

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 1/11</b>                       |

## 1. INTRODUÇÃO

O conhecimento e análise do médico em relação ao consumo de hemocomponentes destinado ao paciente submetido à intervenção cirúrgica são de fundamental importância para que a Agência Transfusional possa prover um serviço transfusional rápido, seguro e sem desperdícios.

A transfusão é uma terapêutica de suporte essencial para o cuidado do paciente clínico e cirúrgico. Apesar de bastante segura, pela junção de uma triagem clínica rigorosa com o desenvolvimento de novas tecnologias, a terapêutica transfusional apresenta riscos inerentes ao uso de material biológico, imediatos e tardios, que podem comprometer a situação clínica e a sobrevivência do paciente.

Os riscos associados ao manuseio da transfusão, desde sua indicação, escolha do componente adequado à situação clínica do paciente, administração e monitoramento do procedimento transfusional, independem da tecnologia agregada e estão vinculadas principalmente à qualificação dos profissionais envolvidos nessas etapas da transfusão, em sua maioria, realizadas fora do serviço de hemoterapia.

## 2. SIGLAS E CONCEITOS

- 2.1** AT - Agência Transfusional
- 2.2** CH - Concentrado de Hemácias;
- 2.3** CP - Concentrado de Plaquetas;
- 2.4** PAI - Pesquisa de Anticorpo Irregular;
- 2.5** RT - Requisição de Transfusão;
- 2.6** TS- Tipagem Sanguínea;
- 2.7** Hb – Hemoglobina
- 2.8** Ht - Hematócrito

## 3. OBJETIVOS

Os objetivos da instituição do protocolo de máxima utilização de sangue, ou protocolo de reservas, são a redução do trabalho desnecessário da Agência Transfusional (AT) a fim de priorizar os atendimentos de urgência e emergência, a redução dos custos com reagentes e a otimização do estoque de hemocomponentes, além da indicação adequada de concentrados de hemácias (CH) e concentrado de plaquetas (CP), de acordo com critérios clínicos e risco de sangramento perioperatorio, a fim de evitar que o paciente seja submetidos aos riscos desnecessários de hemotransfusão.

## 4. JUSTIFICATIVAS

O consumo de hemocomponentes é bastante variável para cada cirurgia em diferentes serviços médicos, portanto é fundamental que cada serviço realize um levantamento do número de pacientes transfundidos em cada tipo de procedimento. Estes números servirão

| <b>ELABORADO POR:</b>                                            | <b>VALIDADO POR:</b>                                       | <b>DE ACORDO:</b>                                        | <b>DE ACORDO:</b>                            | <b>DE ACORDO:</b>                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 2/11</b>                       |

como guia no momento da solicitação de hemocomponentes para reserva cirúrgica.

Até que o Hemocentro conheça a realidade de cada serviço, propomos tomar por base as tabelas em anexo, baseadas na literatura médica e publicações de hospitais e hemocentros que apresentam características socio-econômicas semelhantes aos serviços atendidos pelo Hemopi e corroboram com os dados publicados em diferentes regiões do Brasil. Foram realizados cálculos de índice de pacientes transfundidos (IPT) de acordo com cada procedimento cirúrgico.

## 5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

a. **Critério de inclusão:** Pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos.

b. **Critério de exclusão:** Pacientes que não serão submetidos a procedimentos cirúrgicos.

## 6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

A transfusão é uma terapêutica de suporte essencial para o cuidado do paciente clínico e cirúrgico. A indicação e a prescrição da transfusão são exclusivas do médico e a liberação de um hemocomponente pelo serviço de hemoterapia só pode ser feita a partir de uma solicitação médica e prescrição adequadas, em local em que haja pelo menos um médico apto e disponível para manusear possíveis intercorrências. A indicação da transfusão pode ser objeto de análise do médico do serviço de hemoterapia.

## 7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

A partir de dados da literatura, definimos três grupos para conduta hemoterápica pré-operatória de concentrado de hemácias:

a. **Grupo 1 (Conforme ANEXO 1):** não é necessária amostra -  **$IPT < 1\%$  dos procedimentos.** Não se recomenda qualquer preparo hemoterápico prévio.

