

Prevalência e fatores associados ao continuum da sepse em unidade de terapia intensiva adulto

Prevalence and factors associated with the sepsis continuum in an adult intensive care unit

Caroline Monteiro Bittencourt¹ 
Josefine Busanello² 
Lucas Pitrez Mocellin³ 

Ana Paula de Lima Escobal⁴ 
Raquel Potter Garcia⁵ 
Deisy Mello de Pinto⁶ 

¹Autora para correspondência. Universidade Federal do Pampa (Bagé). Rio Grande do Sul. Brasil. carolcaroline.mb@hotmail.com

²⁻⁶Universidade Federal do Pampa (Bagé). Rio Grande do Sul. Brasil

RESUMO | OBJETIVO: Verificar a prevalência de infecção, sepse e choque séptico e fatores associados a estes agravos em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI) adulto de um hospital do interior do Brasil. **MÉTODOS E MATERIAIS:** Estudo de corte transversal, retrospectivo e documental, em UTI Adulto do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Amostra de 259 prontuários no período de 2016 a 2018. Coleta de dados através de instrumento estruturado e análise descritiva e multivariável. **RESULTADOS:** Evidenciou-se que 19,3% dos pacientes apresentaram infecção, 17% sepse e 10,8% choque séptico. Maioria mulheres (59,1%), entre 51 a 64 anos (27,3%), com hipertensão (36,4%) e diabetes (26,1%). 96,6% receberam antibioticoterapia, porém apenas 50% coletaram culturas. **CONCLUSÕES:** A prevalência do continuum da sepse na UTI foi 33,9%; e os fatores associados são a utilização de sonda enteral, cateter venoso central, ventilação mecânica e especialidades de cardiologia e pneumologia.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções. Sepse. Choque Séptico. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermagem.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To verify the prevalence of infection, sepsis and septic shock and factors associated with these conditions in patients admitted to an Adult ICU of a hospital in the interior of Brazil. **METHODS AND MATERIALS:** Cross-sectional, retrospective and documentary study, in an Adult ICU in the interior of Rio Grande do Sul, Brazil. Sample of 259 medical records from 2016 to 2018. Data collection using a structured instrument and descriptive and multivariable analyses. **RESULTS:** It was shown that 19.3% of patients had infection, 17% had sepsis and 10.8% had septic shock. Most women (59.1%), between 51 and 64 years old (27.3%), with hypertension (36.4%) and diabetes (26.1%). 96.6% received antibiotic therapy, but only 50% collected cultures. **CONCLUSIONS:** The prevalence of the sepsis continuum in the ICU was 33.9%; and the associated factors are the use of enteral tubes, central venous catheters, mechanical ventilation and cardiology and pulmonology specialties.

KEYWORDS: Infections. Sepsis. Septic Shock. Intensive Care Units. Septic Shock. Nursing.

1. Introdução

A sepse é uma disfunção orgânica com risco de morte causada por uma resposta desregulada do organismo à uma infecção, podendo ainda evoluir para choque séptico. Infecções podem ser causadas por bactérias, vírus, fungos ou protozoários, e qualquer infecção pode evoluir para sepse. Quando a sepse não é brevemente diagnosticada e tratada pode evoluir para choque séptico, com hipotensão persistente à reposição volêmica (pressão arterial média \leq 65mmHg) e com necessidade de vasopressores. Logo, trata-se de um continuum representado pela evolução e agravamento de um quadro clínico.¹

O diagnóstico da sepse está atrelado à avaliação de disfunções orgânicas a partir do escore *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA), que avalia as funções cardiovascular, neurológica, respiratória, renal, hepática e coagulativa. Esses conceitos foram atualizados em 2016, considerando que os critérios da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) passam a não ser mais requeridos para o diagnóstico de sepse, pois nem sempre é clara a presença de foco infeccioso e a SRIS pode ser secundária a politrauma ou cirurgias de grande porte.¹

