Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalares

Geographical and clinical profile of patients admitted to the ICU through the Center for Regulatory Hospitalizations

Melina Sousa Vieira[1]

RESUMO

Objetivos: Traçar o perfil geográfico e clínico dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva através da Central de Regulação de Internações Hospitalares, identificando o índice prognóstico no momento da admissão.

Métodos: Estudo do tipo coorte, prospectivo, observacional e de abordagem quantitativa com uma amostra de 67 pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva através da Central de Regulação de Internações Hospitalares. Os dados foram coletados por meio de instrumento específico para traçar o perfil dos pacientes, com variáveis demográficas e clínicas, e cálculo do APACHE II.

Resultados: A taxa de óbito foi de 50,7%. A maioria das admissões foi do sexo masculino com uma média de idade de 49,34 anos, procedentes do Pronto Atendimento e com necessidade de ventilação mecânica e drogas vasoativas. Uma maior porcentagem foi admitida com risco de óbito predito maior que 80%.

Conclusão: Os resultados confirmaram a admissão de pacientes em sua maioria idosos com risco predito de óbito elevado no momento da admissão, correspondendo a uma taxa de mortalidade bastante elevada e validando o APACHE II.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Regulação; APACHE II

[1]Setor de Terapia Intensiva do Hospital Regional da Asa Norte, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília-DF, Brasil.

Correspondência
Melina Sousa Vieira
Rua Antônio Bona 700, São Cristóvão, Teresina–PI. 64056-200, Brasil.
mellinasousa@yahoo.com.br

ABSTRACT

Objectives: To describe the geographical and clinical profile of patients admitted to the Intensive Care Unit through the Center for Regulatory Hospitalizations, identifying the prognostic index of patients at admission.

Recebido em 16/março/2011
Aprovado em 16/abril/2012

Methods: Cohort study, prospective, observational, quantitative approach with a sample of 67 patients admitted to the Intensive Care Unit through the Center for Regulatory Hospitalizations. Data were collected through a specific tool to trace the profile of patients with demographic and clinical variables, and calculation of APACHE II.

Results: The mortality rate was 50.7%. Most admissions were male with a mean age of 49.34 years, coming from the Emergency Services and requiring mechanical ventilation and vasoactive drugs. A higher percentage was admitted with predicted risk of death greater than 80%.

Conclusion: The results confirmed the admission of patients mostly elderly with high risk of death predicted at the time of admission, corresponding to a high mortality rate also high, validating the APACHE II index.

Keywords: Intensive Care Unit; Regulatory; APACHE II

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Entretanto, demandas crescentes por uma assistência cada vez mais complexa seguem em descompasso com o crescimento da oferta de serviços, aumentando os desafios para que a equidade seja concretizada na área da assistência intensiva[1], uma vez que o acesso a mesma é tão importante quanto o acesso à atenção básica para a garantia dos direitos constitucionais do SUS .

Essas falhas justificam a regulação pelo Estado no sentido de garantir os direitos dos cidadãos. Regulação assistencial é estabelecida como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada, devendo ser efetivada por meio de complexos reguladores[2], estruturas que operacionalizam as ações da regulação do acesso e integram a relação entre os vários serviços, ambulatoriais ou hospitalares, qualificando e hierarquizando o fluxo de pacientes, garantindo acesso qualificado conforme o nível de complexidade requerido; suas funções são operacionalizadas pelas centrais de regulação.

A Central de Regulação de Internações Hospitalares é responsável por regular os leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde do SUS, entre os quais aqueles destinados as Unidades de Terapia Intensiva (UTI)[2]. Uma UTI é definida enquanto área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada, materiais específicos e o uso de tecnologias[3].

Estima-se uma necessidade média de 4% a 10% do total de leitos hospitalares, o equivalente de um a três leitos de UTI para cada 10 mil habitantes[4]. Um estudo brasileiro revelou a existência de 1,3 leitos por 10 mil habitantes, sendo que o Brasil tem 25.367 leitos, distribuídos por 2.342 UTIs em 403 municípios. Entre os estados com a melhor relação encontra-se o Distrito Federal (DF) com 2,4 leitos/10.000 habitantes[5].

