









Evolução clínica e sobrevida de pacientes neurocríticos*

Clinical evolution and survival of neurocritical patients

Evolución clínica y supervivencia de pacientes neurocríticos

Como citar este artigo:

Arruda PL, Xavier RO, Lira GG, Arruda RG, Melo RA, Fernandes FECV. Clinical evolution and survival of neurocritical patients. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03505. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018016903505>

-  Palloma Lopes de Arruda¹
-  Rafaela de Oliveira Xavier¹
-  Gerlene Grudka Lira¹
-  Rodrigo Gomes de Arruda²
-  Rosana Alves de Melo³
-  Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes¹

* Extraído do trabalho de conclusão de curso: "Evolução clínica e sobrevida de pacientes neurocríticos", Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco, 2017.

¹ Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina, Petrolina, PE, Brasil.

² Faculdade Nova Roma, Recife, PE, Brasil.

³ Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, PE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical evolution and survival of neurocritical patients in Hospital Units. **Method:** Cohort with hospitalized patients in follow-up treatment in public and private hospitals between September 2012 and June 2016. Data were initially analyzed from descriptive and inferential statistics. The Kaplan-Meier indicator was applied as a form of survival analysis. The Cox proportional hazards regression model was used to analyze the prognostic factors by calculating the hazard ratio. **Results:** Participation of 1,289 patients in the study. Patients with a higher score on the Glasgow Coma Scale presented greater survival, and the one-point increase in the scale score corresponded to 42% improvement in their survival. In the analysis of survival, sex and the use of vasoactive drugs showed a significant difference. **Conclusion:** Female patients with a better score on the Glasgow Coma Scale and using vasoactive drugs had higher survival rates.

DESCRIPTORS

Critical Care; Glasgow Coma Scale; Critical Care Nursing; Clinical Evolution.

Autor correspondente:

Palloma Lopes de Arruda
Rua Alexandrino Boa Ventura, 104, Sol Poente
CEP 55036-525 – Curuaru, PE, Brasil
palloma-lobes@hotmail.com

Recebido: 24/04/2018
Aprovado: 14/03/2019

INTRODUÇÃO

Pacientes que apresentam insuficiência de um ou mais sistemas, com acometimento do estado neurológico, são denominados pacientes neurocríticos. Estes têm como característica principal a necessidade de vigilância constante do seu quadro de saúde por parte de toda a equipe multiprofissional⁽¹⁾.

O conhecimento sobre o paciente, incluindo a análise de possíveis comorbidades pela equipe de saúde no momento da prestação da assistência, é imprescindível, oferecendo dados consistentes que permitem o melhor planejamento do cuidado, podendo influenciar em sua recuperação. Outro aspecto importante é a gravidade dos pacientes, visto que eles normalmente apresentam alterações no nível de consciência, oscilação hemodinâmica e estão em uso de sedativos, drogas vasoativas (DVA) ou outras drogas para a preservação da estabilidade, além do suporte ventilatório invasivo⁽²⁾.

Um dos parâmetros relevantes para identificar a piora do paciente com dano neurológico é o nível de consciência. Essa avaliação exige conhecimento e preparo específico. A equipe deve ser capaz de analisá-lo com habilidade, precisão e segurança⁽³⁾.

Uma forma eficaz de avaliação é a Escala de Coma de Glasgow (ECG), que define o nível de consciência mediante a observação do comportamento, baseando-se em um valor numérico. Consiste em um sistema de pontuação, baseado na melhor resposta motora, verbal e ocular do paciente. O máximo de pontos é 15, e o mínimo é três. Quanto maior o valor, maior o nível de consciência e menor o nível de gravidade, refletindo um melhor prognóstico. É o sistema de pontuação mais utilizado internacionalmente para a avaliação de pacientes neurocríticos em cuidados intensivos⁽⁴⁾.

A assistência deve ocorrer em áreas específicas, que atendam ao paciente grave de forma adequada, para que os tratamentos e cuidados prestados possam influenciar o atendimento de forma positiva. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destina-se ao tratamento de pacientes que apresentam constantes instabilidades, necessitando de cuidados complexos e monitoramento contínuo. A utilização de equipamentos tecnológicos adequados possibilita às equipes de saúde melhor controle das situações de risco pela rapidez nas decisões e agilidade nas intervenções diante de situações críticas⁽⁵⁾.

Na Unidade de Terapia Intensiva, os pacientes necessitam de cuidados de todos que façam parte da área de saúde, por meio de ações interligadas, e por isso deve existir um relacionamento estreito entre toda a equipe multiprofissional. A enfermagem tem um papel importante na assistência ao paciente neurocrítico. As ações devem ser baseadas na promoção adequada da perfusão e oxigenação cerebral, no controle hemodinâmico e na detecção precoce dos sinais e sintomas decorrentes da elevação ou descompensação da pressão intracraniana, prevenindo o agravamento das lesões encefálicas secundárias⁽⁶⁾.

