

BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CUIDADOS DURANTE E APÓS A TRANSFUÇÃO SANGUÍNEA

GOOD NURSING PRACTICES IN THE INTENSIVE CARE UNIT: CARE PRACTICES DURING AND AFTER BLOOD TRANSFUSION

BUENAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ATENCIÓN DURANTE Y DESPUÉS DE LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE

Gabriela Fátima de Souza ¹
Eliane Regina Pereira do Nascimento ²
Daniele Delacanal Lazzari ³
Adilson Adair Böes ⁴
Walnice Lung ⁵
Katia Cilene Bertonecello ⁶

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina. Florianópolis, SC – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, SC – Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Educação. Bolsista CNPq. Doutoranda em Enfermagem pela UFSC. Florianópolis, SC – Brasil.

⁴ Enfermeiro. Mestre em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde. Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Feevale. Novo Hamburgo, RS – Brasil.

⁵ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFSC. Florianópolis, SC – Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, SC – Brasil.

Autor Correspondente: Daniele Delacanal Lazzari. E-mail: danielaelazza@gmail.com

Submetido em: 17/06/2014

Aprovado em: 12/10/2014

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa convergente assistencial realizada na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de ensino da região sul que objetivou construir coletivamente, com os profissionais de enfermagem, um instrumento de boas práticas de cuidado a pacientes durante e após a transfusão sanguínea. As informações foram obtidas por meio de discussões em grupo em junho e julho de 2012 com a participação de 23 profissionais. O método do discurso do sujeito coletivo foi utilizado para a organização dos dados. Das discussões emergiram três ideias centrais: determinação da velocidade de infusão, cuidados ao término da infusão e condutas frente às reações transfusionais, que contemplaram o instrumento de boas práticas com as intervenções de enfermagem. O instrumento elaborado com a utilização da pesquisa convergente assistencial poderá se constituir em uma ferramenta para a prática de cuidado mais segura aos pacientes em transfusão sanguínea na unidade de terapia intensiva.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Transfusão de Sangue; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem Baseada em Evidência.

ABSTRACT

This qualitative, convergent care study was conducted at the adult Intensive Care Unit of a public teaching hospital in the South of Brazil. The aim of this study was to collectively design, with the assistance of nursing professionals, a good practice tool for caring for patients during and after a blood transfusion. Data were collected through group discussions, which took place from June to July 2012, with the participation of 23 professionals. The collective subject discourse (CSD) technique was used to organize the collected data. Discussions revealed three central ideas: determining the infusion rate, care practices at the end of the infusion and care practices in the case of transfusion reactions. Together they compose the good practice tool for caring for patients during and after a blood transfusion. This tool, which was designed using convergent analysis, may become an important tool to help provide safer care for ICU patients in blood transfusion.

Keywords: Nursing Care; Blood Transfusion; Intensive Care Unit; Evidence-based nursing.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa convergente en el área de salud llevada a cabo en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de enseñanza de la región sur. Su objetivo fue construir juntamente con los profesionales de enfermería una herramienta de buenas prácticas de atención de pacientes durante y después de las transfusiones de sangre. La información se obtuvo a través de grupos de discusión en junio y julio de 2012, con la participación de 23 profesionales. El discurso del sujeto colectivo fue el método utilizado para la organización de datos. De las discusiones surgieron tres ideas centrales: determinación de la velocidad de infusión, cuidados al finalizar la infusión y conductas ante las reacciones de la transfusión, que contemplaron la herramienta de buenas prácticas con las intervenciones de enfermería. La herramienta, elaborada con el uso de la investigación convergente asistencial, podría ser utilizada para que la atención brindada a los pacientes que reciben transfusiones de sangre en la unidad de cuidados intensivos sea más segura.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Transfusión Sanguínea; Atención Prácticas de Enfermería en Cuidados Intensivos; Enfermería basada en la evidencia.

INTRODUÇÃO

A terapêutica transfusional possui importante papel no tratamento das mais diversas doenças, constituindo-se na prática por meio de normas técnicas padronizadas, em que a segurança e a qualidade do sangue ou hemocomponentes devem ser asseguradas. A prática transfusional é um processo complexo que depende de vários profissionais para realizá-lo com segurança. Para isso, cada profissional depende não só de seus próprios conhecimentos e habilidades, mas também dos conhecimentos e habilidades de toda a equipe e da eficiência do sistema.¹

Nesse contexto, o enfermeiro adquire papel fundamental, desde a captação do doador até a transfusão.² A atuação competente torna-se requisito essencial na medicina transfusional, prevenindo possíveis complicações e reações transfusionais.³ Devido à complexidade e frequência da terapia transfusional em pacientes de terapia intensiva, faz-se necessária a utilização de instrumentos que orientem a assistência de enfermagem com qualidade.

