

O momento da morte no internamento de Medicina Interna[#]

The moment of death in an Internal Medicine ward

Luísa Magalhães*, Arlindo Guimas*, Sofia Ferreira*, Rosa Ribeiro**, Paulo Paiva***

Resumo

Introdução: A paragem cárdio-respiratória (PCR) intra-hospitalar tem muito mau prognóstico, mas costuma preceder-se de sinais de alarme. É fundamental que esses sinais sejam identificados e antecipada a actuação necessária.

Métodos: Avaliação retrospectiva de sinais de alarme nas 6 horas que precederam a morte, indicação de Decisão de Não Reanimar (DNR) e atitudes tomadas nos doentes falecidos num período de 3 anos.

Resultados: Foram revistos 403 processos (taxa de mortalidade 11,4%). A mortalidade foi homogênea, ao longo da semana e do dia. Em 291 doentes (72,2%) foram identificados sinais de alarme nas 6 horas que antecederam a PCR, principalmente: depressão da consciência (129 doentes), dessaturação (104) e dispneia (92). Os médicos foram alertados em 133 desses casos e as suas atitudes foram: reversão em 76 doentes, alívio em 67, nenhuma em 60 e DNR em 40. Em 348 doentes (86,4%) havia indicação de DNR, registada em 92,0% dos casos. Foi tentada a reanimação cárdio-pulmonar (RCP) em 2 doentes (0,5%) com DNR explícito e 1 (0,2%) com DNR implícito. Em 35 doentes (8,7%) não foi tentada a RCP, apesar de não constar no processo indicação de DNR.

Conclusões: A maioria das PCR foi precedida por sinais de alarme, oferecendo oportunidade para intervenção. Esses sinais foram reconhecidos primariamente por enfermeiros. A DNR estava registada na maioria dos doentes. A percentagem baixa de doentes com indicação para manobras de RCP é um indicador da complexidade dos doentes. Este estudo reforça a necessidade de intervenção no reconhecimento, avaliação e decisão do doente em pré-paragem.

Palavras chave: paragem cárdio-respiratória, equipas de emergência médica, decisão de não reanimar.

Abstract

Background: In-hospital cardiorespiratory arrest (CRA) has a severe prognosis, but is usually preceded by alert signs. These signs should be recognized and necessary procedures predicted.

Methods: Retrospective evaluation of alert signs and symptoms in the 6 hours before death, decision of Do Not Resuscitate (DNR) and attitudes chosen in deceased patients in a 3 year period.

Results: Four hundred and three patient files were reviewed (mortality rate 11,4%). Mortality was homogeneously distributed in respect to week day and time. Alert signs and symptoms in the 6 hours before death were identified in 291 patients (72,2%), specially: depressed level of consciousness (129 patients), de-saturation (104) and dyspnoea (92). Doctors were called in 133 cases and their attitudes were: reversion in 70 patients, relieving in 67, no attitude at all in 60 and assuming DNR in 40. The DNR was present in 348 patients (86,4%) and registered in 92,0%. Cardio-pulmonary resuscitation (CPR) was attempted in 2 patients (0,5%) with explicit DNR and in 1 (0,2%) with implicit DNR. CPR was not attempted in 35 patients (8,7%), although there was no recorded indication in the patient file for DNR.

Conclusions: Alert signs and symptoms preceded most CRA, allowing an opportunity for intervention. Mostly nurses identified these signs. The indication for DNR was recorded in the files of most patients. The low number of patients with indication for CPR is a surrogate of patient's complexity. This study reinforces the need for intervention in recognition, evaluation and decision in the pre-arrest patients.

Key words: cardiorespiratory arrest; medical emergency teams; do not resuscitate.

*Internos do Complementar de Medicina Interna

**Assistente Hospitalar de Medicina Interna

***Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna.

Serviço de Medicina do Hospital Geral de Santo António, Porto

#Trabalho apresentado como comunicação oral no 14º Congresso Nacional de Medicina Interna, Lisboa, Março de 2008.

Recebido para publicação a 03.12.08

Aceite para publicação a 21.07.09

Introdução

Preservar a vida do doente com a máxima qualidade possível é o objectivo diário de todos os profissionais de saúde. No caso concreto da Medicina, a morte sempre foi e continuará a ser um evento traumático para o médico responsável pela assistência prestada àquele doente, ainda que o contacto humano entre os

dois tenha sido breve e mesmo nas inúmeras situações em que se reconhece não existir qualquer perspectiva de melhoria clínica ou de prognóstico satisfatório. Na especialidade de Medicina Interna, que lida predominantemente com idosos portadores de múltiplas patologias graves, condicionando quase sempre prognósticos reservados, a morte durante o internamento é, infelizmente, uma realidade demasiado frequente, mas nem por isso de abordagem mais simples.

