

permite reabilitação precoce e melhora a função protética. O uso de técnicas regionais, como cateter de nervo femoral, reduz dor aguda nas primeiras 72h pós cirurgia, especialmente dor ao movimento nas primeiras 24h. O uso do bloqueio femoral está associado a menores escores de dor moderada e severa, bem como redução no consumo de morfina no pós-operatório. Há na literatura poucos relatos de efeitos adversos graves como: extenso hematoma na vigência de anticoagulação, parestesia prolongada em face anterior da coxa e queda. Não há relato de toxicidade por anestésico local ou aumento na retenção urinária. Benefícios dos bloqueios de nervos periféricos como componentes de esquema multimodal de analgesia incluem menor incidência de sedação, náuseas e vômitos, redução do tempo de permanência hospitalar e prevenção de dor crônica. Unitermos: Analgesia; Pós-operatório; Cateter nervo femoral.

P1335

Análise das complicações pós-operatórias em até 30 dias através do questionário POMS (Postoperative Morbidity Survey)

Marina Boff Lorenzen, Mariana Linck Berto, Giuliano Machado Danesi, Katherine Coelho Gonçalves, Claudia de Souza Gutierrez, Luciana Cadore Stefani - HCPA

Introdução: Entender as complicações no período perioperatório é fundamental para planejar e implementar estratégias que impactem em melhorias na qualidade assistencial. O uso da escala POMS (Postoperative Morbidity Survey) é sugerido para uniformizar pesquisas científicas e servir como indicador da qualidade assistencial. Nosso objetivo é avaliar a incidência de complicações pós-operatórias e óbitos através da Escala POMS em um hospital universitário. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo em pacientes acima de 16 anos, submetidos a cirurgias não-cardíacas no período de junho a dezembro 2016. Informações referentes à cirurgia, às condições clínicas no pré-operatório e à presença de complicações no pós-operatório no terceiro e sétimo dias foram avaliadas, utilizando a Escala POMS. **Resultados:** 775 cirurgias foram analisadas, 58% mulheres, 84% cirurgias eletivas, havendo 7 mortes perioperatórias em 30 dias (1%). Cirurgias consideradas de alto risco (intrabdominais, vasculares ou intra-torácicas) totalizaram 40% da amostra. Os pacientes foram classificados, de acordo a Classificação ASA: ASA 1 (11%), ASA 2 (52%), ASA 3 (34%), ASA 4 (2,6%), ASA 5 (0,1%). As complicações pós-operatórias no terceiro dia: Febre ou uso de antibiótico (19%), Oligúria (19%), Dor forte (16%), Intolerância à dieta (5%), Alterações Pulmonares (3,6%), Alterações neurológicas (2,6%), Complicações Cardíacas (1,6%). No sétimo dia de pós-operatório foram verificados Febre ou Uso de Antibiótico (11,14%), Oligúria (5,5%) e Complicações Neurológicas (2,2%). **Conclusões:** O resgate eficiente das complicações no perioperatório tem sido associado a redução de mortalidade(1). Essa coorte proporcionou o conhecimento das complicações no perioperatório de um Hospital Universitário do SUS. As complicações infecciosas e renais foram as mais frequentes no terceiro e sétimo dia. Complicações cardíacas e pulmonares, apesar de serem associadas a maior morbimortalidade, foram menos frequentes. Isso pode-se dever à melhoria na avaliação clínica e monitorização. Linhas de assistência para prevenção de complicações infecciosas e renais devem ser implementadas para melhorar desfechos. Unitermos: Complicações pós-operatórias; POMS.

P1385

Mapeamento, inventário e priorização de riscos assistenciais do macroprocesso anestésico do serviço de anestesia e medicina perioperatória (SAMPE), na unidade do bloco cirúrgico (UBC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Paulo Ricardo Assis de Souza, Ana Paula Etges, Túlio Macário Graccho Serrano, Lara Both Palazzo, Elaine Aparecida Felix, Luciana Paula Cadore Stefani, Deborah Kotek Selistre, Rafael Soldatelli Claudino, Renato Budzyn David, Gilberto Braulio - HCPA