Uma vigilância adequada e precisa associada à aplicação de planos de cuidados e à interação da equipe podem contribuir, de forma decisiva durante todo o processo de tratamento e reabilitação, para prevenir ou detectar precocemente as complicações, já que esses pacientes apresentam desafios especiais relacionados a transtornos sistêmicos e processos intracranianos, o que requer atenção redobrada⁽⁶⁾.

A análise da morbidade e da mortalidade⁽⁷⁾, assim como o conhecimento do perfil dos pacientes neurocríticos em suas diversas formas de acometimento e dos fatores que influenciam a sua sobrevida, é relevante e vem sendo abordada em estudos nacionais e internacionais⁽⁷⁻⁹⁾, buscando respostas específicas para esse grupo determinado. Tal análise permite um plano de cuidado multiprofissional, a identificação das necessidades do paciente, qualificando, assim, a assistência⁽¹⁰⁾.

Dentro desse contexto, este trabalho teve como objetivo avaliar a evolução clínica e sobrevida de pacientes neurocríticos em unidades hospitalares.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, analítico e de abordagem quantitativa por meio de uma coorte.

POPULAÇÃO

A amostra do estudo foi composta de 1.289 pacientes registrados em hospitais públicos e privados no período de setembro de 2012 a junho de 2016.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram incluídos os registros dos pacientes neurocríticos, internados e arquivados pela equipe da Organização de Procura de Órgãos (OPO) em hospitais públicos e privados do município de Petrolina, Pernambuco. Este possui uma população estimada de 331.951 pessoas e está distante 712 km da capital Recife⁽¹¹⁾. A OPO inicia o acompanhamento dos pacientes com avaliação da ECG igual ou menor que sete até o desfecho clínico de acordo com o estabelecido na Portaria Ministerial n.º 2.600/2009, a qual Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes⁽¹²⁾.

As OPO têm como atribuição principal organizar a logística da procura de doadores de órgãos e tecidos nos hospitais localizados na sua área de atuação. Estes são definidos por critérios geográficos e populacionais sob a gerência da Central Estadual de Transplantes e do Sistema Nacional de Transplantes⁽¹²⁾.

COLETA DE DADOS

A coleta dos dados se deu entre novembro de 2016 e março de 2017 por meio dos registros das planilhas de atividades diárias da OPO e por informações complementares dos prontuários. As variáveis sociodemográficas que foram coletadas na pesquisa foram: a idade e o sexo. Quanto às

condições e evolução clínica, foram estudadas: causa de internação, tipo de hospital (público ou privado), valor da ECG inicial e final, dias de internação, uso de droga vasoativa (DVA), uso e tipo de sedação. As variáveis de desfecho estudadas foram a melhora clínica e o óbito.

As causas de internação apresentados pelos pacientes deste estudo foram divididas em duas categorias: causas externas (agressão, acidente de trânsito, perfuração por arma de fogo, afogamento, intoxicação exógena, enforcamento/asfixia, choque elétrico) e causas neurológicas (acidente vascular cerebral – AVC, aneurisma, hidrocefalia, abscesso cerebral, hematoma extradural, hematoma subdural, hipóxia pós-parada cardiorrespiratória, edema cerebral, meningite e outros).

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A avaliação da condição clínica e o desfecho de pacientes neurocríticos foram analisados de acordo com a classificação das variáveis. Inicialmente, foi realizada estatística descritiva com distribuição de frequência e medidas de tendência central e dispersão. Intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados para média e para proporção, assumindo distribuição binomial. Como forma de análise da sobrevida dos pacientes neurocríticos segundo sexo, causa de internação e uso de droga vasoativa, foi aplicado o indicador de Kaplan-Meier.

O modelo de regressão para riscos proporcionais de Cox foi empregado para analisar os fatores prognósticos, calculando-se a razão de risco (*Hazard ratio* – HR) e os equivalentes intervalos de confiança de 95%⁽¹³⁾. Mediante a significância obtida no modelo de Cox bivariado foram selecionadas as variáveis, sendo incluídas no modelo múltiplo as variáveis cujo valor de p apresentaram-se menores que 0,20. Para o modelo múltiplo foram significativos os valores de $p < 0,05$.

