

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA

JÉSSICA NUNES NASCIMENTO BARROS

**Caracterização de pacientes sépticos internados na Unidade de Terapia Intensiva**

**BRASÍLIA – DF  
2018**

JÉSSICA NUNES NASCIMENTO BARROS

**Caracterização de pacientes sépticos internados na Unidade de Terapia Intensiva**

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marcia Cristina da Silva Magro

**BRASÍLIA – DF  
2018**

**Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte**

BARROS, Jéssica Nunes Nascimento

Caracterização de pacientes sépticos internados na Unidade de Terapia Intensiva, 2018

40p.

Monografia (Graduação). Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem. 2018.

Orientação: Marcia Cristina da Silva Magro

1. Sepsis 2. Unidade de Terapia Intensiva 3. Antibiótico

I. BARROS, Jéssica Nunes Nascimento II. Título: Caracterização de pacientes sépticos internados na Unidade de Terapia Intensiva.

BARROS, Jéssica Nunes Nascimento

## **Caracterização de pacientes sépticos internados na Unidade de Terapia Intensiva**

Monografia apresentada à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito de obtenção do título de enfermeiro.

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **Comissão Julgadora**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> : Marcia Cristina da Silva Magro  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

---

Prof. Dra Paula Regina de Souza Hermann  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

---

Prof. Ms. Tayse Tâmara da Paixão Duarte  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

### **AGRADECIMENTOS**

Entendo que não conseguiria chegar a lugar nenhum sozinha.

Hoje não posso esquecer o papel que Deus teve ao longo do meu percurso. Agradeço ao Senhor pela força que colocou no meu coração para lutar até alcançar este grande objetivo, pois foi Ele que me deu força para não desistir nos momentos mais difíceis. É claro, que não posso esquecer de agradecer minha família, amigos conquistados ao longo desses anos e ao meu esposo, que suportou bravamente todas as minhas aflições e dificuldades me dando suporte em todos os âmbitos para conseguir concluir esse percurso. Foram vocês que me incentivaram e inspiraram através de gestos e palavras e levaram-me a superar todas as dificuldades.

À universidade eu só posso demonstrar minha gratidão e reconhecimento porque sem todos os recursos que ela me ofereceu, não seria possível ter chegado até aqui.

A todos os professores eu agradeço pela orientação repleta de conhecimento, sabedoria e paciência, conversas, descontração, generosidade, empenho, incentivo e críticas, pois foram elas que fizeram de mim um ser humano melhor e mais completo.

Aqueles a quem não mencionei, mas que esteve presente ao meu lado, eu quero lembrar que não estão esquecidos: vocês foram imensamente importantes para concluir meu curso!

“Os que semeiam em lágrimas com júbilo ceifarão. Aquele que leva a preciosa semente, andando e chorando, voltará, sem dúvida, com alegria, trazendo consigo os seus molhos.”

Salmos 126, 5-6

**BARROS, J.N.N. Caracterização de pacientes sépticos internados na Unidade de Terapia Intensiva. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2018. 40 p.**

**Introdução:** Estudos comprovam que a elevada incidência, letalidade e custos são características da sepse, principal causa de mortalidade em unidades de terapia intensiva.

