



Fatores preditores de óbito em Unidade de Terapia Intensiva: contribuição para a abordagem paliativista*

Predictors of death in an Intensive Care Unit: contribution to the palliative approach
Factores predictivos de defunción en Unidad de Cuidados Intensivos: aporte para el abordaje paliativista

Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini¹, Eliane Regina Pereira do Nascimento², Rachel Duarte Moritz³, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas⁴, Darlan Laurício Matte⁵, Rafael Pigozzi Cabral¹

Como citar este artigo:

Gulini JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Vargas MAO, Matte DL, Cabral RP. Predictors of death in an Intensive Care Unit: contribution to the palliative approach. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03342. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017023203342>

* Extraído da tese: “Protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispnéia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo na Unidade de Terapia Intensiva”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina; Hospital Universitário, Florianópolis, SC, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis SC, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Medicina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

⁵ Universidade do Estado de Santa Catarina, Departamento de Fisioterapia, Florianópolis, SC, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify predictors of death in the Intensive Care Unit and relate eligible patients to preferential palliative care. **Method:** A prospective cohort study that evaluated patients hospitalized for more than 24 hours, subdivided into G1 (patients who died) and G2 (patients who were discharged from hospital). For identifying the predictors for death outcome, the intensivist physician was asked the “surprise question” and clinical-demographic data were collected from the patients. Data were analyzed by descriptive/inferential statistics ($p < 0.05$ significance). **Results:** 170 patients were evaluated. The negative response to the “surprise question” was related to death outcome. A greater possibility of death ($p < 0.05$) was observed among older and more frail patients with less functionality, chronic cardiac and/or renal insufficiencies or acute non-traumatic neurological insult, with multiorgan failure for more than 5 days, and hospitalized for longer. **Conclusion:** Predictors of death were related to a subjective evaluation by the physician, the clinical condition of the patient, underlying diseases, the severity of the acute disease and the evolution of the critical illness. It is suggested that patients with two or more predictive criteria receive preferential palliative care.

DESCRIPTORS

Intensive Care Unit; Death; Palliative Care; Palliative Care Nursing.

Autor correspondente:

Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini
Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/
nº, Campus Universitário – Trindade
CEP 88036-800 – Florianópolis, SC, Brasil
julianagulini75@gmail.com

Recebido: 04/06/2017
Aprovado: 31/01/2018

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população associado ao avanço tecnológico do mundo atual proporcionaram uma mudança do perfil dos pacientes que são internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tornando crescente a necessidade da discussão sobre Cuidados Paliativos (CP) nessas unidades⁽¹⁾.

Cuidados paliativos (CP) consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais⁽²⁾.

Tendo em vista que os CP visam primordialmente à promoção da qualidade da vida, torna-se imprescindível que seja preservada a autonomia do paciente, que seus sintomas sejam controlados de forma adequada e que seja objetivada a morte no seu tempo certo, também definida como ortotanásia. Porém, deve-se destacar que ambientes com alta tecnologia, como as UTI, têm a possibilidade de proporcionar, em muitas ocasiões, não a restituição da vida, e sim o prolongamento do morrer, isto é a distanásia⁽¹⁾.

Dessa forma, torna-se necessária a identificação dos pacientes que realmente irão se beneficiar de um tratamento intensivo, a discussão sobre metas de atendimento, e a adequada comunicação acerca da mudança do plano terapêutico de curativo/restaurativo para paliativo preferencial ou exclusivo⁽³⁾. Corroborar essa afirmação um estudo que define como fazendo parte de um conjunto de medidas dos CP nas UTI a realização, prestadas até o quinto dia de internação de um paciente com alto risco de óbito, de um encontro interdisciplinar com os familiares, no qual são avaliados o diagnóstico e o prognóstico do paciente, são propostas metas de tratamento e identificadas as necessidades e preferências dos pacientes/familiares, com a certificação da compreensão destes quanto às informações⁽⁴⁾.

Alguns critérios têm sido definidos para a identificação de pacientes com um elevado risco de morrer nos hospitais. Nesses critérios estão incluídas a idade⁽⁵⁾ e a resposta à “pergunta-surpresa”, que corresponde ao questionamento feito ao médico que atende o paciente se ele se surpreenderia caso o paciente viesse a morrer nos próximos 6 meses⁽⁶⁾.

Outro critério adotado como fator de mau prognóstico é a Escala de *Performance* Paliativa (PPS). Trata-se de uma ferramenta que permite a mensuração do estado funcional do paciente e baseia-se em cinco dimensões: deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência. Seu escore varia de 0 a 100, em intervalos de 10 pontos e quanto maior o escore, melhor é a *performance*⁽⁷⁾.