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos. Foram utilizados o *software* Microsoft Office Excel 2013, e o programa estatístico Stata 12.0 para a análise de sobrevida e dos fatores prognósticos.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco sob o Parecer n.º 1.686.219 e aprovada em 19 de agosto de 2016. Foram seguidos todos os preceitos éticos dispostos na Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos. Considerando que a fonte dos dados foi secundária, não houve a necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 1.289 pacientes. A média de idade encontrada foi de 42,9 anos. O valor médio encontrado da ECG foi de quatro. Os dias de internação tiveram como média 5,1 dias. Dos 1.289 pacientes analisados, 68,7% eram do sexo masculino, a causa de internação mais prevalente foram as neurológicas, com 54,5% dos casos,

95,6% das internações eram em hospital público, e 50,7% dos casos obtiveram melhora clínica. Quanto à sedação, 74,1% fizeram uso dela, sendo o Fentanil e o Midazolam os medicamentos mais utilizados, correspondendo a 67,4%. Em relação ao uso de drogas vasoativas, 64,5% não fizeram uso delas (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e condições clínicas do paciente (2012-2016) – Petrolina, PE, Brasil, 2016.

	Média	DP	IC95%	
Idade média	42,9	21,6	41,7	44,1
ECG	4	1,6	4,2	4,4
Dias de internação	5,1	26,0	3,5	6,7
	N	%	IC95%	
Sexo				
Feminino	389	31,4	28,8	33,9
Masculino	852	68,7	66,1	71,2
Causa da internação				
Causas neurológicas	608	54,5	51,6	57,4
Causas externas	508	45,5	42,6	48,4
Tipo de hospital				
Público	1.226	95,6	94,5	96,8
Privado	56	4,4	3,2	5,5
Desfecho do paciente				
Melhora clínica	651	50,7	48,0	53,4
Óbito	633	49,3	46,6	52,0
Fez uso de sedação				
Não	954	74,1	71,7	76,5
Sim	334	25,9	23,5	28,3
Tipo de sedação				
Midazolam	20	14,8	8,7	20,9
Fenobarbital	1	0,7	-0,7	2,2
Fentanil + Midazolam	91	67,4	59,4	75,4
Fentanil	23	17,0	10,6	23,5
Uso de droga vasoativa				
Não	767	64,5	61,7	67,2
Sim	423	35,6	32,8	38,3

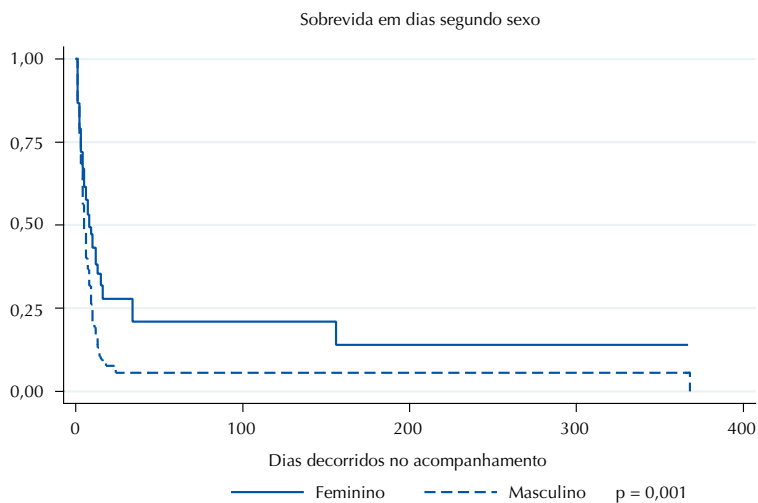
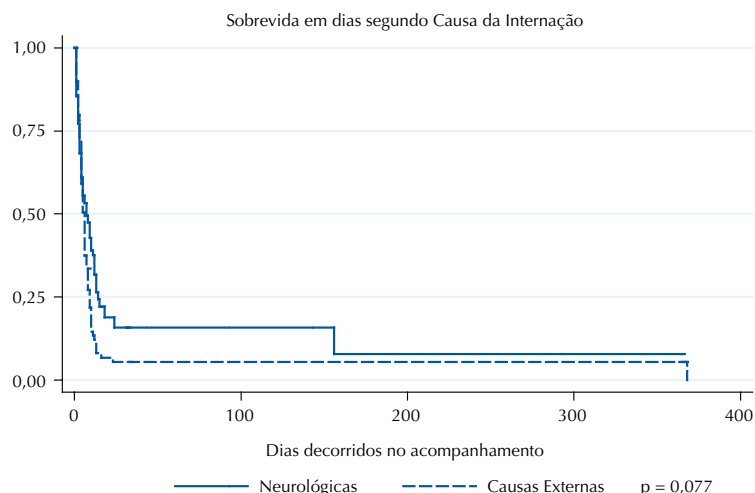
Foi apontada maior probabilidade de sobrevida de pacientes que possuíam ECG com maior valor, havendo incremento de 42% na sobrevida do paciente a cada aumento de um ponto nessa Escala (HR = 1,42; IC95% 1,32–1,52). Para esse modelo, sexo, idade, diagnóstico e tipo do hospital não apresentaram influência significativa na sobrevida (Tabela 2).