Introdução: Anestesiologia como especialidade focada no cuidado ao paciente cirúrgico é uma área facilitadora da intervenção diagnóstica e/ou terapêutica, portanto os riscos associados à mesma devem ser mínimos, porém nunca serão inexistentes. Na busca de melhorar a segurança do paciente, conhecer os riscos permite tratá-los ou mitigá-los antes que eles se materializam em eventos adversos. **Objetivos:** identificar, classificar e priorizar riscos assistenciais do macroprocesso anestésico desde a admissão do paciente na sala de preparo até a alta da sala de recuperação pós-anestésica. **Métodos:** Estudo exploratório, descritivo e prospectivo, na perspectiva qualitativa. A identificação dos riscos foi feita por consenso obtidos de reuniões com anestesistas do SAMPE. Dezesseis anestesistas, por entrevistas individuais, pontuaram os riscos do processo do transoperatório utilizando a Matriz de Riscos 4x4 (Probabilidade x Gravidade); números de risco ≥ 12 foram considerados os mais críticos. Estes também responderam a 4 questões abertas. **Resultados:** O mapa do macroprocesso anestésico possui 5 processos: Fase Pré-anestésica, Transporte do preparo à Sala Cirúrgica, Transoperatório, Transporte para sala de recuperação (SR) e Pós-operatório. Foi identificado e inventariado riscos assistenciais (n=432), dividido em subgrupos (n=28). Os riscos prioritários do transoperatório foram: 1. Riscos na indução anestésica; 2. Tarefas e desempenho da equipe cirúrgica; 3. Complicações cirúrgicas; e 4. Complicações clínicas. Identificou-se pontos carentes para melhoria do processo de trabalho: medidas administrativas e de documentação (28,2%), pressão da equipe cirúrgica para início da cirurgia (11%), aplicação do check-list (11%) e qualidade da avaliação pré-anestésica (8,7%). Para melhorar a eficiência da unidade, mais de 85% são ações administrativas, de comunicação e organização de escala. O processo anestésico pode falhar dependendo da avaliação pré-anestésica para 30,4% dos entrevistados e por falha de comunicação entre equipes por 21,7%. **Conclusões:** A identificação de riscos prioritários num processo de trabalho estabelece onde devem ser dirigido os esforços para a implementação de melhorias para superar as lacunas, prevenindo a ocorrência de eventos adversos que fragilizam a assistência e a segurança do paciente. Apoio financeiro: FIPE/GPPG-HCPA. Unitermos: Segurança do paciente; Anestesia; Gestão de riscos.

P1396

Validação da escala preditora de estresse pré-operatório B-MEPS em uma coorte prospectiva de pacientes submetidos a cirurgias de médio e grande porte no HCPA

Carolina Lourenzon Schiavo, Luciana Cadore Stefani, Wolnei Caumo, Anelise Schifino Wolmeister, Kahio Cesar Kuntz Nazario, Fabian Jonas Nickel, Andressa Souza, Stela Mariz de Jesus Castro - HCPA

INTRODUÇÃO: A associação entre estresse psicológico e desfechos no perioperatório como dor aguda, qualidade de reabilitação e tempo de internação representa um vasto campo a ser explorado. A Escala B-MEPS foi desenvolvida pelo grupo de pesquisa de Dor e Neuromodulação do HCPA, com objetivo de identificar e mensurar o estresse psicológico pré-operatório. Construída com base em 4 instrumentos clássicos que avaliam carga emocional negativa e aspectos psíquicos como ansiedade, depressão e expectativa

de futuro, a Escala B-MEPS consiste em um questionário (15 ítems facilmente aplicáveis) que avalia o traço latente de estresse psicológico no pré-operatório. OBJETIVOS: Realizar a validação prospectiva concorrente da Escala Preditora de Estresse Pré-Operatório B-MEPS com a escala já validada Questionário de Sensibilização Central, as quais avaliam constructos semelhantes. Além disso buscou-se avaliar a correlação da escala B-MEPS com desfechos relacionados a dor aguda no pós-operatório, qualidade de reabilitação e tempo de internação. MÉTODOS: Estudo de coorte prospectivo realizado com pacientes entre 18 e 70 anos submetidos a procedimentos cirúrgicos de médio a grande porte no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período entre março 2017 e março 2018. No pré-operatório foram coletadas variáveis referentes a aspectos psíquicos e uso de medicações, aplicados a Escala B-MEPS e o Questionário de Sensibilização Central. No pós-operatório, os pacientes foram acompanhados até a alta hospitalar (avaliação do tempo de internação) e dados referentes a dor aguda, consumo diário de morfina e Escala de Reabilitação Pós-Operatória foram coletados. RESULTADOS: A Escala B-MEPS apresentou moderada correlação positiva com o Questionário de Sensibilização Central ($r=0,480$ $p<0,001$) e com a quantidade de medicamentos psicoativos consumidos ($r=0,289$ $p<0,001$). Não houve correlação da Escala B-MEPS com a dor aguda pós-operatória, Escala de Reabilitação Pós-Operatória ou tempo de internação. CONCLUSÕES: A Escala B-MEPS apresentou validação concorrente positiva com o Questionário de Sensibilização Central, confirmando a sua capacidade de discriminar pacientes com perfil psíquico complexo no perioperatório. A mesma não se correlacionou com outros desfechos clínicos negativos medidos a curto prazo no pós-operatório. Com objetivo de otimizar o manejo perioperatório dos pacientes, prospecta-se estudar intervenções para redução do estresse e seu impacto a curto, médio e longo prazos. Unitermos: Estresse psicológico; Dor aguda pós-operatória.

