

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 oxigeno 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.