A fragilidade é caracterizada por perda das reservas fisiológicas e cognitivas que confere vulnerabilidade para eventos adversos, sendo frequentemente detectada nos pacientes críticos com idade igual ou maior que 50 anos⁽⁸⁻⁹⁾.

Outros fatores importantes, tanto na definição do mau prognóstico do paciente criticamente enfermo quanto na qualidade da vida após a alta da UTI, são a idade, a gravidade das doenças de base, o tempo de internação na UTI e no hospital e a falência prolongada de órgãos⁽¹⁰⁾.

Cabe destacar que os CP são cada vez mais aceitos como um componente essencial do cuidado integral aos pacientes criticamente doentes, independentemente do diagnóstico ou prognóstico. Esses cuidados podem também ajudar a preparar e apoiar os doentes e as famílias para desafios durante a permanência na UTI e após a sua alta, necessitando de uma abordagem complexa e que objetiva atender a todas as dimensões do ser cuidado⁽¹¹⁻¹³⁾.

Adiciona-se o fato de que os profissionais de saúde que atuam cuidando de pacientes em fim de vida sentem-se despreparados para uma adequada abordagem paliativista, devendo haver melhor comunicação e elucidação dos pacientes elegíveis para CP⁽¹⁴⁾.

Nesse sentido, é importante a identificação das características dos pacientes que morrem nas UTI e daqueles que recebem alta hospitalar, bem como dos fatores preditores de óbito na UTI. Pode-se inferir que essa identificação proporcionará que os CP sejam adequadamente propostos aos pacientes críticos, preferencialmente àqueles com alto risco de óbito, não havendo o prolongamento do morrer desses pacientes, o que evitará o seu sofrimento e de seus familiares⁽¹⁵⁾.

Em virtude do exposto, esta pesquisa objetiva identificar preditores de óbito na UTI e relacionar pacientes elegíveis para CP preferenciais.

MÉTODO

Estudo quantitativo, do tipo coorte prospectivo aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos sob o número 959.555/2015 e CAAE 36643714.1.0000.0118, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O familiar ou responsável pelo paciente internado na UTI autorizou a coleta de dados do prontuário após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com idade igual ou maior a 18 anos, que foram internados na UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil por um tempo maior que 24 horas para que os pesquisadores pudessem acompanhar a evolução da doença crítica desses pacientes até a alta hospitalar. Os critérios de exclusão foram os pacientes admitidos na UTI sem familiares presentes que pudessem concordar com a sua participação.

Para o cálculo da população, realizou-se um levantamento de quantos pacientes foram internados na UTI do presente estudo no ano anterior. Foram 289 pacientes internados em 1 ano, e 139 em 6 meses. A partir disso, calculou-se o tamanho da amostra necessária para esta pesquisa. Para o número da amostra, foi adotado o cálculo de população finita com nível de confiança de 1,96 (intervalo de confiança de 95%) e erro tolerável de cinco pontos percentuais. Com esses parâmetros, o tamanho mínimo da amostra calculado foi de 152 pacientes⁽¹⁶⁾. Para atingir esse número mínimo da amostra, os dados foram coletados no período de março a outubro de 2015, atingindo 170 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão.

Para analisar os fatores preditores de óbito na UTI, a amostra analisada foi subdividida em dois grupos: G1 (pacientes que morreram) e G2 (pacientes que receberam alta hospitalar). Primeiramente se comparou o perfil clínico-demográfico dos pacientes que morreram com o daqueles que receberam alta hospitalar. Posteriormente, foi analisado o impacto dos fatores preditores com o desfecho óbito.

Para a identificação do perfil dos pacientes e dos fatores preditores que poderiam influenciar na evolução da doença crítica, foram coletados do prontuário os dados demográficos (gênero, idade, procedência) e clínicos (funcionalidade, fragilidade, condições ameaçadoras à vida, gravidade, evolução e tempo de internação na UTI e no hospital).

O nível de funcionalidade do paciente foi avaliado pela Escala de PPS, elaborada com critérios relacionados à funcionalidade prévia do paciente, 30 dias antes da internação na UTI, cujas informações foram obtidas com o familiar do paciente. Utilizou-se, como valor do ponto de corte dessa variável, de valores iguais ou menores que 60 para classificar o paciente com baixa funcionalidade⁽¹⁷⁾.

