



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE GRADUAÇÃO**

RÁISSA SORAYA SOUZA DE OLIVEIRA

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES QUE FORAM A ÓBITO POR CHOQUE
SÉPTICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Salvador
2014

RÁISSA SORAYA SOUZA DE OLIVEIRA

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES QUE FORAM A ÓBITO POR CHOQUE
SÉPTICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao componente curricular de atividade de trabalho de conclusão de curso IV da Universidade Federal da Bahia como critério para obtenção do grau de bacharel em enfermagem

Orientadora: Prof^a Ms. Elieusa e Silva Sampaio

Salvador
2014

RÁISSA SORAYA SOUZA DE OLIVEIRA

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES QUE FORAM À ÓBITO POR CHOQUE
SÉPTICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Enfermeira no Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Prof^a MS. Elieusa e Silva Sampaio

Aprovada em 18/12/2014.

BANCA EXAMINADORA

Elieusa e Silva Sampaio

Prof^a MS. Elieusa e Silva Sampaio - (Universidade Federal da Bahia)
Orientadora

Ana Carla Carvalho Coelho

Prof^a MS. Ana Carla Carvalho Coelho - (Universidade Federal da Bahia)

Márcia Maria Carneiro Oliveira

Mestrando Márcia Maria Carneiro Oliveira - (Universidade Federal da Bahia)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Departamento de Tratamento da Informação, Biblioteca Universitária de Saúde

Sistema de Bibliotecas da UFBA

O48 Oliveira, Ráissa Soraya Souza de.

Perfil clínico de pacientes que foram à óbito por choque séptico na unidade de terapia intensiva / Ráissa Soraya Souza de Oliveira. - Salvador, 2014.

38 f. : il.

Orientadora: Profa. Ma. Elieusa e Silva Sampaio.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2014.

1. Choque séptico. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Óbito. 4. Enfermagem. 5. Hospitais públicos – Salvador, BA. I. Sampaio, Elieusa e Silva. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083.98

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades. Lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

OLIVEIRA, Ráissa Soraya Souza de. **Perfil Clínico de Pacientes que Foram à Óbito por Choque Séptico**. 2014. Trabalho de conclusão de curso [Graduação em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Orientadora: Ms. Elieusa e Silva Sampaio.

RESUMO

A Sepsé é a principal causa de morte dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e está entre as principais causas de morte no mundo. Este trabalho teve como objetivo analisar o perfil clínico dos pacientes que foram à óbito por choque séptico em UTI de um hospital público de Salvador-BA. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo, cujas informações foram coletadas em prontuários, no período de julho a setembro de 2013. Foram selecionados para análise 170 prontuários, sendo que 47 dos selecionados não foram encontrados e 7 não puderam ser pesquisados por dificuldade de compreensão dos registros encontrados, ao final foram utilizados 35 prontuários. Evidenciou-se uma mediana de idade de 60 anos, houve predomínio do sexo feminino, não brancos, aposentados, procedentes de Salvador-Ba, admitidos pela unidade de emergência e admitidos na UTI procedentes das enfermarias e centro cirúrgico/CRPA, alguns já com diagnóstico de choque séptico. A principal comorbidade encontrada foi a Insuficiência renal crônica e em relação aos fatores de risco destacaram-se a hipertensão, o diabetes melitus e o etilismo. 51,4% dos pacientes estudados evoluíram para choque séptico durante o internamento na UTI, com hemoculturas positivas e tendo a *Acinetobacter baumannii* como principal microrganismo. Todos fizeram uso da antibioticoterapia profilática e vasopressores, sendo o principal deles a Noradrenalina. 40% dos pacientes fez algum tipo de procedimento dialítico, utilizou um número considerável de cateteres invasivos e não fez uso de expansão volêmica prévia ou associada ao vasopressor. A totalidade dos pacientes teve o lactato sérico monitorizado e o choque séptico foi causa principal de óbito de todos os pacientes analisados. Assim, foi possível evidenciar uma grande incidência de choque séptico na unidade e no período estudados. Evidenciou-se que os pacientes que foram a óbito por Choque Séptico não utilizaram o tratamento adequado para o diagnóstico de Sepsé e também não foi possível avaliar se o tratamento que foi oferecido foi realizado de imediato após este diagnóstico, devido a escassez de registros sobre o início da patologia. Dentro deste contexto, torna-se necessário a elaboração e implementação de protocolos clínicos para prevenção e manejo adequado da Sepsé, Sepsé grave e do Choque séptico, assim como a capacitação dos profissionais de saúde para reconhecimento precoce dos quadros de sepsé para otimização do cuidado de acordo com os mais atuais níveis de evidência e graus de recomendação.

Descritores: Choque séptico, óbito, Enfermagem

OLIVEIRA, Ráissa Soraya Souza de. **Clinical Profile of Patients who died of septic shock**
Completion of course work [Degree in Nursing] - School of Nursing, Federal University of
Bahia, 2014.

ABSTRACT

Sepsis is the leading cause of death in the intensive care unit (ICU) and is among the leading causes of death world wide. This study aimed to analyze the clinical profile of patients Who died due to septic shock in the ICU of a public hospital in Salvador, Bahia, Brazil. This is a descriptive, exploratory, and retrospective study. The data were gathered from the medical records, in the period from July to September 2013. Were selected for analysis 170 medical records. Among the selected, 47 were not found, and 7 could not be studied because of the difficulty in understanding the records found in the ICU, the end 35 records were used. The median age was 60 years, there was a predominance of females, not white, retired, and living in Salvador, Bahia, Brazil admitted by the emergency room, and admitted to the ICU coming from the wards and operating room/post-anesthesia care unit, some of them already with septic shock. The main comorbidity found was chronic renal failure, and in relation to risk factors the high lighted were hypertension, diabetes mellitus and alcoholism. 51,4% of the patients studied officially progressed to septic shock during the ICU stay, with positive blood culture and having *Acinetobacter baumannii* as the main microorganism. All of the used prophylactic antibiotic and vasopressors, being them a vasopressor drug Noradrenaline. 40% of the patients did not use prior or volume associated expansion with vasopressor, made some kind of dialysis, and used considerable number of invasive catheters. All patients had serum lactate analyzed, and septic shock was the main cause of death for all patients. Thus, it was possible to show a high incidence of septic shock in the study unit. Thus, it was possible to evidence a high incidence of septic shock in the unit and the period studied. It was evidenced that patients Who died of septic shock did not use the proper treatment for the diagnosis of sepsis, and was also not possible to evaluate whether treatment offered was performed immediately after diagnosis due to lack of medical Record about the beginning of the disease. In this context, it is necessary the development and implementation of clinical protocols for the proper management and prevention of sepsis, severe sepsis, and septic shock, as well as training health Professionals to the early recognition of the sepsis stages; therefore, reaching a careful optimization according to the most current levels of evidence and grades of recommendation.

Descriptors: Septic shock, Death, Nursing

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Fisiopatologia da Sepsis, Sepsis grave e Choque séptico.....	11
2.2 Tratamento da Sepsis, Sepsis grave e Choque séptico.....	12
3 METODOLOGIA	14
3.1 Desenho de Estudo	14
3.2 Local do Estudo	14
3.3 Amostra	14
3.4 Critérios de inclusão/exclusão	14
3.4.1 Critérios de Inclusão	14
3.4.2 Critérios de Exclusão	15
3.5 Coleta de dados	15
3.6 Análise de dados	15
3.7 Aspectos éticos do estudo	15
4 RESULTADOS	17
5 DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	36
APÊNDICE B -TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM PRONTUÁRIOS	39
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	40

1 INTRODUÇÃO

A Sepsis pode ser conceituada como a resposta inflamatória sistêmica de causa infecciosa. A sepsis grave está associada a quadros de disfunção orgânica ou hipoperfusão tecidual, enquanto o quadro de choque séptico está relacionado a quadro persistente de hipotensão arterial sistêmica mesmo após ressuscitação volêmica, requerendo o uso de aminas vasoativas para manutenção da Pressão Arterial Média (PAM) em níveis maiores do que 90 mmHg (MARTINS, NETO, NETO et. al, 2013).

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2013) a septicemia foi a décima primeira causa de morte no Brasil até o ano de 2011, sendo responsável por 0,7% do total de óbitos do país e com elevação crescente da sua taxa de mortalidade entre 2009 e 2011. Em Salvador, a septicemia também é a décima primeira causa de morte, com elevação crescente dos seus índices de mortalidade entre 2010 e 2013 e, sendo aproximadamente, 1,5% dos óbitos na cidade (TABNET, 2013).

Pesquisas dos últimos cinco anos apontam a sepsis como a principal causa de morte dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e está entre as principais causas de morte no mundo. De acordo com um estudo multicêntrico, a sepsis, sepsis grave e o choque séptico ocorreram em 19,6%; 29,6% e 50,8% dos casos respectivamente, com mortalidade geral de 46% no grupo dos pacientes sépticos (SALES-JÚNIOR, DAVID, HATUM et. al, 2006).

