

2.0), artrotese de coluna (12, 2, 22), laparotomia exploradora (24, 2, 3), pancreatoduodenectomia (14, 2, 7), colectomia parcial (7, 2, 2). Estes resultados indicam necessidade de readequação no protocolo de reserva cirúrgica para as cirurgias de troca valvar (diminuição de 3 para 2 unidades a serem reservadas), artrotese de coluna (diminuição de 2 unidades para realização apenas de tipagem sanguínea), pancreatoduodenectomia (diminuição de 2 para 1 unidade a ser reservada). Importante lembrar que situações específicas de risco aumentado de sangramento devem ser avaliadas pelo médico do paciente e podem levar a uma flexibilização no protocolo, pois garantir a segurança do paciente sempre será a prioridade. **Conclusão:** Nosso estudo confirma a prática de pedidos excessivos de sangue e reforça a necessidade de se implementar a política de reserva máxima de sangue baseada no perfil de uso de cada instituição, minimizando assim o desperdício de recursos humanos e de insumos, além da melhoria no manejo do estoque de hemocomponentes, fortalecendo assim a cultura do uso racional do sangue dentro da unidade hospitalar.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1634>

DESCRIÇÃO DA TAXA DE RESERVA DE SANGUE E SUA UTILIZAÇÃO NAS CIRURGIAS PARA CORREÇÃO DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS EM MENORES DE 4 MESES

F Akil, GC Faria, RE Almeida, DNL Assis, VLR Pessoa, KA Mottta, VD Confort

Grupo GSH, Brasil

Introdução: As cardiopatias congênitas ocorrem em 8-10 a cada 1000 nascidos vivos e, estão relacionadas a uma maior mortalidade entre lactentes. Elas podem ser classificadas em acianóticas e cianóticas dependendo do impacto no nível de oxigenação de sangue. Podem apresenta-se clinicamente graves com necessidade corretiva nos primeiros dias de vida ou de forma branda e até assintomática, porém com potencial de complicações a médio/longo prazo. As mais comuns são as que envolvem comunicação interarterial (CIA) e interventricular (CIV). O tratamento dessas patologias pode ser farmacológico, cirúrgico ou a combinação de ambos. A reserva de hemocomponentes é primordial para a realização dessas cirurgias de forma segura e com melhor desfecho. **Objetivo:** Descrever a reserva de hemocomponentes e sua utilização nas cirurgias cardíacas para correção de cardiopatias congênitas e, avaliar a possibilidade de adequação para uso mais racional dos hemocomponentes. **Materiais e métodos:** Estudo transversal, descritivo e retrospectivo dos dados das reservas cardíacas em menores de 4 meses extraídos de sistema informatizado para gestão hemoterápica no período de Janeiro a Dezembro de 2023 em três hospitais particulares na cidade do RJ. **Resultados:** Foram avaliadas no período 169 cirurgias dentre as quais podemos citar: Blalock-Taussig (33%), correção de CIA e/ou CIV (20%), fechamento de tórax (17%), Jatene (11%), aortoplastia (10%), correção DSAV (20%), Fontan/

Glenn/Norwood (5%). Não foram incluídas cirurgias de menor frequência como colocação de marcapasso. O total de concentrados de hemácias (CH) reservados foi de 566 unidades e, sua utilização foi de 195 (34%). A maior utilização de concentrados de hemácias no centro cirúrgico ocorreu nas cirurgias de Blalock-Taussig (36%) e, a menor nas cirurgias de fechamento de tórax (4%). Na maioria das cirurgias foi solicitada a reserva de crioprecipitado, plaqueta e plasma, porém em apenas 42% destas esses hemocomponentes foram utilizados, mantendo também a Blalock-Taussig como a de maior utilização e o fechamento de tórax como a de menor. Nas 72h, o uso de concentrado de hemácias também foi mais frequente no pós-operatório das cirurgias de Blalock-Taussig. **Discussão:** Embora as anomalias de CIA e CIV sejam as mais frequentes, nem sempre o tratamento cirúrgico é o mais adequado, principalmente na população estudada de menores de 4 meses. Esse fato possivelmente explica porque no nosso estudo encontramos o procedimento de Blalock-Taussig como o mais frequente. Este tem como objetivo melhorar a circulação sanguínea pulmonar em pacientes com certas anomalias congênitas do coração. Essas anomalias incluem tetralogia de Fallot, que é uma das mais frequentes, a atresia pulmonar e a transposição das grandes artérias. A taxa de utilização de CH de 34% sugere que embora, essas cirurgias de fato necessitem de reserva cirúrgica nem todas necessitam de 4 CH e, estudos mais detalhados devem ser feitos para a otimização da reserva assim como o uso da recuperação de sangue autólogo pela cell saver. A reserva de outros hemocomponentes como crio, plasma e plaqueta também deve ser analisada para que seja direcionada para os pacientes com maior risco de uso, uma vez que o degelo de crio e plasma impedem sua reutilização. **Conclusão:** As cirurgias de correção de cardiopatias congênitas apresentam uma taxa de reserva de hemocomponentes alta e, de fato faz-se necessária. Porém o percentual de utilização nos mostra que é possível otimizar a reserva de CH e demais hemocomponentes. Avanços nas técnicas cirúrgicas e uso de recursos como a cell saver também podem ser importantes no decréscimo do uso de hemocomponentes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1635>