Foram considerados frágeis, para este estudo, os pacientes com pontuação ≥ 5 de acordo com a Escala Clínica de Fragilidade. Essas informações foram obtidas com o familiar do paciente⁽¹⁸⁾.

Foram consideradas condições ameaçadoras à vida pacientes com diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), cirrose hepática com Child-Pugh C, insuficiência renal crônica, doença vascular cerebral com dependência funcional, dificuldade de alimentação e também a presença de neoplasia maligna em estágio avançado⁽¹⁹⁾.

A gravidade da doença aguda foi verificada através do *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS III), coletada no prontuário do paciente.

Sobre a evolução na UTI, foram coletados a presença de falência de dois ou mais órgãos por mais de 5 dias, a necessidade de diálise não programada, a presença de *delirium* e o desfecho óbito/alta hospitalar. Quanto aos episódios de *delirium*, foram anotados os dados do prontuário referentes à avaliação clínica do médico assistente.

A “pergunta-surpresa” (você ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos 6 meses?) foi feita ao médico intensivista após 24 horas de internação do paciente. Essa

é considerada uma ferramenta eficaz e viável para prever a mortalidade no período de 6 meses para os pacientes de UTI⁽²⁰⁾.

Os dados obtidos foram inseridos em planilha eletrônica com auxílio do *software* Excel® 2007. A análise estatística foi realizada no *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0, em duas etapas. Na primeira, utilizou-se do Teste t para as variáveis numéricas e do Qui-Quadrado (χ^2) para as categóricas. Para o Teste t, foi realizado o teste de normalidade pelo Kolmogorov-Smirnov. Na segunda etapa, aplicou-se o teste de χ^2 de Pearson, para avaliação da associação entre as variáveis explicativas. Em sequência, para a avaliação da razão de prevalência das variáveis cujos valores de p foram menores que 0,05, realizou-se a análise de regressão de Poisson. Por fim, foi efetuada a análise de regressão ajustada, com entrada das variáveis explicativas, utilizando-se do modelo hierárquico. Para os cálculos, foi assumido um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Esta pesquisa obteve uma população composta por 244 indivíduos que foram internados na UTI do HU, no período de março a outubro de 2015, sendo que 170 permaneceram internados por mais de 24 horas, e constituíram a amostra desta pesquisa. A taxa de mortalidade da amostra estudada foi de 29%, ou seja, 50 pacientes morreram no hospital, fazendo parte do G1. Desses, 35 foram a óbito na UTI e 15, na enfermaria. Cento e vinte doentes (120) receberam alta hospitalar e formaram o G2.

As características clínicas e demográficas dos pacientes estudados estão demonstradas na Tabela 1. Ressalta-se que os pacientes que morreram eram mais velhos, permaneceram mais tempo internados na UTI, apresentaram SAPS maior, menor funcionalidade conforme a PPS e eram mais frágeis. Esses resultados foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Tabela 1 – Comparação das características clínico-demográficas dos pacientes que morreram (G1) com aqueles que receberam alta hospitalar (G2) – Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Características Clínico-demográficas	Total de pacientes n = 170	G1* n=50	G2+ n=120	Teste estatístico p‡
Gênero				
Masculino	87	30	57	Teste χ^2 0,27
Feminino	83	20	63	
Idade				
Média \pm Desvio-padrão	57 \pm 15,6	61 \pm 14,09	55 \pm 15,9	Teste t‡ 0,01
Mínima/Máxima	19/87	19/84	19/87	
Tempo Internação na UTI¶				
Média \pm Desvio-padrão	9,41 \pm 7,74	11,5 \pm 8,2	8,5 \pm 7,4	Teste t‡ 0,02
Mínima/Máxima	2/49	2/39	2/49	
Tempo Internação Hospitalar				
Média \pm Desvio-padrão	29,43 \pm 25,61	26,2 \pm 21,9	30,8 \pm 27	Teste t‡ 0,29
Mínima/Máxima	2/169	2/87	3/169	
Simplified Acute Physiology Score (SAPS)				
Média \pm Desvio-padrão	64,12 \pm 18,80	73,9 \pm 19,2	60,1 \pm 16,8	Teste t‡ <0,001
Mínima/Máxima	27/118	33/118	27/102	
Palliative Performance Scale (PPS)				
Médio \pm Desvio-padrão	68,4 \pm 20,3	61,6 \pm 18,9	71,2 \pm 20,3	Teste t‡ 0,005
Mínimo/Máximo	10/100	10/100	10/100	
Escala Clínica de Fragilidade (‡5)**				Teste χ^2 0,001
	91 (53,2%)	36 (72%)	55 (46%)	

*Categoria de referência G1 (pacientes que morreram); †G2 pacientes que receberam alta hospitalar; ‡p: valor p (significativo para $p < 0,05$); §Teste χ^2 : Teste Qui-quadrado; ¶Teste t: Teste t de Student; ¶UTI: Unidade de Terapia Intensiva; **Considerados frágeis os pacientes com pontuação ≥ 5 na escala clínica de fragilidade.