A assistência de enfermagem com qualidade pode ser definida como aquela que utiliza como estratégia para seu alcance a identificação das necessidades do paciente, o planejamento e a implementação dos cuidados, favorecendo a criação de mecanismos de avaliação da assistência prestada, possibilitando, ainda, a documentação e a visualização das ações de enfermagem e de seus resultados.¹

Para isso, optou-se por construir um instrumento de boas práticas que se refere a uma variedade de fenômenos, como um procedimento validado para a realização de uma tarefa ou solução de um problema. Esse procedimento validado inclui o âmbito onde pode ser aplicado e as práticas são documentadas a partir de banco de dados, manuais ou diretrizes.²

Diante dessas considerações, o estudo teve como questão norteadora: quais os cuidados que os profissionais de enfermagem julgam necessários para compor um instrumento de boas práticas a pacientes críticos durante e após a transfusão sanguínea?

Para responder a esse questionamento traçou-se como objetivo: construir coletivamente, com os profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva, um instrumento de boas práticas de cuidado durante e após a transfusão sanguínea.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa convergente assistencial (PCA). Esse tipo de pesquisa é visto como pesquisa de campo e nessa ótica, além de pesquisar o tema, possibilita compartilhar com os participantes ações da prática assistencial a fim de provocar mudanças no cenário da pesquisa julgadas necessárias.⁴ Neste estudo a prática se evidenciou como educativa, realizada em encontros de discussão com os profissionais de enfermagem.

A investigação foi realizada na UTI adulto de um hospital público de Santa Catarina, que atende exclusivamente pelo SUS. Participaram 23 profissionais – sendo sete enfermeiros, cinco residentes e 11 técnicos de enfermagem.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (Processo nº 2230/2011) e teve o consentimento formal da instituição participante para a coleta de dados. Previamente à coleta de dados, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, assim como acerca da técnica de coleta de dados adotada, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações foram coletadas nos meses de junho e julho de 2012, numa sala específica da unidade, destinada às reuniões de grupo, denominada de Sala de Estudos. A técnica utilizada foi a discussão em grupo. Foram organizados dois grupos, um no período matutino e outro no período vespertino, levando-se em consideração a disponibilidade dos participantes. Realizaram-se três encontros por grupo, com média de participação de oito profissionais por grupo e com duração em torno de 90 minutos.

Os encontros foram propostos com o intuito de discutir e aprofundar sobre o tema cuidado de enfermagem ao paciente em hemotransfusão e construir um instrumento para direcionar as boas práticas de cuidado. Nesse manuscrito, apresenta-se um recorte dos cuidados discutidos nos dois últimos encontros com os dois grupos, ou seja, os cuidados durante e após a transfusão.

As reuniões obedeceram a uma sequência de ações: apresentação da situação problema com o seguinte questionamento: você recebeu uma prescrição médica solicitando hemocomponente para o paciente sob sua responsabilidade na UTI. Quais cuidados de enfermagem você considera indispensável durante e após a transfusão? Essa pergunta era feita a cada encontro, respectivamente. Em seguida, os participantes discursavam sobre os cuidados, registrados de modo que todos pudessem visualizar. Na continuidade, alguns cuidados previamente selecionados pela pesquisadora com base na literatura eram distribuídos aos participantes.

Nesse momento os profissionais constatavam o que havia em comum entre o que expressaram e as publicações. Constatou-se que vários cuidados referidos pelos profissionais encontravam-se na literatura. Aqueles cuidados que não haviam sido sugeridos eram discutidos quanto à possibilidade de execução no contexto da prática. Ao término de cada encontro, todos os cuidados de enfermagem eram revisados e em comum acordo com os participantes, foram selecionados os que iriam compor as boas práticas dos cuidados de enfermagem ao paciente em transfusão sanguínea, juntamente com as suas fundamentações científicas. A seleção dos cuidados teve como critério a viabilidade e cientificidade dos mesmos.

Os nomes dos participantes foram substituídos pelas letras “E” para enfermeiros, “R” para residentes de enfermagem e

“T” para técnicos em enfermagem, seguidas de número absoluto e crescente, para diferenciá-los (E1, E2, R1, R2, T1, T2).