**Objetivo geral:** Caracterizar o perfil dos pacientes com infecção secundária por germe multirresistente que evoluíram com sepse notificada no Núcleo de Infecção Hospitalar (NCIH) durante a internação na unidade de terapia intensiva. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo, exploratório de cunho retrospectivo, desenvolvido na UTI geral de adulto de um hospital público do Distrito Federal com 10 leitos ativos destinados ao atendimento de pacientes agudos clínicos e cirúrgicos. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de questionário com itens sobre os dispositivos invasivos e identificação de cada paciente, além dos registros relacionados a ocorrência inicial de infecção secundária e evolução para sepse, de pacientes internados entre Janeiro de 2016 e Dezembro de 2017. A fonte de dados foi secundária ou seja, anotações realizadas pelo Núcleo de Infecção Hospitalar (NCIH) e registros no prontuário do paciente. Foram incluídos: 1) pacientes internados nas UTIs entre janeiro e dezembro de 2016 a dezembro de 2017 com registro de infecção por germe multirresistente durante a internação pela equipe do NCIH; 2) idade superior a 18 anos; 3) internação de no mínimo 48 horas na UTI. Critérios para exclusão: 1) idade inferior a 18 anos; 2) ausência de coleta de culturas na admissão ou em até 24 horas da admissão; 3) pacientes em suspeita ou confirmação de morte encefálica. Os dados coletados foram armazenados no banco de dado do programa Excel e posteriormente analisados de forma descritiva através do cálculo de frequências absolutas e relativas, medidas resumo (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, percentil 25 e 75). Houve predomínio do sexo masculino 6 (60%), pacientes com idade média de  $62 \pm 16$  anos, entretanto os homens eram mais velhos ( $65 \pm 9$  anos) do que as mulheres ( $59 \pm 26$  anos). As comorbidades com maior representatividade numérica foram hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica, com 4 ocorrências cada. Em 60% dos casos, os pacientes deram entrada pronto socorro clínico e o principal motivo da internação foi clínico (80%), 20% foram casos cirúrgicos, e desses, 70% evoluíram ao óbito. Todos permaneceram em ventilação mecânica durante a primeira semana de

internação, 80% necessitaram de hemodiálise e 30% de cirurgia durante a internação. Nenhum paciente usou cateter peridural ou gastrostomia à época do estudo. A maioria dos pacientes tinham infecção pré-admissão (90%), mas em apenas 10% dos casos houve confirmação diagnóstica pelo método laboratorial, o que caracteriza o número de bactérias não classificadas em 80% dos casos. **Conclusão:** A idade foi percebido como maior propensão a não recuperação do quadro clínico grave considerando que a maioria dos pacientes tinha idade avançada. Foi possível observar que os focos com maiores índices de infecção secundária, foram o pulmonar, urinário e abdominal e que a prevalência de mortalidade foi elevada, alcançando 90% dos casos. No que se refere ao tratamento, os antibióticos os beta-lactâmicos foram utilizados com maior frequência, seguido dos aminoglicosídeos representados na tabela 4.

**Descritores:** Sepsis, Unidade de Terapia Intensiva, Antibióticos

**BARROS, J.N.N. Characterization of septic patients admitted to the Intensive Care Unit. Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2018. 40 p.**

**Introduction:** Studies show that high incidence, lethality and costs are characteristic of sepsis, which is the main cause of mortality in intensive care units. **Objective:** To characterize the profile of patients with secondary bloodstream infection who developed sepsis during intensive care unit admission and had it notified in the Hospital Infection Nucleus (NCIH). **Methodology:** This is a quantitative, descriptive, exploratory, retrospective study developed at the general adult ICU of a public hospital in the Federal District with 10 active beds intended for the care of clinical acute conditions and surgical patients. Data were collected during three months and occurred through the application of a questionnaire with items about the invasive devices and identification of each patient, besides that, records related to the initial occurrence of secondary infection and evolution to sepsis were also accessed. The data source was secondary, that is, notes made by the Hospital Infection Nucleus (NCIH) and records in the patient's chart were used. The following were included: 1) patients admitted to the ICU between January and December 2016 to December 2017 with a record of infection by a multiresistant germ during admission by the NCIH team; 2) age greater than 18 years; 3) hospitalization for at least 48 hours in the ICU. Criteria for exclusion: 1) age under 18 years; 2) absence of collection of material for crops at admission or within 24 hours of admission; 3) patients in suspected or confirmed brain death. The data collected were stored in the database of Excel and then analyzed in a descriptive way, calculation of absolute and relative frequency, abstract (mean, median) and dispersion measurements (standard deviation, 25th and 75th percentile) were performed. **Results:** There was a predominance of males 6 (60%), patients with mean age was  $62 \pm 16$  years, although males were older ( $65 \pm 9$  years) than females ( $59 \pm 26$  years). The most frequent pathologies were hypertension and chronic obstructive pulmonary disease 4 (40%), respectively. The majority (80%) of the patients were from Ceilândia. In 60% of the cases, the place of origin was the clinical emergency room and the main reason for hospitalization was clinical (80%), 20% were surgical, and of these, 70% died. All patients underwent mechanical ventilation during the first week of hospitalization, 80% required hemodialysis and 30% needed surgery during

