

AB+ e AB-. O modelo padronizado possibilitou melhor equilíbrio entre unidades, evitando falta e excesso de estoque. **Discussão e conclusão:** A caracterização do perfil ABO/Rh e Rh/Kell dos doadores, associada à padronização dos estoques, mostrou-se eficaz para aumentar a segurança transfusional, além de otimizar recursos e manter a continuidade do cuidado. A predominância de O+ e A+ reforça estratégias direcionadas de fenotipagem e captação. A integração de dados de doadores e pacientes permitiu atendimento mais rápido e compatível a pacientes aloimunizados, reduzindo riscos e desperdícios. O modelo validado é aplicável a outros serviços hemoterápicos que busquem segurança, agilidade e sustentabilidade no atendimento transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105843>

ID - 927

APRENDIZADOS DA AUDITORIA DE PEDIDOS DE RESERVA CIRÚRGICA

KdL Prata^a, PNM Madeira^a, BPCdC Correa^a, TAd Santos^a, CG Fernandes^a, GP Siqueira^b, IFM Vasconcelos^a, CRdC Pires^a, LPG Gomes^a, IGCd Silveira^a, LF Cunha^a, PCS Pontes^a, LR Salles^a, FCAC Oliveira^a, CPES Ramos^a

^a Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Hospital Luxemburgo, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O atendimento hemoterápico aos pacientes cirúrgicos é um desafio para as equipes que atendem hospitais escola com perfil de pacientes de alta complexidade. O desafio principal consiste na obtenção do equilíbrio entre o atender ao bloco cirúrgico a tempo e a realização dos testes/preparo dos hemocomponentes (HC). **Objetivos:** Avaliar como está o processo de reserva cirúrgica na nossa instituição e servir como base para a confecção do protocolo institucional de reserva de HC para cirurgia [Maximum Surgical Blood Ordering Schedule (MSBOS)]. **Material e métodos:** Foram feitas auditorias de pedidos de reserva cirúrgica nos dias em que os plantões permitiam a realização desta atividade. Os dados foram registrados em uma planilha de Excel e avaliados como porcentagem (%). **Resultados:** Entre 06/24 e 07/25 foram auditados 624 pedidos de reserva cirúrgica sendo: Cirurgia (C.) Cardiovascular-CCV 136(22%), Ginecologia/Obstetrícia-GOB 114 (18%), C. Aparelho Digestivo- CAD 66(11%), C. Pediátrica-CIPE 39(6%), Urologia-URO 39(6%), Neurocirurgia-NC 38(6%), Coloproctologia-CLP 33(5%), Ortopedia-ORT 33(5%), C. Geral-GER 27 (4%), C. torácica-TORX - 22(4%), Transplante Hepático – TXH 16(2,6%), C. Cabeça e Pescoço-CCP 15(2,4%), Outros 3(0%). Não informado (NI) 41(7%). O local a ser operado foi: abdômen 205(33%), pelve 151(24%), tórax 112(18%), membro inferior 40 (6%), crânio 37(6%), região cervical 30(5%), membro superior 22(4%), coluna 19(3%), face 5(1%), NI 3(0%). O porte do procedimento cirúrgico foi considerado: grande 276(44%), médio 268 (43%), pequeno 70(11%), NI 10(2%) e o risco de sangramento: grande 260(42%), médio 290(46%), pequeno 66(11%) e NI 8(1%). O tipo de cirurgia foi: eletiva 413(66%), urgência 184(29%),