É sabido que, em ambiente intra-hospitalar, a PCR ocorre principalmente em ritmos cardíacos não desfibrilháveis (assistolia ou actividade eléctrica sem pulso), o que acarreta, por si só, muito mau prognóstico.¹⁻³ Também estão descritos os vários sintomas e sinais que podem alertar o profissional de saúde para a iminência da PCR,²⁻⁴ razão pela qual diversas sociedades médicas elaboraram já recomendações e protocolos de actuação em conformidade,⁵⁻⁷ ainda que a sua eficácia em estudos potenciados para esse efeito não esteja provada.⁸ O *European Resuscitation Council* (ERC) definiu um conjunto de sinais como critérios para activação de uma Equipa Médica de Emergência, a qual terá como função avaliar e intervir sobre o doente em causa.⁹ Na Medicina contemporânea, não é admissível que a possibilidade da morte durante o internamento não seja prevista, o seu momento não seja antecipado e os seus sinais de alarme não sejam identificados. Do mesmo modo, é fundamental que a actuação em caso de PCR seja previamente definida e bem compreendida por todos aqueles que lidam com o doente.

Na maioria dos hospitais portugueses, a actuação em caso de PCR intra-hospital está deficientemente estruturada, gerando algumas incertezas na intervenção prática. Partindo de dados recolhidos num estudo semelhante, realizado há 10 anos neste mesmo hospital,¹⁰ os autores pretendem avaliar o estado actual das circunstâncias no momento da morte em Medicina Interna. Como objectivos concretos, foram avaliadas a presença de sinais de alarme nas 6 horas antes da PCR, a documentação de DNR, o momento de ocorrência da morte e a actuação dos profissionais envolvidos.

Material e métodos

Foram revistos os processos clínicos de todos os doentes falecidos num serviço de Medicina Interna desde 1 de Janeiro de 2003 até 31 de Dezembro de 2005. Analisou-se retrospectivamente a data/hora

da morte, a presença de sinais de alarme nas 6 horas prévias, quem reconheceu esses sinais, que atitudes foram tomadas e a presença de indicação de DNR (explícita ou implícita).

Os sinais de alarme pesquisados (de acordo com o modelo do ERC) foram:

- Via aérea ameaçada;
- Sinais de dificuldade respiratória;
- Dificuldade em falar “de novo”;
- Saturação periférica de O₂ inferior a 90%, apesar de oxigenoterapia;
- Frequência respiratória inferior a 5 ou superior a 35 ciclos por minuto;
- Frequência cardíaca inferior a 40 ou superior a 140 batimentos por minuto;
- Pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg, apesar de tratamento;
- Depressão não explicada do estado de consciência;
- Agitação ou delírio “de novo”;
- Convulsões prolongadas ou repetidas;
- Preocupação séria com o doente;
- Dor não controlada.

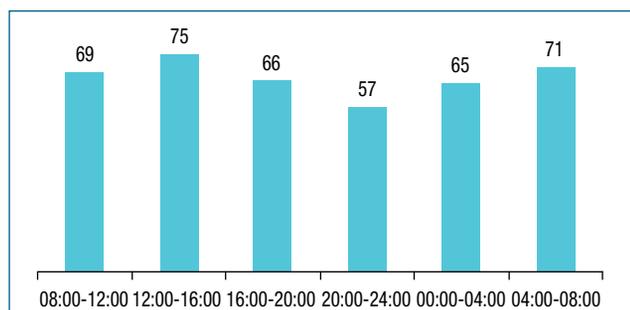
Considerou-se indicação de DNR explícita, se escrita e assinada por médico devidamente identificado em local próprio. DNR implícito definia-se da seguinte forma:

- Está explícita no processo clínico a decisão de não escalar suportes vitais;
- Doente reconhecido como agónico ou em risco de morte iminente em registo médico, com decisão explícita de não intervir no processo da doença;
- Doente assumido explicitamente como terminal nos registos médicos.

