



## GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200

Filiais: Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.  
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90



### RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – GHC TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA PROGRAMA ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

## **IMPACTO DO TEMPO ATÉ A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA NA MOBILIDADE DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Amanda Batistela Gobbi  
Fernanda Machado Kutchak

Porto Alegre, fevereiro de 2020

## SUMÁRIO

	<b>RESUMO</b> .....	3
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	6
2.1	DELINEAMENTO DE PESQUISA .....	6
2.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	6
2.2.1	Critérios de inclusão .....	6
2.2.2	Critérios de exclusão .....	6
2.2.3	Cálculo amostral.....	6
2.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA .....	6
2.4	ANÁLISE DE DADOS .....	7
<b>3</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	8
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	9
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	11
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	12
	<b>TABELAS</b> .....	15

## RESUMO

**Introdução:** A traqueostomia é um procedimento comumente realizado para facilitar o desmame da ventilação mecânica. Na presença de indicação clínica, não há um consenso sobre tempo de espera adequado até sua realização, o que influencia a mobilidade e a capacidade funcional de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Objetivo:** Avaliar o impacto do tempo até a realização de traqueostomia sobre o nível de mobilidade de pacientes internados em UTI. **Metodologia:** Foram incluídos pacientes que realizaram traqueostomia durante a internação na UTI do Hospital Cristo Redentor, entre março de 2015 e julho de 2018. A amostra foi dividida em dois grupos, de acordo com o tempo até a realização da traqueostomia: pacientes que a realizaram em até 15 dias de internação e pacientes que a realizaram após 15 dias de internação. A coleta de dados epidemiológicos foi realizada por meio da análise de prontuários eletrônicos e o status funcional, avaliado através da *ICU Mobility Scale*, foi obtido do banco de dados do serviço de fisioterapia. **Resultados:** 148 pacientes foram incluídos no estudo, em que 72 realizaram traqueostomia em até 15 dias de internação e 76 após 15 dias de internação. O nível de mobilidade na chegada ao hospital, o tempo de ventilação mecânica, de internação na UTI e de permanência hospitalar tiveram diferenças significativas superiores para o grupo de pacientes que realizaram traqueostomia após 15 dias de internação ( $p < 0,05$ ). Não se verificou correlação entre o nível de mobilidade da alta da UTI e os dias de internação até a traqueostomia. **Conclusão:** O nível de mobilidade de pacientes internados em UTI não sofre influência do tempo de espera até a realização de traqueostomia. Entretanto, a realização de traqueostomia tardia está associada a maior tempo de ventilação mecânica, de internação na UTI e de permanência hospitalar.

Palavras-chave: Ventilação mecânica. Traqueostomia. Mobilidade.

## 1. INTRODUÇÃO

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico comumente realizado em pacientes críticos e consiste em uma abertura na parede da traqueia ao meio externo, criando um estoma (RICZ et al., 2011). Cerca de 10% dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são submetidos à traqueostomia, uma vez que o processo de desmame da ventilação mecânica se torna difícil e, para facilitá-lo, é necessária a criação de uma via aérea artificial definitiva (STELFOX et al., 2008).

A principal indicação para a traqueostomia é a necessidade de intubação traqueal prolongada, uma que vez se propiciará melhora da remoção de secreção das vias aéreas e diminuição da resistência à ventilação (ARANHA et al., 2007). Outras vantagens da realização da traqueostomia vêm sendo demonstradas ao longo dos anos, em que se evidencia menor incidência de pneumonia relacionada à ventilação mecânica, redução do tempo de permanência na UTI e de internação hospitalar e, conseqüentemente, menores taxas de mortalidade (FREEMAN et al., 2005).

Alguns estudos sugerem que a realização precoce de traqueostomia esteja associada à diminuição do tempo de ventilação mecânica, de permanência na UTI e de internação hospitalar, porém, até o presente momento, não existe um consenso na literatura quanto ao tempo exato até a realização do procedimento (FERGUSON et al., 2005). De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), para pacientes internados por causas clínicas, pode-se aguardar até 14 dias – aumentando, assim, o risco de complicações relacionadas à intubação prolongada e ao imobilismo no leito.