**Exceção para requisição de reserva com valor zero e realização de tipagem sanguínea e PAI:**

i.  $Hb < 9g/dL$  e/ou  $Ht < 27\%$

ii. Risco aumentado de sangramento (especificar a condição especial no campo INDICAÇÃO da requisição de transfusão que será avaliada pelo Médico Hemoterapeuta).

b. **Grupo 2 (Conforme ANEXO 2):** será coletado amostra de sangue e realizadas tipagem sanguínea e pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) –  **$IPT$  entre 1 e 10% dos procedimentos.** Requisição de reserva é **recomendado**, com valor zero para quantidade para CH. **Caso seja necessário a transfusão do hemocomponente**, a equipe cirúrgica entrará em contato com a AT, que complementará os teste pré- transfusionais, com liberação de **01 a 02** concentrados de hemácias. Após a transfusão do(s) CH, deverá ser

| ELABORADO POR:                                                   | VALIDADO POR:                                              | DE ACORDO:                                               | DE ACORDO:                                   | DE ACORDO:                                         |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 3/11</b>                       |

realizado novo hemograma para avaliação da necessidade de nova hemotransfusão. Os estudos mostraram que a hemotransfusão de 01 a 02 concentrados de hemácias, COM EXCEÇÃO DO PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO MACIÇA, é suficiente para estabilidade hemodinâmica em casos de sangramento excessivo no intra-operatório, com uso racional dos hemocomponentes, além de redução do risco de submeter o paciente e hemotransfusão desnecessária.

c. **Grupo 3 (Conforme ANEXO 3):** será coletada amostra de sangue e realizadas tipagem sanguínea, pesquisa de anticorpos irregulares e será compatibilizado pelo menos 1 concentrado de hemácias (CH) para reserva cirúrgica –  **$IPT > 10\%$  dos procedimentos.** Requisição de reserva **é fortemente recomendado**, com as quantidades de CH indicada na tabela em anexo. Valores solicitados acima da indicação abaixo serão analisados pelo Médico Hemoterapeuta.

✓ Casos sabidamente complexos ou associado a outras comorbidades, o médico deverá justificar o preparo hemoterápico prévio que será avaliado pelo médico Hemoterapeuta.

✓ A Requisição de reserva de hemocomponentes para procedimentos cirúrgicos programados deverá ser realizada pela equipe cirúrgica com antecedência de 48 a 24 horas.

✓ Quando não for possível atender à requisição de reserva cirúrgica, por falta de hemocomponentes em estoque ou por qualquer outro motivo, o Serviço de Hemoterapia (médico Hemoterapeuta e/ou plantonistas da AT) deverá comunicar o médico responsável pela cirurgia.

✓ Ressaltamos que, em todos os casos com necessidade de coleta de amostra (grupos 2 e 3), o processo será iniciado com a chegada da Requisição de Transfusão totalmente preenchida na AT.

✓ Ressaltamos que essas orientações devem ser individualizadas, principalmente para pacientes que tem níveis hematimétricos normais (Mulher com Hb > 12 g/dl e Homens com Hb > 13 g/dl), que apresentam baixíssimo risco de necessidade de hemotransfusão, mesmo englobados no grupo 2.

| ELABORADO POR:                                                   | VALIDADO POR:                                              | DE ACORDO:                                               | DE ACORDO:                                   | DE ACORDO:                                         |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 4/11</b>                       |

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1 – GRUPO 1

Abdominoplastia  
 Adenoamidalectomia  
 Amputação Transmetatársica  
 Apendicectomia  
 Artroplastia de ombro  
 Artroplastia temporo mandibular  
 Biópsia de mama com congelamento  
 Biópsia pulmonar a céu aberto  
 Broncoscopia rígida  
 Bartholinectomia(retirada/marsupialização da glândula ou cisto de bartholin)  
 Cistectomia parcial  
 Cistostomia  
 Colecistectomia videolaparoscópica  
 Colpoperineorrafia  
 Cordotomia  
 Correção de fístula anal  
 Correção de pectus escavado  
 Criptorquidia  
 Cerclagem  
 Curetagem uterina  
 Colpocleise  
 Divertículo uretral  
 Derivação Ventrículo peritoneal  
 Deiscência de Ferida Operatória  
 Exérese de nódulo mamário  
 Endarterectomia de carótida  
 Enucleação de olho  
 Enxerto de pele  
 Enxerto ósseo  
 Exérese de cisto de ovário  
 Exérese de nódulo de mama  
 Fechamento de ileostomia  
 Fístula arteriovenosa  
 Gastroplastia com banda gástrica  
 Gonadectomia  
 Histeroscopia diagnóstica e cirúrgica  
 Hemorroidectomia  
 Hérnia abdominal incisional  
 Hérnia de hiato  
 Hérnia inguinal

