

# Causas de morte entre internados na Clínica Oftalmológica do HCFMUSP, no período de janeiro de 1979 a dezembro de 1989

Causes of death among patients admitted to the Division of Ophthalmology University Hospital, School of Medicine, University of São Paulo, from January 1979 to December 1989

Milton Ruiz Alves\*

Décio de Brong Mattar\*\*

Mônica Helena Teixeira da Silva\*\*\*

João Prado Jr.\*\*

Jorge Alberto F. Caldeira\*\*\*\*

## RESUMO

Realizou-se um estudo retrospectivo para levantar as causas de morte entre os 31 pacientes que, internados na Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de janeiro de 1979 a dezembro de 1989, evoluíram para óbito. Destes 31 pacientes, 28 (90,3%) foram autopsiados e 19 (61,3%) foram transferidos para outra clínica antes do óbito. Para 10 dos pacientes a internação na Clínica Oftalmológica não contribuiu para a morte, para 6 a internação para tratamento cirúrgico contribuiu em algum aspecto para a morte dos mesmos, para os demais 15, o óbito ocorreu em função da evolução ou complicação, relacionada com o estágio evolutivo terminal da doença.

Palavras-chaves: Clínica Oftalmológica, Internação, Causas de morte.

Estimativas de taxas de mortalidade entre os pacientes oftalmológicos se restringem aos que foram submetidos a tratamento cirúrgico sob anestesia local ou geral<sup>(1-5)</sup>. Assim, calcula-se que a mortalidade entre os pacientes internados em clínica oftalmológica é muito menor que entre os admitidos em clínica de cirurgia geral<sup>(5)</sup>. O conhecimento das causas de morte, seja entre pacientes oftalmológicos admitidos para tratamento clínico ou entre hospitalizados para tratamento cirúrgico, pode fornecer subsídios para identificar os enfermos de alto risco. A ausência de levantamento dessas causas, em nosso meio, motivou a realização deste trabalho.

## PACIENTES E MÉTODOS

A relação dos pacientes internados na Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, no período de janeiro de 1979 a dezembro de 1989, foi obtida através de listagem de computador fornecida pela Divisão de Arquivo Médico do Instituto Central (Seção de Dados Médicos e Administrativos).

As informações referentes a idade, sexo, avaliação clínica, evolução, impressão clínica, achados de autópsia, cirurgia, tipo de anestesia, intercorrências e o dia do pós-operatório em que ocorreu o óbito foram

\* Médico Assistente Doutor

\*\* Médico Assistente

\*\*\* Médica Estagiária

\*\*\*\* Professor Titular

Da Clínica Oftalmológica do HCFMUSP (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Endereço para correspondência: MILTON RUIZ ALVES - Rua Luiz Coelho, 308 - Cj. 15/16 - CEP 01309 - São Paulo.

obtidas dos respectivos prontuários médicos.

Os pacientes, considerando-se a última internação, foram separados em três grupos:

**Grupo 1** – Da Clínica Oftalmológica o paciente foi transferido para outro serviço onde veio a falecer. Baseando-se nos achados de autópsia, a sua internação pela Clínica Oftalmológica não contribuiu para a sua morte.

**Grupo 2** – O paciente foi admitido na Clínica Oftalmológica para tratamento cirúrgico. Algum aspecto de sua internação ou tratamento cirúrgico contribuiu para a sua morte.

**Grupo 3** – A morte do paciente se deveu basicamente à evolução ou complicação de doença oftalmológica (neoplasia) em fase terminal.

## RESULTADOS

De janeiro de 1979 a dezembro de 1989, 31 dos pacientes que foram internados na Clínica Oftalmológica para tratamento clínico ou cirúrgico, evoluíram para óbito. Destes 31 pacientes, 28 ou 90,3% foram autopsiados e 19 ou 61,3% foram transferidos para outra clínica antes da morte.

