

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

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.