Dentre os fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento de sepsis, sepsis grave e choque séptico, têm-se o uso de cateteres invasivos, procedimentos cirúrgicos, feridas traumáticas ou térmicas, procedimentos diagnósticos invasivos, medicamentos – como antibióticos, agentes citotóxicos e esteroides, desnutrição, extremos de idade, doença crônica, neutropenia, esplenectomia, debilitação generalizada e falência múltipla dos órgãos (MORTON, FONTAINE; 2011).

O diagnóstico médico é tipicamente clínico, baseados em manifestações clínicas e achados laboratoriais, em pacientes com infecção suspeita ou confirmada. O diagnóstico etiológico requer o isolamento do microrganismo presente no sangue ou no próprio sítio da infecção. Ao menos duas amostras sanguíneas devem ser coletadas em locais diferentes para cultura (FAUCE, KASPER, LONGO et. al, 2008).

Os critérios para o diagnóstico de sepsis são infecção suspeita ou confirmada e alguns dos seguintes: hipertermia ou hipotermia, taquicardia, taquipnéia, estado mental alterado, edema significativo ou balanço hídrico positivo, hiperglicemia, leucocitose ou leucopenia,

alterações de proteína C reativa, procalcitonina e creatinina, hipotensão e hipoxemia arterial, oligúria aguda, hiperlactatemia, hiperbilirrubinemia, anormalidades de coagulação e enchimento capilar diminuído (DELLINGER, LEVY, RHODES et. al, 2013).

A sepse é diagnosticada com frequência de modo tardio, no qual os profissionais não suspeitam da mesma de imediato. Os sinais e sintomas utilizados para diagnóstico não são específicos do quadro de sepse, o que dificulta o reconhecimento e tratamento precoce do quadro, atrelado a uma falta de sistemas confiáveis para identificação e rápida provisão de cuidados (REINHART, DANIELS e MACHADO, 2013).

Seu prognóstico para mais da metade dos pacientes diagnosticados com sepse/choque séptico é o óbito, com morte em aproximadamente 30 dias. Os óbitos tardios normalmente são resultados de infecção mal controlada, imunossupressão, complicações inerentes à terapia intensiva, insuficiência de múltiplos órgãos ou doença subjacente. O choque séptico é fator preditivo de letalidade em curto e longo prazo (FAUCE, KASPER, LONGO et. al, 2008).

A mortalidade por sepse pode ser evitada e ter suas taxas reduzidas por meio da adoção de um sistema de reconhecimento precoce e tratamento emergencial padronizado (REINHART, DANIELS e MACHADO, 2013). Para tanto, a enfermagem tem papel fundamental em tais intervenções.

Estudos apontam que a investigação sistematizada e vigilância dos sinais e sintomas da síndrome séptica por parte da enfermeira estão estreitamente relacionados a identificação precoce dos casos novos de sepse, com redução da prevalência dos casos nas instituições hospitalares, intervenção adequada e precoce, melhora do prognóstico dos pacientes e redução das taxas de mortalidade por sepse, sepse grave e choque séptico nas instituições (PENINCK E MACHADO, 2012).

O tempo de formação e atuação na terapia intensiva são fatores relevantes na aprendizagem prática e consequente detecção precoce de novos casos de sepse. A aplicação adequada das diretrizes e adoção de cuidados de enfermagem padronizados estão relacionados ao controle e maior qualidade da assistência de enfermagem nas UTIs (PENINCK E MACHADO, 2012).

Diante do exposto, tem-se como questão de pesquisa: Qual o perfil clínico dos pacientes que foram à óbito por choque séptico em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público de Salvador-BA?

Tendo como objetivo geral:

- Analisar o perfil clínico dos pacientes que foram à óbito por choque séptico em uma Unidade de terapia intensiva de hospital público de Salvador-BA.

A motivação para a realização deste estudo se iniciou durante a graduação de enfermagem e atividade de extensão da Liga Acadêmica de Cuidados Críticos de Enfermagem (LACCE). A partir destas vivências em campo de prática, foi possível a constatação em uma realidade muito próxima da alta incidência da sepse em UTI e o ônus gerados como decorrência do seu péssimo prognóstico.

A UTI é o ambiente adequado para tratamento e acompanhamento dos quadros de sepse e dentro destas unidades também se têm uma alta incidência desta doença sendo necessário identificação do perfil destes pacientes em relação a tal patologia para adequada implementação das medidas de controle e prevenção.

Estudos apontam que um paciente com sepse tem cinco vezes mais chance de ir a óbito do que um paciente com infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral, sendo que a sepse não é igualmente reconhecida e tem as mesmas noções de urgência que essas condições críticas. Uma pesquisa internacional aponta que, aproximadamente, 80% a 90% dos indivíduos europeus e norte-americanos ainda não se familiarizaram com o termo 'sepse' e nem a reconhecem como causa importante de morte (REINHART, DANIELS e MACHADO, 2013).

A ausência de protocolos sistematizado para identificação precoce dos casos de sepse é uma realidade de muitas instituições. A presença de protocolos e execução adequada dos mesmos podem ser fatores cruciais para controle das taxas de incidência e mortalidade por sepse, sepse grave e choque séptico.

Sendo assim, com a identificação do perfil destes pacientes será possível auxiliar no reconhecimento do quadro de sepse, sepse grave e choque séptico e na implementação de protocolos assistenciais. Este reconhecimento precoce dos casos, poderá trazer redução significativa das taxas de incidência e prevalência da sepse, sepse grave e choque séptico além da melhora no prognóstico destes pacientes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FISIOPATOLOGIA DA SEPSE, SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO

A inflamação é a resposta inicial do organismo a um agente infeccioso. A sepse pode ser conceituada como uma síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS) de origem microbiana suspeita ou comprovada (FAUCI, KASPER, LONGO et. al, 2008).

Neste contexto, a SRIS se inicia por uma resposta excessiva do organismo aos agentes microbianos, com estímulos pró-inflamatórios demasiados a endotoxinas liberadas por esses agentes microbianos. Essas endotoxinas ligam-se a proteínas de ligação do hospedeiro e em seguida são transferidas para receptores de superfície de monócitos, macrófagos e neutrófilos. Este reconhecimento promove a liberação de diversas moléculas no hospedeiro (citocinas, quimiocinas, leucotrienos, prostanóides, dentre outras). As resposta sistêmicas são ativadas através da comunicação neural e humoral envolvendo hipotálamo e troco encefálico. Há a intensificação das defesas locais por meio do aumento do fluxo sanguíneo, de neutrófilos circulantes e elevação sérica de inúmeras moléculas anti-infecciosas (FAUCI, KASPER, LONGO et. al, 2008).

A liberação excessiva de citocinas pró-inflamatórias desencadeia lesão endotelial. Quando lesadas, estas células liberam mediadores químicos capazes de provocar a perda de suas junções firmes, com conseqüente aumento da permeabilidade vascular, permitindo a passagem de fluido rico em proteínas para o espaço intersticial dos tecidos, o que leva a liberação de citocinas anti-inflamatórias. Essa resposta pró-inflamatória desmedida leva a ativação da cascata de coagulação, com desequilíbrio entre fatores pró-coagulantes e anticoagulantes, formação de tampões plaquetários nas células endoteliais lesadas e formação de coágulos por toda a microvasculatura (MORTON, FONTAINE, 2011).

A lesão endotelial leva a liberação de óxido nítrico, responsável pelo relaxamento da musculatura lisa com vasodilatação, depressão miocárdica, inibição da agregação plaquetária, inibição do crescimento bacteriano, aumento da lesão tecidual pela produção de peroxinitrito, produção de fatores de proteção celular contra isquemia e redução do consumo de oxigênio e produção de ATP por redução da fosforilação oxidativa (MARTINS, NETO, NETO et. al., 2013).

A vasodilatação que ocorre no sítio da infecção se contrasta com áreas de vasoconstrição microvascular de diferentes intensidades. Isso leva a uma distribuição irregular

do fluxo sanguíneo, com piora da hipóxia tecidual, desvio para metabolismo anaeróbio com consequente acidose láctica pela produção excessiva de lactato. O agravamento do quadro de lesão endotelial e microvascular leva a piora da perfusão tecidual (MARTINS, NETO, NETO et. al, 2013).

A evolução do quadro de hipoperfusão e isquemia tecidual levam a disfunção orgânica e hipotensão, o que caracteriza a sepse grave. O choque séptico é resultado da intensificação das respostas imunológicas, com concentrações elevadas de diferentes citocinas, o que gera um estado final anti-inflamatória. Em sua fase inicial ou hiperdinâmica, a ressuscitação volêmica é capaz de manter o débito cardíaco normal ou mesmo elevado, assim como lactato e saturação venosa central de oxigênio. Durante sua fase hipodinâmica, a concentração sanguínea de lactato se eleva e a saturação venosa central de oxigênio de mostra diminuída (FAUCE, KASPER, LONGO et. al, 2008). Nesta fase há a redução do fluxo sanguíneo para o coração como resultado a vasodilatação já refratária, ocorrendo a diminuição do débito cardíaco e resistência vascular sistêmica. O coração começa a apresentar contratilidade e desempenho ventricular diminuídos(MORTON, FONTAINE; 2011).

