

Medicina da Universidade de São Paulo
(HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A insuficiência renal aguda (IRA) é uma complicação comum no pós-operatório de transplante hepático e se associa a aumento da morbimortalidade e prolongamento do tempo de hospitalização. Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento de IRA nesse contexto, incluindo instabilidade hemodinâmica, uso de imunossuppressores nefrotóxicos e transfusões de hemocomponentes e hemoderivados. Evidências sugerem que a exposição a produtos sanguíneos pode desencadear respostas inflamatórias e imunológicas que agravam a função renal. **Objetivos:** Avaliar a correlação entre utilização dos diferentes hemocomponentes e hemoderivados e a ocorrência de IRA nos primeiros sete dias após o transplante hepático em nosso serviço. **Materiais e métodos:** Estudo clínico observacional, tipo coorte retrospectivo, que avaliou 622 transplantes hepáticos consecutivos realizados no HCFMUSP, no período de 1º de janeiro 2020 a 31 de dezembro de 2023. As transfusões foram avaliadas desde o período perioperatório até o 28º dia pós-transplante. IRA foi definida pelo critério KDIGO adaptado, subtraído o critério diurese, considerando a dificuldade de interpretar o real significado deste dado no pós-operatório e em pacientes cirróticos. **Resultados:** Dos 573 pacientes incluídos no estudo, mais de dois terços (78,7%) apresentaram alguma alteração da creatinina e foi classificado com IRA nos sete primeiros dias de pós-operatório. O número de transfusões teve impacto estatisticamente significativo na ocorrência de IRA ($p < 0.001$). Pacientes que desenvolveram IRA apresentaram maior número de transfusões (88,2% vs. 66,7%) e receberam quantidades significativamente maiores de concentrados de hemácias (CH) (5 und. [2-9] vs. 2 und. [0-4], $p < 0.001$), além de outros componentes sanguíneos como plasma fresco congelado (PFC), concentrados de plaquetas (CP) e concentrado de fibrinogênio (CF) ($p < 0.001$). Não houve associação de IRA com o uso de crioprecipitado (CRIO) e Concentrado de Complexo Protrombínico (CCP). Dos 451 pacientes que apresentaram IRA, 173 (38,3%) realizaram terapia de substituição renal (TSR) e 41 (23,7%) já estavam em tratamento dialítico antes do transplante, o tempo médio de TSR entre os pacientes dialíticos foi de $12,6 \pm 14,8$ dias, variando de 0,04 (01h06min) a 63,5 dias. As transfusões de hemocomponentes e hemoderivados tiveram impacto estatisticamente significativo na necessidade de TSR ($p < 0.001$) comparada aos pacientes não transfundidos. **Discussão e conclusão:** A maior exposição à CH, PFC, CP e CF entre os pacientes que desenvolveram IRA sugere uma possível associação entre transfusão e disfunção renal no pós-operatório. No entanto, não se pode descartar a presença de viés de indicação, uma vez que pacientes com maior sangramento intra e pós-operatório – e consequentemente, maior gravidade – podem ter recebido múltiplos hemocomponentes e hemoderivados, contribuindo para esse desfecho. Esses resultados podem refletir tanto a condição clínica mais crítica desses pacientes quanto os efeitos adversos da transfusão, incluindo ativação da cascata inflamatória, sobrecarga volêmica e lesão endotelial. As transfusões sanguíneas em pacientes submetidos a transplante hepático estão significativamente associadas a uma maior incidência de IRA e à maior necessidade de TSR. Esses

achados destacam a relevância da adoção de estratégias transfusionais mais restritivas, criteriosas e individualizadas, visando à preservação da função renal e à melhoria dos desfechos clínicos nesses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105859>

ID - 3049

MANEJO DA ANEMIA GRAVE NO PÓS-PARTO EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ: RELATO DE CASO

IR Bentes Fernandez, SHDSS Teixeira,
BTD Barros, EC Junior, IDR Azevedo,
KWP Barbosa, FRR Carvalho, MR Silva,
RS Ribeiro