Durante a internação na UTI, em um contexto em que o paciente traqueostomizado necessita de ventilação mecânica por longos períodos, do uso de múltiplas drogas e de diversas terapias para manutenção da homeostase, uma das complicações que pode desenvolver-se é a polineuropatia do doente crítico (MARAMATTOM; WIJDICKS, 2006). Tal síndrome é caracterizada por uma resposta inflamatória sistêmica a um estresse catabólico, acarretando fraqueza muscular simétrica, dificuldade de desmame da ventilação mecânica e hospitalização prolongada (SILVA et al., 2009).

Afetando entre 25 a 63% dos pacientes internados em UTI que necessitam de ventilação mecânica por mais de sete dias, a polineuropatia do doente crítico contribui para o declínio funcional, o aumento dos custos assistenciais, a redução da qualidade de vida e da sobrevida após a alta hospitalar (JEONG et al., 2015). A fim de minimizar os efeitos deletérios da imobilidade no leito, a fisioterapia possui papel fundamental na avaliação e na

proposição de condutas que tenham o objetivo de restabelecer a mobilidade e a capacidade funcional desses pacientes (FRANÇA et al., 2012).

Para uma avaliação funcional precisa e objetiva, se faz necessário o uso de escalas validadas. A *ICU Mobility Scale* (Escala de Mobilidade na UTI) foi criada para mensurar e comparar diferentes níveis de mobilidade de pacientes internados em UTI (HODGSON et al., 2014). Através dela, a mobilidade pode ser classificada em 11 níveis diferentes, que iniciam do zero – sem movimentação no leito – até o 10 – deambular de forma independente, sem dispositivos de auxílio -, sendo uma ferramenta de fácil aplicação para o terapeuta avaliar e propor condutas baseadas nos dados obtidos (TIPPING et al., 2016).

Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto do tempo até a realização de traqueostomia sobre o nível de mobilidade de pacientes internados em UTI, através da *ICU Mobility Scale*, bem como identificar o perfil de tais pacientes e correlacionar o tempo até a realização de traqueostomia com o nível de mobilidade na alta da UTI.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA

O estudo possui abordagem quantitativa e delineamento correlacional, sendo longitudinal e de caráter retrospectivo, em que foi realizada uma análise dos prontuários eletrônicos, a partir do banco de dados do Serviço de Fisioterapia da UTI do Hospital Cristo Redentor (HCR).

### 2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por todos os pacientes traqueostomizados parte do banco de dados do Serviço de Fisioterapia da UTI do HCR, com internação e alta entre março de 2015 e julho de 2018. A amostra foi do tipo não-probabilística intencional.

#### 2.2.1 Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão, o paciente deveria ter internação por mais de 24 horas na UTI, idade superior a 18 anos e ter realizado traqueostomia.

#### 2.2.2 Critérios de exclusão

Como critério de exclusão, o paciente não deveria ter ido a óbito durante a internação na UTI.

#### 2.2.3. Cálculo amostral

O tamanho da amostra foi calculado com base na proporção de indivíduos internados que realizaram traqueostomia entre março de 2015 e julho de 2018, do total de 740 pacientes admitidos. O nível de confiança estabelecido foi de 95% e a margem de erro de 20%. O resultado foi de 194 indivíduos.

### 2.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA

A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob parecer 3.169.146, e foi realizada por meio da análise de prontuários eletrônicos. Através do número do prontuário dos pacientes que realizaram traqueostomia durante a internação na UTI no período estabelecido, os seguintes dados foram registrados: sexo; idade; índice de massa corporal; escore de gravidade SAPS III; diagnóstico da internação; comorbidades; desfecho hospitalar; tempo de ventilação mecânica, de permanência na UTI, até a realização da traqueostomia e de internação hospitalar. As informações relativas ao status funcional, através da *ICU Mobility Scale*, foram obtidas diretamente do referido banco de dados do serviço.

