



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL

FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO EM PACIENTES COM SEPSE DE
FOCO ABDOMINAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NATASHA VARJÃO VOLPÁTI

RIO BRANCO - AC

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL

FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO EM PACIENTES COM SEPSE DE
FOCO ABDOMINAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Aluno: NATASHA VARJÃO VOLPÁTI

Orientador: LUIS EDUARDO MAGGI

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Acre
como parte dos requisitos
para obtenção do Título de
Mestre em Ciências da Saúde
na Amazônia Ocidental

Rio Branco - AC

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

- V931f Volpáti, Natasha Varjão, 1990-
Fatores associados ao óbito em pacientes com sepse de foco abdominal / Natasha Varjão Volpáti. – 2018.
62 f. : il. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Rio Branco, 2018.
Inclui referências bibliográficas, anexo e apêndice.
Orientador: Prof. Dr. Luis Eduardo Maggi.
1. Ciências da saúde – Dissertação. 2. Septicemia – Óbitos. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD: 613

III

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

**FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO EM PACIENTES COM SEPSE DE
FOCO ABDOMINAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

NATASHA VARJÃO VOLPÁTI

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luís Eduardo Maggi (Orientador)

Universidade Federal do Acre - UFAC

Examinadores:

Prof. Dr. Renan Moritz Varnier Rodrigues de Almeida (membro externo)

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dra Rita do Socorro Uchôa da Silva. (Membro interno)

Universidade Federal do Acre

Suplente:

Prof. Dr. Dionatas Ulisses de Oliveira Meneguetti

Universidade Federal do Acre

RIO BRANCO

Data da Defesa: 23/03/2018

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, minha fonte de inspiração, meu renovo a cada manhã e a minha família, minha base de tudo, razão por eu estar hoje aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida e ter proporcionado o privilégio de chegar até aqui.

À minha família, meu porto seguro, em especial a minha mãe Sônia Maria, minha melhor amiga, meu pai (in memoriam), tio (pai) Osclimar Gomes, meu irmão João Lucas Varjão, que amo tanto, à minha avó Francisca Melo, minhas tias: Regiana Varjão, Raimunda Melo e Maria Lucia Melo, agradeço por toda ajuda, incentivo, por sonharem junto comigo. Agradeço ao meu esposo Heimar Lopes, pela compreensão do tempo que precisei estar ausente, agradeço a todos por estarem sempre ao meu lado, amo todos vocês.

Agradeço aos meus orientadores, professor Luís Maggi que mesmo entre suas viagens obtinha um tempo para as orientações, a minha querida professora Patrícia Rezende Prado que na conclusão do seu doutorado conseguia um tempinho para me orientar e corrigir os artigos, não posso deixar de dizer que mesmo em seu último mês de gestação ainda estava analisando dados junto comigo no SPSS, obrigada de coração por todas as chamadas de atenção, me incentivaram a concluir essa etapa.

Agradeço a todos os enfermeiros da unidade de terapia intensiva onde trabalho, em especial pelas trocas de plantão e auxílio, aos técnicos de enfermagem, secretárias, médicos, residentes, fisioterapeutas, deixo aqui minha admiração e gratidão a todos vocês por exercerem a arte do cuidar ao paciente crítico. Obrigada a toda equipe do SAME, em poder partilhar de meses de coleta de dados juntamente a vocês, agradeço por me receberem tão bem.

*Mudaste o meu pranto em dança, a
minha veste de lamento em veste de
alegria, para que o meu coração cante
louvores a ti e não se cale.*

*Senhor, meu Deus, eu te darei graças
para sempre.*

Salmos 30:11-12

SUMÁRIO

ABSTRACT	X
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS	XI
I. APRESENTAÇÃO	1
II. INTRODUÇÃO	2
III. OBJETIVO	5
III. 1- OBJETIVO GERAL	5
III. 2-OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
IV. ARTIGO CIENTÍFICO	6
IV.1 - ARTIGO I – Submetido no dia 07/12/2017 na Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM) com ID: 2636.	6
INTRODUÇÃO	7
MÉTODO.....	8
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS.....	18
IV.2 - ARTIGO 2 Será submetido até o dia 10/04/2018 na Revista: Nursing in Critical Care ..	20
INTRODUÇÃO	22
MÉTODO.....	23
RESULTADOS	25
DISCUSSÃO	28
CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
VII. ANEXOS E APÊNDICES	36
APÊNDICE I - Instrumento para Coleta de Dados de Pacientes com Sepsis de Foco Abdominal.	36
ANEXO I: Normas da Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM).....	38
ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	46

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores associados ao óbito em pacientes sépticos de foco abdominal em uma unidade de terapia intensiva em Rio Branco - AC.

Método: Primeiramente criado com base em uma revisão integrativa da literatura um instrumento para coleta de dados da pesquisa, que posteriormente foi avaliado por 23 *experts* para validação e aplicação. No estudo transversal, a análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa SPSS, versão 20.0, com as respectivas frequências absoluta e relativa das variáveis, assim como foi utilizado o teste X^2 de Pearson e/ou o teste exato de Fisher para identificar a associação com o óbito nestes pacientes. **Resultados:** O instrumento foi validado por 23 *experts*, sendo 18 (78,3%) enfermeiros e 05 (21,7%) médicos, 20 (86,95%) do estado do Acre, 01 (4,34%) do estado de São Paulo e 02 (8,69%) de Minas Gerais. O instrumento resultou em seis domínios, confeccionado em duas páginas, com 83 variáveis, em sua maioria de questões objetivas. Em seguida, foi realizado o estudo transversal com este instrumento. Dos 40 (100%) pacientes da amostra, 22,5% tinham idade superior a 60 anos, 57,5% era do sexo masculino, 67,5% tinham diagnóstico pertencente ao sistema gastrointestinal, quanto à classificação da sepse, 75,0% apresentaram choque séptico, em relação aos índices de gravidade. As variáveis que apresentaram associação com óbito nos pacientes sépticos com foco abdominal nesta UTI foram: pacientes com idade maior que 60 anos, embora representassem 22,5% da amostra, aproximadamente 90% morreram (p-valor 0,005), assim como os pacientes que foram classificados com choque séptico, onde 56,7% dos 75% foram a óbito (p-valor 0,04). **Conclusão:** Os fatores associados ao óbito nos pacientes com sepse de foco abdominal nesta UTI foram: pacientes com idade maior que 60 anos e com choque séptico. Conhecer o perfil dessa população e os fatores associados ao óbito produzem subsídios para nortear a identificação precoce e a prestação dos cuidados de enfermagem a esses pacientes.

Palavras-chave: Sepse; Fatores de Risco; Letalidade; Unidade de terapia intensiva; enfermeiro.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with death in septic patients of abdominal focus in an intensive care unit in Rio Branco - AC. **Method:** Firstly, based on an integrative literature review, an instrument for data collection of the research, which was subsequently evaluated by 23 experts for validation and application. In the cross-sectional study, data analysis was performed with the aid of the SPSS program, version 20.0, with the respective absolute and relative frequencies of the variables, as well as the Pearson X^2 test and/or the Fisher exact test to identify the association with death in these patients. **Results:** The instrument was validated by 23 experts, of whom 18 (78.3%) were nurses and 05 (21.7%) were physicians, 20 (86.95%) from the state of Acre, 01 (4.34%) from the state of São Paulo and 02 (8.69%) of Minas Gerais. The instrument resulted in six domains, made up of two pages, with 83 variables, mostly objective questions. The cross-sectional study with this instrument was then performed. Of the 40 (100%) patients in the sample, 22.5% were over 60 years of age, 57.5% were male, 67.5% were diagnosed as belonging to the gastrointestinal system, regarding sepsis classification, 75.0 % presented septic shock, in relation to the severity indexes. The variables that had an association with death in septic patients with abdominal focus in this ICU were: patients older than 60 years, although they represented 22.5% of the sample, approximately 90% died (p-value 0.005), as well as patients were classified as septic shock, where 56.7% of the 75% died (p-value 0.04). **Conclusion:** The factors associated with death in patients with sepsis of abdominal focus in this ICU were: patients older than 60 years and with septic shock. Knowing the profile of this population and the factors associated with the death produce subsidies to guide the early identification and the provision of nursing care to these patients.

Keywords: Sepsis; Risk factors; Lethality; Intensive care unit; nurse.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACCP: *American College of Chest Physicians*

APACHE: Avaliação da fisiologia aguda e da saúde crônica

Bpm: batimentos por minuto

dL: decilitro

HR: hazard ratio

IC: Intervalo de confiança

lpm: incursões por minuto

L : litro

Mg: miligramas

mm³: milímetro cúbico

mmHg: milímetros de mercúrio

Mmol: milimole

°C: graus Celsius

PaCO₂: pressão parcial de gás carbônico

PAM: pressão arterial média

SCCM: *Society of Critical Care Medicine*

SOFA: *Sequential Organ Failure Assessment*

SIRS: Síndrome da resposta inflamatória sistêmica

UTI: unidade de terapia intensiva

I. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação, intitulada “Fatores associados ao óbito em pacientes com sepse de foco abdominal em unidade de terapia intensiva” está organizada em: introdução, onde estão elencadas de forma sucinta a história, o diagnóstico e a evolução da sepse, em seguida tem-se o objetivo do estudo, e posteriormente, os capítulos dos artigos que trazem em suas introduções um referencial teórico mais amplo sobre este tema.

No Capítulo I, é apresentado o artigo “Construção e validação de instrumento para coleta de dados de pacientes com sepse abdominal” submetido à revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. O Capítulo II, com o artigo original “Fatores associados ao óbito e intervenções de enfermagem frente a sepse de foco abdominal em uma unidade de terapia intensiva I”, a ser submetido à revista *Nursing in Critical Care*. O primeiro artigo está de acordo com as diretrizes para os autores. Tem-se ainda, a conclusão geral, referências, apêndices e anexos.

II. INTRODUÇÃO

Ainda que muito difundida na literatura, a sepse permanece com um difícil manejo clínico, com altas taxas de incidência, morbidade e mortalidade, gerando importante gasto financeiro, especialmente devido às suas complicações como choque séptico e disfunção de múltiplos órgãos^{1, 2}.

A inflamação é uma reação fisiológica primária frente a uma agressão tecidual, seja ela de natureza física, química ou biológica. Quando o sistema imunológico do hospedeiro é saudável e a virulência dos microrganismos envolvidos estão abaixo de um limite de tolerância, a infecção é restrita e a sua cura ocorre de forma natural^{3,4}. Entretanto, se os microrganismos superam o sistema de autodefesa imunológica de um hospedeiro, eles podem se propagar para tecidos e órgãos distantes através da corrente sanguínea. Em resposta à invasão sistêmica de microrganismos, o corpo desencadeia a produção de mediadores inflamatórios e sinais e sintomas característicos. A perda deste controle local ou a aparição de uma resposta hiperativa condiciona uma resposta sistêmica é conhecida como sepse^{3,4}.

A definição de sepse é um problema crítico devido à heterogeneidade do processo da doença. No decorrer da história houve mudanças quanto a seus critérios. Uma conferência de consenso de 1991 da *American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine (ACCP/SCCM)*, definiu a sepse como a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), na qual ocorre uma resposta inflamatória disseminada pelo organismo frente a um insulto variado, caracterizada pela presença de dois dos seguintes critérios: febre ou hipotermia (temperatura corporal $>38^{\circ}\text{C}$ ou $<36^{\circ}\text{C}$); taquicardia (frequência cardíaca $>90\text{bpm}$); taquipnéia (frequência respiratória $>20\text{ ipm}$ ou pressão parcial de dióxido de carbono arterial, $\text{PaCO}_2 <32\text{mmHg}$); leucocitose ou leucopenia (leucócitos $>12.000\text{ células/mm}^3$ ou $<4.000\text{ células/mm}^3$ ou presença de $>10\%$ de formas jovens) e sepse como SIRS associada a foco infeccioso^{5,6}.