Hospital Regional Doutor Abelardo Santos, Belém,
PA, Brasil

Introdução: A recusa de transfusão sanguínea por motivos religiosos impõe desafios significativos ao manejo clínico de situações críticas, como a anemia grave. Este relato descreve o manejo da anemia grave em uma paciente do sexo feminino de 33 anos, da religião Testemunha de Jeová, que foi admitida no Hospital Regional Doutor Abelardo Santos, no oitavo dia de pós-parto, com um histórico de sangramento uterino volumoso. A gravidade da situação exigiu seu encaminhamento imediato para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde foi iniciada terapêutica desafiadora. **Descrição do caso:** Na UTI, a paciente foi diagnosticada com um quadro de anemia grave, apresentando hemoglobina inicial de 3.3 g/dL, que evoluiu para 2.9 g/dL, e portanto foi aberto protocolo para hemorragia puerperal, incluindo medicações apropriadas procedimentos como a instalação de balão intrauterino para conter quadro de sangramento. Ao exame físico estava hipocorada 4/4+, eupneica, acianótica, anictérica, sem déficits neurológicos, glasgow 15. Na ausculta pulmonar, murmúrio vesicular presente, bilateral, sem ruídos adventícios, Sat O2: 98%, Frequência cardíaca: 105 bpm. Abdome flácido, Extremidades sem edemas, pulsos presentes e cheios. Como Testemunha de Jeová, a paciente manifestou de forma lúcida e inequívoca sua recusa a qualquer transfusão de hemocomponentes. A equipe médica explicou detalhadamente os riscos da situação, tanto para a paciente quanto para seu cônjuge, além de ter aplicado o termo de recusa à transfusão. Em respeito à sua autonomia e liberdade religiosa, foi iniciado um protocolo de tratamento alternativo, que incluiu a administração de ferro endovenoso, eritropoetina e vitaminas B12, B6 e B1, além das medidas para a hemostasia. A resposta ao tratamento foi notável: após 13 dias de internação, sua hemoglobina elevou para 9.0 g/dL, sem ter tido alteração em função renal, hepática, de eletrólitos, além de ácido láctico e gasometria dentro da normalidade. A conduta da equipe assistencial se alinhou com princípios legais importantes, como os Recursos Extraordinários (RE) 979742 e 1212272, julgados pelo Supremo Tribunal Federal, que reforçam o direito de pacientes como as Testemunhas de Jeová de recusarem transfusões de sangue com base em sua liberdade religiosa.

Conclusão: Habitualmente, por razões de responsabilidade ética, não se permite que os pacientes alcancem níveis de hemoglobina tão baixos que os coloquem em risco à vida, não sendo possível por este motivo, conduzir estudos que avaliem as funções orgânicas nessas circunstâncias. No entanto, foi possível avaliar clínico laboratorialmente a evolução desta paciente pela sua peculiaridade religiosa, sem que houvesse desfechos desfavoráveis. O caso relatado reflete um cenário complexo que exige um equilíbrio entre a urgência médica e o direito do paciente de tomar decisões sobre sua própria vida. A rápida e eficaz recuperação da paciente sem a necessidade de transfusões destaca a viabilidade e o sucesso de protocolos médicos alternativos, especialmente quando aplicados de forma precoce e coordenada. O caso ressalta a importância de um sistema de saúde que considere a diversidade de crenças e garanta uma abordagem de atendimento ético, seguro e baseado em evidências.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105860>