Com a finalidade de distribuição dos leitos em UTI, de forma equânime, a Secretaria de Estado do Distrito Federal (SES/DF) criou a Central de Regulação de Internações Hospitalares (CRIH) com o

objetivo imediato de regular a totalidade dos leitos de UTI dos hospitais da rede própria, conveniada ou contratada pela SES e localizados no DF[6].

Para a execução da ação regulatória, existem protocolos clínicos com critérios bem estabelecidos para admissão e alta em terapia intensiva[7].

Ainda visando à otimização do uso dos recursos relacionados às UTIs diversas formas de avaliar a gravidade dos pacientes, foram criadas, citando-se os índices prognósticos, como o Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II), o qual descreve quantitativamente o grau de disfunção orgânica, permitindo estimar a probabilidade de óbito e estabelecer requisitos mínimos que indiquem a necessidade de internação e saída da UTI[8]. O APACHE II leva em consideração a idade do paciente, condições crônicas de saúde e variáveis fisiológicas e laboratoriais, devendo ser obtido nas 24 horas de admissão na UTI[9].

Apesar da existência das centrais de regulação enquanto estratégia nacional para a garantia do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, ainda é grande a escassez de trabalhos que descrevam a ação das mesmas através de estudos sobre as características clínicas e geográficas dos pacientes admitidos por meio dessas instituições. Em um estudo mineiro foram avaliadas 3.705 internações, onde 24,9% foram realizadas através da Central de Internações de Belo Horizonte, reforçando a necessidade de se realizar novas análises do processo[1].

Através da possibilidade de contribuir com o fortalecimento do processo regulatório exercido pela CRIH da SES/DF, este estudo foi desenvolvido com os seguintes objetivos: traçar o perfil dos pacientes admitidos na UTI através da CRIH; identificar o índice prognóstico dos pacientes no ato da admissão pelo uso do APACHE II.

MÉTODOS

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF, realizou-se um estudo do tipo coorte, prospectivo, observacional e de abordagem quantitativa. Esta metodologia visa descrever determinada população ou fenômeno por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, utilizando a análise estatística[10].

Foi desenvolvido na UTI do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), da SES/DF, classificada como UTI geral adulto, composta por 10 leitos ocupados por pacientes clínicos e cirúrgicos; no período de março a julho de 2009, através da análise documental dos prontuários dos pacientes admitidos durante este período. Todas as admissões foram realizadas por meio da Central de Regulação de Internações Hospitalares, contemplando-se assim, uma amostra de 67 pacientes.

A análise documental forneceu dados para levantamento do perfil demográfico (sexo, idade, procedência e existência de mandados judiciais) e clínico (diagnósticos, comorbidades, complicações, modalidades terapêuticas) dos pacientes do estudo. Após a análise documental dos prontuários foram traçados, o escore e índice APACHE II com base nas variáveis que mais se afastaram da normalidade dentro das primeiras 24 horas de admissão. O escore é uma pontuação resultante da somatória de 12 variáveis clínicas, fisiológicas e laboratoriais; ainda são atribuídos pontos à idade, à presença de doença crônica e às variáveis fisiológicas. Mediante a utilização de uma equação de regressão logística com o valor do escore, uma constante e um valor ponderal para categoria diagnóstica, obtém-se o índice APACHE II o que significa o risco previsto de óbito de um determinado paciente. Quando faltava uma variável, classificou-se como normal e atribuído o valor zero. Calculou-se então, o Standard Mortality Ratio (SMR – relação entre a taxa de mortalidade real e a prevista), utilizando-se o índice APACHE II.

