

Resumo: O objetivo foi identificar os tipos de focos de sepse mais frequentes em pacientes que foram á óbito, e a doença base no momento de sua internação. O estudo analisou retrospectivamente o tipo de foco de sepse descrito na declaração de óbito e comparou com a doença de entrada dos pacientes, a amostra foi composta por prontuários e declarações de óbito do período de janeiro a março de 2018. Evidenciou-se que a maioria dos pacientes era do sexo masculino com idade superior a 60 anos, o foco mais encontrado foi o pulmonar, a intubação orotraqueal foi o procedimento invasivo mais utilizado. As doenças pulmonares foram as que mais apareceram como diagnostico de internação, seguidas pelos quadros de sepse já estabelecidos, o que pode ser justificado por pacientes com histórico de reinternação. Através da identificação da doença base e do tipo de sepse é possível apontar a necessidade da caracterização precoce dos mesmos.

Descritores: Sepse, Óbito, Mortalidade.

Characterization of severe occurs in a safe department of the State of São Paulo

Abstract: The objective was to identify the most frequent types of sepsis in patients who died and the disease at the time of hospitalization. The present study analyzed retrospectively the type of sepsis outbreak described in the death certificate and compared with the patients' entry disease, the sample was composed of medical records and death certificates from January to March 2018. This research showed that the majority of patients were male over 60 years of age, the most common focus was the pulmonary, orotracheal intubation, the most frequently used invasive procedure. Pulmonary diseases were the ones that appeared the most as a diagnosis of hospitalization, followed by established sepsis, which can be justified by patients with a history of rehospitalization. Through the identification of the underlying disease and the type of sepsis, it is possible to point out the necessity of the early characterization of the same.

Descriptors: Sepsis, Death, Mortality.

Caracterizacion de muertes resulting de sepsis en un Estado de São Paulo

Resumen: El objetivo fue identificar los tipos más frecuentes de brotes de sepsis en pacientes fallecidos y la enfermedad subyacente en el momento de la hospitalización. El estudio analizó retrospectivamente el tipo de brote de sepsis descrito en el certificado de defunción y lo comparó con la enfermedad entrante de los pacientes. La muestra consistió en registros médicos y certificados de defunción de enero a marzo de 2018. Se descubrió que la mayoría La mayoría de los pacientes eran hombres mayores de 60 años, y el foco más común era la intubación orotraqueal pulmonar, que era el procedimiento invasivo más utilizado. Las enfermedades pulmonares fueron los diagnósticos más frecuentes de hospitalización, seguidos de sepsis establecida, que puede estar justificada por pacientes con antecedentes de reingreso. Al identificar la enfermedad subyacente y el tipo de sepsis, es posible señalar la necesidad de su caracterización temprana.

Descriptorios: Sepsis, Muerte, Mortalidad.

Rosangela Malderran

Enfermeira Residente em Emergências
Clínicas e Trauma.
E-mail: romalderran@hotmail.com

Camila Kirdeikas Rodrigues

Enfermeira Residente em Urgências e
Emergências.
E-mail: cakirdeikas@hotmail.com

Yara Juliano Novo

Profa. Dra. do Curso de Pós Graduação da
UNISA.
E-mail: yjuliano@prof.unisa.br

Submissão: 11/01/2019
Aprovação: 07/10/2019

Como citar este artigo:

Malderran R, Rodrigues CK, Novo YJ. Caracterização dos óbitos decorrentes de sepse em um pronto socorro do Estado de São Paulo. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(28):9-18.

Introdução

No ano de 2016 foi publicada pelo The Journal of the American Medical Association (JAMA), uma atualização realizada pela Society of Critical Care Medicine (SCCM) e pela European Society of Critical Care Medicine (ESICM) com os novos conceitos de sepse, definidos como Sepsis 3. Segundo a publicação, a sepse ocorre quando o organismo responde de forma desregulada, levando a uma disfunção orgânica que ameaça a vida. Nessa nova atualização o termo sepse grave entra em desuso, uma vez que toda sepse deve ser considerada grave. É importante salientar que a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) passa a não ser mais necessária para o diagnóstico da sepse, porém os sinais não devem ser ignorados durante a triagem. Outro ponto que merece destaque é o fato de que deve ser utilizado como critério para definição de sepse o escore Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), onde é necessário o paciente apresentar pelo menos dois dos critérios clínicos estabelecidos^{1,2}.

