

Perfil de gravidade clínica de pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva

Profile of clinical gravity of patients admitted in na Intensive Care Unit

Perfil de gravedad clínica de pacientes ingressado em Unidad de Cuidados Intensivos

Recebido: 10/03/2021 | Revisado: 16/03/2021 | Aceito: 20/03/2021 | Publicado: 27/03/2021

Maria Eduarda da Silva Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3616-2058>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: mariaeduardasilva@alu.uern.br

Luzia Cibele de Souza Maximiano

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-6239>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: luziacibele42@gmail.com

Carmem Josaura de Lima Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0922-2083>
Hospital Wilson Rosado, Brasil
E-mail: carmem_jos@hotmail.com

Johny Carlos de Queiroz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3965-5376>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: johnycarlos@uern.br

Andressa Maria Flausino Chaves Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8735-0331>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: andressachaves12@hotmail.com

Alcivan Nunes Vieira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4222-6262>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: alcivannunes@uern.br

Resumo

Objetivo: avaliar a gravidade clínica do paciente admitido em UTI aplicando o Modified Early Warning Score. Método: estudo transversal, analítico, quantitativo; foi realizado na UTI de um hospital de referência regional. Os dados foram coletados nos prontuários dos pacientes usando um instrumento focando: motivo da admissão na UTI; doença de base, comorbidades; complicações clínicas e intervenções realizadas na UTI. A amostra foi composta por 265 prontuários considerando um nível de significância de 5% e um erro amostral relativo de 8%. Resultados: prevaleceram as faixas etárias de 41-50 (13%) e 71-80 anos (18%); quanto ao motivo de admissão identificou-se: agravos traumáticos (30%), pneumonia (12%), Acidente Vascular Encefálico (11%) e o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (10%). A avaliação da gravidade através do MEWS identificou: valores entre 1 e 12 com média de 5,2; maior taxa de mortalidade associada ao MEWS classificado entre 4 a 6. Entre pacientes que usaram VMI, para 40,3% o MEWS ficou entre 4-6. A maior permanência na UTI foi registrada em pacientes com MEWS de 1-4. Conclusão: pontuações mais elevadas no MEWS estão associadas a uma maior gravidade clínica, bem como maior necessidade assistencial, permitindo assim o estabelecimento de prioridades na assistência.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva; Escore de alerta precoce; Cuidados críticos.

Abstract

Objective: to assess the clinical severity of the patient admitted to the ICU using the Modified Early Warning Score. Method: cross-sectional, analytical study with a quantitative approach; was performed in the ICU of a regional reference hospital. Data were collected from patients' medical records using an instrument focusing on: reason for admission to the ICU; underlying disease and comorbidities; clinical complications and interventions performed in the ICU; the sample consisted of 265 medical records considering a 5% significance level and a relative sampling error of 8%. Results: the age groups of 41-50 (13%) and 71-80 years (18%) prevailed; as to the reason for admission, it was identified: traumatic injuries (30%), pneumonia (12%), stroke (11%) and hemorrhagic stroke (10%). The severity assessment using the MEWS identified: values between 1 and 12 with a mean of 5.2; highest mortality rate associated with MEWS classified between 4 to 6. Among patients who used IMV, for 40.3% the MEWS was between 4-6. The longest stay in the ICU was recorded in patients with MEWS from 1-4. Conclusion: the higher scores in the MEWS are associated with greater clinical severity, as well as greater need for care, allowing the establishment of priorities in care.

Keywords: Intensive care unit; Early warning score; Critical care.