Para o tratamento dos dados, adotaram-se como estratégia três figuras metodológicas do DSC: expressões-chave (ECHs), as ideias centrais (ICs) e o DSC. As ECHs são trechos que revelam a essência do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. As ICs são expressões linguísticas que revelam o sentido ou o sentido e o tema de cada conjunto homogêneo de ECHs e que darão origem ao DSC. Portanto, o DSC é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pela colagem das ECHs que têm a mesma IC. Os procedimentos de construção do DSC obedeceram às seguintes etapas: leitura dos discursos individuais e extração de temas; agrupamento dos discursos individuais relacionados aos temas; extração das ECHs dos discursos individuais; agrupamento das ECHs de mesmo sentido, de sentido equivalente ou de sentido complementar; extração da IC de cada agrupamento de ECHs e a construção dos DSC constituídos por ECHs que têm a mesma IC relacionadas ao tema.⁵ Para esta apresentação optou-se por não descrever os discursos individuais e as ECHs, e sim as ICs e os DSCs:

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deram origem a três ICs e seus respectivos DSCs que contemplam o instrumento de boas práticas de enfermagem (Tabela 1) relacionado aos cuidados trans e pós-transfusionais: a determinação da velocidade de infusão, cuidados ao término da infusão e cuidados frente às reações transfusionais.

IC – A DETERMINAÇÃO DA VELOCIDADE DE INFUSÃO

DSC – Observar o paciente, não sei o tempo exato, mas acho que pelo menos uns 15 minutos para ver se ele vai apresentar alguma reação, nesse período infundir o sangue lentamente. Inclusive por causa de possíveis reações, pois se o paciente as apresentar, já estará recebendo menos volume e o risco da reação é menor. Porém, ainda tenho dúvida em relação ao tempo mínimo para administração do hemocomponente, porque caso precise suspender uma terapia medicamentosa por não ter acesso venoso disponível, poderia administrar o sangue mais rápido? Tem alguma meta, tantas gotas por minuto? Seria legal se tivesse um parâmetro, depois que passar destes 15 minutos e o paciente está bem, hemodinamicamente estável, pode ser aumentada a velocidade de infusão, por exemplo. Mas aí, já penso: aumentada para quanto? E como que seria feita essa avaliação, seria individual? Seria importante, para sentirmos mais segurança. Outro cuidado é o de fazer os registros de tudo, se teve alguma reação, quais foram os sinais e sintomas, intercorrências, tudo é

muito importante. Também a notificação, todo mundo esquece de notificar (R1, R3, R4, T2, T6, T7, T10, E1, E2, E5, E7, E8).

Em se tratando de transfusões, é crescente a evidência de que esta pode contituir-se em um fator que contribui para o aumento do risco de morbidade e mortalidade.^{6,7} Desta forma, conhecer amplamente os processos inerentes ao processo transfusional pode contribuir para a qualificação do cuidado e minimizar riscos e complicações.

Desta forma, buscando ampliar os conhecimentos e elucidar possíveis discrepâncias entre as condutas, aspectos relacionados a tempo de infusão, velocidade de gotejamento, drogas administradas concomitantemente à transfusão e necessidade ou não de acesso venoso exclusivo foram questões de grande discussão em ambos os grupos.

No hospital em que se deu o estudo, a equipe de enfermagem do banco de sangue é a responsável pela instalação do sangue ou hemocomponente, com acompanhamento da equipe de enfermagem da UTI durante todo o procedimento. Observa-se que estas são questões importantes de serem esclarecidas e que há necessidade da educação continuada sobre transfusão sanguínea. Durante o encontro, as dúvidas foram discutidas, esclarecidas e registradas no instrumento de boas práticas.

Estudo desenvolvido junto a auxiliares de enfermagem em um hospital universitário destacou inúmeras dificuldades quanto aos procedimentos relacionados ao controle do tempo e gotejamento da infusão, além de dificuldades com a detecção de reações transfusionais imediatas ou tardias e definição de condutas de enfermagem.⁶

Na prática, muitas vezes observa-se que não existe critério para avaliação de um tempo ideal de transfusão, com aumento gradativo da velocidade, haja vista que alguns profissionais questionaram se havia o tempo máximo e/ou velocidade máxima para administração do hemocomponente. Não se observa o período inicial para aumentar a velocidade de infusão, sendo que normalmente a velocidade determinada na instalação é a que permanece durante toda infusão.

IC – CUIDADOS AO TÉRMINO DA INFUSÃO

DSC – Quanto ao descarte da bolsa, este só ocorrerá no lixo infectante se o resíduo for superior a 50 mL de sangue. Se estiver apenas sujo de sangue e todo conteúdo foi infundido, deve-se desprezar no lixo comum. Outro cuidado é o de registrar o volume da bolsa de sangue no controle hídrico do paciente e o tempo de infusão no prontuário, porque se tem um tempo máximo de infusão, tem como avaliar. Colocar sempre o horário do início e do término é muito importante. E ao terminar a transfusão, monitorar o paciente por pelo menos por 1 hora (R4, T5, T11, E3, E4).