A sepse atualmente é considerada uma das maiores causas de morte no mundo entre os pacientes que estão hospitalizados, além de aumentar o tempo de hospitalização^{3,4}. Segundo o Instituto Latino Americano da Sepse, essa tem sido uma das mais importantes causas de mortalidade hospitalar tardia e a maior causa de mortalidade nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tendo maior proporção do que o câncer e o infarto agudo do miocárdio. Apesar de a sepse atingir pessoas de todos os gêneros e idades, pode-se dizer que o maior número de óbitos é encontrado em pacientes com idade avançada, em portadores de doenças crônicas e onde há hemocultura positiva⁵.

As infecções mais frequentes associadas à sepse são as pneumonias, que são apontadas como 50% das causas, a infecção urinária e a infecção intra-abdominal. O desfecho do processo está intimamente ligado ao foco infeccioso, ou seja, o foco pulmonar pode ter letalidade maior do que o foco urinário, porém independentemente do foco todas as infecções podem evoluir para a sepse. Ainda não estão bem definidos os determinantes que levam ao óbito, porém o agente etiológico e o perfil do hospedeiro, como imunossupressão e fatores genéticos são importantes⁶.

A letalidade é descrita em estudos, mostrando um importante contraste entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil os dados encontrados mostram valores entre 47,3% e 34,4% de letalidade nos casos de sepse grave e 52,2% e 65,3% em casos de choque séptico. Muitas podem ser as causas da elevada mortalidade no Brasil, dentre elas estão à escassez da oferta de leitos de UTI ou ainda a falta de conhecimento dos profissionais sobre os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Outro dado importante está associado à diferença entre a letalidade em hospitais da rede pública e privada, encontrando 49,1% e 36,7% respectivamente. Ainda não estão bem definidos os motivos que levam a maior mortalidade dos pacientes atendidos nas unidades públicas, porém há poucas pesquisas que identifique o perfil desses pacientes, quanto à gravidade, tratamento e os dados demográficos⁶.

Os fatores que influenciam na evolução e na mortalidade da sepse, tem sido de grande interesse para estudiosos, visando melhorar a conduta terapêutica, e dispensar empenho para a detecção precoce⁷. Pouco se conhece sobre a epidemiologia e

tendência da sepse, já que os estudos são muitas vezes direcionados para a UTI ou para um serviço específico⁸. As tabulações utilizadas para verificar as causas da mortalidade tem se baseado somente na causa básica da morte, subestimando as doenças infecciosas e a sepse, sendo importante, que a análise seja realizada em todo o atestado de óbito, evidenciando as comorbidades e as causas que deram início a cadeia dos eventos que levaram à morte, levando assim a dados mais realistas sobre o perfil epidemiológico desses pacientes, porém, poucos são os estudos que evidenciam essas questões⁹.

Diante do exposto, caracterizar as sepses mais prevalentes que levam a óbito e o diagnóstico inicial pode ser efetivo na prevenção e auxiliar em futuras pesquisas que busquem a redução da mortalidade.

Objetivo

Identificar os tipos de focos de sepse mais frequentes em pacientes que foram a óbito, comparar a doença base e o tipo de foco de sepse descrita na declaração de óbito.

Material e Método

O presente estudo analisou de forma exploratória, descritiva e quantitativa, os tipos de focos de sepse descritos na declarações de óbitos e comparou com a doença de base dos pacientes no momento de sua chegada, por meio de análise documental dos prontuários de janeiro a março de 2018. A pesquisa ocorreu em um Hospital Geral do Estado de São Paulo, localizado na cidade de São Paulo. Foram analisados os prontuários e declarações de óbito retrospectivamente de janeiro a março de 2018, de pacientes com idade superior a 18 anos, atendidos nas unidades de emergência e nas Unidades

de Terapia Intensiva do hospital, e que possam ter sido transferidos para outras unidades do hospital. Foram excluídas unidades de emergência destinadas ao público infantil, prontuários e declarações de óbitos que não foram devidamente preenchidos e prontuários em que a causa do óbito não se enquadrasse na pesquisa.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa um formulário para coleta de dados elaborado para essa pesquisa, que continha um número dado ao paciente, a data de internação e de óbito, o sexo, a idade, o diagnóstico inicial, os diagnósticos durante internação e o diagnóstico do óbito. Constavam ainda os procedimentos invasivos realizados durante a internação e os resultados dos exames laboratoriais analisados.