A incidência mundial de sepse tem aumentado ao longo dos anos. Nos Estados Unidos a sepse afeta cerca de 1,5 milhão de indivíduos por ano, levando à morte cerca de 250.000.² No Brasil, ocorrem aproximadamente 600 mil casos de sepse por ano.³ Os dados nacionais disponíveis apontam para uma elevada letalidade, principalmente em hospitais públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, os dados são apenas estimativas, pois não há um controle epidemiológico para o monitoramento dos casos de sepse no país. Uma pesquisa de prevalência, de um só dia, que teve como cenário cerca de 230 Unidade de Terapia Intensiva (UTI) brasileiras selecionadas aleatoriamente, evidenciou que 30% dos leitos estão ocupados por pacientes com sepse ou choque séptico.¹

Um estudo evidenciou que, em UTI, a sepse atinge 29,5% dos pacientes, sendo que 18,0% possuem tal diagnóstico já na admissão nesta unidade. Nas UTIs da América do Norte, essa taxa é de 20,1%, nas UTIs da América do Sul 30,5% e, nas UTIs europeias, 30,8%. A mortalidade nessas unidades é de aproximadamente 12,1% em pacientes sem sepse, 25,8%

em pacientes com sepse e 34,6% em pacientes com choque séptico.⁴

O custo da sepse também é uma questão importante, sendo estimado em aproximadamente 20 bilhões de dólares ao ano, e podendo variar com base na etiologia, em que o custo da sepse adquirida no hospital é aproximadamente 30 mil dólares mais alto que a adquirida na comunidade. O dispêndio geral da sepse reflete não somente a internação inicial, mas também o uso de recursos de saúde pós alta hospitalar e reinternações.² Ainda, no Brasil, uma avaliação estimou que os custos para o tratamento da sepse equivalem a US\$9,6 mil por paciente.¹

Outra questão é a heterogeneidade na incidência e na mortalidade por sepse nos diversos locais estudados, demonstrando que este é um problema contexto-dependente, variando de acordo com os recursos locais para prevenir, identificar e/ou tratá-lo.⁵ Nesse sentido, há premência em melhorias das estratégias mundiais e locais de prevenção e controle de infecções, bem como das abordagens diagnósticas precoces e tratamento adequado para prevenir prognósticos desfavoráveis⁶, levando em consideração cada contexto.⁵

Especialmente, no que se refere a esta problemática na UTI, no Brasil há escassez de leitos, que contribui para a internação e acesso tardio do paciente ao recurso e tratamento intensivo, o que amplia os riscos de evolução da sepse para choque séptico em pacientes com infecções comunitárias e comorbidades. Ademais, destaca-se que a sepse também é causa secundária de infecções associadas à assistência em saúde, tendo a UTI como o principal cenário para o desenvolvimento dessas infecções, pois os pacientes são submetidos a inúmeros procedimentos e aos dispositivos invasivos. O uso de cateteres gástricos, vesicais, venosos e arteriais, os drenos, as infusões contínuas, as restrições nutricionais, a ventilação mecânica, entre outros procedimentos terapêuticos e diagnósticos, se constituem como fatores de risco para o desenvolvimento do continuum da sepse na UTI.^{1,7,8}

Com os resultados deste estudo espera-se contribuir com a instituição envolvida e com as demais na incitação de reconhecimento dos riscos de sepse apresentados pelos pacientes e também no planejamento de ações de vigilância, prevenção e

controle de infecções, visando aumentar a segurança do paciente crítico. Assim, considerando o continuum da sepse, este estudo tem por objetivo verificar a prevalência de infecção, sepse e choque séptico e fatores associados a estes agravos em pacientes internados em uma UTI Adulto de um hospital do interior do Brasil.

2. Método

O presente estudo faz parte de uma pesquisa matricial intitulada "Perfil clínico e social dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital da Fronteira Oeste do RS", desenvolvido na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Trata-se de um estudo de corte transversal, retrospectivo e documental, conduzido em uma UTI Adulto do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. A unidade dispõe de dez leitos para assistência ao paciente adulto em situações críticas de saúde, e uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas da instituição, além dos residentes de urgência e emergência dessas áreas profissionais e também de nutrição e de farmácia.