Além disso, o estado de choque séptico induz ao consumo de energia metabólica mesmo em repouso (estado hipermetabólico), catabolizando proteínas e acarretando na hiperglicemia e gliconeogênese hepática estimulada pela liberação excessiva de catecolaminas e resistência à insulina, com estado crítico de hiperglicemia (MORTON, FONTAINE; 2011).

2.2 TRATAMENTO DA SEPSE, SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO

De acordo com Campanha Sobrevivendo a Sepsis (2013), deve ser realizada ressuscitação volêmica inicial protocolada e quantificada de acordo com estado de hipoperfusão tecidual, sendo hipoperfusão persistente a presença de lactato sérico maior ou igual a 04 mmol/L. Recomenda-se que seja iniciado protocolo até que se proceda a admissão na unidade de terapia intensiva. Durante as primeiras 03 horas deve ser feita a medição do nível de lactato sérico, obter hemocultura antes da administração de antibioticoterapia, sendo que esta deve ser de amplo espectro e proceder a administração de 30 ml/Kg de cristaloides para quadro de hipotensão ou lactato sérico maior ou igual a 4 mmol/L (DELLINGER, LEVY, RHODES et. al, 2013).

Durante as primeiras 06 horas, as metas do tratamento devem incluir a pressão venosa central entre 08-12 mmHg, pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg, débito urinário

maior ou iguala 0,5 ml/Kg/h e saturação venosa maior do que 65%. A administração de antibioticoterapia intravenosa eficaz deve ser feita dentro da primeira hora após o reconhecimento do quadro de choque séptico. Geralmente este tratamento deve ter duração de 07 a 10 dias (DELLINGER, LEVY, RHODES et. al, 2013).

Dentre os pontos importantes para o tratamento ainda tem-se a infusão de Noradrenalina se pressão arterial média menor do que 65 mmHg e, caso ocorra hipoperfusão refratária, administrar Vasopressina ou Epinefrina, monitorar saturação venosa central de oxigênio para mantê-la acima de 70% com Dobutamina ou por transfusão de concentrado de hemácias (MARTINS, NETO, NETO et. al, 2013).

Pesquisadores demonstram que uma busca sistematizada por sinais sugestivos de infecção e sepse tornam o diagnóstico precoce, com redução da mortalidade relacionada a esta doença. As intervenções terapêuticas adequadas, como ressuscitação volêmica e antibioticoterapia adequadas também estão relacionadas a redução das taxas de mortalidade. Isso pode ser auxiliado com eficácia através do estabelecimento de protocolos de ressuscitação hemodinâmica precoce, com tratamento ágil da hipóxia tecidual. A taxa de mortalidade elevada está associada ao retardo na identificação do quadro de sepse, sepse grave e choque séptico. As estratégias de intervenção devem ser multidisciplinares, focadas na identificação precoce dos riscos de sepse (WESTPHAL, FEIJO, ANDRADE et. al, 2009).

Uma assistência de enfermagem precisa, ágil e padronizada, com seu plano de cuidados baseado nas evidências científicas mais atuais são capazes de realizar um cuidado pleno e tratamento adequado, sendo o mediador vital das informações. Para tal, todos da equipe de enfermagem devem estar devidamente capacitados (PENINCK, MACHADO, 2012).

3. METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo com coleta de dados em prontuário.

No estudo descritivo-exploratório, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Usa-se este desenho metodológico para buscar informações precisas sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno quando se sabe pouco sobre ele (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público de Salvador-BA, com os prontuários de pacientes que foram a óbito na UTI. Trata-se uma instituição pública, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerado o maior hospital público do Estado da Bahia, referência em Acidente Vascular Cerebral, Hemorragia Digestiva Alta e Intoxicação Exógena.

A clientela era constituída por pacientes internados vindos do Centro Cirúrgico para realização do pós operatório, das enfermarias por apresentarem em algum momento da evolução um evento clínico que exige atendimento intensivo, pacientes transferidos de outras unidades hospitalares bem como por pacientes com afecções clínicas graves, provenientes da Emergência.

3.3 AMOSTRA

A amostra foi por conveniência, onde foram incluídos todos os pacientes que foram a óbito por choque séptico na UTI no período de julho a setembro de 2013.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

3.4.1 Critérios de Inclusão

Pacientes de ambos os sexos que foram à óbito com diagnóstico confirmado de choque séptico em atestado de óbito e foram admitidos na UTI dentro do período de julho a setembro de 2013.

3.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos aqueles prontuários que apresentavam-se incompletos e daqueles pacientes com múltiplos internamentos na unidade.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados de setembro a novembro de 2014, a partir dos prontuários dentro do período de julho a setembro de 2013. Para isso foi construído um instrumento de coleta de dados, contendo informações sobre os pacientes que foram internados na UTI (APÊNDICE A).

Foram coletados os seguintes dados: idade, sexo, data de internação hospitalar, local de admissão no hospital, mês de admissão no hospital, data de admissão na UTI, tempo de permanência na UTI, diagnóstico confirmado da doença de base e ainda variáveis relacionadas ao diagnóstico, terapêutica e evolução clínica, como diagnóstico clínico de sepse, sepse grave e choque séptico, data de evolução para quadro de sepse, sepse grave e choque séptico, uso de antibioticoterapia, aminas vasoativas, dispositivos inasivos, realização de processos dialíticos, realização dos exames de cultura, tipo de bactéria, causa do óbito no atestado de óbito.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados pelo Programa Estatístico *StatisticProgram for Social Sciences (SPSS)* versão 20.0, sendo calculadas as frequências absolutas e percentuais, organizados por tabelas e gráficos e realizada a análise estatística. Para o cruzamento das variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado. Os valores foram considerados estatisticamente significantes quando $p \leq 0,05$.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A pesquisa atendeu ao preconizado pela resolução 466/12 (BRASIL, 2012), respeitando os seguintes princípios: autonomia (garantia de proteção da sua liberdade para decidir participar e desistir da participação a qualquer momento da pesquisa sem danos ao mesmo); beneficência (ponderação de riscos esclarecendo que os quais eles estariam

expostos); não-maleficência (garantia de prevenção de possíveis danos e da identidade); justiça e equidade (relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária). Os dados coletados serão guardados durante cinco anos pela pesquisadora.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sendo aprovado com o parecer de número 777.958, na relatoria do dia 06 de agosto de 2014 (ANEXO 1).

Foi firmado um termo de compromisso da pesquisadora em manter em sigilo a identidade dos pacientes, bem como seus dados individuais. Todos os cuidados e comprometimento para a proteção dos dados coletados serão amplamente efetivados.

Esta pesquisa não apresentou riscos aos pacientes e ao funcionamento da UTI do hospital de coleta, pois tratou-se de coleta retrospectiva de dados em prontuários e não de estudo com intervenção ou contato direto com os pacientes e suas famílias.

4. RESULTADOS

Foram selecionados para análise 170 prontuários de pacientes admitidos na UTI, referentes ao período de julho a setembro de 2013, 54 prontuários foram descartados, pois 47 prontuários não foram encontrados e 7 prontuários não puderam ser pesquisados por dificuldade de compreensão dos registros encontrados.

Dos 116 prontuários analisados, 54 (46,6%) pacientes foram à óbito, 48 (41,4%) pacientes receberam alta, 8 (6,9%) pacientes foram transferidos para outra instituição hospitalar e 6 (5,1%) prontuários foram descartados por estarem incompletos.

Dos 54 pacientes que foram a óbito, 35 (64,8%) tiveram como causa do óbito o choque séptico e 19 (35,2%) foram à óbito por outras causas. Como o objetivo do estudo foi analisar os pacientes que foram a óbito por choque séptico, foram selecionados para a análise 35 pacientes que tiveram como causa de óbito o choque séptico, conforme declarado pelo atestado de óbito.

Ao final, a amostra constituiu-se de 35 prontuários dos pacientes internados na UTI que foram a óbito por choque séptico no período de julho a setembro de 2013.

No que diz respeito ao sexo, 54,3% eram mulheres e 45,7% eram homens. A mediana de idade dos pacientes foi de 60 anos, sendo a idade mínima de 15 anos e a máxima de 90 anos. Em relação à cor, 88,6% se declararam não brancos e 11,4% brancos. Quanto a procedência, 71,4% eram da cidade de Salvador-Ba, 17,2% do interior do Estado e 11,4% da região metropolitana (TABELA 1).

Tabela 01 – Idade, sexo, raça/cor e local de procedência dos pacientes. Salvador, Jul/Set 2014.

