

Por que o escore *Sequential Organ Failure Assessment* precisa ser atualizado?

Rui Moreno^{1,2,3} , Mervyn Singer⁴ , Andrew Rhodes⁵ 

¹Hospital de São José, Unidade Local de Saúde São José - Lisboa, Portugal.

²Centro Clínico Académico de Lisboa - Lisboa, Portugal.

³Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior - Covilhã, Portugal.

⁴Bloomsbury Institute of Intensive Care Medicine, Division of Medicine, University College London - Londres, Reino Unido.

⁵Adult Critical Care, St. George's University Hospitals NHS Foundation Trust & St. George's University of London - Londres, Reino Unido.

O escore *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) foi desenvolvido há quase 30 anos. Rapidamente, tornou-se um dos sistemas de pontuação mais utilizados em terapia intensiva, tanto para a prática clínica quanto para a pesquisa,^(1,2) e continua sendo uma das pontuações mais citadas em nossa especialidade. Desde sua descrição original, houve mudanças substanciais na prática clínica que atualmente o SOFA precisa abordar. O manejo clínico mudou e foram introduzidos novos medicamentos e dispositivos. Há uma ênfase maior no suporte não invasivo, como a ventilação não invasiva e o oxigênio nasal de alto fluxo; uma escolha mais ampla de medicamentos cardiovasculares; e mais uso de técnicas extracorpóreas, como a terapia de substituição renal e a oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO). Por esses motivos, decidimos atualizar a pontuação e torná-la mais adequada para uso com estratégias de manejo atuais, novos medicamentos e dispositivos.⁽³⁾

A pontuação foi desenvolvida para ser fácil de usar e precisava atender a vários princípios orientadores:⁽¹⁾

1. Deve ser um descritor de disfunção de órgãos individuais e não um preditor do estado vital na alta hospitalar para grupos heterogêneos de pacientes para os quais existem outras pontuações (por exemplo, *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* [APACHE] e *Simplified Acute Physiology Score* [SAPS]). As pontuações de cada sistema de órgãos não têm a intenção de refletir o risco de mortalidade comparável em outros sistemas.
2. Reconhecer que a disfunção/insuficiência orgânica é um processo, não um evento, não devendo ser considerada simplesmente “presente” ou “ausente”, mas um contínuo; a pontuação deve caracterizar a piora da disfunção orgânica.
3. A pontuação total deve incluir subescores de diferentes órgãos para permitir a avaliação de cada órgão individualmente.
4. As variáveis devem ser obtidas de forma rápida e rotineira em todas as instituições.
5. O número de variáveis deve ser mantido baixo, tornando o cálculo o mais simples possível e incentivando a pontuação diária para monitorar trajetórias e descrever o curso temporal da doença no paciente.

Para essa atualização do escore SOFA, os princípios acima serão mantidos, e será acrescentado um novo conjunto de princípios:

1. A metodologia empregada para atualizar a pontuação SOFA deve refletir as práticas mais modernas, incluindo o processo Delphi, revisões sistemáticas e validação externa em relação a vários registros e bancos de dados de países desenvolvidos e de baixa e média renda.
2. Será considerada a inclusão de dois novos órgãos/sistemas à pontuação: os sistemas imunitário e digestório.
3. As variáveis escolhidas devem se aplicar a todos os países, independentemente das variações na disponibilidade e no uso de medicamentos e dispositivos. Cada grupo de trabalho deve incluir pelo menos um membro de um país de baixa e média renda.
4. A pontuação deve ser desenvolvida para ser prontamente calculada com base em prontuários eletrônicos de saúde e prontuários impressos.

Algumas variáveis da pontuação SOFA original podem ser mantidas se ainda representarem os indicadores de função mais prontamente disponíveis e confiáveis daquele órgão/sistema. Por outro lado, outras exigirão uma revisão significativa para refletir as práticas atuais de manejo.

Atualmente, 60 intensivistas em todo o mundo estão envolvidos no desenvolvimento da pontuação SOFA-2, incluindo aqueles com conhecimento especializado em metodologia, revisões sistemáticas e análises de bancos de dados. Pretendemos lançar uma versão preliminar em março de 2024 e uma versão final no outono do mesmo ano. Portanto, incentivamos fortemente estudos prospectivos que incluam mais validação externa e a inclusão do SOFA-2 em outras atividades epidemiológicas e de pesquisa.

Contribuição dos autores

R. Moreno, M. Singer e A. Rhodes redigiram este manuscrito.

Notas de publicação

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 10 de dezembro de 2023

Aceito em 13 de dezembro de 2023

Autor correspondente:

Rui Moreno
Hospital de São José
Unidade Local de Saúde São José
Centro Clínico Académico de Lisboa
Rua José António Serrano, 1150-199
Lisboa, Portugal
E-mail: r.moreno@mail.telepac.pt

Editor responsável: Jorge Ibrain Figueira Salluh

REFERÊNCIAS

1. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonca A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 1996;22(7):707-10.
2. Moreno R, Vincent JL, Matos R, Mendonça A, Cantraine F, Thijs L, et al. The use of maximum SOFA score to quantify organ dysfunction/failure in intensive care. Results of a prospective, multicentre study. Working Group on Sepsis related Problems of the ESICM. *Intensive Care Med.* 1999;25(7):686-96.
3. Moreno R, Rhodes A, Piquilloud L, Hernandez G, Takala J, Gershengorn HB, et al. The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score: has the time come for an update? *Crit Care.* 2023;27(1):15.