

apenas cinco dias após a coleta. Objetivos: Analisar a produção e o uso de CP randômicas no HCPA, nortear o processo de produção, visando a manutenção do estoque necessário e a redução do desperdício otimizando o processo e reduzindo custos. Métodos: Foram analisados todos os CP randômicas produzidos no HCPA e os recebidos de outros SH entre 01/01/2017 e 31/05/2018. As unidades foram divididas conforme o destino final: transfusão, vencimento, expedição para outros SH e descarte. No HCPA as unidades somente são expedidas no último dia de validade, quando não há previsão de sua utilização. Por este motivo, as unidades expedidas foram contabilizadas como vencidas. As unidades recebidas pelo HCPA foram incluídas no cálculo da demanda transfusional. Resultados: Foram produzidas 14266 unidades, das quais 63,7% (9090 unidades) foram transfundidas, 25,2% (3594 unidades) venceram, 8,6% (1233 unidades) foram descartadas e 2,5% (349 unidades) foram expedidas. Nesse período foram recebidas de outros SH 374 unidades, das quais 62,6% (234 unidades) foram transfundidas, 36,4% (136 unidades) venceram e 1% (4 unidades) foram reexpedidas. Deste modo, o total de unidades vencidas representou 27,9% (4083 unidades). Constatou-se que no HCPA são transfundidas em média  $17,9 \pm 13,4$  unidades de CP/dia, e a média de produção diária é de  $34,6 \pm 12,4$  CP/dia. Conclusões: O número de doações por dia é muito variável, bem como o número de transfusões de CP, dificultando o controle do inventário. Considerando os percentuais de descarte e de vencimento, podemos estimar que o número médio ideal de produção de CP é de 35,9/dia. Matematicamente a produção atual está próxima de suprir as necessidades transfusionais de CP do HCPA, porém devido à curta validade e à variação diária das doações e das prescrições ocorrem períodos de descarte e outros de escassez. Unitermos: Concentrado de plaquetas; Estoque; Produção.

### P1987

#### **Orientação de alta hospitalar em transplante de células-tronco hematopoiéticas: um relato de experiência da equipe multiprofissional**

Jéssica Härter, Ana Paula Battistel, Manuela Nogueira de Almeida, Thais Aizemberg Avrichir, Sara Raquel Kuntz, Cristiane Olmos Grings, Geneviève Lopes Pedebos, Carolina Caon Oliveira, Joice Zuckermann, Maria de Lourdes Custodio Duarte - HCPA

Introdução: O transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) é um procedimento complexo, que exige muitos cuidados nas fases pré, durante e pós procedimento. Sabe-se que o preparo do paciente e do cuidador para a alta é um desafio para a equipe tendo em vista a complexidade das orientações e compatibilizar com as demais demandas da rotina assistencial. Além disso, a orientação do cuidado domiciliar, independente das estratégias utilizadas, deve envolver toda a equipe multiprofissional. Objetivo: Relatar a experiência de residentes da equipe multiprofissional acerca das orientações de alta para pacientes submetidos ao TCTH. Método: Trata-se de um relato de experiência de cinco residentes da equipe multiprofissional da Unidade de Ambiente Protegido (UAP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de março a junho de 2018. Discussão: Entende-se que é necessário o planejamento da alta com antecedência, a fim de que todos os profissionais possam realizar suas orientações e identificar as dificuldades e pontos que precisam ser trabalhados. Além disso, possibilita ao paciente e seu cuidador, no retorno ao domicílio, o esclarecimento de dúvidas a fim de potencializar a continuidade do cuidado para além do ambiente hospitalar e a corresponsabilização dos envolvidos. Tais orientações incluem o uso de medicamentos, higiene pessoal e do ambiente, cuidados com a alimentação no domicílio, acesso aos serviços de saúde e assistência social, entre outros. Assim, a alta hospitalar após submissão ao TCTH exige a abordagem da equipe multiprofissional através de orientações claras, objetivas e coesas, levando em consideração as especificidades, para que se possibilite a continuidade do cuidado. Existem diferentes dispositivos disparadores do planejamento de alta que transpassam o processo do TCTH, tais como: avaliação multiprofissional pré TCTH, visitas domiciliares, geralmente realizadas pela enfermeira e assistente social, os rounds de equipe multiprofissional, a entrega de material educativo e a organização das consultas pós TCTH. Conclusão: Portanto, o planejamento da alta transversal ao processo do TCTH, realizado de forma multiprofissional e integrada permite uma orientação mais efetiva e segura para o paciente e o seu cuidador. Sugere-se a discussão do tema entre todos os núcleos profissionais para efetivar essa realidade no âmbito hospitalar. Unitermos: Transplante de células-tronco hematopoiéticas; Equipe de assistência ao paciente.

## INFECTOLOGIA

### P1107

#### **Low prevalence of the MCR-1 gene among carbapenemase producing clinical isolates of enterobacterales**

Daiana de Lima Morales, Priscila Lamb Wink, Helena Ávila, Tanise Vendruscolo Dalmolin, Afonso Luís Barth - HCPA

Polymyxins are the last resort for the treatment of infections caused by Carbapenem Resistant Enterobacterales (CRE). In November 2015, polymyxin resistance mediated by the gene *mcr-1* was described and the acquisition of this gene by CRE is of particular concern as it would lead to multidrug resistance isolates which can cause untreatable infections. The aim of the present study was to evaluate the prevalence of carbapenemase/*mcr-1* co-producers in Enterobacterales among clinical isolates in southern Brazil during a 5 years period. The "Laboratório de Pesquisa em Resistência Bacteriana – LABRESIS" has received 6524 isolates reported as non-susceptible to carbapenems from April 2013 to May/2018. All these isolates were submitted to RT-PCR HRM with primers for *blaKPC*, *blaNDM*, *blaOXA-48-like*, *blaGES*, *blaIMP* and *blaVIM*. A total of 4778 (73.24%) proved to present carbapenemase gene(s). All carbapenemase positive isolates were evaluated for the presence of the *mcr-1* gene by pooling 10 isolates together and submitting them to DNA extraction and conventional PCR, with specific primers for the *mcr-1* gene. All isolates from a pool with *mcr-1* positive result were re-tested individually by the same conventional PCR in order to identify the isolate(s) which presented the gene. Individual isolates positive for the *mcr-1* gene were tested for carbapenem and polymyxin susceptibility by broth microdilution. We found only 5 isolates which presented the *mcr-1* gene and a carbapenemase gene. All co-producers presented the *mcr-1/blaKPC* genes. Two co-producers (*K. pneumoniae* 3111F and *E. coli* 3431F) were obtained in 2014; one co-producer (*E. coli* 5798F) was obtained in 2016 and the other two co-producers (*K. pneumoniae* 6701F and *E. coli* 6699F) were identified in 2018. All co-producers were recovered from rectal swabs, with exception of *E. coli* 6699F which was recovered from ascites fluid. The MIC for meropenem was: 256mg/L for *K. pneumoniae* 3111F; 128mg/L *E. coli* 6699F; 8 mg/L for *E. coli* 5798F; 32mg/L for *E. coli* 3431F and *K. pneumoniae* 6701F. The MIC for polymyxin was 4 mg/L for all isolates, with exception to *K. pneumoniae* 6701F which was 0.25 mg/L. The prevalence of the *mcr-1* gene is very low (0.1%) among carbapenemase positive clinical of Enterobacterales. However, the detection of two isolates in 2018 co-producing *blaKPC/mcr-1* genes is a warning for a possible increase of the prevalence of this isolates in the coming years. Uniterms: Polymyxin resistance ; MCR-1; Carbapenem resistance.