As definições de sepse e choque séptico foram revisadas em 2001 para incorporar os valores limiar para danos nos órgãos, na sepse grave ocorre disfunção aguda de órgãos secundária à infecção documentada ou suspeitada. Já o choque séptico inclui sinais e sintomas da sepse grave com hipotensão não revertida com ressuscitação fluida⁶.

No início de 2016, as novas definições de sepse e choque séptico mudaram drasticamente. A sepse agora é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta do hospedeiro desregulada à infecção e choque séptico definido como um subconjunto de sepse em que as anormalidades subjacentes ao metabolismo circulatório e celular são profundas o suficiente para aumentar substancialmente a mortalidade^{6,7}.

Pacientes com choque séptico podem ser identificados com uma construção clínica de sepse com hipotensão persistente que requer o uso de vasopressores para manter uma pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mm Hg e com um nível sérico de lactato >2 mmol/L (18 mg /dL) apesar da reanimação volumétrica adequada⁷.

A ascensão de sua incidência está associada a fatores como aumento da expectativa de vida da população, maior número de comorbidades dos pacientes hospitalizados, aumento dos procedimentos invasivos, uso indiscriminado de antibióticos e doenças pulmonares⁸.

Um estudo realizado no Brasil mostrou que o principal foco de infecção na sepse é o trato respiratório, entretanto o índice de maior mortalidade está nos pacientes com sepse de foco abdominal⁸.

A invasão e a proliferação de agentes infecciosos na cavidade abdominal provocam processo inflamatório intenso e as infecções intra-abdominais são comuns e são associadas à elevada morbidade e mortalidade⁹.

Ainda na problemática da mortalidade da sepse abdominal, um estudo de coorte retrospectivo realizado com pacientes diagnosticados com sepse e choque séptico em uma UTI de Rio Branco, Acre, identificou que pacientes

sépticos com foco de infecção abdominal apresentaram maior risco de óbito (HR:3,71; IC 95%: 1,31-10,49) e 100% destes morreram ao final de 24 dias de internação¹⁰.

III. OBJETIVO

III. 1- OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores associados ao óbito em pacientes sépticos com foco abdominal.

III. 2-OBJETIVOS ESPECIFICOS

Criar e validar um instrumento para coleta de dados dos pacientes com sepse de foco abdominal.

Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes sépticos com foco abdominal.

Nortear as intervenções de enfermagem frente aos fatores associados ao óbito nos pacientes com sepse de foco abdominal.

IV. ARTIGO CIENTÍFICO

IV.1 - ARTIGO I – Submetido no dia 07/12/2017 na Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM) com ID: 2636.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE PACIENTES COM SEPSE ABDOMINAL

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR DATA COLLECTION OF PATIENTS WITH ABDOMINAL SEPSIS

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES CON SEPSIS ABDOMINAL

RESUMO

Objetivo: Construção e validação de um instrumento para coleta de dados de pacientes com sepse de foco abdominal em unidade de terapia intensiva (UTI). **Método:** Estudo metodológico descritivo de construção e validação de conteúdo realizado em três etapas 1) Revisão integrativa da literatura, 2) Construção do instrumento e 3) Validação de conteúdo do instrumento. **Resultados:** O instrumento foi validado por 23 juízes, sendo 18 (78,3%) enfermeiros e 05 (21,7%) médicos os quais apresentavam critérios pré-estabelecidos. O instrumento resultou em 83 variáveis divididas em 6 domínios, após as contribuições 100% dos avaliadores julgaram que os dados são suficientes. **Conclusão:** O instrumento construído é válido segundo os especialistas para coleta de dados de forma sistematizada dos pacientes sépticos de foco abdominal em unidade de terapia intensiva.

Descritores: Estudos de validação; Sepse; Unidade de terapia intensiva; Coleta de Dados; Fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: Construction and validation of an instrument for data collection of patients with abdominal focus sepsis in an intensive care unit (ICU). **Method:** Descriptive methodological study of construction and validation of content performed in three stages 1) Integral review of the literature, 2) Construction of the instrument and 3) Validation of the content of the instrument. **Results:** The instrument was validated by 23 judges, of whom 18 (78.3%) were nurses and 05 (21.7%) were physicians who had pre-established criteria. The instrument resulted in 83 variables divided into 6 domains, after the contributions 100% of the evaluators judged that the data are sufficient. **Conclusion:** The instrument constructed is valid according to specialists for data collection in a systematized form of septic patients of abdominal focus in intensive care unit.

Descriptors: Validation Studies; Sepsis; Intensive Care Units; Data Collection; Risk Factors.

RESUMEN

Objetivo: Construcción y validación de un instrumento para la recolección de datos de pacientes con sepsis de foco abdominal en unidad de terapia intensiva (UTI). **Método:** Estudio metodológico descriptivo de construcción y validación de contenido realizado en tres etapas 1) Revisión integrativa de la literatura, 2) Construcción del instrumento y 3) Validación de contenido del instrumento. **Resultados:** El instrumento fue validado por 23 jueces, siendo 18 (78,3%) enfermeros y 05 (21,7%) médicos los cuales presentaban criterios preestablecidos. El instrumento resultó en 83 variables divididas en 6 dominios, después de las contribuciones 100% de los evaluadores juzgaban que los datos son suficientes. **Conclusión:** El instrumento construido es válido según los especialistas para recolección de datos de forma sistematizada de los pacientes sépticos de foco abdominal en unidad de terapia intensiva.

Descriptorios: Estudios de Validación; Sepsis; Unidades de Cuidados Intensivos; Recolección de Datos; Factores de Riesgo.

INTRODUÇÃO

A sepse atualmente é a principal causa de morte nas unidades de terapia intensiva (UTI) e uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia, superando o infarto do miocárdio e o câncer¹.

Segundo o Terceiro Consenso Internacional de Definições de Sepse e Choque Séptico, a sepse é definida como a disfunção de órgãos com risco de vida, causada por uma resposta do hospedeiro à infecção desregulada. A disfunção de órgão pode ser identificada como uma alteração aguda no índice *Sequential Organ Failure Assessment* (qSOFA). Uma pontuação total ≥ 2 pontos, consequente à infecção, será caracterizado por alteração do estado mental, pressão arterial sistólica ≤ 100 mmHg ou taxa respiratória ≥ 22 por minuto. Já os pacientes com choque séptico podem ser identificados com uma construção clínica de sepse com a persistência de hipotensão, necessitando de vasopressores para manter a pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg e com um nível sérico de lactato >2 mmol/L (18 mg/dL), apesar de adequada reposição volêmica².

O controle do foco infeccioso de forma oportuna e adequada permanece sendo um componente vital no gerenciamento definitivo da sepse e é fundamental para um resultado bem-sucedido na infecção abdominal complicada, vale ressaltar que a sepse abdominal é um resultado tanto da infecção intra-abdominal quanto retroperitoneal^{3,4}.

Ainda na problemática da mortalidade da sepse abdominal, um estudo de coorte retrospectivo realizado com pacientes diagnosticados com sepse e choque séptico em uma UTI de Rio Branco, Acre, identificou que pacientes sépticos com foco de infecção abdominal apresentaram maior risco de óbito (HR:3,71; IC 95%: 1,31-10,49) e 100% destes morreram ao final de 24 dias de internação⁵.

Diante da problemática nasceu o interesse de construir e validar um instrumento específico que possibilitasse a coleta de dados de forma sistematizada dos pacientes com sepse com foco abdominal.

Vale ressaltar que a validade de um instrumento representa o grau em que este mede o conteúdo que se propõe a medir. Existem diversas formas de

validade em função da sua relevância, totalidade e exatidão: validade de aparência, conteúdo, critério e construto⁶.

A validade de conteúdo versa em uma avaliação subjetiva, com base na avaliação de juízes da área do conteúdo para determinar se o instrumento explora todas as dimensões e domínios pertinentes ao conceito ou construto em estudo⁶, destaca-se que o valor deste estudo está relacionado ao reconhecimento científico que se associa a um instrumento.

Neste estudo, objetivou-se a construção e validação de conteúdo de um instrumento para coleta de dados direcionada aos pacientes diagnosticados com sepse intra-abdominal em unidade de terapia intensiva, possibilitando identificar o perfil desses pacientes assim como correlacionar os fatores de risco para o óbito.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico descritivo de construção e validação de conteúdo de um instrumento para coleta de dados de pacientes internados em UTI com diagnóstico de sepse com foco abdominal.

A construção e validação do instrumento foi realizada em três etapas:

1) Revisão integrativa da literatura para a construção do instrumento: levantamento de artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica), através dos descritores e palavras: sepse, unidades de terapia intensiva, abdome, foco abdominal, fatores de risco, óbito, instrumento, construção e validação, nos idiomas inglês e português.

2) Construção do instrumento: após o embasamento científico foi realizado a identificação dos principais indicadores que apresentaram relevância na literatura, dando início a criação da primeira versão do instrumento. As 83 variáveis foram categorizadas em seis eixos, em sua maioria com questões de múltiplas escolhas: perfil epidemiológico (15), procedimento cirúrgico abdominal (11), perfil clínico na primeira hora de

admissão na UTI (31), evolução do paciente (11), pacote para tratamento de sepse nas primeiras 3 e 6 horas (11) (Figura 1).

3) Validação de conteúdo do instrumento: nesta etapa foi realizada a validação do conteúdo do instrumento, a qual consiste no julgamento dos domínios presentes no instrumento a fim de averiguar se estes são compatíveis com o que se deseja mensurar. Diferente do que acontece em outros formatos de validação de testes, a validação do conteúdo não está baseada em escores ou diferenças entre pessoas, mas sim no respaldo de especialistas em relação ao conteúdo dos itens⁷.

A validação de conteúdo foi realizada por um painel de 23 juízes aptos, foram estabelecidos como parâmetros para seleção: ser médico ou enfermeiro, possuir titulação mínima de especialização em terapia intensiva ou cirurgia geral, tempo de experiência maior ou igual a 2 anos em UTI e/ou centro cirúrgico e possuir interesse em participar da pesquisa.

Para validação do instrumento foi criado um questionário, o qual foi estruturado com um texto explicativo, esclarecendo o objetivo da pesquisa e a atividade solicitada aos juízes, seguido ao parecer de aprovação do comitê de ética.

O questionário acompanhava o instrumento com os seguintes questionamentos em cada eixo da ficha: Você considera que os dados estão completos? Você acrescentaria algum item? Qual (is)? Você excluiria algum dado? Qual(is)? Ao término da avaliação, o profissional realizava um julgamento geral através de uma pontuação de 0 (ruim) a 10 (ótima), se consideraria aplicável na prática clínica para coleta de dados e se gostaria de fazer alguma consideração. Após a seleção dos juízes e a aplicação dos questionários de validação os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2010 e analisado através do programa SPSS versão 20.0.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo CAAE nº 47577215.2.0000.5009 da Fundação Hospital Estadual do Acre - FUNDHACRE.

RESULTADOS

O instrumento foi validado por 18 (78,3%) enfermeiros e 05 (21,7%) médicos, sendo 5 (21,7%) do sexo masculino e 18 (78,3%) sexo feminino, 20 (86,95%) do estado do Acre, 01 (4,34%) de São Paulo e 02 (8,69%) de Minas Gerais. Todos eles possuíam especialização em terapia intensiva, infectologia ou cirurgia geral assim como o tempo de experiência maior que dois anos.

A Figura 1 mostra os seis domínios do instrumento de acompanhamento e avaliação. O instrumento resultou em duas páginas com 83 variáveis, em sua maioria de questões objetivas, fator facilitador para coleta de dados.