hospitalization. It was found that most of the patients needed tracheostomy for an extended period of time. In addition, 40% used a venous catheter for approximately 6 days. No patient used an epidural catheter or gastrostomy during the period of the study. Most of the patients had pre-admission infection (90%), but in only 10% of cases there was diagnostic confirmation by a laboratory method, which characterizes the number of non-classified bacteria in 80% of the cases. **Conclusion:** It was concluded that the age factor was perceived as a higher propensity not to recover from the severe clinical condition considering that the majority of the patients were old. It was possible to observe that the foci with higher rates of secondary infection were pulmonary, urinary and abdominal, and that the prevalence of mortality was high, reaching 90% of the cases. As regards treatment, the antibiotics beta-lactams were used more frequently, followed by the aminoglycosides.

**Keywords:** Sepsis, Intensive Care Unit, Antibiotics

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Novos conceitos de Infecção, Sepse e Choque Séptico. ILAS, 2017.....	19
<b>Quadro 2</b> – Parâmetros para Análise e Comparação. ILAS, 2017 .....	20
<b>Quadro 3</b> – Guia de Antibioticoterapia Empírico para Sepse. ILAS, 2015 .....	21

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Caracterização dos pacientes que evoluíram com sepse durante internação na unidade de terapia intensiva. Distrito Federal, 2018.....25
- Tabela 2** – Distribuição dos pacientes (n=10) de acordo com o sistema acometido pela sepse. Distrito Federal, 2018..... 26
- Tabela 3** – Distribuição dos pacientes de acordo com o uso de dispositivos. Distrito Federal, 2018..... 27
- Tabela 4** – Distribuição dos pacientes segundo a s características do quadro infeccioso. Distrito Federal, 2018.....27

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CLSI – Clinical and Laboratory Standards Institute

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

HRC – Hospital Regional de Ceilândia

HUB – Hospital Universitário de Brasília

IPCS – Infecção Primária de Corrente Sanguinea

NCIH – Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar

SRIS – Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica

SSC – Surviving Sepsis Campaign

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 Geral.....	18
2.2. Específico.....	18
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
3.1 Esclarecendo a Sepse.....	18
3.2 Sinais e Sintomas.....	19
3.3 Métodos de Comparação.....	19
3.4 Tratamento.....	20
3.4.1 Antibióticoterapia.....	21
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>22</b>
4.1 Aspectos Éticos.....	22
4.2 Desenho do Estudo e período do estudo.....	22
4.3 Amostra e local de estudo.....	22
4.4 Protocolo de estudo.....	23
4.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	23
4.6 Critérios de inclusão/exclusão.....	23
4.7 Tratamento dos Dados.....	24
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>31</b>
<b>9. APÊNDICE.....</b>	<b>34</b>

9.1 Apêndice A- Instrumento de Coleta de Dados.....	34
9.2 Apêndice B- Parecer Consubstanciado do CEP .....	37

## 1. Introdução

Atualmente, com o avanço da medicina moderna torna-se possível melhor compreender as causas e consequências de muitas doenças (SALLES, et. al). A trajetória desse avanço permitiu a descoberta de novos agentes infecciosos, que por outro lado predispôs ao aumento da incidência de problemas de saúde, em função da resposta imunológica exacerbada do organismo humano (LIMA, et. al 2007).

As infecções de corrente sanguínea (ICS) representam um dos fatores associados aos desfechos desfavoráveis na saúde pública (ANVISA 2017). Quando uma doença, como é o caso da infecção, resulta em lesão endotelial e difusa, ou seja, sem necessariamente um ponto específico, é sabido que pode desencadear um estímulo persistente de mediadores da inflamação gerando assim, comprometimento de múltiplos órgãos e sistemas (SALLES, et. al 1999). Mas, o organismo é dotado de um sistema de defesa chamado de imunológico, que age contra agentes externos e na tentativa de se proteger pode predispor ao processo infeccioso (LIMA, et. al 2007). Contudo quando o indivíduo é exposto a um agente infeccioso, mediadores químicos são liberados para combater esse microrganismo e, assim impedir a progressão da infecção (LIMA, et. al 2007). Se por alguma razão o microrganismo, seja ele, fungo, bactéria, protozoário ou vírus, não for combatido em sua totalidade, por problemas de deficiência imunológica, mediadores químicos são liberados e uma resposta inflamatória é gerada (SALLES, et. al 1999); (LIMA, et. al 2007).