| ELABORADO POR:                                                   | VALIDADO POR:                                              | DE ACORDO:                                               | DE ACORDO:                                   | DE ACORDO:                                         |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 5/11</b>                       |

Implante de marcapasso  
 Laparoscopia diagnóstica  
 Laparoscopia ginecológica  
 Linfadenectomia inguinal, ilíaca ou pélvica  
 Lipoaspiração  
 Limpeza cirúrgica  
 Lesão verrucosa genital  
 Lobotomia exploradora  
 Mamoplastia  
 Mastectomia  
 Mastoidectomia  
 Nefrolitotripsia  
 Ninfoplastia  
 Neurólise  
 Orquiectomia  
 Osteossíntese (úmero, tibia)  
 Otoplastia  
 Parto vaginal de baixo risco  
 Parto cesárea de baixo risco  
 Paratireoidectomia  
 Perineoplastia  
 Pieloplastia  
 Piloroplastia laparoscópica  
 Pleuroscopia  
 Postectomia  
 Prótese de esôfago  
 Pólipo uterino  
 Quadrantectomia  
 Reimplante ureteral  
 Ressecção de costela  
 Ressecção de nódulo de mama  
 Ressecção de tumor de parede abdominal  
 Ressecção de tumor nasal  
 Ressecção de tumor de vulva  
 Rinoplastia  
 Ressecção transuretral de bexiga  
 Recanalização tubária  
 Retirada de Duplo J / Cistoscopia/ exérese de uterolitiase  
 Setorectomia / quadrantectomia mamaria  
 Septoplastia  
 Safenectomia  
 Setorectomia de mama  
 Simpatectomia torácica ou lombar

| ELABORADO POR:                                                   | VALIDADO POR:                                              | DE ACORDO:                                               | DE ACORDO:                                   | DE ACORDO:                                         |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 6/11</b>                       |

**Tireoidectomia**

**Toracoscopia**

**Ureterolitotripsia**

**Uretrotomia interna**

**Uretrocistopexia**

**Varizes bilateral**

**Vasectomia**

## **ANEXO 2 – GRUPO 2**

**Anastomose/derivação bileodigestiva**

**Angioplastia (femural, ilíaca, poplítea, renal...)**

**Artroplastia total de joelho**

**Atresia de vias biliares**

**Amputação de cérvix**

**Aspiração de cisto ovariano**

**Biópsia hepática por vídeo**

**Biópsia renal laparoscópica**

**Cistectomia ovariana**

**Conização**

**Correção de incontinência urinária**

**Cervicotomia exploradora**

**Colecistectomia**

**Correção de eventração abdominal**

**Cranioplastia**

**Craniotomia para hematoma intraparenquimatoso**

**Craniotomia para hematoma subdural**

**Craniotomia para tumor**

**Decorticação pulmonar**

**Descompressão de coluna cervical**

**Desbridamento de úlcera em membros Inferiores**

**Drenagem de pericárdio por vídeo**

**Enterectomia laparoscópica**

**Enucleação de tumor renal**

**Esofagogastrofunduplicatura**

**Esofagogastroplastia**

**Exerese de paraganglioma**

**Gastrectomia parcial**

**Gastroplastia/Cirurgiabariátrica/Capella**

**Glossectomia**

**Hipofisectomia transesfenoidal**

**Histerectomia laparoscópica**

**Histerectomia vaginal**

| <b>ELABORADO POR:</b>                                            | <b>VALIDADO POR:</b>                                       | <b>DE ACORDO:</b>                                        | <b>DE ACORDO:</b>                            | <b>DE ACORDO:</b>                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 7/11</b>                       |

