

PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: A EXPERIÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA

SANDRA HELENA DOS SANTOS VICTAL; BRUNO ARAÚJO; FERNANDA CAPELLA; FERNANDA RASCÃO; BRUNA MOZER; SIMA ESTHER FERMAN; FERNANDA FERREIRA DA SILVA LIMA
 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ INCA

INTRODUÇÃO

Os protocolos terapêuticos atuais em Oncologia Pediátrica levaram a melhora significativa do prognóstico destes pacientes.

Estudos em países desenvolvidos tem demonstrado sobrevida em cinco anos de mais de 70%. Entretanto tais protocolos para o tratamento do câncer em crianças, juntamente com a evolução da doença de base estão associados a complicações graves e potencialmente fatais, resultando na admissão de cerca de 25% das crianças com diagnóstico de neoplasia na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), no mínimo uma vez durante o curso da sua doença.

Os estudos analisando os resultados de pacientes pediátricos com câncer admitidos em Unidades de Terapia Intensiva ainda são escassos, especialmente nos países em desenvolvimento.

OBJETIVO

Avaliar o perfil dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Nacional de Câncer.

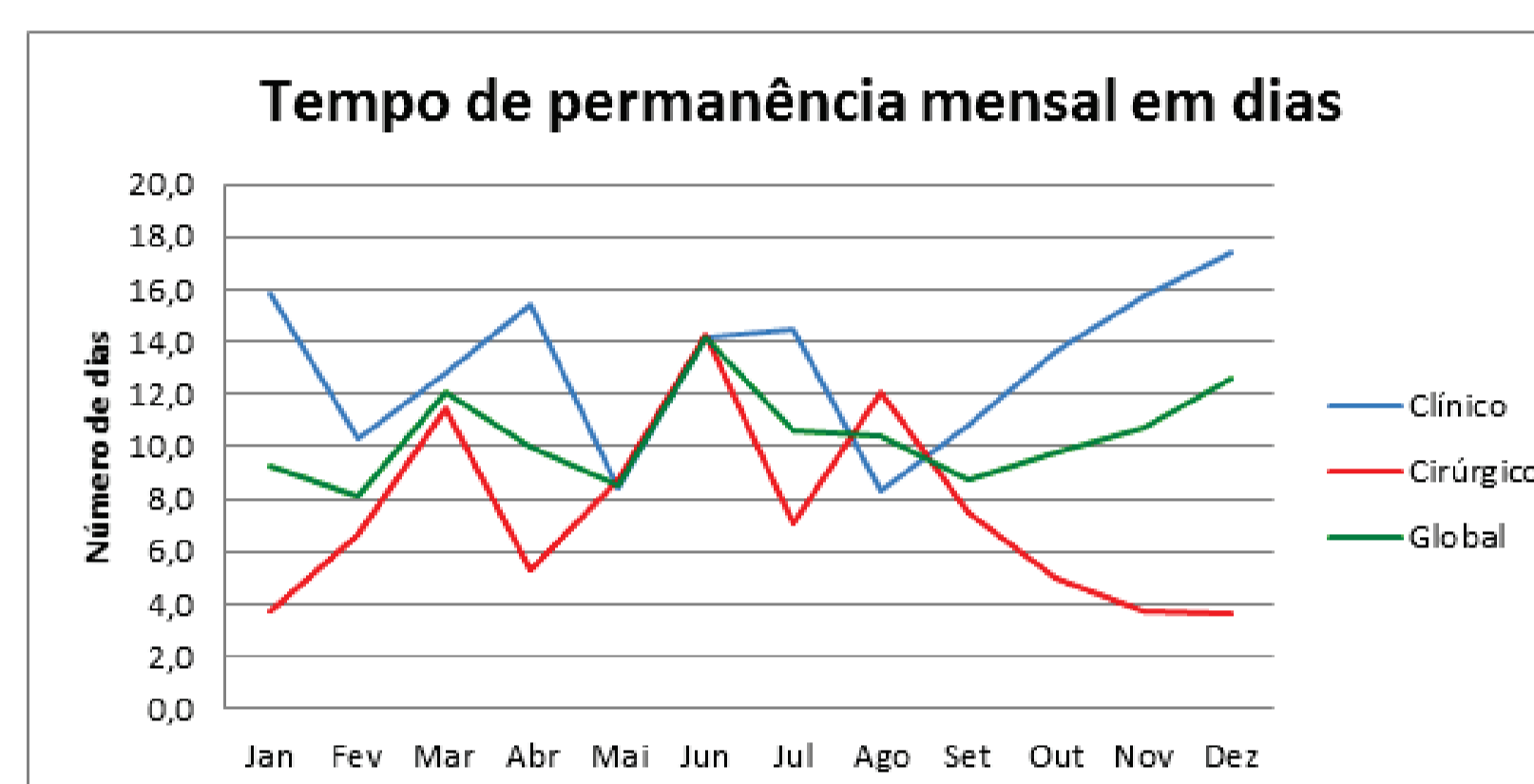
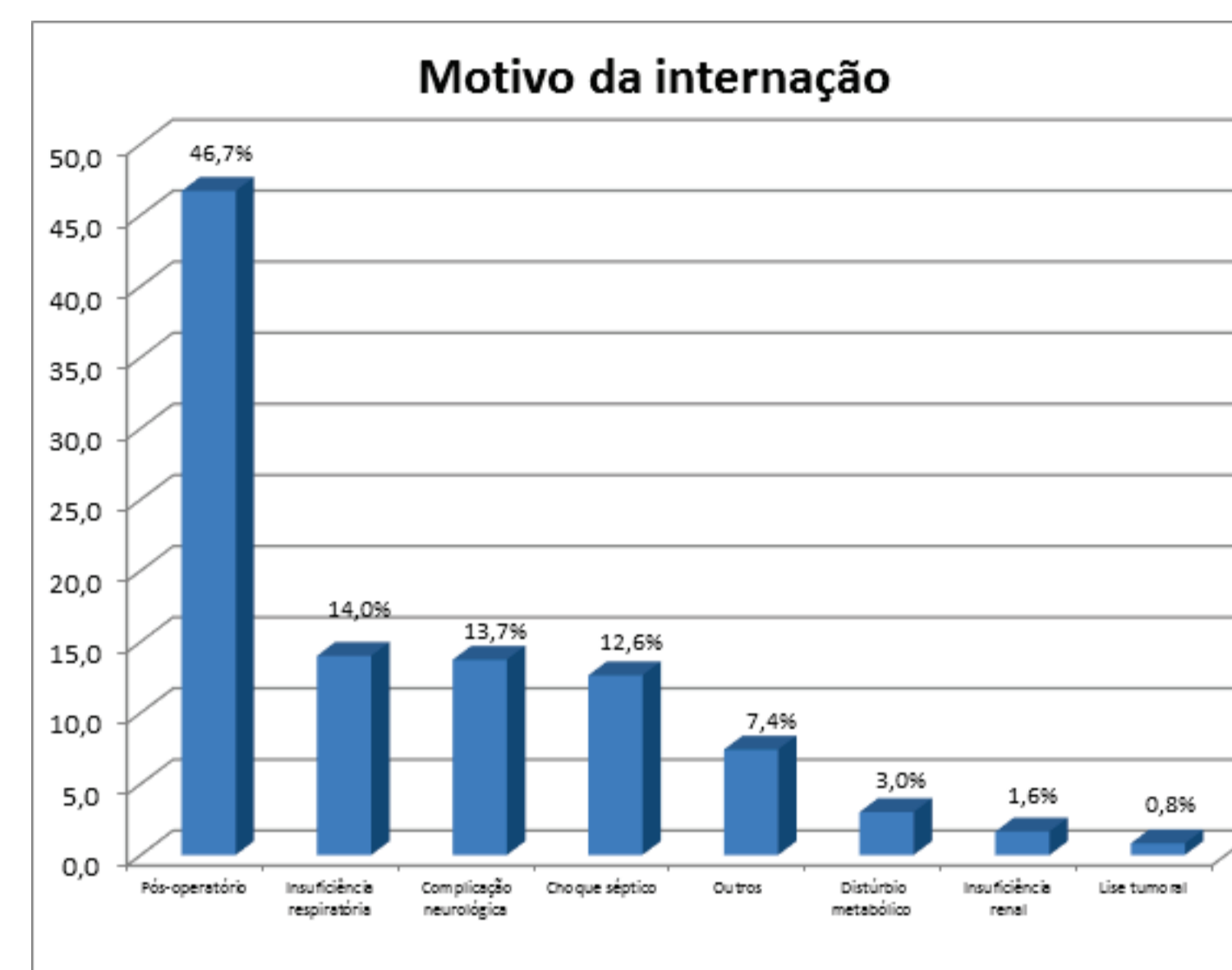
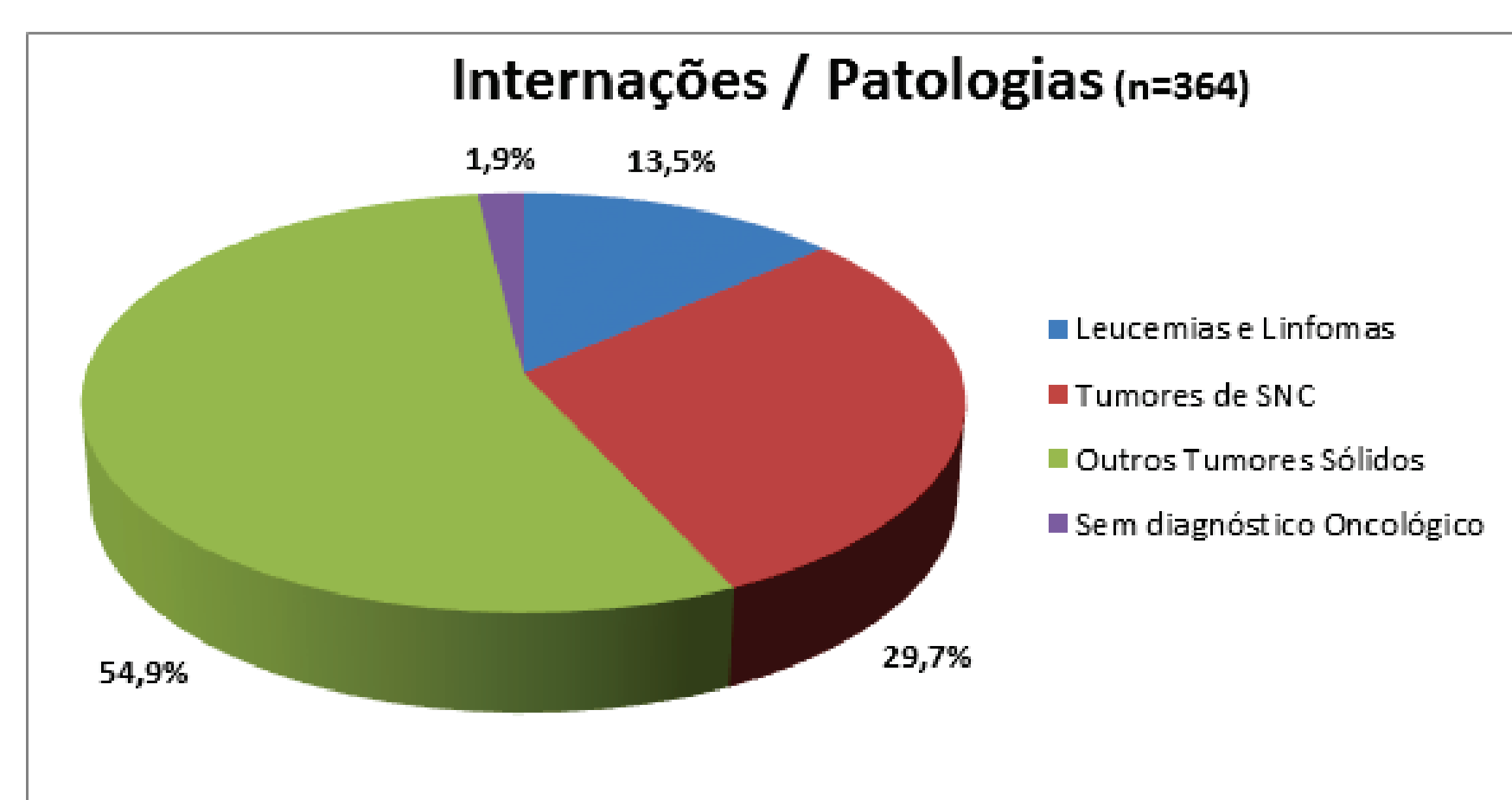
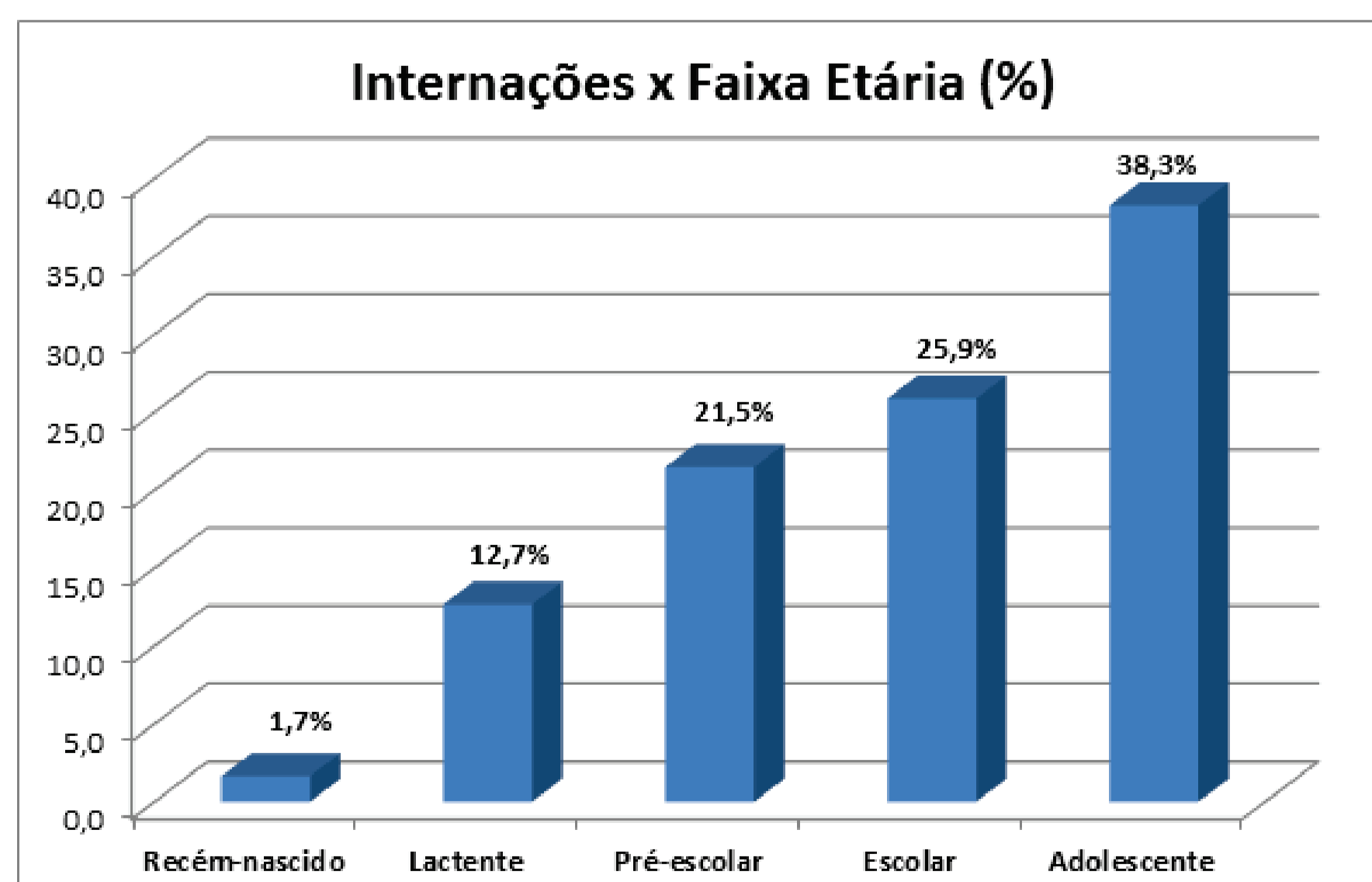
MÉTODO