MANEJO DE PORTADORA BRASILEIRA DE FENÓTIPO RHD – E ANTI-RH17 EM CONTEXTO DE POLITRAUMA

LFM Olivatto^{a,b}, PBS Icibaci^b, KCF Brasileiro^b, AK Chiba^b, GC Pereira^{a,b}, LL Fonseca^{a,b}, IC Cespede^b, MS Figueiredo^b, MMO Barros^{a,b}

^a Hospital Estadual de Diadema, Diadema, SP, Brasil

^b Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O sistema de antígenos eritrocitários Rh é composto pela expressão de antígeno D pela proteína RhD e de antígenos C, c, E, e pela proteína RhCcEe. Mutações gênicas e

alterações na conformação de epítomos promovem inúmeras variações fenotípicas do sistema Rh, incluindo variantes raras que podem gerar desafios no âmbito transfusional. **Objetivos:** Descrever um caso de brasileira portadora de sangue com fenótipo RhD– e aloanticorpo anti-Rh17, ressaltando desafios e soluções no manejo de pacientes com sangue raro em contexto de urgências clínicas e cirúrgicas. **Relato de caso:** Paciente feminina, 59 anos, apresentou queda de altura de 3 metros em elevador no dia 06/06/24, evoluindo com fratura exposta de tíbia e fíbula distais direitas, luxação exposta do tornozelo direito, fratura-luxação exposta do tálus e calcâneo esquerdos com múltiplas luxações expostas do tornozelo e médio-pé esquerdos e fratura vertebral de L4. Transportada ao Hospital Estadual de Diadema com tala provisória em membros inferiores e sangramento local visível. Imediatamente submetida à fixação externa bilateral dos tornozelos, com exames admissionais demonstrando hemoglobina (Hb) 11,7 g/dL, leucócitos totais 15640/ μ L e plaquetas 283000/ μ L. No intra-operatório, não houve sangramento atípico e não necessitou de transfusão de concentrado de hemácias (CH). Em contexto de infecção de sítio operatório e sem exteriorização hemorrágica, evoluiu com anemia (Hb 6,1 g/dL) sem demais citopenias, sendo prescrita transfusão de CH. Provas imuno-hematológicas, identificado fenótipo RhD–, caracterizado pela ausência dos antígenos C, c, E, e e presença de aloanticorpo que apresentava panreatividade com 31 hemácias de 2 painéis comerciais (Bio-rad e Grifols), e se apresenta negativo com Hemácias RhD–, caracterizando anti-Rh17. Não sendo identificado CH compatível entre os familiares, optou-se por iniciar protocolo utilizado no programa de PBM institucional (UNIFESP) para maximizar a tolerância da paciente à anemia e incrementar níveis de Hb, com eritropoetina 4000 UI por dia e reposição intravenosa de ferro. Com Hb mínimo de 5,6 mg/dL durante internação, não apresentou síndrome anêmica, com incremento progressivo de Hb a partir de 17/06/24, permitindo 3 abordagens cirúrgicas: debridamento de ferida operatória em tornozelo esquerdo no dia 05/07/24 (Hb pré-operatório 9,2 g/dL) e retirada de fixadores externos e redução de tornozelos em 25/07/24 (Hb pré-operatório 10,4 g/dL). A paciente recebeu alta hospitalar em bom estado geral sem receber hemocomponentes em todo acompanhamento. **Discussão:** Anti-Rh17 é um aloanticorpo raro, clinicamente significativo, que reage com os antígenos C/c e E/e do sistema Rh produzidos por indivíduos que não possuem estes antígenos nas suas hemácias (RhD–) e são a eles expostos. Assim, a identificação correta deste fenótipo e aloanticorpo evita reações hemolíticas relacionadas à transfusão. Devido a raridade desse sangue medidas que maximizem a tolerância da paciente à anemia e tratamento adequado da anemia são importantes para um desfecho clínico adequado. **Conclusão:** Relatamos um caso bem-sucedido de identificação de sangue raro RhD–com aloanticorpo anti-Rh17 e condução do caso baseado em protocolo institucional de PBM, sem necessidade de transfusão de sangue, e com desfecho clínico adequado.