**Histectomia total abdominal**

**Laminectomia**

**Laparotomia ginecológica**

**Laringectomia total**

**Linfadenectomia retroperitoneal**

**Laqueadura tubária abdominal e vaginal**

**Laparotomia exploradora (LE)**

**Laparoscopia (Oclusão tubal e diagnóstica)**

**Mandibulectomia**

**Mastectomia radical**

**Mediastinoscopia**

**Nefrolitotomia percutânea**

**Nefroureterectomia**

**Miomectomia vaginal**

**Mastectomia**

**Mamoplastia / simetrização**

**Neovagina**

**Nefrostomia**

**Ooforoplastia**

**Ooforectomia ( retirada das trompas)**

**Prolapso vaginal / distopia vaginal**

**Pleurectomia**

**Prostatectomia**

**Prostatectomia radical**

**Prótese de Thompson**

**Ressecção de nódulo hepático**

**Ressecção de nódulo pulmonar**

**Ressecção de tumor de mediastino**

**Ressecção de tumor de vagina e reto**

**Ressecção de tumor endobronquico**

**Ressecção de tumor intra abdominal**

**Ressecção de tumor de partes moles em oncologia**

**Ressecção de vias biliares**

**Retossigmoidectomia laparoscópica**

**Revisão de prótese total de joelho**

**Ressecção transuretral de próstata**

**Reparo de fístula vesico-vaginal**

**Ressecção transcervical de endométrio**

**Salpingo-ooforectomia bilateral**

**Salpingoplastia**

**Timectomia**

**Transplante de fígado doador**

**Transplante de rim doador**

| <b>ELABORADO POR:</b>                                            | <b>VALIDADO POR:</b>                                       | <b>DE ACORDO:</b>                                        | <b>DE ACORDO:</b>                            | <b>DE ACORDO:</b>                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 8/11</b>                       |

**Terminação vaginal**

**Vaginectomia**

**Vulvectomy**

**Vaginoplastia / Colpoplastia / Perineoplastia**

**Videolaparoscopia ( endometriose)**

| <b>CIRURGIA PROPOSTA/SITUAÇÃO CLÍNICA</b>                  | <b>BOLSAS A SEREM<br/>CRUZADAS</b> |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Adenectomia hipofisária</b>                             | 2                                  |
| <b>Adrenalectomia</b>                                      | 1                                  |
| <b>Aneurisma de Aorta torácico</b>                         | 4                                  |
| <b>Aneurisma de Aorta abdominal</b>                        | 4                                  |
| <b>Aneurisma de Aorta Abdominal Endoprótese</b>            | 2                                  |
| <b>Aneurisma de Aorta Abdominal roto</b>                   | 4                                  |
| <b>Aneurisma de Aorta tóraco abdominal roto</b>            | 4                                  |
| <b>Amputação de perna</b>                                  | 1                                  |
| <b>Amputação de reto</b>                                   | 1                                  |
| <b>Artrodese de coluna</b>                                 | 1                                  |
| <b>Artroplastia de quadril</b>                             | 1                                  |
| <b>Artroplastia escápulo-umeral</b>                        | 1                                  |
| <b>Cardíaca congênita</b>                                  | 2                                  |
| <b>Cardíaca válvula</b>                                    | 2                                  |
| <b>Cistectomia radical</b>                                 | 1                                  |
| <b>Cistectomia radical + reservatório Ileal</b>            | 1                                  |
| <b>Cistoprostatectomia</b>                                 | 1                                  |
| <b>Cistectomia parcial+ neo bexiga ileal</b>               | 1                                  |
| <b>Colectomia</b>                                          | 1                                  |
| <b>Colectomia laparoscópica</b>                            | 1                                  |
| <b>Correção de escoliose</b>                               | 1                                  |
| <b>Cranioenostose</b>                                      | 1                                  |
| <b>Craniotomia para aneurisma</b>                          | 1                                  |
| <b>Duodenopancreatectomia</b>                              | 1                                  |
| <b>Embolectomia vascular/Exploração Arterial</b>           | 2                                  |
| <b>Enxerto/Bypass vascular (femural, poplíteo, ilíaco)</b> | 1                                  |
| <b>Esofagectomia</b>                                       | 1                                  |
| <b>Esofagogastrectomia</b>                                 | 1                                  |
| <b>Esplenectomia</b>                                       | 1                                  |