O período de estudo compreendeu os anos de 2016 a 2018, que teve ao total 419 pacientes internados. A escolha do período do estudo deve-se a atualização dos conceitos que envolvem o continuum da sepse e critérios para diagnóstico, publicados em 2016.¹ Baseando-se na proporção de 30% de pacientes com sepse em UTIs⁴, erro padrão de 5% e nível de confiança de 99%, o tamanho amostral foi de 257 prontuários, optou-se por utilizar 259 prontuários que compõem o banco de dados da pesquisa matricial.

Foram incluídos os prontuários de pacientes que possuíam idade igual ou superior a 18 anos e um período de internação superior a 24 horas na UTI. Sendo excluídos os prontuários que não apresentavam completude dos dados pertinentes às variáveis utilizadas nessa pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2019 através de um instrumento estruturado cujas variáveis utilizadas foram: características sociais, comorbidades, fatores de risco, especialidade médica, uso de ventilação mecânica, uso de sedação, uso de dispositivos invasivos, diagnóstico de infecção, de sepse e de choque séptico em prontuário, coleta de culturas, antibioticoterapia, tempo de internação e desfecho clínico.

Os dados obtidos foram organizados em planilha de Excel® 2019 e analisados com o software Statistical Package for Social Sciences® (SPSS) versão 20.0. Primeiramente, foram realizadas análises descritivas, utilizando distribuição de frequências. Para análise multivariável, foi aplicado um modelo de regressão logística avaliando os fatores associados à sepse, no qual foram incluídas variáveis que apresentaram valor de Razão de Prevalência (OP) menor ou igual a 0,1 e Intervalo de Confiança (IC) de 95%.

Foram respeitados os preceitos éticos determinados pelo Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, sob o parecer nº 3.404.096 e CAAE: 12237519.4.0000.5323. Ademais, destaca-se que na aprovação do projeto, o CEP deliberou pela dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando que os dados foram acessados no prontuário do paciente.

3. Resultados

De um total de 259 prontuários de pacientes admitidos entre 2016 e 2018 na UTI adulto, 88 (33,9%) tiveram diagnóstico de infecção e/ou sepse e/ou choque séptico durante a internação. Sendo que 19,3% foram diagnosticados com infecção, 17% com sepse e 10,8% com choque séptico, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1. Pacientes internados com continuum da sepse em UTI adulto entre 2016 e 2018. Uruguaiiana, RS, Brasil, 2019 (N=259)

Diagnóstico médico	N	%
Infecção		
Sim	50	19,3
Não	209	80,7
Sepse		
Sim	44	17
Não	215	83
Choque séptico		
Sim	28	10,8
Não	231	89,2

Fonte: os autores (2019).

Dos 88 pacientes com diagnóstico de infecção e/ou sepse e/ou choque séptico, a maioria era do sexo feminino (59,1%), pertencente à faixa etária de 51 a 64 anos (27,3%), da cor branca (73,9%), com ensino fundamental completo (58%). A maioria era da religião católica (53,4%), era solteiro, divorciado ou viúvo (58%). Quanto à naturalidade, 78,4% pertenciam ao município sede e o restante era de outros municípios da região que foram referenciados para a UTI estudada.

Tabela 2. Caracterização dos pacientes internados com diagnóstico de infecção e/ou sepse e/ou choque séptico em UTI Adulto entre 2016 e 2018. Uruguaiiana, RS, Brasil, 2019 (N=88)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	52	59,1
Masculino	36	40,9
Faixa etária		
Até 51 anos	22	25
De 51 a 64 anos	24	27,3
De 64 a 73 anos	20	22,7
Acima de 73 anos	22	25
Cor		
Branca	65	73,9
Preta	3	3,4
Outras	20	22,7
Estado civil		
Casado ou união estável	29	33
Solteiro, divorciado ou Viúvo.	51	58
Escolaridade		
Analfabeto	4	4,5
Ensino fundamental completo	51	58
Ensino médio incompleto	1	1,1
Ensino médio completo	20	22,7
Ensino superior completo	2	2,3
Dado não registrado	10	11,3
Religião		
Evangélica	18	20,5
Católica	47	53,4
Espírita	1	1,1
Dado não registrado	11	12,5
Dado ilegível	11	12,5
Município de origem		
Uruguaiiana	69	78,4
Outros	19	21,6

Fonte: os autores (2019).

