

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