

## ARTIGO COMENTADO COMITÊ DE CUIDADOS PALIATIVOS DA AMIB

### Association of frailty with short-term outcomes, organ support and resource use in critically ill patients

Zampieri et al

Intensive Care Med 2018 (<https://doi.org/10.1007/s00134-018-5342-2>)

A fragilidade no idoso é um tema que vem sendo amplamente discutido na Geriatria há quase duas décadas. Inicialmente relacionado ao aspecto meramente funcional, sendo considerados frágeis os idosos com dependência física nos mais variados graus. Em 2001 Fried et.al ampliaram esse conceito, definindo fragilidade como uma síndrome associada a sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica. Criaram o fenótipo de fragilidade no idoso. Vários instrumentos foram posteriormente criados para abordagem de fragilidade, inclusive alguns aplicados em pacientes graves de UTI. O referido estudo objetivou analisar a associação de fragilidade com desfechos a curto prazo, uso de suportes orgânico e uso de recursos em pacientes críticos.

Trata-se de uma análise retrospectiva de dados coletados de 93 UTIs no Brasil entre 2014 e 2015.

A ferramenta utilizada na avaliação de Fragilidade foi o Modified frailty index (MFI). O desfecho primário foi mortalidade hospitalar e os desfechos secundários foram alta hospitalar sem necessidade de cuidados de enfermagem domiciliar, permanência na UTI, permanência hospitalar e utilização de suportes orgânicos ou transfusão.

Foram elegíveis para a análise 129680 pacientes, sendo 24.494(18,9%) considerados frágeis (MFI>3). Os critérios de exclusão foram idade inferior a 16 anos, readmissões e aqueles com dados principais incompletos.

Os dados foram coletados do Sistema EPIMED incluindo dados demográficos, diagnóstico a admissão e escores de gravidade SAPS 3 e SOFA a admissão, funcionalidade prévia (01 semana antes da admissão), comorbidades (*Charlson Comorbidity Index*), uso de suportes orgânicos (vasopressores, Ventilação Mecânica, Ventilação Mecânica não invasiva, terapia de substituição renal e transfusão durante a permanência na UTI. Avaliados também permanência na UTI e permanência hospitalar, mortalidade e local de encaminhamento após alta hospitalar.

Na análise de dados foi utilizada t *test*/ANOVA ou Mann-Whitney/Kruskal-Wallis).

### **Pontos importantes:**

A fragilidade pode levar os pacientes com diagnósticos aparentemente semelhantes e outras características básicas a se apresentarem fisiologicamente mais suscetíveis a desfechos desfavoráveis. Condicionalmente à mesma desordem fisiológica, esses pacientes necessitarão de um suporte fisiológico mais agressivo para alcançar o mesmo desfecho.

McDermid et. Al em artigo publicado no Critical Care em 2011, chamam atenção para a relevância de extrapolar esse conceito para a UTI. *“Uma vez que pacientes gravemente doentes de todas as idades podem compartilhar muitas das características observadas em pacientes frágeis geriátricos, afirmamos que o conceito e a mensuração da fragilidade podem ter relevância clínica, psicossocial e econômica para a medicina intensiva. Nesse sentido, hipotetizamos que a avaliação objetiva da fragilidade na doença crítica pode complementar e / ou contribuir com informações prognósticas importantes no atendimento clínico dos pacientes”.*

Em 2014, Bagshaw MS et.al, publicaram um coorte observacional multicêntrico prospectivo, com 421 pacientes acima de 50 anos, sendo considerado frágeis pacientes acima de 50 anos com CFS (*Clinical Frailty Scale*) maior que 4. (K. Rockwood et. Al), evidenciando entre os frágeis maior mortalidade a longo prazo, pior qualidade de vida e mais funcionalmente dependentes.

Muscudere J et al (2017) Publicaram Revisão Sistemática e Meta-análise sobre o Impacto da fragilidade nos desfechos da UTI. Esses autores evidenciaram impacto na mortalidade hospitalar e a longo prazo nos estudos analisados. No entanto em apenas 06 dos 10 estudos há relato de uso de ventilação mecânica e /ou vasopressores, demonstrando que os pacientes frágeis estão mais propensos a receber suporte orgânico quando comparado aos não frágeis.

### **Pontos para discussão**

A instituição de uma abordagem proativa junto aos familiares diante de um prognóstico desfavorável, que na prática pode ser obtido mesmo antes do evento agudo, seria o caminho para evitar a obstinação terapêutica?

Sabidamente, os pacientes mais frágeis necessitarão de mais suportes orgânicos durante sua permanência na UTI, o que foi corroborada com o artigo em questão. Passado a fase inicial de resposta inflamatória (carga alostática), caracterizar o paciente como crítico crônico conceitualmente apenas após 21 dias de evolução (suporte ventilatório), não deveria ser repensado?