

saver. O procedimento é indicado em cirurgias com potencial de sangramento. O primeiro procedimento foi realizado em 2001 pelo serviço de transplante hepático do hospital das clínicas. Após esse marco, o serviço foi disponibilizado aos pacientes Testemunhas de Jeová por apresentarem restrição religiosa à transfusão sanguínea. A partir daí, o procedimento foi disponibilizado para outras cirurgias em toda rede do estado. O serviço possui 10 equipamentos locados nos hospitais e uma equipe de enfermeiros 24h/dia. Em 2002 o serviço foi implantado no hospital de referência estadual em cirurgias cardíacas adultas e pediátricas, com uma média de 650 procedimentos por ano e com excelente reaproveitamento sanguíneo, uma média de 413ml de sangue recuperado. Em 2018 o serviço foi implantado no maior hospital de urgência e trauma do estado, sendo o pioneiro no Brasil com o uso dos RIOS em cirurgias de urgência. Nos últimos quatro anos, foram realizados 2.853 procedimentos em cirurgias cardíacas e com recuperação de 1.204.599 mL de sangue, o que equivale a 520.948 de bolsas de sangue que não foram transfundidas. **Discussão:** Em 2012, o Comitê Nacional de Transfusão de Sangue do Reino Unido, NHS Blood and Transplant and the Department of Health lançou a iniciativa de gerenciamento de sangue do paciente (Patient Blood Management - PBM) na Inglaterra e no Norte do País de Gales. PBM é uma abordagem multidisciplinar baseada em evidências para o tratamento de pacientes que necessitam de transfusão, o que inclui: otimização pré-operatória da hemoglobina, uso de antifibrinolíticos, cirurgia sem sangue, técnicas de conservação de sangue, e indicações transfusionais baseadas em evidências. Tais pilares, quando implementados, reduzem a necessidade de transfusão alogênica, e a recuperação intraoperatória de sangue está inserida em um dos pilares. A *Association of anaesthetists guidelines: cell salvage for peri-operative blood conservation* 2018 apoia e encoraja o uso do recuperador celular, recomendando que esteja disponível para uso imediato 24h por dia em qualquer hospital que realize cirurgia onde a perda de sangue seja uma complicação potencial reconhecida. **Conclusão:** Os números apresentados evidenciam a importância da RIOS na redução das transfusões alogênicas e dos riscos transfusionais, sendo de extrema importância no gerenciamento do sangue do paciente. Ressalta-se ainda seu papel como ferramenta para gestão dos estoques de concentrados de hemácias dos serviços de hemoterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.733>

PERFIL DAS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS NOTIFICADAS NO SISTEMA NOTIVISA PELO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO CEARÁ

JBF Oliveira, STA Aguiar, JS Alves,
ERO Albuquerque, DM Brunetta, CMF Lima,
FLO Martins, MSS Medeiros, TO Rebouças,
EL Silva

