

P1265**Impacto de um serviço de dor aguda pós-operatória no tempo de hospitalização em hospital universitário no sul do Brasil**

Paulo Ricardo Assis de Souza, Paulo Eduardo Schmitz, Gabriela Kroeff Schmitz, Túlio Macário Graccho Serrano, Francisco Krum, Letícia Uzeika, Lara Both Palazzo, Elaine Aparecida Felix, Luciana Paula Cadore Stefani, Wolnei Caumo - HCPA

Introdução: A Sociedade Americana de dor endossa hospitais a organizarem Serviços de Dor Aguda (SPA) para um cuidado mais eficiente, assim como para aferir seu impacto em desfechos mensuráveis. A criação deste tipo de serviço tem se difundido ao redor do mundo. No entanto, o seu real impacto com relação a custos e desfechos como o tempo de hospitalização não tem sido adequadamente avaliados, considerando-se os múltiplos potenciais confundidores. Sendo assim, o presente estudo comparou o período de estadia hospitalar entre pacientes submetidos a cirurgias de grande porte manejados por um time multidisciplinar de SPA, com uma coorte compatível de indivíduos com os mesmos procedimentos cirúrgicos durante o mesmo período que tiveram sua dor pós-operatória manejada pelo time cirúrgico. **Objetivos:** Avaliar o tempo de internação hospitalar e o impacto do Serviço de Dor Aguda em pacientes submetidos a cirurgia de grande porte comparado com pacientes submetidos a cirurgia de mesmo porte que receberam o cuidado pós-operatório padrão da equipe cirúrgica assistente. **Métodos:** Coorte naturalista retrospectiva que incluiu 1007 pacientes, maiores que 18 anos, do sexo masculino e feminino, e que foram submetidos a cirurgias de grande porte eletivas com abertura de cavidade (cirurgias proctológicas e torácicas) e cirurgias ortopédicas (artroplastia de joelho e quadril). A Base de Dados Eletrônica compreendeu os anos de 2011 a 2015 em um Hospital Universitário no sul do Brasil. **Resultados:** Foram avaliados retrospectivamente 1007 pacientes [cirurgia proctológica 524 (52%), cirurgia torácica 212 (21,1%) e cirurgia ortopédica 271 (26,9%)]. Através de uma regressão multivariada seguida pela técnica de entrada, foi possível encontrar que o uso de analgesia epidural contínua e uso de opioide neuroaxial diminuiu o tempo de internação hospitalar em 0,5 e 0,8 dias respectivamente. E, uma vez que estas duas técnicas são os principais alvos do nosso SPA, indiretamente podemos afirmar que nosso time de dor aguda tem papel relevante no tempo de internação hospitalar. **Conclusão:** Tais achados suportam a hipótese de que um cuidado mais próximo no manejo da dor em pacientes submetidos a cirurgias com maior propensão a dor pós-operatória severa reduz o tempo de internação hospitalar. **Apoio financeiro:** FIPE/GPPG-HCPA, CNPq, CAPES. **Unitermos:** Serviço de dor aguda; Tempo de internação hospitalar; Cirurgia.

P1268**Estimulação transcraniana de corrente contínua associada à analgesia hipnótica em dor experimental aguda: resultados preliminares de um ensaio randomizado controlado**

Franciele Pereira dos Santos, Bruno Schein Cavalheiro Corrêa, Maxciel Zortea, Gerardo Beltran Serrano, Wolnei Caumo - HCPA

