

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.AGT.001	1 / 6
	RESERVA SANGUÍNEA PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS	Especialidade	Revisão
		Cirurgia, Obstetrícia e Anestesiologia	1

Objetivo

Padronizar um número de bolsas de sangue para reserva em procedimentos mais comumente realizados na Clínica Santa Helena. A padronização foi baseada em experiências de grandes serviços, recomendação da OMS, média de consumo nos procedimentos nos últimos anos e avaliação dos coordenadores cirúrgicos e protocolo de risco para hemorragia obstétrica. O objetivo é que o número de unidades reservadas seja o mais próximo possível das necessidades de transfusão, garantindo nível de segurança e evitando o desperdício.

Definições técnicas

A reserva de sangue deve ser realizada previamente ao procedimento, seguindo as orientações deste protocolo. Nosso protocolo trabalha com dois tipos de recomendações:

- a) Reserva de concentrado de hemácias (reserva sanguínea): para reserva, como rotina será feito pelo IHHS:
 - a. Tipagem Sanguínea (ABO/RhD)
 - b. Prova cruzada (contraprova): é realizada a prova de compatibilidade entre as hemácias do doador e o soro ou plasma do receptor. Uma bolsa compatível é aquela onde as hemácias do doador (antígeno) não serão destruídas pelo anticorpo presente no plasma do receptor (paciente).
 - c. Coombs Indireto (também conhecido como PAI - pesquisa de anticorpos irregulares, que são aqueles que também podem causar hemólise, não ligados ao ABO/Rh)
- b) TS + CI = tipagem sanguínea (ABO/Rh) + CI (Coombs indireto ou PAI). Devem ser solicitados em algumas situações, onde se entenda que não há necessidade de reserva de bolsa, mas aumenta a segurança do procedimento, pois já vai adiantando o que é necessário, para caso seja indicada transfusão

Executantes

Médicos, enfermeiro do CC e Técnico do Banco de Sangue

Materiais / Documentos necessários

- Formulário padrão para reserva de sangue: (FORM.DT.020) – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES;
- Solicitação em receituário para:
 - a. Tipagem sanguínea;
 - b. Coombs Indireto (PAI).

FUNÇÕES

Médico	Preencher formulário para reserva de sangue OU solicitar apenas tipagem + CI (PAI), conforme protocolo;
	Encaminhar a paciente previamente para coleta de amostra de sangue, seguindo critérios abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • De segunda à sexta, das 07h às 13h: Coleta realizada na agência transfusional da Clínica Santa Helena, localizada na unidade da Hermes Fontes; • De segunda à quinta, das 13h às 17h; sextas até 16 h: Coleta realizada na sede do Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe (IHHS), localizado na Rua Guilhermino Rezende, 187; • O tempo indicado para coleta de amostra para reserva cirúrgica é de até 72 horas antes do procedimento cirúrgico (BRASIL, 2016), respeitando um mínimo de 48 horas para pacientes ambulatoriais;
	Individualizar a solicitação com justificativa para pacientes com risco aumentado de sangramento;

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.AGT.001	2 / 6
	RESERVA SANGUÍNEA PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS	Especialidade	Revisão
		Cirurgia, Obstetrícia e Anestesiologia	1

	<ul style="list-style-type: none"> Discutir previamente com hematologista responsável pela Comissão de Hemoterapia da CSH;
Enfermeira da CSH	Quando existir paciente internada com reserva de hemocomponente, ou em casos de pacientes que não realizaram a reserva sanguínea previamente, em horários em que a agência transfusional estiver fechada, receber o pedido médico com a solicitação;
	Realizar a coleta da amostra de sangue;
	Encaminhar a amostra coletada e o formulário de solicitação para o IHHS;
	Receber os hemocomponentes do IHHS, quando agência transfusional estiver fechada;
	Armazenar as bolsas na agência transfusional ou encaminhar para uso da unidade;
Técnico do posto de coleta IHHS da CSH	Realizar a coleta de amostra;
	Encaminhar para realização do teste de compatibilidade;
	Receber os hemocomponentes do IHHS e acondicionar na agência transfusional da Clínica Santa Helena;
	Encaminhar o hemocomponente ao setor solicitante, no momento necessário;
Técnica de enfermagem/ enfermeira da marcação cirúrgica	<p>Confirmar com a funcionária do IHHS na Clínica Santa Helena, no dia anterior ao dia da cirurgia, a efetividade da reserva de sangue;</p> <ul style="list-style-type: none"> Caso a paciente não tenha realizado a coleta da amostra, entrar em contato com a mesma, solicitando sua presença na Clínica Santa Helena para coleta de sangue. Nestes casos, a enfermeira deverá realizar coleta e seguir o fluxo supracitado para encaminhamento da amostra ao IHHS.