A vigência de uma resposta inflamatória exacerbada é intitulada como SIRS - Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica e, representa um grande desafio para os sistemas de saúde em todo mundo sob vários aspectos, especialmente o socioeconômico (Caribé, 2013). Por sua vez, a sepse é uma complicação potencialmente fatal de uma infecção. Ela ocorre quando substâncias químicas liberadas na corrente sanguínea para combater a infecção desencadeiam respostas inflamatórias por todo o corpo. Essa inflamação pode desencadear uma cascata de alterações e danificar vários sistemas e órgãos, fazendo com que eles falhem (MAYO CLINIC, 2018).

Pela gravidade do desenvolvimento de uma infecção, é fundamental incorporar ao processo de sistematização do cuidado, a profilaxia, a fim de minimizar ou evitar

complicações. Sobretudo o tratamento, mesmo após infecção, deve ser adequado para a redução do risco de morte (ANVISA 2017).

Nesse panorama o Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), esclarece em um dos seus mais novos estudos, de 2017, que qualquer infecção leve ou grave pode evoluir para sepse (ILAS 2017), haja vista, a grande quantidade de medidas invasivas considerada de extrema importância na UTI, mas que por outro lado representa um dos principais motivos responsáveis pela maior concentração de infecção hospitalar nesse ambiente (PASSAMANI; SOUZA, 2011). A sepse, apesar de originada com frequência por infecções respiratórias, abdominais ou urinárias, pode ser determinada por infecções hospitalares, uma das maiores responsáveis pelos agravos e elevação do risco de morte nos pacientes internados (ILAS 2017; PASSAMANI; SOUZA, 2011).

Em virtude da ausência de sintomatologia específica para o diagnóstico da sepse, todas as pessoas com processo infeccioso, caracterizado por febre, fraqueza, falta de ar, sonolências excessivas, entre outros, são orientadas procurar o sistema de saúde para facilitar o diagnóstico precoce (ILAS 2017). Deve ser considerado que quanto menor o tempo de infecção, menor será a chance de evolução para a sepse (ILAS 2017).

Sabidamente, na SIRS, os neutrófilos liberados a partir da medula óssea como parte da resposta inflamatória, aderem às paredes vasculares na área da infecção, saem da circulação por diapedese e viajam através dos tecidos até o sítio de infecção, local onde, liberam citocinas, que por sua vez aumentam a resposta inflamatória. Nessa cascata, as enzimas que destroem os organismos invasores, também podem lesionar os revestimentos endoteliais vasculares, aumentar a resposta inflamatória devido à lesão vascular, e determinar maior liberação de citocinas. (HUDAK, CAROLYN M. ET AL 2007). A cisão de barreiras anatômicas, lesão orgânica ou a simples redução da competência imunológica de um indivíduo possibilita a invasão microbiana de tecidos. Cada microrganismo tem característica molecular própria, como os lipopolissacarídeos de membrana das bactérias Gram-negativas, açúcares da parede celular de fungos, etc. Essa característica é denominada de Padrão Molecular Associado ao Patógeno (PAMPS), uma vez que invadem e multiplicam-se nos tecidos, esses patógenos são identificados por elementos do sistema imune inato através de padrões moleculares. Na ausência desse mecanismo de defesa, aumenta-se a chance de evolução do quadro para a sepse (BOECHAT AL, BOECHAT NO

2010).

A elevada incidência, letalidade e custos elevados são características da sepse, principal causa de mortalidade em unidades de terapia intensiva. Foi demonstrado que aqueles pacientes reconhecidos e tratados precocemente acumulam melhor prognóstico. Nesse sentido, a abordagem precoce do agente infeccioso, tanto no sentido do diagnóstico como no de controle do foco infeccioso são fundamentais para adequada evolução clínica do paciente (DIAMENTET al., 2010).