### Grupo 1

O Grupo 1 foi composto por 10 pacientes (32,2%). Destes 10, 8 foram admitidos para avaliação neuro-oftalmológica e encaminhados para a Clínica Neurológica; 5 deles morreram após transferência para a neurocirurgia e realização de craniotomia (Tabela 1). Os outros 3 pacientes não foram submetidos a tratamento cirúrgico, porém houve um caso de falecimento por hemorragia meníngea como complicação de acidente de punção líquórica (o diagnóstico da admissão foi atrofia óptica bilateral por lues terciária); outro, por toxoplasmose cerebral quando era submetido à tratamento por cortisona em altas doses (o diagnóstico oftalmológico fora neuroretinite); e o terceiro com síndrome do seio cavernoso, evoluiu para óbito em função de

Paciente Idade (anos) Sexo	Diagnóstico clínico (Internação OFT)	Impressão clínica (CM)	Achados de autópsia	Local do óbito
1. 68 F	Proptose OE	BCP	Meningeoma, BCP, Ca. Epidermóide de colo de útero, Leiomioma	Neuro
2. 10 M	Neuroretinite (AO)	PC	Pinealoma, HIC, Meningite purulenta	Neuro
3. 53 F	Meningeoma	IM	IM (20 <sup>o</sup> PO), Meningeoma de goteira oftálmica	Neuro
4. 14 M	Síndrome quiasmática	Meningite, EP	Craniofaringeoma	Neuro
5. 59 F	Papiledema (AO)	Coma P.O. de neurocirurgia	Schwannoma do ângulo pontocerebelar	Neuro

*BCP... broncopneumonia, PC... parada cardíaca, IM... infarto do miocárdio, EP... embolia pulmonar, HIC... hipertensão intracraniana.*

Paciente Idade (anos) Sexo	Procedimento cirúrgico	Doença sistêmica	Impressão clínica	Achados de autópsia	Dia de pós-operatório da morte
11. 72 M	Facetomia	EP	PC	Arteriosclerose EP, ICC	2 <sup>o</sup>
12. 80 F	Facetomia lavagem de hifema*	HAS	PC	CI	2 <sup>o</sup> *
13. 70 F	Facetomia	HAS	AVCH	AVCH	5 <sup>o</sup>

*EP... enfisema pulmonar, HAS... hipertensão arterial sistêmica, PC... parada cardíaca, AVCH... acidente vascular cerebral hemorrágico, CI... causa indeterminada, ICC... insuficiência cardíaca congestiva.*  
\* Facetomia (11.8.80) Lavagem de hifema (14.8.80) PC durante o 2<sup>o</sup> ato operatório.

metástases múltiplas de carcinoma de pulmão.

Este grupo incluiu ainda outros 2 pacientes, um com diagnóstico de proptose, transferido para a clínica hematológica, onde faleceu de leucemia mielóide aguda e o outro internado com queimadura química ocular moderada, em seguida transferido para o pronto-socorro médico, onde no dia seguinte faleceu por bronco-pneumonia e hepatite alcoólica.

### Grupo 2:

O Grupo 2, onde a morte foi atribuída a internação oftalmológica e tratamento cirúrgico, foi composto por 6 pacientes (19,4%). Os dados dos pacientes referentes a idade, sexo, procedimento cirúrgico, tipo de anestesia, doença sistêmica, impressão clínica, achados de autópsia e dia de pós-operatório em que o óbito ocorreu estão apresentados nas Tabelas 2 e 3.

### Grupo 3:

O Grupo 3, no qual a morte se deveu basicamente a evolução ou a complicação da doença oftalmológica em fase terminal, foi composto por 15 pacientes (48,4%) (Tabela 4). Destes 15, 11 apresentavam retinoblastoma, 2 rhabdomyosarcoma, 1 tumor retrobulbar e 1 neoplasia ma-

ligna indiferenciada de cavidade orbitária.

Destes 15, 10 pacientes evoluíram para o óbito enquanto internados na Clínica Oftalmológica, 4 tinham sido transferidos para o Hospital de Cotoxó e 1 fora encaminhado para a UTI da Clínica de Pneumologia onde faleceu.

**TABELA 3**  
Causas de morte entre os pacientes admitidos para tratamento cirúrgico sob anestesia geral

Paciente Idade (anos) Sexo	Procedimento cirúrgico	Doença sistêmica	Impressão clínica	Achados de autópsia	Dia de pós-operatório da morte
14. 74 M	Evisceração	Ca Gástrico	PC Caquexia	Ca Gástrico	3º
15. 10 F	C. estrabismo	-	PC	C.I.	Durante a indução anestésica
16. 68 M	Facectomia Ceratomplastia	DPOC	Choque anestésico anafilático	Edema agudo de pulmão- choque anafilático	P O imediato

DPOC . . . doença pulmonar obstrutiva crônica; PC . . . parada cardíaca; CI . . . causa indeterminada.

