

Julho/2017 e Janeiro/2020. Considerou-se alto risco aqueles com probabilidade de morte > 5% pelo modelo de risco Ex-Care. Comparou-se dois grupos conforme a alocação pós-operatória: cuidados em UTI ou unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) seguida de enfermaria padrão. O desfecho primário foi mortalidade intra-hospitalar em até 30 dias após a cirurgia. Desfechos secundários incluíram complicações, reinternação hospitalar, reintervenção cirúrgica não planejada e failure-to-rescue. Realizou-se regressão logística multivariada para identificar preditores independentes associados ao desfecho primário, na amostra total e no subgrupo sem indicação inequívoca de UTI (necessidade de suporte ventilatório e/ou hemodinâmico). A alocação em UTI foi considerada uma variável preditora a ser incluída no modelo. Resultados: Incluiu-se 1431 pacientes, sendo 250 (17.47%) encaminhados à UTI no pós-operatório (PO). Nesse grupo houve maior proporção de ASA IV e V e de pacientes com câncer e sepse. A mortalidade intra-hospitalar em 30 dias foi de 28% para o grupo UTI versus 8,9% para o grupo URPA. Análise do subgrupo sem indicação inequívoca de UTI no PO imediato demonstrou não haver efeito independente dessa variável e da mortalidade. Ademais, a mortalidade foi semelhante entre os alocados na UTI versus URPA (4,8 vs 4,6%); os fatores independentes associados a óbito foram insuficiência renal PO, sepse, cirurgia não-eletiva, anemia e câncer. Conclusão: A alta mortalidade em pacientes admitidos diretamente na UTI no pós-operatório está associada ao seu perfil de gravidade. Em análise de subgrupo sem necessidade de suporte hemodinâmico ou ventilatório não houve diferença em mortalidade nos pacientes alocados em UTI em comparação à URPA padrão.

2696

ARMAZENAMENTO E USO DE HEMOCOMPONENTES PARA PACIENTES EM TRANS-OPERATÓRIO NO CENTRO CIRÚRGICO

CATEGORIA DO TRABALHO: PRÁTICAS INSTITUCIONAIS INOVADORAS

Luciana Bjorklund de Lima, Liege Lunardi, Silvia Regina Pereira Roveda, Gilberto Braulio
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: A transfusão de componente sanguíneo incorreto é o mais importante erro evitável, associado a falha na identificação do paciente e do hemocomponente. Para pacientes submetidos a cirurgia que necessitam de hemocomponentes no trans-operatório, é essencial executar etapas de verificação que contribuam para a segurança transfusional. **Objetivo:** Descrever as melhorias implementadas no armazenamento e uso de hemocomponentes para pacientes no trans-operatório de um centro cirúrgico em um hospital universitário. **Metodologia:** A câmara de armazenamento disponível no centro cirúrgico para hemocomponentes foi reorganizada, sendo instalado no seu interior um cesto metálico para cada sala cirúrgica, e para cada cesto feito a divisão em turnos manhã e tarde. Os hemocomponentes reservados para os pacientes são encaminhados para o centro cirúrgico e dispostos na câmara de armazenamento dentro de cada cesto de acordo com a sala cirúrgica e turno, conforme agendado em escala cirúrgica. Para a retirada do hemocomponente da câmara de armazenamento a ser utilizado para o paciente, foi instituído um painel de identificação para realizar a dupla checagem e rastreamento, onde constam os seguintes dados: identificação por meio de etiqueta com nome do paciente e número do prontuário, número da sala cirúrgica, tipo e quantidade de hemocomponentes retirados e identificação do profissional que os retirou com assinatura e cartão ponto. O profissional registra a retirada do hemocomponente da câmara de armazenamento no painel de identificação, realizando dupla checagem com a etiqueta de identificação do paciente e com a etiqueta de identificação do hemocomponente. O profissional que irá administrar o hemocomponente é a última barreira para detecção de erros antes da transfusão, e quando realizada pela equipe de perfusionistas em cirurgias com circulação extra-corpórea, a dupla checagem é realizada junto ao médico anestesiológico. **Considerações:** A implementação das melhorias no armazenamento e uso de hemocomponentes no centro cirúrgico trouxe impacto positivo no processo de trabalho da equipe assistencial, facilitando a localização dentro da câmara de armazenamento e certificando a retirada para uso do hemocomponente correto para o paciente certo. Etapas de verificação orientam os passos que os profissionais devem seguir para garantir segurança mínima aos pacientes, diminuindo, assim, os erros relacionados a transfusão de hemocomponentes.