Os métodos profiláticos, padronizados nas instituições de assistência à saúde para redução do risco de infecção são representados pela higienização das mãos, manipulação adequada de dispositivos, emprego de técnica antisséptica no preparo da pele antes da inserção do cateter, estabilização do cateter e da cobertura usada. Após, quadro instalado de infecção é necessário incrementar o tratamento com antibióticos. Nesse cenário, tanto o tratamento precoce e adequado das IPCS, como o reconhecimento precoce da sepse são de extrema importância para a redução da letalidade, e estão relacionados com a recomendação de início imediato do tratamento, por meio do esquema de antimicrobianos capaz de atuar contra os patógenos mais prevalentes. Deve ser ressaltado que o uso indiscriminado de antimicrobianos, sem respaldo de protocolos clínicos pode induzir o surgimento de cepas multirresistentes (PARENTI. Et. al 2013).

O perfil de resistência deve ser conhecido, considerando que o tratamento é iniciado antes dos resultados da cultura. Por essa razão, a depender da cepa (GRAM positivo ou GRAM negativo ou de origem fúngica) encontrada em maior quantidade, o tratamento passa a ser direcionado respeitando a resistência ao medicamento (MILLAN. Et.al 2012).

## **2. Objetivos**

### **2.1 Geral**

- Caracterizar o perfil dos pacientes com infecção secundária que evoluíram com sepse durante a internação na unidade de terapia intensiva com notificação no Núcleo de Infecção Hospitalar (NCIH).

## **2.2 Específico**

- Descrever os sistemas que com mais frequência são acometidos por infecção secundária dos pacientes que evoluíram em sepse na unidade de terapia intensiva com notificação no NCIH.
- Identificar a antibioticoterapia adotada com mais frequência para os pacientes sépticos;
- Verificar o desfecho clínico dos pacientes com infecção secundária que evoluíram com sepse durante a internação com notificação no NCIH.

## **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1 Esclarecendo a Sepse**

Antes, conhecida como Infecção Generalizada e hoje denominada como Sepse (ILAS 2017). Em tese, é uma inflamação do organismo que pode estar localizada em um órgão alvo, comprometendo sua função e provocando instabilidade hemodinâmica de leve à grave podendo levar ou não ao óbito (ILAS 2017).

Em unidades de terapia intensiva a sepse tem alta incidência, alta letalidade e custos elevados, sendo a principal causa de mortalidade. Está claramente demonstrado, que pacientes identificados e tratados precocemente tem melhor prognóstico. Nesse sentido, a abordagem precoce do agente infeccioso, tanto no sentido do diagnóstico como de controle do foco infeccioso são fundamentais para a evolução favorável do paciente (Diament et al., 2010).

### Quadro 1- Novos conceitos de Infecção, Seps e Choque Séptico

<b>Classificação antiga</b>	<b>Classificação atual (a ser usada)</b>	<b>Característica</b>
Seps	<b>Infecção sem disfunção</b>	Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.
Seps grave	<b>Seps</b>	Infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.
Choque séptico	<b>Choque séptico</b>	Seps que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM $\leq$ 65 mmHg), de forma independente de alterações de lactato.

Fonte: <http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>

### 3.2 Sinais e Sintomas

Não há uma sintomatologia específica que possa definir rigorosamente a seps, entretanto quando há identificação de disfunção de órgão, caracterizada pela presença de taquicardia, taquidispneia, hipotensão, oligúria e alteração de células sanguíneas indica-se a presença da seps e necessidade do início do tratamento conforme o Protocolo Mundial, com base nas diretrizes da Campanha de Sobrevivência a Seps (SSC2017).

### 3.3 Métodos de Comprovação

Para a confirmação do quadro clínico descrito acima, o exame laboratorial não é suficiente para confirmação (ESPERADIM; BASSI, 2017). O exame físico deve ser minucioso e, além disso, exames complementares como hemocultura, hemograma

completo, níveis séricos de lactato arterial, gasometria arterial e venosa entre outros. Os componentes sanguíneos devem ser avaliados, pois são coadjuvantes para a descoberta e decisão diagnóstica (ESPERADIM; BASSI, 2017).