O perfil dos pacientes e o APACHE II foram demonstrados por números absolutos e relativos. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 13.0). Para as variáveis contínuas foram calculados a média e o desvio padrão. Os dados categóricos foram comparados pelo teste não paramétrico Qui-quadrado pelo programa StatXact 3.1. Na situação em que houve frequência menor do que 5, os dados foram agrupados ou foi utilizado o teste Exato de Fisher. O valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

No período de março a julho de 2009, 67 pacientes foram admitidos na UTI do HRAN/SES/DF, todos pela Central de Regulação de Internações Hospitalares (CRIH) sendo então, incluídos neste estudo. Desses, 34 morreram, perfazendo uma taxa de óbito de 50,74%.

Tabela 01

Características demográficas dos pacientes admitidos (n = 67). UTI do HRAN. Brasília. Março a julho de 2009.

		DESTINO				TOTAL		p
		ALTA (n=33)		ÓBITO (n=34)				
		n	%	n	%	n	%	
SEXO	Feminino	13	39,4	15	44,1	28	41,8	0,695
	Masculino	20	60,6	19	55,9	39	58,2	
IDADE	14 a 40	14	63,6	8	36,4	22	4,5	0,099
	> 40	19	42,2	26	57,8	45	11,9	
MANDADO*	Sim	2	20,0	8	80,0	10	14,9	< 0,001
	Não	31	54,4	26	45,6	57	85,1	

Fonte: Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional da Asa Norte.
**Admissões realizadas através de mandados judiciais*

De acordo com a Tabela 01, os aspectos demográficos dos pacientes evidenciam que houve predominância do sexo masculino, tanto no total de pacientes admitidos, quanto entre aqueles pacientes que morreram. Em relação à idade a maior parte dos pacientes pertencia à categoria acima de 60 anos (29,9%), sendo que 70% deles foram a óbito, seguidos pela faixa etária de 41 a 50 anos representando 23,9% das admissões; estes dados foram agrupados para uma melhor análise estatística. A média foi de 49,34 anos (DP ± 18,91). Por fim, apesar do número de admissões por mandados judiciais não ter sido muito expressivo, entre essas admissões a taxa de óbito foi bastante significativa (80%).

Quanto à procedência dos pacientes, sua maior parte (26,9%) foi da Unidade de Pronto Atendimento do próprio hospital, sendo que 25,4% foi do Centro Cirúrgico seguido por outras unidades e outros hospitais.

Na tabela 2 são descritas as causas que motivaram a internação dos pacientes na UTI, bem como a presença ou não de comorbidades associadas ao diagnóstico primário.

Tabela 02

Distribuição dos pacientes (n = 67), segundo as causas de admissão na UTI e presença ou não de comorbidades associadas. UTI do HRAN, Brasília. Março a julho de 2009.

	DESTINO				TOTAL		p
	ALTA (n=33)		ÓBITO (n=34)				
	n	%	n	%	n	%	
CAUSAS ADMISSÃO							
Instabilidade hemodinâmica	8	40,0	12	60,0	20	29,7	< 0,001
Insuficiência respiratória	14	48,3	15	51,7	29	43,3	
Hemodiálise	1	100,0	0	00,0	1	1,5	
Pós-operatório							
Eletivo	5	100,0	0	00,0	5	7,5	
Urgência / Emergência	5	41,6	7	58,3	12	17,9	
COMORBIDADES							
Sim	16	43,2	21	56,8	37	55,2	0,274
Não	17	56,6	13	43,3	30	44,8	

Fonte: Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional da Asa Norte.

O principal motivo de admissão encontrado neste estudo foi por insuficiência respiratória seguido da instabilidade hemodinâmica, com uma taxa de mortalidade elevada (60%) entre aqueles com disfunção hemodinâmica. Da mesma forma, um maior número de pacientes (37%) apresentou comorbidades associadas ao diagnóstico primário, dentre elas, a Hipertensão arterial foi a mais expressiva (17,9%) seguida pela Diabetes mellitus (9,0%). Percebe-se que esses pacientes com comorbidades apresentaram a maior taxa de óbito.