Resultados

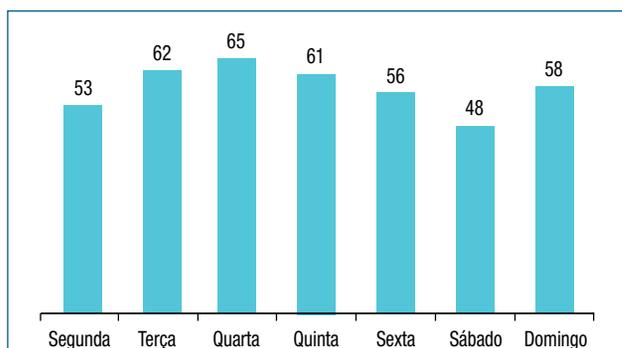
No período e serviço de Medicina Interna referidos, faleceram 438 doentes (11,4% dos internamentos), tendo sido revistos 403 processos. Apesar de não uniforme, a distribuição da mortalidade não sofreu variação estatisticamente significativa, tanto ao longo do dia ($p=0,73$) como ao longo da semana ($p=0,74$), conforme se pode ver nas *Figs. 1 e 2*.

Em 291 doentes (72,2%) foram registados 610 sinais de alarme nas 6 horas que antecederam a PCR (*Figs. 3 e 4*). Esses sinais foram reconhecidos, na maioria dos casos (206 de 291 doentes, ou 70,8%), pela equipa de enfermagem; em 77 casos foram reconhecidos pelo médico e em 8 doentes não foi possível



Distribuição dos óbitos por intervalos de 4 horas ao longo do dia (n=403)

FIG. 1



Distribuição dos óbitos por dia da semana (n=403).

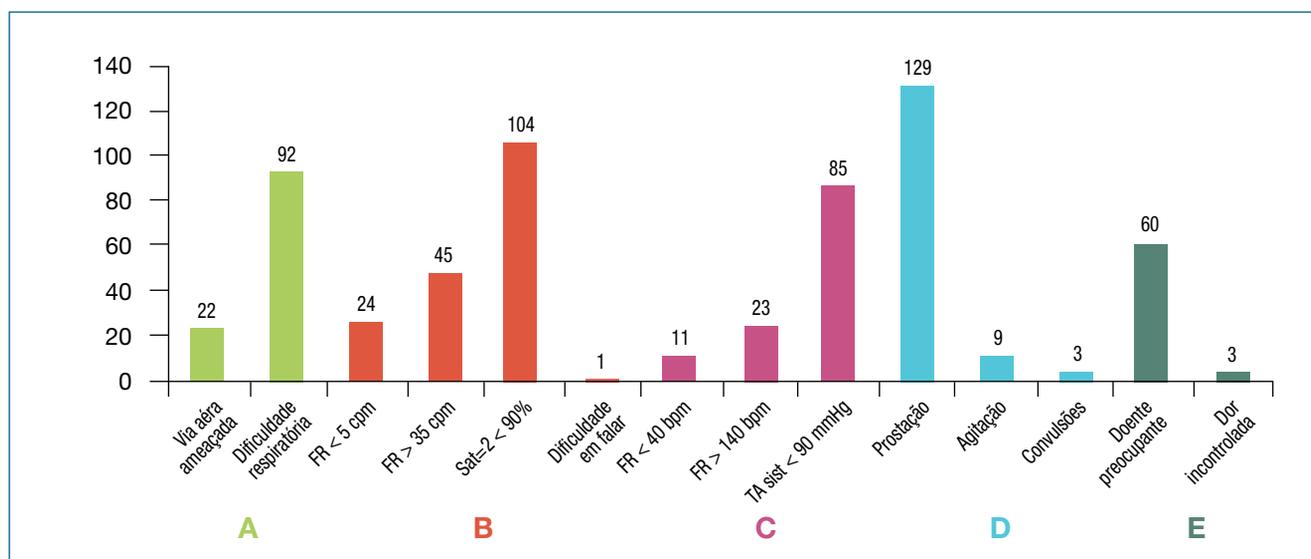
FIG. 2

identificar o responsável pelo registo.

Foram várias as atitudes tomadas após a identificação de sinais de alarme, tanto pelos enfermeiros como pelos médicos, conforme as Figs. 5 e 6 explicitam. Quando os sinais foram reconhecidos por enfermeiros, o médico foi chamado em 133 dos 206 casos (64,6%); em 24 doentes (11,6%) o enfermeiro agiu sem alertar a equipa médica e em 49 casos (23,8%) não foi tomada qualquer atitude. A actuação médica, solicitada em 133 casos identificados pelo enfermeiro e em 77 pelo próprio, discriminou-se da seguinte forma: tentativa de reversão do quadro em 76 doentes,

