

Associação entre nível de priorização na admissão da Unidade de Terapia Intensiva e desfecho hospitalar

Association between prioritization level at intensive care unit admission and hospital outcome

Ana Clara Donini Nazima¹, Amanda Pinheiro Zago¹, Cleber Barbieri¹, Daniel Luis Pires Rosa², Fabio Monti Juliani¹, Jair de Jesus Junior¹, Jessé Trinck Salvador¹, Julia Zanarde¹, Lucienne Tibery Queiroz Cardoso³, Claudia Maria Dantas de Maio Carrilho⁴, Cintia Magalhães Carvalho Grion⁵

Resumo

Objetivo: avaliar a associação entre os níveis de priorização para admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o prognóstico dos pacientes. **Material e Método:** estudo longitudinal retrospectivo que incluiu adultos internados na UTI de hospital universitário, ano de 2020. As variáveis, coletadas nos prontuários e banco de dados eletrônicos do hospital contemplam: identificação, data de entrada no hospital e de admissão na UTI, diagnósticos, antecedentes, data de alta, desfecho, cálculo do *Simplified Acute Physiology Score 3* (SAPS 3) e nível de priorização da admissão. **Resultados:** o estudo avaliou 274 pacientes. As patologias respiratórias totalizaram 41,25% das admissões, sendo COVID-19 o diagnóstico mais frequente (65 casos confirmados e 2 suspeitos). Dentre as comorbidades, destacam-se hipertensão arterial sistêmica (64,32%), diabetes *mellitus* (25,82%) e tabagismo (18,78%). O SAPS 3 médio foi de 59,29 pontos, representando uma probabilidade de óbito de 39,00%. A respeito dos níveis de priorizações, 174 (63,50%) pacientes foram classificados como prioridade 1 (P1); 94 (34,31%) pacientes como prioridade 2 (P2); e 6 (2,19%) pacientes como prioridade 3 (P3). Comparando os grupos P1 e P2, a probabilidade de óbito foi, respectivamente, 51,95% e 13,75%. E o número de óbitos observado foi de 90 (60,81%) no grupo P1 e 19 no grupo P2 (25,30%; $p < 0,001$). **Conclusão:** os pacientes classificados como P1 foram mais frequentes na amostra de estudo. A classificação de prioridades identificou os pacientes mais graves e com maior taxa de mortalidade na primeira categoria, apesar de não haver diferença na idade, comorbidade e fragilidade.

Palavras-chave: Classificação; Prognóstico; Alta do paciente; Mortalidade; Unidade de Terapia Intensiva.

¹ Graduandos em Medicina na Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, Paraná, Brasil.

² Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

³ Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Professora Associada da Disciplina de Medicina Intensiva da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

⁴ Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, São Paulo, Brasil. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

⁵ Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Professora Associada da Disciplina de Medicina Intensiva da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. *E-mail:* cintiagrion@sercomtel.com.br

Abstract

Objective: to assess the association between levels of prioritization for admission to intensive care unit (ICU) and patients' prognosis. **Material and Method:** longitudinal retrospective study that included adult patients admitted to the ICU of a University Hospital during 2020. The data were collected from paper and electronic medical records, including identification, date of admission to the hospital, date of admission to ICU, diagnosis, medical history, date of hospital discharge, outcome, the Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS-3) and prioritization level. **Results:** the study evaluated 274 patients during 2020. Respiratory diseases represented 41.25% of admissions, COVID-19 being the most frequent diagnosis (totaling 65 confirmed and 2 suspected cases). Among the comorbidities, the following were highlighted: arterial hypertension (64.32%), diabetes *mellitus* (25.82%), and smoking (18.78%). The mean SAPS 3 score was 59.29 points, representing a probability of death of 39.00%. About prioritization levels, 174 (63.50%) patients were categorized as Priority 1 (P1); 94 (34.31%) patients as Priority 2 (P2) and 6 (2.19%) patients as Priority 3 (P3), which was not considered due to insufficient sample for testing. Comparing groups P1 and P2, the probability of death of each category was, respectively, 51.95% and 13.75%. During the study period, the number of deaths in each category was 90 (60.81%) for P1 and 19 (25.30%; $p < 0,001$) for P2. **Conclusion:** the prioritization classification identified patients with more severity and with greater mortality rates in category P1 of prioritization to ICU admission, even though there was no difference on age, comorbidity and frailty. **Keywords:** Classification; Prognosis; Treatment outcome; Admission; Intensive care unit.

