

ANÁLISE QUANTITATIVA DE INTERNAÇÕES E PROCEDIMENTOS EM PÓS-OPERATÓRIOS EM UTI: PANORAMA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

DAIANE GALLINA¹; DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH²; LUÍSA MENDONÇA DE SOUZA PINHEIRO³; LEONARDO MENDES NOGUEIRA⁴; FREDERICO BALLVERDU ZAUKE⁵; MÁRCIO OSÓRIO GUERREIRO⁶

¹Universidade Católica de Pelotas – daiane.gallina@gmail.com

²Universidade Católica de Pelotas – damariscarolinew@hotmail.com

³Universidade Católica de Pelotas – luisamspinho@gmail.com

⁴Universidade Católica de Pelotas – l.mnogueira@hotmail.com

⁵Universidade Católica de Pelotas – fredzauk@hotmail.com

⁶Hospital Universitário São Francisco de Paula – moguerreiro@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma ala hospitalar responsável por acolher e tratar os pacientes graves com necessidade de monitorização para maior atenção a agravamentos relacionados à condição clínica do paciente ou procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados (CASTRO et al, 2016; FORTE, 2013; BOLELA 2006). O tratamento em UTI revolucionou a medicina provocando modificações importantes na história natural de algumas doenças e no suporte a pacientes cirúrgicos, reduzindo os óbitos, que, na ausência de tal cuidado, seriam possivelmente inevitáveis (CASTRO et al, 2016; FORTE, 2013).

Uma internação em UTI deve ser indicada levando em consideração variados parâmetros, tanto subjetivos quanto objetivos. Os critérios objetivos são os mais preconizados (apesar de não haver um protocolo único), tendo em vista que um melhor desfecho ao paciente depende do estabelecimento de relações de risco-benefício com extrema perícia em qualquer decisão (FORTE, 2013).

Seguindo o modelo de priorização de leitos, têm-se que a internação pós-operatória de cirurgias de grande porte encontra-se como segunda prioridade, apenas dando lugar a pacientes criticamente doentes e instáveis demandando de recursos que somente a UTI pode propiciar, adentrando nesse grupo também pacientes de cirurgias complicadas de menor porte (FORTE, 2013). Os objetivos durante a internação pós-operatória em UTI são a estabilização do paciente, controle da dor e cautela com relação a possíveis complicações pós-operatórias, tornando-se necessário o uso de diversos recursos reservados a esta esfera de atendimento (NOMA, 1997).

Ao deparar-se com a relevância dos cuidados em UTI almeja-se, no presente estudo, analisar a quantidade de internações em pós-operatório de acordo com cada tipo de cirurgia, discriminando sexo e idade, procedimentos e recursos materiais empregados, tempo médio de permanência e mortalidade na UTI de um Hospital Universitário no Sul do Brasil nos meses janeiro e fevereiro de 2017.

2. METODOLOGIA

Estudo transversal aninhado a um estado maior, realizado no município de Pelotas-RS, em Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital São Francisco de Paula. Foram coletados dados secundários, retirados dos prontuários dos pacientes, os quais foram posteriormente tabulados no programa Excel 2013. A análise univariada foi realizada por frequência simples, média e desvio padrão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados analisados demonstram um total de 23 internações por motivos cirúrgicos na UTI adulta nos meses de janeiro e fevereiro de 2017, sendo 12 (52,17%) pacientes do sexo masculino e 11 (47,83%) do sexo feminino. A idade média destes foi de 53,26 ($\pm 16,45$) anos.

Estratificando os tipos de cirurgia que necessitaram de internação na UTI pós-procedimento: 11 foram neurológicas, 08 abdominais, 02 cardiovasculares, nenhuma traumatológica, urológica e torácica. Cirurgias classificadas como “outros” tiveram 02 internações. Globalmente, o tempo médio em dias de permanência na enfermaria pré-UTI foi de 7,13 dias, na UTI foi de 2,83 dias e na enfermaria pós-UTI foi de 7,74 dias.

Conforme as cirurgias categorizadas e com o número de internações mais expressivo, segue abaixo a Tabela 1.

Tabela 1 - Internações de janeiro e fevereiro de 2017 na UTI adulta (acima de 14 anos)

Tipos de cirurgia	Neurológica	Abdominal	CV [†]
Total de pacientes	11	08	02
Pacientes sexo masculino	05	04	02
Pacientes sexo feminino	06	04	00
Idade média (DP)	53,45 \pm 17,41	51,62 \pm 18,87	54,5 \pm 19,09
Média SAPS III (DP)	42,9 \pm 15,74	58 \pm 15,21	40,5 \pm 9,19
Necessidade de VM*	06	05	01
Média de dias com VM	02	02	01
Traqueostomia	00	00	00
Cateter central	04	06	02
Linha arterial	08	01	00
Sonda vesical	10	08	02
Hemodiálise	00	00	00
Tempo médio pré-UTI	14,36	0,62	0,5
Tempo médio UTI	2,91	2,75	3,5
Tempo médio pós-UTI**	4,78	9,14	5,5
Mortalidade	02	01	00

FONTE: Banco de dados da UTI do Hospital São Francisco de Paula

[†]Cardiovascular

*Ventilação Mecânica (VM)

**Dos que sobreviveram

Dos resultados referentes às 02 internações em outras cirurgias: 01 necessitou de ventilação mecânica, 01 de traqueostomia, 01 de cateter central, 02 de sonda vesical, nenhum realizou hemodiálise e 01 morreu.