Os diagnósticos primários encontrados, foram classificados em categorias[11]. A categoria mais freqüente foi relacionada às doenças do aparelho respiratório (31,3%), seguida das doenças do aparelho digestivo (23,9%), e das neoplasias (10,4%). As doenças do aparelho respiratório foram representadas, principalmente, pela pneumonia. Entre os pacientes que foram a óbito, houve porcentagens semelhantes entre as patologias respiratórias e digestivas, com 20% e 18,9%, respectivamente.

As características clínicas dos pacientes e as principais modalidades terapêuticas, as quais eles foram submetidos na admissão podem ser observadas na Tabela 03.

Tabela 03

Características clínicas dos pacientes admitidos e as principais modalidades terapêuticas (n = 67). UTI do HRAN. Brasília, Março a julho de 2009.

		DESTINO				TOTAL		p
		ALTA (n=33)		ÓBITO (n=34)				
		n	%	n	%	n	%	
IRA*	Sim	6	17,6	28	82,4	34	50,7	< 0,001
	Não	27	81,8	6	18,2	33	49,3	
PÓS-PCR**	Sim	2	22,2	7	77,8	9	13,4	0,006
	Não	31	53,4	27	46,6	58	86,6	
SEPSIS/CHOQUE***	Sim	20	39,2	31	60,8	51	76,1	0,366
	Não	13	81,2	3	18,8	1	23,9	
VM****	Sim	16	32,7	33	67,3	49	73,1	0,036
	Não	17	94,4	1	5,6	18	26,9	
DVA*****	Sim	10	25,6	29	74,4	39	58,2	< 0,001
	Não	23	82,1	5	17,9	28	41,8	

Fonte: Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional da Asa Norte.
**insuficiência renal aguda*
***antes da internação na UTI ou antes do pedido de internação;*
**** sepsis ou choque séptico no momento da internação;*
*****ventilação mecânica; *****drogas vasoativas*

A presença de insuficiência renal aguda (IRA) em 50,7% das admissões e sepsis ou choque séptico em 76,1% das admissões associaram-se a uma taxa de mortalidade elevada com 82,4% e 60,8% dos casos, respectivamente, transformando-se em um dado bastante significativo para a progressão do quadro ao óbito. Os pacientes que apresentaram parada cardiorrespiratória (PCR) representaram uma significância menor no total das admissões com 13,4%, porém representou uma importante complicação quando relacionada à mortalidade, onde 77,8% evoluíram ao óbito.

O uso de ventilação mecânica (VM) enquanto terapêutica adotada esteve presente na maioria dos pacientes, o que esteve associado com uma maior ocorrência de óbito com 67,3%. Da mesma forma, foi verificado que os pacientes em uso de drogas vasoativas (DVA) morreram mais em comparação com aqueles que não precisaram de tal suporte. Entre as drogas vasoativas, 74,4% fizeram uso de Noradrenalina e 20,5% a utilizaram em associação com Dobutamina, com taxas de óbito de 72,4% e 100%, respectivamente.

Nas Tabelas 04 e 05 pode-se observar a distribuição dos pacientes segundo o escore e índice APACHE II, com as respectivas taxas de óbitos previstos e observados.

Tabela 04

Distribuição dos pacientes segundo escore APACHE II (n = 67). UTI do HRAN, Brasília. Março a julho de 2009.

		DESTINO				TOTAL	
		ALTA		ÓBITO			
		n	%	n	%	n	%
ESCORE APACHE II	0 a 5	4	100,0	0	00,0	4	6,0
	6 a 10	5	100,0	0	-	5	7,5
	11 a 15	8	88,9	1	11,1	9	13,4
	16 a 20	8	100,0	0	00,0	8	11,9
	21 a 25	7	77,7	2	22,2	9	13,4
	26 a 30	1	50,0	1	50,0	2	3,0
	31 a 35	0	00,0	4	100,0	4	6,0
	36 a 40	0	00,0	19	100,0	19	28,4
	> 40	0	00,0	7	100,0	7	10,4

Fonte: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II - APACHE II

Observa-se que escores acima de 20 pontos se associaram a ocorrência de óbito em 80,5% dos pacientes; perfazendo 100% quando acima de 30 pontos. Identificou-se, no presente trabalho, um predomínio na faixa entre 36 a 40 pontos.