transplante hepático 11(2%), NI 16(3%). O recebimento do pedido de reserva foi realizado com intervalo superior a 6h do horário da cirurgia em 345(55%) dos casos, entre 2 e 6 h em 48 (8%) dos casos, em até 2 h em 85(14%) dos casos e após o horário agendado para o início da cirurgia em 146(23%). Foram solicitados/transfundidos em até 24h após o horário agendado para a cirurgia 1621/221(13,6%) doses de hemácias (CH), 867/45(5,2%) doses de plaquetas (CP), 1295/49(3,8%) unidades de plasma (PFC) e 910/135 (14,8%) unidades de crioprecipitado (CRIO). A taxa de utilização do CH reservado pelas principais clínicas foi: CCV 19%, GOB 9%, CAD 20%, CIPE 22%, URO 11%, NC 13%, CLP 22%, ORT 7%, GER 24%, TORX 23,5%, TxH 23,5%, CCP 23%. A de CP foi: CCV 6%, GOB 7%, CAD 6%, CIPE 14%, URO 9%, NC 2,5%, ORT 4%, GER 9%, TORX 10%, TxH 2,5%, CCP 10%. A de PFC foi: CCV 3%, GOB 25%, CAD 7%, CIPE 5%, URO 4,5%, TORX 11%, TxH 9,5% e a de CRIO foi: CCV 15,5%, GOB 10%, CAD 10%, TORX 42%, TxH 22%. **Discussão e conclusão:** Durante a auditoria dos pedidos, percebemos que não há padrão de reserva de HC para cirurgia. Ou seja, para um mesmo procedimento, em pacientes com perfis similares, encontramos diferenças quanto ao porte do procedimento, risco de sangramento e número de doses a serem reservadas. Além disso, percebemos que é frequente a reserva de dose inadequada de plaquetas (dose de randômicas enquanto temos disponível para uso apenas pool e aférese), PFC e CRIO (subdose) e que o número de doses dos HC reservados é superestimada. Estes dados reforçam a importância do estabelecimento do protocolo institucional de reserva de HC e do treinamento da equipe, pois a adoção da MSBOS agrega valor ao reduzir testes e custos desnecessários, mantendo a segurança do paciente. **Referências:** Benzil DL et al Vox Sang. 2025;120(4):411-418.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105844>

ID - 1907

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO PÓS- TRANSPLANTE HEPÁTICO NO HCFMUSP

TCPM Pedro^a, CHS Almeida^a, A Mendrone-Junior^a, VG Rocha^b, LMS Malbouisson^c, C Almeida-Neto^a

^a Fundação Pró-Sangue, São Paulo, SP, Brasil

^b Departamento de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^c Departamento de Gastroenterologia e Transplante Hepático, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O transplante hepático é considerado a terapia definitiva para pacientes com doença hepática avançada. No entanto, o manejo pós-operatório permanece complexo e desafiador, especialmente devido às potenciais complicações que podem comprometer a viabilidade do enxerto. A duração

da internação hospitalar após o procedimento é influenciada por diversos fatores, como intercorrências cirúrgicas, infecções, disfunção do enxerto e necessidade de cuidados intensivos. Dentre esses fatores, a transfusão sanguínea tem se destacado como um marcador de gravidade, estando associada a piores desfechos clínicos, maior risco de infecção, rejeição e disfunção orgânica. **Objetivos:** Analisar a correlação entre a transfusão sanguínea e o tempo de internação hospitalar e em unidade de terapia intensiva (UTI) em pacientes submetidos a transplante hepático. **Material e métodos:** Estudo clínico observacional, tipo coorte retrospectivo, que avaliou 622 transplantes hepáticos consecutivos realizados no HCFMUSP, no período de 01 de janeiro 2020 a 31 de dezembro de 2023. Para excluir fatores de confusão dos pacientes com evolução a óbito foi realizada a avaliação do tempo de internação em UTI e hospitalar pós-transplante como dias vivo e livre de UTI e dias vivo e livre de hospital em 28 dias, estas variáveis foram consideradas como ordinais para estimar o efeito OR e o IC de 95% por meio de regressão logística ordenada. **Resultados:** Após inclusão dos participantes, analisamos 573 pacientes submetidos a transplante hepático desde o período perioperatório até o 28º dia pós-transplante. O tempo de internação hospitalar foi dividido em tempo de internação hospitalar total e tempo de internação hospitalar pós-transplante. O tempo de internação hospitalar total foi de $20,2 \pm 17,9$ dias (0,4-125,9 dias). O tempo de internação hospitalar pós-transplante foi de $17,4 \pm 15,9$ dias (0,0-125,2 dias), os pacientes não transfundidos apresentaram menor tempo de internação hospitalar total e pós-transplante ($10,3 \pm 5,4$ dias e $9,7 \pm 5,4$ dias vs. $22,1 \pm 18,8$ dias e $18,9 \pm 16,8$ dias, $p < 0,001$) comparado aos transfundidos. O tempo de internação em UTI foi de $7,8 \pm 9,4$ dias (0,0-75,3 dias) e os pacientes não transfundidos apresentaram tempo de internação hospitalar menor ($3,6 \pm 1,5$ dias vs. $8,6 \pm 10,1$ dias, $p < 0,001$). Os pacientes não transfundidos apresentaram números de dias vivo e livre de hospital estatisticamente maiores comparados aos pacientes transfundidos (19,9 dias [17,1-20,8] vs. 9,1 dias [0,0-17,5], $p < 0,001$). Assim como, números de dias vivo e livre de UTI (21,8 dias [8,3-24,1] vs. 24,5 dias [23,5- 25,5], $p < 0,001$). **Discussão e conclusão:** A internação prolongada após o transplante hepático está frequentemente associada a complicações clínicas, cirúrgicas e infecciosas, que podem comprometer a recuperação do paciente, aumentar a morbimortalidade, elevar os custos hospitalares e impactar negativamente na sobrevida. Nesse cenário, a identificação precoce de fatores prognósticos e a atuação sobre fatores de risco modificáveis são fundamentais para a prevenção de complicações e a melhoria dos desfechos clínicos. A necessidade de transfusão sanguínea no transplante hepático associa-se a aumento do tempo de internação hospitalar e redução dos dias vivos e livres de hospital e UTI. Estratégias voltadas à otimização do manejo hemostático e à redução de transfusões desnecessárias são essenciais para mitigar os impactos negativos dessa terapêutica e promover melhores resultados clínicos no pós-operatório.