Estudo de coorte retrospectivo observacional de pacientes pediátricos com câncer e idade até 18 anos, admitidos na UTIP, através do Registro Geral de pacientes da unidade, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

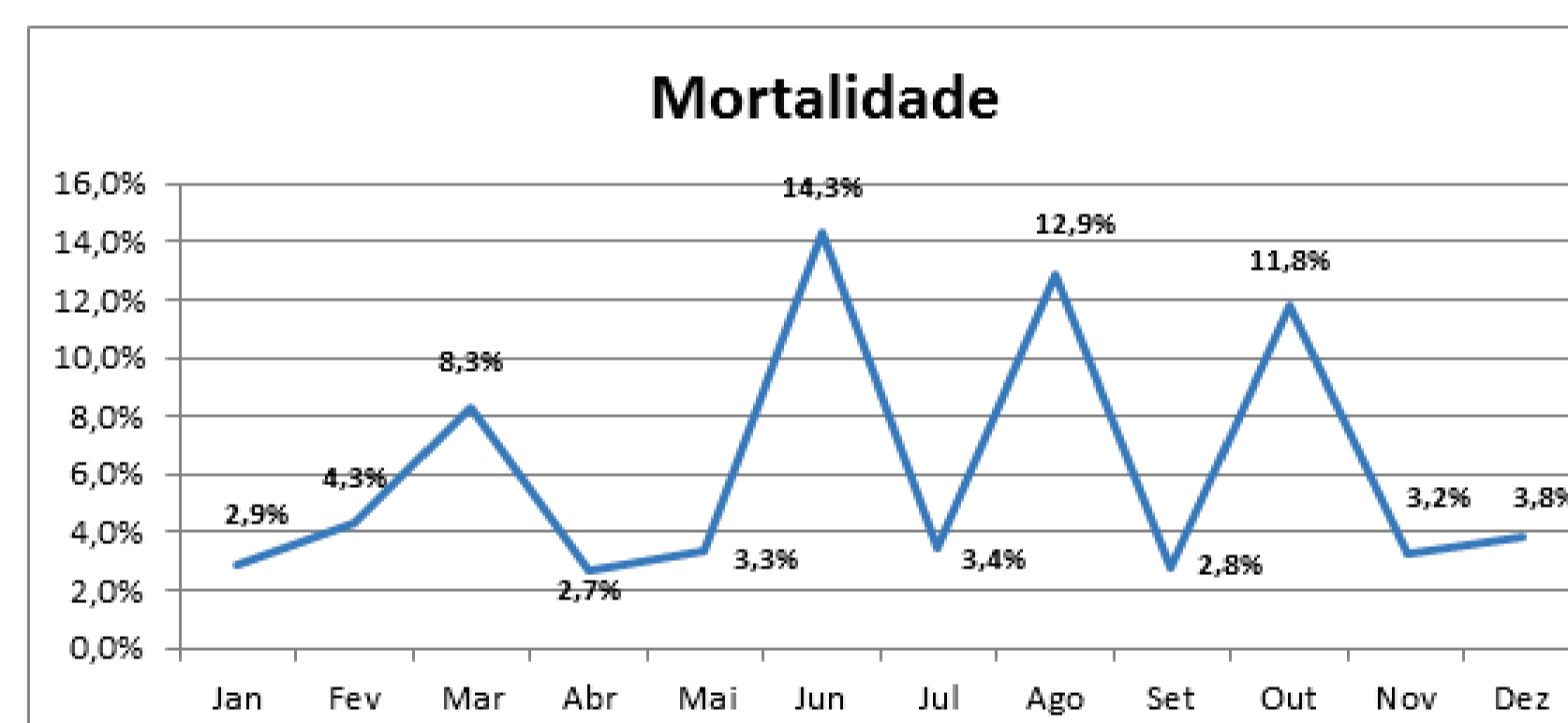
RESULTADOS

No período estudado, a instituição teve como perfil de matrícula na Pediatria, 85,7% de pacientes com tumor sólido e 14,3% de pacientes com neoplasias hematológicas. Destes, 265 crianças e adolescentes tiveram 364 admissões na UTIP, sendo 57,7% do sexo masculino e a maioria 38,3% na faixa etária de adolescentes.