### COMENTÁRIOS

Foi possível obter a relação de todos os pacientes internados na Clínica Oftalmológica que evoluíram para óbito dentro do período escolhido para a realização deste estudo retrospectivo (janeiro de 1979 a dezembro de 1989). A obtenção dos dados necessários, via informática, através da Divisão de Arquivo Médico e o acesso a todos os prontuários, garantiu o registro de todos os casos catalogados. Cerca de 90,3% dos pacientes puderam ter uma determinação mais acurada da causa da morte pela realização de autópsia.

Dos 10 pacientes do grupo 1, 8 foram admitidos para avaliação neurooftalmológica e depois transferidos para a Clínica Neurológica, onde 5 deles morreram após tratamento neurocirúrgico (Tabela 1). O paciente 3 morreu de infarto do miocárdio no 20º dia de pós-operatório. Neste grupo, um paciente teve morte iatro-

**TABELA 4**  
Causas de morte atribuídas à evolução ou complicação de doença em estágio terminal

Paciente Idade (anos) Sexo	Diagnóstico clínico	Doença sistêmica	Impressão clínica	Achados de autópsia	Local do óbito
17. 4 F	Retinoblastoma	-	MD	RTB-Met. Mult.	Cl. Oftalmológica
18. 2 F	Retinoblastoma	-	PC, Toxemia	RTB, Met. Mult. BCP	Cl. Oftalmológica
19. 5 M	Retinoblastoma	-	IR	RTB, Met. Mult.	Cl. Oftalmológica
20. 2 M	Retinoblastoma	-	MD, Toxemia	RTB, Met. Mult. HIC, BCP	H. Cotoxó
21. 2 F	Retinoblastoma	-	BCP, Toxemia	RTB, BCP, Met. Mult.	H. Cotoxó
22. 2 M	Rhabdomyosarcoma	-	Caquexia, BCP	RBS, BCP	H. Cotoxó
23. 1 M	Retinoblastoma	-	Caquexia	Não foi feita	Cl. Oftalmológica
24. 2 M	Retinoblastoma	-	PC	RTB, Met. Mult.	Cl. Oftalmológica
25. 3 M	Retinoblastoma	-	Toxemia	Não foi feita	Cl. Oftalmológica
26. 5 F	Retinoblastoma	-	Caquexia	Não foi feita	Cl. Oftalmológica
27. 6 M	Retinoblastoma	-	MD	IR, BCP, RTB	Cl. Oftalmológica
28. 5 M	Retinoblastoma	-	Caquexia, BCP	RTB, Met. Pulm.	H. Cotoxó
29. 71 F	Tumor retrobulbar	-	Caquexia	Neo retrobulbar maligno BCP, Met, Cerebral, Seio maxilar	Cl. Oftalmológica
30. 30 M	Neoplasia maligna Cav. orbitária	-	MD	Septicemia, Neo indiferenciado com Met. Mult.	C. Oftalmológica
31. 16 F	Rhabdomyosarcoma	-	BCP, Aspirativa	RBS, BCP	UTI Pneumologia

MD . . . mal definido, PC . . . parada cardíaca, IR . . . insuficiência respiratória, BCP . . . broncopneumonia, RTB . . . retinoblastoma, Met. Mult . . . metástase múltipla, RBS . . . rhabdomyosarcoma, HIC . . . hipertensão intracraniana, Met Pulm . . . metástase pulmonar.

gênica decorrente de hemorragia meníngea como complicação de acidente de punção líquórica e outro teve como causa de morte toxoplasmose cerebral, especulando-se as altas doses de cortisona sistêmica empregadas no tratamento do seu quadro de neurorretinite bilateral desempenharam algum papel no desencadeamento dessa complicação.

No Grupo 2 foram incluídos 6 pacientes nos quais a causa de morte estimou-se associada a internação na Clínica Oftalmológica para tratamento cirúrgico. Dos 6 pacientes do Grupo 2, 3 evoluíram para óbito após a realização de facectomia sob anestesia local (Tabela 2). A média de idade neste subgrupo foi de 74 anos. O paciente 11 teve como causa de morte insuficiência cardíaca congestiva, enfisema pulmonar e arteriosclerose e o paciente 13, amolecimento cerebral hemorrágico confirmando a impressão clínica de acidente vascular hemorrágico.

O paciente 12 foi submetido à facectomia, evoluindo com a presença de hifema no pós-operatório imediato. E foi submetido a nova cirurgia três dias depois, para lavagem de hifema.