Variável	N	%
Mediana de Idade	60 anos	
Sexo		
Feminino	19	54,3
Masculino	16	45,7
Raça/cor		
Não Branca	31	88,6
Branca	04	11,4
Local de procedência		
Salvador	25	71,4
Interior	06	17,2
Região Metropolitana	04	11,4

Em relação à ocupação, 37,1% eram aposentados, 17,2% donas de casa, 5,7% domésticas, 5,7% estudantes, 5,7% ignorados, 2,9% Auxílio doença, 2,9% Agricultor, 2,9%

Autônomo , 2,9% Auxiliar Administrativo, 2,9% Auxiliar de Enfermagem, 2,9% Catador de Lixo, 2,9% Lavrador, 2,9% Pensionista, 2,9% Serviços Gerais e 2,9% Vendedor Ambulante (TABELA 2).

Tabela 02 – Ocupações dos pacientes. Salvador , Jul/Set 2014.

Variável	N	%
Aposentados	13	37,1
Dona de Casa	6	17,2
Doméstica	2	5,7
Estudante	2	5,7
Ignorados	2	5,7
Auxílio doença	1	2,9
Agricultor	1	2,9
Autônomo	1	2,9
Auxiliar Administrativo	1	2,9
Auxiliar de Enfermagem	1	2,9
Catador de Lixo	1	2,9
Lavrador	1	2,9
Pensionista	1	2,9
Serviços Gerais	1	2,9
Vendedor Ambulante	1	2,9
TOTAL	35	100

Em relação ao mês que o paciente foi admitido no hospital, houve um predomínio de admissões no mês de Julho (45,7%), seguida por Agosto (31,4%), setembro (11,4%), Junho (5,7%), Maio (2,9%) e Abril (2,9%). Quanto ao setor de admissão, a Unidade de emergência adulto foi responsável por 82,9% destas admissões hospitalares, seguido do Centro Obstétrico com 5,7%, transferências de outros hospitais com 5,7% e vindos do Ambulatório com 5,7% (TABELA 3).

Tabela 3 – Admissão hospitalar dos pacientes. Salvador, Jul/Set 2014.

Variável	N	%
Mês de admissão no hospital		
Julho	16	45,7
Agosto	11	31,4
Setembro	4	11,4
Junho	2	5,7
Maio	1	2,9
Abril	1	2,9
Local por onde for admitido no Hospital		
Emergência	29	82,9
Centro Obstétrico	2	5,7
Transferências	2	5,7
Ambulatório	2	5,7

Em relação ao mês de admissão na UTI, houve um predomínio de 42,9% no mês de agosto, seguido de 37,1% no mês de julho e 20,0% no mês de setembro.

Em relação aos pacientes que internaram na UTI, a maioria procedentes da Enfermaria (34,3%) e Centro cirúrgico/centro de recuperação pós-anestésica (CRPA) (34,3%), seguido de pacientes da emergência adulto (20%), da UTI cirúrgica (5,7%), do Centro Obstétrico (2,9%) e 2,9% veio transferido de outra Instituição.

A mediana do tempo de permanência dos pacientes na UTI foi de 11 dias, com um mínimo de 1 dia e máximo de 35 dias.

Tabela 4 – Admissão dos pacientes na UTI. Salvador, Jul/Set 2014.

Variável	N	%
Mediana de permanência na UTI		11 dias
Mês de admissão na UTI		
Agosto	15	42,9
Julho	13	37,1
Setembro	07	20,0
Local de Procedência		
Enfermaria	12	34,3
Centro Cirúrgico	12	34,3
Emergência	07	20,0
UTI cirúrgica	02	5,7
Centro Obstétrico	01	2,9
Outra Instituição	01	2,9

Quanto ao diagnóstico médico de admissão mais frequente na UTI, houve um predomínio de pacientes que apresentavam Choque séptico (20,0%), seguido de pós-operatório (17,1%), Sepsis (14,3%), Status pós-PCR (11,4%), Acidente Vascular Cerebral (5,7%), Tumor de Crânio e Uterino (5,7%), Edema Agudo de Pulmão Hipertensivo (2,9%), Exacerbação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (2,9%), Hemorragia Digestiva Alta (2,9%), Hemorragia Subaracnóide (2,9%), Insuficiência Renal Aguda (2,9%), Insuficiência Respiratória Aguda (2,9%), Infecção do Trato Respiratório por broncoaspiração (2,9%), Síndrome Colestática e Doença Crônica Parenquimatosa do Fígado (2,9%) e Síndrome de Fournier (fascite necrosante) (2,9%) (TABELA 5).

Tabela 5 – Diagnóstico médico dos pacientes admitidos na UTI. Salvador, Jul/Set 2014.

DIAGNÓSTICO MÉDICO DE ADMISSÃO	N	%
Choque séptico	7	20,0
Pós operatório	6	17,1
Sepse	5	14,3
Status pós-PCR	4	11,4
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	2	5,7
Tumor de crânio e Uterino	2	5,7
EAP Hipertensivo	1	2,9
Exacerbação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	1	2,9
Hemorragia Digestiva Alta	1	2,9
Hemorragia Subaracnóide	1	2,9
Insuficiência Renal Aguda	1	2,9
Insuficiência Respiratória Aguda	1	2,9
Infecção do Trato Respiratório por broncoaspiração	1	2,9
Síndrome Colestática e DCPF	1	2,9
Síndrome de Fournier (fascite necrosante)	1	2,9

Na tabela 6, dentre as principais comorbidades encontradas nos pacientes admitidos na UTI foram: Insuficiência renal crônica (11,4%), AVC prévio (8,6%), Fibrilação Atrial (8,6%), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (5,7%), Asma (2,9%), Doença Arterial Obstrutiva Periférica (2,9%), Esquistossomose (2,9%), Insuficiência Cardíaca Congestiva (2,9%), Pneumectomia por Tuberculose Pulmonar (2,9%), Doença Pulmonar obstrutiva Crônica (2,9%), Erisipela (2,9%), Glaucoma (2,9%), Lúpus Eritematoso Sistêmico (2,9%), Sequela de Poliomielite em membros inferiores (2,9%), Transtorno Bipolar (2,9%) e Hipertireoidismo (2,9%).

Tabela 6 – Comorbidades dos pacientes. Salvador, Jul/Set 2014.

Comorbidades	N	%
Insuficiência Renal Crônica	4	11,4
AVC prévio	3	8,6
Fibrilação Atrial	3	8,6
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	2	5,7
Asma	1	2,9
Doença Arterial Obstrutiva Periférica	1	2,9
Esquistossomose	1	2,9
Insuficiência Cardíaca Congestiva	1	2,9
Pneumectomia por Tuberculose Pulmonar	1	2,9
Doença Pulmonar obstrutiva Crônica	1	2,9
Erisipela	1	2,9
Glaucoma	1	2,9
Lupus Eritematoso Sistêmico	1	2,9

Sequela de Poliomielite em membros inferiores	1	2,9
Transtorno Bipolar	1	2,9
Hipertireoidismo	1	2,9

Na tabela 7, observa-se os principais fatores de risco encontrados nos pacientes da UTI foram: Hipertensão arterial sistêmica (51,4%), seguido por diabetes mellitus (25,7%), Etilismo (22,9%), Dislipidemia (2,9%), Tabagismo (2,9%) e Obesidade (2,9%).

Tabela 7– Fatores de risco dos pacientes. Salvador, Jul/Set 2014.

Fatores de risco	N	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	18	51,4
Diabetes Melitus	9	25,7
Etilismo	8	22,9
Dislipidemia	1	2,9
Tabagismo	1	2,9
Obesidade	1	2,9

Evidenciou-se que 51,4% dos pacientes evoluíram para choque séptico ao longo do internamento na UTI e 17,1% evoluíram para Sepsé.

Dos pacientes que apresentaram infecção, o foco pulmonar (40%) foi o principal foco de infecção encontrado, seguido do Foco abdominal (25,7%), foco Cutâneo (14,3%), focos não identificados (11,4%), foco Urinário (2,9%) e foco de Cateter Venoso Central (2,9%).

Tabela 8 - Focos de Infecção encontrados nos pacientes na UTI. Salvador, Jul/Set 2014.

Focos de Infecção	N	%
Pulmonar	14	40,0
Abdominal	9	25,7
Cutâneo	5	14,3
Não identificado	4	11,4
Urinário	1	2,9
Cateter Venoso Central	1	2,9

Em relação a realização das culturas para diagnosticar as infecções, 91,4% dos pacientes realizaram a hemocultura, 91,4% Urocultura e 60% Cultura de secreção traqueal.

