

PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE E PERFIL DO PACIENTE SÉPTICO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DO ESTADO DE GOIÁS.

Kellyane Ramos da Silva¹; Lucélia Duarte da Silva²

¹Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia. ²Coordenadora da Residência Multiprofissional da SES/GO no Hospital Estadual de Doenças Tropicais dr. Anuar Auad. kellyramos95@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A sepse é uma doença potencialmente fatal, comum em todo o mundo; sua distribuição é abrangente, englobando tanto as localidades com poucos recursos, como também áreas mais desenvolvidas¹. A sepse pode ser caracterizada pela presença de disfunção orgânica com risco à vida em decorrência da resposta sistêmica desregulada do hospedeiro à uma infecção, e se não reconhecida e tratada precocemente, pode levar ao choque séptico, falência múltipla de órgãos e ao óbito^{2,3}.

É considerada um problema de saúde mundial que afeta todas as idades, ocupando lugar entre as 10 maiores causas de morte. Estima-se cerca de 20 milhões de casos, e por volta de seis milhões de óbitos anualmente em todo o mundo^{4,1}. No Brasil, estimativas indicam a existência de aproximadamente 600 mil novos casos de sepse a cada ano.

Por manifestar-se em diferentes estágios clínicos de um mesmo processo fisiopatológico, a sepse é considerada um desafio para o profissional em decorrência de sua necessidade de reconhecimento e tratamento precoce. Assim, os profissionais devem ser capacitados para reconhecer os sinais de gravidade para que o tratamento possa ser iniciado, o que se torna um desafio amplo, não se restringindo somente a áreas como terapia intensiva e urgência/emergência². O estudo justifica-se pela necessidade de estudos que envolvam o tema, visto o elevado número de casos e óbitos, e para o incentivo de conhecimento dos profissionais da área da saúde por meio de estudos atualizados.

OBJETIVO

Caracterizar e definir o perfil do paciente séptico e descrever o processo de seguimento do protocolo de sepse institucional no tratamento a estes pacientes no período de 2018 a 2019.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação de natureza descritiva por meio de dados retrospectivos do seguimento do protocolo gerenciado de sepse, dos achados clínicos e das características do paciente séptico. O estudo foi desenvolvido por meio do levantamento dos casos confirmados de sepse e/ou choque séptico ocorridos no período de 2018 a 2019 em um Hospital de Doenças Infecciosas do estado de Goiás. As seguintes variáveis foram avaliadas: idade, sexo, critérios de SIRS, disfunção

orgânica, foco de infecção, classificação de sepse, lactato, antimicrobiano utilizado e o tempo de início da infusão, expansão volêmica, procedimentos invasivos, transferência para UTI, tempo de internação hospitalar e em UTI, desfecho, causa do óbito. Foram incluídos todos os pacientes com suspeita inicial para sepse, atendidos na instituição no período mencionado, sendo excluídos aqueles que não constavam nos bancos de dados. A amostra compreendeu 406 casos.

A coleta de dados ocorreu por meio de busca no banco de dados do Serviço de Vigilância em Saúde da instituição, que incluiu os pacientes com suspeita de sepse atendidos na instituição no período de 2018 a 2019. Os dados foram analisados por meio da ferramenta EXCEL, apresentados por meio de tabelas e gráficos. A pesquisa obedeceu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e, mediante o parecer foi iniciado a coleta de dados e o desenvolvimento das demais etapas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O protocolo de sepse institucional tem como referência as recomendações do Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), e utiliza os sinais e sintomas de SIRS - Systemic inflammatory response syndrome (Síndrome da resposta inflamatória sistêmica) e de disfunção orgânica para a detecção da suspeita da sepse, que pode ser identificada por qualquer profissional de saúde.

Em relação aos dados do perfil, o sexo masculino representou a grande maioria dos casos, com 73,4%, e em relação à idade, a faixa etária de maior ocorrência foi de 31 a 40 anos, com 28,6% dos casos, seguida pela faixa de 41-50 anos, com 24,6%, e a faixa etária de menor ocorrência foi a de 15-20 anos, com 2,0% dos casos. Em relação a classificação da sepse, na literatura⁹ foi identificado uma taxa de SIRS de 13,9%, de sepse de 39,1%, e de choque séptico 47,0%, divergindo dos valores deste estudo em se tratando de sepse/choque séptico, porém em acordo nos casos de infecção (SIRS).