| <b>ELABORADO POR:</b>                                            | <b>VALIDADO POR:</b>                                       | <b>DE ACORDO:</b>                                        | <b>DE ACORDO:</b>                            | <b>DE ACORDO:</b>                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 9/11</b>                       |

|                                                                 |          |
|-----------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Fechamento de comunicação interventricular (CIV) pós IAM</b> | <b>2</b> |
| <b>Gastrectomia subtotal</b>                                    | <b>1</b> |
| <b>Gastrectomia total</b>                                       | <b>1</b> |
| <b>Gastroenteroanastomose</b>                                   | <b>1</b> |
| <b>Hemipcolectomia</b>                                          | <b>1</b> |
| <b>Hemipelvectomia</b>                                          | <b>2</b> |
| <b>Hepatectomia</b>                                             | <b>2</b> |
| <b>Histerectomia em oncologia</b>                               | <b>1</b> |
| <b>Laparotomia exploradora</b>                                  | <b>1</b> |
| <b>Lobectomia</b>                                               | <b>1</b> |
| <b>Maxilectomia</b>                                             | <b>1</b> |
| <b>Miomectomia</b>                                              | <b>1</b> |
| <b>Nefrectomia</b>                                              | <b>1</b> |
| <b>Nefrectomia radical</b>                                      | <b>1</b> |
| <b>Ooforectomia uni ou bilateral</b>                            | <b>1</b> |
| <b>Osteossíntese de fêmur</b>                                   | <b>1</b> |
| <b>Osteotomia</b>                                               | <b>1</b> |
| <b>Pancreatectomia corpocaudal</b>                              | <b>1</b> |
| <b>Pelveglossomandibulectomia</b>                               | <b>1</b> |
| <b>Pericardiotomia</b>                                          | <b>1</b> |
| <b>Prótese total de quadril</b>                                 | <b>1</b> |
| <b>Ressecção de tumor de pelve</b>                              | <b>1</b> |
| <b>Ressecção de tumor retroperitoneal</b>                       | <b>1</b> |
| <b>Retossigmoidectomia</b>                                      | <b>1</b> |
| <b>Revascularização do miocárdio</b>                            | <b>2</b> |
| <b>Revisão total de prótese de quadril</b>                      | <b>2</b> |
| <b>Toracofrenolaparotomia</b>                                   | <b>1</b> |
| <b>Toracotomia exploradora</b>                                  | <b>1</b> |
| <b>Transplante de fígado receptor</b>                           | <b>2</b> |
| <b>Transplante de pâncreas</b>                                  | <b>1</b> |
| <b>Transplante de rim receptor</b>                              | <b>1</b> |
| <b>Retirada extensa de tumor</b>                                | <b>2</b> |

| <b>ELABORADO POR:</b>                                            | <b>VALIDADO POR:</b>                                       | <b>DE ACORDO:</b>                                        | <b>DE ACORDO:</b>                            | <b>DE ACORDO:</b>                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 10/11</b>                      |

### ANEXO 3 – GRUPO 3

| <b>CIRURGIA PROPOSTA/SITUAÇÃO</b>                  | <b>BOLSAS A SEREM CRUZADAS</b> |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|
| Histectomia Radical (por neoplasia)                | 1                              |
| Laparotomia por câncer                             | 2                              |
| Miomectomia ( retirada de mioma uterino)           | 2                              |
| Vulvectomia radical com adenomegalia inguinal      | 1                              |
| Cirurgia realizada no feto intrauterino            | 2                              |
| Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) (CID O45) | 2                              |
| Gravidez ectópica                                  | 1                              |
| Gravidez ectópica róta (CID O00)                   | 2                              |
| Suspeita de acretismo placentário (CID O43)        | 4                              |
| Placenta prévia ou de inserção baixa (CID O44)     | 1                              |

## 9. MONITORAMENTO

Toda transfusão pode estar relacionada a eventos adversos, chamados reações transfusionais.

Para detalhes, ver Protocolo de Reações Transfusionais.