Tabela 1 - Cuidados na instalação de hemocomponentes, Florianópolis, 2013

Cuidados na instalação do hemocomponente	
Intervenções	Justificativas
<ul style="list-style-type: none"> – Identificar o paciente à beira do leito, imediatamente antes da transfusão conferindo seus dados, com os dados do hemocomponente (nome completo do receptor, número do registro hospitalar, número do leito, registro da tipagem ABO e RhD do receptor, número de identificação da bolsa do hemocomponente e sua tipagem ABO e RhD, nome do responsável pela realização dos teste pré-transfusionais e pela liberação do hemocomponente). – Informar o paciente ou familiar sobre a administração do hemocomponente (quando consciente) e os riscos transfusionais e orientá-lo para comunicar qualquer reação diferente. Quando paciente for inconsciente a enfermagem necessita de observação constante sobre o paciente. – Havendo qualquer discrepância com relação à identificação, a transfusão deve ser suspensa até que o problema seja esclarecido. Corrigir imediatamente erros de identificação. 	<p>A transfusão de sangue para o paciente errado é o mais importante erro evitável da transfusão e tipicamente é resultado de erro feito durante a conferência à beira do leito.⁹</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Registrar no prontuário os números e a origem dos hemocomponentes transfundidos, bem como a data em que a transfusão foi realizada. 	<p>Para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando a segurança do paciente.⁹</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Lavar as mãos sempre, antes e após qualquer procedimento junto ao paciente. 	<p>Medida de prevenção de infecção hospitalar.¹⁰</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Verificar e registrar os sinais vitais (temperatura, frequência respiratória, pressão arterial e pulso), no mínimo, imediatamente antes do início, nos primeiros 10 minutos após começar e após o término da transfusão. 	<p>Durante o transcurso do ato transfusional o paciente deve ser periodicamente monitorado para possibilitar a detecção precoce de eventuais reações adversas.⁹</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Instalar a bolsa usando luvas de procedimento, em acesso venoso exclusivo preferencialmente. Utilizar máscara e óculos, para manusear cateteres centrais ou periféricos. 	<p>Medida de prevenção de infecções e uso de equipamento de proteção individual.¹⁰</p>
Determinação da velocidade de infusão	
Intervenções	Justificativas
<ul style="list-style-type: none"> – Iniciar a transfusão do hemocomponente com gotejamento lento e permanecer junto do paciente nos primeiros 10 minutos. <p>Fórmula: $\text{numero de gotas/min} = \text{volume} / (\text{Tx} \times 3)$</p>	<p>A velocidade de infusão deve ser determinada pelo estado clínico do paciente. Pacientes com necessidade de reposição volêmica (por grandes hemorragias e politraumatizados) transfundir rapidamente, com gotejamento livre. Pacientes cardiopatas, nefropatas, idosos e crianças, transfundir lentamente, respeitando as condições hemodinâmicas. É comum que as reações transfusionais mais graves ocorram no início da transfusão. A observação facilita a pronta intervenção nas reações adversas. Após 10 minutos de infusão, sem alterações nos sinais vitais, a velocidade de gotejamento pode ser aumentada, observando-se a relação de tempo e de volume a serem administrados e com o estado geral do paciente.¹¹</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Administrar os hemocomponentes em pacientes hemodinamicamente estáveis, conforme o tempo médio adequado: – Sugestão de gotejamento de hemocomponente: *Concentrado de hemácias (CH) e sangue total (ST) – tempo ideal de transfusão: 02 horas. Tempo máximo: 4 horas. Gotejamento: 10 gotas/min (por 5 minutos); 20 gotas/min (por mais 10 minutos), até 50 gotas/min (restante da transfusão) *Plasma fresco (PF): tempo ideal de transfusão: de 20 a 40 minutos. Tempo máximo: 4 horas. Gotejamento: 10 gotas/min (por 5 minutos); 20 gotas/min (por mais 5 minutos), até 200 gotas/min (restante da transfusão) *Concentrado de plaquetas (CP) – tempo ideal de transfusão: de 30 a 60 minutos. Tempo máximo: 4 horas. Gotejamento: 10 gotas/min (por 5 minutos); 20 gotas/min (por mais 5 minutos), até 200 gotas/min (restante da transfusão).¹¹ 	<p>Se esse tempo for ultrapassado, a transfusão deve ser interrompida e a bolsa descartada, devido a possibilidade da perda de suas propriedades pela exposição a temperatura não controlada.¹¹</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Infundir os hemocomponentes sem o uso de bomba de infusão ou pressurizador. 	<p>A pressão exercida por estes equipamentos podem causar hemólise.¹¹</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Aumentar o gotejamento. Em caso de alterações nos sinais vitais adotar as medidas prescritas e aguardar normalização para iniciar a transfusão. Interromper a infusão imediatamente na presença de qualquer reação, febre, calafrios, prurido, tosse, dor lombar, torácica e de membros superiores, náuseas e vômitos, ansiedade, desconforto respiratório, diurese (isolados ou associados). 	<p>Para detectar eventuais reações adversas sistêmicas (após o controle, sinais vitais de hora/hora).¹²</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Registrar no prontuário, todas as informações referentes ao procedimento. São obrigatórios os seguintes registros: horário de início e término da transfusão; volume e produto infundido; número de identificação do produto; sinais vitais pré e pós transfusionais; profissional responsável pela instalação e acompanhamento 	