### **Quadro 2-** Parâmetros para Análise e Comparação

- hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg)
- oligúria ( $\leq 0,5\text{mL/Kg/h}$ ) ou elevação da creatinina ( $>2\text{mg/dL}$ );
- relação  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$  ou necessidade de  $\text{O}_2$  para manter  $\text{SpO}_2 > 90\%$ ;
- contagem de plaquetas <  $100.000/\text{mm}^3$  ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;
- acidose metabólica inexplicável: déficit de bases  $\leq 5,0\text{mEq/L}$  e lactato acima do valor de referência;
- rebaixamento do nível de consciência, agitação, *delirium*;
- aumento significativo de bilirrubinas ( $>2\text{X}$  o valor de referência).

**Fonte:** <http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>

## **3.4 Tratamento**

Na suspeita da sepse há necessidade de implementação de um padrão “Ouro” compreendido pela coleta de exames laboratoriais como a gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma (ILAS, 2017). É fundamental, a coleta de hemocultura em e a administração de antimicrobianos de amplo espectro, por via endovenosa, visando o foco de suspeita, antes da primeira hora desde a admissão do paciente e, se possível, após a coleta de todos os exames (ILAS, 2017). Porém, se não houver possibilidade da coleta de culturas, a administração do antimicrobiano não deve ser adiada em hipótese alguma (ILAS2017). Consta das diretrizes também, outros suportes para manutenção da vida ao paciente, como o uso de corticoides, suporte de oxigênio por cateter nasal e até mesmo a intubação orotraqueal com uso da ventilação mecânica para preservar a qualidade de perfusão tecidual, uso de drogas vasoativas ou infusão de volume para controle de hipotensão arterial, controle glicêmico, utilização do bicarbonato em caso de acidose por exames coletados e terapia renal substituta à depender

da individualidade de cada paciente e discussão com a equipe especialista (ILAS2017).

### 3.4.1 Antibioticoterapia

Como sugestão de tratamento empírico, ou seja, sem que haja confirmação prévia do tipo de cepa, o Instituto Latino Americano estabeleceu as seguintes orientações:

#### Quadro 3- Guia de Antibioticoterapia Empírica para Sepses

Foco	Infecção comunitária	Infecção nosocomial
Pulmão	Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona, cefotaxima) + claritromicina  Quinolonas respiratórias (levofloxacina, moxifloxacina)  Se história de doença pulmonar crônica – utilizar cefalosporina de 4ª geração (cefepime)  Se pneumonia aspirativa – trocar associar clindamicina. A utilização de claritromicina nesse contexto não é necessária.	Piperacilina-tazobactam ou cefalosporina de 4ª geração  Se alta prevalência de estafilococos resistente a oxacilina na instituição – associar glicopeptídeo (vancomicina ou teicoplanina) ou linezolida.  Se uso prévio de cefalosporinas ou quinolonas = trocar piperacilina-tazobactam por carbapenêmicos (imipenem ou meropenem)  Se alta prevalência de germes multiresistentes ( <i>Pseudomonas</i> multi R/ <i>Acinetobacter</i> multi R e <i>Klebsiella</i> produtora de carbapenemase) – avaliar associação empírica de polimixinas (B ou E)
Infecção urinária	Quinolonas ou cefalosporina de terceira geração	Cefalosporinas de 4ª geração ou carbapenêmicos (imipenem ou meropenem)
Infecção abdominal	Cefalosporina 3ª geração (ceftriaxone ou ceftaxima) + metronidazol + ampicilina + aminoglicosídeo (gentamicina ou estreptomina).	Cefalosporinas de 4ª geração ou carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) (se opção pela cefalosporina, associar metronidazol) + aminoglicosídeo (gentamicina ou estreptomina).
Pele e partes moles	Cefalosporina de 1ª geração ou oxacilina.  Se sinais de necrose – associar clindamicina	Glicopeptídeos (vancomicina ou teicoplanina) + cefalosporinas de 4ª geração
Infecção de corrente sanguínea associada a cateter	-----	Carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) ou piperacilina-tazobactam + glicopeptídeos (vancomicina ou teicoplanina)  Se fatores de risco para candidemia – avaliar necessidade de cobertura para fungos com imidazólicos (fluconazol) ou equinocandinas (caspofungina, anidulafungina ou micafungina)
Sem foco definido	Cefalosporina de 4ª geração (cefepime) + metronidazol	Carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) + Glicopeptídeos (vancomicina ou teicoplanina) ou linezolida