Tabela 2 – Razões de risco brutas e ajustadas das variáveis do modelo final multivariado – Petrolina, PE, Brasil, 2016.

	HR bruto	p-valor	IC95%	HR ajustado	p-valor	IC95%
Sexo						
Masculino	1,41	0,002	1,13	1,77	1,16	0,297
Feminino	1,00			1,00		0,88
Idade	1,00	0,232	1,00	1,01		1,54
Diagnóstico						
Causas externas	1,20	0,097	0,97	1,48	0,92	0,508
Neurológicas	1,00			1,00		0,72
EKG	1,40	0,000	1,31	1,49	1,42	0,000
Hospital						
Privado	0,53	0,040	0,29	0,97	0,53	0,066
Público	1,00			1,00		0,27

Analisando os indicadores de Kaplan-Meier para a sobrevida dos pacientes neurocríticos, o sexo e o uso de drogas vasoativas mostraram diferença significativa. Os homens apresentaram menor sobrevida em relação às mulheres, e

o uso de droga vasoativa também se mostrou importante para a melhoria clínica do paciente neurocrítico ($p < 0,05$). As causas de internação, neurológicas ou causas externas, não apresentam influência significativa (Figura 1, 2 e 3).

**Figura 1** – Curva de sobrevida segundo o sexo – Petrolina, PE, Brasil, 2016.**Figura 2** – Curva de sobrevida segundo causa da internação – Petrolina, PE, Brasil, 2016.

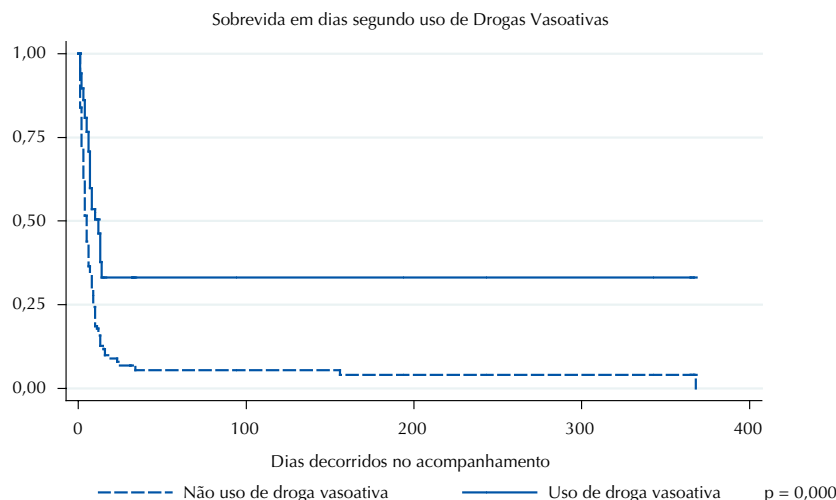


Figura 3 – Curva de sobrevida segundo uso de drogas vasoativas – Petrolina, PE, Brasil, 2016.

DISCUSSÃO

A caracterização de pacientes neurocríticos proporciona o estabelecimento de critérios objetivos para a melhoria clínica e permite o direcionamento da assistência de enfermagem e dos demais profissionais diretamente ligados aos cuidados com o paciente.

No que diz respeito ao sexo, observou-se predominância do sexo masculino, corroborando estudos realizados em UTI em Fortaleza-CE e em Porto Alegre-RS, nos quais foram verificados maiores percentuais de internações em homens^(2,14). Outro estudo realizado com pacientes neurocríticos no México mostrou que 53% desses pacientes eram do sexo masculino⁽¹⁵⁾. Apesar da maior ocorrência das internações serem do sexo masculino, observou-se uma maior sobrevida do sexo feminino ($p < 0,05$). Contudo, a razão de risco não apresentou diferença significativa para o sexo.

A partir desses dados, percebe-se que a população masculina encontra-se mais vulnerável às causas de internações, seja por doenças cardiovasculares, pois o homem em geral não faz o controle dos riscos, ou pela maior exposição deles aos fatores de risco associados ao trauma, possivelmente pelo estilo de vida ou pelo contexto sociocultural em que estão inseridos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

No presente estudo foram selecionadas duas categorias de causas de internação, neurológicas e causas externas, por serem as mais prevalentes e pela característica dos hospitais da região. A rede hospitalar do município de Petrolina possui um hospital público de referência em traumatologia, ortopedia, neurologia e neurocirurgia e outro em saúde materno-infantil de alto risco, ambos atendem a uma rede interestadual de saúde, a Pernambuco/Bahia (PEBA). Esta compõe a Macrorregião Interestadual do Vale Médio do São Francisco, abrangendo 55 municípios e uma população de aproximadamente 1,9 milhão de habitantes⁽¹⁸⁾.

