

LILACS-BVS e SciELO; utilizados DeCs/MeSH: blood transfusion, palliative care, interligados pelo operador booleano “AND”. Delimitou-se as publicações referente aos últimos 10 anos (2011-2021). Dos 224 selecionados para análise, 15 foram incluídos no presente estudo após contemplar todos os critérios. Foram encontrados 1 estudo nível I, 1 estudo nível II, 5 estudos nível IV, 2 estudos nível V e 6 estudos nível VI. Teve-se como resultado da análise conjunta dos artigos: Indicação clínica: anemia sintomática (fadiga, fraqueza e dispnéia/sensação de falta de ar, seguido de tontura e dificuldade de concentração) e sangramento agudo. Indicação laboratorial: pontos de corte e alvo terapêutico divergiram, alguns autores indicaram níveis definidos, enquanto outros analisaram os níveis utilizados em seus serviços. Indicação variou de Hb 3-10 mg/dL e alvo variou de Hb 9,8 a 12 mg/dL (sendo que níveis pré transfusionais não se correlacionaram com resposta transfusional nem melhora sintomática). Prescrição: média variou entre 1 a 4,37 U de CH por transfusão. Desfecho dos sintomas: avaliação subjetiva, baixo uso de escores validados, e com resultados divergentes; duração da melhora em 2-18,5 dias, sem melhora do status performance. Sobrevida média: 7-90 dias; aumenta o processo de terminalidade em 15 dias (versus 8 dias). Percebe-se baixa metodologia científica, muitas vezes com desenhos obscuros e de difícil replicação clínica, quando não, opiniões. É consenso entre os autores, inclusive concordante ao Ministério da Saúde Brasileiro, que a hemotransfusão deve ser indicada em pacientes em CP com anemia sintomática e sangramentos ativos, desde que a terminalidade não esteja próxima em até 7-15 dias, porém sem valor laboratorial de hemoglobina definido, e com a necessidade de reavaliar os desfechos do gatilho transfusional determinado a cada paciente. Demonstra-se a necessidade de pesquisas robustas sobre o tema, para definição de indicações claras (clínicas e laboratoriais) e avaliação de desfechos de maneira estruturada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1626>

ENSAIOS DE TROMBOELASTOMETRIA ROTACIONAL E USO DE HEMOCOMPONENTES EM PACIENTES CRÍTICOS

KL Antonio^a, AZ Leite^a, DM Debona^a,
DC Oliveira^a, FB Bher^b, K Hinoro^a,
MM Tortelli^a, PTR Almeida^b

^a Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG),
Curitiba, PR, Brasil

^b Instituto Pasquini de Hemoterapia e Hematologia
Ltda, Curitiba, PR, Brasil

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil transfusional de pacientes que realizaram exames de tromboelastometria rotacional. **Materiais e métodos:** Este é um estudo retrospectivo, descritivo, de centro único que avaliou pacientes internados no Hospital Nossa Senhora das Graças (Curitiba-PR) entre 2022 e 2024. Ensaios viscoelásticos foram realizados na plataforma ROTEM® delta (Werfen) em perfis

pré estabelecidos de avaliação: basal (InTem, ExTem e Fib-Tem), crítica (InTem, ExTem, FibTem e ApTem) ou heparina (InTem, ExTem, FibTem e HepTem). A formação, estabilização e dissolução do coágulo são acompanhadas de forma tempo-dependente a partir da alteração da reflectância da luz capturada pelo fotodetector do eixo rotativo ao ter seu movimento restringido. **Resultados:** Foram avaliados 124 exames de 51 pacientes. A maior parte deles (58,8%) eram perioperatórios de transplante hepático, 23,5% possuíam outras comorbidades de trato gastrointestinal, 9,8% eram pacientes oncológicos, 3,9% de casos da ginecologia e 3,9% apresentaram hemorragias que não se enquadram nas classificações anteriores. Com relação às modalidades de ensaio, foram realizadas 38 avaliações basais, 83 críticas e 3 de heparina. O perfil basal possui paralelos metodológicos aos exames de TAP, TTPa e fibrinogênio, com o diferencial de que o ensaio FibTem possui um inibidor plaquetário que permite a avaliação isolada do fibrinogênio. Na modalidade crítica é executado o exame ApTem, que possui fator tecidual e inibidor de fibrinólise. O HepTem possui heparinase e é capaz de identificar a presença do anticoagulante. O número de transfusões durante os atendimentos foi de 1043, ou seja, cerca de 20 unidades por paciente. O hemocomponente mais empregado foi o crioprecipitado, representando 36,3%. 25,5% são plaquetas randômicas, 18,5% concentrado de hemácias, 18,3% plasma fresco congelado e 1,3% são plaquetas aférese. **Discussão:** Pacientes críticos com distúrbios da hemostasia possuem fisiopatologia complexa e seu manejo é comumente associado ao emprego expressivo de hemocomponentes. De forma geral, a ciência baseada em evidências mostra que protocolos restritivos de transfusões, com alicerces no Patient Blood Management (PBM), estão associados a melhores desfechos. Para transplante hepático, transfusões aumentam significativamente a morbimortalidade, além de impactarem negativamente na pega do enxerto. Quando necessárias, é importante que as prescrições de hemocomponentes sejam decisões baseadas em dados clínicos e laboratoriais. Para a avaliação de coagulopatias complexas, exames tradicionais como o Tempo de Ativação do Protrombina e o Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada apresentam limitações intrínsecas e maior tempo de processamento. A análise conjunta das curvas de tromboelastometria é capaz de fornecer informações relevantes sobre a cinética da coagulação, com destaque para o tempo de formação do coágulo, ângulo alfa e a máxima firmeza do coágulo. **Conclusão:** A tromboelastometria rotacional se apresenta como ferramenta capaz de realizar uma avaliação aprofundada e em tempo real da hemostasia, revelando os mecanismos por trás da coagulopatia. Essa técnica tem o potencial de antever eventos hemorrágicos e orientar de maneira mais precisa as decisões clínicas relacionadas à solicitação de transfusões de hemocomponentes e à administração de terapias medicamentosas, favorecendo desfechos positivos para diversos grupos de pacientes, com destaque para o transplante hepático.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1627>