A coleta de dados ocorreu após aprovação do comitê de ética da Universidade de Santo Amaro - UNISA, com o número de CAAE 89498418.2.0000.008, e também após aprovação do comitê de ética do Hospital Geral do Grajaú - Associação Congregação de Santa Catarina com o número de CAAE 89498418.2.3001.5447, sendo realizada pela própria pesquisadora ao analisar os prontuários e as declarações de óbito que se enquadraram nos critérios já estabelecidos anteriormente e após ser realizada e aceita a declaração de confiabilidade. Os dados da pesquisa foram utilizados apenas para os propósitos da pesquisa em respeito às normas de pesquisa da Resolução 466/2012¹⁰.

Na análise dos dados foram aplicados os seguintes testes estatísticos: Teste exato de Fisher ou Teste do Quiquadrado, com o objetivo de comparar os tipos de focos da sepse em relação à doença de internação e ao gênero. O mesmo teste foi aplicado

para comparar os tipos de focos da sepse apresentados em relação ao gênero feminino e masculino dos pacientes. E o Teste de Mann-Whitney com o objetivo de verificar possíveis diferenças de idade entre mulheres e homens em cada um dos focos estudados e também para o total da amostra.¹¹ Fixou-se em 0,05 ou 5% o nível de significância para todos os testes.

Resultados

A amostra foi composta por 147 pacientes, sendo 63 (43%), do sexo feminino e 84 (57%) do sexo masculino. A idade média dos pacientes foi de 67,8, sendo a média e mediana dos homens 64,2 e 66 respectivamente e das mulheres 72,6 e 75,5 respectivamente. Segundo o Teste de Mann-Whitney foi encontrado significância estatística, onde as mulheres apresentaram idade superior aos homens, sendo, $Z=3,11$ $p=0,0019$.

A relação entre os focos e a idade também foi analisada através do Teste de Mann-Whitney. No foco pulmonar foi encontrada idade superior no sexo feminino com mediana de 70,0 para as mulheres e 65,0 para os homens e média de 72,4 para as mulheres e 61,1 para os homens, sendo, $Z=2,56$ $p=0,0105$, havendo, portanto relevância estatística. No foco urinário a relação entre os sexos feminino e masculino não apresentou significância estatística, a média foi de 74,9 para as mulheres e 78,8 para os homens e a mediana foi de 77,0 para as mulheres e 77,5 para os homens, sendo, $Z=0,14$ e $p=0,8864$. Quando observado o foco cutâneo foi encontrado média de 84,7 para as mulheres e 68,4 para os homens e mediana de 88,0 para as mulheres e 67,5 para os homens, havendo importância estatística encontrada. Para o foco abdominal a média e mediana

para os homens foi de 51,6 e 53,0 e para as mulheres foi de 69,0 e 66,0 sucessivamente, sendo $Z=1,97$ e $p=0,0500$, sendo encontrada relevância estatística.

Foi realizado o Teste do Quiquadrado com o objetivo de comparar os focos apresentados em relação ao gênero, porém não foi encontrada significância estatística entre os sexos feminino e masculino. Foram ainda realizados os Testes do Quiquadrado e o Teste exato de Fisher, com o objetivo de comparar os tipos de focos em relação à doença de internação, observando o sexo feminino e masculino, sendo que não foi encontrada significância em relação ao gênero. Tais resultados podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1. Focos da sepse em relação ao gênero e Focos relacionados com a doença de internação e gênero.

FOCO APRESENTADO DE ACORDO COM O GÊNERO			
	Masc	Fem	Total
Pulmonar	30	23	53
Urinário	6	7	13
Cutâneo	8	3	11
Abdominal	5	4	9
Total	49	37	86
$\chi^2=1,75$ $p=0,6270$			
FOCO PULMONAR ASSOCIADO A DOENÇAS PULMONARES			
Doenças pulmonares			
	SIM	NÃO	
Homens	14	16	
Mulheres	10	13	
$\chi^2=0,05$ $p=0,8172$			
FOCO URINÁRIO ASSOCIADO A DOENÇAS RENAIAS			
Doenças renais			
	SIM	NÃO	
Homens	2	4	
Mulheres	3	4	
$p=0,9999$			

FOCO CUTÂNEO ASSOCIADO A DOENÇAS TEGUMENTARES

	Doença tegumentar	
	SIM	NÃO
Homens	3	5
Mulheres	2	1
p=0,5455		

FOCO ABDOMINAL ASSOCIADO A DOENÇAS GASTROINTESTINAIS

	Doenças gastrointestinais	
	SIM	NÃO
Homens	3	2
Mulheres	3	1
p=0,9999		

Quanto aos focos encontrados, o foco pulmonar foi o que mais apareceu, estando presente em 53 pacientes, seguido do foco urinário em 13 pacientes, foco cutâneo em 11 pacientes e o foco abdominal em 9 pacientes. Ao analisar os focos, foi possível identificar 86 focos em 76 pacientes, visto que mais de um foco pode estar associado a um mesmo paciente.

