



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



ARTIGO CIENTÍFICO

Sistemas de classificação da gravidade da doença e mortalidade após cirurgia não cardíaca

Pedro Videira Reis^{a,b}, Gabriela Sousa^a, Ana Martins Lopes^a, Ana Vera Costa^b, Alice Santos^a e Fernando José Abelha^{a,b,*}

^a Hospital de São João, Serviço de Anestesiologia, Porto, Portugal

^b Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto, Portugal

Recebido em 18 de agosto de 2015; aceito em 22 de novembro de 2017

PALAVRAS-CHAVE

Mortalidade após cirurgia;
Sistemas de classificação da gravidade da doença;
APACHE II;
SAPS II;
Unidade de terapia intensiva cirúrgica;
Cirurgia não cardíaca

Resumo

Justificativa: A mortalidade após cirurgia é frequente e os sistemas de classificação da gravidade da doença são usados para a previsão. Nosso objetivo foi avaliar os preditivos de mortalidade após cirurgia não cardíaca.

Métodos: Os pacientes adultos admitidos em nossa unidade de terapia intensiva cirúrgica entre janeiro de 2006 e julho de 2013 foram incluídos. Análise univariada foi feita com o teste de Mann-Whitney, qui-quadrado ou exato de Fisher. Regressão logística foi feita para avaliar fatores independentes com cálculo de razão de chances (*odds ratio* – OR) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Resultados: No total, 4.398 pacientes foram incluídos. A mortalidade foi de 1,4% na unidade de terapia intensiva cirúrgica e de 7,4% durante a internação hospitalar. Os preditivos independentes de mortalidade na unidade de terapia intensiva cirúrgica foram APACHE II (OR = 1,24); cirurgia de emergência (OR = 4,10), sódio sérico (OR = 1,06) e FiO₂ na admissão (OR = 14,31). Bicarbonato sérico na admissão (OR = 0,89) foi considerado um fator protetor. Os preditivos independentes de mortalidade hospitalar foram idade (OR = 1,02), APACHE II (OR = 1,09), cirurgia de emergência (OR = 1,82), cirurgia de alto risco (OR = 1,61), FiO₂ na admissão (OR = 1,02), insuficiência renal aguda no pós-operatório (OR = 1,96), frequência cardíaca (OR = 1,01) e sódio sérico (OR = 1,04). Os pacientes moribundos apresentaram escores mais altos de gravidade da doença nos sistemas de classificação e mais tempo de permanência em unidade de terapia intensiva cirúrgica.

Conclusão: Alguns fatores tiveram influencia sobre a mortalidade tanto hospitalar quanto na unidade de terapia intensiva cirúrgica.

© 2017 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

E-mail: fernando.abelha@gmail.com (F.J. Abelha).

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.12.001>

0034-7094/© 2017 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Como citar este artigo: Reis PV, et al. Sistemas de classificação da gravidade da doença e mortalidade após cirurgia não cardíaca. Rev Bras Anesthesiol. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.12.001>

KEYWORDS

Postoperative mortality;
Severity of disease scoring systems;
APACHE II;
SAPS II;
Surgical intensive care unit;
Non-cardiac surgery

Severity of disease scoring systems and mortality after non-cardiac surgery

Abstract

Background: Mortality after surgery is frequent and severity of disease scoring systems are used for prediction. Our aim was to evaluate predictors for mortality after non-cardiac surgery.

Methods: Adult patients admitted at our surgical intensive care unit between January 2006 and July 2013 was included. Univariate analysis was carried using Mann–Whitney, Chi-square or Fisher’s exact test. Logistic regression was performed to assess independent factors with calculation of odds ratio and 95% confidence interval (95% CI).

Results: 4398 patients were included. Mortality was 1.4% in surgical intensive care unit and 7.4% during hospital stay. Independent predictors of mortality in surgical intensive care unit were APACHE II (OR = 1.24); emergent surgery (OR = 4.10), serum sodium (OR = 1.06) and FiO₂ at admission (OR = 14.31). Serum bicarbonate at admission (OR = 0.89) was considered a protective factor. Independent predictors of hospital mortality were age (OR = 1.02), APACHE II (OR = 1.09), emergency surgery (OR = 1.82), high-risk surgery (OR = 1.61), FiO₂ at admission (OR = 1.02), postoperative acute renal failure (OR = 1.96), heart rate (OR = 1.01) and serum sodium (OR = 1.04). Dying patients had higher scores in severity of disease scoring systems and longer surgical intensive care unit stay.