Fonte: <http://www.ilasonlinems.org.br/ilasonlinems/PDF/16%20-%20guia%20antimicrobianos%20-%20sugestao.pdf>

### **3.5 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e FEPECS, CAAE: 42119014.9.0000.5553 (ANEXO A). Por se tratar de um estudo retrospectivo com dados secundários foi dispensado a aplicação de termo de consentimento livre e esclarecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

### **4.2 Desenho e período do estudo**

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo descritivo, exploratório de cunho retrospectivo.

Os dados do estudo estão relacionados ao período de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017. A coleta de dados ocorreu do mês de dezembro de 2017 a março de 2018, em um hospital público da secretaria de saúde do Distrito Federal.

### **4.3 Amostra e local do estudo**

Esleceu-se como cenário de investigação a UTI Adulto que possui 10 leitos ativos destinados ao atendimento de pacientes agudos clínicos e cirúrgicos notificados com sepse pela Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH) à época da coleta de dados.

A amostra foi de conveniência e compreendeu os pacientes admitidos na UTI adulto notificados pelo núcleo da comissão de infecção hospitalar (NCIH) com foco infeccioso de origem secundária, obrigatoriamente, e evolução para sepse.

### **4.4 Coleta de dados**

Adotou-se um questionário para determinar aqueles que seriam incluídos como amostra com base nos dispositivos invasivos de cada paciente e registros de dados relacionados a ocorrência inicial de infecção secundária e evolução para sepse (APÊNDICE A). A busca ativa ocorreu inicialmente nos registros do NCIH com posterior confirmação no prontuário para direcionamento do quadro clínico do paciente e avaliação

da potencial inclusão no estudo.

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de questões diretas (de múltipla escolha). Foi realizada uma codificação em número arábico para cada paciente com potencial de inclusão no estudo. As questões foram constituídas por dados referentes a identificação demográfica e clínica, história diagnóstica, infecciosa e laboratorial.

#### **4.5 Protocolo do estudo**

A fonte de dados foi secundária, ou seja, anotações realizadas pelo Núcleo de Infecção Hospitalar (NCIH) e registros no prontuário do paciente.

Fase 1 – Aproximação com o campo, local de coleta de dados por meio de visitas.

As visitas foram realizadas no período que compreende os meses de dezembro de 2017 a março de 2018. Foram realizadas três visitas semanais para coleta dos dados no NCIH por dois meses consecutivos e do prontuário dos pacientes, nos meses subsequentes, cujo acesso ocorreu por meio do Sistema Trakcare (intranet) e uso do registro do paciente fornecido pela Secretaria de Saúde (SES) do Distrito Federal.

Fase 2 - Aplicação do questionário para caracterização dos participantes do estudo. O instrumento de coleta de dados foi constituído de questões de identificação, aspectos clínicos, demográficos e relacionados ao tratamento.

Fase 3 – Os dados foram reunidos em planilha Excel para posterior análise dos resultados.

#### **4.6 Critérios de elegibilidade**

Foram incluídos: 1) pacientes internados nas UTIs entre janeiro e dezembro de 2016 a dezembro de 2017 com registro de infecção por germe multirresistente durante a internação pela equipe do NCIH; 2) idade superior a 18 anos; 3) internação de no mínimo 48 horas na UTI; 4). Pacientes que deram entrada na Unidade de Saúde já infectados previamente.

#### 4.7 Tratamento dos Dados

Os dados coletados foram armazenados no programa excel e posteriormente analisados de forma descritiva.

Na análise descritiva realizou-se cálculo de frequências absolutas e relativas, medidas resumo (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, percentil 25 e 75).