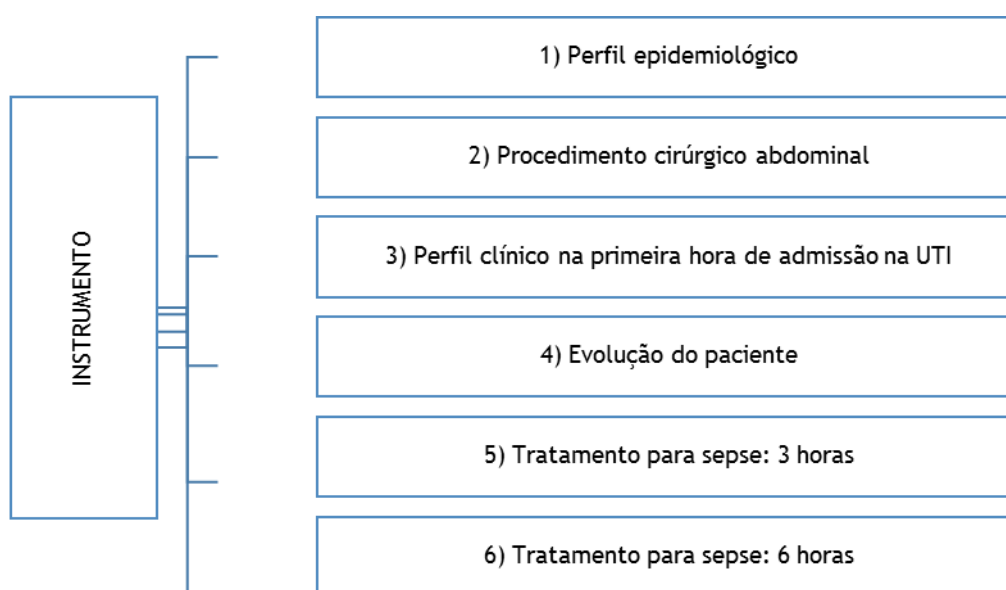


Figura 1: Esquema descritivo das etapas do instrumento de avaliação proposto.

Na primeira parte, “perfil epidemiológico”, contempla informações gerais como nome do paciente, data de nascimento, idade, número do registro hospitalar, setor de admissão no hospital, admissão na UTI, diagnóstico inicial, classificação para sepse na admissão na UTI, bem como a procedência do mesmo (Figura 2).

I. Perfil epidemiológico		
1. Nome:		2. Data de nascimento: ___/___/_____
3. Idade:	4. IMC:	5. Número do registro:
6. Cor: (1) Branco (2) Parda (3) Negro (4) Indígena	7. Alergias: () Não () Sim: _____	8. Data de admissão hospitalar: ___/___/___
	9. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	10. Data de admissão na UTI: ___/___/___
11. Local admissão: (1) Sala de Emergência Clínica (2) Sala de Emergência Traumática		12. Diagnóstico inicial:
14. Classificação de sepse na admissão UTI: (1) Sepse (2) Choque Séptico (3) Disfunção orgânica		13. Comorbidades pregressas:
		15. Procedência na admissão na UTI: (1) Centro cirúrgico (2) Sala de Emergência Traumática (3) Sala de Emergência Clínica (4) Enfermaria _____

Figura 2: Perfil Epidemiológico.

Quanto ao “procedimento cirúrgico abdominal” (Figura 3), constam informações referentes a realização ou não de cirurgia abdominal, caso o mesmo tenha sido submetido, deverá ser informado se foi eletiva ou emergencial, classificá-la, informar a data da indicação e data do procedimento, tempo de procedimento cirúrgico, se foram administrados antibióticos como profilaxia e se houve transfusão de hemocomponentes, informar também, o principal achado identificado no procedimento, bem como o cirurgião responsável.

II. Procedimento cirúrgico abdominal	
16. Cirurgia: (1) Sim (2) Não	17. SSVV antes do procedimento: PA inicial: _____ mmHg PAM: _____ mmHg Tax: _____ °C FC: _____ FR: _____
18. Data da indicação da cirurgia: ___/___/___	
19. Data da realização da cirurgia: ___/___/___	21. Tempo de realização cirúrgica: _____ minutos
20. Classificação da cirurgia: (1) Limpa (2) Potencial contaminada (3) Contaminada (4) Infectada	22. Profilaxia com antibiótico: (1) Sim (2) Não
	23. Nome do antibiótico: _____
24. Transfusão de hemocomponentes: (1) Sim: Especificar: _____ volume: _____ (2) Não	25. Médico cirurgião responsável: _____
	26. Principal achado na cirurgia: _____
	27. Intercorrências durante o procedimento

Figura 3: Procedimento Cirúrgico.

No segmento “perfil clínico: 1^a hora de admissão na UTI”, incluem variáveis utilizadas para avaliar o escore SOFA (Avaliação sequencial de falência de órgãos) como sinais vitais, escore para escala de coma de *Glasgow* e *Rass* para pacientes sedados, uso de cateter venoso central, infusão de aminas vasoativas, presença de insuficiência renal aguda associada ao quadro clínico, exames laboratoriais que contemplam marcadores da função hematológica, renal, hepática, hipóxia tecidual e eletrólitos sódio e potássio. (Figura 4)

III. Perfil clínico: 1 hora de admissão na UTI			
28. Pressão arterial inicial: mmHg	29. Pressão arterial média: mmHg	30. Ventilação Mecânica invasiva: (1) Sim (2) Não	31. Fio2:
32. FR:	33. FC:	34. Relação PaO2/Fio2:	35. pH arterial:
36. Temperatura:	37. Glasgow:	38. HCO3 arterial:	39. CO2 arterial:
40. Rass:	41. Lactato:	42. TGO ():	43. TGP ():
44. Bilirrubina Direta:	45. Albumina:	46. Ureia:	47. Creatinina:
48. Sódio:	49. Potássio:	50. Hemoglobina:	51. Hematócrito:
52. Plaquetas:	53. Bastões:	54. Leucócitos:	
55. Pressão intra-abdominal: mmHg		56. Pressão venosa central: mmHg	
57. Uso de Acesso Venoso Central: (1) Sim (2) Não		58. Insuficiência Renal Aguda: (1) Sim (2) Não	
59. Uso de aminas: (1) Noradrenalina (2) Dopamina (3) Dobutamina		60. Problemas Crônicos de Saúde: (1) Cirrose-Biópsia (2) ICC grau IV (3) DPOC severo: Hipercapnia, O2 Dependente, Hipertensão pulmonar (4) Diálise Crônica (5) Imunocomprometido	

Figura 4: Perfil clínico: Primeira hora de admissão na UTI

No sistema respiratório foram colocados elementos em relação a presença ou não do suporte de ventilação mecânica, valores da gasometria arterial, relação pressão arterial de oxigênio e fração inspirada de oxigênio (PaO2/Fio2).

No quarto elemento do instrumento, a “evolução do paciente”, estão presentes variáveis como o micro-organismo, antibióticos utilizados no curso do tratamento, tempo de permanência, número de intervenções cirúrgicas, se houve peritoneostomia, colostomia, terapia nutricional, se o paciente foi submetido a traqueostomia, caso resposta afirmativa, informar com quantos dias após a intubação o procedimento foi realizado e o desfecho do paciente, ou seja, alta ou óbito. (Figura 5)

IV. Evolução do paciente			
61. Tempo de permanência: (1) até 7 dias (2) até 14 dias (3) >14 dias		62. Antibióticos utilizados (especificar):	
63. Número de intervenções cirúrgicas:	64. Peritoneostomia: (1) Sim (2) Não	65. Colostomia: (1) Sim (2) Não	66. Nutrição parenteral total: (1) Sim (2) Não
67. Dieta enteral: (1) Sim (2) Não	68. Quantos dias de tubo oro traqueal:	69. Traqueostomia: (1) Sim (2) Não	70. Micro-organismos: (1) gram-positivo (2) gram-negativo
71. Sítio de identificação do micro-organismo:		72. Desfecho: (1) alta (2) óbito	

Figura 5: Evolução do paciente.

Na quinta e penúltima parte, está contemplado o tratamento para sepse que precisa ser realizado nas primeiras três horas de diagnóstico da mesma, vale ressaltar que tal conduta é fundamental para que haja um desfecho clínico favorável ao paciente. Neste seguimento deve ser sinalizado se foram coletadas hemoculturas, gasometria, lactato, hemograma, creatinina, bilirrubina, administração de antibiótico de amplo espectro na primeira hora

conforme a prescrição médica e reposição volêmica agressiva para hipotensão ou lactato duas vezes maior ao valor de referência. (Figura 6)

V. Tratamento para sepse: 3 horas			
73. Hemocultura: (1) Sim (2) Não	74. Gasometria: (1) Sim (2) Não	75. Lactato: (1) Sim (2) Não	76. Hemograma: (1) Sim (2) Não
77. Creatinina: (1) Sim (2) Não	78. Bilirrubina: (1) Sim (2) Não	79. Administração de antibiótico de amplo espectro CPM na primeira hora: (1) Sim (2) Não	80. Reposição volêmica agressiva nas primeiras horas para pacientes com hipotensão ou lactato duas vezes o valor de referência: (1) Sim (2) Não
VI. Tratamento para sepse: 6 horas			
81. Uso de vasopressores para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg: (1) Sim (2) Não	82. Reavaliação da volemia e perfusão tecidual: (1) Sim (2) Não	83. Reavaliação dos níveis de lactato em pacientes com hiperlactatemia inicial: (1) Sim (2) Não	
84. As seguintes formas de reavaliação foram consideradas: (1) Sim (2) Não Mensuração de PVC Variação de pressão de pulso Elevação passiva de membros inferiores Qualquer outra forma de responsividade a fluídos Mensuração de SvcO ₂ , Tempo de enchimento capilar Intensidade de livedo, Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese).			

Figura 6: Tratamento para Sepse.

O tratamento de sepse para as seis horas, está presente no último item da ferramenta de coleta, onde é imprescindível a reavaliação do paciente. Neste item deverão ser informados lactato, pressão venosa central, pressão do pulso, melhora de nível de consciência, presença de diurese e necessidade de uso de vasopressores para manter a pressão arterial média acima de 65 mmHg.

Após a construção do instrumento de coleta de dados foi realizada sua validação, que teve como objetivo o julgamento de profissionais atuantes na área quanto aos elementos presentes na ferramenta.

Ao avaliar a primeira parte do instrumento que contempla o perfil epidemiológico dos pacientes, 21 profissionais (91,3%) julgaram como dados completos, porém ao serem questionados se acrescentariam algum item, 06 (26,1%) acrescentariam variáveis como o índice de massa corpórea, especificação de comorbidades pregressas, alergias e cor da pele e nenhum profissional excluiria algum item.

A segunda parte, quanto ao procedimento cirúrgico, 05 médicos (100%) e 17 enfermeiros (94,4%) avaliaram possuir dados completos, 06 especialistas (26,1%) adicionariam algum componente, entre eles: quando o paciente iniciou os sintomas, sinais vitais antes do procedimento cirúrgico, volume e

especificação do hemocomponente infundido durante o ato cirúrgico e se houveram intercorrências durante o procedimento.

O perfil clínico do paciente na primeira hora de admissão na UTI, que consiste na terceira parte do instrumento, 22 (95,7%) profissionais consideraram possuir dados completos, 01 médico e 01 enfermeiro acrescentariam cultura e local do acesso venoso central e se o paciente estaria com via aérea avançada, vale ressaltar que nenhum avaliador excluiria alguma variável.

Ao avaliarem a quarta parte que contempla a evolução do paciente, 17 (94,4%) enfermeiros e 04 médicos (80,0%) julgaram como completos as informações presentes, 03 avaliadores (13,0%) acrescentariam itens como: desfecho do doente, data da última cultura coletada e todos julgaram não haver exclusão de nenhum item do instrumento

A quinta e sexta parte onde estão presentes os pacotes de tratamento para sepse nas primeiras 3 e 6 horas, conforme preconizado pela campanha “Sobrevivendo a Sepse”, os 23 profissionais (100,0%) apreciaram os dados como completos e não acrescentariam nenhuma variável.

Dos 23 avaliadores, 17 (86,9%) julgaram como muito boa a ótima a ficha e 87,0% relatam que o instrumento é aplicável a prática clínica.

Entre as propostas realizadas pelos avaliadores no decorrer do processo de validação do instrumento foram inseridas na ficha as seguintes variáveis: o índice de massa corpórea (IMC), especificação de comorbidades pregressas, alergias, cor, sinais vitais antes do procedimento cirúrgico, volume e especificação do hemocomponente infundido durante o ato cirúrgico, intercorrências durante o procedimento e a data da última cultura coletada.