Nas duas vezes empregaram-se: Dolantina, Diempax, e Plasil como medicações pré-anestésicas e xilocaína a 2% sem vasoconstrictor para anestesia retrobulbar. No final do ato cirúrgico a paciente apresentou parada cardíaca, cujo momento exato da ocorrência não foi detectado. Submetida ainda a manobras de ressuscitação a paciente faleceu dois dias depois, tendo a autópsia caracterizado o óbito como de causa indeterminada. Os outros 3 pacientes faleceram em consequência de tratamento cirúrgico realizado sob anestesia geral (Tabela 3). A média de idade neste subgrupo foi de 51 anos. O paciente 14 só foi submetido à evisceração porque apresentou rotura espontânea do globo ocular (glau-

coma absoluto) e já se encontrava debilitado pela presença de carcinoma gástrico. Os pacientes 15 e 16 faleceram em razão de complicação anestésica. O primeiro em decorrência de choque provocado pela administração de atropina ainda quando da indução da anestesia. O segundo por choque anestésico anafilático confirmado pela autópsia.

Na rotina da Clínica Oftalmológica é muito maior o número de cirurgias que são realizadas sob anestesia local. Considera-se que a anestesia local deva ser preferencialmente utilizada por ser mais segura. No entanto, para Duncaff et al.<sup>(1)</sup> as taxas de mortalidade pós-operatórias são iguais para procedimentos realizados sob anestesia local ou geral. Por outro lado, Petruscak et al.<sup>(4)</sup> registraram taxas de mortalidade duas vezes maior entre os pacientes submetidos a anestesia geral. Assim, entendemos que os dois tipos de anestesia devam ser considerados como fator de risco virtual. A monitoragem contínua dos pacientes intra-operatoriamente deve contribuir decisivamente para reduzir as taxas de mortalidade. Se o paciente 12 estivesse sendo monitorado, provavelmente as suas chances de sobrevivência seriam maiores, pois a equipe médica identificaria a parada cardíaca no exato momento de sua ocorrência. Não restou dúvida de que a hipóxia cerebral, dela resultante, comprometeu seriamente o prognóstico.

No Grupo 3 foram incluídos outros 15 pacientes, 11 devido a retinoblastoma (com média de idade de três anos), 2 casos de rabdomiossarcoma, 1 de tumor retrobulbar maligno e 1 de neoplasia maligna de cavidade orbitária (Tabela 4). Todos os pacientes deste grupo eram portadores de neoplasias malignas e o óbito ocorreu, principalmente, em função da evolução ou de complicação, relacionada com o estágio evolutivo

terminal (metástases múltiplas, broncopneumonia, septicemia, etc.). Para o conforto destes pacientes, além do tratamento médico, a clínica oftalmológica estimula a presença dos familiares que, principalmente nestas situações, amenizam o sofrimento. Também possibilita retaguarda para apoio psicológico para os enfermos e seus familiares.

#### SUMMARY

*A 11-year retrospective study was performed to determine the causes of death among 31 hospitalized patients admitted at the Division of Ophthalmology University Hospital, School of Medicine, University of São Paulo, who died from January 1979 to December 1989. Twenty-eight of 31 were submitted to autopsy (90,3%) and 19 or 61,3% died after being transferred to a nother Division. In 10 of these patients the ophthalmic admission was not contributory to death. There were 6 patients in whom death might have been ascribed to ophthalmic admission for surgery. The other 15 patients died either of cancer or of its direct consequences.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DUNCALF, D.M.B., GARTNER, S. & CAROL, B.: Mortality in association with ophthalmic surgery. *Am. J. Ophthalmol* 69: 610-615, 1970.
2. GARTNER, S. & BILLET, E.: A study on mortality rates during general anesthesia for ophthalmic surgery. *Am. J. Ophthalmol* 45: 847-849, 1958.
3. KAPLAN, M.R. & REBA, R.C.: Pulmonary embolism as the leading cause of ophthalmic surgical mortality. *Am. J. Ophthalmol* 73: 159-166, 1972.
4. PETRUSCAK, J., SMITH, R.B. & BRESLIN, P.: Mortality related to Ophthalmological surgery. *Arch. Ophthalmol* 89: 106-109, 1973.
5. QUIGLEY, H.A.: Mortality associated with Ophthalmic surgery. A 20-year experience at the Wilmer Institute. *Am. J. Ophthalmol* 77: 517-524, 1974.