Na Tabela 2 é apontada a associação entre os fatores preditores relacionados à admissão do paciente, as doenças de base e a evolução clínica com o desfecho óbito. Salienta-se que, em relação à “pergunta-surpresa”, a resposta foi negativa (não ficariam surpresos) para 89 pacientes (52,4%). Dessas, 41 respostas foram negativas para o G1 (46,06%) e 48 (53,93), para o G2 ($p < 0,001$).

Na Tabela 2, pode-se constatar que, das variáveis testadas, nove tiveram associação significativa com o desfecho óbito, sendo idade maior que 60 anos, PPS menor que 60, escala de fragilidade maior que 5, “pergunta-surpresa” negativa, pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, doença renal crônica, insulto neurológico agudo não traumático, tempo de internação em UTI maior que 5 dias e pacientes com falência de mais de dois órgãos por mais de 5 dias.

Tabela 2 – Comparação entre os fatores preditores relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito – Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Fatores Preditores	Total de pacientes n = 170		G1* n = 50		Teste χ^2 † p‡
	n	%	n	%	
Admissão					
Idade maior 60 anos	79	46,5	30	(37)	0,02
PPS menor que 60§	77	46,1	32	(41)	0,004
Escala Fragilidade ≥ 5 ¶	91	53,2	36	(39)	0,002
Pergunta-surpresa negativa¶¶	89	52,4	41	(46)	0,001
Doenças de base					
Insuficiência Cardíaca Congestiva	50	29,4	21	(42)	0,02
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	15	8,8	5	(33)	0,72
Doença Hepática Crônica	20	11,8	9	(45)	0,26
Doença Renal Crônica	21	12,4	12	(57)	0,003
Neoplasia maligna	14	8,2	6	(42)	0,24
Pacientes com HIV**	12	7,1	3	(25)	1,00
Insulto neurológico agudo não traumático	52	30,6	21	(40)	0,03
Evolução Clínica					
Delirium na UTI††	84	49,4	30	(35)	0,07
Tempo de UTI†† maior 5 dias	120	70,6	42	(35)	0,01
Traqueostomia	10	5,9	3	(30)	1,00
Diálise na UTI††	26	15,3	10	(38)	0,27
Falência de mais 2 órgãos por mais de 5 dias	57	33,5	36	(63)	0,001

*G1(pacientes que morreram): Categoria de referência; †Teste χ^2 : Teste Qui-quadrado; ‡p: valor p (significativo para $p < 0,05$); §PPS: *Palliative Performance Scale* com valor menor que 60; ¶considerados frágeis os pacientes com pontuação ≥ 5 na escala clínica de fragilidade; ¶¶Pergunta-surpresa negativa: “Não ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos 6 meses”; **HIV: *Human Immunodeficiency Virus*; ††UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

Na sequência, essas variáveis com associação positiva em relação ao óbito e estatisticamente significativa foram estudadas através das análises de regressão linear e multivariada, que objetivou a detecção de quais seriam os fatores preditores mais fortemente associados ao óbito.

Em seguida, fez-se novamente avaliação por meio da análise ajustada hierarquizada (Tabela 3), que permitiu analisar pela Razão de Prevalência (RP) e o Intervalo de Confiança (IC) de 95% que as duas variáveis mais fortemente relacionadas ao óbito foram a falência de dois ou mais órgãos por mais de 5 dias e a resposta negativa do médico à “pergunta-surpresa”.

Tabela 3 – Avaliação dos fatores preditores mais fortemente ligados ao desfecho óbito – Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Variáveis clínicas e demográficas dos pacientes que morreram	Análise Ajustada Hierarquizada	
	p*	RP+IC 95%‡
Idade >60 anos	0,03	1,68 (1,0-2,6)
PPS <60§	0,57	1,16 (0,6-1,9)
Fragilidade	0,36	1,45 (0,6-3,2)
Insuficiência Cardíaca Congestiva	0,37	1,25 (0,7-2,0)
Doença Renal Crônica	0,01	1,86 (1,1-2,9)
Insulto neurológico agudo não traumático	0,01	1,74 (1,1-2,7)
Tempo de UTI maior que 5 dias	0,04	1,96 (1,0-3,8)
Falência mais 2 órgãos por mais 5 dias	0,001	3,49 (1,9-6,2)
Pergunta-surpresa negativa¶	0,009	2,56 (1,2-5,2)

*p: valor p (significativo para $p < 0,05$); †RP: Razão de Prevalência; ‡IC95%: Intervalo de Confiança (95%); §PPS<60: valor na Escala de *Performance* Paliativa menor que 60; ¶Pergunta-surpresa negativa: “Não ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos 6 meses”.

