

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.