

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