ID - 3181

AVALIAÇÃO DA ANEMIA PRÉ-OPERATÓRIA DE PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ-PR

MNH Tanaka, G Zanusso Junior, TT Higa, VMM Baena

Hemocentro Regional de Maringá, Maringá, PR, Brasil

Introdução: A anemia pré-operatória tem sido reportada como um problema comum e de elevada prevalência em pacientes cirúrgicos. Esta condição tem sido associada a uma maior taxa de morbimortalidade e, consequentemente, a uma maior taxa transfusional e de tempo de ocupação de leitos hospitalares. O Gerenciamento do Sangue do Paciente ou mais conhecido como Patient Blood Management (PBM) tem como um dos pilares a detecção e o tratamento da anemia anteriormente às cirurgias eletivas a fim de minimizar os riscos relacionados. **Objetivos:** Avaliar a prevalência da anemia pré-operatória na população cirúrgica do Hospital Universitário Regional de Maringá, atendidos pelo Hemocentro Regional de Maringá. **Material e métodos:** Foram analisados de forma retrospectiva 313 requisições de reserva de transfusão de pacientes do SUS, no período de janeiro a junho de 2025. Dados como a dosagem de hemoglobina, idade e sexo foram coletados das requisições de reserva de transfusão e do sistema hospitalar GSUS. Embora a anemia seja definida pela Organização Mundial de Saúde como uma concentração de hemoglobina inferior a 13 g/dL para homens e 12 g/dL para mulheres foi considerado valores inferiores a 13 g/dL para a classificação da anemia pré-operatória. **Resultados:** Das solicitações de reserva analisadas 45,7% (143) são do sexo feminino e 54,3% (170) são o sexo masculino. A média de idade da população foi de $53,65 \pm 25,63$, sendo $57,01 \pm 25,57$ e $50,16 \pm 25,59$ para mulheres e homens, respectivamente. A prevalência de anemia na população total do estudo foi de 88,8%, sendo 45,7% do sexo feminino e 54,3% masculino. Considerando a faixa etária dos pacientes com hemoglobina menor que 13 g/dL, os pacientes com mais de 65 anos foram os mais frequente (41,2%), seguida dos pacientes com 41 a 50 anos (11,5%) e os menores que 18 anos (10,2%). Os pacientes com mais de 65 anos também foram os que apresentaram maior índice de anemia (92,8%). **Discussão e conclusão:** Este levantamento realizado mostrou que a anemia é uma condição comum também nos pacientes cirúrgicos atendidos no HUM/UEM, em acordo com os achados da literatura. O diagnóstico de anemia no pré-operatório é importante pois permite instituir um tratamento apropriado antes da cirurgia e o estabelecimento de novas estratégias de abordagem cirúrgica, como o proposto pelo Gerenciamento do Sangue do Paciente (PBM) melhorando a assistência como um todo, com bom prognóstico tanto para o paciente quanto para a saúde financeira da instituição.