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Cuidados na instalação de hemocomponentes, Florianópolis, 2013

Determinação da velocidade de infusão	
Intervenções	Justificativas
Infundir componentes eritrocitários (CH e ST) que tenham permanecido em temperatura ambiente no máximo 30 minutos antes do início da transfusão. Se este tempo for atingido, o hemocomponente deve ser imediatamente recolocado no refrigerador (4°C +- 2°C); Desde que sejam armazenados a 22°C, os componentes plasmáticos devem ser transfundidos até seis horas após seu descongelamento. Se forem armazenados entre 2°C a 6°C, os componentes plasmáticos podem ser transfundidos em até 24 horas após seu descongelamento.	Quando esse período for ultrapassado, a transfusão deve ser interrompida, o componente deve ser encaminhado ao banco de sangue para ser descartado, pois fora do controle de temperatura, o hemocomponente pode perder suas propriedades terapêuticas devido à hemólise. ¹¹
Administrar os hemocomponentes por meio de equipos livres de pirógenos e descartáveis, que incluam um filtro capaz de reter coágulos e agregados (170 micras). Não reutilizar o equipo, se o paciente necessitar receber mais de uma bolsa de Hemocomponente.	Para evitar a infusão de coágulos no receptor e possíveis complicações advindas destes. ¹¹
Cuidados ao término da infusão	
Intervenções	Justificativas
Comunicar qualquer incidente transfusional ou possíveis intercorrências durante a transfusão à enfermeira e/ou o médico responsável e ao banco de sangue. Descrever qualquer incidente transfusional ou possíveis intercorrências durante a transfusão na anotação de enfermagem.	Durante o transcurso do ato transfusional o paciente deve ser periodicamente observado para possibilitar a detecção e intervenção precoce de eventuais reações adversas. Esta comunicação deve ser imediata devido a um possível risco letal associado a estas reações. ¹³
Registrar ao término de cada hemocomponente o horário na prescrição médica, na anotação de enfermagem e arquivar a etiqueta de identificação da bolsa recebida no prontuário, constando os tipos e números dos hemocomponentes transfundidos, sinais vitais antes e após e data da transfusão. Debitar o volume no controle hídrico. Checar a prescrição médica.	A identificação das reações transfusionais e a sua relação com o universo de transfusões realizadas permitem a construção de indicadores específicos que devem ser constantemente monitorados a fim de se avaliar mudanças ao longo do tempo nas tendências de um determinado serviço. ¹³
Recolher a bolsa e descartar, depois de concluída a transfusão, no coletor de resíduos hospitalares (saco branco leitoso); se o volume residual for menor que 50 ml, pode ser desprezada no lixo comum. A menos que algum evento adverso seja identificado, onde será encaminhada para o banco de sangue.	No caso de eventos adversos, a bolsa será encaminhada ao banco de sangue para investigação da reação adversa e se necessário posterior conduta ao doador do sangue. ¹³
Monitorar o pacientes por, pelo menos, por uma hora após o término da transfusão.	Para a identificação precoce de possíveis reações transfusionais tardias, como TRALI (Transfusion Related Acute Lung Injury), doença do enxerto x hospedeiro e soroconversão. ¹²
Condutas frente às reações transfusionais	
Intervenções	Justificativas
Reconhecer e atender imediatamente uma reação. A maioria das transfusões transcorre sem complicações. Porém, quando um evento adverso ocorre é importante que a equipe de enfermagem esteja preparada.	Devido à diversidade de tipos de reações e sintomas que podem ser inespecíficos, as transfusões devem ser acompanhadas e paralisadas assim que uma reação seja suspeita. ¹²
Detectar, notificar e avaliar as complicações transfusionais. Elevar o decúbito, posição de Fowler e providenciar material para oxigenoterapia no caso de dificuldade respiratória; observar coloração e volume urinário, aquecer o paciente (se hipotermia) e administrar medicações. Após uma hora da instalação do componente nova avaliação de sinais vitais deve ser realizada. ¹³	Porque na suspeita de reação transfusional o paciente deve receber atendimento imediato e o médico assistente e o serviço de hemoterapia que preparou a transfusão devem ser comunicados. ⁹
Reconhecer os sinais e sintomas tipicamente associados com reação transfusional aguda: <ul style="list-style-type: none"> - Febre com ou sem calafrio (definido como aumento de 1°C na temperatura corpórea associada à transfusão). - Tremores com ou sem febre. - Dor no local da infusão, dor no peito, abdome ou flanco. - Alterações pressóricas geralmente agudas (hipertensão ou hipotensão). - Choque em combinação com febre, e/ou calafrio intenso. - Alteração no padrão respiratório tal como, dispnéia, taquipnéia, hipóxia. - Aparecimento de urticárias, prurido ou edema localizado. - Náusea com ou sem vômitos. - Alteração da cor da urina (hematuria). - Sangramento ou outras manifestações de alteração da coagulação. 	Conhecer os sinais e sintomas e identificá-los precocemente é essencial para evitar complicações advindas das reações transfusionais. ¹¹