A disfunção orgânica na avaliação inicial esteve presente em quase todos os casos (98,3%), assim como identificado em um estudo de 2019⁸. Nos demais casos, o protocolo foi aberto mediante sinais e sintomas de SIRS. O tempo de internação hospitalar teve uma média de 30 dias, com variação importante, de 1 a 173 dias. O tempo de internação hospitalar encontrado em um estudo¹⁰ também apresentou uma variação importante de 6 a 282 dias e uma mediana de 36,5 dias. Menos da metade dos pacientes evoluíram com transferência para UTI (44,3%).

Em relação ao foco de infecção, assim como na literatura, o foco pulmonar foi o que apresentou maior ocorrência^{9,11}, com 49,8% dos casos classificados, seguido do foco abdominal, com uma queda para 6,2% dos casos. A infecção de Corrente Sanguínea foi a que apresentou menor ocorrência, com oito dos casos classificados (2,0%), e em 0,7% foram classificados como outros. Houve um importante número de casos em que o foco não foi definido, o que representou 28,8%.

Reitera-se que focos não identificados devem ser compatíveis com prescrições de antimicrobianos de amplo espectro pela necessidade de cobertura de um amplo número de microrganismos⁵.

Quanto ao antimicrobiano utilizado, a Piperacilina + Tazobactam apresentaram maior prevalência, representando 25,6% dos antimicrobianos prescritos, seguido do Meropenem e do Ceftriaxona, com 15,3% e 15,0%, respectivamente. Esses medicamentos^{12,13,14} são considerados antimicrobianos de amplo espectro, indicados principalmente em casos onde o foco de infecção não está definido, e/ou não se conhece o microorganismo, sendo então indicados de forma empírica.

O tempo de início do antimicrobiano é fator decisivo no tratamento da sepse, e a administração do medicamento deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente na primeira hora após o reconhecimento de sepse ou choque séptico¹⁵. A recomendação do protocolo institucional também é que o mesmo seja administrado em até uma hora após a entrega da prescrição do médico para o enfermeiro, que deve registrar a data e hora que recebeu e juntamente com sua equipe, realizar a administração do medicamento com início da infusão em até 1 hora, o que ocorreu em 77,1% dos casos. Em 11,8% dos casos totais não foi possível evidenciar o tempo de início devido a falhas nos registros, e em alguns casos, o antimicrobiano não foi prescrito ou escalonado (2,5%).

A piora do quadro está relacionada, muitas vezes, à necessidade de procedimentos invasivos para manter a estabilidade hemodinâmica, assim como à necessidade de transferência para unidade de terapia intensiva. Foram quantificados os procedimentos invasivos realizados na assistência ao paciente séptico, as quais foram realizadas em 40,9% dos pacientes, nesses, a sondagem vesical de demora representou 42,2%, o acesso venoso central, 21,1%, a intubação 30,5%, e a pressão arterial invasiva, 6,3% dos procedimentos realizados. Em estudo do ano de 2020¹⁶ os procedimentos invasivos apresentaram um percentual mais elevado, sendo que a sondagem vesical de demora ocorreu em 100% dos casos, e a intubação em 64,4%.

Em relação a reavaliação de 3 ou 6 horas, recomenda-se a solicitação de alguns exames para acompanhamento da evolução, como é o caso da segunda amostra de lactato, solicitada em 46,3% dos casos, sendo que em 8,6% dos casos não foi encontrada informação acerca da solicitação, e nos demais, (45,1%), não houve solicitação. Diante do resultado da segunda amostra, em 44,6% dos resultados, houve regressão para o valor de referência, indicando resposta adequada às medidas implementadas. Em 35,5% dos casos, o valor permaneceu alterado, em 19,9% o valor inicial já se encontrava dentro dos parâmetros.

A expansão volêmica foi realizada em 72,2% dos casos no geral, e em relação aos hipotensos, em 81,1%. Os pacientes hipotensos e com de níveis de lactato duas vezes o valor de referência

possuem indicação, segundo o ILAS⁶ para reposição volêmica. Na literatura⁷, apenas 27,7% dos pacientes hipotensos receberam reposição volêmica, medidas consideradas insatisfatórias, visto que a reposição é considerada fator importante em casos de hipotensão. Apenas 46,8% dos participantes deste estudo apresentaram hipotensão.

Em relação a evolução dos casos, a maioria dos pacientes evoluiu com alta hospitalar (51,7%), porém, o quantitativo de óbitos também apresentou um resultado considerável, com 30,8% dos casos. Os demais pacientes foram transferidos ou evadiram, representando 13,4% e 4,1%, respectivamente. As causas dos óbitos em relação a sepse e choque séptico somaram 58,3%, e somente o choque séptico e sepse, 46,7% e 11,7%, respectivamente. As demais causas, e os casos não identificados ou encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbito somaram 41,7%. No Brasil, a letalidade de sepse encontrada na literatura é considerada elevada, além disso, são poucos os estudos desenvolvidos acerca do assunto no país, um destes é o Sepse Brasil¹⁷, que foi desenvolvido em várias UTIs do país e encontrou uma taxa de letalidade de 46,6%. Um outro estudo publicado em 2017¹⁰, encontrou letalidade bem próxima a essa, com taxa de 44,3%^{16,17}.

