

de vida dos pacientes. As pálpebras, bochechas e lábios são estruturas que desempenham um papel primordial na expressão facial, e reconstruções que consigam reestabelecer a funcionalidade do nervo lesado podem impactar positivamente na recuperação desses pacientes. A cirurgia reparadora de paralisia facial associa técnicas estáticas, que procuram proporcionar simetria em repouso, a técnicas dinâmicas, que oferecem retorno (total ou parcial) do movimento. As técnicas microvasculares com retalhos livres e anastomoses nervosas tornaram-se elegíveis na atualidade, permitindo a recuperação de movimentos na face, e o uso do retalho anterolateral da coxa (ALT) permite esse resultado. Apresentação do caso: paciente de 61 anos, sexo feminino, apresentou diagnóstico anatomopatológico e imuno-histoquímica de melanoma cutâneo desmoplásico, sendo submetida à reconstrução microcirúrgica com retalho livre anterolateral da coxa (ALT) miocutâneo, incluindo o músculo vasto lateral e seu pedículo neurovascular, cuja anastomose para reinervação foi realizada com um dos ramos do nervo facial. A evolução da paciente foi satisfatória, entretanto, houve necessidade de reintervenções posteriores para redução de volume, liberação de retrações cicatriciais e correção de ectrópio da pálpebra inferior direita. Após três meses de acompanhamento, a paciente apresentou os primeiros sinais de reinervação motora. Discussão e conclusão: A reconstrução com retalho ALT é uma opção terapêutica versátil em cirurgia reconstrutiva, sobretudo quando há necessidade de transferência tecidual associada à reconstrução nervosa, como para os casos de paralisia facial e outras reconstruções de cabeça e pescoço. Esse retalho, particularmente, foi priorizado em procedimentos microcirúrgicos em detrimento de outros, como latíssimo do dorso ou reto femoral, devido a sua grande possibilidade de aplicações clínicas e a sua baixa morbidade no que diz respeito à área doadora. Os benefícios da reconstrução funcional com retalhos livres reinervados superam amplamente aos da reconstrução com retalhos locais ou livres sem inervação restabelecida, devendo ser considerados em pacientes com tumores extensos em cabeça e pescoço.

2349

EXTRAINDO INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS DO LOCAL DE ORIGEM, COM BASE NO CEP, DE PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

CATEGORIA DO TRABALHO: PESQUISA

Paulo Corrêa da Silva Neto, Luciana Paula Cadore Stefani, Aline Zanella, Luiza Nabarro, Nicholas Travi, Giulia Bobisch Martins

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: Estudos populacionais mostraram haver correlação entre as características socioeconômicas e os desfechos cirúrgicos quando comparam-se a países com níveis de desenvolvimento diferentes. Modelos de predição de risco em saúde podem estar sujeitos a vieses por fatores sociais. Metodologia: A partir do CEP, foram mapeados por aproximação a localização de origem de coorte de pacientes submetidos a procedimentos no HCPA entre 2015 e 2019. Características de subáreas dentro dos municípios foram obtidas de fontes públicas do Atlas Brasil, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O ponto médio da região de referência do CEP teve sua coordenada geográfica determinada e utilizando-se técnicas de ciência de dados, as coordenadas foram vinculadas aos dados do IPEA. Para cada área geográfica, foram extraídas informações socioeconômicas do ano de 2010 (Índice de Gini, Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM), de Longevidade, Renda e Educação). Resultados: Foram incluídos 62223 pacientes no período estudado, 83% da amostra foi atendida pelo SUS. A média de idade dos pacientes foi de 50,3 (DP 18,5), 38,1% eram do sexo masculino, 14,5% tinham até o primeiro grau completo, 24,8% até o segundo grau e 9,6% ensino superior. Pessoas autodeclaradas brancas compreenderam 86,4% da amostra, pretas 8,9%, pardas 4,6%. O índice Gini médio foi de 0,45 (DP 0,05), IDHM médio foi de 0,770 (DP 0,09), IDHM de Longevidade médio de 0,862 (DP 0,049), IDHM de Renda médio foi de 0,780 (DP 0,097) e o IDHM de Educação foi de 0,683 (DP 0,12). A taxa de mortalidade geral na amostra foi de 4,6%. Nenhum dos fatores sociais esteve associado estatisticamente com a mortalidade na amostra. Conclusão: A obtenção de dados socioeconômicos a partir do CEP é factível, e a incorporação de dados a partir de fontes públicas a modelos de risco pode contribuir para controlar para fatores sociais determinantes das condições de saúde de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. A amostra estudada apresentou níveis médios a altos de desenvolvimento socioeconômico, com uma predominância de população atendida pelo sistema

único de saúde. O índice de Gini médio representou uma condição intermediária de desigualdade social na população estudada.