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Cuidados na instação de hemocomponentes, Florianópolis, 2013

Condutas frente às reações transfusionais	
Intervenções	Justificativas
Registrar no prontuário do paciente à identificação e condutas adotadas nas reações transfusionais. Volume recebido e tempo de infusão.	Um aspecto fundamental para um sistema de hemovigilância e a garantia da rastreabilidade de um hemocomponente, ou seja, identificar com precisão em quem foram transfundidos os hemocomponentes e quais hemocomponentes os pacientes transfundidos receberam. ¹³ As complicações imediatas devem ser avaliadas e acompanhadas e a enfermagem tem a obrigatoriedade do registro. ⁶
Intervir em caso de complicações transfusionais imediatas: – Interromper imediatamente a transfusão, e comunicar o médico responsável pela transfusão. – Manter o acesso venoso com solução salina a 0,9%. – Examinar os rótulos das bolsas e todos os registros pertinentes a fim de verificar se houve erro na identificação do paciente ou das bolsas transfundidas; e a tipagem ABO e RH. – Aferir os sinais vitais e observar o estado cardiorrespiratório. – Comunicar ao médico assistente e/ou médico do serviço de hemoterapia. – Atuar juntamente com a equipe no atendimento ao paciente.	No caso de suspeita de reação, o banco de sangue avalia a necessidade de coletar novas amostras de sangue do receptor. Estas amostras, apropriadamente rotuladas, e a bolsa do hemocomponente em questão, mesmo vazia devem ser rapidamente remetidas ao serviço de hemoterapia para investigação da reação. ⁶
Verificar e registrar, os sinais vitais do paciente (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar).	A investigação deve ser feita no menor tempo possível, a fim de não retardar o adequado tratamento do paciente. ¹³
Registrar todas as intervenções e ocorrências. Registrar a reação na requisição transfusional (RT) e no prontuário do paciente. Solicitar ao banco de sangue a Notificação de Reação Transfusional para ser preenchida por completo pelo médico responsável contendo sua assinatura e a assinatura do enfermeiro.	O monitoramento e a avaliação das reações transfusionais são necessários para a identificação de causas preveníveis na cadeia transfusional, bem como na disseminação das ações estratégicas de hemovigilância e na implementação de medidas corretivas e preventivas. ¹³
Avaliar se ocorreu a reação e juntamente com o profissional médico e/ou hemoterapeuta classificá-la, a fim de adequar a conduta específica.	Em casos de reação urticariforme ou sobrecarga circulatória, não e necessária à coleta de amostra pós transfusional, pois não são consideradas reações imunológicas. ¹³
Classificar as reações em: Reações Leves • Sinais/Sintomas: Reação cutânea localizada (urticária, rash), prurido. • Etiologia: hipersensibilidade (leve). • Tratamento: interromper a infusão/discutir com médico e/ou banco de sangue a continuidade da infusão. Reações Moderadas • Sinais/Sintomas: urticária, tremores, calafrios, taquicardia, agitação, rubor, febre, ansiedade, prurido, palpitação, dispneia discreta, cefaleia. • Etiologia: hipersensibilidade moderada a severa; contaminação por pirógenos ou bactérias; reação febril não hemolítica (RFNH), aloimunização leucoplaquetária; anticorpos contra proteínas plasmáticas (IgA). • Tratamento: interromper a transfusão; manter acesso venoso com solução fisiológica; notificar imediatamente o médico responsável e o serviço de hemoterapia; anti-histamínicos, antipiréticos e/ou corticoide/broncodilatador EV (anafilaxia) dependendo dos sintomas; investigar a reação; ausência de melhora em 15 minutos passa a ser considerada uma reação grave. Providenciar todos os medicamentos, materiais e equipamentos necessários para o atendimento emergencial (material de intubação), no caso de reação moderada ou grave. Reações Graves • Sinais: tremores, calafrios, febre, agitação, hipotensão (queda maior de 20% na pressão arterial sistólica, taquicardia; aumento maior de 20% da frequência cardíaca, hemoglobinúria, sangramento inexplicável, CIVD). • Sintomas: ansiedade, dor torácica, dor próxima à infusão, desconforto respiratório, dor lombar, cefaleia. • Etiologia: hemólise intravascular aguda, contaminação bacteriana/choque séptico, sobrecarga circulatória, anafilaxia, TRALI (Transfusion Related Acute Lung Injury). Tratamento: interromper a transfusão; manter acesso venoso com solução fisiológica; notificar imediatamente o médico assistente e o Serviço de Hemoterapia; medidas de suporte: vias aéreas, volume, medicamentos (diuréticos, corticoides, broncodilatadores, agentes inotrópicos, adrenalina, dopamina), sinais vitais, diurese, hemodiálise, antibioticoterapia, etc; investigação da reação.	A avaliação das reações transfusionais durante ou após a transfusão pode desencadear intervenções em toda a cadeia do sangue. ¹³ Devido ao risco inerente a prática transfusional, há necessidade de se conhecer os incidentes a ela relacionados e a sua incidência, a fim de que possam ser introduzidas medidas corretivas e preventivas que contribuam para aumentar a segurança transfusional. ¹³