Um estudo realizado no Chile mostrou que o percentual de pacientes neurocríticos que deram entrada na UTI foi de 26,8%, sendo a principal forma de ingresso⁽¹⁹⁾. Outro

estudo realizado na UTI de um hospital geral particular de São Paulo mostrou que, dos pacientes internados nesse setor, 14% eram pacientes neurológicos⁽²⁰⁾. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado no Hospital Universitário de Fortaleza-CE, correspondendo a 16%⁽²¹⁾. Em Florianópolis-SC, pesquisa em um hospital público evidenciou que, entre as causas de internação em UTI, as causas externas correspondiam a 21,3%⁽⁵⁾.

Quanto à idade, a média encontrada foi de 42,9 anos. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado em uma UTI neurológica em Teresina-PI, com média de idade dos pacientes internados de 37 anos para homens e 47 anos para mulheres⁽²²⁾. Outro estudo, que classificou as causas de internamento em pacientes de cuidados intensivos, evidenciou as causas neurológicas como as mais prevalentes (31%), seguidas por trauma (19%) e mostrou faixa etária predominante de 58 a 73 anos. Pode-se observar que adultos e idosos apresentam uma maior prevalência nas internações por causas neurológicas, provavelmente relacionadas à presença de comorbidades, desencadeando processos patológicos ou agravando outros preexistentes⁽²³⁾.

Quanto às causas externas, de acordo com estudo realizado em Jequié-BA, os adultos jovens são maioria, evidência que pode estar relacionada a uma maior exposição dessa faixa etária a acidentes automobilísticos, agressões, tentativas de suicídio e afogamentos⁽¹⁷⁾. Essas causas podem desencadear danos neurológicos de diversos níveis de gravidade, que necessitam de avaliação e cuidados minuciosos. Quando analisada a sobrevida do paciente de acordo com a causa, identificou-se que esta não foi significativa na determinação da sobrevida ($p > 0,05$).

A identificação de disfunções neurológicas e o acompanhamento da evolução do nível de consciência do paciente permitem prever o prognóstico e padronizar a linguagem entre os profissionais de saúde. Essa avaliação é realizada mundialmente por meio da ECG⁽²⁴⁾. Valores abaixo de oito são classificados como pacientes comatosos, e com valores entre três e quatro, em estado de coma profundo⁽⁴⁾.

A avaliação dos pacientes deste estudo seguiu os critérios de classificação expostos acima.

Uma nova classificação está sendo adotada e realizada de acordo com critérios definidos em uma sequência padrão e estruturada. Se os achados do paciente atendem ao critério para pontuar cada comportamento medido, a classificação apropriada é alocada. Se a verificação inicial identificar que a resposta a determinado comportamento não pode ser avaliada, essa verificação é classificada como “não testável” e registrada como “NT”⁽²⁵⁾.

No presente estudo, o valor avaliado por meio da ECG apresentou uma média de quatro. Tal escore evidencia que a maior parte dos pacientes se encontrava em estado de coma profundo, o que se deve ao perfil dos pacientes estudados – neurocríticos e com maior acometimento físico e neurológico –, mostrando a gravidade na trajetória da sua internação.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresenta a taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica no estado de Pernambuco entre 10 e 20%⁽²⁶⁾. Isso ratifica o alto percentual de pacientes internados em hospitais públicos mostrado neste estudo. Outro fator determinante para esse maior percentual deve-se ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que encaminha os pacientes para hospitais públicos.

O tempo de permanência na UTI e a evolução do paciente estão relacionados diretamente à gravidade da doença manifestada pelo paciente⁽²⁷⁾. Estudo realizado em Anápolis-GO mostra que o tempo médio das internações em UTI adulto foi de 7,6 dias, aproximando-se da média encontrada no presente estudo, que foi de 5,1 dias⁽¹⁶⁾.

O paciente exposto a um período prolongado de internação está sujeito a complicações, como surgimento de quadros infecciosos nos diversos sistemas, assim como lesões por pressão. Nesse contexto é imprescindível o acompanhamento do estado do paciente que necessita de cuidados específicos, para a sua melhor evolução.