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

Objetivo: Analisar as notificações de reações transfusionais ocorridas em 2021 no ambulatório de transfusão e nas unidades associadas a um hemocentro do Estado do Ceará a partir da implementação de um novo formulário para investigação de suspeita de reações transfusionais. **MATERIAL E MÉTODOS:** Pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, coleta de dados realizada nos formulários para investigação de suspeita de reações transfusionais do serviço de hemovigilância do Hemoce no período de janeiro a dezembro de 2021, com amostra de 85 notificações de hospitais credenciados ao hemocentro de Fortaleza. Os dados foram agrupados e tratados em planilha do programa Microsoft Office Excel 2010 e depois consolidadas em gráficos para análise. **Resultados:** Em 2021 foram 85 notificações de um total de 5.035 transfusões, equivalente a 1,68%. O perfil dos pacientes notificados foi: 34 (40%) homens e 51 (60%) mulheres; de um ano a 84 anos. O perfil das reações foi: quanto ao tempo de aparecimento: imediatas 55 (64,7%) tardias 30 (35,3%); quanto a gravidade: leves 70 (82%) moderadas 13 (15%) graves 2 (3%); quanto ao hemocomponente envolvido: 04 plasma, 14 plaqueta, 54 hemácia; onde 13 notificações foram aloimunizações, quanto à situação da investigação foram identificadas como prováveis 42 (49,4%), inconclusivas 03 (3,5%), confirmadas 15 (17,6%), possíveis 17 (20%), improváveis 01 (1,2%) e descartadas 07 (8,2%). **Discussão:** Acredita-se que, nas unidades associadas ao hemocentro de Fortaleza, a subnotificação ainda seja presente, mesmo com a realização de treinamentos, campanhas de estímulo e acompanhamento das notificações através de indicadores assistenciais mensais. É necessário ainda investir energias para monitoramento e detecção precoce para que as equipes se sintam seguras para notificação. Não foram observadas diferenças significativas quanto ao sexo, mas uma grande variação quanto à faixa etária. Com relação aos hemocomponentes, as hemácias lideram a ocorrência de reações transfusionais devido ao uso e/ou presença dos antígenos que podem sensibilizar o receptor, além de ser o principal componente transfundido. Todas as transfusões foram alogênicas e as reações notificadas foram predominantemente leves. **Conclusão:** Observou-se que a correta identificação dos sinais e sintomas, a correlação com a classificação dessas reações, a avaliação da causalidade e gravidade das mesmas colaboram para a melhoria da segurança do paciente e para as condutas adequadas diante das notificações realizadas pelo serviço de hemovigilância no sistema da Vigilância Sanitária – NOTIVISA.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.734>

O IMPACTO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA EM TRANSFUSÃO DE EXTREMA URGÊNCIA EM AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS DE HOSPITAIS ESCOLAS DO NORDESTE

CA Rocha, JL Verissimo, DM Brunetta, LA Costa,
LEM Carvalho, SAT Barbosa

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE,
Brasil

Introdução: A transfusão de hemocomponentes é um dos procedimentos médicos mais realizados em pacientes hospitalizados. Os testes pré-transfusionais para liberação de concentrados de hemácias (CH) incluem: a tipagem ABO e RhD, a pesquisa de anticorpos irregulares (PAI), a prova de compatibilidade (PC) e a retipagem ABO e RhD da bolsa. O tempo para sua realização é em média 40 minutos, inviável para situações de extrema urgência, sendo necessária uma liberação rápida e segura de hemocomponentes. A simulação em saúde é uma ferramenta utilizada para promover maior segurança na assistência ao paciente e melhor qualidade do atendimento. Pode ser baseada na aplicação de cenários clínicos fictícios a fim de promover habilidades técnicas e competências a serem utilizadas num cenário real. Como resultado temos: maior segurança do paciente e melhoria da qualidade do atendimento em saúde. **Objetivos:** Descrever o processo da simulação realística em transfusão de extrema urgência em agências transfusionais de hospitais escolas do Nordeste e discorrer sobre o impacto da simulação na mudança do processo e no tempo de liberação de hemocomponentes. **Metodologia:** Foram criados seis cenários com situações de transfusão de emergência, sendo avaliado o tempo da liberação do primeiro concentrado de hemácias. Foram distribuídos para dez técnicos que atuam nas agências transfusionais de forma randômica e aplicados nos meses de julho e dezembro/2020. Cada técnico executou a simulação de um dos cenários possíveis. Independente do cenário executado, as simulações iniciavam com uma ligação telefônica onde era informado que havia um paciente com sangramento ativo e impossibilidade de coleta de amostra. O roteiro contemplava 16 requisitos com passos mínimos necessários para a liberação dos hemocomponentes com segurança do processo, sendo cada um avaliado qualitativamente quanto a sua execução. O preenchimento do questionário e a cronometragem do tempo foi realizada por outro profissional da equipe. **Resultados:** Foi observado que, na primeira simulação, o tempo de liberação do primeiro CH variou de 40 segundos a 4 minutos e 16 segundos. Considerando os resultados do primeiro simulado tais ajustes foram implantados: o CH para emergência passou a ser retipado e avaliado com teste direto de antiglobulina, foi realizado o preenchimento prévio e fixação da etiqueta de transfusão com os dados de identificação da bolsa, o segmento da bolsa foi retirado antecipadamente, identificado e fixado na mesma e o hemocomponente passou a ser armazenado em gaveta separada e caracterizada. Na segunda simulação, o tempo da liberação variou de 35 segundos a 2 minutos e 12 segundos. Houve a redução do tempo médio de liberação do primeiro concentrado de hemácias em cerca de dois minutos, uma diminuição de 50% do tempo na liberação comparando os dois momentos de aplicação do simulado. Além disso, os profissionais referiram mais segurança na segunda simulação realizada. **Conclusão:** Esses dados sugerem que a aplicação da simulação realística em serviço de saúde é fundamental para proporcionar um ambiente reflexivo e de transformação das competências essenciais dos profissionais na assistência ao paciente de qualidade, com segurança e em tempo hábil.