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Cuidados na instalação de hemocomponentes, Florianópolis, 2013

Cuidados na instalação do hemocomponente	
Intervenções	Justificativas
Colher uma nova amostra de sangue do paciente e encaminhar juntamente com a bolsa do hemocomponente e equipo ao Banco de Sangue, Registrar no prontuário a reação.	As amostras devem ser colhidas preferencialmente de outro acesso que não aquele utilizado para a transfusão, para avaliação do tipo de reação. ¹³
Coletar cultura microbiológica da bolsa e do paciente, no caso de suspeita de reação transfusional por contaminação microbiana do hemocomponente.	Essa reação é uma das mais frequentes, e cabe a cada hemocentro o controle da contaminação dos hemocomponentes. ¹⁴
Interromper a transfusão, em caso de febre com elevação da temperatura corporal acima de 1°C, desde que a temperatura corpórea final seja superior a 37°C, e o hemocomponente não pode mais ser reinfundido no paciente. Comparar com a temperatura no início da transfusão.	Todos os casos em que haja suspeita de transmissão de infecção por transfusão devem ser avaliados. ¹⁵

Os profissionais discutiram sobre assuntos pertinentes à organização da UTI, tais como a disponibilidade de lixeiras para resíduo hospitalar e quais critérios determinaram o local apropriado para desprezar a bolsa de sangue vazia.

A importância dos registros do processo transfusional, anotando volume administrado, horário de início e término da transfusão, mais uma vez é citada pelos profissionais, ressaltando a necessidade de controles do volume administrado e de oferta de meios de avaliação no caso de uma reação transfusional.

Os registros são uma forma de garantir e comprovar as ações de cuidado realizadas e servem como fonte de informações do estado de saúde do paciente e sua evolução, além de subsidiar as discussões acerca de propostas de melhorias do cuidado prestado.⁸

IC – CONDUTAS FRENTE ÀS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

DSC – Observar se vai ter alguma reação transfusional; se tiver, notificar e parar a transfusão. Aqui na UTI a avaliação do paciente é mais constante e mais fácil de identificar quando tem algum tipo de reação. Deveria ter uma classificação que possa dizer quais sintomas são referentes a uma reação grave, quais reações deve-se interromper a transfusão. A investigação da reação transfusional, do motivo da reação deve ficar no prontuário. Caso tenha uma reação transfusional, lembrar de guardar a bolsa. Eu acreditava que as reações se davam apenas no momento da transfusão, mas existem as reações tardias, e seria importante esclarecer os tipos no instrumento, porque se acontecer alguma reação tardia, podemos não associar à transfusão. Principalmente em UTI, que o paciente já é instável. Penso que é difícil essa classificação quanto ao tipo de reação, precisaríamos nos informar com o hemoterapeuta, porque até o clínico geral pode não conseguir diferenciar as reações, são todas muito parecidas. Se precisar coletar uma nova amostra após

a transfusão, o médico classifica a reação e já solicita (R2, R3, R4, T4, T6,T8, E1, E4, E5, E6).