- Pacientes com tumor sólido correspondeu a 84,6% e com neoplasias hematológicas 13,5% das admissões.
- Quanto ao motivo da admissão na UTIP, cuidado pós-operatório de ressecção tumoral ou biopsia foi responsável por 46,7% das admissões, seguido por insuficiência respiratória 14,0%, complicações neurológicas 13,7% e choque séptico 12,6%.
- O tempo médio de permanência do paciente clínico foi de 13 dias e do cirúrgico de sete dias, sendo que o pós-operatório de neurocirurgia teve o maior tempo de permanência de 10 dias.
- Progressão de doença foi o principal motivo do óbito 36,4%, seguido por choque séptico 31,8%.
- A taxa de mortalidade por choque séptico foi de 17,4%.
- A taxa de mortalidade global foi de 6%, incluindo apenas pacientes clínicos, a taxa de mortalidade foi de 10,3%.



Variável	Tempo de Permanência mês	
	Média	Mediana
Clínico	13,1	13,9
Cirúrgico	7,4	6,9
Global	10,4	10,2



Motivo do Óbito	Ptes (N)	(%)
Progressão de doença	8	36,4
Choque séptico	7	31,8
Complicações neurológicas	4	18,2
Outras	3	13,6
TOTAL	22	100,0

DISCUSSÃO

É notável que os pacientes desta coorte tiveram uma baixa taxa de mortalidade global, comparado com a literatura. Este resultado poderá ser explicado pelo fato do tumor sólido ser a principal doença de base e cuidados no pós-operatório ser o principal motivo da internação na UTIP, além da abordagem imediata da Medicina Intensiva Pediátrica não apenas na UTIP, mas também no setor de emergência e enfermarias. Tais fatos podem justificar o melhor resultado deste grupo de pacientes comparado aos dados da literatura mundial; que sinaliza para uma taxa de mortalidade variando de 22% a 46%.

A taxa de mortalidade por choque séptico foi elevada 17,4%, o que difere do cenário atual para taxa de mortalidade por choque séptico em crianças criticamente doentes não oncológicas, embora seja compatível com dados da literatura mundial para crianças com neoplasias.

CONCLUSÃO

Diante do melhor prognóstico para pacientes pediátricos com neoplasias nas últimas décadas, o suporte precoce da Medicina Intensiva Pediátrica mostra-se imprescindível para que estes pacientes possam superar as complicações inerentes à doença e ao seu tratamento.

Tal fato nos direciona para a busca de fatores prognósticos que poderão contribuir para a melhor abordagem destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ali AM, Sayed HA, Elzembely MM. The Outcome of Critically Ill Pediatric Cancer Patients Admitted to the Pediatric Intensive Care Unit in a Tertiary University Oncology Center in a Developing Country: A 5-Year Experience. J Pediatr Hematol Oncol. 2016; 38(5):355-359.
2. Akhtar N, Fadoo Z, Panju S, Haque A. Outcome and Prognostic Factors Seen in Pediatric Oncology Patients Admitted in PICU of a Developing Country. Indian J Pediatr. 2011;78(8):969-972
3. Hallahan AR, Shaw PJ, Rowell G, O'Connell A, Schell D, Gillis J. Improved outcomes of children with malignancy admitted to a pediatric intensive care unit. Crit Care Med. 2000 Nov;28(11):3718-21.
4. Ben Abraham R, Toren A, Ono N, Weinbroum AA, Vardi A, Barzilay Z, Paret G. Predictors of outcome in the pediatric intensive care units of children with malignancies. J Pediatr Hematol Oncol. 2002 Jan;24(1):23-6.
5. Dalton HJ, Slonim AD, Pollack MM. MultiCenter outcome of pediatric oncology patients requiring intensive care. Pediatr Hematol Oncol. 2003 Dec;20(8):643-9.