AValiação dos Parâmetros de Enxertia em Pacientes Submetidos a Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas que Apresentaram Intercorrências Durante a Infusão

SB Leite^{a,b}, L Sekine^a, JPM Franz^a, LN Rotta^b

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivos: Em um transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), a enxertia representa a recuperação da hematopoiese, e é definida como o primeiro de sete dias consecutivos com contagem de neutrófilos $\geq 0,5 \times 10^9/L$ e contagem de plaquetas $\geq 20 \times 10^9/L$. O objetivo foi avaliar os parâmetros de enxertia em pacientes submetidos ao TCTH que apresentaram intercorrências durante a infusão e avaliar a expressão de antígenos eritrocitários como marcador de enxertia em relação aos marcadores convencionais. **Material e métodos:** Estudo prospectivo, com amostra de conveniência. Foram analisados os dados do tempo de enxertia neutrofílica e plaquetária e da expressão de antígenos eritrocitários dos pacientes que realizaram TCTH no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS de agosto de 2019 a abril de 2022. Os critérios de inclusão foram não apresentar histórico de transfusão por três meses antes do TCTH, não ter realizado TCTH anteriormente e apresentar um antígeno marcador elegível (antígenos dos grupos Rh, Kell, Kidd, Duffy ou MNS detectados apenas em eritrócitos do doador identificados nos dias 5, 10, 15 ou 20 após o TCTH. A fim de não interferir nos resultados, a transfusão de concentrado de hemácias respeitou o fenótipo do antígeno marcador durante o período avaliado. **Resultados:** Dez pacientes foram submetidos ao TCTH e apresentaram intercorrências, com média de idade de 24,4 anos, sendo 5 adultos e 5 crianças (50%), e 7 eram do sexo masculino. A principal fonte do enxerto foi a medula óssea (70%), seguida do sangue periférico (30%). Majoritariamente os transplantes foram não-aparentados (60%). Quando se considera a compatibilidade do sistema ABO entre receptor e doador, observou-se que a maioria apresentou incompatibilidade menor (40%), seguido da incompatibilidade maior (30%), isogrupo (20%) e incompatibilidade bidirecional (10%). Os antígenos marcadores elegíveis foram C, E, K, Jkb, S e s. Para 4 (40%) receptores, as células-tronco hematopoiéticas foram criopreservadas antes da infusão. Os pacientes apresentaram intercorrências múltiplas durante a infusão e observou-se que a maioria apresentou hipertensão (5 pacientes), seguido de hematúria e queda na saturação de O₂ (4 pacientes); alteração do padrão ventilatória e aumento na temperatura (2 pacientes), e dor abdominal, cefaleia, tremores e vômitos (1 paciente). A enxertia neutrofílica não foi atingida em 6 (60%) dos pacientes, sendo a mediana dos que atingiram de 21 (19-27) dias, enquanto a enxertia plaquetária foi atingida por todos os pacientes, com mediana de 18,5 (12-27) dias. A enxertia observada com o uso do antígeno marcador foi identificada em nove dos pacientes, com mediana de 15 (5-20) dias. **Discussão:** A identificação de um antígeno marcador pode