

Reverendo conceitos na avaliação de risco perioperatório do idoso

Márcia Cristina A. Silva (Associada DECAGE Recife/PE)

Com o envelhecimento populacional, um número cada vez maior de idosos com mais de 80 anos têm sido submetidos à procedimentos cirúrgicos eletivos e mesmo de urgência. Com um número crescente de evidências mostrando maior benefício das intervenções nesta população mais procedimentos têm sido indicados. Entretanto, continuam sendo de maior risco de eventos adversos e morte¹ relacionados aos procedimentos, em particular por conta das peculiaridades referentes ao envelhecimento que lhe impõe uma reserva fisiológica reduzida, da presença de múltiplas comorbidades e a presença de síndromes geriátricas (especialmente a de fragilidade e demencial) que lhe conferem maior complexidade para a avaliação e planejamento dos cuidados perioperatórios. Mesmo em países desenvolvidos, o cuidado a este grupo de pacientes ainda não se traduz em números: os relatórios do National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD) de 2010 e 2011² citam que quase 2/3 dos idosos recebem cuidados aquém dos recomendados, 20% não recebem qualquer avaliação quanto a dor no período pré e 25% no pós-operatório.

Desta forma é fundamental a difusão de uma avaliação perioperatória do idoso sistematizada, com inclusão dos especialistas no cuidado do idoso (geriatras e gerontologistas), de forma a definir a melhor prática com relação ao cuidado do paciente idoso neste período tão crítico. Isto requer implementação de práticas, organização institucional, educação permanente, treinamento e estímulo ao desenvolvimento de pesquisas nesta área com esta população.

A avaliação perioperatória do idoso para cirurgia eletiva e de urgência deve ir além do famoso 'parecer cardiológico' e requer uma mudança de postura do geriatra ou cardiogeriatra responsável pela mesma e deve incluir um protocolo de avaliação e otimização perioperatórias das múltiplas dimensões do paciente idoso. Isto inclui uma sistematização do cuidado perioperatório com vistas a:

1. Identificar questões clínicas, nutricional, funcionais, psicológicas e sociais (especialmente arranjo e suporte familiar)
2. Avaliar a mortalidade perioperatória por um escore de risco validado como o P-POSSUM score ou o Gupta MICA NSQIP database (este prevê apenas morte súbita ou infarto intra/pós-operatório).
3. Avaliar o risco de complicações pós-operatórias como delirium, controle da dor, injúria renal aguda, síndromes isquêmicas miocárdicas agudas, desconforto respiratório e declínio funcional).
4. Otimizar todos os domínios para modificar o risco perioperatório.
5. Esclarecer o paciente e familiares sobre os riscos e benefícios do procedimento, bem como alternativas disponíveis, buscando obter o consentimento ético para a intervenção.

Objetivando o risco: o P-POSSUM score é o mais citado nos estudos atuais (após 2010) na avaliação de risco perioperatório do idoso e inclui parâmetros relacionados ao paciente e a cirurgia.

Risk Prediction in Surgery



P-POSSUM Scoring

Jason J Smith & Paris P Tekkis

Calculate Risk

Background

Downloads

Further Info

References

Bulletin Boards

LOGIN

PDA version

[Feedback Form](#)

March 20, 2015

RiskPrediction.org.uk

Introduction

The purpose of these pages is to provide surgeons with the ability to calculate a P-POSSUM score for their **general surgical** patients online to enable them to provide further information on risk in terms of morbidity and mortality. There is also a wealth of general information on risk prediction in surgery - this area of the site is constantly being updated and it is worth checking back on a regular basis. The service described above is provided free of charge with no liability attached (see [disclaimer](#)). A purpose written visual basic program for individual PC usage can be supplied at a small charge by contacting the [webmaster](#).

Calculate a P-POSSUM Score

Choose a value in **each** category that matches your patient from the drop down lists in both the physiological and operative parameters tables below. Default values (the lowest score) are shown for each category. Simply submitting the form as it is without changing the values (i.e. a young fit patient having a minor operation) still gives a % risk for morbidity and mortality. This illustrates that even in the modified P-POSSUM formula used in this application still overestimates risk in low risk groups. The more 'risky' the procedure the more accurate is the predicted risk calculated below.

Physiological Parameters

Age	61 - 70 yrs old ▼
Cardiac	No cardiac failure ▼
Respiratory	No dyspnoea ▼
ECG	ECG normal ▼
Systolic BP	110 - 130 mmHg ▼
Pulse Rate	50 - 80 bpm ▼
Haemoglobin	13 - 16 g/dl ▼
WBC	4 - 10 ▼
Urea	<7.6 ▼
Sodium	>135 mmol/l ▼
Potassium	3.5 - 5 mmol/l ▼
GCS	15 ▼

Operative Parameters	
Operation Type	Minor Operation ▼
Number of procedures	one ▼
Operative Blood Loss	<100 mls ▼
Peritoneal Contamination	No soiling ▼
Malignancy Status	not malignant ▼
CEPOD	elective ▼

Calculate Risk
Reset Form

De uma forma geral, evitar retardar a cirurgia ou o procedimento para realização de exames como ecocardiograma, teste indutor de isquemia e outros, se o paciente assintomático. Mesmo em cirurgias vasculares de grande porte, pesquisar isquemia assintomática e trata-la invasivamente não reduziu morte no pós-operatório⁴.

Cirurgias de baixo risco (mortalidade estimada em < 1%) devem ser autorizadas de imediato se paciente na avaliação clínica inicial está assintomático e compensado clinicamente (catarata, artroscopias, endoscópicas, hérnias, vaginai, câncer de mama, retirada de nódulos, pólipos). Demais procedimentos cirúrgicos devem ser incluídos na avaliação perioperatória ampla e decidido em conjunto com o geriatra, anestesista, cirurgião, paciente e familiares.

Referências

1. Wilkinson K, Martin I C, Gough M J et al. Elective & Emergency Surgery in the Elderly: An Age Old Problem (2010). A report by the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD). Acesso em 20/03/2015. Disponível em: < <http://www.ncepod.org.uk/2010eese.htm> >
2. Findlay G P, Goodwin A P L, Protopapa K et al. Knowing the Risk: A review of the peri-operative care of surgical patients A report by the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (2011). Acesso em 12/03/2015. Disponível em: <<http://www.ncepod.org.uk/2011poc.htm>>
3. Dodds C, Fool I, Jones K et al. Peri-operative care of elderly patients - an urgent need for change: a consensus statement to provide guidance for specialist and non-specialist anaesthetists. Perioperative Medicine. 2013; 2-6. Disponível em: <<http://www.perioperativemedicinejournal.com/content/pdf/2047-0525-2-6.pdf> >
4. McFalls EO, Ward HB, Moritz TE et al. Coronary-Artery Revascularizations before Elective Major Vascular Surgery. N Engl J Med. 2004; 351:2795-805.