AVALIAÇÃO DOS IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA PBM - PATIENT BLOOD MANAGEMENT NA SANTA CASA DE POÇOS DE CALDAS/MG

JGM Lusvarghi, AMM Silva, MTO Lima, ER Silva, JE Oliveira, GA Coelho, YCCD Reis, RJ Oliveira

Irmandade do Hospital Santa Casa de Poços de Caldas, Poços de Caldas, MG, Brasil

Objetivos: O presente trabalho visa demonstrar o processo de implementação do gerenciamento de sangue do paciente – Patient Blood Management (PBM) na Santa Casa de Poços de Caldas (SCPC) e expor a redução no uso de hemocomponentes no serviço. Além de frisar quais foram os impactos, benefícios e desafios na implementação deste programa. **Materiais e métodos:** Um estudo estatístico foi conduzido com levantamento de dados da Agência Transfusional (AT) da SCPC, hospital que atende diversas especialidades do sul de Minas Gerais, no período de agosto de 2022 a julho de 2024, período no qual foi implantado o PBM, em comparação a dados anteriores nos anos de 2018 a 2021, avaliando o impacto das medidas implantadas em comparação a antes e depois da aderência do programa PBM. Para tal, a SCPC junto à Fundação Hemominas, iniciou o PBM no hospital, realizando o treinamento para os membros do corpo clínico, recebendo a certificação do primeiro ciclo. Paro o segundo ciclo novos indicadores passaram a ser monitorados, objetivando realizar uma análise comparativa dos resultados, avaliando a redução de transfusões e custos, além de riscos associados a processos transfusionais. **Resultados:** Em 2018, a média anual de transfusão foi de 602 unidades transfusionais (UT) e ao longo dos anos esse número vem reduzindo a partir da conscientização sobre o ato transfusional. Em 2019, houve 503 UT realizadas, acarretando uma redução de 17% em comparação a 2018. Em 2020, essa diminuição de 34% com relação a 2019, conferindo 335 UT no ano. Houve 15% de redução de UT em 2021 em comparação a 2020, com 286 UT. Em agosto de 2022 iniciamos o PBM e assim notamos expressiva melhora nos índices transfusionais, atingindo uma média de 241 UT em 2022, 209 UT em 2023 e 171 até julho de 2024, compondo uma redução de 16%, 27% e 41%, respectivamente, em relação ao ano de 2021. **Discussão:** A partir dos dados levantados, pontua-se fatores que comprovam a eficácia e impactos gerados com a implementação de medidas do PBM. Um dos principais resultados obtidos é a segurança do paciente devido melhora fluxo transfusional pela diminuição do número de transfusões/dia. Ressalta-se que, apesar da expressiva diminuição dos hemocomponentes, não houveram danos aos pacientes, pois foram realizadas medidas de suporte clínico e farmacológico para o tratamento de anemias e sangramentos. Além da transfusão segura, há importante redução do custo operacional da AT, diminuindo as sobrecargas humanas e econômicas geradas dentro de uma AT, focando na qualidade de todos os processos que envolvem o ciclo transfusional. Apesar dos desafios de conscientizar a equipe multiprofissional, principalmente a equipe médica, percebe-se que nessa amostra em nosso hospital, o PBM vem surtindo efeitos positivos com melhora da