P1425

Análise de custos da colecistectomia robótica por portal único (Davinci Single Site) - resultados preliminares

Sofia Michele Dick, Marcelo Costamilan Rombaldi, Thamyres Zanirati dos Santos, Henrique Rasia Bosi, João Vicente Machado Grossi, Leandro Totti Cavazzola - HCPA

Introdução Desde a década de 90 a colecistectomia (CCT) videolaparoscópica (VLP) é padrão-ouro no tratamento de colelitíase sintomática, associada a diminuição de morbidade e dor pós-operatórias quando comparada à cirurgia aberta, resultado estético razoável e recuperação precoce. Entretanto, se continuou buscando uma técnica que possa ser superior, sendo desenvolvida a técnica da colecistectomia por portal único assistida por robô - definida pela literatura como segura, factível e, na realidade norte americana, com custo semelhante à VLP. Métodos As cirurgias foram realizadas por cirurgião único. Materiais cirúrgicos fornecidos pela empresa H. Strattner, sem custo adicional ao HCPA para qualquer material excedente ao usado na CCT VLP. Feita capacitação de equipe para adequado manejo dos instrumentos e registro de dados e materiais utilizados nas cirurgias. Selecionados pacientes de amostra de conveniência do ambulatório de cirurgia geral do HCPA com indicação de colecistectomia. Realizada avaliação dos pacientes em diferentes tempos quanto a satisfação com procedimento, resultado estético, dor, complicações. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o nº 16-0253. Resultados Analisados 22 pacientes, todas mulheres com média de 42 anos de idade e IMC médio de 30,6. Pelos sintomas, 63,6% haviam procurado a emergência e 41% faltado ao trabalho. O tempo operatório médio foi 68 minutos. Houve uma conversão para técnica VLP por segurança na dissecação e identificação das estruturas. Complicações pós operatórias imediatas: cefaleia, náuseas e baixa aceitação de dieta oral. Após 1 mês, pacientes demonstraram um grau de satisfação de 9,6, média de dor 2 e satisfação com resultado estético 8,4. Houve 3 complicações tardias: um seroma de ferida operatória (FO), uma infecção de FO e uma hérnia incisional, já corrigida. Quanto à análise de custos, o custo total médio, sala mais instrumental, da colecistectomia por robô foi de R\$ 4245,65, enquanto o da CCT VLP é de R\$ 353,88. Conclusão A taxa de sucesso da cirurgia e tempo operatório médio foram similares à literatura. Não houve complicações transoperatórias maiores, como sangramento ou lesão de via biliar. Essa técnica possui aplicação restrita na saúde pública, uma vez que seu custo é cerca de 12 vezes maior que a CCT padrão, podendo ser uma alternativa segura em pacientes de saúde suplementar ou particular que procuram benefício estético, tendo em vista que não há aumento de complicações. Unitermos: Colecistectomia assistida por robô.

P1437

Manejo da via aérea difícil em pediatria

Anelise S. Wolmeister, Ana Lúcia C. Marins, Letícia Cunha da Rosa, Carolina Alboim, Rogério Sivleira Martins, Luciana Cadore Stefani - HCPA

Introdução: O manejo da via aérea pediátrica é fundamental na prática anestésica, de terapia intensiva e emergência. Alterações anatômicas e funcionais são previamente reconhecidas em 80% dos casos de via aérea difícil (VAD). Entretanto, situações não previstas levam a múltiplas tentativas de intubação traqueal e hipoxemia, complicações severas e de alta morbidade. Técnicas e equipamentos têm evoluído aumentando as chances de sucesso no manejo de situações críticas tanto de intubação traqueal (IT) quanto de ventilação sob máscara facial (VMF). Contudo, a ampla diversidade de condutas e conceitos sobre o tema em pediatria, mesmo em mãos experientes, torna o manejo da VAD um desafio para o anestesista. Objetivos: Criação de um protocolo para o manejo da VAD em anestesia pediátrica, adaptado à realidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em termos de equipamento e logística. A uniformização de condutas adequadas e subsequente treinamento visa reduzir danos e melhorar a segurança do paciente. Métodos: Para o gerenciamento deste processo foram utilizadas as seguintes estratégias: 1. Busca de dados na literatura acerca do manejo da via aérea difícil prevista e não prevista (dificuldade IT, VMF e não ventilo/não intubo) em pediatria. 2. Participação em cursos nacionais e internacionais de atualização no tema. 3. Criação de 4 protocolos de adaptados à realidade do HCPA. 4. Treinamento do corpo clínico através de simulações, seguindo tais protocolos para reduzir a taxa de complicações na VAD pediátrica. Resultados: Ao contrário do manejo da VAD no adulto, a maior causa de VAD na criança é causa funcional (ex: laringoespasmó, broncoespasmó, plano anestésico inapropriado, etc). Dessa forma, propusemos o manejo da VAD apresentando 4 fluxogramas: 1 - dificuldade de VMF, 2 - dificuldade de Intubação traqueal (IT), 3 - situação não oxigênio não intubo e 4 - via aérea difícil prevista. Conclusões: São escassos dados baseados em evidência abordando o manejo da VAD tanto prevista quanto inesperada em pediatria. As publicações limitam-se basicamente a opiniões de especialistas e relatos de casos. Embora seja um tema de suma importância, ainda carece de estudos que determinem uma conduta uniformizada e definitiva. Assim, torna-se mandatória a criação de um material adequado à nossa realidade bem como sua divulgação e treinamento dos profissionais envolvidos, a fim de melhorar nosso desempenho assistencial. Unitermos: Via aérea difícil; Pediatria; Algoritmos.