



EDITORIAL

Sépsis em gastrenterologia – uma oportunidade para melhorar a nossa prática clínica



Sepsis in Gastroenterology – an opportunity to improve our clinical practices

Isabelle Cremers

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, Hospital de São Bernardo, Setúbal, Portugal

Sépsis é uma resposta inflamatória sistémica a uma infeção que pode levar à sépsis grave (disfunção aguda de órgão secundária a infeção documentada ou suspeitada) e ao choque séptico (sépsis grave associada a hipotensão não reversível com reanimação com fluidos)¹.

A sépsis é bem conhecida de todos os clínicos como uma entidade grave, devendo ser tratada de forma urgente e com os meios adequados. De facto, um estudo multicêntrico da Surviving Sepsis Campaign mostrou uma mortalidade de 34,8% em 15.022 doentes, sendo que esta mortalidade desceu de 37 para 30% nos hospitais que participaram neste estudo, em consequência de uma melhor adesão às recomendações internacionais sobre sépsis².

A elevada mortalidade desta entidade levou um grupo de peritos internacionais a elaborar guidelines designadas como Surviving Sepsis Campaign, publicadas em 2004³, atualizadas em 2008⁴ e em 2012¹. Estas guidelines pressupõem o diagnóstico de sépsis, que se baseia na presença ou suspeita de infeção associada à presença de síndrome de resposta inflamatória sistémica, ou seja, à presença de 2 ou mais dos seguintes dados: temperatura > 38 °C ou < 36 °C, frequência cardíaca > 90, frequência respiratória > 20 ou PaCO₂ < 32 e leucocitose > 12.000 ou leucopenia < 4.000.

A sépsis grave consiste na sépsis com disfunção de ≥ 2 órgãos, ou seja, hipoperfusão com acidose láctica (lactato ≥ 4 mmol/L, alteração do estado de consciência, falência hepática, respiratória, renal ou cardíaca agudas e coagulopatia ou trombocitopenia «de novo»). O choque séptico define-se como sépsis com pressão arterial média (MAP) < 65 ou pressão arterial sistólica < 90, que não responde a um bolus de cristalóide na dose de 20-40 mL/kg ev⁵.

Quando na presença de sépsis, devem ser seguidos protocolos rigorosos, que incluem, nas primeiras 3 horas, o doseamento de lactato, hemoculturas antes da administração de antibióticos, prescrição de antibióticos de largo espectro e a administração de 30 mL/kg de cristalóide, se houver hipotensão ou lactato ≥ 4 mmol/L. Nas primeiras 6 horas devem ser efetuados os seguintes passos: administração de vasopressores, medição da pressão venosa central, medição da saturação venosa central de oxigénio e reavaliação dos níveis de lactato⁶.

Do acima descrito depreende-se que, para tratar estes doentes, é necessário um diagnóstico rápido, seguido de uma atuação igualmente célere, organizada e monitorizada, a fim de ser eficaz.

É nestes aspetos que se foca o estudo publicado por Liliana Eliseu et al.⁷ neste número do GE. Trata-se de um estudo retrospectivo, que identifica todos os doentes internados num serviço de gastrenterologia e que apresentaram sinais de sépsis na admissão hospitalar, no período de um ano. Os autores concluem que, na sua série, a sépsis foi raramente reconhecida e nem sempre abordada de forma

DOI do artigo original:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpg.2013.01.003>

Correios eletrónicos: cremers.tavares@gmail.com, cremers.tavares@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpg.2014.04.002>

0872-8178/© 2014 Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

adequada. De facto, registou-se uma deficiente avaliação dos sinais de gravidade, sendo de salientar a ausência de avaliação/registo da gasometria arterial com lactatos, assim como o défice de algaliação e de registo do débito urinário, num número elevado de casos. Também se verificou o número reduzido de colocação de cateteres centrais, que permitiriam a avaliação da pressão e saturação venosas centrais e a administração adequada de fluidos e vasopressores. Por outro lado, a colheita de sangue para hemoculturas e outros exames, que devem ser feitas nas primeiras 3 horas, não foram efetuadas em muitos doentes. Verificou-se, ainda, um atraso no início da antibioterapia, considerada como um passo crítico no tratamento destes doentes. Os autores também referem a baixa percentagem de internamentos em unidade de cuidados intensivos (UCIGH), apesar de existir no próprio serviço uma unidade com 4 camas.

Algumas medidas acima apontadas, que não respeitaram as guidelines no que concerne ao diagnóstico e tratamento da sépsis, estão relacionadas com a estrutura hospitalar e a abordagem ao doente na urgência, com passagem pela triagem de Manchester, transferência tardia para o serviço, levando ao atraso da implementação das medidas consideradas críticas. A sobrecarga de trabalho no serviço de urgência é outro fator apontado pelos autores como potencialmente responsável pelo atraso na avaliação e tratamento destes doentes. A correção deste atraso, no futuro, passará pela formação dos profissionais que trabalham no serviço de urgência e pela implementação do protocolo de avaliação dos doentes a fim de serem reconhecidos precocemente os casos de sépsis, que deverão ser encaminhados para uma equipa que os oriente de forma eficaz. A correção de fatores como a sobrecarga de trabalho e a organização do serviço de urgência são da responsabilidade das direções dos hospitais.

Os autores referem, ainda, que o registo clínico e a codificação de sépsis foram reduzidos. Este dado é interessante, já que demonstra a subvalorização desta entidade, assim como o desconhecimento de que a codificação adequada dos doentes, ao aumentar o índice de case-mix, leva a uma valorização do serviço e do financiamento do hospital.

Deve ser realçado que este estudo foi realizado na sequência da implementação, no respetivo hospital, das recomendações internacionais para o tratamento da sépsis e da Via Verde de Sépsis. É de esperar que o cumprimento destas recomendações, aliado à avaliação dos dados deste e doutros estudos, venha a diminuir a mortalidade que os autores encontraram nesta série, que foi de 30%, semelhante ao referido noutras séries publicadas.

A importância deste estudo reside, principalmente, na avaliação crítica da prática clínica neste grupo de doentes e na reflexão sobre as medidas a tomar, quer na formação dos profissionais quer no registo e monitorização dos doentes, no seu estudo e tratamento adequados e atempados.

Bibliografia

1. Dellinger RP, Levy MM, Annane D, Gerlach H, Opal SM, Sevransky JE, et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care Med.* 2013;39:165–228.
2. Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, Linde-Zwirble WT, Marshall JC, Bion J, et al. The Surviving Sepsis Campaign: Results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. *Crit Care Med.* 2010;38:1–8.
3. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med.* 2004;32:873.
4. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive Care Med.* 2008;34:17–60.
5. Larosa JA, Ahmad N, Feinberg M, Shah M, Dibrienza R, Studer S. The use of an early alert system to improve compliance with sepsis bundles and to assess impact on mortality. *Crit Care Res Pract.* 2012, article ID 980369.
6. Schorr CA, Zanotti S, Dellinger RP. Severe sepsis and septic shock management and performance improvement. *Virulence.* 2014;5:190–9.
7. Eliseu L. Sepsis in gastroenterology: An undervalued entity? *GE.* 2014;21:131–7.