A assistência prestada ao paciente objetiva como desfecho a sua melhora clínica, contudo, em alguns casos, esta evolução não ocorre como esperado. Com relação ao desfecho clínico, apreendeu-se que o óbito foi responsável por 49,3% dos casos. Percentual semelhante foi encontrado em um estudo desenvolvido na UTI de um hospital público, onde o principal desfecho foi o óbito, com 49,8%⁽¹⁰⁾ dos casos. Essa maior probabilidade de o desfecho clínico ser o óbito deve-se principalmente ao estado geral ruim desses pacientes, constatado pela ECG.

O presente estudo evidenciou que há uma maior probabilidade de sobrevida dos pacientes que apresentam a ECG com maior valor, e que durante o decorrer de sua evolução a melhoria de um ponto no escore aumenta em 42% a sua sobrevida (HR = 1,42). Nesse sentido, a equipe deve buscar o restabelecimento do quadro neurológico do paciente, uma vez que a melhora do nível de consciência aumenta a probabilidade de sobrevida.

Para minimizar o desconforto do paciente na UTI, a sedação tornou-se parte integrante da prática de cuidados intensivos. Essa prática diminui a resposta ao estresse, proporciona ansiólise e melhora a tolerância ao suporte

ventilatório⁽²⁸⁾. Um estudo no Hospital Sírio-Libanês em São Paulo constatou um percentual de 13,2% de utilização de sedação, convergindo com presente estudo, que foi de 25,9%⁽²⁹⁾.

As DVA são aplicadas rotineiramente na UTI em pacientes graves que apresentam modificações hemodinâmicas importantes, pois atuam nos vasos sanguíneos provocando a vasodilatação ou a vasoconstrição, conforme a ação pretendida e o estado clínico do paciente⁽²⁾. Foi verificado em uma pesquisa no Hospital Santo Antônio, em Salvador-BA, que 28,6% dos pacientes estavam em uso de DVA, corroborando o resultado encontrado neste estudo⁽³⁰⁾. Na análise de sobrevida, o uso de DVA no presente estudo foi significativa para a melhoria clínica do paciente neurocrítico (p < 0,05), e aqueles que o fazem apresentam maior sobrevida.

É comum que alterações sérias em um ou mais sistemas fisiológicos acometam pacientes em terapia intensiva. A inclusão de agentes vasoativos na assistência de pacientes com graves distúrbios perfusionais objetiva a correção das alterações vasculares periféricas, pulmonares ou cardíacas, a fim de restabelecer a oferta de nutrientes e oxigênio aos tecidos, para a harmonização das demandas metabólicas⁽²⁷⁾. Dessa forma, o emprego das DVA é de importância vital para reverter a instabilidade hemodinâmica do paciente, melhorando o seu prognóstico e a sobrevida.

Como limitações deste estudo, foram encontradas dificuldades na uniformização de termos usados pela OPO para variáveis, como sedação e causa de internação, além dos poucos prontuários encontrados arquivados para a coleta de outras variáveis sociodemográficas e de evolução clínica.

A partir dos resultados obtidos, é fundamental os enfermeiros conhecerem os fatores que são determinantes na sobrevida dos pacientes, além de trazer um retorno para a OPO, uma vez que esta, especialmente pela busca ativa executada diariamente pelos enfermeiros, otimiza o processo de doação de órgãos. O acompanhamento ininterrupto dos pacientes e dos indicadores definidos pela OPO favorecem a formação de estratégias que visam à evolução constante do processo de doação de órgãos e às boas condutas no tratamento de pacientes neurocríticos⁽³¹⁾.

CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa evidenciaram que a evolução clínica e a sobrevida dos pacientes dependem de fatores como o sexo, o escore da ECG e o uso de DVA, permitindo, assim, que a equipe multiprofissional preste uma assistência específica e eficaz ao paciente para a sua melhora clínica, obtendo-se uma maior taxa de sobrevida.

Esta pesquisa também foi relevante por caracterizar o perfil sociodemográfico de pacientes neurocríticos, a sua evolução e o seu desfecho, trazendo um método inovador, por meio do qual é possível avaliar a sobrevida do paciente de acordo com algumas variáveis, isoladas ou associadas. A combinação entre as ações de prevenção e o aprimoramento de medidas terapêuticas pode melhorar a sobrevida e, conseqüentemente, a reduzir a mortalidade por acometimentos neurológicos e causas externas.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a evolução clínica e sobrevida de pacientes neurocríticos em Unidades Hospitalares. **Método:** Coorte com pacientes acompanhados no período de setembro de 2012 a junho de 2016, internados em hospitais públicos e privados. Os dados foram analisados inicialmente a partir da estatística descritiva e inferencial. Como forma de análise da sobrevida, foi aplicado o indicador de Kaplan-Meier. O modelo de regressão para riscos proporcionais de Cox foi empregado para a análise dos fatores prognósticos, calculando-se a razão de risco. **Resultados:** Participaram do estudo 1.289 pacientes. Os que possuíam Escala de Coma de Glasgow com maior valor apresentaram maior sobrevida, e o incremento de um ponto no escore dessa Escala correspondeu a uma melhora de 42% em sua sobrevida. Na análise de sobrevida, o sexo e o uso de drogas vasoativas mostraram diferença significativa. **Conclusão:** Pacientes do sexo feminino, que possuem melhor escore da Escala de Coma de Glasgow e em uso de drogas vasoativas apresentaram maior sobrevida.