Introdução

Os elevados custos dos cuidados dos pacientes críticos e os limitados recursos humanos, financeiros e tecnológicos levam à necessidade de aplicar políticas institucionais individualizadas eficientes para assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde.

São raríssimas as recomendações administrativas aceitas e fundamentadas por evidências de alto nível. Mesmo nas diretrizes das mais respeitadas sociedades científicas internacionais, a escassez de evidências constitui um obstáculo para que metodologias sistemáticas de gestão em unidades de terapia intensiva sejam implantadas.⁽¹⁾

A análise subjetiva das solicitações de vagas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) está sujeita a vieses e pode sofrer influências de fatores culturais, religiosos, afetivos, políticos e econômicos. Sistemas de priorização e triagem têm sido propostos para uma avaliação mais objetiva dos pacientes críticos na admissão em unidades de terapia intensiva, valorizando aspectos clínicos e prognósticos dos pacientes, possibilitando priorizar os pacientes com maior potencial de benefício dos cuidados intensivos.⁽¹⁾

Segundo a resolução número 2.156 do Conselho Federal de Medicina (CFM) de novembro de 2016, artigo 1º, as admissões na UTI devem ser baseadas em: diagnóstico e necessidades do paciente, serviços disponíveis, condição do paciente, disponibilidade de leitos, potencial benéfico para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.⁽²⁾

Neste mesmo documento, em seu artigo 6º, a admissão deve respeitar os seguintes critérios:

§ 1º – Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 2º – Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 3º – Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

§ 4º – Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

§ 5º – Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação.

Dessa forma, o conselho confere uma seleção complexa, visando o melhor aproveitamento dos recursos, limitados e de alto custo, com critérios claros e racionais de admissão de pacientes em UTI.⁽²⁾

Ressalta-se que o CFM diverge ligeiramente da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) havendo uma inversão entre o P2 e P3 a fim de se adaptar para a realidade local devido à inexistência de uma unidade semi-intensiva nos hospitais públicos brasileiros.⁽¹⁻²⁾

Cohen sugere que as admissões deveriam ser baseadas na piora funcional, em vez de avaliar apenas a severidade da doença.⁽³⁾

Um sistema sueco validado no estudo de Barfod *et al.* encontrou que entre os sinais vitais, os melhores preditores de mortalidade foram a frequência respiratória, saturação de O₂, pressão arterial sistólica e escala de coma de Glasgow.⁽⁴⁻⁵⁾ Apesar de vários sistemas de priorização citados que utilizam alterações de sinais vitais, Lamantia *et al.* mostraram que a sensibilidade de alterações de sinais vitais preverem mortalidade é de apenas 73,00%, e a especificidade de apenas 50,00%.⁽⁶⁾

Alterações metabólicas graves são frequentes indicações de cuidados intensivos. Jung *et al.* realizaram um estudo a respeito dos resultados da acidose metabólica grave ou mista em pacientes críticos e identificaram que pH < 7,20 está associado a um aumento de risco de mortalidade de 57,00%.⁽⁷⁾

Escores complexos computadorizados avaliando idade, diagnóstico, sinais vitais, alterações laboratoriais, escalas de nível de consciência, *status* operatório e presença de comorbidades crônicas estão sendo avaliados e ainda não são recomendados para a prática clínica.^(1,8)

