

para 69% (incremento de 25,5%; $p = 0,001$). A adoção de tromboelastometria para guiar a hemostasia subiu de 40% para 57% (aumento de 42,5%; $p < 0,001$). Quanto ao uso de hemocomponentes, o número médio de concentrados de hemácia por paciente diminuiu de 1,46 para 1,31 (redução de 10,3%; $p = 0,784$). De forma similar, a proporção de pacientes transfundidos caiu de 44% para 39% (redução de 11,3%; $p = 0,327$). Na análise dos desfechos, a ocorrência de complicações pós-operatórias reduziu de 52% para 20% (redução de 60,8%; $p < 0,001$), enquanto a incidência de infecção pós-operatória diminuiu de 27% para 17% (redução de 37%; $p = 0,005$). O tempo médio de permanência na unidade de terapia intensiva reduziu-se de 4,7 dias para 4,3 (redução de 8,7%; $p = 0,543$). A mortalidade intra-hospitalar caiu de 4,8% para 4,1% (redução de 15%; $p = 0,830$). **Discussão:** Um programa de PBM foi implementado com foco nas cirurgias cardíacas, sendo que algumas equipes já utilizavam técnicas de PBM mesmo antes da fase inicial da implementação. A comparação do período de implementação com o de consolidação revelou melhora importante nas práticas intraoperatórias, traduzidas pelo aumento no uso de autotransfusão e tromboelastometria. Redução importante na taxa de complicações e de infecção pós-operatória foi observada. Como todo processo de mudança de cultura e de processos, verificou-se a necessidade de intensificar os esforços de educação continuada e padronização de procedimentos para obtenção de melhores desfechos clínicos. **Conclusão:** A implementação bem-sucedida de um programa de PBM é factível com a elaboração de protocolos, ações educativas e monitoramento de indicadores. Com abordagem assertiva, tais estratégias do PBM podem levar a melhores resultados clínicos, maior segurança dos pacientes e a utilização mais racional dos recursos sanguíneos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1641>

RECUPERAÇÃO INTRAOPERATÓRIA DE SANGUE EM TRANSPLANTES COMPLEXOS

SD Vieira, FCV Perini, SMC Lira, SL Castilho, EAF Oliveira, MC Moraes, VLR Pessoa, LFF Dalmazzo

Grupo GSH, Brasil

O uso de sangue em cirurgias de transplante (TX) hepático, cardíaco e pulmonar é crucial devido à complexidade e à natureza invasiva desses procedimentos. Em cada um desses tipos de transplante, a gestão do sangue envolve considerações específicas para garantir a segurança do paciente e o sucesso do transplante. O potencial para sangramento intraoperatório é bastante variável. No entanto, sangramento maciço é comum e requer transfusão de várias unidades de sangue e seus componentes. A transfusão de sangue alogênico tem um efeito imunossupressor e impacto na sobrevida do receptor, além do risco de transmissão de infecções virais e erros de transfusão, entre outros. Técnicas para prevenir sangramento excessivo ou usar sangue autólogo têm sido propostas para minimizar essas reações transfusionais. **Objetivo:** Demonstrar que a recuperação de sangue

intraoperatória é uma técnica segura e eficaz, minimizando o uso de sangue alogênico nesses transplantes. **Métodos:** Estudo retrospectivo multicêntrico, em 66 pacientes de 9 hospitais privados, em 3 estados (SP; RJ e DF) do Brasil, no ano de 2023. Foram 07 TX Pulmonares; 14 TX Cardíacos e 45 TX Hepáticos. Utilizou-se a processadora automatizada de sangue de fluxo semi-contínuo (Sorin Xtra), com os respectivos bowls, de acordo com as volemias dos pacientes. **Resultados:** A média de idade foi de 54 anos (13 – 64), com peso médio de 74,7 Kg (36 – 140), sendo a maioria do sexo masculino (62,1%). Os níveis pré-operatórios de hematócrito e hemoglobina foram de 32,1% e 10,7 g/dl, respectivamente. O volume recuperado de sangue autólogo intraoperatório foi em média de 637,18 ml (125 – 2.064), o que equivale a 1,7 unidades de concentrado de hemácias autólogas por paciente, sendo recuperado no total 106,5 unidades. Em relação ao uso de sangue alogênico, temos que no TX Pulmonar foi de 164 unid., média de 23,4 u/pac. e 1 óbito (14,2%); no TX Cardíaco foram 170 unid., média de 12,1u/pac. com 3 óbitos (21,4%) e no TX Hepático foram 311 unid., média de 6,9u/pac. com 8 óbitos (17,7%). Não utilizaram nenhuma unidade de sangue alogênico 17 (25,7%) pac., sendo 1 pac. (14,2%) no TX Pulmonar; 4 pac. (28,5%) no TX Cardíaco e 12 pac. (26,6%) no TX Hepático. **Discussão:** Durante um transplante de fígado, há um alto risco de sangramento devido à rica vascularização do fígado e à necessidade de clamor de estruturas sanguíneas. O transplante de coração pode envolver uma significativa perda de sangue, principalmente durante a remoção do coração do doador e a preparação do receptor. Em um transplante pulmonar, a perda de sangue pode ocorrer devido à manipulação dos vasos sanguíneos pulmonares e à necessidade de ventilação mecânica prolongada. Isso ficou demonstrado, pois foi o transplante com maior tempo em média de cirurgia, menor volume em média de sangue autólogo recuperado (601 ml/pac) e maior consumo de sangue e seus componentes. **Conclusão:** O estudo demonstrou que a recuperação de sangue intraoperatória foi uma ferramenta valiosa na gestão do sangue durante esses transplantes complexos, contribuindo para melhores resultados, maior segurança e diminuição do uso de sangue alogênico, pois 25,7% dos pacientes não utilizaram nenhuma unidade de sangue alogênico durante toda a internação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1642>

ANÁLISE DO PERFIL TRANSFUSIONAL DE PACIENTES COM HEMORRAGIA APÓS APLICAÇÃO DE MEDIDAS DE PBM

LPD Amaral, BR Cruz

Programa de Pós Graduação em Ciências Biomédicas, Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa, PR, Brasil

Objetivos: Analisar a implementação do Patient Blood Management (PBM) e do Protocolo de Transfusão Maciça (PTM) na instituição Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, avaliando a prescrição de medicações hemostáticas, a solicitação de hemocomponentes e exames laboratoriais, e