Conclusion: Some factors influenced both surgical intensive care unit and hospital mortality.

© 2017 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Estima-se que 234,2 milhões de pessoas são submetidas à cirurgia a cada ano.¹ De acordo com o Estudo Europeu de Resultados Cirúrgicos feito em 2012, a mortalidade pós-operatória foi de 4% antes da alta hospitalar e de 5,5% em um ano.² A maioria das mortes ocorreu em pacientes idosos submetidos à cirurgia de grande porte em caráter emergencial e com doenças coexistentes graves, bem como em pacientes que desenvolveram complicações.^{3–6}

Há vários fatores de risco descritos para morbidade e mortalidade após cirurgias, que podem ser divididos em três categorias: relacionados ao paciente, à cirurgia e à anestesia. Os países desenvolvidos têm taxas elevadas de morbidade devido a complicações pós-operatórias (12% nos Estados Unidos) e evidências sugerem cada vez mais que as complicações pós-operatórias têm um grande impacto na mortalidade.^{3,4,7,8} Os riscos cirúrgicos e anestésicos são baixos para a maioria dos pacientes, mas o envelhecimento e as comorbidades associadas do paciente, bem como o número crescente de pacientes e de cirurgias feitas, tornam a morbidade e mortalidade mais prováveis no pós-operatório.^{4,9}

Metade dos eventos adversos pós-operatórios foi identificada como evitável.¹⁰ A redução das taxas de complicações pós-operatórias e o tratamento efetivo delas podem ser uma abordagem para reduzir a mortalidade após cirurgia.^{3,4,8} Os cuidados pós-operatórios imediatos permitem monitoração atenta e intervenção precoce para prevenir complicações e mortes no pós-operatório. Pacientes com risco aumentado de complicações podem exigir monitoração mais extensa em Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica (UTI-C), o que pode contribuir para um melhor resultado e diminuir a morbidade e a mortalidade. No entanto, existem poucos leitos em UTI-C e os custos de uso são altos.^{11,12}

Para melhorar os cuidados pós-operatórios, sistemas de classificação da gravidade da doença são usados para prever

o prognóstico e estimar a morbidade e mortalidade dos pacientes. A avaliação da gravidade da doença crônica e aguda com bases fisiológicas (APACHE II: *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*) e a classificação simplificada da doença aguda com bases fisiológicas (SAPS II: *Simplified Acute Physiology Score II*) são dois sistemas de classificação de doenças mundialmente usados.^{13–15} Esses sistemas podem ser usados para prever a mortalidade com o cálculo da razão padronizada de mortalidade (SMR: *Standardized Mortality Ratio*) – o quociente entre a observação e a previsão de mortalidade –, que pode ser usado como indicador da qualidade do atendimento em UTI,^{16–18} embora alguns autores argumentem que não deva ser usado para tal.^{19,20} Vários índices de risco foram desenvolvidos nos últimos anos com base na relação entre comorbidades e morbidade e mortalidade no perioperatório. O índice revisado de risco cardíaco (RCRI: *Revised Cardiac Risk Index*) tornou-se bem conhecido e, embora não seja um sistema de classificação da gravidade da doença, tem sido usado para prever o risco de complicações cardíacas após cirurgias, foi incorporado nas diretrizes para avaliação de fatores de risco no pré-operatório.^{21,22}

O objetivo do presente estudo foi avaliar os determinantes da mortalidade com o uso dos parâmetros incluídos nos sistemas de classificação da gravidade da doença em uma coorte de pacientes cirúrgicos em estado crítico.

Métodos

Coleta de dados

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de nosso hospital. Este estudo retrospectivo de coorte foi feito em Sala de Recuperação Pós-Anestesia (SRPA), multidisciplinar, do Hospital São João, um hospital universitário com 1.124 leitos na cidade do Porto, Portugal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8611048>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8611048>

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