Tabela 05

Distribuição dos pacientes de acordo com a mortalidade prevista e a observada, divididos em faixa de risco de 10% (n = 67). UTI do HRAN, Brasília. Março a julho de 2009.

		DESTINO			ÓBITOS	
		ALTA	ÓBITO	TOTAL	PREVISTOS	OBSERVADOS
		n	n	n	%	%
RISCO %	0 a 10	11	0	11	5,25	0,00
	11 a 20	8	0	8	16,9	0,00
	21 a 30	3	1	4	26,5	25,0
	31 a 40	4	0	4	34,8	0,00
	41 a 50	3	2	5	46,3	40,0
	51 a 60	3	0	3	53,4	0,00
	61 a 70	1	1	2	66,2	50,0
	71 a 80	0	0	0	0,00	0,00
	> 80	0	30	30	90,47	100,0
TOTAL		**33**	**34**	**67**	**54,87**	**50,74**

Fonte: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II - APACHE II

Quanto ao índice APACHE II, um maior número de pacientes foi admitido com o risco de óbito maior do que 80%, sendo que destes, 100% foram a óbito. A Standard Mortality Ratio foi de 0,92 para o APACHE II.

DISCUSSÃO

A taxa de óbito esperada nas UTIs, guardando as devidas particularidades de cada setor, encontra-se entre 25 a 30%[12]. Assim, a taxa encontrada neste estudo, pode ser considerada bastante alta, o que pode ser justificada pela gravidade dos pacientes admitidos. Entretanto a bibliografia pesquisada mostrou-se bastante heterogênea, com taxas de óbito de 29,7%[13], chegando até a 61%[14,15].

Dentre as características demográficas, a predominância de pacientes do sexo masculino, com uma taxa de óbito de 55,9%, vai ao encontro com a maioria da literatura pesquisada[1,14,16-19]. Uma maior taxa de óbitos do sexo masculino (62,1%) também foi encontrada em uma UTI de um Hospital Universitário de Santa Catarina[8].

A análise da idade dos participantes do estudo permitiu verificar que os dados observados corroboraram estudos anteriores e apontaram para uma clientela com maioria de idosos nas UTIs[1,16,17,19]. A média de idade foi relativamente próxima às encontradas em pesquisas nacionais[13,15,16]. Em um estudo multicêntrico em 104 UTIs demonstrou-se que a média de idade dos 131.618 pacientes avaliados foi de 61,5 anos[12]. Uma média de idade de 63 anos em pacientes referenciados, mas não internados em uma UTI da Universidade do Rio de Janeiro, demonstram um fator de discriminação quanto à indicação de internação nessa unidade[14], constando da maioria dos índices prognósticos. A idade avançada interfere no prognóstico, apresentando-se como importante fator independente de mortalidade.

Já entre o número de admissões através de mandados judiciais (14,9%) a taxa de óbito foi bastante significativa com 80%. Entretanto não existem, na literatura pesquisada, trabalhos que abordaram a existência dos mandados judiciais.

Serviços de emergências foram as principais procedências dos pacientes do estudo, o que se encontra de acordo com a literatura[8,13,19]. Pacientes vítimas de doenças agudas e com evolução desfavorável são tratados com maior agressividade e precocidade, o que oportuniza um desfecho favorável[8].

A insuficiência respiratória e a instabilidade hemodinâmica representaram os principais motivos de admissão, respectivamente, o que confirma resultados de pesquisas anteriores que indicaram as mesmas, como as causas mais frequentes de admissão em UTIs[16,17]. Entre aqueles com instabilidade hemodinâmica uma porcentagem mais expressiva morreu, o que pode ser explicado pela gravidade desses pacientes, onde a maioria encontrava-se em choque (hipovolêmico ou séptico), condição aguda passível de rápido tratamento e recuperação ou morte precoce pela gravidade do quadro.