A Unidade Transfusional monitora as solicitações de reserva e a utilização das mesmas através dos índices de reservas cirúrgicas entregues em horários inadequados e índice de reservas cirúrgicas CH transfundidos/CH compatibilizados.

## 10. REFERÊNCIAS

1. American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Practice Guidelines for Perioperative Blood Management: An Updated Report. Anesthesiology 2015, Vol.122, 241-275
2. British Committee for Standards in Haematology (BCSH) Guidelines for implementa
3. Petz, L. D. The Surgeon and the transfusion service: Essentials of compatibility testing, surgical blood ordering, emergency blood needs, and adverse reactions. In: Spiess, BD, Counts, RB, Gould, SA. Perioperative Transfusion Medicine. Williams e Wilkins. 1998.
4. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANEXO IV, DE 2017. MINISTRO, M. D. S. G. D. DOU de DOU 2017.
5. St. James's Hospital. Maximum Blood Ordering Schedule List. Blood Product usage Committee. August 1, 2001.
6. St. James's Hospital. Transfusion of Red Blood Cells in Surgical Patients. Blood Product usage Committee. December 4, 2003.

| <b>ELABORADO POR:</b>                                            | <b>VALIDADO POR:</b>                                       | <b>DE ACORDO:</b>                                        | <b>DE ACORDO:</b>                            | <b>DE ACORDO:</b>                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |

|                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b> | <b>PRCE Nº 01</b>                      |
| <b>PROTOCOLO</b>                                             | <b>REV. 01</b>                         |
| <b>RESERVA CIRURGICA ESTADUAL</b>                            | <b>PRÓXIMA REVISÃO:<br/>08/05/2027</b> |
|                                                              | <b>PAG: 11/11</b>                      |

7. Technical Manual. 20th. Bethesda, Maryland: AABB, 2020.
8. The introduction of a maximum surgical blood order schedule. Clin. Lab. Haematol. 12; 321-327, 1990.
9. World Health Organization. Blood transfusion Safety. The Clinical use of blood in Medicine, Obstetrics, Pediatrics, Surgery & Anesthesia, Trauma & Burns. WHO, 2002.
10. Murphy MF, Palmer A. Patient blood management as the standard of care. <https://doi.org/10.1182/hematology.2019000063> acessado em 14 de outubro de 2020
11. Biboulet F, Motais C, Pencole M, Karan O, Dangelser G, Smilevich P, et al. Preoperative erythropoietin within a patient blood management program decreases both blood transfusion and postoperative anemia: a prospective observational study.
12. Transfusion. <https://doi.org/10.1111/trf.15900> acessado em 14 de outubro de 2020.
13. Zeller MP, Kaufman RM. Safeguarding the patient's own blood supply. JAMA 2019 321 (10):943-945.
14. World Health Organization (WHO). WHO global forum for blood safety: patient blood management [https://www.who.int/bloodsafety/events/gfbs\\_01\\_pbm/en/](https://www.who.int/bloodsafety/events/gfbs_01_pbm/en/) acessado em 08/10/2020.

## 11. HISTÓRICO DE REVISÕES

| Nº DA REVISÃO | DATA DA REVISÃO | ITEM ALTERADO | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO                                             | JUSTIFICATIVA                                                                                          |
|---------------|-----------------|---------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 00            | 08/05/2023      | N/A           | Elaboração inicial                                                 | Elaboração de Protocolo.                                                                               |
| 01            | 08/05/2025      | CABEÇALHO     | Acréscimo de Identidade Visual do SUS e Governo do Estado do Piauí | Acréscimo de conjunto sistematizado de elementos gráficos que identificam visualmente as instituições. |

| ELABORADO POR:                                                   | VALIDADO POR:                                              | DE ACORDO:                                               | DE ACORDO:                                   | DE ACORDO:                                         |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alessandra Maria<br>Cerqueira de Sousa<br>Gerente de Hematologia | Thaiza Graziella Duarte<br>Ferreira<br>Gestão da Qualidade | Brunna Eulálio Alves<br>Gerente Médica do<br>Ambulatório | Karina Nava de<br>Almeida<br>Gerente Técnica | Rafael Alencar Soares<br>de Souza<br>Diretor Geral |