Segundo as informações coletadas na UTI adulta, computadas e analisadas até o momento, no período de janeiro e fevereiro de 2017 as internações pós-cirúrgicas se restringiram a três grupos especificados: neurológico, abdominal e cardiovascular, com predominância do primeiro, o qual foi responsável por 47,8% das internações e os demais, respectivamente por 34,8% e 8,7%. Os outros 8,7% foram classificados como “outras cirurgias”.

Quando estratificado por sexo, não houve uma diferença significativa. Entretanto, em relação à faixa etária é relevante ressaltar que a idade média encontrada foi acima de 50 anos, isso corrobora com os achados bibliográficos de que a idade é um importante fator de risco para complicações cirúrgicas e consequente internação em UTI (CASTRO et al, 2016).

Referente aos procedimentos demandados durante a internação, a sonda vesical foi a mais utilizada, realizada em 96,7% das internações - provavelmente este dado ocorra por ser um procedimento básico, exigido pelas condições dos pacientes, que estão acamados e muitas vezes sedados, necessitando de um dispositivo que controle a função vesico-esfincteriana com sinergia. Seguindo os demais recursos empregados por ordem decrescente, têm-se: linha arterial em 78,8% dos pacientes; ventilação mecânica (VM) e cateter central, ambas em 56,5%; traqueostomia em 4,3% e nenhum necessitou de hemodiálise. Esse último dado demonstra o presumível sucesso na preservação da função renal e redução de agravamentos ainda maiores.

Os pós-cirúrgicos abdominais, apesar de não representarem a maioria dos internados, proporcionalmente foram os que mais requereram procedimentos, refletindo: cateter central (75%); VM (62,5%) e sonda vesical (100%). O único procedimento que prevaleceu em pacientes com cirúrgica neurológica (os que mais internaram) foi a linha arterial, correspondendo a 72,7%, enquanto na abdominal foram apenas 12,5% (1 paciente).

Em relação ao número de dias pré, intra e pós-UTI, os pós-operatórios de cirurgia cardiovascular foram os que mais rapidamente tiveram que ser encaminhados ao serviço e os que mais tempo ficaram internados na UTI, permanecendo em média apenas 12 horas no serviço pré-UTI e mantendo-se por 3,5 dias na UTI. Esses resultados sugerem urgência superior na estabilização dos operados cardiovasculares, apesar de ser o número menos expressivo dos internados. Contudo, quanto aos dias pós-UTI, na enfermaria, os pós-cirúrgicos abdominais foram os que mais permaneceram, representando 9,14 dias, subentendendo-se que precisam de tempo maior de recuperação pós-operatória intra-hospitalar, mas demonstram boa resposta aos tratamentos de enfermaria quando já estabilizados.

Por fim, a mortalidade foi equivalente a 17,4%, metade delas correspondendo aos pacientes de pós-operatório de cirurgia neurológica apesar de não serem esses os detentores da maior média do SAPS III; 4,35% (1 morte) de abdominal, o qual detém o maior SAPS III (média de 58) e outra morte ao grupo de outras cirurgias, as quais não foram discriminadas. Não houve morte no grupo cardiovascular, sendo esse também o com menor SAPS III. Através dessa estatística comparando com informações de mortalidade geral em UTI da literatura brasileira a nossa porcentagem foi inferior, entretanto ao deparar-se com dados nacionais específicos pós-cirúrgicos ela foi 70% superior (CARVALHO et al, 2013; SILVA Junior et al, 2010).

Então, apesar dos dados aqui presentes estarem limitados aos primeiros dois meses do ano de 2017, este trabalho faz parte de um estudo maior estando em andamento a análise dos demais meses de 2017.

4. CONCLUSÕES

Evidenciou-se a relevância de internações em UTI para pacientes em pós-operatório, devido a quantidade de recursos especiais que esses demandaram e a quantidade de óbito dessa amostra analisada. Apresenta caráter essencial para uma adequada indicação de encaminhamento à UTI que se atente para os protocolos vigentes, em especial aos com maior grau de objetividade.

A coleta e análise dos dados do presente estudo se faz importante para conhecermos o perfil da UTI do hospital referenciado e criar protocolos específicos, que almejam uma melhor qualidade de atendimento culminando em melhores indicadores de saúde, incluindo a taxa de mortalidade. Também objetiva-se servir como base para possíveis intervenções na rotina de funcionamento da UTI, como por exemplo investimentos em educação continuada dos profissionais que atuam em um serviço tão específico e diferenciado dos demais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOLELA, F.; JERICÓ, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10 n.2, 2006.

CARVALHO, N. Z. et al. Principais causas de internamento na unidade de terapia intensiva em um hospital de Maringá – PR. In: **EPCC – ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA UNICESUMAR**, 8., Maringá, 2013. **Anais Eletrônico VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar Editora CESUMAR Maringá – Paraná – Brasil, 2013.**

CASTRO, R. R.; BARBOSA, N.B.; ALVES, T.; NAJBERG, E. Perfil das internações em unidade de terapia intensiva adulto na cidade de Anápolis – Goiás – 2012. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v.5, n.2, 2016.

FORTE D. N. Indicações de UTI. In: OLIVEIRA, A. R. et al. **Manual da residência de medicina intensiva**. São Paulo: Manole, 2013. Capítulo 1, p.1-6.

NOMA, H. H.; MALTA, M. A; NISHIDE, V. M. **Assistindo ao paciente em pós-operatório na UTI – Aspectos gerais**. Hospital Virtual, 1997. Acessado em 02 out. 2017. Online. Disponível em:
<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/posoputi.htm>

SILVA Junior, J. M. et al. Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado (SAPS 3) em hospitais brasileiros. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.60, n.1, 2010.