As comorbidades estiveram associadas à maioria das admissões também em outros estudos[19,20]. A presença de comorbidades pode ser entendida como reflexo da idade elevada ou da maior susceptibilidade da população com tais doenças em desenvolver complicações graves.

A categoria mais frequente de diagnósticos, relacionada às doenças do aparelho respiratório, corroborou outros estudos encontrados na literatura[13,15,17]. O aparecimento de um grande número de doenças do aparelho digestivo pode ser explicado por se tratar de uma UTI de referência em casos clínicos e cirúrgicos inserida em um hospital com uma demanda acentuada de casos abdominais agudos. Uma taxa de mortalidade semelhante entre os pacientes com patologias respiratórias e digestivas refere-se provavelmente a alta demanda de afecções abdominais agudas já complicadas que são admitidas na UTI, muitas vezes como suporte terapêutico no pós-operatório imediato para as cirurgias de urgência.

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) apresenta-se como uma das morbidades mais fortemente relacionadas ao óbito. Foram estudados 196 pacientes portadores dessa patologia em São Paulo, onde 45% foram tratados em UTI, relatando que a taxa de óbito desses pacientes foi de 85%[20], resultado semelhante ao encontrado neste estudo.

A presença de parada cardiorrespiratória como importante complicação associada ao óbito e representando apenas 13,4% das admissões, confirma a crescente tendência de não se admitir nas UTIs pacientes com prognóstico reservado, assim como pacientes considerados "muito pouco graves" também não seriam bons candidatos para terapia intensiva, segundo a literatura[14].

Em um estudo francês, 48 de 334 pacientes com solicitação de UTI foram recusados por serem considerados demasiadamente doentes para se beneficiarem dos cuidados intensivos, onde 39% possuíam alguma doença susceptível de ser fatal dentro de 1 ano e 27% possuíam câncer metastático. A taxa de mortalidade entre os pacientes

recusados foi de 60%, ou seja, 30 pacientes foram a óbito, em média, 7,5 dias após a recusa da internação em UTI. Por outro lado, 93 pacientes foram recusados ao serem considerados "muito bem" para se beneficiarem da UTI, onde a taxa de mortalidade foi de 7,5%[21].

Porcentagem igualmente elevada de sepsis ou choque séptico, apresentando uma taxa de óbito elevada, foi relatado em outro estudo, onde, de 1.383 adultos admitidos em UTIs públicas e privadas do sul e sudeste do Brasil; 46,9% preencheram os critérios de sepsis. Sendo que, destes, 67,7% já apresentavam sepsis na admissão[22]. No Rio Grande do Sul uma pesquisa multicêntrica com 560 pacientes revelou uma taxa de óbito entre aqueles com quadro instalado de sepsis e choque séptico na admissão, de 22,6% e 64,8%, respectivamente[17].

Entre o grupo dos pacientes que foram a óbito, 97,1% faziam uso de ventilação mecânica (VM). Esta diferença também foi bastante significativa nos pacientes que necessitaram da administração de drogas vasoativas (DVA). Os pacientes com instabilidade hemodinâmica que utilizaram drogas vasoativas estão entre os mais graves, possuindo o pior prognóstico, assim como aqueles com insuficiência respiratória e que, por este motivo, necessitam de ventilação mecânica. Os pacientes que necessitam de DVA possuem uma maior pontuação no escore APACHE II. No caso de necessitarem de VM e DVA nas primeiras 24 horas de internação, e de que o uso se prolongue, tais terapias constituem-se em forte fator relacionado à mortalidade[8].

Apesar de ser um dos primeiros escores prognósticos descritos, o APACHE II continua sendo um dos mais amplamente utilizados. É vasta a literatura mundial que descreve a avaliação prognóstica do paciente gravemente enfermo através do escore APACHE II. O predomínio na faixa entre 36 a 40 pontos, com uma mortalidade de 100%, pode ser explicado provavelmente pela gravidade da maioria dos pacientes admitidos neste período na UTI. Entretanto a correspondência da mortalidade acompanhando o crescimento dos escores, esteve em acordo com a literatura pesquisada[16], onde pacientes admitidos com APACHE II maior que 25 pontos evoluíram para o óbito em mais de 50% dos casos.

