

42º Curso de Atualização em
**Cirurgia do Aparelho Digestivo,
Coloproctologia e Transplantes de
Órgãos do Aparelho Digestivo**



Controle de danos em Cirurgia. Uma experiência brasileira.

Edmundo M. Ferraz

inaugurado o Hospital das clínicas da UFPE em 1982, no Campus da Universidade Federal de Pernambuco, em Recife, surgiu uma grande procura de pacientes visando tratamento cirúrgico de suas enfermidades. O Serviço de Cirurgia Geral do HC-UFPE contava com 40 a 50 leitos, passando a operar mensalmente cerca de 120 pacientes de alta complexidade e cerca de 80 pacientes de baixa e média complexidade, por mês. Na ocasião da transferência criamos um programa de residência médica de cirurgia, de 5 anos de duração, que persiste até a data atual. Graças a instalação de um forte intercâmbio com a Universidade de Wisconsin (Prof Robert Condon), Univ da California, San Francisco, Geral Hospital e o Guy's Hospital em Londres iniciamos um forte intercâmbio de professores e médicos-residentes de cirurgia o que resultou em uma importante qualificação dos nossos professores e residentes. Ao iniciarmos nosso programa no HC-UFPE, procuramos identificar os fatores de risco dos nossos pacientes particularmente nos casos de infecções cirúrgicas pós-operatórias. Identificamos que as infecções do sítio cirúrgico aumentavam significativamente quando o paciente era admitido portador de infecção comunitária, e o período de internamento hospitalar pre-operatório era superior a 2 dias, ou a operação que seria submetido, ultrapassava mais de 2 horas de duração e ainda quando o paciente recebia uso prolongado de antibióticos. Diversos estudos foram realizados a maioria prospectivos e randomizados, de grandes grupos estudados, todos publicados em revistas médicas nacionais e estrangeiras com grande repercussão na apresentação dos resultados na Surgical Infection Society Norte- America, e Europa outras instituições na América latina e no Brasil.

O primeiro estudo foi de 6.604 pacientes cirúrgicos, estudados durante 5 anos, com resultados publicado no American Journal of Infection Control (AJIC: 290-4, 1995). Nesse estudo a infecção do sítio cirúrgico (ISC) predominava no período 5º ao 14º dia pós operatório (87,6%) e até o 21º dia, quando surgiam 95,6% das infecções diagnosticadas. O que influenciou o seguimento tardio de nossos pacientes operados com controle de 30 dias pós operatórios ou até 1 ano, se o paciente fosse portador de alguma prótese. O retorno de nossos pacientes foi superior a 70% em todas as nossas pesquisas, o que abalava a importância de nossos resultados. Esse estudo consolidou nosso sistema de auditoria cirúrgica iniciado em 1-1-1997 atingindo o seguimento de 42.274 pacientes tratados no HC-UFPE. Esse trabalho foi publicado na revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 28(1):1-15,2001, trabalho que obteve o Premio Oscar Alves do CBC em 2001. Os parâmetros que utilizamos foram consolda-

dos em nossa Auditoria de seguimento. Vale ressaltar que a avaliação dos resultados pos-operatorios eram avaliados e registrados pela Comissão de Controle de Infecção do HC-UFPE que analisava todos os resultados cirúrgicos. Os parâmetros avaliados foram infecção do sitio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas por cirurgião, incidência de infecção urinária, infecção urinária relacionada com o uso de cateter urinário, infecção respiratória, morbidade, mortalidade e infecção de órgãos e espaços. Outros parâmetros de estudos foram as relaparotomias no período de 1-1-1983 a 12-13-1999 realizamos 814 relaparotomias em 316 pacientes, com media de 2,6 relaparotomias por paciente. Um dos pacientes foi submetido a 20 relaparotomias em 2 meses. A grande maioria dos pacientes foram oriundos do sistema publico de saúde do estado de Pernambuco. Nos pacientes relaparotomizados, foram significativos a idade acima dos 60 anos, a presença de doenças associadas, de doenças malignas, choque séptico, duas ou mais falências de múltiplos órgãos e instabilidade hemodinâmica. Com o advento da cirurgia bariátrica, em que fomos pioneiros no norte-nordeste do Brasil, desenvolvemos o Escore do Recife após uma avaliação de 203 pacientes superobesos. Avaliamos a mortalidade desses pacientes através de uma classificação de risco e mortalidade:

