foi desafiador, pois não conhecíamos o perfil dos clientes pacientes da região. Tivemos preocupação em garantir o atendimento em equidade no que diz respeito a qualidade técnica, segurança transfusional e inovação, como padrão dos serviços do Grupo GSH. O monitoramento sistemático individualizado de cada paciente tem como finalidade controlar os riscos e perigos inseridos no processo transfusional,