O microrganismo mais frequentemente encontrado foi a bactéria *Acinetobacter baumannii* (25,7%), seguida pelas bactérias *Echerichia coli* (8,6%), *Streptococcus aureus* (8,6%), *Streptococcus haemolyticus* (8,6%), *Candida albicans* (5,8%), *Klebsiella pneumoniae*

(5,8%), *Proteus* (2,9%), *Streptococcus hominis* (2,9%) e *Enterobacter cloace* *Multiresistente* (MR) (2,9%) (TABELA 9).

Tabela 9 - Bactérias encontradas nas culturas dos pacientes. Salvador, Jul/Set 2014.

Bactérias encontradas nas culturas dos pacientes	N	%
<i>Acinetobacter baumannii</i>	9	25,7
<i>Echerichia Coli</i>	3	8,6
<i>Streptococcus aureous</i>	3	8,6
<i>Streptococcus haemolyticus</i>	3	8,6
<i>Candida albicans</i>	2	5,8
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	5,8
<i>Proteus</i>	1	2,9
<i>Streptococcus hominis</i>	1	2,9
<i>Enterobacter cloace MR</i>	1	2,9

Todos os pacientes analisados fizeram uso de antibioticoterapia, sendo que 45,7% dos mesmos teve o seu esquema terapêutico modificado após os resultados das culturas, 31,4% não tiveram mudança ao longo do internamento e 22,9% realizaram a mudança antes da liberação do resultado da cultura.

A mediana de dias de utilização da Noradrenalina foi de 4 dias, com mínimo de 1 dia e máximo de 7 dias, e a mediana de dias de utilização da Dobutamina foi de 2 dias no período estudado, com mínimo de 1 dia e máximo de 5 dias

Na tabela 10, evidencia-se que a Noradrenalina (97,1%) foi a amina vasoativa mais utilizada pelos pacientes, seguida da Dobutamina (31,4%) e outra amina vasoativa (5,7%), sendo esta a dopamina.

Tabela 10 – Uso de Aminas vasoativas pelos pacientes. Salvador, Jul/Set 2014.

Aminas vasoativas	N	%
Noradrenalina	34	97,1
Dobutamina	11	31,4
Uso de outra amina vasoativa	2	5,7

Os procedimentos dialíticos foram realizados em 40% dos pacientes, Hemodiálise (20%) e o modo Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (CVVHDF) (20%). (TABELA 11)

Tabela 11 - Realização de procedimento dialítico pelos pacientes. Salvador, Jul/Set 2014.

Procedimento dialítico	N	%
Hemodiálise	7	20
CVVHDF	7	20

Dentre os dispositivos utilizados, 100% dos pacientes utilizaram o cateter venoso central, 97,1% utilizaram o cateter de pressão arterial média (PAM), 97,1% Tubo orotraqueal, 97,1% Sonda vesical de foley, 88,6% Sonda Nasoenteral, 40% Cateter de soreense, 40% Sonda nasogástrica, 17,1% Traqueostomia, 8,6% Dreno abdominal, 5,7% Dreno torácico e 2,9% Derivação Ventricular Externa.

Tabela 12 – Dispositivos utilizados pelos pacientes. Salvador, Jul/Set 2014

Dispositivos	N	%
Cateter Venoso Central (CVC)	35	100,0
Cateter da pressão arterial média (PAM)	34	97,1
Tubo orotraqueal (TOT)	34	97,1
Sonda vesical de foley (SVF)	34	97,1
Sonda nasoenteral (SNE)	31	88,6
Cateter Soreense	14	40,0
Sonda nasogástrica (SNG)	12	34,3
Traqueostomia	6	17,1
Dreno abdominal	3	8,6
Dreno torácico	2	5,7
Derivação Ventricular externa (DVE)	1	2,9

A totalidade dos pacientes realizou o controle dos níveis de lactato sérico através da realização diária da hemogasometria arterial.

Após diagnóstico da Sepse e Choque Séptico, 62,9% dos pacientes fizeram uso de expansão volêmica com cristalóides, sendo o soro fisiológico a 0,9% infundido em 40% dos pacientes, seguido por Ringer lactato e Soro fisiológico em 17,1% dos pacientes e apenas Ringer lactato em 5,7% dos pacientes. A mediana de volume infundido nos pacientes foi de 1000 mililitros, com o mínimo de 250 mililitros e o máximo de 7250 mililitros. O choque séptico foi descrito no atestado de óbito como causa principal de óbito em 100% dos pacientes admitidos no período nesta unidade.

Ao realizar a análise das variáveis “óbito por Choque Séptico” e “diagnóstico clínico no decorrer do internamento na UTI”, foi evidenciado que 51,4% dos pacientes que foram a óbito foi confirmado o diagnóstico no decorrer do internamento, 17,1% tiveram o diagnóstico de Sepse no decorrer do internamento e 31,4% não foi fechado o diagnóstico de Choque Séptico no decorrer do internamento. Não houve significância estatística porque a variável Óbito por Choque Séptico foi constante (TABELA 13).

Tabela 13- “Óbito por Choque Séptico” e “diagnóstico clínico no decorrer do internamento na UTI”. Salvador, Jul/Set 2014.

Óbito por Choque Séptico	
Diagnóstico clínico no decorrer do internamento na UTI	N (%)
Choque Séptico	18 (51,4%)
Sepse	06 (17,1%)
Sem diagnóstico de Choque Séptico ou Sepse	11 (31,4%)

Na tabela 14, na análise do diagnóstico clínico no decorrer do internamento na UTI e Uso da Noradrenalina evidencia-se que 95,4% fizeram uso da Noradrenalina e apenas 4,6% não fez uso desta droga, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p= 0,325$).

Tabela 14- “Diagnóstico clínico no decorrer do internamento na UTI” e “Uso da Noradrenalina”. Aplicado teste Qui-Quadrado. Salvador, Jul/Set 2014.

Diagnóstico clínico no decorrer do internamento na UTI	Uso da Noradrenalina		P
	Sim N (%)	Não N (%)	
Choque Séptico	18 (52,9%)	-	0,325
Sepse	06 (17,1%)	-	
Sem diagnóstico de Choque Séptico ou Sepse	10 (29,4%)	1(4,6%)	
TOTAL	34 (95,4%)	1 (4,6%)	

5 DISCUSSÃO

No que se refere ao sexo, houve uma predominância do sexo feminino apresentando uma equivalência com os dados encontrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em relação à Bahia e à cidade de Salvador. De acordo com o SIM, 51,3% dos óbitos por septicemia na Bahia em 2012 foram do sexo feminino e 54,7% dos óbitos por septicemia em Salvador também foram do sexo feminino (BRASIL, 2014).

Entretanto, de acordo com os estudos *BASES*, *PROGRESS* e *SEPSE BRASIL*, há uma predominância de pacientes do sexo masculino acometidos por sepse, sepse grave ou choque séptico, com consequente maior taxa de mortalidade para pacientes do sexo masculino (SILVA et al, 2004; MARTIN et al, 2009; SALES JUNIOR et. al, 2006). E ainda, de acordo com o Instituto Latino americano de Sepse – ILAS (2014) em Relatório Nacional da Campanha Sobrevivendo a Sepse, 52,7% dos pacientes que apresentaram tal comorbidade eram do sexo masculino, com uma equivalência entre ambos os sexos quando analisados os hospitais privados.

Quando a raça/cor dos pacientes, os dados encontrados correspondem aos números encontrados no SIM, com 76,4% de óbitos por Septicemia em não brancos na Bahia e 60,58% de óbitos por Septicemia em não brancos na cidade de Salvador – BA (BRASIL, 2014).

Em relação a mediana de idade dos pacientes, corroborando com a média de idade encontrada nos estudos *BASES*, *PROGRESS* e *SEPSE BRASIL* em relação à ocorrência de sepse, sepse grave ou choque séptico em âmbito nacional e internacional, com 66,4 anos, 60,3 anos e 61,7 anos respectivamente (SILVA et al, 2004; MARTIN et al, 2009; SALES JUNIOR et. al, 2006).

Quanto ao local de procedência, constatou-se um predomínio de pacientes residentes na cidade de Salvador–Ba, seguido daqueles originados do interior do estado e região metropolitana. Geralmente, há uma concentração maior de pacientes na cidade onde está localizado o hospital de estudo, e ainda, por se tratar da capital do estado onde o estudo foi realizado, pode-se explicar uma maior incidência de pacientes residentes neste local, no estudo de Rocha et al. (2007), identificou que a maioria dos pacientes eram provenientes da capital com 48,2%, sendo 45% do interior e 6,2% naturais de outros estados.

Em relação à ocupação dos pacientes, evidenciou-se que 37,1% dos mesmos eram aposentados, justificando a maioria de pacientes idosos, e está de acordo com o estudo realizado por Schein e Cesar (2010) que encontraram uma amostra de 43% de aposentados

internados nas UTIs, portanto, com maior risco de desenvolverem um quadro infeccioso e evoluírem a óbito por choque séptico.

Quando analisado o local de admissão hospitalar, a maioria dos pacientes foram admitidos pela unidade de emergência adulto, o que condiz com o perfil da instituição estudada, tratando-se de um dos hospitais de referência do Estado, com funcionamento de um pronto atendimento para a maior parte das situações de emergência do estado da Bahia.