RECOMENDAÇÕES PARA RESERVA SANGUÍNEA EM ADULTOS		
TIPO DE PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DE BOLSAS DE CONCENTRADO	RECOMENDADO SOLICITAR PELO MENOS TIPAGEM SANGUÍNEA + PAI (COOMBS INDIRETO) (se não for solicitado reserva de CH)
Parto (normal ou cesárea) com feto único sem cesárea prévia, sem hemorragia prévia ou hemofilia	Nenhuma	SIM
Parto com cesárea prévia (sem outros fatores de risco)	Nenhuma	SIM
Parto com fatores de risco moderado para hemorragia obstétrica: <ul style="list-style-type: none"> Obesidade materna (> 80 kg) Paridade: 4 ou mais partos prévios Infecção/corioamnionite atual História de hemorragia prévia 	01	Não precisa
Parto com fatores de risco ALTO para hemorragia obstétrica: <ul style="list-style-type: none"> DHEG grave Sangramento vaginal ativo antes do parto 	02	Não precisa

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.AGT.001	3 / 6
	RESERVA SANGUÍNEA PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS	Especialidade	Revisão
		Cirurgia, Obstetrícia e Anestesiologia	1

<ul style="list-style-type: none"> • Coagulopatia: Hemofilia e Doença de Von Willebrand • Uso de anticoagulantes • Plaquetas < 100.000 • Paciente instável (PAS < 85 x 60 mmHg) 		
Parto com distensão do útero: <ul style="list-style-type: none"> • Gemelaridade (2 ou mais) • Polidrâmnio • Previsão de feto > 4 kg 	01	Não precisa
Parto com DESCOLAMENTO de PLACENTA (alto risco para sangramento): DPP	02	Não precisa
Parto com alteração de PLACENTA (alto risco para sangramento): Placenta PRÉVIA ou de INSERÇÃO BAIXA	01	Não precisa
Gravidez ectópica	02	Não precisa
Abdominoplastia	Nenhuma	Não precisa
Amputação de Cérvix	Nenhuma	SIM
Aspiração de Cisto ovariano	Nenhuma	SIM
Anexetomia	Nenhuma	Não precisa
Bartholinectomia	Nenhuma	Não precisa
Colecistectomia convencional	Nenhuma	Não precisa
Colecistectomia laparoscópica	Nenhuma	Não precisa
Conização cervical	Nenhuma	Não precisa
Curetagem uterina	Nenhuma	Não precisa
Exérese de cisto de ovário	Nenhuma	Não precisa
Exérese de nódulo de mama	Nenhuma	Não precisa
Exérese de TU (tumor) de ovário	Nenhuma	SIM
Face (plásticas em geral)	Nenhuma	Não precisa
Hérnia inguinal	Nenhuma	Não precisa
Hérnia laparoscópica	Nenhuma	Não precisa
Histerectomia laparoscópica	Nenhuma	Não precisa
Histeroscopia	Nenhuma	Não precisa
HTA (histerectomia via abdominal)	02	Não precisa
HTV (histerectomia via vaginal)	01	Não precisa
Laparoscopia	Nenhuma	SIM
VLD (vídeo laparoscopia diagnóstica) ou VHD (vídeo histeroscopia diagnóstica)	Nenhuma	Não precisa
VLC (vídeo laparoscopia cirúrgica) ou VHC (vídeo histeroscopia cirúrgica)	Nenhuma	Não precisa
Laparotomia exploradora	02	Não precisa
Laparotomia ginecológica	Nenhuma	SIM
Laqueadura	Nenhuma	Não precisa
Lipoaspiração	Nenhuma	Não precisa
Mamoplastia	Nenhuma	Não precisa
Mastectomia	Nenhuma	SIM
Mastectomia radical	Nenhuma	SIM
Miomectomia	01	Não precisa

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.AGT.001	4 / 6
	RESERVA SANGUÍNEA PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS	Especialidade	Revisão
		Cirurgia, Obstetrícia e Anestesiologia	1

Ooforectomia	Nenhuma	SIM
Otoplastia	Nenhuma	Não precisa
Períneoplastia ou Correção de Incontinência ou Prolapso vaginal	Nenhuma	SIM
Prótese Mamária (implante, retirada ou reabordagem)	Nenhuma	Não precisa
Ressecção de TU de pelve	01	NÃO
Ressecção de TU de vagina e reto	Nenhuma	SIM
Ressecção de TU de vulva	Nenhuma	Não precisa
Retosigmoidectomia laparoscópica	01	Não precisa
Rinoplastia	Nenhuma	Não precisa
Salpingectomia	Nenhuma	Não precisa
Setorectomia de mama	Nenhuma	Não precisa
Tumor abdominal grande	02	Não precisa
Vaginoplastia	Nenhuma	Não precisa
Varizes (uni ou bilateral)	Nenhuma	Não precisa
Vulvectomia radical	01	Não precisa