DISCUSSÃO

Foi constatado que os pacientes que morreram na UTI eram mais velhos, mais frágeis, tinham menor funcionalidade e permaneceram mais tempo internados nessa unidade com falência de múltiplos órgãos, corroborando outros estudos⁽²¹⁻²²⁾, e evidenciada boa relação da possibilidade do desfecho óbito através da resposta negativa à “pergunta-surpresa”. As doenças mais relacionadas à morte foram a doença renal, o insulto neurológico não traumático (AVE e coma após PCR) e a ICC. Diante desses resultados, poder-se-ia inferir que pacientes com o perfil apontado se beneficiariam com a introdução de CP preferenciais na UTI.

Neste estudo, no que concerne aos critérios preditores na admissão, a idade maior que 60 anos, a baixa funcionalidade (PPS<60) e a presença de fragilidade⁽³⁵⁾ estiveram significativamente relacionadas à maior taxa de mortalidade. Estudos mostram que a idade avançada, embora não seja um fator único que influencie as decisões, está diretamente relacionada ao aumento do óbito e à baixa funcionalidade após a alta da UTI, o que gera discussão sobre o real benefício do tratamento intensivo para os pacientes muito idosos. Um trabalho canadense que avaliou 1.670 pacientes com idade igual ou maior que 80 anos mostrou que um terço desses doentes morreu no hospital recebendo intervenções agressivas, mesmo depois de uma permanência prolongada na UTI⁽²³⁾.

Outro fato que merece destaque é o de que pacientes idosos (mais de 65 anos) e frágeis têm maior possibilidade de morrer nas UTI⁽²⁴⁾. No presente trabalho, embora a faixa etária da população estudada não tenha sido de idosos (idade média de 57 anos), o grupo de pacientes com idade igual ou maior que 60 anos apresentou uma taxa de mortalidade significativamente mais alta do que a taxa de mortalidade total do estudo (37% versus 29%). A realidade apontada na literatura gera a discussão sobre a distanásia e a futilidade terapêutica e traz à tona a necessidade crescente da implantação dos CP nos hospitais gerais e, mais especificamente, nas UTI.

Constatou-se que a fragilidade foi identificada em 53% dos pacientes e esteve significativamente relacionada à morte. Assim, esse fator em ambientes de cuidados críticos pode ser preditor de óbito e permitir decisão compartilhada, além de identificar subgrupos vulneráveis, com necessidades específicas, que podem se beneficiar de CP preferenciais⁽²⁵⁾.

Embora tenha crescido o emprego da PPS para a avaliação da funcionalidade e do preditor de óbito nas doenças crônicas degenerativas, ainda é um método pouco utilizado em UTI. Nesta investigação, os pacientes que morreram tinham níveis significativamente mais baixos de PPS em relação aos pacientes que tiveram alta hospitalar (61,6 versus 71,2), e, independentemente da idade, a taxa de mortalidade dos pacientes com níveis de PPS \leq 60 foi de 41%, enquanto a da população geral foi de 29%. Taxas mais altas foram encontradas em um estudo com 466 pacientes admitidos em *hospice* e sem doença neoplásica. Nesses pacientes, a mortalidade de 6 meses para três categorias de PPS foi de 96% para a PPS com pontuações entre 10 e 20; 89% para a PPS com pontuações de 30 a 40 e 81% para os escores de PPS maiores ou igual a 50⁽²⁶⁾.

Na presente pesquisa as doenças de base detectadas em mais da metade dos pacientes foram a ICC (n=50; 29,4%) e o insulto neurológico não traumático (n=52; 30,6%). Essas doenças tiveram associação significativa com a morte, assim como a presença de doença renal crônica (n=21).

Em relação aos cuidados neurocríticos, as taxas de mortalidade, incluindo hemorragia intracerebral e lesão cerebral anóxica, estão acima de 50%, e muitos pacientes nunca recuperaram a independência funcional e frequentemente experimentam perda cognitiva significativa e deterioração da qualidade de vida. Por estas razões, o CP é um componente determinante dos cuidados de alta qualidade para os pacientes neurocríticos⁽²⁷⁾.