Pontuação:	Mortalidade:
0	mais de 1%
1-3	1-4%
4-5	5-9%
maior de 6	10-15%

(Ferraz, et al, 2002)

Aplicando o escore do Recife em 165 pacientes superobesos no período de 2005 a 2012, operamos sem mortalidade, 165 pacientes superobesos e identificando no Escore do Recife que os superobesos so tinham indicação cirurgica após atingirem o escore inferior a 5, como foi por nos publicado e divulgado. Uma outra pesquisa de grande repercussão foi um estudo de 15 anos (1983-1998) apresentado no 5º World Congresso on Trauma, Shock, Inflammation and Sepsis em Munique e publicado na Alemanha. Nesse trabalho estudamos 9.250 pacientes operados no HC-UPFE divididos em 3 grupos: grupo 1: pacientes operados sem uso de antibióticos, 3.957 (42,8%), grupo 2: uso profilático, 3.912 pacientes (42,3%), grupo 3: uso terapêutico (prolongado), 1.318 (14,9%). Apresentamos nossa conduta com o uso de antibióticos em pacientes cirúrgicos, rotina estabelecida a mais de 30 anos, continuando em vigor no HC-UFPE e avaliado pela nossa auditoria cirúrgica:

Uso profilático: Cirurgia eletivas, Números de doses- 1-3- Evidencia 1ª

Início: Indução anestésica ou uma hora antes do início da droga-Cefazolina isolada ou associada ao metronidazol, se necessário.

-Uso curativo- Pacientes portadores de infecções.

-Curta duração: 1 a 3 dias- pacientes com foco infeccioso controlado. Estratégia eficiente em mais de 90% dos casos.

-Longa duração: 5 a 7 dias (necessita autorização independente)

-Estendida: Mais de 7 dias, tendo autorização independente.

No período de 1-1-1983 a 31-12-2007 operamos no HC-UFPE 43.788 pacientes sem uso de antibiótico, e operados, recebendo alta hospitalar no mesmo dia, com retorno programado para avaliação e auditoria. As características dessas cirurgias eram realizadas por cirurgiões e anestesistas qualificados, com protocolos estabelecidos de exame físico minuciosos, por profissionais experientes nos tipos selecionados de operações programadas, mantendo contato telefônico e leito de retaguarda disponível no hospital para eventual internamento do paciente que apresente queixas na sua residência (não há registro desses casos). Contudo, tivemos um óbito por choque séptico por, demora de um paciente em retornar ao hospital, o que ocorreu 5 dias após a cirurgia. As principais cirurgias realizadas foram hernioplastia(com ou sem tela), colecistectomias (mini-incisão ou por vídeo), além de outras cirurgias de menor porte, tipo retirada de sinais e outras de pequeno porte. No período de 1-1-1977 a 31-12-2007 operamos 19.696 pacientes de alta complexidade. A infecção de sítio cirúrgico foi de 10,3%, a infecção respiratória foi de 2,3% e a mortalidade de 1,6%.

Os resultados em 30 anos demonstraram uma importante diminuição significativa dos eventos abaixo relacionados através de uma avaliação (Cohort Study).

Infecção de sítio cirúrgico:

- SSI diminuiu 609%	- P menor do que 0,01
- SSI em cirurgia limpa	- 713% P menor do que 0,01
- Infecção respiratória	- 2.862% P maior do que 0,01
- Infecção urinária	- 1.213% P menor do que 0,01
- Mortalidade	- 53% P menor do que 0,01

A utilização da auditoria cirúrgica realizada por um grupo multiprofissional permitiu esclarecer que os bons resultados obtidos dependem de liderança, processo bem desenhado e práticas seguras.