Quando admitidos na UTI estudada, houve predomínio de pacientes procedente igualmente das enfermarias e do centro cirúrgico/CRPA. Estes dados condizem com o estudo realizado por Schein e Cesar (2010), onde mais da metade dos pacientes analisados e internados nas UTI provinha de enfermarias do próprio hospital. E ainda, este elevado índice de pacientes procedentes do centro cirúrgico/CRPA se justifica pelo risco inerente de infecção de sítio cirúrgico. Esta é uma complicação do ato cirúrgico e que continua sendo uma das causas mais comuns de quadro de sepse, sepse grave ou choque séptico (BRASIL, 2009).

Dentre os diagnósticos mais frequentes na admissão na UTI, destacou-se o Choque séptico, o pós-operatório, Sepse e Status pós-PCR, tais dados condizem com estudo realizado por Sales Junior (2006), onde 50,8% desenvolveram choque séptico no período estudado, com internações de caráter majoritariamente clínicas e pós-operatórias, emergenciais e eletivas.

Em relação aos fatores de risco, houve predomínio da Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes melitus, estes dados estão em concordância com o estudo BASES, onde a hipertensão destacou-se dentre as comorbidades encontradas, estando presente em 38,6% dos pacientes sépticos, assim como o diabetes melitus em 22,2% dos casos (SILVA et al, 2004).

Quanto às comorbidades, a Insuficiência Renal Crônica foi mais comum, de acordo com o estudo Sepse Brasil, a insuficiência renal crônica estava presente em 11,8% dos casos, dado semelhante ao encontrado neste estudo (SALES JÚNIOR et. al, 2006).

Dos pacientes analisados, a maioria evoluiu para Choque séptico e Sepse durante o internamento na UTI, o que condiz com os índices significativos de choque séptico (26,7%) adquiridos dentro da UTI encontrados por Carvalho et al (2010). Também, de acordo com o estudo Sepse Brasil, a Sepse ocorreu em 19,6% dos casos e choque séptico ocorreu em 50,8% (SALES JÚNIOR et. al, 2006).

O principal foco de infecção encontrado foi o pulmonar, seguido pelo foco abdominal, de acordo com o Relatório nacional de Sepse de 2014, o foco pulmonar foi mais prevalente em território nacional, presente em 55,3% dos casos de sepse no Brasil, particularmente em 57,9% dos casos encontrados em instituições públicas (ILAS, 2014). O foco pulmonar

também foi o foco mais encontrado no estudo *PROGRESS*, coorte realizada em UTIs de diferentes continentes (MARTIN et al, 2009).

Em relação à realização do exame de cultura, 94,2% dos pacientes tiveram as suas culturas colhidas, sendo 51,4% positivas e 37,1% sem resultado até a data do óbito. Trata-se de uma rotina institucional a realização de culturas quando o paciente é admitido na UTI com quadro infeccioso já diagnosticado ou suspeito. De acordo com Diament et. al (2011), há o grau de recomendação B a realização da antibioticoterapia adequada o mais precoce possível, com conseqüente melhor prognóstico do paciente, com menor letalidade. Assim, a coleta da cultura é de vital importância para a identificação do agente etiológico e adoção da terapêutica adequada, reduzindo o risco do aparecimento de bactérias resistentes.

A hemocultura e a urocultura foram realizadas seguida da cultura de secreção traqueal, dentre as culturas a serem colhidas, a realização das hemoculturas possui um papel primordial, pois na sepse podem ser encontrados microrganismos circulando na corrente sanguínea de forma contínua ou intermitente. Estes entram na circulação sanguínea a partir de um ou mais focos de infecção, independente de sua localização, podendo se instalar em outros tecidos ou órgãos, formando focos secundários. Entre 30% a 50% dos pacientes com sepse grave têm hemoculturas positivas, a pneumonia e as infecções intra-abdominais, são as mais frequentemente associadas à bacteremia secundária (DIAMENT et al, 2011).

Dentre os agentes etiológicos, a *Acinetobacter baumannii* foi a mais encontrada nas culturas, de acordo com Coelho (2012), a bactéria do gênero *Acinetobacter* é um bacilo gram negativo, estritamente aeróbio, não fermentador, imóvel. Dentre as diferentes espécies existentes, a *A. baumannii* é o de maior importância no que diz respeito à patologia humana, pois vem sendo frequentemente identificado como colonizador humano em doentes hospitalizados graves, ambientes de prestação de cuidados de saúde e alta capacidade de desenvolver mecanismos de resistência face à antibioticoterapia utilizada.

Os dados encontrados condizem ainda com a pesquisa realizada por Martin et al (2009), onde 57,3% de sua mostra foi diagnosticada com infecção causada por microrganismos gram negativos e na coorte multicêntrica realizada por Zanon et al (2008), os microrganismos mais frequentemente encontrados em pacientes sépticos foram os gram negativos, com destaque para a *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter sp* e *Acinetobacter SP*, também encontradas nos pacientes analisados neste estudo, à exceção da *Pseudomonas aeruginosa*.

A antibioticoterapia foi utilizada em todos os pacientes analisados, por se tratar de uma rotina institucional em pacientes com infecção suspeita ou confirmada. Destes, 45,7% tiveram o seu esquema terapêutico adaptado após os resultados das culturas, 31,4% não realizaram tal adaptação e 22,9% o fizeram antes dos resultados oficiais das culturas colhidas. Há grau de recomendação B para aqueles pacientes que estavam recebendo antibióticos inadequados e que tiveram a terapia ajustada de acordo com o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos na época do recebimento do resultado das culturas, podendo assim ter melhores prognósticos (DIAMENT et al, 2011).

A Noradrenalina foi utilizada por 97,1% dos pacientes com choque séptico, com uma mediana de uso de 04 dias. De acordo com Westphal et al (2011), há grau de recomendação A para a utilização da Noradrenalina, se comparada com a Dopamina, sendo essa mais potente que a Dopamina e provavelmente mais efetiva na reversão do choque séptico.

A Dobutamina foi utilizada em conjunto com a noradrenalina por 31,4% dos pacientes estudados, com uma mediana de utilização de 02 dias. De acordo com Kumar et al (2008), o uso da dobutamina está associado ao estímulo da resposta ventricular e aumento do índice de volume sistólico, com conseqüente aumento da perfusão tecidual e sobrevida do paciente. O grau de recomendação para o seu uso é A, sendo este o inotrópico de escolha no paciente séptico com sinais de disfunção miocárdica. Em casos de hipotensão concomitante, devem ser usados vasopressores em conjunto, recomendação de grau B (WESTPHAL et al, 2011).

A infusão de vasopressores deve ser precedida e/ou acompanhada de expansão volêmica adequada, grau de recomendação B (WESTPHAL et al, 2011). Entretanto, dados encontrados neste presente estudo apontam que apenas 62,9% dos pacientes fez uso de expansão volêmica com cristalóides, sendo que 34,2% dos pacientes tiveram o vasopressor como primeira escolha para reversão do quadro de hipotensão, não sendo realizada a expansão volêmica de acordo com as recomendações atuais.

No que diz respeito ao procedimento dialítico, uma grande parte dos pacientes realizou procedimento dialítico, em pesquisa realizada por Farias et al (2013), a disfunção renal esteve presente em 13% dos pacientes sépticos, com uma taxa de mortalidade de 66,6%. Com base nas Diretrizes Internacionais da Campanha Sobrevivendo a Sepsis (2013), há indicação de que as terapias de substituição renal contínuas e hemodiálise intermitente são equivalentes em pacientes com sepsis grave e insuficiência renal aguda. O uso de terapias contínuas é indicado ainda para facilitar o manejo do balanço hídrico em pacientes sépticos hemodinamicamente instáveis (DELLINGER et al, 2013).

Todos os pacientes analisados fizeram uso de cateter venoso central, seguido do tubo orotraqueal, cateter de pressão arterial média, sonda vesical de foley e sonda nasoenteral. Alguns pacientes fizeram uso de traqueostomia, entretanto seu uso se deu após a utilização de tubo orotraqueal por longos períodos. De acordo com Sales Junior et al (2006), pacientes submetidos à ventilação mecânica (54,1%), tem um risco aumentado para ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica. No estudo de Carvalho et al, (2010), o cateter venoso central foi a principal origem de microrganismos nos pacientes sépticos, totalizando 65% dos casos. É sabido que, quanto maior a quantidade de dispositivos invasivos em uso, maior o risco de colonização por microrganismos e evolução para o quadro séptico.

A totalidade dos pacientes realizou coleta de lactato sérico, onde foi observada que se trata de rotina na unidade estudada, através da realização diária da hemogasometria arterial. De acordo com Westphal et al (2011) a mensuração seriada do lactato no tempo zero e após 6 horas de ressuscitação hemodinâmica tem grande importância prognóstica e deve ser realizada, com grau de recomendação A, dosagens subsequentes de lactato, em intervalos de 6 horas, também podem ser necessárias para eventual adequação terapêutica.

