

9,02 e a média de CH transfundidos por paciente foi 3,31. O diagnóstico mais frequente foi anemia da prematuridade, presente em 36 pacientes (81%). Dentre os outros diagnósticos clínicos destacam-se sepse neonatal, bronquiolite e infecção por citomegalovírus. Três pacientes transfundidos tinham diagnóstico cirúrgico. **Discussão:** A transfusão em neonatologia é muito frequente, em especial para recém-nascidos de baixo peso e prematuros, tanto pela baixa eritropoiese, típica da faixa etária, quanto pelas perdas para coleta de exames. Com relação à idade gestacional, a transfusão ocorreu principalmente nos prematuros, com média de 30 semanas gestacionais. A duração da gestação é apontada como fator de risco para a morbimortalidade neonatal, sendo a idade menor que 33 semanas descrita como fator de risco independente para necessidade de transfusão. A transfusão no período neonatal pode chegar a ser 4 vezes maior que a média em outras faixas etárias pediátricas, com os prematuros sendo os que requerem maior número de hemocomponentes, pois, além da menor eritropoiese, os pré-termos estão sujeitos a mais complicações infecciosas e respiratórias se comparados aos termos. Neste estudo, a maioria dos recém-nascidos transfundidos encontravam-se na categoria de baixo peso ao nascer, isto é, abaixo de 2500g, com média de peso de 1480g. O muito baixo peso ao nascer (menor que 1500g) também é um fator de risco descrito para necessidade transfusional. Corroborando os dados do estudo, as principais justificativas para transfusão encontradas na literatura foram anemias e hemorragias. Não existe um valor padrão de hemoglobina indicativo de transfusão e neste estudo a média encontrada foi de 9,02. A anemia da prematuridade foi a principal indicação clínica, seguida das infecções respiratórias. Entre os diagnósticos cirúrgicos estiveram presentes drenagem de hematoma epidural, abdome agudo e correção de mielomeningocele. O tipo de hemocomponente mais utilizado foi o CH e o segundo foi o CP. Após a anemia induzida por flebotomia, a plaquetopenia é a alteração hematológica mais comum na Unidade Neonatal, justificando o consumo de CP. **Conclusão:** Os achados nesse estudo corroboram dados da literatura em que pacientes recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer são os principais responsáveis por transfusão em UTI neonatal e o principal hemocomponente transfundido é o CH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.713>

PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE CELL SAVER EM CIRURGIAS REALIZADAS EM 3 HOSPITAIS DO RIO DE JANEIRO

LP Osorio, BM Santos, T Vicente

Grupo GSH, Brasil

Introdução: Ao submeter-se a um procedimento cirúrgico, podem ocorrer diversas situações, sendo uma delas a hemorragia, o que consequentemente pode levar a realização de uma transfusão sanguínea, e dependendo da cirurgia realizada, o paciente necessitará de uma grande quantidade de hemocomponentes. A autotransfusão não é uma concepção nova, o crescente aumento do número de cirurgias com alto potencial de sangramento e consequentemente aumento da

demanda para os bancos de sangue, além do risco associado a conversão sorológica foram fatores determinantes para criação de programas visando a diminuição de do uso sangue alogênico. O método de autotransfusão intraoperatória, mas conhecido como Cell Saver, consiste em recuperar o sangue perdido durante a cirurgia. O sangue é lavado, centrifugado e devolvido ao paciente, com auxílio de equipamento próprio para realização do procedimento. No presente trabalho foi avaliado o perfil de utilização de Cell Saver, quanto cirurgias atendidas, volume recuperado, necessidade de transfusão e porcentagem de óbitos, no período de 12 meses em 3 hospitais do Rio de Janeiro. **Materiais e métodos:** Foram avaliadas 81 cirurgias que utilizaram Cell Saver no período de junho de 2021 até junho de 2022, em três hospitais de média e alta complexidade do Rio de Janeiro com atendimento a procedimento cirúrgicos de grande porte como cardíacas e transplantes que apresentam alto potencial de sangramento. Para entender melhor o perfil de utilização de Cell Saver os itens avaliados foram: em quais cirurgias o procedimento foi mais solicitado, porcentagem de pacientes transfundidos e de hemácias utilizadas, volume médio recuperado e porcentagem de óbitos. Os dados foram obtidos a partir do banco do sistema interno utilizado para registro do histórico transfusional e procedimentos especiais realizados em todos os pacientes atendidos pelas agências transfusionais dos 3 hospitais. **Resultados:** O transplante hepático foi a cirurgia com maior taxa (31%) de utilização de Cell Saver, seguido de revascularização do miocárdio (29%), troca valvar (19%), transplante cardíaco (8%), outros procedimentos como aneurismas, artrodese de coluna totalizam 13%. Foi necessário realizar transfusões de hemácias em centro cirúrgico para 41 pacientes, isso representou 51% das cirurgias realizadas. O total de concentrados de hemácias utilizados foram 127. Os dois procedimentos tiveram maior quantitativo de pacientes transfundidos foram transplante hepático e troca valvar, 80% e 66% respectivamente. O volume médio recuperado foi de 792 ml, a cirurgia com maior média de volume recuperado foi troca valvar 898 ml, seguida de revascularização de miocárdio com 717 ml. Dos 81 pacientes avaliados, 10 (12%) foram a óbito por complicações após realização da cirurgia. Em 7 óbitos a volume recuperado foi inferior a 1000 ml, sendo a média de volume recuperado de 595 ml, menor que o observado no total geral. Foram realizadas transfusões de 32 concentrados de hemácias para esses pacientes, isso representou 17% do volume transfundido. **Conclusão:** Em relação ao perfil foi observado que as duas cirurgias com maior utilização de Cell Saver foi transplante hepático e revascularização do miocárdio, assim como descrito em outros trabalhos. Houve transfusões de hemácias em 51% dos procedimentos avaliados, com maior quantitativo para o transplante hepático e troca valvar. A média do volume recuperado foi de 792 ml, sendo a troca valvar com maior média de volume recuperado 898 ml. Os óbitos apresentaram uma taxa de 12%, a média de recuperação de células nesses pacientes foi menor que o observado no total geral e a demanda transfusional para os 10 óbitos foi de 17% do total utilizado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.714>