Vários dos critérios utilizados por estes escores de priorização acabam se sobrepondo aos critérios utilizados por escores geralmente calculados na admissão dos pacientes na UTI para avaliação de prognóstico e de qualidade da unidade.^(7,9)

A associação entre o nível de priorização e o desfecho hospitalar pode colaborar para uma análise mais acurada dos indicadores de qualidade em terapia intensiva, no entanto, ainda requer estudos que confirmem sua validação em diferentes populações.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

O presente trabalho pretende avaliar a associação entre os níveis de priorização para admissão na Unidade de Terapia Intensiva e o prognóstico dos pacientes.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo longitudinal retrospectivo que avaliou os pacientes adultos internados na UTI de um hospital universitário público, de forma consecutiva no período de janeiro a dezembro de 2020. É um hospital de grande porte, com mais de 330 leitos, e a UTI geral de adultos deste hospital é composta de 20 leitos e atende pacientes clínicos e cirúrgicos.

Incluiu-se no estudo todos os pacientes admitidos na UTI nesse período e foram excluídos aqueles cujo prontuário se encontrava incompleto. As fontes utilizadas para a coleta de informações foram o prontuário do paciente e o banco de dados eletrônico do hospital.

Os dados coletados para todas as admissões na UTI foram: idade, gênero, data de internação no hospital e na UTI, tipo de admissão, diagnóstico de admissão na UTI, presença de doença crônica, setor de origem, data da alta da UTI e do hospital, e desfecho à saída da UTI e do hospital. Os valores dos escores *Simplified Acute Physiology Score 3* (SAPS 3), índice de comorbidades de Charlson⁽¹²⁾ e *Modified Frailty Index* (MFI)⁽¹³⁾ foram anotados na admissão da UTI. O nível de priorização da admissão na UTI foi classificado pelo médico intensivista que atendeu o paciente de acordo com recomendação internacional.⁽²⁾ Na rotina da instituição da pesquisa, cada solicitação de vaga na UTI é registrada em sistema eletrônico, em seguida o paciente é avaliado por médico intensivista do time de resposta rápida do hospital. O médico do time de resposta rápida registra a classificação de

priorização no sistema e notifica o médico intensivista que irá fazer a admissão do paciente na UTI. Se houver vaga disponível o paciente é imediatamente admitido na UTI, caso não haja vaga disponível, o paciente aguarda em fila de espera de acordo com sua classificação de priorização e seus cuidados são realizados pela equipe do setor de internação, com o apoio do médico intensivista do time de reposta rápida. O nível de priorização foi anotado na ficha de pesquisa clínica.

Todos os dados para cálculo dos escores foram coletados como dados brutos, utilizando-se os extremos de anormalidade durante as primeiras 24 horas de internação na UTI. Os escores foram calculados conforme as definições dos respectivos sistemas. Os pacientes foram acompanhados diariamente até o desfecho final, considerado alta ou óbito no hospital.

Variáveis contínuas foram expressas como média e desvio-padrão (para o caso de distribuição gaussiana) e como mediana e interquartil (se distribuição não gaussiana). As variáveis categóricas foram expressas como proporção. O teste *t* de Student, ou equivalente não paramétrico (Mann-Whitney) quando com distribuição não gaussiana, foi usado para a comparação das variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram comparadas usando o teste de Qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher conforme indicado. O nível de significância utilizado foi de 5,00% e as análises foram realizadas utilizando-se o programa MedCalc para Windows, versão 15.2.2 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium).

O estudo principal vinculado a esse subprojeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa local conforme parecer consubstanciado número: 3.377.114; CAAE: 13959319.4.0000.5231.