O choque séptico foi a causa de óbito nos pacientes analisados. De acordo com o Relatório Nacional de Sepsis (2014), o choque séptico foi responsável por 60,8% dos casos em UTI públicas brasileiras, com uma taxa de mortalidade de 72,5% nas instituições públicas e 64,1% em todo o território nacional (ILAS, 2014). Em dados obtidos pelo estudo Sepsis Brasil, a taxa de mortalidade por choque séptico foi de 65,3%, ocorrendo em 50,8% dos casos analisados (SALES JÚNIOR et. al, 2006).

De acordo com os dados analisados, 51,4% dos pacientes que deram entrada na UTI com diagnóstico de choque séptico, evoluíram a óbito, o que se justifica pela maior gravidade do quadro clínico e corrobora com Relatório Nacional de Sepsis (ILAS, 2014), onde este foi a maior causa de óbito dentre as UTIs brasileiras analisadas (64,1%).

Vale ressaltar ainda que 17,1% de pacientes admitidos na UTI também apresentavam quadro de Sepsis, sendo assim, um número elevado de pacientes que deram entrada com quadro de Infecção na UTI (68,5% no total de pacientes admitidos nesta Unidade).

Também, evidenciou-se que 95,4% dos pacientes analisados fizeram uso de Noradrenalina, mas sem diferença estatisticamente significativa. O uso deste vasopressor se justifica pela gravidade do quadro dos pacientes analisados, que evoluíram para quadro de choque séptico, ainda que tal evolução para este quadro não fosse registrada durante o internamento.

Ao final, evidencia-se que além do tratamento adequado é necessário a vigilância contínua do profissional enfermeiro, sendo possível a consolidação dos cuidados preventivos, reconhecimento precoce dos sinais de Sepsis e abordagem correta nas primeiras horas de tratamento da patologia, resultando assim na melhoria da sobrevida dos pacientes e redução das taxas de mortalidade relacionadas ao choque séptico dentro das UTIs.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados analisados, houve predomínio do sexo feminino, a mediana de idade foi de 60 anos, a maioria eram não brancos, aposentados e procedentes de Salvador-Ba. Os pacientes foram majoritariamente admitidos na instituição no mês de julho pela unidade de emergência e admitidos na UTI principalmente no mês de agosto, procedentes das enfermarias e centro cirúrgico/CRPA, alguns já com diagnóstico de choque séptico.

A principal comorbidade encontrada foi a insuficiência renal crônica, e em relação aos fatores de risco, destacaram-se a hipertensão, o diabetes melitus e o etilismo. Pouco mais da metade dos pacientes estudados evoluíram para choque séptico durante o internamento na UTI porém, aproximadamente 31,4% não foram diagnosticados com choque séptico durante sua estadia na UTI, tendo este diagnóstico oficial apenas no atestado de óbito, como causa principal ou secundária. O principal foco de infecção foi o pulmonar, com hemoculturas positivas e tendo a *Acinetobacter baumannii* como principal microrganismo. No entanto, alguns pacientes foram a óbito antes da liberação oficial do resultado das culturas.

Todos os pacientes fizeram uso da antibioticoterapia profilática, com sua maioria modificando o esquema terapêutico após o resultado das culturas. Entretanto, um número significativo de pacientes teve sua terapêutica modificada sem o resultado oficial das culturas.

A grande maioria dos pacientes fez uso de aminas vasoativas, sendo a principal delas a noradrenalina. Apenas uma minoria utilizou a associação da Noradrenalina com a Dobutamina. E ainda, parte dos pacientes não fez uso de expansão volêmica prévia ou associada ao vasopressor, como recomendado pela literatura atual, utilizando somente o vasopressor.

Pouco mais da metade dos pacientes fez uso de procedimento dialítico e utilizou um número considerável de cateteres invasivos, sendo o tubo orotraqueal, cateter para mensuração da pressão arterial média, sonda vesical de foley e cateter central utilizado por quase todos os pacientes estudados. A totalidade dos pacientes teve o lactato sérico monitorizado, através da realização seriada da hemogasometria arterial, sendo já um protocolo institucional.

Frente ao contexto, conclui-se que a instituição adotou poucos procedimentos recomendados pela literatura para diagnóstico precoce e tratamento adequado dos pacientes com suspeita de sepse, sepse grave e choque séptico, dentro do intervalo de tempo analisado. Isso pode contribuir para o alto percentual de óbitos por choque séptico nos 3 meses avaliados, com uma média de um óbito por choque séptico a cada 2,6 dias.

Assim, a partir dos dados obtidos, recomenda-se a padronização de um protocolo institucional para o diagnóstico precoce e tratamento dos casos de sepse, sepse grave e choque séptico, com base nos mais atuais níveis de evidência e graus de recomendação disponíveis na literatura. Deste modo será possível padronizar e otimizar o cuidado prestado a estes pacientes, melhorando seu prognóstico e reduzindo a quantidade de óbitos por choque séptico na instituição.

Este estudo teve como limitação o pouco tempo disponível para coleta dos dados entre a data de liberação do Comitê de Ética e a data de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso. Visto isso, foi reduzida a série histórica a ser analisada para realização do trabalho.

Durante a coleta dos dados, três entraves também dificultaram a realização do estudo de modo satisfatório. Foram eles: a qualidade dos registros encontrados em prontuário, muitos com registros repetidos, sem data ou caligrafia pouco compreensível; a organização dos prontuários, com grande parte deles organizada de modo inadequado, fora da organização padrão e alguns com partes ausentes (precisaram ser descartados do estudo) e alguns pacientes com evolução clínica e tratamento condizentes com o quadro de sepse, sepse grave ou choque séptico, mas que não tinha o diagnóstico confirmado na evolução médica durante o internamento hospitalar ou em unidade de terapia intensiva, fazendo com que fosse necessária a exclusão destes pacientes do estudo e incentivando a redução dos pacientes analisados para apenas aqueles que tivessem o diagnóstico confirmado em atestado de óbito, já que, muitas vezes, era o único documento com diagnóstico confirmado de choque séptico em todo o transcorrer da internação hospitalar de alguns dos pacientes.

Com a caracterização destes pacientes foi possível evidenciar a alta incidência de sepse, sepse grave e choque séptico na unidade estudada, sendo o choque séptico a causa principal de óbitos nesta UTI nos 3 meses analisados. A partir daí faz-se necessária a elaboração e implementação de protocolos clínicos para prevenção e manejo adequado da sepse, sepse grave e choque séptico. Assim, será possível trabalhar para a redução da alta taxa de mortalidade por choque séptico na instituição, contribuindo também para a redução destes índices em todo o território nacional, já que esta é a principal causa de óbito nas UTIs brasileiras, principalmente nas instituições públicas.

Também, faz-se necessária a capacitação dos profissionais de saúde para reconhecimento precoce dos quadros de sepse para otimização do cuidado prestado a estes paciente. Assim será possível a prevenção das complicações decorrentes do mesmo, com

redução dos casos de choque séptico e consequente redução da taxa de mortalidade institucional e melhor prognóstico para os pacientes.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Disponível em < Tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niba.def>. Acesso em 04 dez 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas quem envolvem seres humanos**, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Aliança Mundial Para a Segurança do Paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas - Segundo Desafio Global Para a Segurança Do Paciente**. Brasília –BF, 2009.
- CARVALHO, Renan Henrique de et. al, Sepsis, Sepsis Grave e Choque Séptico: Aspectos Clínicos, Epidemiológicos e Prognóstico em Pacientes de Unidade de Terapia Intensiva de um hospital Universitário. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** v 43 n 5. Uberlândia – MG, 2010.
- COELHO, Maria José de Almeida Nunes Vidal. **Acinetobacter Baumannii: Uma Realidade Hospitalar**. [Mestrado] Universidade de Coimbra. Coimbra, 2012.
- DATASUS. **Sistema de tabulação de dados**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2013 nov 29.
- DIAMENT, Décio et al, Diretrizes para Tratamento da Sepsis Grave/Choque Séptico – Abordagem do Agente Infeccioso – Diagnóstico. **Rev Bras Ter Intensiva**. v 23 n 2. São Paulo – SP, 2011
- DELLINGER, R. Phillip; LEVY, Mitchell M; RHODES, Andrew et.al, Campanha de sobrevivência à sepsis: Diretrizes internacionais para tratamento de sepsis grave e choque séptico: 2012, **Critical Care Medicine Journal**. v 41, n 2, 2013.
- FARIAS, Lorena Landim et. al, Perfil Clínico e Laboratorial de Pacientes com Sepsis, Sepsis Grave e Choque Séptico Admitidos em Uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, v. 6, n. 3. Florianópolis - SC, 2013. p. 50-60
- FAUCI, Antony S.; KASPER, Denis L.; LONGO, Dan L. et. al, **Harrison: Medicina Interna**. Ed Mc Graw Hill, 17 ed. vol 2. Rio de Janeiro – RJ, 2008.
- INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSIS. **Campanha Sobrevivendo à Sepsis: Relatório Nacional**. São Paulo – SP, 2014.
- KUMAR, Anand et. al, Cardiovascular Response to Dobutamine Stress Predicts Outcome in Severe Sepsis and Septic Shock. **Critical Care**. v 12 n 2, 2008. 10 pp.
- LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. Guanabara/Koogan, 4 ed, 352 p.
- MARTIN, Greg et. al, The International PROGRESS Registry of Patients with Severe Sepsis: Drotrecogin Alfa (Activated) Use and Patient Outcomes. **Critical Care**, v 13 n 3, 2009.