Para as comparações, a amostra foi dividida em dois grupos, de acordo com o tempo até a realização da traqueostomia: pacientes que a realizaram em até 15 dias de internação e pacientes que a realizaram após 15 dias de internação. O sigilo das informações registradas foi garantido, de modo que cada participante possuiu um código no instrumento de coleta de dados, impossibilitando sua identificação pessoal.

## 2.4 ANÁLISE DE DADOS

Variáveis contínuas foram expressas por média e desvio padrão ou mediana e percentil interquartilico, e variáveis categóricas por número absoluto e percentual. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e pelo teste de associação exato de Fisher, teste não-paramétrico de Mann-Whitney e análise de correlação de Spearman. Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e o software utilizado para esta análise foi o SPSS versão 22.0.

### 3. RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 148 pacientes que realizaram traqueostomia durante o período analisado. Destes, 72 pacientes a realizaram em até 15 dias de internação e 76 pacientes após 15 dias de internação (Tabelas 1 e 2). O sexo masculino foi associado ao grupo < 15 dias e o sexo feminino ao grupo > 15 dias ( $p = 0,012$ ) (Tabela 3).

Na comparação entre grupos, verifica-se que as seguintes variáveis apresentaram escores superiores para o grupo de pacientes que realizaram traqueostomia após 15 dias de internação, sendo estas estatisticamente significativas: ICUMS da chegada, tempo de ventilação mecânica, tempo de internação na UTI e tempo de permanência hospitalar ( $p < 0,05$ ) (Tabela 4).

Quando analisado o nível de mobilidade da alta da UTI e os dias de internação até a traqueostomia de ambos grupos, não foi observada correlação significativa entre as variáveis ( $r = 0,056$ ;  $p = 0,501$ ).

#### 4. DISCUSSÃO

O objetivo principal do estudo foi avaliar o impacto do tempo até a realização de traqueostomia sobre o nível de mobilidade de pacientes internados em UTI. Apesar de não ter se observado correlação entre tais variáveis, foi encontrado um aumento significativo do tempo de ventilação mecânica, dos dias de internação na UTI, do tempo de permanência hospitalar e do nível de mobilidade na chegada em pacientes que realizaram traqueostomia após 15 dias de internação.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), a traqueostomia deve ser indicada em até sete dias em casos de trauma cervical alto, de trauma crânio-encefálico grave ou de trauma que não envolva o sistema nervoso central quando houver estimativa de dependência de suporte ventilatório prolongado. Já em pacientes internados por causas clínicas, não existe um consenso do tempo exato para sua realização - podendo-se aguardar até 14 dias -, o que pode aumentar o risco de complicações relacionadas à intubação prolongada e ao imobilismo no leito.

Pacientes críticos e traqueostomizados são propensos a desenvolver fraqueza muscular adquirida na UTI, uma vez que são expostos a múltiplos fatores estressores, como alterações de eletrólitos, processos catabólicos, deficiência nutricional e ação medicamentosa (MARAMATTOM; WIJDICKS, 2006). Tais fatores influenciam no processo de desmame da ventilação mecânica, causando efeitos deletérios relacionados à imobilidade no leito.

Nesse contexto, a realização precoce de traqueostomia está associada à diminuição do tempo de ventilação mecânica, de permanência na UTI e de internação hospitalar (FERGUSON et al., 2005). Chintamani et al (2005), em um estudo que avaliou 50 pacientes com diagnóstico de trauma craniano fechado, concluíram que a realização de traqueostomia precoce levou a uma redução de complicações relacionadas à intubação prolongada e à diminuição da mortalidade na UTI. Ahmed e Kuo (2007) avaliaram 55 pacientes submetidos à traqueostomia em Unidade Cirúrgica de Terapia Intensiva e demonstraram que a realização do procedimento de forma precoce estava associada a um menor tempo de internação na UTI, concordando com os resultados do presente estudo.

