

sanguínea realizadas inadequadamente. **Conclusão:** A partir do que foi exposto, infere-se que, apesar de visivelmente ocorrer um aumento da chance de o consumo de hemocomponentes nos anos que aconteceram surtos de dengue estar acima da mediana de transfusões de sangue realizadas no período analisado, essa diferença não tem significância estatística.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.696>

TRANSPLANTE CARDÍACO E SUPORTE HEMOTERÁPICO: PERFIL TRANSFUSIONAL EM 10 ANOS DE UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE NA CIDADE DE SÃO PAULO

FC Vieira, CG Andrade, MC Moraes,
LFF Dalmazzo, SD Vieira

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia - Grupo
GSH, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Grandes avanços no diagnóstico, monitorização e tratamento da Insuficiência Cardíaca (IC) foram observados nos últimos anos, porém o Transplante Cardíaco (TxC) ainda é o tratamento de escolha para a IC estágio final, com mais de 110 mil procedimentos realizados no mundo, especialmente a partir da década de 1980, com o advento da ciclosporina. Essa cirurgia de alta complexidade exige o suporte gasoso e hemodinâmico da Circulação Extracorpórea (CEC) sendo, portanto, suscetíveis a perdas sanguíneas expressivas, tanto pelo uso frequente de antiagregantes plaquetários, quanto pelo tempo de perfusão e de anoxia extensos. **Métodos:** Levantamento retrospectivo e análise dos pacientes que foram submetidos a transplante cardíaco no período de 10 anos (2011 a julho de 2021), com e sem uso de recuperadora celular automatizada de sangue intraoperatória (Cell-Saver), em hospital de alta complexidade referência em cardiologia na cidade de São Paulo. O cálculo das unidades autólogas recuperadas nas cirurgias foi realizado considerando 1 unidade autóloga = 250 mL. **Resultados:** Nesse período tivemos 25 pacientes submetidos ao TxC, onde 21 eram do sexo masculino (84%) e 4 do sexo feminino (16%), com faixa etária média de 46 anos; o mais novo foi uma criança de 2 anos e o mais idoso um paciente de 72 anos. Nesse grupo, 7 dos pacientes (28%) evoluíram a óbito até 30 dias após o transplante. O total de hemocomponentes transfundidos foram de 865 unidades, com uma média de 34,6 por paciente; 2 pacientes não receberam nenhuma transfusão e o que mais recebeu totalizou 261 transfusões, durante toda a internação. O hemocomponente mais transfundido foi plaquetas (51%), seguido de concentrado de hemácia (29,2%) e plasma fresco congelado (14,9%). Em relação ao local de transfusões, tivemos 278 unid. (32%) durante o intraoperatório e 587 unid. (68%) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A autotransfusão intraoperatória foi utilizada em 15 cirurgias, com uma média de 982 mL recuperadas (242 a 1.644), que equivale em média a 4 unidades homólogas por paciente, com média de hematócrito de 69,5% e grau de hemólise 0,54%, conforme nossos registros dos controles de qualidade realizados. **Conclusão:**



Mesmo com o avanço das técnicas cirúrgicas, uso de tromboelastografia para auxiliar no manejo transfusional, uso de recuperação intraoperatória e uma estratégia restritiva de transfusão conforme última diretriz brasileira de transplante cardíaco, ainda temos um número elevado de transfusão de hemocomponentes nos pacientes submetidos a transplante cardíaco. Isso se deve à complexidade da cirurgia, gravidade dos pacientes, uso de medicamentos que predispõe a um maior sangramento e o tempo prolongado de circulação extracorpórea. A autotransfusão intraoperatória é um grande aliado na redução de transfusão de concentrados de hemácias alogênicas. O sucesso de uma cirurgia de grande porte envolve uma excelente interação multidisciplinar dos diversos setores envolvidos, e isso inclui a equipe de hemoterapia que deve estar pronta para atender as necessidades transfusionais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.697>

USO TERAPÊUTICO DE SANGRIAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ALM Lopes^a, JSI Chaves^a, JPL Cezar^b

^a Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS,
Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto
Alegre, RS, Brasil



Objetivos: A flebotomia terapêutica é um método de retirada de sangue, de modo a tratar e prevenir diversas condições tóxicas para o organismo. O objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre as principais aplicações terapêuticas da sangria atualmente. **Material e métodos:** Revisão de artigos científicos através das bases de dados Google Scholar e Pubmed no mês de agosto de 2021. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: therapeutic phlebotomy, therapeutic phlebotomy AND applications, bloodletting therapy, phlebotomy AND nonalcoholic fatty liver disease, therapeutic phlebotomy AND hemochromatosis. **Resultados:** A realização de sangrias está indicada no tratamento de Policitemia Vera (PV), eritrocitoses secundárias à hipóxia (como doenças pulmonares crônicas e cardiopatias cianóticas), porfiria cutânea tarda (PCT), e demais doenças que podem cursar com hiperferritinemia como hemocromatose hereditária (HH) e estenose hepática não alcoólica (EHNA). A flebotomia terapêutica deve ser realizada no tratamento de PV quando os valores de hematócrito (Ht) são maiores que 54%, principalmente se houver risco trombótico. No caso das doenças pulmonares com sintomas de hiperviscosidade ou com Ht superior a 56%, a realização do procedimento é indicada, com objetivo de reduzir o Ht para 50–52%. Na PCT, as sangrias devem ser realizadas a cada 2 semanas, até que os níveis de hemoglobina (Hb) estejam inferiores a 20 ng/mL. Na EHNA, frequentemente há aumento de deposição de ferro no fígado e níveis de ferritina elevados, ambos relacionados ao carcinoma hepatocelular. Também pode ocorrer a síndrome da sobrecarga dismetabólica de ferro, caracterizada por hiperferritinemia com leve acúmulo hepático de ferro. Nesses casos, a sangria foi associada à normalização