**PO42   Adequação dos quadros MSBOS em função dos rácios CT**

Beatriz Soares(1); Margarida Marcelino(1); Ana Macêdo(1); Dialina Brilhante(1)

(1) IPO Lisboa

**INTRODUÇÃO**

A evolução da técnica cirúrgica e de hemostase originou uma diminuição das perdas hemáticas intraoperatórias, com redução das necessidades transfusionais. Não obstante, a reserva de componentes sanguíneos continua a ser uma prática comum. Frequentemente por não serem necessários, resultam em consumo fútil de recursos materiais e humanos, com custos económicos acrescidos. Os quadros Maximum Surgical Blood Order Schedule (MSBOS) pretendem ser guias de orientação padronizadas para a necessidade prevista de componentes sanguíneos, numa determinada cirurgia eletiva. No nosso hospital aplicam-se a doentes com hemoglobina ≥ 11 g/dL. Idealmente, devem ser elaborados institucionalmente com base nos seus dados reais de utilização de produtos de sangue, otimizando a articulação entre a Anestesiologia, Imuno-hemoterapia e especialidades cirúrgicas. Para cada procedimento cirúrgico podem sugerir reserva de unidades de concentrado eritrocitário (UCE), type& screen (T&S) ou nenhuma ação.

**MÉTODOS**

Foram revistos os dados dos anos 2021 e 2022, da nossa instituição, tendo-se comparado o número de pedidos de UCE de reserva para cada cirurgia com o número de transfusões efetuadas, calculando o rácio crossmatched/transfused (CT). Este deve ser inferior a 2, traduzindo a utilização de mais de 50% das unidades pedidas. Conforme o CT obtido para cada tipo de cirurgia, foram atualizados os quadros MSBOS para aproximar os pedidos de reserva de componentes sanguíneos às necessidades reais.

**RESULTADOS**

O rácio CT global (todos os doentes aplicáveis) foi superior a 2 em ambos os anos (2,14 e 2,19 respetivamente), indicando sobre-reserva. Os rácios mais elevados observaram-se em Otorrinolaringologia (2,9) e na Cirurgia de Cabeça e Pescoço (2,9). Os melhores, consistentemente inferiores a 2,0, foram a Ginecologia e a Cirurgia Geral.

Os quadros MSBOS foram atualizados no sentido de reduzir o número de cirurgias com indicação para reserva de UCE. Existiu uma diminuição do número de UCE a estudar e um aumento de T&S. As esofagectomias, esplenectomias, citorreduções de tumor do ovário, resseções de tumor da base do crânio e RTU-P passaram a T&S. Manteve-se a necessidade de estudo prévio de UCE nas exenterações pélvicas, resseções abdominoperitoneais, peritonectomias, resseções de tumores retroperitoneais e pélvicos, cirurgia major do pulmão, nefrectomias, cistectomias, prostatectomias, cirurgia de retalho livre, maxilectomias e resseções de tumores do corpo carotídeo (a maioria com reserva de apenas 1 UCE).

**CONCLUSÃO**

Existe oportunidade de melhoria do nosso rácio CT. A alteração dos quadros MSBOS, em função da gestão das necessidades dos componentes sanguíneos tem na sua génese o contributo essencial do anestesiologista.

Os MSBOS otimizados são um instrumento importante para a redução dos gastos excessivos e uma alocação mais eficiente dos recursos da instituição