Após as etapas da pesquisa e contribuições, todos os 23 (100%) profissionais selecionados para realização da validação, expressaram que o instrumento favorece a formulação para coleta de informações de pacientes com sepse de foco abdominal e que os dados são suficientes para identificar os fatores de risco relacionado ao óbito. Todos também expressaram que não existe repetição de dados ou questões nos diferentes eixos.

DISCUSSÃO

O processo de criação e validação do instrumento foi alcançado sendo seis domínios capazes de mensurar o que foi proposto, a partir do uso deste instrumento para coleta de dados será possível identificar e analisar os fatores de riscos para ocorrência de óbito nesses pacientes.

A parte inicial do instrumento de coleta consiste no perfil epidemiológico, nesse eixo vale destacar que dados mostram que a variável idade é fator preditivo para mortalidade em pacientes com infecções intra-abdominais complicadas⁸.

O presente instrumento possui ainda variáveis que compõe o sistema de pontuação de previsão de desfecho, índice de gravidade para pacientes admitidos em UTI: o SOFA (Avaliação sequencial de falência de órgãos) e o APACHE II (avaliação da fisiologia aguda e da saúde crônica).

O SOFA, avalia seis sistemas orgânicos (respiratório, cardiovascular, renal, hepático, nervoso central, coagulação) onde cada função é pontuada de 0 (função normal) a 4 (mais anormal), dando uma possível pontuação de 0 a 24, ou seja, quanto maior o escore, maior a probabilidade para o óbito⁹. Destaca-se que o SOFA é uma ferramenta adequada para predizer o risco para mortalidade em pacientes com sepse¹⁰.

Quanto ao sistema de classificação de avaliação APACHE II, utiliza um escore de pontos baseado em valores iniciais de 12 medições de rotina fisiológicas, idade e estado de saúde anterior para fornecer uma medida geral da gravidade da doença, usa informações disponíveis no registro médico, traz um resultado preditivo para mortalidade em pacientes criticamente enfermos¹¹.

Os escores do APACHE II estão significativamente maiores nos pacientes não sobreviventes com sepse de foco abdominal, logo esta variável é fundamental no instrumento¹².

A evolução da sepse para o choque séptico está associada a uma maior mortalidade, logo a identificação precoce e o manejo clínico no primeiro momento em pacientes com sepse é de suma importância, preconiza-se a administração da terapia antimicrobiana intravenosa o mais breve possível^{8,13}.

Pacientes com sepse podem apresentar uma perfusão tecidual inadequada, lembrando que essa má perfusão de tecido pode levar à hipóxia global dos tecidos levando a níveis elevados de lactato sérico logo a ressuscitação através da infusão de cristaloides e/ou colóides deve ser iniciada com o objetivo de manter uma pressão arterial média ≥ 65 mmHg e um lactato de > 2 mmol/L (18 mg/dL)^{3,14}.

No segmento “procedimento cirúrgico abdominal” a literatura ressalva a importância do controle de origem adequado na sepse abdominal, agindo diretamente na fonte de infecção através da remoção e drenagem de seus produtos, aliado a antibioticoterapia, suporte ventilatório e hemodinâmico adequado⁸.

O controle ineficaz da fonte séptica está associado a taxas de mortalidade significativamente elevadas³.

Em situações onde os pacientes estão severamente desestabilizados pelo choque séptico há um maior benefício com um tratamento cirúrgico agressivo, intervenção rápida e cirurgias de seguimento sucessivas para controlar melhor a disfunção de múltiplos órgãos desencadeados pela infecção intra-abdominal em curso¹⁵.

Ainda em relação ao procedimento cirúrgico, o abdômen aberto continua sendo uma opção viável para o tratamento da sepse intra-abdominal, os benefícios incluem facilidade de exploração subsequente, controle de conteúdo abdominal, redução do risco de hipertensão intra-abdominal e síndrome do compartimento abdominal e preservação da fáscia, garantindo o fechamento adequado da parede abdominal, entretanto, a exposição prolongada das vísceras abdominais pode resultar em complicações adicionais, incluindo infecção, sepse e formação de fístulas³.

Outro fator de suma importância que deve ser acompanhado frente a um paciente crítico com sepse de foco abdominal é o tempo de internação, o qual está relacionado diretamente ao desfecho do mesmo, quanto maior a permanência, maior o risco para o óbito, assim como a presença de micro-organismo resistente^{16,17}.

O último eixo do instrumento contempla as recomendações preconizadas pelo Intitulo Latino Americano de Sepse (ILAS) da campanha sobrevivendo à sepse (*Surviving Sepsis Campaign*, o qual traz o tratamento para pacientes diagnosticados com sepse nas primeiras 3 e 6 horas, e são baseadas em 8 intervenções, diagnósticas e terapêuticas, norteando políticas institucionais para uma melhora assistencial.¹

Vale destacar que há na literatura a presença de outros instrumentos construídos e validados para coleta de dados de pacientes com sepse¹⁹, entretanto, houve-se a necessidade da realização de um instrumento estruturado e padronizado específico para coleta de dados de pacientes com sepse de foco abdominal.

A validação de conteúdo consiste em uma etapa fundamental para aplicabilidade de um instrumento, portanto, foi seguido este processo, realizado por juízes experientes. A validação de instrumento para coleta de dados está amplamente presente na prática assistencial e já foi realizada por outros pesquisadores¹⁸.

CONCLUSÃO

O instrumento construído é válido, segundo os especialistas para medir os seis domínios a que se pretende para acompanhamento e avaliação do paciente séptico de foco abdominal em UTI. Vale ressaltar que estudos futuros poderão ser realizados a partir dos dados coletados, visando identificar os fatores de risco ao óbito, refletindo assim na diminuição da mortalidade destes pacientes em terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Latino Americano de Sepse. Campanha Sobrevivendo a Sepse. Acesso em 18 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.sepsinet.org/pg.php?v=o-que-e-sepse>.
2. Cantor M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Journal of the American Medical Association*. 2016; 315 (8): 801. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
3. Sartelli M, Viale P, Catena F, Ansaloni L, Moore E, Malangoni M, et al. 2013 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg*. 2013; 8: 3. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1749-7922-8-3>
4. Soop M, Carlson GL. Recent developments in the surgical management of complex intra-abdominal infection. *British Journal of Surgery*. 2017; 104(2): e65-e74. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.10437>
5. Volpáti NV, Amaral TLA, Nascimento MS, Silva RS, Prado P.R. Fatores de risco para sepse em pacientes de uma unidade de terapia intensiva da Amazônia Brasileira. In: XXI CBMI – Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, XI CPIMCTI – Congreso Panamericano y Iberico de Medicina Critica y Terapia Intensiva e VIII CPEI - Congreso Panamericano y Iberico de Enfermagem Intensiva. Porto Alegre-RS. Revista de terapia intensiva. Suplemento I. 2016. P. 69.
6. Morales RA, Zarat LM. Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada. Bogotá: Médica Internacional; 2004.
7. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scale: A practical guide to their development and use. Oxford University, 2008.
8. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, Coccolini F, Corbella D, Moore EE, Malangoni M, et al. Complicated intra-abdominal infections worldwide: the definitive data of the CIAOW Study. *World J of Emerg Surg*. 2013; 8: 1. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1749-7922-8-1>
9. Vincent JL, Moreno R. Clinical review: Scoring systems in the critically. *Critical Care* 14.2 (2010): 207. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/cc8204>
10. Marin-Marín D, Soto A. Comparison of prognostic scoring systems in the prediction of mortality and complications from sepsis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016; 33(1):51-7. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.1924>

11. Haq A, Patil S, Parcels AL, Chamberlain RS. The Simplified Acute Physiology Score III Is Superior to the Simplified Acute Physiology Score II and Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II in Predicting Surgical and ICU Mortality in the “Oldest Old”. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2014; 934852. doi: <http://doi.org/10.1155/2014/934852>
12. Özdoğan HK, Karateke F, Özyazıcı S, Ozdogan H, Özaltun P, Kuvvetli U. The predictive value of red cell distribution width levels on mortality in intensive care patients with community-acquired intra-abdominal sepsis. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2015; 21(5): 352-57. doi: <http://doi.org/10.5505/tjtes.2015.26737>
13. Barros LL, Maia CS, Monteiro MC. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Caderno de Saúde Coletiva*. 2016 ; 24 (4): 388-396. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040091>
14. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including the Pediatric Subgroup. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Intensive Care Med*. 2013; 39(2):165-228. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e31827e83af>
15. Ruller OV, Lamme B, Gouma DJ, Reitsma JB, Boermeester MA. Variables associated with positive findings at relaparotomy in patients with secondary peritonitis*. *Critical Care Medicine*. 2007; 35(2):468-476. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000253399.03545.2D>
16. Bleszynski MS, Chan T, Buczkowski AK. Open abdomen with negative pressure device vs primary abdominal closure for the management of surgical abdominal sepsis: a retrospective review. *The American Journal of Surgery*. 2016; 211, (5): 926-932. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.01.012>
17. Brian R, Metzger R, Hedrick T, Elearney ST, Evans HL, Smith RL, et al. Choosing Antibiotics for Intra-Abdominal Infections: What Do We Mean by “High Risk”? 2009; 10 (1): 29-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/sur.2007.041>
18. Araújo DS, França AF, Mendonça JK, Bettencourt AR, Amaral TL, Prado PR. Construção e validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. Rene*. 2015, 16 (4): 461-9. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v16i4.2737>
19. Peninck PP, Machado RC. Aplicação do algoritmo da sepse por enfermeiros na unidade de terapia intensiva. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet]. 2012;13(1):187-199. Acesso em: 31 de março de 2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32402798002>

**IV.2 - ARTIGO 2 Será submetido até o dia 10/04/2018 na Revista:
Nursing in Critical Care.**

FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE A SEPSE DE FOCO ABDOMINAL EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Natasha Varjão Volpáti, Patrícia Rezende do Prado e Luís Eduardo Maggi.

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico, fatores associados ao óbito e nortear as intervenções de enfermagem frente aos pacientes com sepse de foco abdominal em unidade de terapia intensiva. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado com 40 pacientes internados em uma UTI em Rio Branco (AC). A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa específico. A associação com o óbito foi realizada por meio dos testes de Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher em pacientes com sepse de foco abdominal. **Resultados:** Dos 40 (100%) pacientes, 22,5% tinham idade superior a 60 anos, 57,5% eram do sexo masculino, 67,5% tinham diagnóstico pertencente ao sistema gastrointestinal, quanto à classificação da sepse, 75,0% apresentaram choque séptico. Em relação aos índices de gravidade, 92,3% apresentaram score do APACHE II maior que 20 e o óbito ocorreu em 47,5% (19/40) dos pacientes. As variáveis que apresentaram associação com óbito nesta UTI foram: idade maior que 60 anos, embora representassem 22,5%, aproximadamente 90% morreram (p-valor 0,005), pacientes que foram classificados com choque séptico, onde 56,7% dos 75% foram a óbito (p-valor 0,04). Outras variáveis, embora não significativas, apresentaram maior prevalência de óbito: pacientes que fizeram cirurgia (48,6%), transfusão sanguínea (52,6%), SOFA maior que 10 (58,3%). **Conclusão:** Os fatores de riscos associados ao óbito nos pacientes com sepse de foco abdominal na UTI foram pacientes com idade maior que 60 anos e com choque séptico. Conhecer o perfil dessa população e os fatores associados ao óbito produzem

subsídios para nortear a identificação precoce e a prestação dos cuidados de enfermagem a esses pacientes.

Descritores: Sepses; Fatores de risco; Morte; Unidade de terapia intensiva; enfermeiro.

INTRODUÇÃO

Apesar de muito difundida na literatura e na prática assistencial, a sepse continua a ser uma síndrome devastadora, dispendiosa e desafiadora. É atualmente considerada um problema de saúde pública e uma das principais causas de mortalidade em unidades de terapia intensiva (UTI)^{1,2}.