Outras doenças crônicas degenerativas testadas, como as dos pacientes com DPOC, doença hepática crônica, neoplasias e HIV (n=61) não mostraram associação significativa com o evento morte. Essa condição pode ter ocorrido pelo pequeno número de pacientes com cada uma dessas doenças em função das características do hospital e da UTI do estudo.

No que concerne à avaliação preditora de óbito de pacientes submetidos a tratamento intensivo, o SAPS é um escore validado como discriminador de mortalidade intra-hospitalar⁽²⁸⁾. Os resultados deste trabalho confirmam essa afirmação. E, quanto à evolução durante a internação na UTI, detectou-se que o tempo de internação maior que 5 dias e a falência de mais de dois órgãos por mais de 5 dias influenciaram significativamente a mortalidade dos pacientes avaliados. Todavia, não foi encontrada associação significativa entre quadros de *delirium* e necessidade de traqueostomia ou de diálise e morte dos doentes. Esses achados podem ser decorrentes do número pequeno de pacientes que apresentaram essas intercorrências. Além do mais, o diagnóstico de *delirium* não foi efetuado por escalas validadas para esse fim, mas pela avaliação clínica do médico intensivista, o que pode ter gerado um viés.

Foi evidenciado que os dois fatores mais fortemente ligados ao desfecho óbito foram a falência de mais de dois órgãos por mais de 5 dias e a previsão médica (“pergunta-surpresa”), com $p=0,001$ e $p=0,009$, respectivamente. Com relação à “pergunta-surpresa”, estudo com 500 pacientes admitidos na UTI evidenciou que a mortalidade aos 6 meses foi de 36% no total, 62,2% para o grupo “Não”, e 12,2%, para o grupo “Sim”. No presente estudo, por não terem acompanhado os pacientes por um período de 6 meses, os médicos intensivistas podem ter acertado menos na resposta à “pergunta-surpresa”.

Em relação à disfunção ou falência de órgãos, um estudo avaliou pacientes com disfunção de múltiplos órgãos após 24 horas da admissão da UTI e 1 ano depois constataram que a mortalidade foi de 52,9% em 1 ano. Os fatores que influenciaram a mortalidade hospitalar foram idade avançada e estado funcional geralmente diminuído, sendo ambos os fatores não modificáveis. Após a alta, o estado funcional geral permaneceu diminuído juntamente com as reospitalizações⁽²⁹⁾.

Uma das limitações desta investigação é a ausência de acompanhamento dos pacientes da pesquisa por um período mínimo de 6 meses após a alta hospitalar, o que pode ter sido um viés da pesquisa, pois a taxa de óbito dos pacientes que tiveram alta da UTI poderia ser maior, e a “pergunta-surpresa” poderia apresentar uma predição ainda maior de acertos. Outra limitação foi aquela imposta pelo perfil de doentes atendidos na UTI do hospital em função da estrutura de terapia intensiva da cidade, que direciona, de acordo com as doenças de base, os pacientes para determinadas instituições, portanto, a distribuição de pacientes provavelmente não é representativa dos pacientes de terapia intensiva da cidade e região. Entre os pontos fortes do estudo, podemos destacar a amostra, que, apesar de não representativa da cidade e região, foi superior à prevista pelo cálculo amostral, e a utilização de instrumentos validados e que abordam diversos aspectos do paciente internado em UTI.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo permitem afirmar que as causas de maior incidência de mortalidade dos

pacientes criticamente enfermos estão relacionadas à condição clínica do paciente (idade maior que 60 anos, baixa funcionalidade, presença de fragilidade, avaliação subjetiva do médico assistente através da “pergunta-surpresa”); às doenças de base (ICC, doença renal crônica e insulto neurológico agudo não traumático); à gravidade da doença aguda (SAPS); à evolução da doença crítica (tempo de internação na UTI maior que 5 dias e falência de mais de dois órgãos por mais de 5 dias). Os dois fatores mais fortemente ligados ao desfecho morte do paciente internado em UTI foram a falência de mais de dois órgãos por mais de 5 dias e a avaliação subjetiva do médico intensivista.

Os resultados sugerem que existe uma parcela de pacientes que são internados em UTI que necessitariam de uma avaliação e abordagem paliativista desde o momento da sua admissão, a fim de que se possa estabelecer limites terapêuticos e evitar falsas esperanças aos familiares e à equipe que assiste esse paciente. Logo, espera-se que este estudo contribua para a reflexão dos profissionais acerca da necessidade de maior embasamento científico na tomada de decisão quanto à elegibilidade do paciente para o CP.