Ao observar a relação do foco com a doença de entrada, classificando se a mesma já estava relacionada com o sistema do foco apresentado, foi possível observar que 24 pacientes (45,2%) com foco pulmonar já apresentavam alguma disfunção do sistema respiratório. Ao comparar o foco urinário ao sistema renal, foi possível identificar 5 pacientes (38%) com alguma alteração do sistema. Quanto ao foco cutâneo que foi apresentado por 10 pacientes, 5 (50%) deles já apresentavam algum adoecimento do sistema tegumentar. Em relação ao foco abdominal que foi apresentado por 9 pacientes, 6 (66,6%) já apresentavam alguma alteração do sistema gastrointestinal.

Na análise do foco com o gênero, foi possível observar que o sexo masculino apresentou 56,9% dos

focos definidos. Em relação aos dispositivos invasivos utilizados com os focos apresentados, foi possível observar que 77,3% dos pacientes realizaram Intubação Oro Traqueal (IOT), e dos pacientes com foco urinário, 53,8% utilizaram Cateter Vesical de Demora (CVD).

Discussão

Nessa pesquisa observou-se o predomínio do gênero masculino, o que vai de encontro com uma pesquisa com o objetivo de relacionar os fatores de risco com a mortalidade em pacientes na UTI⁷, e também com outro estudo que analisou as mortes relacionadas a sepse no registro nacional entre os períodos de 2002 a 2010, e observou que a mortalidade chegou a ser 15% maior em homens quando comparado as mulheres⁸. O mesmo não foi encontrado em estudo realizado em uma UTI com o objetivo de traçar o perfil clínico e laboratorial dos pacientes com sepse, pois 60,8% dos pacientes eram do sexo feminino¹², ou ainda no estudo que buscou informações sobre os óbitos por sepse em São Paulo, no período de 2004 a 2009, e encontrou distribuição praticamente igual para ambos os sexos, 51% e 49% para homens e mulheres, porém quando comparou a idade e o gênero, identificou que na faixa mais jovem encontravam-se os homens e na faixa etária maior estavam as mulheres¹³.

A idade média dos pacientes foi de 67,8, variando entre 23 e 95 anos como visto em outros estudos^{5,7,14}. Do total da amostra, 72,7% dos pacientes apresentavam mais de 60 anos, o que pode estar relacionado com a diminuição da resposta imune e as comorbidades associadas¹³. Um estudo que comparou o resultado da ressuscitação de idosos e não idosos com sepse mostrou que o tempo de internação de

pacientes idosos é maior, e que o envelhecimento é um preditor independente da mortalidade hospitalar em idosos¹⁵.

Com o envelhecimento da população e consequentemente o aumento do número de pacientes idosos, é esperado que ocorra o aumento do número de pacientes com risco de desenvolver sepse e assim levar ao aumento dos índices de óbito por sepse em pacientes idosos⁸.

Do total da amostra, 76 pacientes apresentaram algum foco definido, sendo que alguns pacientes apresentaram mais de um foco, sendo, portanto, apresentados 86 focos, dos quais 53 foram de foco pulmonar, 13 de foco urinário, 11 de foco cutâneo, e 9 de foco abdominal, reafirmando outros estudos que analisaram os focos apresentados e o pulmonar foi o que mais apareceu^{5,7,9,12,14,16,17}. Tal achado pode estar associado ao fato da pré-existência de doenças respiratórias já estabelecidas, visto que do foco pulmonar, 45,2% dos pacientes já apresentavam alguma disfunção respiratória e ao comparar com o uso de IOT foi possível identificar que 77,3% dos pacientes fizeram uso. O foco urinário apareceu como segundo foco, reafirmando outro estudo⁵, porém vale destacar o achado de outro estudo, que ao analisar as diferentes faixas etárias encontrou que há disparidades, como a faixa etária até 18 anos, onde a maioria dos óbitos foi decorrente da infecção do trato urinário¹³. Alguns estudos apontam o foco abdominal como a segunda causa^{9,12,17,18}, o que pode estar relacionado ao perfil demográfico e as especialidades oferecidas, uma vez que os achados desse estudo vão na contramão da literatura consultada.