DESCRIPTORIOS

Cuidados Críticos; Escala de Coma de Glasgow; Enfermagem de Cuidados Críticos; Evolução Clínica.

RESUMEN

Objetivo: Evolución clínica y supervivencia de pacientes neurocríticos en Unidades Hospitalarias. **Método:** Cohorte con pacientes seguidos en el período de septiembre de 2012 a junio de 2016, en estancia en hospitales públicos y privados. Los datos fueron analizados inicialmente mediante la estadística descriptiva e inferencial. Como modo de análisis de la supervivencia, se aplicó el indicador de Kaplan-Meier. El modelo de regresión para riesgos proporcionales de Cox fue empleado para el análisis de los factores pronósticos, calculándose la razón de riesgo. **Resultados:** Participaron en el estudio 1.289 pacientes. Los que tenían Escala de Coma de Glasgow con mayor valor presentaron mayor supervivencia, y el incremento de un punto en el score de dicha Escala correspondió a un mejora del 42% en su supervivencia. En el análisis de supervivencia, el sexo y el uso de drogas vasoactivas mostraron diferencia significativa. **Conclusión:** Pacientes del sexo femenino que tienen mejor score de la Escala de Coma de Glasgow y en uso de drogas vasoactivas presentaron mayor supervivencia.

DESCRIPTORIOS

Cuidados Críticos; Escala de Coma de Glasgow; Enfermería de Cuidados Críticos; Evolución Clínica.

REFERÊNCIAS

- Morais EAS, Rojas SSO, Veiga VC. Indicadores de saúde no cuidado ao paciente crítico neurológico. Rev Rene [Internet]. 2014 [citado 2017 jun. 06];15(2):189-95. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1522/pdf
- Melo EM, Santos AMM, Silveira FMM, Sombra RLS, Alves RL, Lima VF. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes em ventilação mecânica internados em unidade de terapia intensiva. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2015 [citado 2017 maio 25];4(3):36-41. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3599/pdf>
- Oliveira DMP, Pereira CU, Freitas ZMP. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. Arq Bras Neurocirurgia [Internet]. 2014 [citado 2017 jun. 11];33(1):22-32. Disponível em: files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4284.pdf
- Bezerra GKA. Unidade de Terapia Intensiva: perfil das admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. Rev Bras Ciênc Saúde [Internet]. 2012 [citado 2017 maio 22];16(4):491-6. Disponível em: www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/11900
- Rodriguez AH, Bub MBC, Perão OF, Zandonadi G, Rodriguez MJH. Epidemiological characteristics and causes of deaths in hospitalized patients under intensive care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(2):229-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690204i>
- Barcelos DG, Santos CM, Manhães LSP, Azevedo AS. Atuação do enfermeiro em pacientes vítimas do acidente vascular encefálico hemorrágico na Unidade de Terapia Intensiva. Persp Online Biol Saúde [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 30];22(6):41-53. Disponível em: https://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/viewFile/1097/818
- Kompoliti K, Doumbe J, Mapoure YN, Nyinyikua T, Ouyang B, Shah H, et al. Mortality and morbidity among hospitalized adult patients with neurological diseases in Cameroon. J Neurol Sci. 2017;381:165-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2017.08.3245>
- Almeida LG, Vianna JBM. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral em um hospital de ensino. Rev Ciênc Saúde [Internet]. 2018 [citado 2018 ago. 30];8(1):12-7. Disponível em: http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/741/415
- Siqueira EMP, Diccini S. Complicações pós-operatórias em neurocirurgia eletiva e não eletiva. Acta Paul Enferm [Internet]. 2017 [citado 2018 ago. 30];30(1):101-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0101.pdf>
- Melo EM, Silva JLA, Silva TJG, Aguiar ICV, Andrade IRC, Abreu RNDC, et al. Patient characteristics with infectious diseases hospitalized in the intensive care unit. J Nurs UFPE On line [Internet]. 2016 [citado 2017 May 27];10(8):2942-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11363/13094>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados populacionais: cidades [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 2017 jul. 20]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/petrolina/panorama>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2017 jun. 03]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html
- Fayer VA, Guerra MR, Cintra JRD, Bustamante-Teixeira MT. Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2016 [citado 2017 maio 20];19(4):766-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400766&script=sci_arttext

