

CARTA AO EDITOR

Fragilidade: Índice a Rastrear no Pré-Operatório

Frailty: A Preoperative Index to be Screened

Ana Martins^{1,*} , Maria Castro¹ 

Afiliação

¹Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

Palavras-chave

Avaliação de Risco; Complicações Pós-Operatórias/prevenção e controlo; Fragilidade; Melhoria de Qualidade; Período Pré-Operatório

Keywords

Frailty; Postoperative Complications/prevention & control; Preoperative Period; Quality Improvement; Risk Assessment

CARTA AO EDITOR

A fragilidade é um síndrome funcional multidimensional caracterizado pela diminuição da reserva fisiológica, perda da capacidade adaptativa e aumento da vulnerabilidade a *stressors* que resulta de défices cumulativos de múltiplos sistemas fisiológicos associados mas não limitados ao avanço da idade cronológica.^{1,2} São muitos os estudos que, ao longo dos últimos anos, têm evidenciado a associação entre fragilidade e o aumento de complicações perioperatórias e mortalidade, bem como o impacto na autonomia e qualidade de vida do doente.¹⁻³

Perante tal evidência, várias sociedades internacionais têm vindo a estabelecer a recomendação da avaliação pré-operatória de fragilidade. Contudo, as suas ferramentas de rastreio continuam a ser pouco utilizadas na prática clínica. A falta de consenso sobre o instrumento a utilizar e aspetos práticos relacionados com a sua aplicação são alguns dos obstáculos encontrados.¹

A avaliação pré-operatória de fragilidade é fundamental para a estratificação de risco perioperatório do doente.

Numa primeira instância possibilita a otimização do aconselhamento e informação do doente, e processo de decisão partilhada (nomeadamente no que concerne a opções terapêuticas menos invasivas, opção de não intervenção e diretrizes de fim de vida). Cria a oportunidade de adoção de medidas de otimização pré-operatória dirigidas ao doente, a sua sinalização para programas de pré-habilitação, o melhor planeamento do processo (a incluir adoção de protocolos de redução de risco), além de possibilitar uma melhor alocação dos recursos e suporte pós-operatório.²⁻⁵

Tendo presente a necessidade de mais estudos que permitam desenvolver uma definição universal de fragilidade, é importante reconhecer que esta é uma condição exequível de avaliar na prática clínica, potencialmente modificável e com impacto na redução da mortalidade do doente frágil.⁴ Tudo isto justifica a importância da

inclusão do rastreio da fragilidade na avaliação pré-operatória que, ao fornecer informação prognóstica adicional, deve ser utilizada em combinação com outras ferramentas tradicionais de avaliação de risco.⁵

O suporte teórico que evidencia a importância do rastreio de fragilidade tem vindo a tornar-se sólido e consistente. Contudo, e como qualquer outra intervenção pré-operatória, é importante que o tempo dedicado a esta tarefa se materialize em alterações na abordagem perioperatória dos doentes. A melhor maneira de estruturar o cuidado do doente frágil é através da criação e formação de equipas multidisciplinares com competências para o tratamento destes doentes. O seu rastreio pode assim servir como um ponto de partida para o refinar do planeamento de cuidados perioperatórios individualizados requeridos pela população frágil proposta para cirurgia.

LETTER TO THE EDITOR

Frailty is a multidimensional functional syndrome. It is characterized by decreased physiological reserve, loss of adaptive capacity and increased vulnerability to stressors, resulting in cumulative deficits in multiple physiological systems. It is associated with, but not limited to, chronological aging.^{1,2} In the last years, the association between frailty and increased rates of perioperative complications and mortality was shown, as frailty impacts autonomy and patient quality of life.¹⁻³

Several international societies have then established the need of preoperative frailty evaluation. However, frailty screening tools are rarely used in clinical practice. Some of the obstacles to their application are the lack of consensus regarding the best tool to use for frailty screening and other practical aspects in their use.

Preoperative frailty screening is a fundamental aspect for patient risk stratification. It is important because it enables the optimization of patient counselling and information, and the process of shared decision (namely options including less invasive options, no intervention and end-of-life options). Moreover, it allows the adoption of individualized preoperative measures, signaling of patients to

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Ana Margarida Martins

Morada: Rua Melvin Jones, n.º6, 6.ºD, 1600-867 Lisboa, Portugal.

E-mail: ana.marga.vm@hotmail.com

pre-habilitation programs and better planning processes, including adoption of protocols aiming risk reduction. Finally, it can improve resource allocation and postoperative support.²⁻⁵

Despite the lack of studies allowing the establishment of an universal definition of frailty, it is important to recognize that is possible to evaluate in clinical practice; frailty can be modified and that this modification can have a great impact in mortality reduction of frail patients.⁴ Hence, it is fundamental to include frailty screening in preoperative evaluation. Moreover, since frailty screening adds prognostic information, it should complement traditional risk evaluation tools.⁵

Literature supporting the need for frailty screening is increasingly solid and consistent. However, as other preoperative interventions, it is important that the time dedicated to this task reflects into changes in the perioperative approach of patients. The best way to improve perioperative care of frail patients includes the creation and development of multidisciplinary teams with specific skills to treat these patients. This way, frailty screen results could be used as a starting point to define an individualized care plan, required by frail patients undergoing surgery.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio o bolsa ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Consentimento do Doente: Não aplicável.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Consent for Publication: Not applicable.

Submissão: 06 de março, 2022 | Received: 6th of March, 2022

Aceitação: 20 de março, 2022 | Accepted: 20th of March, 2022

Publicado: 29 de junho, 2022 | Published: 29th of June, 2022

© Author(s) (or their employer(s)) and SPA Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista SPA 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

REFERÊNCIAS

1. Alvarez-Nebreda M, Bentov N, Urman R, Setia S, Huang J, Pfeifer K, et al. Recommendations for Preoperative Management of Frailty from the Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAIQ). *J Clin Anesth.* 2018; 47:33-42. doi: 10.1016/j.jclinane.2018.02.011.
2. Birkelbach O, Mörgeli R, Spies C, Olbert M, Weiss B, Brauner M, et al. Routine frailty assessment predicts postoperative complications in elderly patients across surgical disciplines – a retrospective observational study. *BMC Anesthesiol.* 2019; 19:204. doi: 10.1186/s12871-019-0880-x.
3. Milder DA, Pilinder NL, Kam PC. The role of prehabilitation in frail surgical patients: A systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2018; 62: 1356-66. doi: 10.1111/aas.13239.
4. Nidadavolu LS, Ehrlich AL, Sieber FE, Oh ES. Preoperative Evaluation of the Frail Patient. *Anesth Analg.* 2020;130:1493-503. doi: 10.1213/ANE.0000000000004735.
5. Bateman RM, Sharpe MD, Jagger JE, Ellis CG, Solé-Violán J, López-Rodríguez M, et al. Frailty in Surgical Preoperative Evaluation and Postoperative Recovery. *Crit Care.* 2016;20:94. doi: 10.1186/s13054-016-1208-6. Erratum in: *Crit Care.* 2016;20:347.