ID - 3428

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO E SUSTENTAÇÃO DO PROGRAMA DE PATIENT BLOOD MANAGEMENT

BCE Homero ^a, WM Homero ^b, WSL Santos ^b

^a Faculdade Anhanguera, Caxias do Sul, RS, Brasil

^b Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: O Patient Blood Management (PBM) é uma abordagem baseada em evidências voltada para a otimização da saúde do sangue, a minimização de perdas sanguíneas e a melhoria dos desfechos clínicos, respeitando os valores e preferências do paciente. Sua aplicação demanda atuação interdisciplinar, sendo a equipe de enfermagem protagonista em todas as fases — desde a triagem e preparo pré-operatório, passando pela vigilância intraoperatória, até o acompanhamento pós-operatório. A enfermagem, ao seguir protocolos institucionais, contribui de forma essencial para a cultura de segurança, gestão do cuidado e sustentabilidade do programa. **Objetivos:** Descrever o papel fundamental da equipe de enfermagem na aplicação e manutenção do PBM, ressaltando sua contribuição para a segurança do paciente, adesão aos protocolos e melhoria contínua dos processos assistenciais. **Material e métodos:** Revisão narrativa da literatura nacional e internacional sobre PBM e prática de enfermagem, associada à análise da experiência institucional na implementação do programa. Foram considerados artigos indexados nas bases PubMed, SciELO e LILACS, além de diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de sociedades científicas. A síntese enfocou estratégias e atribuições específicas da enfermagem nas três fases do PBM: Otimização da massa eritrocitária — triagem laboratorial, rastreamento de anemia, orientação sobre suplementação. Redução de perdas sanguíneas — manejo rigoroso de dispositivos, técnicas de punção, monitoramento hemodinâmico e prevenção de

sangramentos. Melhoria da tolerância à anemia — vigilância clínica, avaliação de sinais de hipoperfusão, suporte terapêutico e educação ao paciente. **Discussão e conclusão:** A equipe de enfermagem é elemento-chave na efetividade do PBM, atuando não apenas na execução de cuidados, mas também na educação do paciente, na detecção precoce de complicações e no fortalecimento da cultura de segurança. Seu papel é determinante para que o PBM se mantenha ativo e sustentável, garantindo a adesão aos protocolos institucionais e o alcance de melhores desfechos clínicos. Investir em treinamento contínuo, comunicação interdisciplinar e monitoramento de indicadores fortalece a integração da enfermagem como protagonista na gestão do sangue do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105861>

ID - 1939

PATIENT BLOOD MANAGEMENT: ESTRATÉGIAS E DESFECHOS CLÍNICOS EM DIFERENTES CONTEXTOS HOSPITALARES

YM de Sousa ^a, WMS Lobato ^b, RC Valois ^a

^a Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brasil

^b Universidade da Amazônia (UNAMA), Belém, PA, Brasil

Introdução: O Patient Blood Management (PBM) é uma abordagem baseada em evidências que visa otimizar o manejo do sangue do paciente, reduzindo a necessidade de transfusões alogênicas e seus riscos associados. Sua aplicação envolve estratégias de diversas abordagens, que incluem otimização pré-operatória da hemoglobina, uso racional de hemoderivados e técnicas para minimizar a perda sanguínea. Em diferentes contextos hospitalares, a implementação do PBM tem se mostrado relevante para a segurança do paciente, a redução de custos e a melhoria dos indicadores clínicos. Diante da crescente demanda por práticas seguras e sustentáveis na hemoterapia, compreender os desfechos clínicos relacionados ao PBM é essencial para subsidiar a tomada de decisão em saúde. **Objetivos:** Analisar as estratégias e os desfechos clínicos associados à implementação do PBM em diferentes contextos hospitalares. **Material e métodos:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, realizada utilizando os descritores do DeCS/MeSH: “Transfusão de sangue”, “Hemorragia”, “Hemoderivados” e a palavra-chave “Manejo intraoperatório”, combinados com operadores booleanos AND e OR. As buscas foram conduzidas nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e PubMed. Critérios de inclusão: artigos originais, publicados entre 2014 e 2024, em português, inglês ou espanhol, com acesso gratuito ao texto completo. Critérios de Exclusão: artigos duplicados, estudos de caso e publicações não relacionadas diretamente ao PBM. **Discussão e conclusão:** Foram encontrados 75 artigos e após triagem, foram selecionados 10 artigos. Os estudos evidenciaram que protocolos de PBM, aplicados em cirurgias cardíacas, ortopédicas, obstétricas, trauma pediátrico e transplantes de alta complexidade, resultaram em expressiva redução no uso de