Embora a sua incidência venha apresentando uma redução em países desenvolvidos como Austrália, ainda permanece sem diminuição significativa em países em desenvolvimento como o Brasil. Além dos custos sociais e de vidas perdidas, a sepse é responsável por um ônus financeiro expressivo^{2,3}.

Ao longo do tempo a sepse sofreu significativas mudanças quanto a sua definição, e atualmente, é determinada como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta do hospedeiro desregulada frente à uma infecção. O seu agravamento, denominado choque séptico, ocorre quando há anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas, podendo ser clinicamente identificado pela necessidade da utilização de vasopressor para manter uma pressão arterial média de 65 mmHg ou maior e um nível sérico de lactato superior a 2mmol/L (>18 mg/dL) na ausência de hipovolemia⁴.

A identificação precoce do foco infeccioso e a intervenção adequada em tempo hábil como a ressuscitação líquida precoce, a administração da terapia antimicrobiana e terapia vasopressora, se apropriadas, são fatores que irão definir o desfecho do paciente séptico. Assim, o enfermeiro tem um papel crucial nesse contexto, pois é o profissional que está mais próximo do paciente, realizando assistência beira-leito diuturnamente^{1,3,4,5}.

A tarefa de prestar o cuidado ao paciente séptico na UTI requer do enfermeiro reconhecimento precoce dos diferentes aspectos clínicos, não apenas pelo diagnóstico, mas sim para que ele possa traçar definições rápidas dos planos terapêuticos de enfermagem e das estratégias adequadas de monitorização, melhorando dessa maneira o desfecho dos pacientes⁵.

A maior incidência de sepse nos pacientes de terapia intensiva é de origem pulmonar, entretanto as infecções abdominais apresentam um pior prognóstico^{6,7}. A sepse abdominal está associada a taxas de morbidade e mortalidade significativas e é a segunda causa mais comum de mortalidade relacionada à sepse na unidade de terapia intensiva, a mesma ocorre como resultado da infecção intra-abdominal ou retroperitoneal⁸.

Resultados de uma coorte retrospectiva realizada na presente unidade, a qual trata-se de uma unidade de terapia intensiva de um hospital brasileiro no Acre, entre setembro de 2012 a julho de 2014 identificou que os pacientes sépticos com foco de infecção abdominal apresentaram maior risco de óbito (HR:3,71; IC 95%: 1,31-10,49) e 100% morreram ao final de 24 dias de internação⁹.

Neste contexto, esse estudo teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico, fatores associados ao óbito e nortear as intervenções de enfermagem frente aos pacientes com sepse de foco abdominal em unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizados com todos os 40 pacientes diagnosticados com sepse de foco abdominal em uma unidade de terapia intensiva no período entre março de 2016 a fevereiro de 2018. Esta UTI possui 18 leitos, é uma unidade de referência para o estado do Acre, Brasil.

Fizeram parte dos critérios de inclusão: pacientes diagnosticados com sepse ou choque séptico de foco abdominal de acordo com os critérios de sepse vigentes (*International Sepsis Definitions Conference*)⁴.

Os dados foram coletados a partir de um instrumento criado e validado (Apêndice 1). Os pacientes foram acompanhados a partir do diagnóstico de sepse e/ou choque séptico de foco abdominal na UTI até o seu desfecho, alta ou óbito.

As variáveis independentes foram: idade, sexo, procedência no momento de admissão na UTI, data de admissão no hospital, data de admissão na UTI, diagnóstico principal, classificação da sepse, Scores de gravidade (Apache II, SOFA), assim como os resultados dos exames laboratoriais: hemograma, albumina, uréia, creatinina, lactato. Houve registro também se foram infundidos volumes de cristalóides, colóides, hemoderivados e o uso de drogas vasoativas (noradrenalina / dopamina) e sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, pressão arterial não invasiva, saturação de oxigênio).

Os escores da fisiologia aguda e avaliação da saúde crônica II (APACHE II) foram realizados em todos os pacientes que possuíam exames laboratoriais que contemplavam as variáveis necessárias para realização do mesmo nas primeiras 24 horas de admissão. O escore de avaliação de falha de órgãos sequenciais (SOFA), o qual avalia a função respiratória, hematológica, fígado, cardiovascular e neurológica, foi obtido a partir da inclusão do paciente na pesquisa. Vale ressaltar que o parâmetro neurológico é o mais complexo de avaliar devido ao uso de sedativos, no presente estudo foi atribuído a pontuação de 6 a 9, equivalente a 3 no SOFA, para todos os pacientes intubados¹⁰.

A coleta dos dados clínicos e laboratoriais foi realizada por meio dos prontuários, sendo que os exames foram coletados por um único laboratório.

A variável dependente foi o óbito em pacientes sépticos de foco abdominal.

A análise de dados compreendeu a frequência absoluta e relativa das variáveis assim como a associação destas com o óbito por meio do teste do Qui-quadrado de Pearson e/ou exato de Fisher, por meio do Programa SPSS, versão 20.0.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado no dia 24 de novembro de 2015, pelo CAAE nº

RESULTADOS

Dos 40 (100%) pacientes, 22,5% tinham idade superior a 60 anos, 57,5% eram do sexo masculino, 67,5% tinham diagnóstico pertencente ao sistema gastrointestinal. Quanto à classificação da sepse, 75,0% apresentaram choque séptico, 92,5% foram submetidos a procedimento cirúrgico, 92,5% sofreram reabordagem cirúrgica, dos quais 53,8% foram reabordados mais que uma vez e 52,8% receberam transfusão sanguínea.

Em relação aos índices de gravidade, 92,3% apresentaram score do APACHE II maior que 20, 48,0% apresentaram score de SOFA maior que 10 e 62,5% estavam sedados. Em relação ao pH arterial na admissão, 69,2% dos pacientes apresentaram acidose, 40,0% apresentaram insuficiência renal aguda e 77,5% fizeram uso da ventilação mecânica. A taxa de letalidade geral foi de 47,5% (19/40). (Tabela 1)

As variáveis que apresentaram associação com óbito nos pacientes sépticos com foco abdominal nesta UTI foram pacientes com idade maior que 60 anos, embora representassem 22,5%, aproximadamente 90% morreram (p-valor 0,005), assim como os pacientes que foram classificados com choque séptico, onde 56,7% dos 75% foram a óbito (p-valor 0,04). Outras variáveis, embora não significativas, apresentaram maior prevalência de óbito: pacientes que fizeram cirurgia (48,6%), transfusão sanguínea (52,6%), APACHE-II acima de 20 (58,3%), SOFA maior que 10 (58,3%) e pacientes que estavam sob ventilação mecânica (51,6%), demonstrando a gravidade da condição do paciente.

Tabela 1. Características dos pacientes com sepse de foco abdominal e fatores associados ao óbito em uma UTI. Rio Branco, Acre, 2016-2018.

	n	%	Óbito n (%)	Alta n (%)	p-valor
Idade					
≤ 60 anos	31	77,5	11 (35,5)	20 (64,5)	0,005
> 60 anos	9	22,5	8 (88,9)	1 (11,1)	
Sexo					
Masculino	23	57,5	12 (52,2)	11 (47,8)	0,49
Feminino	17	42,5	7 (41,2)	10 (58,8)	
Diagnóstico					
Gastrointestinal	27	67,5	13 (48,1)	14 (51,9)	0,08
Trauma	4	10,0	1 (25,0)	3 (75,0)	
Obstétrico	4	10,0	0 (0,0)	4 (100,0)	
Outros	5	12,5	4 (80,0)	1 (20,0)	
Classificação de Sepse					
Sepse					
Choque Séptico	10	25	2 (20,0)	8 (80,0)	0,04
	30	75	17 (56,7)	13 (43,3)	
Cirurgia					
Sim	37	92,5	18 (48,6)	19 (51,4)	0,60
Não	3	7,5	1 (33,3)	2 (66,7)	
Reabordagem cirúrgica (n=37)					
1	16	41,0	5 (31,3)	11 (68,8)	0,29
>1	21	53,8	12 (57,1)	9 (42,9)	
Transfusão Sanguínea* (n=36)					
Sim	19	52,8	10 (52,6)	10 (58,8)	0,49
Não	17	47,2	7 (41,2)	9 (47,4)	
APACHE* (n=26)					
≤ 20	2	7,7	0	2 (100,0)	0,11
> 20	24	92,3	14 (58,3)	10 (41,7)	
SOFA* (n=25)					
≤ 10	13	52,0	6 (46,2)	7 (53,8)	0,54
> 10	12	48,0	7 (58,3)	5 (41,7)	
Nível de consciência					
Sedado	25	62,5	12 (48,0)	13 (52,0)	0,93
Consciente	15	37,5	7 (46,7)	8 (53,3)	
pH arterial* (n=26)					
≤ 7,35	18	69,2	9 (50,0)	9 (50,0)	0,55
> 7,35	8	30,8	5 (62,2)	3 (37,5)	
Insuficiência Renal Aguda					
Sim	16	40,0	8 (50,0)	8 (50,0)	0,79
Não	24	60,0	11 (45,8)	13 (54,2)	
Ventilação mecânica					
Sim	31	77,5	16 (51,6)	15 (48,4)	0,33
Não	9	22,5	3 (33,3)	6 (66,7)	

*missings.

Em relação aos sinais vitais de admissão, a frequência cardíaca apresentou uma média de 104,7 batimentos por minuto (desvio padrão = 26,0), assim como a temperatura axilar, uma média de 35,2 °C, as quais apresentaram médias elevadas nos pacientes com sepse de foco abdominal nesta UTI (Tabela 2).

Tabela 2. Medidas de tendência central dos sinais vitais dos pacientes com sepse de foco abdominal na UTI. Rio Branco, Acre, 2016-2018.

			Mínimo	Média	Máximo	Desvio Padrão
Pressão (mmHg)	Arterial	sistólica	60,0	114,0	168,0	25,68
Pressão (mmHg)	Arterial	diastólica	32,0	67,3	104,0	16,50
Pressão Arterial Média (mmHg)			41,0	83,3	125,0	19,02
Frequência respiratória			12,0	19,2	33,0	5,36
Frequência cardíaca			57,0	104,7	157,0	26,04
Temperatura axilar (°C)			32,2	35,2	38,1	1,38

Quanto aos exames laboratoriais, as transaminases hepáticas, aspartato transaminase, (média 93,2 U/L; desvio padrão = 132,1), assim como o lactato (47,1 mg/dL; desvio padrão = 39,3) apresentaram médias elevadas. Os leucócitos apresentaram uma média alta (13.285,0; desvio padrão = 8.325) tal fator está relacionado ao processo infeccioso dos pacientes (Tabela 3).

Tabela 3. Medida de tendência central dos exames laboratoriais dos pacientes com sepse de foco abdominal na UTI. Rio Branco, Acre, 2016-2018.

	Valor de referência	Mínimo	Média	Máximo	Desvio Padrão
AST* U/L	0-38	13,0	93,2	620,0	132,1
ALT** U/L	0-42	9,0	61,4	425,0	83,48
Lactato mg/dL	4.5-19.8	8	47,1	207	39,3
Hemoglobina g/dL	H: 13 a 18 M: 12 a 16	4,2	9,9	14,0	2,1
Hematócrito %	H:40 a 50 M: 35 a 45	13,0	29,7	44,0	6,5
Plaquetas 1/mm ³	150 a 400.000	23.000,0	226.064,0	1.400.000,0	229.033
Leucócitos 1/mm ³	5.000 a 10.000	2.100,0	13.285	39.000	8.325
Bastões	0 a 5%	0	6,1	24	5,7
Segmentados	54 a 64%	5,0	75,7	95,0	16,4

* AST - Aspartato Transaminase, ** ALT – Transaminase.

DISCUSSÃO

A sepse de foco abdominal está relacionada a taxas de mortalidade e morbidade expressivas, o perfil dos pacientes identificado através desse estudo vem de encontro a outros resultados onde também foi evidenciada uma associação da idade avançada e o óbito. A população idosa geralmente apresenta alta prevalência de doenças crônicas e menor reserva orgânica, evolui mais facilmente a um estado crítico resultando em um pior prognóstico^{11,12}.