Resultados

Durante o ano de 2020, foram admitidos 314 pacientes na UTI, 40 registros foram excluídos por apresentarem dados incompletos, sendo avaliados 274 pacientes. A média de idade foi de 69 anos, com 125 (45,62%) pacientes do sexo feminino e

149 (54,38%) pacientes do sexo masculino. O diagnóstico primário mais prevalente foi o de COVID-19, com 65 (23,72%) pacientes, além de dois outros pacientes diagnosticados como suspeitos de COVID-19. O segundo diagnóstico de admissão mais frequente foi de pneumonia, sendo 24 (8,76%) pacientes com pneumonia comunitária e 8 (2,92%) nosocomial. O escore SAPS 3 médio foi de 59,29 pontos, correspondendo à média da probabilidade de óbito de 39,00%. O escore MFI médio foi de 0,0992 pontos. Apenas uma readmissão ocorreu no período do estudo, e esta aconteceu após 24 horas e antes de 48 horas da saída de unidade. Dos 274 pacientes, 272 (99,27%) não apresentavam qualquer limitação de cuidados e apenas 2 (0,72%) apresentavam indicação de cuidados paliativos.

Patologias respiratórias totalizaram 41,25% das admissões, e os diagnósticos mais frequentes foram: COVID-19 (23,72%), pneumonia comunitária (8,76%), pneumonia nosocomial (2,92%), edema agudo de pulmão (1,82%), suspeita de COVID-19 (0,73%), doença pulmonar obstrutiva crônica descompensado ou exacerbado (0,73%), tuberculose pulmonar (0,73%), outras insuficiências ou desconforto respiratório agudo (0,73%), abscesso pulmonar (0,36%), pneumonia associada à ventilação mecânica (0,36%), e tumor de pulmão (0,36%). Neoplasias estavam presentes em 12 pacientes, correspondendo a 4,30% da amostra total do estudo. Dentre as neoplasias, 3 pacientes (25,00%) apresentavam neoplasia de mama e 2 pacientes (16,60%) apresentavam neoplasias de rins e vias urinárias. Cavidade oral, cérebro, fígado e vias biliares, intestino grosso, e laringe constituíam o sítio primário da neoplasia em 1 paciente (8,33%) da amostra. Nenhum paciente tinha diagnóstico de neoplasia hematológica. Apenas 2 pacientes (0,94%) estavam em quimioterapia.

Hipertensão arterial foi a comorbidade mais frequente, observada em 137 pacientes (64,32%). Diabetes *mellitus* estava presente em 55 pacientes (25,82%), 40 pacientes (18,78%) eram tabagistas, 28 pacientes (13,15%) apresentavam insuficiência cardíaca classe funcional IV *New York Heart Association*, e 26 (12,21%) eram obesos grau III.

A sobrevida na saída do hospital foi o desfecho para 162 pacientes (59,13%), com mortalidade geral da amostra do estudo como desfecho final para 112 pacientes (40,87%).

Quanto às categorias de priorização de acordo com a resolução do CFM 2.156/2016, conforme consta na Tabela 1, 174 (63,50%) pacientes foram classificados como prioridade 1 (P1); 94 (34,31%) pacientes foram classificados como prioridade 2 (P2); e 6 (2,19%) pacientes foram classificados como prioridade 3 (P3). A média de idade dos

pacientes das categorias 1 e 2 foi de 57 anos, enquanto na categoria 3 foi de 49 anos. A média do escore SAPS 3 da categoria 1 foi de 68,24 pontos, na categoria 2 foi de 41,82 pontos, e na 3 foi de 73,33 pontos. A probabilidade de óbito estimada pelo escore SAPS 3 de cada categoria foi, respectivamente, 51,95%, 13,75% e 59,14%. Durante o período do estudo, o número de óbitos observado foi de 90 (60,81%) no grupo de prioridade 1, 19 óbitos no grupo de prioridade 2 (25,33%) e 3 óbitos no grupo 3 (60,00%).

Tabela 1 - Características gerais dos pacientes de acordo com a classificação de priorização.