14. Kutchak FM, Debesaitys AM, Rieder MM, Meneguzzi C, Skueresky AS, Forgiarini Junior LA, et al. Reflex cough PEF as a predictor of successful extubation in neurological patients. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 20];41(4):358-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132015000400358&script=sci_arttext&tlng=pt
15. Palácios Chavarría A, Ruíz Álvarez M, Monares Zepeda E, Soto López ME, Aguirre Sánchez JS, Franco Granillo J. Mortalidad relacionada con el desarrollo de los trastornos del sodio en los pacientes neurocríticos. *An Med* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago. 30];60(2):98-103. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc152d.pdf>
16. Castro RR, Barbosa NB, Alves T, Najberg E. Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade de Anápolis – Goiás - 2012. *Rev Gestão Sist Saúde* [Internet]. 2016 [citado 2017 maio 22];5(2):115-24. Disponível em: www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/download/243/190
17. Reis TMG, Nascimento LS, Freire RS, Nunes EA, Reis IRM. Perfil dos pacientes com traumatismo cranioencefálico em uma cidade de porte médio. *Rev Eletr Fainor* [Internet]. 2016 [citado 2017 maio 25];9(2):203-10. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/574>
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2017 jul. 20]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/estrutura-dos-complexos-reguladores/>
19. Ruiz C, Ángel Díaz M, Zapata JM, Bravo S, Panay S, Escobar C, et al. Características y evolución de los pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público. *Rev Med Chile* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 30];144(10):1297-304. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001000009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
20. Siqueira EMP, Ribeiro MD, Souza RCS, Machado FS, Diccini S. Correlation between workload of nursing and severity of critical general, neurological and cardiac patients. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 23];19(2):233-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000200233&script=sci_arttext&tlng=en
21. Medeiros AIC, Silva LS, Bastos VPD. Perfil clínico e índices preditivos de desmame de pacientes extubados em uma unidade de terapia intensiva de Fortaleza, CE. *ASSOBRAFIR Ciênc* [Internet]. 2015 [citado 2017 maio 23];6(3):33-42. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/21110>
22. Carvalho MR, Moreira ICC, Amorim Neta FL, Guimarães MSO, Viana VGF, Oliveira FW. Incidência de bactérias multirresistentes em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Interdiscip* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago. 30];8(2):75-85. Disponible en: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/697/pdf_2
23. Silva MPP, Carvalho NZ, Pires JO, Paula PH, Gomes GLO, Costa CKF, et al. Causas evitáveis de internamento em Unidade de Terapia Intensiva. *Iniciação Cient CESUMAR* [Internet]. 2013 [citado 2017 maio 30];15(2):147-55. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/icesumar/article/view/3189>
24. Santos WC, Vancini-Campanharo CR, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Assessment of nurse's knowledge about Glasgow coma scale at a university hospital. *Einstein* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 23];14(2):213-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082016000200016&script=sci_arttext&tlng=pt
25. Teasdale G, Allan D, Brennan P, McElhinney E, Mckinnon L. Forty years on: updating the Glasgow Coma Scale. *Nurs Times*. 2014;110(42):12-6.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2017 jul. 20]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
27. Melo EMM, Oliveira TMM, Marques AM, Ferreira AMM, Silveira FMM, Lima VF. Caracterização dos pacientes em uso de drogas vasoativas internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Online Pesq Cuidado Fundam* [Internet]. 2016 [citado 2017 maio 23];8(3):4898-904. Disponível: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4408>
28. Basto PAS, Soares YO, Oliveira HS, Gonçalves WS, Balestra LF, Gardenchi G. Repercussões da sedação em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *ASSOBRAFIR Ciênc* [Internet]. 2014 [citado 2017 maio 23];5(2):59-72. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/17287>
29. Murakami FM, Yamaguti WP, Onoue MA, Mendes JM, Pedrosa RS, Maida ALV, et al. Functional evolution of critically ill patients undergoing an early rehabilitation protocol. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25];27(2):161-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2015000200161&script=sci_abstract&tlng=pt
30. Jesus FS, Paim DM, Brito JO, Barros IA, Nogueira TB, Martinez BP, et al. Mobility decline in patients hospitalized in an intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 26];28(2):114-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2016000200114&script=sci_abstract&tlng=pt
31. Rocha DF, Canabarro ST, Sudbrack AW. Atribuições de uma organização de procura de órgãos nas atividades da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos. *Rev Bras Promoção Saúde* [Internet]. 2016 [citado 2017 jun. 04];29(4):602-7. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5298>