A tabela 3 dispõe sobre as comorbidades, procedimentos e dispositivos invasivos, que são fatores de risco para infecção. Sendo que as comorbidades mais prevalentes nos pacientes com diagnóstico de infecção e/ou sepse e/ou choque séptico foram hipertensão arterial (HAS) (36,4%) e diabetes mellitus (DM) (26,1%) e, os dispositivos invasivos mais utilizados nesse grupo foram: sonda vesical de demora, cateter venoso periférico, tubo orotraqueal, ventilação mecânica invasiva, sonda gástrica, cateter venoso central, sonda entérica.

Tabela 3. Comorbidades e dispositivos invasivos utilizados pelos pacientes com diagnóstico de infecção e/ou sepse e/ou choque séptico em UTI Adulto entre 2016 e 2018. Uruguaiana, RS, Brasil, 2019 (n=88)

Comorbidades	n	%	Dispositivos invasivos	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	32	36,4	Sonda vesical de demora	79	89,8
Diabetes Mellitus	23	26,1	Cateter venoso periférico	77	87,5
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	14	15,9	Tubeo orotraqueal	68	77,3
Insuficiência cardíaca	11	12,5	Ventilação mecânica invasiva	58	65,9
Acidente vascular encefálico	7	8	Sonda gástrica	57	64,8
Insuficiência Renal Crônica	7	8	Cateter venoso central	47	53,4
Insuficiência renal aguda	5	5,7	Sonda entérica	44	50
Câncer	5	5,7	Traqueostomia	8	9,1
Imunodeficiência Humana Adquirida	4	4,5	Dreno de tórax	4	4,5
Tuberculose	3	3,4	Sonda vesical de alívio	2	2,3
-	-	-	Dreno ventricular externo	1	1,1

Fonte: os autores (2019).

Referente à natureza das internações caracterizadas pela especialidade médica, 44,3% (N=88) foram da pneumologia. Em relação ao tempo de internação na UTI, a maioria permaneceu por curto período de até dois dias (44,3%).

Quanto aos mecanismos de controle de infecção, foram considerados a coleta de cultura de qualquer sítio e o uso de antibioticoterapia. Sendo que 96,6% dos pacientes receberam antibioticoterapia, porém apenas 50% fizeram algum tipo de cultura. Tais dados constam na Tabela 4.

Tabela 4. Variáveis clínicas dos pacientes internados com diagnóstico de infecção e/ou sepse e/ou choque séptico em UTI Adulto entre 2016 e 2018. Uruguaiana, RS, Brasil, 2019 (n=88)

Variáveis	n	%
Especialidade		
Pneumologia	39	44,3
Neurologia	11	12,5
Cardiologia	10	11,4
Renal	7	8
Gastrologia	6	6,8
Oncologia	4	4,5
Outros	11	12,5
Dias de internação		
Até 2 dias	39	44,3
De 2 a 4 dias	8	9,1
De 4 a 9 dias	25	28,4
Acima de 9 dias	16	18,2
Coleta de cultura		
Sim	44	50
Não	44	50
Antibioticoterapia		
Sim	85	96,6
Não	3	3,4

Fonte: os autores (2019).

Considerando o continuum da sepse (infecção/sepse/choque séptico) e controlando para todos os fatores incluídos no modelo, a análise multivariada demonstrou associação estatisticamente significativa para as variáveis: sonda entérica (RP=1,82 IC95% 1,27 – 2,59) e cateter venoso central (RP=1,51 IC95% 1,01 – 2,26). Observando-se maior risco para os indivíduos que fizeram uso destes dispositivos (Tabela 5).

A ventilação mecânica também se mostrou associada ao desfecho referido (RP=0,64 IC95% 0,44 – 0,92), porém, indicando menor risco para quem utilizou tal recurso.

As especialidades de cardiologia (RP=1,26 IC95% 1,02 – 5,00), pneumologia (RP=2,66 IC95% 1,43 – 4,92) e outra (RP=2,52 IC95% 1,34 – 4,75) indicaram maior risco para o desfecho do que a Neurologia, observando-se significância estatística.