MARTINS, Herlon Saraiva; NETO, Rodrigo Antônio Brandão; NETO, Augusto Scalabrini et. al. **Emergências Clínicas: Uma Abordagem Prática**. 8ª ed. rev. e atual. Ed. Manole. Barueri –SP 2013. 1190 p.

MORTON, Patrícia Gonce; FONTAINE, Dorric K. (organizadores) **Cuidados de Enfermagem: Uma Abordagem Holística**. 9º ed. Gen/Guanabara Koogan. Rio de Janeiro-RJ, 2011. 1500 p.

PENINCK, Paula Pedroso; MACHADO, Regimar Carla. Aplicação do Algoritmo da Sepse por Enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Rene**. Vol 13, n 1, 2012.

REINHART, Konrad; DANIELS, Ron; MACHADO, Flávia Ribeiro. O Ônus da Sepse: Uma Chamada em Apoio ao Dia Mundial da Sepse 2013. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v 25, n.1,p. 3-5.2013

ROCHA, M.S, et al. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para assistência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.3, p. 411-416, 2007.

SALES-JÚNIOR, João Andrade L; DAVID, Cid Marcos; HATUM, Rodrigo et. al, Sepse Brasil: Estudo Epidemiológico da Sepse em Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. v. 18, n 1. 2006.

SCHEIN, L.E. C; CESAR, J.A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 289-301, 2010.

SILVA, Eliézer et al, Brazilian Sepsis Epidemiological Study (BASES study). **Critical Care**, v 8 n 4, 2004.

SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN, **International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock**, 2013. Disponível em <www.survivingsepsis.org>.

TABNET SALVADOR. **Subcoordenação de Informação em Saúde**, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Datasus. Disponível em <<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>>. Acesso em: 2013 nov 29.

WESTPHAL, Glauco Adrieno; FEIJÓ, Janaína; ANDRADE, Patrícia Silva de; et. al, Estratégia de detecção precoce e redução de mortalidade na sepse grave. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**.v. 21, n. 2.2009.

WESTPHAL, Glauco Adrieno et. al, Diretrizes para Tratamento da Sepse Grave/Choqueséptico - Avaliação da Perfusão Tecidual. **Rev Bras Ter Intensiva**. v 23 n 01, Joinville – SC, 2011.

ZANON, Fernando et al. Sepse na unidade de terapia intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. **Rev. bras. ter. intensiva** [online]. 2008, vol.20, n.2, pp. 128-134. ISSN 0103-507X.

APÊNDICE A -INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento número: _____

1. **Sexo:** Masculino () Feminino ()

2. **Idade:** _____ em anos

3. **Escolaridade:** Sem instrução () Menos de 1 ano() 1 ano() 2 anos() 3 anos()

4 anos() 5 a 7 anos() 8 anos() 9 a 11 anos() 12 anos ou mais ()

Ignorado ()

4. **Ocupação:** Aposentado () Desempregado () Auxílio doença () Empregado ()

Outros ()_____

5. **Procedência:** Salvador () Interior () Região Metropolitana ()

6. **Cor de pele:** Branca () Não branca ()

7. **Data e hora da admissão hospitalar:**_____

Por onde deu entrada? _____

8.**Data e hora da admissão na UTI:**_____

9. **Unidade de procedência:** () Centro cirúrgico/CRPA () Enfermaria () Centro Obstétrico () Emergência () UTI Emergência () UTI cirúrgica () CHD () Outra instituição

10. **Tempo de internação na UTI:**_____

11. **Diagnóstico na admissão na UTI:**

12. **Comorbidades associadas:**

HAS () Diabetes () Insuficiência Renal Crônica () Outros

Qual?/ Quais?

13. Diagnóstico clínico: Sepses () Sepses Grave () Choque Séptico ()

14. Data de evolução do quadro clínico para sepsis, Sepsis Grave e Choque Séptico: _____

15. Foco(s) da Infecção(ões): _____

16. Culturas Positiva () Negativa ()

Foi colhido: () Hemocultura () Urocultura () Secreção Traqueal () Outras

Qual? _____

Data das culturas: _____

Cultura onde foi encontrado a bactéria e nome da bactéria:

17. Antibioticoterapia: () sim () não

Data inicial: _____

Houve mudança no antibiótico após as culturas? _____

18. Terapia medicamentosa – Amina vasoativa

a. Uso de Noradrenalina:

Início: _____ Tempo de uso: _____

b. Uso de Dobutamina

Início: _____ Tempo de uso: _____

c. Uso de outra droga vasoativa: Qual? _____

Início: _____ Tempo de uso: _____

19. Procedimento dialítico: Sim () Não ()

Hemodiálise () Diálise peritoneal () CVVHD () Início: _____

20. Dispositivos:

SNE () SNG () CATETER CENTRAL () SORENSE () TOT () TQT
 () DVE () Cateter de PAM () CATETER PERIFÉRICO () SVF ()
 GASTROSTOMIA () Dreno Torácico ()

Outros: _____

21. Lactato: Colhido? Sim () Não ()

Quando? _____

22. Hidratação Volêmica: Sim () Não ()

Se sim, quando? _____

Tipo de volume infundido? _____

Volume infundido: _____

23. Evolução do quadro clínico na UTI:

- Alta para a enfermagem do próprio hospital ()
- Transferência para outro hospital ()
- Alta para casa ()
- Óbito () data do óbito: _____

Se óbito, descrição da causa do óbito no atestado de óbito: _____

APÊNDICE B -TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM PRONTUÁRIOS

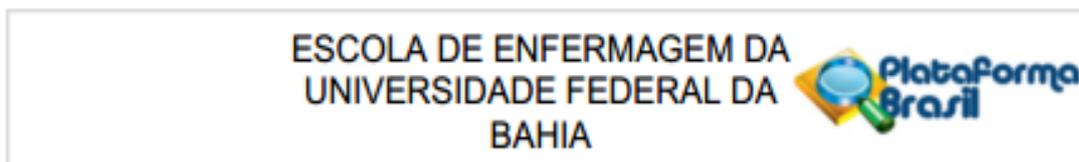
A pesquisadora Ráissa Soraya Souza de Oliveira do projeto intitulado “*Perfil Clínico de Pacientes com Sepses, Sepses Grave e Choque Séptico*”, se compromete em manter o sigilo dos dados coletados em prontuário dos pacientes atendidos na UTI geral do Hospital Geral Roberto Santos. Essas informações terão única e exclusivamente finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes, de acordo com princípios e normas regulamentadoras da Resolução 466/12 de pesquisas envolvendo seres humanos.

Salvador, ____ de _____ de 2014

Concordância do Responsável pelo
Serviço de Arquivo Médico

Elieusa e Silva Sampaio
Pesquisadora

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM SEPSE, SEPSE GRAVE E CHOQUE

Pesquisador: Elieusa e Silva Sampaio

Área Temática:

Versão:

CAAE: 33867514.7.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 777.958

Data da Relatoria: 06/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem de Raissa Soraya Souza de Oliveira orientado pela Professora Elieusa Sampaio um estudo de corte transversal e retrospectivo com coleta de dados de 100 (cem) prontuários da unidade de terapia intensiva (UTI)* do maior hospital público do estado da Bahia*. "A amostra será por conveniência, onde serão incluídos todos os pacientes que foram admitidos na UTI e diagnosticados com sepse, sepse grave e choque séptico no período de julho a dezembro de 2013. Os dados serão coletados de fontes secundárias, a partir dos prontuários. Para isso foi construído um instrumento de coleta de dados, contendo informações sobre os pacientes que foram internados na UTI. Os dados coletados serão analisados pelo Programa Estatístico Statistic Program for Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Os dados serão descritos através de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de variabilidade das características estudadas*.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo parte da hipótese de que Elevadas taxas de incidência de sepse, sepse grave e choque séptico na UTI aumentam as taxas de mortalidade nesta unidade.

Tendo como objetivo geral: *• Analisar o perfil clínico dos pacientes admitidos com sepse, sepse grave e choque séptico em unidade de terapia intensiva de hospital público de Salvador-BA*.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br