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.AGT.001	5 / 6
	RESERVA SANGUÍNEA PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS	Especialidade	Revisão
		Cirurgia, Obstetrícia e Anestesiologia	1

RECOMENDAÇÕES PARA RESERVA SANGUÍNEA EM NEONATOLOGIA		
NÃO FAZER RESERVA FRACIONADA EM ML/KG, mas em UNIDADES !!!		
TIPO DE PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DE BOLSAS DE CONCENTRADO	NECESSÁRIO SOLICITAR TIPAGEM SANGUÍNEA + COOMBS INDIRETO SEPARADAMENTE
Abdome agudo cirúrgico (infeccioso: enterocolite, obstrutivo: Hirschsprung ou perfurado: pneumoperitônio)	01	NÃO
Atresia de Esôfago/Esofagostomia	01	NÃO
Cardíaca Congênita (exceto PCA)	02	NÃO
Cateter de Tenckhoff (diálise, instalação)	Nenhuma	NÃO
Cistostomia	Nenhuma	NÃO
Colostomia	01	NÃO
Criptorquidia ou Circuncisão	Nenhuma	NÃO
Drenagem de Abscessos Cutâneos	Nenhuma	NÃO
Drenagem de abscesso hepático	01	NÃO
Dreno de tórax (instalação)	Nenhuma	NÃO
DVP (derivação ventrículo-peritoneal) – instalação ou revisão	Nenhuma	NÃO
Extrofia de bexiga (cloaca)	01	NÃO
Funduplicatura a Nissen	01	NÃO
Gastrostomia	Nenhuma	SIM
Gastrosquise	01	NÃO
Hérnia Diafragmática (cirurgia)	01	NÃO
Hérnia Inguinal	Nenhuma	NÃO
Hipospádia	Nenhuma	NÃO
Laparotomia exploradora (brida, suspeita de obstrução, biópsia, etc)	01	NÃO
Laser para ROP (retinopatia)	Nenhuma	NÃO
Linfangioma	01	NÃO
MAC (má-formação adenomatosa cística) – cirurgia torácica de ressecção pulmonar	01	NÃO
Mielo/Meningocele (correção)	Nenhuma	NÃO
Onfalocele	Nenhuma	SIM
PCA (persistência do canal arterial) - ligadura	01	NÃO
Piloromiectomia (correção de EHP – estenose hipertrófia do piloro)	Nenhuma	NÃO
Traqueostomia	Nenhuma	NÃO
VUP – válvula de uretra posterior - cistostomia	01	NÃO

Observações
<ul style="list-style-type: none"> O médico não é obrigado a seguir a recomendação deste protocolo, mas deve ser notificado da existência do mesmo e caso se recuse a providenciar a reserva ou solicitar os exames previamente, conforme recomendado, a enfermeira do centro cirúrgico deverá notificar como não conformidade para registro e seguimento pelo diretor técnico;

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.AGT.001	6 / 6
	RESERVA SANGUÍNEA PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS	Especialidade	Revisão
		Cirurgia, Obstetrícia e Anestesiologia	1

- No caso de emergências (EXTREMA URGÊNCIA): onde não seja possível aguardar o tempo necessário para realização da tipagem + coombs indireto + contraprova (cerca de 1 hora e meia), o médico deve utilizar o sangue O negativo disponível no banco de sangue.

Referências bibliográficas

- Brunetta D. Protocolo da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC – Ceará, 2015
- Guia de Conduas Hemoterápicas – Hospital Sírio Libanês – 2ª edição, 2010
- O uso clínico do sangue na Medicina, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia, OMS
- OPAS – Estratégia Hemorragia Zero para prevenção e manejo das Hemorragias Obstétricas, 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 158 de 4 de fevereiro de 2016.

Anexos

Planilhas de recomendações inseridas no documento

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CARLOS GUIMARÃES Hematologista IHHS COMITÊ TRANSFUSIONAL CSH	ULLY MARIANE Coord. da Qualidade CSH
Data: 04/08/2020	Data: 20/09/2022	Data: 20/09/2022	Data: 26/09/2022
Assinaturas e carimbo:			

Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.	Protocolo ajustado após revisão em reunião de Comissão de Hemoterapia em 19 de setembro de 2022 e adaptação ao protocolo de Hemorragia Obstétrica	20/09/2022
2.		