Resumen

Objetivo: evaluar la gravedad clínica del paciente ingresado en UCI mediante el Modified Early Warning Score. **Método:** estudio analítico de corte transversal con enfoque cuantitativo; se realizó en la UCI de un hospital regional de referencia. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes mediante un instrumento que se centró en: motivo de ingreso en UCI; enfermedad subyacente y comorbilidades; complicaciones clínicas e intervenciones realizadas en la UCI; la muestra estuvo compuesta por 265 historias clínicas considerando un nivel de significancia del 5% y un error muestral relativo del 8%. **Resultados:** predominaron los grupos de edad 41-50 (13%) y 71-80 años (18%); con respecto al motivo de ingreso, se identificaron: lesiones traumáticas (30%), neumonía (12%), ictus (11%) y ictus hemorrágico (10%). La evaluación de la gravedad mediante el MEWS identificó: valores entre 1 y 12 con una media de 5,2; mayor tasa de mortalidad asociada con MEWS clasificada entre 4 y 6. Entre los pacientes que utilizaron IMV, para el 40,3% la MEWS estuvo entre 4-6. La estancia más larga en la UCI se registró en pacientes con MEWS de 1-4. **Conclusión:** los puntajes más altos en la MEWS se asocian a una mayor gravedad clínica, así como a una mayor necesidad de atención, lo que permite establecer prioridades en la atención.

Palabras clave: Unidad de tratamiento intensivo; Puntuación de alerta temprana; Cuidados intensivos.

1. Introdução

A admissão de um paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) requer da equipe multiprofissional uma avaliação criteriosa da sua gravidade clínica, pois esta admissão significa que o mesmo apresenta algum comprometimento das suas funções vitais e, conseqüentemente, necessita de suporte terapêutico, procedimentos invasivos e de monitorização contínua (Novelli e Castro, Dell'Acqua, Unger, Cyrino & Almeida, 2018; Liz et al. 2020; Morales, 2016).

O perfil destes pacientes demanda cuidados intensivos a serem realizados por profissionais devidamente capacitados, além de tecnologias especializadas inerentes ao cuidado intensivo. Os equipamentos usados em UTI estão cada vez mais sofisticados conforme os avanços tecnológicos no campo da saúde, o que permite a realização de intervenções capazes de reverter condições graves e deletérias. Estes avanços, portanto, possibilitam uma maior dedicação por parte dos profissionais na avaliação do paciente (Santos & Camelo, 2015; Santos et al. 2020).

Paralelamente às tecnologias, a equipe multiprofissional que atua em UTI desenvolve continuamente várias condutas que objetivam reverter situações clínicas que comprometam as funções vitais. A demora na identificação das condições graves pode implicar no atraso dessas intervenções; e isto pode implicar no agravamento e até na morte do paciente. Uma avaliação clínica desenvolvida de maneira apropriada, cientificamente validada, fornece parâmetros para o estabelecimento de prioridades desde a admissão na UTI (Silva, Gomes, Souza, Santos & Domingos, 2017).

As avaliações realizadas através de parâmetros clínicos são mais assertivas quanto à gravidade e favorecem otimização dos recursos financeiros que são destinados nas UTI. Dentre os instrumentos de avaliação destaca-se o Escore de Alerta Precoce Modificado conhecido por Modified Early Warning Score (MEWS). Ele consiste em uma avaliação rápida e precisa à beira do leito. A utilização do MEWS pode impactar no desempenho profissional e no desfecho da internação em UTI (Nassiff et al. 2018).

Considerando esta problemática, formulou-se o seguinte questionamento: como se caracteriza a gravidade dos pacientes admitidos em UTI mediante avaliação realizada pelo MEWS? Como este escore pode ser aplicado na avaliação de pacientes antes da admissão na UTI?

Esta pesquisa objetiva avaliar a gravidade clínica do paciente admitido em UTI por meio do MEWS. Parte-se do pressuposto de que a avaliação da gravidade dos pacientes no ato da admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) através do MEWS favorece uma imediata intervenção diante do risco de agravamento clínico.

2. Metodologia

Tipo de estudo: estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa; Local de estudo: foi realizado no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM) sediado no interior do Estado do Rio Grande do Norte; Participantes do

estudo: a população do estudo foi composta pelos pacientes adultos admitidos na UTI do HRTVM. A amostra foi composta por 265 prontuários, sendo definida considerando um nível de significância de 5% ($p = 0,05$) e um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%). Foram selecionados aleatoriamente por meio de sorteio 11 prontuários por mês do respectivo período; para integralizar a amostra foi acrescentado 01 prontuário ao último mês do período total da pesquisa.