A incidência de sepse abdominal encontra-se maior no sexo masculino em relação ao feminino^{13,14}. Embora não significativo, o sexo masculino apresentou uma letalidade maior em comparação ao sexo feminino neste estudo.

Houve uma associação com o óbito nos pacientes que evoluíram para choque séptico isso vai de encontro aos resultados identificados no estudo de Sartelli, *et al* (2014), onde o agravamento da sepse está correlacionado a um maior risco de mortalidade. Vale lembrar que nos pacientes com choque séptico de foco abdominal, além do tratamento antimicrobiano agressivo, o qual é primordial, o controle de origem da infecção também é de suma importância^{8,14}.

Os principais objetivos das intervenções, seja cirúrgica ou não cirúrgica, são determinar a causa da peritonite, drenar coleções de líquidos e controlar a origem da sepse abdominal evitando, assim, a disseminação da síndrome da disfunção de múltiplos órgãos causada por um gatilho peritoneal em curso^{8,14}.

Vale destacar que a enfermagem desempenha um papel fundamental na identificação e intervenção de forma precoce frente ao paciente séptico, garantindo que os doentes recebam assistência de enfermagem baseada em evidências por meio da realização da coleta de duas amostras de hemocultura, administração da terapia com antibióticos de forma precoce¹⁵.

As intervenções de enfermagem permeiam ainda através da avaliação clínica, sintomas e/ou sinais como áreas de vermelhidão e inflamação que podem ajudar a identificar possível origem da infecção na região do abdômen, realizar e monitorar a ressuscitação com fluídos, preferencialmente com cristaloides, monitorar e supervisionar a terapia vasopressora naqueles doentes que não responderam a expansão volêmica para atingir uma pressão arterial média ≥ 65 mmHg, no choque séptico^{15,16}.

Amplamente difundido na literatura e validado, o sistema de classificação de gravidade APACHE II, avalia critérios clínicos, fisiológicos e laboratoriais do paciente nas primeiras 24 horas de internação na UTI, seu score traz um resultado preditivo para mortalidade^{17,18}. Apesar de não ter apresentado associação na análise estatística, 24 (60%) pacientes, na presente pesquisa, apresentaram um score de APACHE II maior que 20 e 58.3% destes foram a óbito.

A ventilação mecânica é considerada um fator de risco que contribui para o agravamento da sepse e disseminação de múltiplas infecções, conseqüentemente, elevando o risco de óbito desses pacientes na UTI¹¹. Dos 40 pacientes, 77,5% (31) fizeram uso da ventilação, destes, 51,6% foram a óbito (p-valor 0,33). Vale destacar que os enfermeiros exercem uma função importante na promoção da oxigenação e ventilação adequada, bem como no desmame ventilatório do mesmo e na prevenção da pneumonia associada a ventilação contribuindo assim para a redução de óbitos¹⁵.

Ao se analisar as medidas de tendência central dos sinais vitais dos pacientes foi possível identificar que os mesmos apresentaram a frequência cardíaca elevada, embora os sinais de resposta inflamatória não façam mais parte da definição de sepse, ainda permanecem relevantes para o diagnóstico de infecção. Manifestações como taquicardia estão geralmente associadas à redução da resistência vascular, objetivando garantir o débito cardíaco, podendo apresentar também taquipneia como manifestação clínica de uma insuficiência respiratória, no entanto, esses sinais não são frequentes e, por vezes, o diagnóstico só é dado de forma tardia, quando já está presente a

disfunção orgânica. Vale ressaltar que apesar do foco da sepse ser o abdome, a resposta no hospedeiro é sistêmica^{3,4,8}.

Neste cenário o enfermeiro é essencial, pois está diretamente envolvido nos cuidados de pacientes críticos, assistindo ao paciente integralmente em todas as suas necessidades humanas básicas, realizando identificação de forma precoce das manifestações clínicas e sugerindo junto à equipe multiprofissional, as condutas pertinentes a serem tomadas com o objetivo de diminuir os elevados índices de morbimortalidade da sepse^{3,15,19}.

O paciente séptico tem uma variedade de alterações fisiológicas incluindo a redução da depuração hepática, entretanto, a elevação de transaminases geralmente é discreta nesses quadros, e quando está associada a icterícia é sugestivo de pior prognóstico. O Aspartato Transaminase (AST) e a Alanina Transaminase (ALT) mostraram uma média elevada nos pacientes com sepse de foco abdominal de 93,2U/L e 61,4U/L respectivamente^{3,16}.

As recomendações do manejo de sepse incluem a coleta de amostra de sangue para mensuração dos níveis de lactato, marcador de hipoperfusão de tecido, tal medida têm implicações diretas para os cuidados de enfermagem, pois os enfermeiros são frequentemente responsáveis pela obtenção das mesmas^{15,16}. A hiperlactatemia é um claro sinal de gravidade na sepse e é utilizada como um dos critérios de disfunção orgânica. Assim, os pacientes dessa pesquisa apresentaram uma média elevada de lactato o que está altamente associado ao aumento da mortalidade intra-hospitalar^{4,20}.

O fator limitante deste estudo foi ter sido realizado em um único centro de terapia intensiva, presença sub-registro nos prontuários dos pacientes e idade dos pacientes com idade superior a 14 anos, conforme a normas da própria instituição.

Os pontos fortes dessa pesquisa consistem no conhecimento do perfil dessa população nesta unidade e os fatores associados ao óbito, servindo de auxílio para guiar a identificação precoce e a prestação dos cuidados de enfermagem a esses pacientes.

CONCLUSÃO

Foi identificada maior incidência de pacientes do sexo masculino, idade inferior a 60 anos e diagnóstico gastrointestinal.

Os fatores de riscos associados ao óbito nos pacientes com sepse de foco abdominal nesta UTI foram pacientes com idade maior de 60 anos e a gravidade da sepse. Os pacientes apresentaram em média uma frequência cardíaca elevada, temperatura baixa e função hepática e lactato significativamente aumentados.

Conhecer o perfil dessa população e os fatores associados ao óbito produzem subsídios para nortear a identificação precoce e a prestação dos cuidados de enfermagem a esses pacientes. Demais pesquisas poderão colaborar para a diminuição da mortalidade gerada a partir desse estudo.

REFERÊNCIAS

1. Barreto MFC, Dellaroza MSG, Kerbauy G, Grion CMC. Sepse em um hospital universitário: estudo prospectivo para análise de custo da hospitalização de pacientes. Rev. esc. enferm. USP. 2016; 50(2): 302-308. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200017>
2. Waele JD, Lipman J, Sakr Y, Marshall JC, Vanhems P, Groba CB, et al. Abdominal infections in the intensive care unit: characteristics, treatment and determinants of outcome. BMC Infect Dis. 2014; 14: 420. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-14-420>
3. Wean KA, Bailey AM. Atualização sobre Tratamento de Sepsis no Departamento de Emergência. Adv Emerg Nurs J. 2017; 39 (3): 176-183. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/TME.000000000000158>
4. Kaukonen KM, Bailey M, Suzuki S, Pilcher D, Bellomo R. Mortalidade relacionada a sepse grave e choque séptico entre pacientes gravemente

- enfermos na Austrália e Nova Zelândia, 2000-2012. Journal of the American Medical Association. 2014; 311 (13): 1308-1316. Doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.2637>
5. Instituto Latino Americano de Sepse. "Sepse: um problema de saúde pública". Acesso em 31 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sepse-um-problema-de-saude-publica-cfm-ilas.pdf>
 6. Cantor M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Journal of the American Medical Association. 2016; 315 (8): 801. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
 7. Neto JMR, Campos DA, Marques LBA, Ramalho CROC e Nóbrega MML. Concepções de enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva sobre sepse. Ver. Cogitagem Enfermagem. 2015; 20 (4): 711-716. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41963>
 8. Sartelli M, Catena F, Saverio SD, Ansaloni L, Malangoni M, Moore E, et al. Current concept of abdominal sepsis: WSES position paper. World Journal of Emergency Surgery. 2014; 9:22. Doi: <https://doi.org/10.1186/1749-7922-9-22>
 9. Prado PR, Volpáti NV, Gimenes FRE, Atila E, Maggi LE, Amaral TLM. Risk factors for death in patients with sepsis in an intensive care unit. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.2018 (19): e3231. Doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193231>
 10. Freitas GRC, Fonseca NOCL, Pinheiro CLF, Araújo LC, Barbosa REN, Alves P. Relationship between Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) and intra-abdominal pressure in intensive care unit. ABCD, arq. bras. cir. Dig. 2014; 27(4): 256-260. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202014000400007>
 11. 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. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040091>
12. Pedrosa IL, Freire DMC e Shneider RH. Construção de um instrumento de avaliação prognóstica para idosos em unidade de terapia intensiva. Ver. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017; 20(3): 319-329. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160101>
 13. Scriba MF, Laing GL, Bruce JL e Clarke DL. The absolute number of repeat operations for complex intra-abdominal sepsis is not a useful predictor of non-survival. SAfr J Surg. 2017; 55 (2):32-35.
 14. Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labricciosa FM, Hardcastle T, Abu-Zidan FM, Adesunkanmi AK, Ansaloni L, et al. O gerenciamento de infecções intra-abdominais de uma perspectiva global: diretrizes 2017 WSES para o manejo de infecções intra-abdominais. World Journal of Emergency Surgery: WJES. 2017; 12: 29. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186 / s13017-017-0141-6>
 15. Kleinpell R, Aitken L e Schorr CA. Implications of the new international sepsis guidelines for nursing care. American Journal of Critical Care. 2013; 22 (3): 212-222. Doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2013158>
 16. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, AntonelliM, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Medicine. 2017; 43(3):304–377. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6>
 17. Haq A, Patil S, Parcels AL, Chamberlain RS. The Simplified Acute Physiology Score III Is Superior to the Simplified Acute Physiology Score II and Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II in Predicting Surgical and ICU Mortality in the “Oldest Old”. Curr Gerontol Geriatr Res. 2014; 934852. doi: <http://doi.org/10.1155/2014/934852>
 18. Özdoğan HK, Karateke F, Özyazıcı S, Ozdogan H, Özaltun P, Kuvvetli U. The predictive value of red cell distribution width levels on mortality in intensive care patients with community-acquired intra-abdominal sepsis. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2015; 21(5): 352-57. doi: <http://doi.org/10.5505/tjtes.2015.26737>

19. Goldsworthy, S., Kleinpell, R., Williams, G. (2017). International Best Practices in Critical Care, World Federation of Critical Care Nurses. Acesso em 19 de fevereiro de 2018. Disponível em: http://wfccn.org/wp-content/uploads/2018/01/WFCCN_Chapter_3.pdf
20. Casserly B, Phillips GS, Schorr CRN, Dellinger RP, Townsend SR, Osborn TM, et al. Lactate Measurements in Sepsis-Induced Tissue Hypoperfusion: Results From the Surviving Sepsis Campaign Database*. Critical Care Medicine. 2015; 43(3): 567–573. Doi: <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000742>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa contribuiu para construção e validação de um instrumento que visa acompanhar o paciente séptico de foco abdominal em UTI. Através dos dados coletados a partir desse instrumento foi possível conhecer o perfil epidemiológico desta população nesta unidade, que corresponderam em sua maioria ao sexo masculino, idade inferior a 60 anos e diagnóstico gastrointestinal.