Tabela 5. Fatores associados ao continuum da sepse em pacientes internados em UTI Adulto entre 2016 e 2018. Uruguaiana, RS, Brasil, 2019 (n=88)

Fatores de risco	Univariada			Multivariada		
	RP	IC (95%)		RP	IC (95%)	
		limite mínimo	limite máximo		limite mínimo	limite máximo
Faixa etária (anos)						
≥73 anos	1,10	0,69	1,76	1,05	0,63	1,75
64 a 73 anos	0,96	0,58	1,59	1,04	0,60	1,82
51 a 64 anos	1,06	0,65	1,72	1,16	0,70	1,92
<51 anos	1,00	-	-	1,00	-	-
Escolaridade						
Ens. fund. completo	0,84	0,57	1,24	0,85	0,58	1,23
Acima de ens. fund. Completo	1,00	-	-	1,00	-	-
Dispositivos invasivos						
Sonda entérica						
Utilizou	2,01*	1,45	2,79	1,82*	1,27	2,59
Não utilizou	1,00	-	-	1,00	-	-
Cateter venoso central						
Utilizou	1,79*	1,28	2,51	1,51*	1,01	2,26
Não utilizou	1,00	-	-	1,00	-	-
Cateter venoso periférico						
Utilizou	1,47	0,85	2,54	1,71	0,95	3,08
Não utilizou	1,00	-	-	1,00	-	-
Ventilação mecânica						
Utilizou	0,51*	0,37	0,70	0,64*	0,44	0,92
Não utilizou	1,00	-	-	1,00	-	-
Dias de internação						
Menos de 2 dias	1,76*	1,09	2,84	1,43	0,89	2,28
De 2 a 4 dias	0,53	0,24	1,13	0,50	0,24	1,05
De 4 a 9 dias	1,59	0,95	2,66	1,26	0,75	2,12
9 dias ou mais	1,00	-	-	1,00	-	-
Especialidade						
Cardiologia	2,31*	1,09	4,93	2,26*	1,02	5,00
Pneumologia	4,19*	2,33	7,57	2,66*	1,43	4,92
Neurologia	1,00	-	-	1,00	-	-
Escore de comorbidades						
Um	0,89	0,57	1,38	0,75	0,45	1,25
Dois	0,79	0,49	1,29	0,77	0,51	1,18
Três ou mais	1,02	0,64	1,65	1,01	0,63	1,64
Zero	1,00	-	-	1,00	-	-
Escore de doenças agudas						
Um ou dois	1,57*	1,05	2,35	1,08	0,67	1,72
Zero	1,00	-	-	1,00	-	-

Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; *Resultados estatisticamente significativos. Fonte: os autores (2019).

4. Discussão

Os procedimentos e dispositivos invasivos são os principais fatores associados ao desenvolvimento do continuum da sepse na UTI.¹⁻⁶ Especialmente no presente estudo, o uso de sonda entérica e de cateter venoso central foram identificados como fatores de risco para o desenvolvimento dessas complicações. Ainda, pacientes com comprometimentos clínicos que envolvem as especialidades de pneumologia e cardiologia, também são mais suscetíveis a sepse e choque séptico, pois apresentam comprometimentos clínicos que intensificam a resposta inflamatória sistêmica.^{2,3}

Estudos indicam, enquanto medida preventiva às infecções relacionadas à assistência à saúde, a utilização de dispositivos invasivos pelo menor tempo possível, a fim de evitar complicações infecciosas.^{7,8} O uso e a manipulação do cateter venoso central estão associados à infecção de corrente sanguínea, causa primária da sepse e com prevalência significativa nas UTIs. Da mesma forma, o uso de sonda entérica pode acarretar infecções do trato gastrointestinal, aos quais os pacientes críticos estão suscetíveis. A pneumonia associada à ventilação mecânica também é uma complicação rotineira nas UTIs, precursora de sepse e de choque séptico entre os pacientes internados nestas unidades.¹⁻³

A infecção, a sepse e o choque séptico prevaleceram em quase 40% dos pacientes no presente estudo. Apesar de ser uma problemática latente nas UTIs, ainda observa-se o subdiagnóstico dessas complicações, o que retarda o tratamento e amplia as taxas de mortalidade. Ainda, considerando a atualização dos conceitos e dos critérios para diagnóstico publicadas em 2016¹, vale salientar que até o momento, são poucos os estudos que trazem as definições atuais de infecção, sepse e choque séptico, o que dificulta a pesquisa e a discussão acerca do tema.⁶