Critérios de inclusão: foram incluídos os prontuários de pacientes internados na UTI nos anos de 2014 e 2015. Critérios de exclusão: prontuários que estavam sendo objeto de alguma sindicância interna ou de algum tipo de investigação solicitada por conselhos de classe ou por órgãos da justiça.

Coleta de dados: os dados foram coletados por meio de um instrumento elaborado com os seguintes tópicos: motivo de admissão no serviço e na UTI; doença de base e comorbidades; complicações clínicas e intervenções realizadas na UTI. O período de coleta foi de dezembro de 2018 a novembro de 2019.

Procedimento de análise: a análise dos dados foi do tipo paramétrica, destacando a variância, distribuição, normalidade, frequência, média, moda, mediana. Realizou-se ainda uma análise bivariada onde fixou-se o nível de significância de 5% ($p = 0,05$) e um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%); Aspectos éticos: A pesquisa cumpriu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UERN, com parecer 2.216.125 e CAAE 67117417.5.0000.5294.

3. Resultados

Quanto ao gênero identificou-se que 58% dos pacientes eram do sexo masculino e 42% do sexo feminino; quanto à idade identificaram-se os seguintes aspectos: a idade média da amostra foi de 58 anos; 6% correspondeu à faixa etária de 15 a 20 anos com uma média de 18,75, com uma moda de 20 e a mediana de 19. 13% compreendeu a faixa etária de 41 a 50 anos com uma média de 45,61, moda em 47 e a mediana em 46 anos. Tem-se na faixa etária entre 71 e 80 anos a maior frequência de admissão no setor (18%), com uma média de 74,6 anos, moda e mediana de 74 anos.

Quanto aos motivos de admissão na UTI pesquisada prevaleceram os agravos oriundos dos traumas (30%), pneumonia (12%), Acidente Vascular Encefálico Não especificado (AVE) (11%) e o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH) (10%).

Com relação às comorbidades destacaram-se o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) respectivamente com frequência de 45% e 25%; em menores valores percentuais, mas dignas de registro dadas as suas implicações clínicas, foram identificadas a insuficiência renal e a insuficiência respiratória crônica (5% e 9% respectivamente).

Quanto à necessidade de suporte ventilatório, 88% dos pacientes foram submetidos à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) sendo que em 26% destes foi realizada a traqueostomia (TQT). Este grupo foi responsável pela maior permanência no setor (66 dias). No que concerne ao desfecho de internação, 84% dos pacientes morreram.

A avaliação da gravidade através do MEWS obteve valores entre 1 e 12 com uma média de 5,2. Vale salientar que dos óbitos registrados para o período estudado 18,5% ocorreram em pacientes com MEWS classificado em 5; 18% em pacientes com MEWS 4 e 16,2% em pacientes com MEWS 6. Para os pacientes que fizeram uso de VMI observou-se que em 21% destes o MEWS foi classificado em 5; em 19,3% destes o MEWS foi classificado em 4 e em 6 para 17,2%. A maior permanência na UTI (66 dias) foi registrada em pacientes com MEWS de 9, os que ficaram internados 57 dias apresentaram MEWS 1. Os que permaneceram 49 e 40 dias respectivamente, tiveram MEWS de 2 e 4.

4. Discussão

Em se tratando de um hospital público e de referência regional, o perfil de pacientes admitidos em terapia intensiva tem se caracterizado pela gravidade clínica, longa permanência e elevadas taxas de mortalidade. Isto reflete o lugar da Rede de

Atenção à Saúde (RAS) e, em particular, da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), para onde são canalizados os pacientes que demandam intervenções compatíveis com a deterioração de suas funções vitais, em decorrência do agravamento por uma condição clínica ou traumática (Universidade Federal do Maranhão – UFMA & Universidade Aberta do SUS – UNASUS, 2015).

Dada a natureza do serviço hospitalar de referência no âmbito da RUE, espera-se que ele assegure o suporte necessário na assistência às urgências e emergências associadas aos agravos clínicos e traumáticos, através do fluxo assistencial ordenado pela RAS através da RUE. Fato este que justifica o impacto que estes agravos exercem dentre os motivos para as admissões na UTI, com implicações diretas em alguns indicadores como a taxa de mortalidade e de permanência na UTI (Roque, Tonini & Melo, 2016).