Foi possível identificar que os fatores de riscos associados ao óbito nos pacientes com sepse de foco abdominal nesta UTI foram pacientes com idade maior de 60 anos e a gravidade da sepse, frente a esses fatores a enfermagem desempenha um papel essencial na identificação e intervenção de forma precoce frente ao paciente séptico, contribuindo assim com a redução da taxa de letalidade para esses pacientes. Demais pesquisas poderão colaborar para a diminuição da letalidade a partir desse estudo.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silveira SR, Ferreira LFL, Lage MHH. Fisiopatologia da sepse: revisão de literature. Rev. Pubvet. 2014; 8 (09): 0975-1135.
2. Fujishima S. Disfunção orgânica como um novo padrão para a definição da sepse. Rev. Inflammation and Regeneration. 2016; 36: 24.
3. American College of Chest Physicians/Society of Critical 30. Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Crit Care Med. 1992; 20: 864-74.
4. Gül F, Arslantaş MK, Cinel, Kumar A. Alterando Definições de Sepsis. Jornal turco de anestesiologia e reanimação. 2017; 45 (3): 129-138.
5. Cantor M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Journal of the American Medical Association. 2016; 315 (8): 801.
6. Siqueira BR, Gomes AP, Calixto LL, Vitorino RR, Perez MCA, Mendonça EG. Sepse: atualidades e perspectivas. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2011; 23 (2): 207-16.
7. Cordioli RL, Cordioli E, Negrini R, Silva E. Sepse e gravidez: sabemos tratar?. Rev. bras. ter. intensiva. 2013; 25 (2): 334-344.
8. Sales JJAL, David CM, Hatum R, Souza PSP, Japiassú A, Pinheiro CTS. et al. Sepse Brasil: estudo epidemiológico da sepse em Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras. Rev. bras. ter. intensiva. 2006; 18(1): 9-17.
9. Coelho JC, Baretta GA, Okawa L. Seleção e uso de antibióticos em infecções intra-abdominais. Arq. Gastroenterol. 44(1): 85-90.
10. Prado PR, Volpáti NV, Gimenes FRE, Atila E, Maggi LE, Amaral TLM. Risk factors for death in patients with sepsis in an intensive care unit. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2018 (19): e 3231. Doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193231>

VII. ANEXOS E APENDICES

APÊNCICE I - Instrumento para Coleta de Dados de Pacientes com Sepses de Foco Abdominal.

Perfil epidemiológico			
Nome:		Data de nascimento: __/__/____	
Idade:	IMC:	Número do registro:	
Cor: (1) Branco (2) Parda (3) Negro (4) Indígena	Alergias: () Não () Sim: _____	Data de admissão hospitalar: __/__/__	
	Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	Data de admissão na UTI: __/__/__	
Local admissão: (1) Sala de Emergência Clínica (2) Sala de Emergência Traumática		Diagnóstico inicial:	Comorbidades pregressas:
Classificação de sepsis na admissão UTI: (1) Sepsis (2) Choque Séptico (3) Disfunção orgânica		Procedência na admissão na UTI: (1) Centro cirúrgico (2) Sala de Emergência Traumática (3) Sala de Emergência Clínica (4) Enfermaria _____	
Procedimento cirúrgico abdominal			
Cirurgia: (1) Sim (2) Não		SSVV antes do procedimento: PA	
Data da indicação da cirurgia: __/__/__		inicial: _____ mmHg	
Data da realização da cirurgia: __/__/__		PAM: _____ mmHg Tax: ____ °C	
Classificação da cirurgia: (1) Limpa (2) Potencial (3) Contaminada (4) Infectada		FC: _____ FR: _____	
		Tempo de realização cirúrgica: _____ minutos	
Transfusão de hemocomponentes: Sim: Especificar: _____ volume: _____ (2) Não		Profilaxia com antibiótico: (1) Sim (2) Não	
		Nome do antibiótico:	
25. Médico cirurgião responsável:		26. Principal achado na cirurgia:	
		27. Intercorrências durante o procedimento	
Perfil clínico: 1 hora de admissão na UTI			
28. Pressão arterial inicial: _____ mmHg	29. Pressão arterial média: _____ mmHg	30. Ventilação Mecânica invasiva: (1) Sim (2) Não	31. Fio2:
32. FR:	33. FC:	34. Relação PaO2/Fio2:	35. pH arterial:
36. Temperatura:	37. Glasgow:	38. HCO3 arterial:	39. CO2 arterial:
40. Rast: _____	41. Lactato: _____	42. TGO (): _____	43. TGP (): _____
Bilirrubina Direta: _____	Albumina: _____	Ureia: _____	Creatinina: _____
Sódio: _____	Potássio: _____	Hemoglobina: _____	Hematócrito: _____
Plaquetas: _____	Bastões: _____	Leucócitos: _____	

Pressão intra-abdominal: _____ mmHg		Pressão venosa central: _____ mmHg	
Uso de Acesso Venoso Central: (1) Sim (2) Não		Insuficiência Renal Aguda: (1) Sim (2) Não	
Uso de aminas: (1) Noradrenalina (2) Dopamina (3) Dobutamina		Problemas Crônicos de Saúde: (1) Cirrose-Biópsia (2) ICC grau IV (3) DPOC severo: Dependente, Hipertensão (4) Diálise Crônica (5) Imunocomprometido	
Evolução do paciente			
Tempo de permanência: (1) até 7 dias (2) até 14 dias (3) >14 dias		Antibióticos utilizados (especificar):	
Número de Intervenções cirúrgicas:	Peritoneostomia: (1) Sim (2) Não	Colostomia: (1) Sim (2) Não	Nutrição parenteral total: (1) Sim (2) Não
Dieta enteral: (1) Sim (2) Não	Quantos dias de tubo oro traqueal:	Traqueostomia: (1) Sim (2) Não	Micro-organismos: (1) gram-positivo (2) gram-negativo
Sítio de identificação do micro-organismo:		Desfecho: (1) alta (2) óbito	
Tratamento para sepse: 3 horas			
Hemocultura: (1) Sim (2) Não	74. Gasometria: (1) Sim (2) Não	75. Lactato: (1) Sim (2) Não	76. Hemograma: (1) Sim (2) Não
77. Creatinina: (1) Sim (2) Não	78. Bilirrubina: (1) Sim (2) Não	79. Administração de antibiótico de amplo espectro CPM na primeira hora: (1) Sim (2) Não	80. Reposição volêmica agressiva nas primeiras horas para pacientes com hipotensão ou lactato duas vezes o valor de referência: (1) Sim (2) Não
Tratamento para sepse: 6 horas			
81. Uso de vasopressores para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg: (1) Sim (2) Não	82. Reavaliação da volemia e perfusão tecidual: (1) Sim (2) Não	83. Reavaliação dos níveis de lactato em pacientes com hiperlactatemia inicial: (1) Sim (2) Não	
84. As seguintes formas de reavaliação foram consideradas: (1) Sim (2) Não Mensuração de PVC Variação de pressão de pulso Elevação passiva de membros inferiores Qualquer outra forma de responsividade a fluídos Mensuração de SvcO2, Tempo de enchimento capilar Intensidade de livedo, Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese).			

ANEXO I: Normas da Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM)

VII.1- Normas da Revista RECOM: Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro

Diretrizes para Autores

Os artigos deverão ser submetidos à RECOM exclusivamente pelo sistema eletrônico de gerenciamento de publicação disponível no endereço: (<http://www.ufsj.edu.br/recom>), quando receberão um protocolo numérico de identificação.

Todos os autores do artigo deverão estar cadastrados no ORCID (Open Researcher and Contributor ID) o qual é um identificador digital persistente para o autor. ORCID está para o autor assim como o DOI está para um documento digital. ORCID é um código alfanumérico de 16 caracteres, lançado em outubro/2012. Tem a finalidade de diferenciar um autor de qualquer outro, ainda que tenha homônimo ou que tenha publicado, sido citado e/ou indexado de formas variadas. Identifica um único autor fazendo conexão automática com toda sua produção científica, onde quer que tenha sido publicada. O cadastro para obtenção do ORCID é gratuito e poderá ser feito individualmente ou pela instituição. O cadastro deverá ser feito através do link: <http://orcid.org/>

Deverão ser anexados ao sistema de submissão, os seguintes arquivos:

Carta de encaminhamento solicitando a apreciação do manuscrito pela revista. (conforme modelo)

Termo de responsabilidade e acordo de transferência do copyright e declaração de responsabilidade e de transferência de direitos autorais, devendo ser assinados por todos os autores e anexados como documentos suplementares. (conforme modelo)

Cópia da aprovação do comitê de ética em pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos.

Para outros países, os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Declaração sobre a contribuição individual de cada um dos autores no artigo e sobre a não existência de conflitos de interesse.

Diretrizes aos autores

Quanto à redação: os artigos deverão ser redigidos de forma objetiva, evitando-se o uso de primeira pessoa e deverão cumprir às normas do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, disponível no site da Academia Brasileira de Letras: <http://www.academia.org.br/>. Recomenda-se que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo.

Quanto à autoria: deverão ser especificadas as contribuições individuais de cada autor em um documento independente do artigo, a ser anexado ao sistema de submissão como "documento suplementar". Serão aceitos artigos com até 6 autores.

Quanto ao formato:

Título: deverá ser apresentado na sequência dos idiomas português, inglês e espanhol, em alinhamento centralizado, negrito, caixa alta, fonte Trebuchet MS 12, conciso, informativo em até 15 palavras.

Autores: a identificação de cada autor deve ser feita somente pelo sistema de submissão. Não serão aceitos artigos que apresentem os nomes dos autores no arquivo referente ao artigo. Devem ser apresentadas, no sistema de submissão, as seguintes informações: nomes completos de todos os autores, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail (preferencialmente institucional). Deverá ser especificado, via sistema, o nome do autor correspondente.

Resumos: deverão ser apresentados logo após os títulos, nos idiomas português, inglês e espanhol, fonte Trebuchet MS 9, espaçamento simples, justificados, com no máximo 200 palavras. Redigidos em único parágrafo e estruturados em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão. Deverão anteceder os resumos, as palavras resumo, abstract e resumen na mesma fonte e espaçamento. Não serão aceitas siglas, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

Descritores: ao final do resumo deverão ser apontados de 3 a 5 descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Deverão ser apresentados na sequência descritores, descriptors e descriptores, abaixo do resumo correspondente, com a primeira letra em maiúsculo e separados por ponto e vírgula. Para tanto os autores deverão utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>).

Formatação do manuscrito: o artigo deverá ser apresentado logo após os resumos e descritores, em formato editor Microsoft Word 2003; com extensão .doc; Papel tamanho ofício; margens 2,0cm, Fonte Trebuchet MS 11; parágrafos alinhados em 1cm, justificado, espaço 1,5 linha em todo o texto; cabeçalho em 1,4cm; rodapé em 1,25cm; sem paginação e quebras de página ou seção em toda extensão do arquivo.

Estrutura dos artigos: os artigos originais e de revisão sistematizada de literatura deverão apresentar, necessariamente, os itens: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão e Conclusão ou Considerações Finais. Os títulos das citadas seções deverão ser apresentados em fonte Trebuchet MS 12, negrito, caixa alta, alinhados à esquerda. Os objetivos deverão ser apresentados na seção Introdução.

Ilustrações: serão permitidas no máximo 6 tabelas ou figuras que deverão estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. As fontes internas das ilustrações deverão ser do tipo Trebuchet MS 9 com espaçamento simples. Todas as ilustrações que não forem do tipo tabela deverão ser denominadas figuras. A elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo

Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE (1993). Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada logo abaixo da mesma. Devem conter títulos com informações mínimas pertinentes com o local e ano a que se referem os dados. As ilustrações deverão ser apresentadas centralizadas e sem recuo, não ultrapassando o tamanho de uma folha.

Normas do IBGE (baixar)

Citações: para citações “ipsis literis” de referências deve-se usar aspas na sequência do texto, indicando-se a página consultada. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa deverão ser apresentadas em fonte Trebuchet MS 11, entre aspas e na sequência do texto. As citações deverão ser mencionadas em números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem a menção dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traços (ex.: 2-3); quando intercalados use vírgula (ex.: 2, 4, 6). Observar se os pontos finais foram inseridos após a citação numérica.

Referências: deverão ser numeradas consecutivamente na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Não serão aceitos artigos que tenham utilizado ferramentas automáticas do word para a numeração das referências. Deverão ser apresentadas no máximo 25 referências, sendo destas 75% referências de artigos publicados em periódicos nos últimos 5 anos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. As regras de referência da RECOM têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>). Também poderá ser consultado o site <<http://www.bu.ufsc.br/bccsm/vancouver.html>>, o qual disponibiliza exemplos de referências em idioma português.