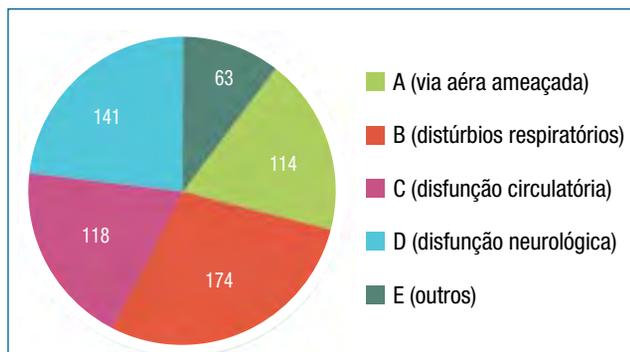
atitudes de conforto em 67 doentes e afirmação de DNR em 40 doentes. Em 60 casos o médico não tomou qualquer atitude e 3 doentes não chegaram a ser observados pelo médico.

Em 348 doentes (86,4% do total) havia indicação de DNR aquando do momento da PCR. Essa indicação era explícita em 320 casos. Foram tentadas manobras de RCP em 21 doentes (5,2%); destes, dois (0,5%) tinham indicação de DNR explícita e um (0,2%) tinha DNR implícito. Em 35 doentes (8,7%) não foi tentada a RCP, apesar de não haver qualquer indicação implícita ou explícita de DNR.



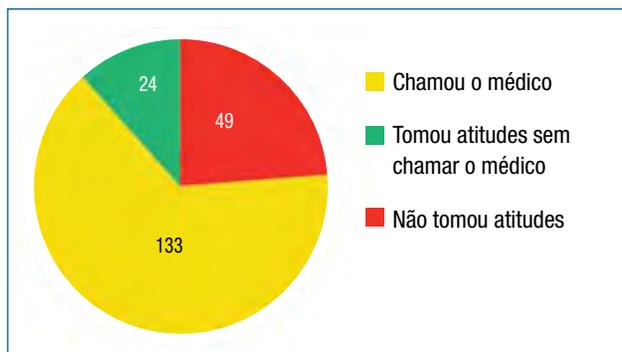
Sinais de alarme registados nas 6 horas antes da morte (n=610).

FIG. 3



Distribuição dos sinais de alarme registados (n=610).

FIG. 4



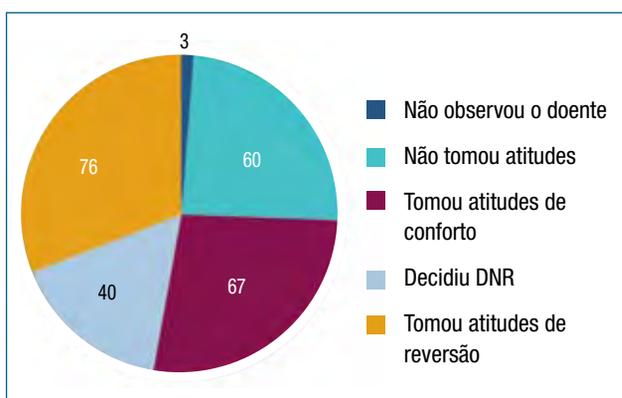
Atitudes tomadas pelo enfermeiro que reconheceu sinais de alarme (n=206)

FIG. 5

Discussão

Este trabalho expõe alguns factos que merecem particular atenção. Com efeito, verificámos que na grande maioria (86,4%) dos doentes internados em Medicina Interna que acabaram por falecer existia indicação de DNR. No estudo anterior,¹⁰ já referido, essa percentagem era de 30,5%. Este facto revela uma tendência à generalização do registo da DNR, o que pode ter várias leituras. Por um lado, é inegável que a complexidade dos doentes internados em Medicina Interna (mercê da sua idade, co-morbilidades e gravidade da doença aguda) lhes confere quase sempre muito mau prognóstico se forem reanimados após PCR intra-hospitalar. A generalização da DNR pode ser o reflexo de uma maior consciencialização desta realidade por parte da classe médica. Pode também traduzir uma crescente noção da extrema importância assumida pela presença efectiva daquela decisão no processo clínico do doente encontrado em PCR, de modo a que a DNR não tenha de ser ponderada apenas no momento da paragem por um médico que não conhece o doente, ou pelo enfermeiro de turno.

Outro resultado interessante foi a ausência de variabilidade da mortalidade, com significado estatístico, consoante a hora do dia ou o dia da semana. No já referido trabalho prévio, tinha-se verificado um aumento significativo da mortalidade, sem que para tal houvesse óbvia explicação médica, entre as 7h e as 8h e aos domingos e segundas-feiras até às 12h. Se, para o aumento da mortalidade, entre as 7h e as 8h, podem ser facilmente apontadas razões relacionadas com a logística das rotinas de enfermagem, o pico de mortalidade aos domingos e manhãs



Atitudes tomadas pelo médico perante sinais de alarme.