RESUMO

Objetivo: Identificar preditores de óbito na Unidade de Terapia Intensiva e relacionar pacientes elegíveis para cuidados paliativos preferenciais. **Método:** Coorte prospectivo que avaliou pacientes internados por mais de 24 horas, subdivididos em G1 (pacientes que morreram) e G2 (pacientes com alta hospitalar). Para a identificação dos fatores preditores para o desfecho óbito, foi feita ao médico intensivista a “pergunta-surpresa” e foram coletados dados clínico-demográficos dos pacientes. Os dados foram analisados por estatística descritiva/inferencial (significante $p < 0,05$). **Resultados:** Foram avaliados 170 pacientes. A resposta negativa à “pergunta-surpresa” foi relacionada ao desfecho óbito. Houve maior possibilidade de óbito ($p < 0,05$) entre os pacientes mais velhos, mais frágeis, com menor funcionalidade, com insuficiências cardíaca e/ou renal crônicas ou insulto neurológico agudo não traumático, com falência multiorgânica por mais de 5 dias, internados por mais tempo. **Conclusão:** Preditores de óbito foram relacionados à avaliação subjetiva do médico, à condição clínica do paciente, às doenças de base, à gravidade da doença aguda e à evolução da doença crítica. Sugere-se que pacientes com dois ou mais critérios preditores recebam cuidados paliativos preferenciais.

DESCRITORES

Unidade de Terapia Intensiva; Morte; Cuidados Paliativos; Enfermagem de Cuidados Paliativos.

RESUMEN

Objetivo: Factores predictivos de defunción en la Unidad de Cuidados Intensivos y relacionar a pacientes elegibles para cuidados paliativos preferentes. **Método:** Cohorte prospectivo que evaluó a pacientes hospitalizados por más de 24 horas, subdivididos en G1 (pacientes que fallecieron) y G2 (pacientes con alta hospitalaria). Para la identificación de los factores predictivos para el resultado defunción, se hizo al médico intensivista la “pregunta sorpresa” y fueron recogidos datos clínico-demográficos de los pacientes. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva/inferencial (significante $p < 0,05$). **Resultados:** Fueron evaluados 170 pacientes. La respuesta negativa a la “pregunta sorpresa” fue relacionada con el resultado defunción. Hubo mayor posibilidad de defunción ($p < 0,05$) entre los pacientes mayores, más frágiles, con menor funcionalidad, con insuficiencias cardíaca y/o renal crónicas o evento neurológico agudo no traumático, con fallo multiorgánico por más de cinco días, hospitalizados por más tiempo. **Conclusión:** Predictores de defunción fueron relacionados con la evaluación subjetiva del médico, la condición clínica del paciente, las enfermedades de base, la severidad de la enfermedad aguda y la evolución de la enfermedad crítica. Se sugiere que pacientes con dos o más criterios predictivos reciban cuidados paliativos preferentes.

DESCRIPTORES

Unidad de Cuidados Intensivos; Muerte; Cuidados Paliativos; Enfermería de Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Moritz RD, coordenadora. Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Atheneu; 2012.
2. World Health Organization. Palliative care for older people: better practices [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2015 June 11]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
3. You JJ, Fowler RA, Heyland DK. Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. CMAJ [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 11];186(6):425-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3971028/>
4. Nelson JE, Mulkerin CM, Adams LL, Pronovost PJ. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. Qual Saf Health Care [Internet]. 2006 [cited 2017 Sep 25];15(4):264-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564022/>