Este impacto também foi detectado neste estudo onde as condições traumáticas figuraram entre os principais motivos que determinaram a admissão do paciente em terapia intensiva. Embora a análise não tenha sido direcionada apenas para estas condições, as taxas de mortalidade e de longa permanência no referido setor correspondem ao perfil esperado para uma UTI de um serviço de referência loco-regional.

A predominância do gênero masculino nas internações em UTI também aparece em outros estudos, onde se observaram percentuais entre 32,8% e 52,6% respectivamente (Constantin, Moreira, Oliveira, Hofstätter, Fernandes, 2018). Neste último o perfil corresponde ainda ao homem com idade superior a 60 anos cuja internação correspondeu à ocorrência de agravos neurológicos.

Conforme o perfil de internações, as unidades que assistem aos pacientes críticos também refletem as mudanças no âmbito da sociedade em geral, tais como: a transição etária, os deslocamentos populacionais seguindo o polo rural-urbano; o processo de urbanização das cidades e a expansão das malhas viárias, entre outras (Pereira, 2017).

No cenário da terapia intensiva as comorbidades assumem uma importância específica porque a internação de pacientes portadores de HAS e DM, e de suas complicações, são frequentes nas unidades de cuidado crítico (Barros, Maia & Monteiro, 2016).

Tanto os agravos traumáticos quanto os agravos neurológicos atendidos em urgência e emergência são responsáveis diretos pela longa permanência e pela taxa de mortalidade em UTI. Em geral são pacientes que demandam intervenções inerentes a este setor, tais como a VMI, o uso de vasopressores e a monitorização contínua. Mesmo considerando as devidas justificativas, estas intervenções estão associadas às elevadas taxas de mortalidade no setor que em outros serviços oscila entre 50 a 70% (Barreto, Torga, Coelho, Nobre, 2015).

No contexto da UTI pesquisada os motivos de internação mais prevalentes (traumas, pneumonia, AVE e AVCH) geralmente estão associados aos valores do MEWS refletindo a deterioração de funções vitais e gravidade clínica. A aplicação deste escore identificou que em 21% dos pacientes ele foi avaliado em 5, o que corresponde a paciente com estrato de alto risco para eventos adversos graves e uma piora clínica imediata. Este resultado sinaliza a necessidade de uma equipe qualificada e integrada em suas ações assistenciais, almejando a efetividade das intervenções realizadas. Este achado também foi correlacionado à mortalidade conforme os percentuais identificados onde a maior taxa esteve associada ao MEWS classificado entre 5 e 4.

A definição dos valores para a avaliação pelo MEWS depende do perfil do serviço e dos pacientes admitido faz-se necessária uma validação da ponte de corte específico para cada instituição de acordo com este perfil e a disposição de recursos tecnológicos e humanos (Montenegro, 2017). Mesmo diante da importância da adoção de escores de alerta precoce, como o MEWS, para detecção precoce de deterioração fisiológica, a utilização destes escores é pouco explorada pela equipe de multiprofissional e os estudos sobre sua eficácia ainda são incipientes (Nascimento, Macedo, Borges, 2019).

Seguindo as estratégias globais de estímulo à ampliação do acesso e da cobertura em saúde, divulgadas pela Organização

Mundial de Saúde (OMS) com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e, ano nível do Brasil, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a enfermagem é convocada para desenvolver habilidades, processos e práticas voltadas para a tomada de decisão clínica; estas são denominadas Enfermagem em Práticas Avançadas (Malvestio et al, 2019).

Ou seja, assumir um protagonismo na assistência caracterizado pelo desenvolvimento de novas competências e habilidades delineadas pelo sistema de saúde local em conformidade com os preceitos legais que regem a profissão cada (Malvestio et al, 2019).

Neste sentido, dada a experiência de avaliação da gravidade clínica dos pacientes admitidos em UTI através do MEWS, compreende-se que esta avaliação pode ser incorporada à prática do enfermeiro ampliando o rol de habilidades que ele pode desenvolver em um determinado contexto.