Nesse sentido, retificamos as definições utilizadas por estudo anterior a fim de permitir comparação de resultados. Anteriormente, observou-se que 23,1% dos pacientes internados em UTI tiveram infecção, 13,6% sepse e 48,5% choque séptico, enquanto os achados da presente pesquisa apontaram que a maioria teve infecção (19,3%), seguido de sepse (17%) e choque séptico (10,8%). No entanto, devido a considerar apenas o diagnóstico médico explícito e escrito em prontuário, desconsiderando os registros e evoluções de enfermagem por exemplo, existe a possibilidade de subestimar a carga real do continuum da sepse.⁵

A literatura corrobora que o sexo feminino é mais acometido pelo continuum da sepse³⁻⁵, e também demonstrou aproximação da faixa etária apontada pelo presente estudo (51 e 64 anos).³

Comorbidades, principalmente diabetes mellitus e hipertensão arterial, estão presentes na maioria dos pacientes com sepse⁷, ainda assim não houve associação entre presença de comorbidades e sepse. Além disso, os procedimentos e dispositivos invasivos estão associados à ocorrência de infecções

relacionadas à saúde (IRAS), sendo que elas aumentam 2,6 vezes a chance de pacientes evoluírem para óbito em UTI.⁸ Inclusive, recentemente durante a pandemia da COVID-19, também ficou evidente que os pacientes são suscetíveis à infecções secundárias devido a procedimentos e dispositivos invasivos necessários ao tratamento de doenças complexas e graves, que configuram a rotina clínica das UTIs.⁹

Enquanto este estudo apontou que a maioria dos pacientes com sepse tiveram um tempo de internação na UTI de até dois dias, a literatura traz um tempo médio de 11,7 dias de permanência na UTI.⁷ Nesse sentido, é importante enfatizar que os pacientes admitidos no cenário desta pesquisa, muitas vezes chegam em estado grave, com quadros irreversíveis, o que incorre em alta taxa de mortalidade e consequentemente, pouco tempo de internação. A utilização do escore SOFA seria uma alternativa tanto para identificar sepse no paciente crítico já internado em UTI, quanto para prever mortalidade, e o escore QuickSOFA ou qSOFA seria uma ferramenta de auxílio para considerar a possibilidade de sepse fora da UTI, em pronto socorro, por exemplo, a fim de otimizar o tempo de ação dos profissionais de saúde.¹⁰

Uma vez identificado um paciente com infecção suspeita de sepse, deve-se coletar exames laboratoriais e cultura pertinente ao foco infeccioso suspeito, iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e depois adequar o tratamento conforme indicado para o patógeno identificado. Indo de encontro ao preconizado, observou-se que enquanto 96,6% dos pacientes receberam antibioticoterapia, apenas 50% teve coleta de algum tipo de cultura, levando a inferir que alguns pacientes podem ter recebido tratamento equivocado.¹

Para reduzir as altas taxas de incidência e de mortalidade por sepse são necessárias estratégias a nível global, nacional e regional, como investimento em políticas de saúde pública para evitar infecções comunitárias, ações institucionais que reduzam infecções nosocomiais, ao exemplo da lavagem das mãos⁵, e utilização de protocolos que abordem nas instituições o diagnóstico precoce e tratamento adequado.⁶

Além disso, o conhecimento da população em geral acerca da sepse ainda é baixo e está diretamente relacionado com o nível de escolaridade e renda. Apenas 64,2% conhecem a definição correta de sepse. A grande maioria (90%) relaciona a nomenclatura “infecção generalizada” com um quadro infeccioso grave.¹¹

Tal déficit no acesso à informação também é constatado entre os profissionais de saúde, sendo que apenas 66,5% conhecem o termo sepse¹¹, e a enfermagem tem papel fundamental no reconhecimento da sepse visto que é responsável pelo cuidado direto e ininterrupto ao paciente.¹² Logo, esses dados demonstram que também há necessidade de implementação de ações educativas que permitam a identificação e intervenção precoces.¹¹

Apesar da relevância dos achados, nosso estudo teve limitações quanto a não distinção de sepse comunitária e nosocomial, bem como a falta do escore SOFA para diagnóstico de sepse dos pacientes internados. A análise documental dos prontuários também pode gerar viés, tendo em vista que tal técnica de coleta de dados depende da qualidade dos registros dos profissionais atuantes na assistência dos pacientes.