Em relação às reações transfusionais, os profissionais apresentaram dúvidas e alguns aspectos puderam ser discutidos. A decisão de quando parar uma transfusão sanguínea em razão de alguma reação sugeriu inúmeras controvérsias. Os profissionais afirmam que é viável em terapia intensiva e que mediante qualquer suspeita de reação transfusional encerrar imediatamente a transfusão e discutir com o médico a terapêutica a seguir.

Outro aspecto mencionado foi a percepção dos profissionais em relação à comunicação entre a equipe, principalmente nas trocas de turno, o que pode ser caracterizado como uma fragilidade de identificação de uma reação transfusional tanto imediata quanto tardia, conforme for a qualidade e a quantidade de informações divulgadas na passagem do plantão para o profissional que está assumindo os cuidados ao paciente. Se os profissionais dos outros turnos não tiverem a informação do procedimento realizado, poderão identificar erroneamente alguns sinais e sintomas que o paciente/receptor estiver apresentando como reação, podendo indicar, inclusive, a existência de subnotificações de reações.

CONCLUSÃO

O instrumento de boas práticas de enfermagem a pacientes no período trans e pós-transfusional, construído coletivamente pelos profissionais de enfermagem que atuam em uma UTI, abordou os seguintes aspectos: cuidados na instalação dos hemocomponentes, determinação da velocidade de infusão, cuidados ao término da infusão e cuidados frente às reações transfusionais.

A utilização de instrumento de boas práticas de cuidados é importante para a tomada de decisão da enfermagem, uma vez que prioriza e organiza as ações de enfermagem ao paciente da UTI que recebe transfusão sanguínea, geralmente em estado crítico, que requer avaliação constante. O modo como os cuidados de enfermagem foram apresentados, seguidos de suas justificativas, acredita-se possibilitar ao profissional o en-

tendimento do porquê de cada cuidado e facilitará o aprendizado e a aquisição de novos conhecimentos.

Espera-se que a implementação desse instrumento possa auxiliar a prática assistencial e contribuir para a segurança transfusional. Entretanto, as mudanças no contexto assistencial só ocorrerão se houver conscientização e responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado. Acredita-se que a metodologia de elaboração do instrumento de boas práticas, a qual envolveu os profissionais em todo o processo, pode ser um ponto favorável para essas mudanças, pois os mesmos assumiram não apenas condição de informantes, mas sim de atores dessa construção.

Com isso, sugerem-se mais estudos voltados para a atuação dos profissionais de enfermagem em hemoterapia, e a criação de novos instrumentos de boas práticas que orientem a assistência prestada ao paciente, não só a pacientes na UTI, mas também nas demais unidades de internação hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira O, Martinez EZ, Mota CA, Silva AM. Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de Enfermagem. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2007; 29(2):160-7.
2. Barbosa SM, Torres CA, Gubert FA, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(1):132-6.
3. Silva KFN, Soares S, Iwamoto HH. A prática transfusional e a formação dos profissionais de saúde. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2009; 3(6):421-6.
4. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Insular; 2004.
5. Lefèvre F, Lefèvre AM. C. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
6. Gonçalves AS, Said FA. No processo de educação continuada, a construção de um protocolo assistencial de enfermagem à terapia transfusional: relato de experiência. *Rev Med. HEC/FEMPAR*. 2011; 1(2):12-30.
7. Ibister JP, Shander A, Spahn RD, Erhard J, Farmer SL, Hofmann A. Adverse blood transfusion outcomes: establishing causation. *Transfus Med Rev*. 2011; 25(2):89-101.
8. Maziero VG, Vannuchi MTO, Haddad MCL, Vituri DW, Tada CN. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. *REME - Rev Min Enferm*. 2013; 17(1):171-6.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasília: MS; 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília: MS; 2009.
11. Fidlarczyk D, Ferreira SS. Transfusões sanguíneas. In: *Enfermagem em hemoterapia*. Rio de Janeiro: MedBook; 2008.
12. Hospital Sirio Libanês. Guia de condutas hemoterápicas. São Paulo: Sirio Libanês; 2010.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília: MS; 2007.
14. Veríssimo MP, Pereira FB. Terapia transfusional. *Prat Hosp*. 2006; 3(48):44-50.
15. Souza Neto AL, Barbosa MH. Incidentes transfusionais imediatos: revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1):146-50.