Ao avaliar o nível de mobilidade na alta da UTI e o tempo de internação até a realização da traqueostomia, não foi observada associação entre as variáveis. Tal achado sugere que, em uma população de pacientes predominantemente com danos neurológicos

severos, como a observada no estudo, o tempo até a realização da traqueostomia não interfere diretamente nas aquisições motoras e no nível de mobilidade funcional, durante a internação na UTI. Apesar de se acreditar que a realização de traqueostomia precoce possibilitaria um nível de mobilização precoce, um estudo de ponto prevalência (NYDAHL et al, 2014), que avaliou o nível de mobilização precoce em pacientes em ventilação mecânica, demonstrou que a taxa de mobilização em pacientes traqueostomizados é superior a de pacientes intubados, mas com taxas ainda distantes do ideal, uma vez que em ambos grupos estão abaixo de 15%.

Quanto ao nível de mobilidade na chegada ao hospital ter sido maior em pacientes que realizaram a traqueostomia tardiamente, acredita-se que tal fato ocorra pela expectativa da equipe multiprofissional de que pacientes menos graves e, portanto, com melhores perspectivas de recuperação, possam ter sucesso no processo de desmame e extubação, mesmo que a necessidade de ventilação mecânica se estenda por um período superior ao sugerido pela literatura para a realização de traqueostomia. De acordo com o estudo de Alali et al (2014), que avaliou uma coorte de 1154 pacientes com diagnóstico de trauma crânio-encefálico, os que obtinham melhores respostas motoras, avaliadas pelo escore motor da escala de coma de Glasgow, realizaram traqueostomia tardiamente – acima de oito dias de internação -, corroborando aos achados do presente estudo e com a opinião dos autores de que pacientes com melhor status funcional tendem a ter o procedimento postergado pela equipe.

Não foram encontrados estudos que correlacionem objetivamente o tempo até a realização de traqueostomia com o nível de mobilidade desses pacientes. Dada a importância do impacto da mobilização nos desfechos epidemiológicos e funcionais dos pacientes e o papel da fisioterapia na reabilitação e na prevenção de complicações secundárias, torna-se pertinente a realização de mais estudos na área.

## **5. CONCLUSÃO**

Os achados do estudo sugerem que o nível de mobilidade de pacientes internados em UTI não sofre influência do tempo de espera até a realização de traqueostomia. Entretanto, a realização de traqueostomia tardia está associada a maior tempo de ventilação mecânica, de internação na UTI e de permanência hospitalar.

## REFERÊNCIAS

AHMED, N.; KUO, Y. Early versus late tracheostomy in patients with severe traumatic head injury. **Surgical Infection (Larchmt)**, v. 8, n. 3, p. 343-347, 2007.

ALALI, A.S.; et al. Tracheostomy timing in traumatic brain injury: a propensity-matched cohort study. **The Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 76, n. 1, p. 70-76, 2014.

ARANHA, S.C.; et al. Estudo Comparativo entre Traqueostomia Precoce e Tardia em Pacientes sob Ventilação Mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 4, p. 444-449, 2007.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica**, p 1-140, 2013.

BOLES, J.M.; et al. Weaning from mechanical ventilation. **European Respiratory Journal**, v. 29, p. 1033-1056, 2007.

CHINTAMANI, K.J.; et al. Early tracheostomy in closed head injuries: experience at a tertiary center in a developing country: a prospective study. **BMC Emergency Medicine**, v. 5, n. 8, 2005.

DURBIN, C.G. Tracheostomy: Why, When and How? **Respiratory Care**, v. 55, n. 18, p. 1056-1068, 2010.

ENGELS, P.T.; et al. Tracheostomy: from insertion to decannulation. **Canadian Journal of Surgery**, v. 52, n. 5, p. 421-433, 2009.

FELICIANO, V.A.; et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 3, n. 2, p. 31-42, 2012.

FERGUSON, N.D. Tracheostomy for ventilated patients--not when, but whom? **Critical Care Medicine**, v. 33, p. 2695-2696, 2005.