Especificar em nota no fim do documento a indicação da agência de fomento, quando for o caso e, também, quando parte de Relatório de Pesquisa, Tese, Dissertação, Monografia de Final de Curso, entre outras.

Abreviação dos títulos dos periódicos: deverão ser abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>. Para a abreviação de títulos de periódicos brasileiros ou latino americanos deve ser consultado o site: <http://portal.revistas.bvs.br>.

Aspectos éticos: para as pesquisas provenientes do Brasil, que envolvem seres humanos devem, obrigatoriamente, explicitar no corpo do trabalho o atendimento das normas dispostas na Resolução CNS 466/12, indicando o número de aprovação emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para outros países, os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

A apresentação dos manuscritos deverá obedecer à regra de formatação definida nessas normas, diferenciando-se apenas pelo número permitido de páginas em cada uma das categorias. O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, ilustrações e referências.

Editorial: matéria de responsabilidade do Conselho Diretor, que poderá convidar autoridades para escrevê-la. Máximo de 2 páginas.

Artigos Originais: são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, com no máximo 20 páginas.

Artigos de Revisão Sistematizada de Literatura: são contribuições que têm por objeto a análise crítica sistematizada da literatura. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão, com no máximo de 20 páginas. Serão aceitas revisões que atendam aos seguintes critérios: Revisão Sistemática: síntese de resultados de estudos originais, quantitativos: ensaio clínico randomizado controlado, coorte e caso-controle. O processo de busca dos estudos, os

critérios de seleção destes e o procedimento utilizado para síntese dos resultados obtidos são criteriosamente descritos. Revisão integrativa: síntese de múltiplos estudos originais, de diferentes delineamentos de pesquisa que possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, de interesse para a Enfermagem e/ou para a saúde. Etapas a serem seguidas: identificação do tema e da questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios de seleção de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, síntese do conhecimento.

Artigos de Reflexão Teórica: texto reflexivo ou análise de temas que contribuam para o aprofundamento de conhecimento relacionado à área. Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos, com no máximo 20 páginas.

Estudos de caso/relato de experiência: se caracterizam pela apresentação de estudos de caso ou relatos de experiência, de conteúdo inédito ou relevante, devendo estar amparada em referencial teórico que dê subsídios a sua análise, com no máximo 13 páginas.

Declaração de Direito Autoral

O Termo de responsabilidade e acordo de transferência do copyright deverá ser redigido conforme o modelo disponibilizado pela revista logo abaixo, devendo ser anexado ao sistema de submissão. Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria. Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade. Também deverá ser anexada a carta de encaminhamento, conforme modelo abaixo.

TERMO DE COMPROMISSO E ACORDO DE TRANSFERÊNCIA DO COPYRIGHT

À: Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM). Cada autor deve ler e assinar este termo de compromisso e transferência de copyright do original.

1. Termo de compromisso:

Declaro que eu participei na elaboração do manuscrito intitulado: INFORMAR TÍTULO, de autoria de INFORMAR NOME(S) DO(S) AUTORE(S) e que tenho plenos poderes em atender este termo.

Declaro que o citado manuscrito é original e não foi previamente publicado em parte ou no todo e que nenhum outro manuscrito similar sob minha autoria está publicado ou em análise por outro periódico seja impresso ou eletrônico.

Declaro ainda, que não violei nem infringi nenhum copyright ou nenhum outro tipo de direito de propriedade de outras pessoas, e que todas as citações no texto são fatos verdadeiros ou baseados em pesquisas de exatidão cientificamente considerável. Comprometo-me, quando solicitado, a fornecer informações aos editores a respeito dos dados deste manuscrito.

Declaro estar ciente de que a RECOM aceita manuscritos com a participação de até 6 autores. Declaro que tive participação suficiente no trabalho para assumir a responsabilidade por: 1- parte do conteúdo, 2-pelo conteúdo total.

Assinatura do(s) autor(es), local e data:

2. Transferência de Copyright: Declaro que, caso este manuscrito seja aceito, concordo que seu copyright estará transferido à posse exclusiva de Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM). Permito a reprodução parcial deste artigo, para uso pessoal, mas a referência bibliográfica original deverá ser citada.

Assinatura do(s) autor(es), local e data:

CARTA DE ENCAMINHAMENTO

À: Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM)

Data:

Submetemos o manuscrito intitulado: INFORMAR TÍTULO, de autoria de INFORMAR NOME(S) DO(S) AUTORE(S), para a apreciação pela Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro (RECOM).

Informamos que nos responsabilizamos pelo conteúdo expresso no mesmo e que se trata de um trabalho original, que não foi encaminhado para outro periódico impresso ou eletrônico no todo ou em parte.

Sendo necessário, nos disponibilizamos para fazer as alterações que forem recomendadas, por termos ciência das normas de publicação na RECOM. Listar e solicitar a assinatura do(s) autor(es). Política de Privacidade: Os nomes e endereços informados neste periódico serão usados exclusivamente para fins de divulgação do mesmo no home page, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE -
FUNDHACRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AOS DESFECHOS DE SAÚDE EM PACIENTES GRAVES NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE RIO BRANCO, ACRE.

Pesquisador: Patrícia Rezende do Prado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47577215.2.0000.5009

Instituição Proponente: Fundação Hospital Estadual do Acre - FUNDHACRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.336.173

Apresentação do Projeto:

O presente estudo será realizado em Rio Branco, Acre, utilizando-se dados de prontuários e através da realização de exame físico aos pacientes críticos atendidos nas unidades públicas de terapia intensiva do Hospital das Clínicas do Acre e Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco. Para alcançar os objetivos propostos serão utilizados três métodos: estudo transversal, coorte e caso-controle. Os participantes da pesquisa ou seus responsáveis deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após o conhecimento dos objetivos da pesquisa, sendo garantida a confidencialidade das informações prestadas. O processamento e análise dos dados serão realizados no pacote estatístico SPSS, versão 20, para o Windows, sendo o grau de confiança a ser adotado de 95%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Avaliar os desfechos de saúde em pacientes graves nas unidades de terapia intensiva de Rio Branco, Acre.

Objetivos Específicos:

- Descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes graves em acompanhamento nas UTIs públicas de Rio Branco;

Endereço: BR 364 - Km 02
Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-217
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: cep_hc@ac.gov.br

Continuação do Parecer: 1.306.173

- Analisar os fatores de risco para complicações e óbitos em pacientes graves;
- Analisar a sobrevivência de pacientes em UTIs públicas de Rio Branco;
- Analisar os resultados dos exames e os desfechos dos pacientes graves;
- Estimar a incidência e os fatores associados à ocorrência de sepse nos pacientes internados nas UTIs públicas de Rio Branco;
- Avaliar a adequação do manejo nutricional do paciente crítico;
- Analisar o manejo medicamentoso dos pacientes graves em atendimento nas UTIs públicas de Rio Branco;
- Analisar os fatores associados à ocorrência de eventos adversos nos pacientes internados nas UTIs públicas de Rio Branco;
- Analisar os fatores associados à ocorrência pneumonia associada à ventilação mecânica nos pacientes internados nas UTIs públicas de Rio Branco;
- Avaliar a reintubação precoce;
- Avaliar os fatores preditores de padrão respiratório ineficaz;
- Realizar protocolos de assistência aos pacientes das UTIs públicas de Rio Branco;
- Validar diagnósticos de enfermagem em UTI;
- Analisar os fatores associados às reinternações dos pacientes graves em UTIs públicas de Rio Branco;
- Analisar a necessidade de cuidados paliativos aos pacientes atendidos nas UTIs públicas de Rio Branco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o Capítulo V, da Resolução CNS 466/2012: "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados".

O presente estudo apresenta risco mínimo. Os pacientes serão avaliados pela pesquisadora por meio de exame físico céfalo-caudal e haverá consulta aos prontuários médicos. Ressalta-se que esta avaliação somente será realizada mediante autorização dos pacientes ou familiares, após apresentação, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como autorização da médica chefe da UTI, sendo mantida a privacidade e dignidade dos participantes por meio da colocação de blombos, utilizando-se equipamento de proteção individual (EPI) como jaleco, luvas, óculos e touca. Toda alteração encontrada será avisada ao médico para as devidas condutas necessárias. Não será realizado nenhum procedimento invasivo com o paciente e toda abordagem será em linguagem acessível, clara e respeitando a dignidade do mesmo.

Endereço: BR 364 - Km 02
Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-217
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: cep_hc@ac.gov.br

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE -
FUNDHACRE



Continuação do Parecer: 1.308.173

Quanto aos benefícios: Os pacientes criticamente enfermos serão avaliados pelos diferentes desfechos de saúde e terão uma assistência mais direcionada e individualizada. Pelos objetivos secundários expostos neste projeto, almeja-se identificar desfechos para os quais a equipe de saúde poderá tomar condutas visando à prevenção, tratamento e/ou controle de enfermidades mais precocemente visando um estabelecimento mais rápido da saúde do paciente na UTI.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O desenvolvimento de pesquisa científica é uma das ferramentas que possibilitam a produção de novos conhecimentos. O presente estudo é relevante, uma vez que conhecer a realidade dos pacientes graves acompanhados nas unidades de terapia intensiva de Rio Branco, Acre, favorecerá o melhor desfecho em saúde, promoção de ações efetivas pautadas nas realidades de cada unidade e voltadas a desenvolver a melhor assistência ao paciente gravemente enfermo, além de contribuir com informações para a comunidade acadêmica, a fim de auxiliar novos estudos acerca deste tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados foram: Projeto Detalhado, Instrumento de Coleta de Dados, Folha de Rosto, Carta de Encaminhamento do Projeto ao CEP, Termo de Compromisso, Declaração de Iniciação da Pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorizações para Realização da Pesquisa e para Acesso aos Prontuários Clínicos do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUEB) e da Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE).

Recomendações:

Não há recomendações, visto que a pesquisa atende aos critérios metodológicos e éticos conforme as diretrizes da Resolução CNS nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 e Norma Operacional 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê de Ética em Pesquisa (Registrado junto à CONEP – Ofício Circular nº 022/2015/CONEP/CNS/MS/Carta Circular nº 019/2015, de 25 de Fevereiro de 2015), de acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: BR 364 - Km 02
Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-217
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: cep.hc@ac.gov.br

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE -
FUNDHACRE



Continuação do Parecer: 1.308.173

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Item XI.1, do Capítulo XI, da Resolução CNS nº 466/2012, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Portanto, cabe ao pesquisador responsável:

- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_553177.pdf	13/11/2015 17:13:20		Aceito
Outros	Compromisso pesquisadores - 2015.pdf	10/07/2015 20:37:09		Aceito
Outros	Carta de encaminhamento - CEP 2015.pdf	10/07/2015 20:36:42		Aceito
Outros	Declaração que não iniciou a pesquisa - 2015.pdf	10/07/2015 20:36:10		Aceito
Outros	Instrumento de coleta de dados - 2015.pdf	10/07/2015 20:35:33		Aceito
Outros	Cronograma de execução - 2015.pdf	10/07/2015 20:34:10		Aceito
Outros	ORÇAMENTO - 2015.pdf	10/07/2015 20:33:55		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização HUERB - Chefa geral.pdf	10/07/2015 20:33:21		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização HUERB - Chefe UT1.pdf	10/07/2015 20:33:06		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização - HC Dra Juliana.pdf	10/07/2015 20:32:52		Aceito

Endereço: BR 364 - Km 02
Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-217
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: cep.hc@ac.gov.br

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE -
FUNDHACRE



Continuação do Parecer: 1.338.173

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização - HC Chefe da UTI 2015.pdf	10/07/2015 20:32:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto UTI - 2015.pdf	10/07/2015 20:32:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/07/2015 20:31:55		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Compromisso pesquisadores - 2015.pdf	10/07/2015 20:31:36		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto - assinada Dra Juliana 2015.pdf	10/07/2015 20:31:01		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO BRANCO, 24 de Novembro de 2015

Assinado por:
Rosely de Freitas
(Coordenador)

Endereço: BR 364 - Km 02
Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-317
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefone: (68)3225-6809 Fax: (68)3225-6809 E-mail: cep_hc@ac.gov.br