



ARTIGO ORIGINAL

Doentes obesos: complicações respiratórias na unidade pós-anestésica

J. Mendonça^a, H. Pereira^a, D. Xará^a, A. Santos^a e F.J. Abelha^{a,b,*}

^a Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

^b Unidade de Anestesiologia e Cuidados Peri-operatórios, Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Recebido a 7 de outubro de 2012; aceite a 4 de abril de 2013

Disponível na Internet a 2 de julho de 2013

PALAVRAS-CHAVE

Obesidade;
Índice de massa corporal;
Eventos respiratórios;
Resultados pós-operatórios

Resumo

Introdução: A obesidade tem sido associada a eventos respiratórios e a maioria destes ocorrem no pós-operatório imediato na unidade pós-anestésica (UPA). O objetivo deste estudo foi avaliar o «outcome» e a incidência de eventos adversos respiratórios (ARE) pós-operatórios em doentes com obesidade durante a sua permanência na UPA.

Métodos: Estudo prospetivo caso-controlo com emparelhamento de 27 pares de adultos com obesidade e doentes com IMC < 30,0 (não-obesos; grupo de controlo) semelhantes quanto à distribuição do sexo, idade e tipo de cirurgia, admitidos após cirurgia eletiva na UPA (em maio de 2011). Os doentes foram classificados como tendo alto risco de síndrome de apneia obstrutiva do sono (HR-OSA) quando tinham um score de STOP-BANG ≥ 3 . Os ARE foram definidos como obstrução das vias aéreas superiores, hipoxémia (ligeira, moderada e grave), falência respiratória, incapacidade de respirar profundamente, fraqueza dos músculos respiratórios, reintubação e aspiração pulmonar após extubação traqueal. Foi utilizada a análise descritiva das variáveis e os testes de Mann-Whitney U, Qui-quadrado e teste de Fisher foram utilizados para efetuar comparações.

Resultados: O grupo de doentes obesos apresentou uma frequência superior de doentes com um score de STOP-BANG ≥ 3 (89 vs 11%, $p < 0,001$); foi submetido menos frequentemente a cirurgias consideradas de alto risco (59 vs 0%, $p = 0,002$) e a cirurgias major (4 vs 15%, $p = 0,008$). Apresentou mais frequentemente eventos pulmonares adversos na UPA (33 vs 7%, $p < 0,018$). O evento adverso pulmonar mais frequente foi a incapacidade de respirar profundamente, que ocorreu mais frequentemente nos doentes obesos (26 vs 4%, $p > 0,025$). A análise multivariada identificou a obesidade e o bloqueio neuromuscular residual como fatores de risco independentes para a ocorrência de eventos respiratórios. A duração da estadia na UPA foi superior nos doentes obesos (120 min vs 84 min, $p > 0,01$).

Conclusões: A incapacidade de respirar profundamente foi o ARE mais frequente no período pós-operatório imediato nos doentes obesos. A obesidade foi considerada um fator de risco

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: fernando.abelha@gmail.com (F.J. Abelha).

KEYWORDS

Obesity;
Body mass index;
Respiratory events;
Postoperative
outcome

independente para ocorrência de ARE na UPA. Os doentes obesos tiveram maior tempo de estadia na UPA mas não tiveram maior tempo de internamento hospitalar.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Obese patients: Respiratory complications in the post-anesthesia care unit**Abstract**

Introduction: Obesity has been associated with respiratory complications, and the majority of these complications occur in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU). The aim of this study was to evaluate the outcome and incidence of adverse respiratory events (AREs) in obese patients during their stay in the PACU

Methods: We conducted a prospective control study that included 27 obese patients matched with an equal number of patients with body mass index (BMI) < 30 (non-obese control group); the 2 groups of patients were similar in respect to gender distribution, age, and type of surgery and had been admitted into the PACU after elective surgery (May 2011). The AREs were identified during PACU stay. Descriptive analysis of variables was performed, and the Mann-Whitney U test, Chi-square test, or Fisher's exact test were used for comparisons. Associations with AREs were studied using univariate and multivariate logistic regression models.

Results: There was a higher frequency of STOP-BANG ≥ 3 (89% vs. 11%, $P < .001$) among obese patients and they were less frequently scheduled to undergo high-risk surgery (7% vs. 41%, $P = .005$) and major surgery (4% vs. 15%, $P = .008$). Obese patients had more frequent AREs in the PACU (33% vs. 7%, $P < .018$). Multivariate analysis identified obesity and residual neuromuscular blockade as independent risk factors for the occurrence of AREs. Stay in the PACU was longer for obese patients (120 min vs. 84 min, $P < .01$).

Conclusions: Obesity was considered an independent risk factor for AREs in the PACU. Obese patients stayed longer in the PACU, but they did not stay longer in the hospital.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A obesidade é uma patologia que condiciona eventos adversos para a saúde que reduzem a esperança média de vida e/ou aumentam a incidência de comorbilidades, em particular a doença cardíaca, diabetes mellitus tipo II e síndrome de apneia obstrutiva do sono¹.

A obesidade é uma co-morbilidade relativamente comum que pode ter um impacto profundo na morbidade e mortalidade relacionadas com a anestesia.

Estudos recentes sugerem que 60% da população nos países industrializados tem excesso de peso (índice de massa corporal [IMC] $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) e pelo menos 30% obesidade (IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)².

A definição de obesidade (IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) e o seu significado clínico está bem determinado e aceite em todo o mundo. Esta patologia é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 3 classes (I, II e III). Os doentes são classificados como pré obesos (excesso de peso) se o IMC variar entre 25- 29,9 kg/m² e obesos quando é superior ou igual a 30 kg/m². Como a população de doentes obesos submetida a procedimentos cirúrgicos tem vindo a crescer e a obesidade mórbida afeta a maioria dos órgãos vitais, o anestesiológista deve estar preparado para lidar com vários desafios³.

A obesidade tem varias consequências fisiopatológicas, incluindo alterações na função respiratória. Como tal, o manuseio perioperatório pode afetar significativamente a posterior evolução clínica nesta população.

O excesso de tecido adiposo metabolicamente ativo aumenta o trabalho nos músculos de suporte; consequentemente o consumo de oxigénio e a produção de dióxido de carbono também se tornam superiores.

Outros efeitos importantes são a disfunção do miocárdio, o aumento do trabalho respiratório e a menor eficácia da ventilação devido ao aumento do esforço associado à insuflação pulmonar.

A compliance do sistema respiratório e os volumes pulmonares, especialmente a capacidade residual funcional (CRF), são habitualmente inferiores nos doentes obesos⁴⁻⁶. Consequentemente, estes doentes apresentam geralmente frequências respiratórias superiores compensando a diminuição do volume corrente. O declínio da CRF para valores inferiores ao valor de volume de oclusão (das vias aéreas) pode afetar a oxigenação; adicionalmente a hipoxémia pode desenvolver-se no período pós-indução, possivelmente devido ao distúrbio da ventilação-perfusão nas bases pulmonares, onde a incidência de microatelectasia é superior.

É de salientar que no período pós-operatório a obstrução aguda da via aérea é mais provável e a diminuição das capacidades pulmonares pode ser esperada por pelo menos 5 dias.

A hipoxia ligeira e os eventos respiratórios adversos (ERA) no período pós-operatório podem estar relacionados com a atelectasia pulmonar pós-operatória e, ao contrário dos doentes não obesos, cuja recuperação pode ser mais rápida,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4213707>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4213707>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)