FRANÇA, E.E.T.; et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n. 1, p. 6-22, 2012.

FREEMAN, B.D.; et al. Relationship between tracheostomy timing and duration of mechanical ventilation in critically ill patients. **Critical Care Medicine**, v. 33, n. 11, p. 2513-2520, 2005.

GOLDWASSER, R.S.; DAVID, C. M. Desmame da ventilação mecânica: promova uma estratégia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 1, p. 107–112, 2010.

HODGSON, C.; et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. **Heart & Lung**, v. 43, p. 19-24, 2014.

JEONG, B.H.; et al. Differences in clinical outcomes according to weaning classifications in medical intensive care units. **PLOS ONE**, v. 10, n. 4, p. 1-13, 2015.

MARAMATITOM, B.V.; WIJICKS, E.F. Acute neuromuscular weakness in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 34, n. 11, p. 2835-2841, 2006.

NYDAHL, P.; et al. Early mobilization of mechanically ventilated patients: a 1-day point-prevalence study in Germany. **Critical Care Medicine**, v. 42, n. 5, p. 1178-1186, 2014.

OLIVEIRA, L.R.C.O; et al. Padronização do desmame da ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva: resultados após um ano. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 2, p. 131-136, 2006.

PERREN, A.; et al. Protocol-directed weaning from mechanical ventilation: clinical outcome in patients randomized for a 30-min or 120-min trial with pressure support ventilation. **Intensive Care Medicine**, v. 28, n. 8, p. 1058–1063, 2002.

RICZ, H.M.A.; et al. Tracheostomy. **Revista Medicina**, v. 44, n. 1, p. 63-69, 2011.

SILVA, A.P.P.; MAYNARD, K.; CRUZ, M.R.D.A. Effects of motor physical therapy in critically ill patients: literature review. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 1, p. 85–91, 2010.

SILVA, D.V.; et al. Perfil epidemiológico e fatores de risco para mortalidade em pacientes idosos com disfunção respiratória. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 262-268, 2009.

STELFOX, H.T.; et al. Determinants of tracheostomy decannulation: an international survey. **Critical Care**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2008.

TIPPING, C.J.; et al. The ICU mobility scale has construct and predictive validity and is responsive. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 13, n. 6, p. 887-893, 2016.

WHITE, A. C. Long-Term Mechanical Ventilation: Management Strategies. **Respiratory Care**, v. 57, n. 6, p. 889-899, 2012.

WINKELMAN, C; HIGGINS, P.A.; CHEN, Y.J. Activity in the chronically critically ill. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 24, n. 6, p. 281-290, 2005.

## TABELAS

**Tabela 1.** Caracterização epidemiológica da amostra.

Variável	Resposta	Nº casos	%
Grupo	< 15 dias	72	48,6
	> 15 dias	76	51,4
Sexo	Masculino	105	70,9
	Feminino	43	29,1
Idade	Menos de 30 anos	31	20,9
	30 - 59 anos	71	48,0
	60 anos ou mais	46	31,1
Diagnóstico	Não informado	14	9,5
	Lesão SNC	106	71,6
	Lesão no tórax	1	0,7
	Queimadura	5	3,4
	Politrauma	21	14,2
	Lesão nos membros	1	0,7
Comorbidades	Nenhuma	77	52,0
	Cardiovasculares	43	29,1
	Metabólicas	20	13,5
	Respiratórias	2	1,4
	Neoplasias	1	0,7
	Drogadição	4	2,7
	Cerebrovasculares	1	0,7
Desfecho hospitalar	Alta	112	75,7
	Óbito	25	16,9
	Transferência	11	7,4

SNC= sistema nervoso central.