Os focos foram analisados em relação às doenças apresentadas na internação, os achados apontam que

dos 53 pacientes que tiveram foco pulmonar 56,6% eram do sexo masculino e 43,3% do sexo feminino, sendo que 24 pacientes, ou seja, 45,2% apresentavam na admissão alguma disfunção do aparelho respiratório. O foco urinário foi apresentado por 13 pacientes, sendo 46,15% homens e 53,8% mulheres, dos quais 38,4% apresentavam alguma afecção do sistema renal na admissão. Ao observar o foco cutâneo que foi apresentado por 11 pacientes, identificou-se que 72,7% eram homens e 27,2% eram mulheres e que 45,5% já apresentavam alguma alteração do sistema tegumentar. O foco abdominal foi apresentado por 9 pacientes, sendo 55,5% homens e 44,4% mulheres, sendo que 66,6% dos pacientes já manifestavam algum problema gastrointestinal.

Quando observadas as doenças apresentadas na entrada pelos pacientes, foi possível identificar que 50 pacientes apresentaram doenças relacionadas ao sistema respiratório, 28 chegaram devido a um quadro de sepse já estabelecido, as doenças cardíacas e circulatórias foram responsáveis por 23 pacientes, 17 apresentaram doenças do aparelho digestivo, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos foram apresentados por 20 pacientes, doenças neurovasculares foram apresentadas por 8 pacientes, transtornos mentais e tentativa de auto extermínio apareceram 6 vezes como queixa principal, delirium, crise convulsiva e encefalopatia foram responsáveis por 6 pacientes, as neoplasias por 5, doenças do sistema tegumentar por 4 pacientes, agrupadas como outras doenças 13 pacientes.

Em um dos estudos observados foram encontrados como causa de internação na UTI o politraumatismo com 44,6%, seguido de doenças cardiovasculares 30,1% e pós-operatório 10,8%⁴. O

que difere do encontrado em outro estudo que também observou as causas de internação na UTI, sendo elas, problemas neurológicos 29,8%, respiratórios 24,3% e cirúrgicos 17,1%, causas clínicas foram encontradas em 76,1% de todos os casos¹⁴. Assim como encontrado em outro estudo, a pneumonia é uma das mais frequentes doenças em pacientes com sepse, já que o sítio respiratório é uma das principais fontes de processos infecciosos¹⁷.

Em relação às comorbidades apresentadas pelos pacientes, pode-se dizer que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a que mais apareceu, sendo encontrada em 48,2% dos pacientes, seguida pelo Diabetes Mellitus (DM) em 37,4% dos pacientes, o

tabagismo foi encontrado em 23,8% dos pacientes, seguido de pacientes com histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) 19,7% que apresentavam sequela ou não, o etilismo foi encontrado em 19% dos pacientes e as neoplasias em 14,9% pacientes. Os achados diferem da literatura consultada, onde o DM e as neoplasias são mais vistas do que a HAS, que nesse estudo aparece disparada a frente de outras comorbidades, as diferenças podem ser vistas ainda pelos valores encontrados para tais comorbidades^{4,8,9,12,17}.

Ao observar as comorbidades e os focos foram encontrados nesse estudo os achados que estão dispostos na tabela 2.

Tabela 2. Frequência das comorbidades em relação ao foco de infecção encontrado.

Comorbidades	Pulmonar		Urinário		Cutâneo		Abdominal	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HAS	25	48,1	7	53,9	5	45,5	4	44,4
DM	20	38,5	8	61,5	9	81,8	6	66,6
Tabagista	17	32,7	3	23,1	1	0,9	1	11,1
Etilista	11	21,2	2	15,4	2	18,8	3	33,3
AVC prévio	8	15,4	3	23,1	3	27,2	-	-
Neoplasias	8	15,4	2	15,4	1	0,9	-	-
Cardiopatias	8	15,4	1	7,69	1	0,9	2	22,2
Alzheimer	5	9,62	1	7,69	2	18,8	-	-
DPOC	5	9,62	1	7,69	-	-	-	-
Hepatopatias	4	7,69	-	-	1	0,9	1	11,1
DRC	4	7,69	-	-	1	0,9	2	22,2
HIV	4	7,69	-	-	-	-	-	-
Acamado	2	3,85	1	7,69	2	18,8	-	-
Hipotireoidismo	2	3,85	-	-	-	-	-	-
IAM prévio	2	3,85	-	-	-	-	1	11,1
Uso de drogas	2	3,85	-	-	-	-	-	-
Colecistite	2	3,85	-	-	-	-	1	11,1
Miastenia	1	1,92	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	1	1,92	1	7,69	-	-	-	-
Depressão	1	1,92	-	-	-	-	-	-
Esquizofrenia	1	1,92	-	-	-	-	-	-
DRGE	1	1,92	-	-	-	-	-	-