CONCLUSÃO

No geral, houve boa adesão às recomendações do protocolo de sepse institucional na assistência prestada ao paciente séptico, sendo observado um número considerável de conformidades em relação às não conformidades. A mortalidade elevada, comum em casos de sepse foi evidenciada também neste estudo, sendo importante ressaltar a necessidade de aplicação de mecanismos para que os pacientes sob o risco de desenvolver sepse possam ser identificados o mais precocemente possível, assim, possibilitando a oferta de tratamento oportuno. É importante mencionar que os protocolos gerenciados proporcionam a oportunidade de se monitorar continuamente o seguimento das recomendações institucionais por meio de indicadores de qualidade, contribuindo assim, melhora da segurança e da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Latino Americano da Sepse. Sepse: um problema de saúde pública. A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. COREN SP. 2020 dez.
2. Instituto Latino Americano para estudos da Sepse. Sepse: um problema de saúde pública /Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. CFM 2015: 90p.
3. Singer, M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M. et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-810.

4. OMS. Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis. Seventieth world health assembly. WHA70.7. May 2017. Item 12.2 29.
5. Xavier E, Andriolo B, Carneiro I, Andriolo R. Prevalência de sepse em unidade de terapia intensiva da região norte do Brasil. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 2018 mar – mai, 22(3): 07-12.
6. Instituto Latino Americano da Sepse. Implementação de protocolo gerenciado de sepse. 2018 ago.
7. Luz KS, Oliveira NA de, Monteiro LD. Mortalidade de pacientes sépticos no pronto socorro de um hospital geral na capital do estado do Tocantins e a utilização do protocolo gerenciado de sepse. *Rev enf at in derme.* 2019 88-27.
8. Santos MC, Sanches CT, Moraes UR, Albanese SP, Carrilho CM, Volpato MP, et al. Aspectos clínicos e procedência de pacientes sépticos atendidos em um hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(1):65-71.14. Zonta FNS, Velasquez PGA, Velasquez LG, Demetrio LS, Miranda D, Silva MCB.
9. Características epidemiológicas e clínicas da sepse em um hospital público do Paraná. *R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul*, 8(3):224-231, 2018. [ISSN 2238-3360].
10. Júnior EA, Dall`Stella DK, Araújo JM de, Souza ES, Schuelter-Trevisol F. Incidência de sepse nosocomial em adultos de uma unidade de terapia intensiva, Tubarão (SC), em 2013. *Arq. Catarin Med.* 2017 out-dez; 46(4):17-26.
11. Pires HFM, Pereira FC, Ribeiro MS, Silva JDG da. Sepse em unidade de terapia intensiva em um hospital público: estudo da prevalência, critérios diagnósticos, fatores de risco e mortalidade. *Braz. J. of Develop.* jul 2020 6(7):53755-53773.
12. Meropenem. Bula do medicamento tri-hidratado. Resp. técnico: Dra Ivanete A. Dias. São Paulo: Eurofarma Laboratórios SA, 2018. Bula de remédio.
13. Ceftriaxona sódica. Bula do medicamento genérico. Maria Benedita Pereira. São Paulo: Eurofarma Laboratórios SA, 2015. Bula de remédio.
14. Piperacilina sódica + Tazobactam sódico. Bula do medicamento genérico. São Paulo: Eurofarma Laboratórios SA, 2016. Bula de remédio.
15. Instituto Latino Americano da Sepse. Guia prático de terapia antimicrobiana na sepse. Edição especial. ILAS SP 2020 dez. 68p.
16. Júnior JALS, David CM, Hatum R, Souza PCSP, Japiassú A, Pinheiro CTS, et al. Sepse Brasil: estudo epidemiológico da sepse em Unidades de Terapia Intensiva brasileiras. *Rev Bras Ter Intens.* 2006 jan-mar; 18(1): 9-17.
17. Machado FR, Cavalcanti AB, Bozza FA, Ferreira EM, Carrara FSA, Sousa JL. et al. The epidemiology of sepsis in Brazilian intensive care units (the Sepsis PREvalence Assessment Database, SPREAD): an observational study. *Lancet Infect Dis* 2017. August 17, 2017. S1473-3099(17)30322-5.