	Prioridade 1 (n=174)	Prioridade 2 (n=94)	Prioridade 3 (n=6)
Idade: média (SD)	57,80 (17,40)	57,90 (17,50)	49,60 (18,48)
mediana (IQR)	60 (47-71)	59,50 (49-68)	57,50 (36-62)
Sexo masculino: N (%)	102 (58,60)	42 (44,60)	5 (83,30)
SAPS 3: média (SD)	68,20 (17,50)	41,80 (14,80)	73,30 (25,60)
Mortalidade prevista pelo SAPS 3: média (SD)	51,90 (27,30)	13,70 (19,00)	59,10 (37,80)
CCI: mediana (IQR)	1,10 (0-9)	0,90 (0,00-7,00)	1,10 (0,00-7,00)
MFI: mediana (IQR)	0,09 (0,00-0,36)	0,09 (0,00-0,36)	0,15 (0,00-0,27)
Mortalidade hospitalar: N (%)	90 (60,80)	19 (25,30)	3 (50)

Legenda: SD: *Standard Deviation*. IQR: *Interquartile Range*. SAPS 3: *Simplified Acute Physiology Score 3*. CCI: *Charlson Comorbidity Index*. MFI: *Modified Frailty Index*.

Fonte: elaborado pelos autores.

Ao compararmos os grupos P1 e P2 (Tabela 2), o sexo masculino foi mais prevalente no grupo P1 (58,60% vs 44,60%). A média de idade foi semelhante entre os dois grupos. O escore SAPS 3 médio foi de 68,20 pontos para o grupo P1, com probabilidade predita de mortalidade de 51,00%, enquanto o grupo P2 apresentou escore de SAPS 3 médio de 41,80 pontos, com probabilidade predita

de mortalidade de 13,00% ($p < 0,0001$). O índice de comorbidades de Charlson e o escore MFI não diferiram entre os dois grupos. A sobrevida na saída hospitalar foi de 39,10% no grupo P1 e 74,60% no grupo P2, enquanto a mortalidade observada foi maior no grupo P1 (60,80%) comparada ao grupo P2 (25,30%; $p < 0,001$).

Tabela 2 - Comparação entre os grupos Prioridade 1 e Prioridade 2.

	Prioridade 1 (n=174)	Prioridade 2 (n=94)	P
Idade: média (SD)	57,80 (17,40)	57,90 (17,50)	0,94
Sexo masculino: N (%)	102 (58,60)	42 (44,68)	0,01
SAPS 3: média (SD)	68,20 (17,50)	41,80 (14,80)	<0,001
Mortalidade prevista pelo SAPS 3: média (SD)	51,90 (27,30)	13,70 (19)	<0,001
CCI: mediana (IQR)	0,50 (0-2)	1 (0-2)	0,28
MFI: mediana (IQR)	0,09 (0,00-0,18)	0,09 (0,00-0,18)	0,96
Mortalidade hospitalar: N (%)	90 (60,80)	19 (25,30)	<0,001

Legenda: SD: *Standard Deviation*. IQR: *Interquartile Range*. SAPS 3: *Simplified Acute Physiology Score 3*. CCI: *Charlson Comorbidity Index*. MFI: *Modified Frailty Index*.

Fonte: elaborado pelos autores.

Discussão

Cuidados intensivos aplicados com excelência são fundamentais para atingir o objetivo mais nobre da medicina: salvar vidas. Os custos são elevados, e o acesso aos cuidados intensivos é limitado em todo o mundo. Uma boa gestão dos recursos em terapia intensiva pode ser decisiva para evitar o colapso do sistema de saúde, principalmente em países em desenvolvimento.⁽¹⁴⁾ Estes fundamentos corroboram a necessidade de sistemas organizados de priorização para que os pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva não sejam pacientes críticos demais, nem de menos.^(1,8) Pacientes com doenças agudas muito severas ou doenças crônicas com probabilidade reduzida de recuperação e quadros graves irreversíveis em situação de morte iminente não se beneficiam dos cuidados intensivos.^(1,8,10) Da mesma forma, também não se beneficiam pacientes cujo quadro clínico é considerado leve.^(1,8,10) No presente estudo, cada solicitação de vaga foi avaliada por médico intensivista da