Erisipela	1	1,92	-	-	1	0,9	-	-
Osteoporose	1	1,92	1	7,69	-	-	-	-
Nega	3	5,77	-	-	-	-	-	-
Lesão por pressão	-	-	-	-	1	0,9	-	-
Varizes esofágicas	-	-	-	-	1	0,9	-	-

Os procedimentos invasivos foram realizados em todos os pacientes, sendo que a IOT foi a mais realizada, utilizada em 68,7%, seguida do CVD 57,1%, e pelo Cateter Venoso Central (CVC) com 53%. Foram utilizados ainda, Pressão arterial invasiva, Cateter Central de Shilley e procedimentos cirúrgicos em 20,4% dos pacientes, além de drenos e cateter vesical de alívio. Assim como descrito em um estudo o CVC é uma importante porta de entrada para as infecções, ficando atrás somente da pneumonia associada à ventilação mecânica⁴. Outro estudo mostrou que 61% dos pacientes que utilizaram CVC apresentaram Infecção da corrente sanguínea, sendo os fatores de

risco associados à implantação na veia jugular interna, tempo do uso do cateter e tempo de internação¹⁹. A gravidade da sepse eleva a necessidade de procedimentos invasivos, porém as infecções hospitalares têm como fator de risco os procedimentos invasivos, principalmente quando utilizados por longos períodos, como mostrado pelo estudo que avaliou o agravamento e a mortalidade de pacientes com sepse na UTI¹⁷.

Os procedimentos invasivos também foram observados nesse estudo em relação ao foco apresentado, como pode ser visto na tabela 3.

Tabela 3. Procedimentos realizados comparados com os focos de infecção apresentados.

Procedimentos	Pulmonar 53 pacientes	Urinário 13 pacientes	Cutâneo 11 pacientes	Abdominal 9 pacientes
IOT	77,3%	69,2%	81,8%	100%
CVD	60,3%	53,8%	63,6%	66,6%
CVC	52,8%	38,4%	45,4%	66,6%
PAI	11,3%	-	-	33,3%
Shillhey	7,5%	15,3%	9,0%	22,2%
TQT	3,7%	-	9,0%	-
Dreno Tórax	5,6%	7,6%	9,0%	11,1%
Paracentese	1,8%	-	-	-
PICC	1,8%	-	9,0%	-
SVA	-	7,6%	-	-
GTT	-	-	9,0%	-
Outras Cirurgias	-	-	9,0%	33,3%
Dreno	-	-	-	33,3%
Nenhum	9,4%	30,7%	9,0%	-

Como pode ser visto, independente do foco observado, a IOT aparece como procedimento invasivo mais utilizado, seguido do CVD e do CVC. É

possível observar que no foco abdominal todos os pacientes sofreram procedimentos invasivos, provavelmente esse dado está associado ao fato

desses pacientes apresentarem mais de um foco de infecção.

Conclusão

Essa pesquisa evidenciou que a maioria dos pacientes era do sexo masculino com idade superior a 60 anos, o foco mais encontrado foi o pulmonar, sendo a intubação oro traqueal o procedimento invasivo mais utilizado. As doenças pulmonares foram as que mais apareceram como diagnóstico de internação, seguido pelos quadros de sepse já estabelecidos, o que merece ser estudado a fim de se identificar a origem, mas que pode ser justificado por pacientes com históricos de reinternação. As comorbidades mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus.

Reafirma-se a necessidade de caracterizar os pacientes mais susceptíveis a desenvolver sepse, uma vez que a própria evolução da doença causa oligúria, hipotensão, dispneia, entre outros, levando a necessidade de realizar um número maior de procedimentos invasivos para reverter essas disfunções, o que na verdade significa um risco ainda maior para esses pacientes já propensos a desenvolver sepse.