FIG. 6

de segundas-feiras não encontrava outra explicação que não fosse a ausência de médicos nas enfermarias por períodos prolongados. Naquela altura, não existia neste hospital a figura do Residente Médico durante os fins-de-semana, que foi implementada apenas após a conclusão daquele estudo. A actual distribuição homogénea da mortalidade pode ser um indicador do papel positivo desempenhado por uma presença médica física permanente nas enfermarias.

A correlação entre a realização de manobras de RCP e a ausência de indicação de DNR está em franca melhoria: neste estudo a percentagem de doentes sem DNR que não receberam RCP foi 8,7%, contra 86,7% no estudo anterior.

Actualmente, o ponto que parece necessitar de maior intervenção é a definição das atitudes a tomar

quando um profissional de saúde reconhece que determinado doente está em iminência de PCR (ou pelo menos apresenta claros sinais de deterioração clínica grave). Um aspecto fulcral é a constatação de que são, efectivamente, os enfermeiros quem identifica, na maior parte dos casos, os sinais de alarme que podem indiciar a PCR. Como tal, a equipa de enfermagem deveria ser especificamente preparada para a correcta vigilância desses sinais, bem como para os procedimentos a adoptar nesses casos. Outro aspecto essencial é clarificar o conceito de DNR: apesar do elevado número de doentes que apresentavam essa advertência e do baixo número de doentes que, sem indicação de DNR, não receberam manobras de RCP, houve 49 doentes a quem foram reconhecidos sinais de alarme que não foram alvo de qualquer atitude. Embora este trabalho não tenha sido desenhado para analisar convenientemente este ponto, levanta-se a hipótese de a indicação de DNR poder condicionar alguma limitação à tomada de atitudes quando um doente evidencia francos sinais de peri-paragem.

Conclusões

Os doentes internados em enfermarias de Medicina Interna são de extrema complexidade clínica, o que de certo modo é confirmado pelo facto de quase todos os casos desta amostra terem apresentado indicação de DNR. Será, no entanto, essencial proceder a uma melhor definição do conceito de DNR e das suas implicações práticas a nível de atitudes médicas e de enfermagem, pois um doente com indicação de DNR não deve ser reanimado após PCR mas também não deve ser privado de assistência caso apresente evidências de deterioração clínica. É relevante observar que mais de 70% das PCR, neste estudo, foram precedidas por sinais de alarme que foram quase sempre reconhecidos pela equipa de enfermagem. A identificação desses sinais oferece uma oportunidade única para intervenção e tentativa de correcção das disfunções fisiopatológicas, se forem tomadas as medidas adequadas. A prevenção da PCR, através do treino específico dos profissionais de saúde na identificação dos sinais de alarme e actuação em conformidade, poderá contribuir para a redução da mortalidade no internamento. ■

Bibliografia

1. Bedell SF, Delbanco TL, Cook EF, Epstein FH. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. *N Eng J Med* 1983;309:569-576.

2. Schein RM, Hazday N, Pena M et al. Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. *Chest* 1990;98:1388-1392.
3. Hillman KM, Bristow PJ, Chey T et al. Antecedents to hospital deaths. *Internal Medicine Journal* 2001;31:343-348.
4. Franklin C, Mathew J. Developing strategies to prevent in-hospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. *Critical Care Medicine* 1994;22:244-247.
5. Lee A, Bishop G, Hillman KM, Daffurn K. The medical emergency team. *Anaesth Intens Care* 1995;23:183-186.
6. Bristow PJ, Hillman KM, Chey T et al. Rates of in-hospital arrests, deaths and intensive care admissions: the effect of a medical emergency team. *Med J Aust* 2000;173:236-240.
7. Buist MD, Moore GF, Bernard SA et al. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrest in hospital: preliminary study. *BMJ* 2002;324:387-390.
8. The MERIT study investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365:2091-2097.
9. Nolan J, Soar J, Lockett A et al. *Advanced Life Support*. 5th Edition. Resuscitation Council (UK) 2006;2:5-6.
10. Paiva P, Oliveira JR, Correia JA et al. A morte num serviço de medicina interna – estudo retrospectivo dos anos 1993, 1994 e 1995. *Arquivos do Hospital Geral de Santo António* 1997;2(1):9-13.