A média do escore APACHE II encontrada foi de 25,82 (DP ± 12,69), a qual se assemelha ao resultado observado em um dos trabalhos pesquisados[12]. Entretanto uma média menor é referenciada pelo restante da literatura[14-16]. A justificativa para uma maior média de APACHE II pode ser encontrada no maior número de pacientes admitidos em um estágio já grave da condição que motivou sua internação e pela maioria de idosos admitidos. Também foi encontrada uma diferença significativa entre o escore APACHE II médio dos pacientes que receberam alta (14,90 ± DP 6,97) e aqueles que morreram (36,41 ± DP 6,36)[16,18].

A SMR (relação entre mortalidade observada e prevista), usada habitualmente para controle da qualidade evolutiva de uma UTI, foi de 0,92 para o APACHE II, indicando que a avaliação prognóstica superestimou com uma pequena variação a mortalidade no momento da admissão, uma vez que se preconiza uma SMR mais próxima de 1. Muitos fatores podem explicar a diferença entre a mortalidade prevista e a observada pelo sistema APACHE II[8], como a utilização do APACHE II em circunstâncias não previstas por seu idealizador[9].

A Central de Regulação de Internações Hospitalares da Secretaria de Estado do Distrito Federal (CRIH – SES/DF), funciona, ininterruptamente, durante 24 horas por dia, todos os dias da semana[2,6]. A presença de 2 médicos reguladores e 1 enfermeiro controlador designa ao enfermeiro a função de monitoração da ocupação das UTIs e controle das informações das internações sob regulação, entre outras[6]. Entretanto, a existência de certos obstáculos ao processo regulatório deve ser considerada, como a má indicação de UTI pelo médico assistente e a existência de admissões fora de fluxo. A existência de mandados judiciais, perfazendo uma média de cinco pedidos judiciais diários[23], entra no cotidiano da instituição garantindo o acesso de determinados pacientes à terapia intensiva por um lado e por outro, muitas vezes alterando o fluxo regulatório quando desconsidera a hierarquização realizada pelo médico regulador.

Defende-se a existência de uma janela de oportunidade crítica para os pacientes beneficiarem-se de uma UTI[14]. Ilustrando este fato, quanto mais tempo um paciente persiste em choque, maior a probabilidade dele desenvolver disfunção de órgãos e sistemas irreversível. Uma opção simplista seria a ampliação dos leitos até o total atendimento da demanda, o que pode ocasionar a internação de pacientes pouco graves. Idealmente os hospitais deveriam criar unidades intermediárias para aqueles pacientes que se encontram em melhores

condições clínicas, porém que não se recuperaram totalmente, o que poderia aumentar a quantidade de leitos em UTI disponíveis, contribuindo para a garantia da acessibilidade dos pacientes a esse nível de assistência, fazendo com que sejam alcançados os direitos preconizados constitucionalmente em termos de universalidade, integralidade e equidade. Tudo isso aliado com indicações precisas requeridas por médicos assistentes e devidamente hierarquizadas pelos médicos reguladores.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou um perfil de pacientes admitidos através da Central de Regulação com uma gravidade acentuada no momento da admissão, sendo maioria do sexo masculino, idosos, procedentes da Emergência e com o risco predito de óbito maior do que 80%, o que correspondeu a uma elevada taxa de óbito nessa unidade. Por não ter avaliado a correta indicação de um leito em terapia intensiva através desta instituição, objeto este de difícil avaliação não só pela existência de fatores subjetivos inerentes ao regulador no tocante ao fluxo e hierarquização de pacientes como pela existência de uma situação em que a demanda é maior do que a oferta de leitos, reforça-se a necessidade de novos estudos sistemáticos que possam qualificar cada vez mais o alcance da equidade na assistência a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Central de Regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(4):767-76.