Sugere-se que novos estudos com o mesmo intuito sejam realizados, a fim de reforçar e identificação desses pacientes susceptíveis a desenvolver sepse devido à gravidade da mesma.

Referências

1. Instituto Latino Americano de Sepse. São Paulo. 2016. Disponível em: <<http://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/declaracao%20sepse%203.0%20ILAS.pdf>>.
2. Sepse: Um problema de saúde pública. Instituto Latino Americano. São Paulo. 2016; 16-17. Disponível em: <<http://www.ilas.org.br/asse>

[ts/arquivos/upload/Livro-ILAS\(Sepse-CFM-ILAS\).pdf](http://www.ilas.org.br/asse)>.

3. Machado FR, Assunção MS, Cavalcanti AB, Japiassú AM, Azevedo LC, Oliveira MC. Chegando a um consenso: vantagens e desvantagens do Sepsis 3 considerando países de recursos limitados. Rev Bras Ter Intensiva. 2016; 28(4):361-365.
4. Todeschini AB, Trevisol FS. Sepse associada ao cateter venoso central em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Clin Med. 2011; 9(5):334-7.
5. Barreto MFC, Gomes Dellaroza MS, Kerbauy G, Grion CMC. Sepse em um hospital universitário: estudo prospectivo para análise de custo da hospitalização. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(2):299-305.
6. Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. Sepse: um problema de saúde pública. Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. Brasília: CFM. 2015; 20.
7. Baracho NCV, Lopes GF, Araujo TD, Buissa T, YanoWK. Fatores de risco associados à mortalidade em pacientes com sepse grave e choque séptico na unidade de terapia intensiva de um hospital escola do sul de Minas Gerais. Rev Ciênc Saúde. 2011; 1(1).
8. Taniguchi LU, Bierrenbach AL, Toscano CM, Schettino GP, Azevedo LC. Sepsis-related deaths in Brazil: an analysis of thenational mortality registry from 2002 to 2010. Crit Care. 2014; 18(6):608.
9. Fedeli U, Piccinni P, Schievano E, Saugo M, Pellizze G. Growing burden of sepsis-related mortality in northeastern Italy: a multiple causes of death analysis. BMC Infectious Diseases. 2016; 16:330.
10. Ministério da Saúde (BR). Resolução 466/12 de 12 de Dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
11. Siegel SE, Castellan Jr NJ. Estatística não paramétrica para ciência do comportamento. 2ª edição. Porto Alegre: Artemed. 2006; 448.
12. Farias LL. et al. Perfil clínico e laboratorial de pacientes com sepse, sepse grave e choque séptico admitidos em uma unidade de terapia intensiva. Rev Saúde Públ. 2013; 6(3):50-60.

13. Diament D, et al. Georeferencing of deaths from sepsis in the city of São Paulo. *Braz J Infect Dis.* 2016; 20(2):149-154.
14. Zanon F. Sepse na Unidade de Terapia Intensiva: Etiologias, Fatores Prognosticos e Mortalidade. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008; 20(2).
15. Palomba H, Corrêa TD, Silva E, Pardini A, Assuncao MS. Análise comparativa da sobrevivência de idosos e não idosos com sepse grave ou choque séptico ressuscitados. *Einstein.* 2015; 13(3):357-63.
16. Júnior LCMC, Silva RR. Sepse em pacientes com traumatismo craniocéfálico em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2014;26(2):148-154.
17. Barros LLS, Maia CSF, Monteiro MC. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Cad Saúde Colet.* 2016; 24(4):388-396.
18. Carvalho RH, Vieira JF 1, Gontijo PP, Ribas RM. Sepse, sepse grave e choque séptico: aspectos clínicos, epidemiológicos e prognóstico em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. *Rev Soc Bras Med Tropical.* 2010; 43(5):591-593.
19. Grothe C, Belasco A, Bittencourt A, Vianna L, Sesso R, Barbosa D. Incidência de infecção da corrente sanguínea nos pacientes submetidos à hemodiálise por cateter venoso central. *Rev Latino Am Enferm.* 2010; 18(1):08 telas.

Agradecimentos:

Agradecemos ao Hospital Geral do Grajaú, a toda a equipe do CNEPs e ao enfermeiro Diogo Henrique da Silva residente em Emergências Clínicas e Trauma, a ambos pelo apoio e colaboração na coleta de dados.