5. Conclusões

Observou-se uma prevalência de 33,9% do espectro contínuo da sepse na UTI em questão. Estando associados a este desfecho a utilização de sonda entérica, cateter venoso central, ventilação mecânica e especialidades de cardiologia e pneumologia. Assim, com os resultados deste estudo, espera-se contribuir com a instituição envolvida e com as demais na incitação de reconhecimento dos riscos de sepse apresentados pelos pacientes e também no planejamento de ações de vigilância, prevenção e controle de infecções, visando aumentar a segurança do paciente crítico.

As ações para o controle do contínuo da sepse estão relacionadas à implementação de protocolos para a prevenção de infecção, a partir da instituição da cultura de segurança e boas práticas em saúde. Da mesma forma, os protocolos são necessários para o monitoramento das infecções, com o controle das medidas diagnósticas, a partir de exames culturais com antibiograma, a utilização racional de antibióticos e a aplicação dos pacotes de cuidados para evitar disfunções orgânicas, evolução para choque séptico e sobrevida dos pacientes na UTI.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Enfermagem Contemporânea é indexada no [DOAJ](#) e no [EBSCO](#).



Referências

1. Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS). Implementação de protocolo gerenciado de sepse. Protocolo clínico. Atendimento ao paciente adulto com sepse/choque séptico. São Paulo; 2018. Disponível em: <https://ilas.org.br/wp-content/uploads/2022/02/protocolo-de-tratamento.pdf>
2. Hajj J, Blaine N, Salavaci J, Jacoby D. The "Centrality of Sepsis": A Review on Incidence, Mortality, and Cost of Care. *Healthcare*. 2018;6(3):90. <https://doi.org/10.3390/healthcare6030090>
3. Westphal GA, Pereira AB, Fachin SM, Barreto ACC, Bornschein ACGJ, Caldeira Filho M, et al. Características e desfechos de pacientes com sepse adquirida na comunidade e no hospital. *Rev bras ter intensiva*. 2019;31(1):71-8. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190013>
4. Sakr Y, Jaschinski U, Wittebole X, Szakmany T, Lipman J, Namendys-Silva SA, et al. Sepsis in Intensive Care Unit Patients: Worldwide Data From the Intensive Care over Nations Audit. *Open Forum Infect Dis*. 2018;5(12):ofy313. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofy313>

5. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020;395(10219):200-11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7)
6. Markwart R, Saito H, Harder T, Tomczyk S, Cassini A, Fleischmann-Struzek C, et al. Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2020;46(8):1536-51. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06106-2>
7. Neira RAQ, Hamacher S, Japiassú AM. Epidemiology of sepsis in Brazil: Incidence, lethality, costs, and other indicators for Brazilian Unified Health System hospitalizations from 2006 to 2015. *PLOS ONE*. 2018;13(4):e0195873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195873>
8. Silva FMSF, Nascimento MEB, Laurindo ACA, Ferreira JAB, Lima NL, Gois TS, et al. Cuidados em terapia intensiva e desenvolvimento de protocolos para sepse. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024;6(3):1563-7. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p1563-1573>
9. Zhang H, Zhang Y, Wu J, Li Y, Zhou X, Li X, et al. Risks and features of secondary infections in severe and critical ill COVID-19 patients. *Emerging Microbes & Infections*. 2020;9(1):1958-64. <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1812437>
10. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of clinical criteria for sepsis for the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):762-74. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0288>
11. Moretti MMS, Urbanetto JS, Nascimento AP, Rodrigues AG, Silva DR, Ramos T, et al. Sepse e IAM: conhecimento da população frequentadora de parques e acompanhantes de pacientes. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180299. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180299>
12. Filho CAL, Marinho CMM, Santos MDP. Fatores de risco em pacientes com sepse em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *REAS*. 2018;19:e208. <https://doi.org/10.25248/reas.e208.2019>