5. Conclusão

A avaliação da gravidade através do MEWS identificou: valores entre 1 e 12 com média de 5,2; a maior taxa de mortalidade na UTI pesquisada está associada ao MEWS classificado entre 4 a 6; a maior permanência na UTI, em dias, foi registrada em pacientes com MEWS de 1-4.

Entre pacientes que usaram VMI o MEWS foi classificado entre 4-6 o que indica deterioração da função respiratória. A avaliação da gravidade clínica através do MEWS é indicativa de gravidade, do risco de morte e de longa permanência na UTI o escore pode favorecer o estabelecimento de prioridades assistenciais mediante uma adaptação dos pontos de corte conforme o perfil dos pacientes atendidos.

Referências

- Barreto, L. M., Torga, J. P., Coelho, S. V., & Nobre, V. (2015). Principais características observadas em pacientes com doenças hematológicas admitidos em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 27(3), 212- 219.
- Barros, L. L. S., Maia, C. S. F., & Monteiro, M. C. (2016). Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Caderno de Saúde Coletiva*, 24(4), 388-396.
- Constantin, A. G., Moreira, A. P. P., Oliveira, J. L. C., Hofstätter, L. M., & Fernandes, L. M. (2018) Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva para adultos. *Braz J Enterostomal Ther*, 16.
- Liz, J. S., Gouveia, P. B., Acosta, A. S., Sandri, J. V. A., Paula, D. M., & Maia, S. C. (2020). Cuidados multiprofissionais relacionados a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Enfermagem em Foco*, 11(2), 85-90.
- Malvestio, M. A. A., Behringer, L. P. B., Martuchi, S. D., Fonseca, M. A. S., Silva, L., Souza, E. F., & Bezerra, R. (2019). Enfermagem em práticas avançadas no atendimento pré-hospitalar: oportunidade de ampliação do acesso no Brasil. *Enfermagem em Foco*, 10(6), 157-164.
- Montenegro, S. M. S. L. (2017). Avaliação do desempenho de alerta precoce modificado em hospital público brasileiro (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Brasil.
- Morales, C. L. P. (2016). Avaliação de pacientes graves em emergência e terapia intensiva a partir da escala mews: revisão sistemática sem metanálise. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.
- Nascimento, J. S. G., Macedo, G. O., & Borges, G. B. (2019). Poder preditivo de uma escala de alerta precoce para deterioração clínica de pacientes críticos. *Revista Enfermagem UFSM*, 10(5),1-15.
- Nassiff, A., Araújo, T. R., Meneguetti, M.G., Bellissimo-Rodrigues, F., Basile-Filho, A., & Laus, A. M. (2018). Carga de trabalho de enfermagem e a mortalidade dos pacientes em unidade de terapia intensiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(4).
- Novelli e Castro, M. C. N., Dell'Acqua, M. C. Q., Unger, I.C., Cyrino, C. M. S., & Almeida, P. M. V. (2018). Gravidade e carga de trabalho de enfermagem em pacientes candidatos à vaga na UTI. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1-6.
- Pereira, K. R. (2017). Perfil dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. Mossoró, Faculdade de enfermagem Nova Esperança de Mossoró
- Roque, K. E., Tonini, T., & Melo, E. C. P. (2016). Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cad Saúde Pública*, 32(10), 1 - 15.
- Santos, F. C., & Camelo, S. H. (2015) The nurses who work in intensive care units: Profile and Professional Training.
- Santos, M. G., Silva, T. G., Silva, A. M., Bitencourt, J. V. O. V., Nascimento, E. R. P., & Bertoncello, K. C. G. (2020). Boas práticas de enfermagem na unidade de terapia intensiva: Desenvolvendo o histórico de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 11(1), 21-26.

Silva, D. L. M., Gomes, W.H., Souza, V. P. S., Santos, G. P. R., & Domingos, E. P. S. (2017, julho) Critérios de admissão na unidade de terapia intensiva. In: Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia. Fortaleza, CE.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. (2015). Redes de Atenção à saúde: Rede de Urgência e Emergência – RUE, Brasil.