5. Herridge MS, Chu LM, Matte A, Tomlinson G, Chan L, Thomas C, et al. The RECOVER Program: disability risk groups and 1-year outcome after 7 or more days of mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016;194(7):831-44.
6. Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, Abernethy A, Rondelli R, Savorani G, et al. The 'surprise' question in advanced cancer patients: a prospective study among general practitioners. *Palliat Med*. 2014;28(7):959-64.
7. Seow H, Barbera L, Dudgeon D, Howell D, Husain A, Atzema C, et al. The association of the palliative performance scale and hazard of death in an ambulatory cancer population. *J Palliat Med*. 2013;16(2):156-62. DOI: 10.1089/jpm.2012.0239
8. Zeng A, Song X, Dong J, Mitnitski A, Liu J, Guo Z, et al. Mortality in relation to frailty in patients admitted to a specialized geriatric Intensive Care Unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*[Internet]. 2015[cited 2015 Nov 29];70(12):1586-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4631107/>
9. McDermid RC, Stelfox HT, Bagshaw SM. Frailty in the critically ill: a novel concept. *Crit Care* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 13];15(1):301. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222010/>
10. MacIntyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. *Respir Care*. 2012;57(6):1021-7. DOI: <https://doi.org/10.4187/respcare.01768>
11. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med* [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 13];42(11):2418-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695994/>
12. Vargas MAO, Vivian J, Vieira RW, Mancía JR, Ramos FRS, Ferrazzo S, et al. Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2013 [citado 2016 nov. 13];22(3):637-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300009
13. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2016 out. 13];22(4):1134-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/32.pdf>
14. Araújo MMT, Silva MJP. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 13];46(3):623-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300014&script=sci_arttext&lng=en
15. Silva MCM, Sousa RMC, Padilha KG. Patient destination after discharge from Intensive Care Units: wards or intermediate care units? *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 15];18(2):224-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000200013
16. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2000 [citado 2015 nov. 24];8(2):9-28. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2000_2/artigos/csc_v8n2_09-28.pdf
17. Myers J, Kim A, Flanagan J, Selby D. Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. *Support Care Cancer* [Internet]. 2015[cited 2016 Jan 13]; 23(4):913-8. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-014-2440-8>
18. Hope AA, Hsieh SJ, Petti A, Hurtado-Sbordoni M, Verghese J, Gong MN. Assessing the usefulness and validity of frailty markers in critically ill adults. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14(6):952-9. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201607-538OC
19. Nelson JE, Curtis JR, Mulkerin C, Campbell M, Lustbader DR, Mosenthal AC, et al. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. *Crit Care Med*. 2013;41(10):2318-27. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31828cf12c
20. Silva GM, Braun A, Stott D, Wellsted D, Farrington K. How robust is the 'surprise question' in predicting short-term mortality risk in haemodialysis patients. *Nephron Clin Pract*. 2013;123(3-4):185-93.
21. Bezerra GKA. Unidade de Terapia Intensiva – perfil das admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. *Rev Bras Ci Saúde* [Internet]. 2012 [citado 2016 jan. 4];16(4):491-6. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/11900/9116>
22. Ho KM, Williams TA, Harahsheh Y, Higgins TL. Using patient admission characteristics alone to predict mortality of critically ill patients: a comparison of 3 prognostic scores. *J Crit Care*. 2016;31(1):21-5. DOI: 10.1016/j.jcrc.2015.10.019
23. Heyland D, Cook D, Bagshaw SM, Garland A, Stelfox HT, Mehta S, et al. The very elderly admitted to ICU: a quality finish? *Crit Care Med*. 2015;43(7):1352-60. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001024
24. Zeng A, Song X, Dong J, Mitnitski A, Liu J, Guo Z, et al. Mortality in relation to frailty in patients admitted to a specialized geriatric Intensive Care Unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 29];70(12):1586-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4631107/>
25. Bagshaw SM, McDermid RC. The role of frailty in outcomes from critical illness. *Curr Opin Crit Care*. 2013;19(5):496-503. DOI: 10.1097/MCC.0b013e328364d570
26. Harrold J, Rickerson E, Carroll JT, McGrath J, Morales K, Kapo J, et al. Is the palliative performance scale a useful predictor of mortality in a heterogeneous hospice population? *J Palliat Med*. 2005;8(3):503-9.
27. Frontera JA, Curtis JR, Nelson JE, Campbell M, Gabriel M, Mosenthal AC, et al. Integrating palliative care into the care of neurocritically ill patients: a report from the improving palliative care in the ICU Project Advisory Board and the Center to Advance Palliative Care. *Crit Care Med* [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 28];43(9):1964-77. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4537672/>
28. Serpa Neto A, Assunção MS, Pardini A, Silva E. Feasibility of transitioning from APACHE II to SAPS III as prognostic model in a Brazilian general Intensive Care Unit: a retrospective study. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 13];133(3):199-205. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v133n3/1516-3180-spmj-2013-8120014.pdf>
29. Hortigüela-Martín VA, Sanchez-Casado M, Rodríguez-Villar S, Quintana-Díaz M, Marco-Schulke C, Gómez-Tello V, et al. Mortalidad tras el alta de La Unidad de Cuidados Intensivos y factores pronosticos relacionados en una cohorte de pacientes críticos com disfunción multiorganica. *Med Clin*. 2013;140(11):479-86. DOI: 10.1016/j.medcli.2012.09.043



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.