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília, DF; 2006.

3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Requisitos mínimos de funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Resolução n° 07, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília, DF; 2010.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Parâmetros assistenciais do SUS. Portaria n° 1101, de 12 de junho de 2002. Brasília, DF; 2002.

5. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). III Censo Brasileiro de UTIs. 2009. [acesso em 14 abr 2010]. Disponível em: http://www.amib.org.br/pdf/CensoAMIB2010.pdf

6. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (BR). Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF. Portaria n° 41, de 30 de agosto de 2006. Brasília, DF; 2006.

7. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Guidelines for ICU admission, discharge, and triage. Critical Care Medicine. 1999; 27(3): 633-38.

8. Zeni M. Índice APACHE II e avaliação subjetiva seriados para a avaliação prognóstica dos pacientes internados na UTI – HU/UFSC. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. 42 p.

9. Knaus WA. APACHE II: a severity of disease classification system. Critical Care Medicine. 1985; 13(10): 818-829.

10. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia do trabalho científico. 7ª. ed. São Paulo: Atlas; 2007. 244 p.

11. Organização Mundial da Saúde (OMS). CID – 10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Versão eletrônica 2008. [acesso em 23 abr 2010]. Disponível em: http//www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm

12. Zimmerman JE, Kramer AA, Douglas SM, Malila FM. Acute Physiology and Cronic Health Evaluation (APACHE) IV: Hospital mortality assessment for today's critical ill patients. Critical Care Medicine. 2006; 34(5): 1297-310.

13. Nogueira LS, Santos MR, Mataloun SE, Moock M. Nursing Activities Score: comparação com o índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. de Terapia Intensiva. 2007; 19(3): 327-30.

14. Rocco JR, Soares M, Gago MF. Pacientes clínicos referenciados, mas não internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. Rev. Bras. de Terapia Intensiva. 2006; 18(2): 114-120.

15. Chiavane PA, Sens YAS. Evaluation of APACHE II system among intensive care patients at a teaching hospital. São Paulo Med. Journal. 2003; 121(2): 53-57.

16. Feijó CAR, Leite Júnior FO, Martins ACS, Furtado Júnior AH, Cruz LLS, Meneses FA. Gravidade dos pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva de um hospital universitário brasileiro. Rev. Bras. de Terapia Intensiva. 2006; 18(1): 18-21.

17. Batista CC, Gattass CA, Calheiros TP, Moura RB. Avaliação prognóstica individual na UTI: é possível diferenciar insistência terapêutica de obstinação terapêutica? Rev. Bras. de Terapia Intensiva. 2009; 21(3): 247-254.

18. Zanon F, Caovilla JJ, Michel RS, Cabeda EV, Ceretta DF, Luckemeyer GD, et al. Sepse na unidade de terapia intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. Rev. Bras. de Terapia Intensiva. 2008; 20(2): 128-134.

19. Silva MCM. Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em unidade de terapia intensiva. [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007. 84 p.

20. Fernandes NMS, Pinto PS, Lacet TBP, Rodrigues DF, et. al. Uso do escore prognóstico APACHE II e ATN-ISS em insuficiência renal aguda tratada dentro e fora da unidade de terapia intensiva. Rev. Assoc. Med. Bras. 2009; 55(4): 434-41.

21. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Misset B, et. al. Triaging patients to the ICU: a pilot study of factors influencing admission decisions and patient outcomes. Intensive Care Medicine. 2003; 29:774-781.

22. Silva E, Pedro MA, Sogayar AC. Brazilian Sepsis Epidemiological Study (BASES study). Critical Care Medicine. 2004; 8:R251-R260.

23. Fabiana L. Faltam leitos em UTI na maioria dos Estados. O Estado de São Paulo 06 abr 2010. [acessado em 18 de abril de 2010]. Disponível em: http//www.estadao.com.br/noticias.