

Objetivo: Avaliar a taxa de positividade de pacientes que realizaram o exame assintomático e as características dos pacientes cirúrgicos submetidos a triagem

Metodologia: Durante o período de 27 de abril até 30 de setembro todos os pacientes internados por quadros não suspeitos de COVID eram internados em unidades de transição, submetidos a coleta de swab para realização de PCR para SARS-CoV-2 e permaneciam em isolamento de contato e gotículas até o resultado do exame. Para procedimentos cirúrgicos eletivos a coleta era feita ambulatorial até 7 dias antes do procedimento agendado. Os pacientes com quadro respiratório ou com quadro de COVID-19 prévio (comprovado laboratorialmente) eram excluídos da triagem. Os pacientes com exame positivo eram internados em unidades COVID e operados em sala operatória designada para pacientes COVID-19 ou tinham o procedimento adiado por 2 semanas.

Resultados: Durante o período tivemos 47 pacientes de internação clínica assintomáticos com PCR positivo na triagem: 26 casos concentraram-se em maio e junho. A taxa de positividade por paciente internado foi de 1,58% no geral, sendo 2,58% nos pacientes que internaram em UTI. Dos pacientes cirúrgicos tivemos 89 pacientes com exame positivo até 7 dias antes do dia de agendamento cirúrgico: o maior número de casos concentra-se em maio, junho e setembro. A taxa de positividade geral foi de 1,97% e variou de 0,71% a 3,99% nos seis meses avaliados. Dos 89 pacientes triados, 57 tiveram a cirurgia adiada. Das cirurgias executadas, 25 eram em caráter de urgência e a maioria (15) correspondiam a cirurgia de trato gastrointestinal. Todos os pacientes com exame positivo após internação permaneceram em isolamento adequado até o resultado de exame.

Discussão/Conclusão: A realização de PCR de SARS-CoV-2 em pacientes assintomáticos previamente a internação hospitalar apresentou uma taxa de positividade baixa (tanto nos internados quanto nos triados previamente a internação) e se mostrou uma estratégia viável e com impacto na redução de risco de transmissão de COVID-19 no ambiente intra-hospitalar.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101100>

EP-023

TRAQUEOSTOMIAS POR COVID-19 NO CONTEXTO DO SUS VERSUS HOSPITAIS PRIVADOS

Ricardo H. Bammann, Thamara Kazantzis, Letícia L. Lauricella, Augusto Ishy, Juliana Mol Trindade, Alberto J.M. Dela Veja, Alessandro W. Mariani

Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP, Brasil

Hospitais da Rede Ímpar, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Inicialmente evitada pelo seu alto risco à biossegurança, a traqueostomia logo se transformou em procedimento de rotina no suporte crítico a pacientes graves acometidos por COVID19.

Objetivo: Comparar variáveis clínicas e desfechos destes pacientes submetidos à traqueostomia eletiva por uma

mesma equipe de Cirurgiões Torácicos em um hospital de referência no SUS e em dois serviços privados na cidade de São Paulo.

Metodologia: Revisão dos prontuários eletrônicos de 80 pacientes operados entre abril e agosto de 2020, divididos em dois grupos: Cenário 1 - SUS (IHERibas) e Cenário 2 - hospitais privados (9 de Julho e Santa Paula).

Resultados: IOT = intubação; TRQ = traqueostomia; PO = pós-operatório.

VARIÁVEIS

Cenário 1 (SUS): n = 39

Cenário 2 (privados): n = 41

Idade (mediana)

31-79 (64a)

35-85 (64a)

Homens

19 (48,7%)

25 (60,9%)

Tempo da IOT à TRQ (mediana)

11-27 (20d)

7-26 (17d)

Falha de extubação prévia

12 (30,8%)

7 (17,1%)

Anticoagulação plena

13 (33,3%)

24 (58,5%)

Técnica cirúrgica

Aberta: 39 (100,0%)

Percutânea: 24 (58,5%)

Local do procedimento na UTI: 39 (100,0%) na UTI: 41 (100,0%)

Equipe multiprofissional dedicada

39 (100,0%)

Complicações no PO precoce

4 (10,2%)

4 (9,7%)

Altas hospitalares

12 (30,8%)

26 (63,4%)

Óbitos hospitalares

22 (56,4%)

13 (31,7%)

Tempo da TRQ à decanulação (mediana)

33-76 (49d)

11-53 (23d)

Tempo da TRQ ao óbito (mediana)

1-85 (23d)

4-102 (15d)

Óbitos < 7 dias de PO

6 (15,4%)

3 (7,3%)

Discussão/Conclusão: Esta experiência reflete as muitas lições aprendidas com a COVID19, especialmente no contexto da UTI. Embora as diferenças entre os dois Cenários sejam multifatoriais, vale a reflexão para auto-avaliação e compartilhar as melhores práticas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101101>