**Tabela 2.** Caracterização clínica da amostra.

Variável	
ICUMS chegada (mediana e P <sub>25-75</sub> )	0 (0-0)
ICUMS alta (mediana e P <sub>25-75</sub> )	1,5 (1-3)
Idade (média ± DP)	47,67 ± 18,21
IMC (média ± DP)	24,28 ± 3,17
SAPS III (média ± DP)	55,76 ± 15,06
Tempo VM (média ± DP)	25,05 ± 14,66
Tempo UTI (média ± DP)	32,53 ± 17,00
Permanência hospitalar (média ± DP)	60,55 ± 34,97
D.I. TQT (média ± DP)	17,60 ± 8,80

ICUMS = *ICU Mobility Scale*. IMC = índice de massa corporal. SAPS III = Simplified Acute Physiology Score III. VM = ventilação mecânica. UTI = unidade de terapia intensiva. D.I. TQT = dias de internação até a traqueostomia.

**Tabela 3.** Comparações entre as variáveis epidemiológicas e desfecho dos grupos.

Variável	Resposta	Grupo				p
		< 15 dias		> 15 dias		
		n	%	n	%	
Sexo	Masculino	58	80,6%	47	61,8%	0,012*
	Feminino	14	19,4%	29	38,2%	
Idade	Menos de 30 anos	21	29,2%	10	13,2%	0,063 <sup>NS</sup>
	30 - 59 anos	31	43,1%	40	52,6%	
	60 anos ou mais	20	27,8%	26	34,2%	
Diagnóstico	Não informado	7	9,7%	7	9,2%	0,210 <sup>NS</sup>
	Lesão SNC	57	79,2%	49	64,5%	
	Lesão no tórax	-	-	1	1,3%	
	Queimadura	1	1,4%	4	5,3%	
	Politrauma	7	9,7%	14	18,4%	
	Lesão nos membros	-	-	1	1,3%	
Comorbidades	Nenhuma	42	58,3%	35	46,1%	0,484 <sup>NS</sup>
	Cardiovasculares	20	27,8%	23	30,3%	
	Metabólicas	9	12,5%	11	14,5%	
	Respiratórias	-	-	2	2,6%	
	Neoplasias	-	-	1	1,3%	
	Drogadição	1	1,4%	3	3,9%	
	Cerebrovasculares	-	-	1	1,3%	
Desfecho hospitalar	Alta	53	73,6%	59	77,6%	0,600 <sup>NS</sup>
	Óbito	12	16,7%	13	17,1%	
	Transferência	7	9,7%	4	5,3%	

NS – não significativo; \*significativo  $p \leq 0,05$

**Tabela 4.** Comparações entre as variáveis epidemiológicas e clínicas dos grupos.

Variável	Grupo	p
ICUMS chegada (mediana e P <sub>25-75</sub> )	< 15 dias	0 (0-0)
	> 15 dias	0 (0-1)
ICUMS alta (mediana e P <sub>25-75</sub> )	< 15 dias	1 (1-3)
	> 15 dias	2 (1-2,75)
Idade (média ± DP)	< 15 dias	44,6 ± 18,7
	> 15 dias	50,6 ± 17,4
IMC (média ± DP)	< 15 dias	24,2 ± 3,5
	> 15 dias	24,4 ± 2,8
SAPS III (média ± DP)	< 15 dias	56,0 ± 16,5

	> 15 dias	55,5 ± 13,6	
Tempo VM (média ± DP)	< 15 dias	18,3 ± 10,9	0,000**
	> 15 dias	31,4 ± 15,0	
Tempo UTI (média ± DP)	< 15 dias	24,2 ± 12,6	0,000**
	> 15 dias	40,4 ± 17,0	
Permanência hospitalar (média ± DP)	< 15 dias	59,1 ± 44,6	0,006**
	> 15 dias	61,9 ± 22,5	

NS – não significativo; \*\*significativo  $p \leq 0,01$ ; \*significativo  $p \leq 0,05$

## Identificação interna do documento N3HKUIQTOG-24NPAZL2



Nome do arquivo: TCR\_Amanda\_Gobbi\_3717299202027.pdf

Data de vinculação ao processo: 07/02/2020 09:29

Autor: AMANDA BATISTELA GOBBI (112345)

Processo: 1703170