

iron deposit in the liver. No patient had pancreatic iron deposits at the first or second MRI. One patient initially presented a splenic deposit (20%), which was not evidenced in the second. One liver (20%) had mild hepatic steatosis at the first MRI, which remained mild at the second. No patient developed steatosis during the study period. The mean serum ferritin on the first MRI period was 521.1 (minimum of 139 and maximum of 1000); over the second MRI, the average was 218.4 (minimum of 83 and maximum of 401). All patients showed a reduction in serum ferritin between images. The average reduction was 46.8% (minimum of 5.0% and maximum of 86.5%). The average TS in the first MRI period was 38.35% (minimum of 23% and maximum of 53%) and in the second, 37.47% (minimum of 25% and maximum of 42%). Three patients (60%) had an increase in TS, despite a decrease in serum ferritin. All patients had values within the normal range for ALT and AST in the study period. **Discussion:** Liver iron overload is one of the most serious complications of hereditary hemochromatosis since it is one of the main iron storage organs and the first one to show iron overload. It may slowly lead to irreversible hepatic damage, such as cirrhosis, or even hepatocellular carcinoma, in addition to multiple organ complications. Measurement of the liver concentration of iron may guide physicians to have better decisions regarding when to initiate or stop therapeutic phlebotomy as a therapy in hereditary hemochromatosis. MRI R2* can be used for detection and quantification of liver iron content, being proposed as a non-invasive method to guide therapy. However, the exact correlation between liver iron content, number, and interval of phlebotomies prescribed, and laboratory findings are not yet well established. **Conclusion:** Periodic phlebotomy demonstrated to be an efficient way to reduce body overload, especially liver deposits, as seen in MRI R2* images. In agreement with the literature, the liver accumulates iron before other abdominal organs, such as the pancreas and spleen. Serum ferritin appears to be a better marker for liver iron overload reduction in patients undergoing phlebotomy for hereditary hemochromatosis than transferrin saturation.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.746>

SUPORTE HEMOTERAPICO AO PROTOCOLO PREVENÇÃO DE RISCO SANGRAMENTO PUERPERAL

CB Silva, MA Cesar, RA Bento, JAD Santos,
DE Rossetto

Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Analisar o suporte transfusional prestado ao protocolo de prevenção de risco ao sangramento puerperal, avaliando as solicitações dentro dos riscos: baixo, médio e alto relacionando com o preparo de hemocomponentes bem como a indicação dos riscos relacionados com o consumo nas unidades de internação e centro cirúrgico. **Metodologia:** Este estudo descreve e compara através de uma análise de dados

de junho/2021 a junho/2022, obtidos do sistema informatizado utilizado na Instituição e uma revisão bibliográfica, para compreender melhor sobre o consumo e a escolha do hemocomponente aplicado nas avaliações de acordo com o risco. Os riscos estão caracterizados em baixo: atendimento com tipagem sanguínea, ABO/RH e Pesquisa de Anticorpos Irregulares; médio: atendimento com tipagem sanguínea, ABO/RH e Pesquisa de Anticorpos Irregulares o preparo de hemocomponente solicitado em reserva mediante a indicação clínica que o justifique e alto risco: realização da tipagem sanguínea ABO/RH pesquisa de anticorpos irregulares e preparo obrigatório de 02 concentrados de hemácias ou hemocomponente e quantidade de acordo com a indicação clínica avaliada como para históricos de HELP síndrome, atonia uterina, distúrbios de coagulação ou plaquetas prévios. **Resultados:** Os hemocomponentes foram separados de acordo com o seu perfil, diferenciando-se entre componentes eritrocitários, plaquetários, plasmáticos e crioprecipitado. A análise, demonstra o perfil de atendimento da unidade com um maior percentual dos riscos baixo e médio (79%), risco alto (21%) do total de requisições atendidas. Para avaliação de risco alto mensalmente são preparadas de 100 a 200 concentrados de hemácias e o consumo de hemocomponentes, como verificado nos meses, julho/2021 184 hemocomponentes preparados com instalação de 54,89%, outubro/2021 142 hemocomponentes preparados com instalação de 29,57%, dezembro/2021, 120 hemocomponentes preparados com instalação de 19,16% e janeiro/2022 98 hemocomponentes preparados e instalação de 35,71%, nos períodos descritos os diagnósticos atendidos de maior consumo foram síndrome de HELP e atonia uterina, talassemia, cesárea gemelares e trombocitopenia prévia. Observa-se que o consumo médio das puérperas com necessidade de suporte é de 01 a 02 concentrados de hemácias das avaliações de risco alto, os riscos médio e baixo não apresentaram solicitação de transfusão durante o parto ou pós-parto. Plasma fresco, concentrado de plaquetas e crioprecipitado foram observados em maior consumo nas síndromes de help e trombocitopenia. **Discussão:** O protocolo tem demonstrado efetividade na prevenção de sangramento puerperal pela anamnese prévia, que direciona o risco, otimizando o suporte pelo preparo dos hemocomponentes e disponibilização no momento da transfusão, e auxilia no planejamento do perfil de consumo para adequação do estoque de hemocomponentes para o atendimento a perfis com complexidade imuno-hematológica ou hemocomponentes de preparo específico como as transfusões intrauterinas e exsanguinotransfusão. **Conclusão:** Podemos verificar a complexidade de atendimento da obstetrícia de baixa criticidade, porém o protocolo proporciona o monitoramento dos casos de média e alta complexidade com direcionamento para atendimento de acordo com a necessidade. O protocolo tem sua contribuição quanto ao conceito de PBM (paciente blood management), pelo monitoramento e avaliação do perfil de atendimento e consumo, campanha de reposição dos estoques e equipe técnica para atendimento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.747>