2372

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: ANALISANDO A CORRELAÇÃO DE DUAS FORMAS DE CATEGORIZAR OS PORTES

CATEGORIA DO TRABALHO: PESQUISA

Paulo Corrêa da Silva Neto, Luciana Paula Cadore Stefani, Aline Zanella, Luiza Nabarro, Giulia Bobisch Martins, Nicholas Travi, Sávio Cavalcante Passos
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: Entender o risco específico dos procedimentos cirúrgicos pode contribuir para melhorar o cuidado perioperatório, reduzir eventos adversos e custos. Recentemente foi desenvolvido um escore de risco utilizando categorização de procedimentos invasivos em pequeno, médio e grande porte, chamado EXCARE. No Brasil, utiliza-se a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) como referência para portes dos procedimentos. Propomos uma comparação entre as formas de categorizar os riscos para avaliar se ambas são diferentes entre si. Metodologia: Em um banco de dados de procedimentos realizados entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2019, foram extraídos os procedimentos realizados (n=1317). Estes procedimentos categorizados conforme o porte utilizado para cálculo do Modelo EXCARE. Para fins de comparação com outras instituições brasileiras, os procedimentos foram correlacionados com a tabela CBHPM e categorizados conforme seus portes cirúrgicos (1 a 14). O porte do EXCARE baseia-se em estudo prévio publicado com mais de 500 mil procedimentos que controlou para o ASA e urgência do procedimento para estimar a mortalidade, já a CBHPM foi elaborada por especialistas brasileiros com base na complexidade, material e tempo de treinamento necessários para realização de cada procedimento. Para fins de comparação, os portes foram normalizados. O teste de Friedman para amostras pareadas foi utilizado para verificar a concordância entre as categorizações. Resultados: Excluindo-se procedimentos cardiológicos, endoscópicos e oftalmológicos (n=55), o escore EXCARE categorizou como porte pequeno, médio e grande, 59,1%, 22,8% e 18,1% dos procedimentos, respectivamente. Na CBHPM, as categorizações dos portes cirúrgicos foram as seguintes: 1 (0,5%), 2 (6,2%), 3 (10,1%), 4 (6,7%), 5 (7,4%), 6 (5,9%), 7 (9,4%), 8 (14,8%), 9 (15,7%), 10 (12,1%), 11 (5,8%), 12 (2,8%), 13 (2,3%), 14 (0,5%). Procedimentos de pequeno porte apresentaram mediana de porte na CBHPM de 6 (mín 1, máx 14); médio porte, de 9 (mín 3, máx 13); grande porte, de 10 (mín 6, máx 14). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os postos dos portes (p=0,778). Conclusão: Embora não tenha havido diferença estatística, as categorizações apresentam grande variabilidade entre si. Este achado pode dever-se a diferenças de procedimentos nas tabelas, ou às metodologias utilizadas. Uma análise secundária será realizada para verificar se as diferenças se correlacionam à mortalidade na amostra.

2446

DESFECHOS PERIOPERATÓRIOS E ADMISSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UMA COORTE DE PACIENTES CIRÚRGICOS DE ALTO RISCO

CATEGORIA DO TRABALHO: PESQUISA

Gustavo de Bacco Marangon, Guilherme Roloff Cardoso, Aline Zanella, Débora Roberta de Avila Dornelles, Nicole Rauber, Julia Marschner de Souza, Matheus Lomba Dasqueve, Isabella Beatriz Tonatto Pinto, Mariana Brandão, Tilaê Steinmetz Soares, Sávio Cavalcante Passos, Adriene Stahlschmidt, Luciana Paula Cadore Stefani

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Introdução: É crescente o número de cirurgias realizadas em pacientes considerados de alto risco, como idosos com múltiplas comorbidades submetidos a cirurgias de maior porte. Não há definição clara do nível de cuidado ideal para esse grupo, nem dos benefícios da alocação rotineira em Unidade de Terapia Intensiva. É necessário, portanto, mapear o processo decisório de alocação pós-operatória e identificar desfechos associados ao tipo de cuidado prestado nesse período. Objetivo: Descrever desfechos de pacientes de alto risco submetidos à cirurgia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e sua relação com alocação pós-operatória em UTI. Métodos: Coorte retrospectiva de pacientes de alto risco submetidos a cirurgia no HCPA entre