instituição para que fosse realizada a classificação de priorização. Esse fato auxiliou na gestão das vagas para que fosse minimizado o risco de erro de classificação e por consequência uma demora na admissão de pacientes com maior nível de priorização. Tendo em vista a grande restrição de leitos que as unidades de terapia intensiva vivenciaram com o aumento da demanda durante o período do estudo, podemos observar que não houve admissão de pacientes classificados como nível de prioridade 4 ou 5. O número reduzido de pacientes do grupo P3 também pode ser considerado justificável para uma Unidade de Terapia Intensiva que foi, durante o período do estudo, utilizada como centro de referência para o tratamento de COVID-19 no contexto da pandemia. Nesse sentido, o fato de haver apenas 6 pacientes no grupo P3, pode ter sido uma condição limitante quanto à análise comparativa entre os grupos P1 e P3.

A comparação entre os grupos P1 e P2 não encontrou diferenças significativas quanto à idade e ao sexo. Diferenças significativas também não

foram encontradas ao comparar o índice de fragilidade ou o índice de comorbidades. O escore SAPS 3 foi significativamente maior no grupo P1 quando comparado ao grupo P2, com probabilidade predita de mortalidade no grupo P1 de 51,00% e no grupo P2 de 13,00%. A mortalidade observada no grupo P1 foi de 60,81% e a mortalidade no grupo P2 foi de 25,33%, maiores portanto que as previstas pelo escore SAPS 3. Vale lembrar que a equação que calcula a probabilidade predita de mortalidade não é calibrada para a população com diagnóstico de COVID-19 e que a alta prevalência de comorbidades como hipertensão arterial (64,32%), diabetes *mellitus* (33,80%), tabagismo (18,78%), insuficiência cardíaca (17,38%) e obesidade mórbida (12,21%), já estabelecidas por diversos estudos⁽¹⁰⁾ como fatores associados a pior prognóstico da COVID-19, pode estar associada a níveis de mortalidade acima das probabilidades previstas pelo escore SAPS 3.^(9,15)

Os efeitos da pandemia ainda podem ser observados ao analisar o diagnóstico primário dos pacientes admitidos. COVID-19 foi o diagnóstico primário em 23,72% dos pacientes incluídos no estudo, enquanto o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio era o diagnóstico primário em apenas 8,92% dos pacientes e sepse em apenas 0,36% dos pacientes admitidos.

Dos resultados pode-se observar ainda a ausência de pacientes enquadrados sob o nível de priorização 4 e 5. No que se refere à prioridade 4, “pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica”,⁽²⁾ pode-se aferir que trata-se de pacientes comumente admitidos em Unidades de Cuidados Intermediários (UCI), no entanto este serviço não é oferecido na instituição da pesquisa, de modo que os pacientes assim classificados têm seus cuidados executados nas enfermarias. Quanto à prioridade 5, “pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação”, justifica-se a ausência de paciente neste nível de priorização através da própria norma do CFM: “Em geral, esses pacientes não são

apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista”.⁽²⁾

O estudo é limitado pelo desenho retrospectivo, realizado em um único centro. A diferença prognóstica observada entre os grupos P1 e P2 foi significativa, e pode impactar na gestão dos recursos de saúde local. A alta prevalência de pacientes admitidos com diagnóstico primário de COVID-19 é muito interessante, dada a escassez de publicações abordando a priorização e sua associação com prognóstico no cenário da pandemia de COVID-19. Novos estudos seriam necessários para avaliar se existe impacto da COVID-19 na mortalidade observada acima da mortalidade predita nos grupos P1 e P2.