Introdução: Estudos demonstraram que técnicas neuromoduladoras são ferramentas promissoras no tratamento da dor crônica. Dentre essas, a estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) pode reduzir níveis de dor em síndromes de dor crônica atuando em regiões corticais e subcorticais envolvidas nos processos de neuroplasticidade maladaptativa e disfunção da percepção de dor. A hipnose é outra técnica neuromodulatória que atua na modulação descendente do fenômeno e pode reduzir a atividade em diversas áreas supraespinhais componentes da matriz da dor. **Objetivo:** Avaliar o efeito do uso sinérgico de ETCC e analgesia hipnótica sobre a percepção de dor por meio do Quantitative Sensory Testing (QST), Conditioned Pain Modulation (CPM) task e do Cold Pressor Test (CPT). A hipótese é que as intervenções combinadas potencializarão os efeitos analgésicos. **Métodos:** Estudo clínico randomizado cruzado controlado por sham, que incluiu 20 mulheres hígdas, idade entre 18 e 45 anos e com alta pontuação na Escala de Suscetibilidade Hipnótica de Waterloo-Stanford (8-12 pontos). Essas foram randomizadas em 2 grupos que realizaram duas intervenções de modo cruzado, em paralelo e com intervalo médio de 7 dias: 1) ETCC ativa+hipnose(n=5) e ETCC sham+hipnose(n=5); 2) ETCC ativa(n=5) e Hipnose(n=5). Na ETCC ativa, o ânodo foi direcionado ao córtex dorso lateral pré-frontal (CDLPF) esquerdo e o cátodo na mesma região à direita, com intensidade de 2mA por 20 mins. Na ETCC sham, a corrente foi desligada após 30s. A sessão de analgesia hipnótica consistiu em uma indução de 20 mins. Antes e após cada intervenção, foram aplicados o QST (tolerância máxima à dor), o CPM-task (sistema modulatório descendente da dor) e o CPT (tolerância máxima ao frio). **Resultados:** A partir da análise de variância multivariada, observou-se que o tempo total de permanência da mão na água fria foi maior para a intervenção ETCC ativa+hipnose em comparação as demais ($p=0,001$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,35$). Já a ETCC-ativa apresentou maior tolerância térmica durante o QST quando comparada as intervenções ETCC ativa+hipnose e ETCC sham+hipnose ($p=0,008$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,26$). **Conclusão:** A partir dos resultados, pondera-se que a ETCC anodal sob o CDLPF tenha um papel analgésico evidenciado por aumento da tolerância térmica. A analgesia hipnótica parece exercer um efeito sinérgico, porém isto é dependente do tipo de estímulo nociceptivo e, conseqüentemente, das vias e sistemas de sensação e percepção de dor. **Unitermos:** Estimulação transcraniana de corrente contínua ; Hipnose; Dor.

P1273**Manejo da dor aguda pós-operatória em artroplastia total de joelho: bloqueio contínuo de nervo femoral**

Carolina Lourenzon Schiavo, Kahio Cezar Kuntz Nazario, Simone Maria Guske Petry, Patricia Wajnberg Gamermann, Luciana Cadore Stefani - HCPA

Introdução: A artroplastia total de joelho (ATJ) é um procedimento com extenso trauma tecidual, necessitando abordagem multimodal para o controle adequado da dor aguda pós-operatória. Neste contexto, o uso do bloqueio femoral contínuo tem sido utilizado com sucesso para otimizar analgesia. **Caso:** Paciente feminina, 74 anos, diabética, com transtorno de ansiedade, internou para cirurgia eletiva de ATJ à direita. No pré-operatório, apresentava escore 8 na escala análogo-visual de dor (EAV). Realizado anestesia subaracnóideia com bupivacaína pesada 15mg e morfina 0,1mg. No término do procedimento cirúrgico, realizado bloqueio nervo femoral guiado por USG, com agulha Tuohy 16 e inserido cateter peridural, devido à inexistência de kit específico para bloqueios contínuos no HCPA. Agulha introduzida paralelamente ao transdutor e após ultrapassar a fáscia ilíaca, injetado anestésico local e inserido o cateter, sem resistência, 3-4cm além da ponta da agulha, posicionado abaixo do nervo. Paciente permaneceu por 3 dias com infusão contínua de bupivacaína 0,125% a 5mL/h. Durante o acompanhamento apresentou EAV 0 no repouso e 3 ao movimento, com hipoestesia em face ântero-medial da coxa e joelho. O controle da dor foi satisfatório durante a fisioterapia ativa e passiva, sem necessidade de bolus adicional. A analgesia multimodal incluiu paracetamol 500mg 6/6h, dipirona 2g 6/6h, codeína 30mg 6/6h. Não foi necessário uso de morfina venosa de resgate. A alta hospitalar ocorreu no terceiro dia pós-operatório, com alto grau de satisfação. **Discussão:** Diversas variáveis influenciam a recuperação no pós-operatório da ATJ. O controle efetivo da dor

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