Conclusão

Os pacientes classificados como P1 foram mais frequentes na amostra de estudo. A classificação de prioridades identificou os pacientes mais graves e com maior taxa de mortalidade na primeira categoria de priorização para admissão na UTI, apesar de não haver diferença na idade, comorbidade e fragilidade.

Referências

- 1 Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, *et al.* ICU admission, discharge, and triage guidelines: a framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. *Crit Care Med.* 2016; 44(8):1553-602. doi: 10.1097/CCM.0000000000001856.
- 2 Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.156/2016, de 28 de outubro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2022 out 10]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>

- 3 Cohen RI, Eichorn A, Silver A. Admission decisions to a medical intensive care unit are based on functional status rather than severity of illness. A single center experience. *Minerva Anesthesiol* [Internet]. 2012 [cited 2022 oct 10]; 78(11):1226-33. Available from: <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2012N11A1226>
- 4 Barfod C, Lauritzen MMP, Danker JK, Sölétormos G, Forberg JL, Berlac PA, et al. Abnormal vital signs are strong predictors for intensive care unit admission and in-hospital mortality in adults triaged in the emergency department - a prospective cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20:28. doi: 10.1186/1757-7241-20-28.
- 5 Nordberg M, Lethvall S, Castrén M. The validity of the triage system ADAPT. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2010;18(Suppl 1):S36. doi: 10.1186/1757-7241-18-S1-P36.
- 6 LaMantia MA, Stewart PW, Platts-Mills TF, Biese KJ, Forbach C, Zamora E, et al. Predictive value of initial triage vital signs for critically ill older adults. *West J Emerg Med*. 2013;14(5):453-60. doi: 10.5811/westjem.2013.5.13411.
- 7 Jung B, Rimmel T, Le Goff C, Chanques G, Corne P, Jonquet O, et al. Severe metabolic or mixed acidemia on intensive care unit admission: incidence, prognosis and administration of buffer therapy. A prospective, multiple-center study. *Crit Care*. 2011;15(5):R238. doi: 10.1186/cc10487.
- 8 Sprung CL, Danis M, Iapichino G, Artigas A, Kesecioglu J, Moreno R, et al. Triage of intensive care patients: Identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med*. 2013; 39(11):1916-24. doi: 10.1007/s00134-013-3033-6.
- 9 Metnitz PGH, Moreno RP, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3-From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 1: Objectives, methods and cohort description. *Intensive Care Med*. 2005;31(10):1336-44. doi: 10.1007/s00134-005-2762-6.
- 10 Caldeira VMH, Silva Júnior JM, Oliveira AMRR, Rezende S, Araújo LAG, Santana MRO, et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(5):528-34. doi: 10.1590/S0104-42302010000500012.
- 11 Alves CJ, Franco GPP, Nakata CT, Costa GLG, Costa GLG, Genaro MS, et al. Avaliação de índices prognósticos para pacientes idosos admitidos em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intens*. 2009;21(1):1-8. doi: 10.1590/S0103-507X2009000100001.
- 12 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8.
- 13 Vermillion SA, Hsu FC, Dorrell RD, Shen P, Clark CJ. Modified frailty index predicts post-operative outcomes in older gastrointestinal cancer patients. *J Surg Oncol*. 2017;115(8): 997-1003. doi: 10.1002/jso.24617.
- 14 Ministério da Saúde - MS (BR). Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. (PROADESS). Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil - 2009-2017. Boletim Informativo do PROADESS, nº 4, fev./2019 [Internet]. 2019 [citado 2022 out 28]. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento_da_assistencia_hospitalar_errata_1403.pdf
- 15 Moreno RP, Metnitz PGH, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3 - From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. *Intensive Care Med*. 2005;31(10): 345-55. doi: 10.1007/s00134-005-2763-5.

Recebido em: 22 fev. 2022

Aceito em: 25 nov. 2022