### 5. RESULTADOS

O presente estudo incluiu 10 pacientes com infecção secundária que evoluíram com sepse durante a internação.

Os resultados mostraram predomínio do sexo masculino 6 (60%). A idade média dos pacientes foi de  $62\pm 16$  anos, entretanto os homens eram mais velhos ( $65\pm 9$  anos) do que as mulheres ( $59\pm 26$  anos).

As patologias mais frequentes foram hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica 4 (40%), respectivamente. A maioria (80%) dos pacientes era procedente de Ceilândia. Em 6 (60%) dos casos, o local de origem da internação foi o pronto socorro clínico e o principal motivo da internação foi clínico 8 (80%), com 2 (20%) cirúrgicos. Do total de pacientes, a maioria evoluiu ao óbito 7 (70%). Todos permaneceram em ventilação mecânica durante a primeira semana de internação, 8 (80%) necessitaram de hemodiálise e 3(30%) de cirurgia durante a internação (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização dos pacientes (n=10) que evoluíram com sepse durante internação na unidade de terapia intensiva. Distrito Federal, 2018.

<b>Características</b>	<b>n(%)</b>
Infectado	10 (100,0)
Idade geral (anos)	62±16
<b>Idade por sexo</b>	
Masculino	65±9
Feminino	59±26
<b>Sexo</b>	
Masculino	6 (60,0)
Feminino	4 (40,0)
<b>Comorbidades</b>	
HAS	4 (40,0)
AVE	2 (20,0)
DM	2 (20,0)
DPOC	4 (40,0)
ICC	1 (10,0)
IRC/Agudizada	1 (10,0)
Linfoma	1 (10,0)
Pneumonia adquirida na comunidade (PAC)	2 (20,0)
<b>Procedência</b>	
Ceilândia	8 (80,0)
Asa Norte	1 (10,0)
UPA	1 (10,0)
<b>Origem Internação</b>	
PS/clínico	6 (60,0)
UPA	2 (20,0)
POI cirurgia urgência	1 (10,0)
Internação clínica/cirúrgica	1 (10,0)
<b>Motivo da internação</b>	

Clínica/PS	8 (80,0)
Cirurgia eletiva	2 (20,0)
<b>Desfecho</b>	
Alta	1 (10,0)
Óbito	7 (70,0)
Permanência na UTI	2 (20,0)
Ventilação mecânica _1ª semana internação	10 (100,0)
Hemodiálise	8 (80,0)
Cirurgia de urgência durante internação	3 (30,0)

HAS –hipertensão arterial sistêmica, AVE- acidente vascular encefálico, DM- diabetes mellitus, DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica, ICC – insuficiência cardíaca congestiva, UPA – unidade de pronto atendimento, POI- pós-operatório imediato, UTI – unidade de terapia intensiva

A tabela 2 mostra que o foco predominante de sepse foi o pulmonar 3 (30%), seguido do urinário e abdominal 2 (20%), respectivamente.

**Tabela 2** – Distribuição dos pacientes (n=10) de acordo com o sistema acometido pela sepse. Distrito Federal, 2018.

<b>Foco</b>	<b>n(%)</b>
Pulmonar	3 (30,0)
Urinário	2 (20,0)
Gastrointestinal (Abdominal)	2(20,0)
A esclarecer (não determinado)	1 (10,0)
Pulmonar/Urinarío	1 (10,0)
Pulmonar/Abdominal	1 (10,0)
<b>Total</b>	<b>10 (100,0)</b>

Constatou-se que a maioria dos pacientes necessitou de traqueostomia por tempo prolongado 7 (70%), além disso 4 (40%) fizeram uso de cateter venoso por aproximadamente 6 dias. Nenhum paciente usou cateter peridural ou gastrostomia à época do estudo.

**Tabela 3** – Distribuição dos pacientes (n=10) de acordo com o uso de dispositivos. Distrito Federal, 2018.

<b>Dispositivos</b>	<b>n (%)</b>	<b>Média±DP</b>
Traqueostomia crônica	7 (70,0)	-
Cateter venoso	4 (40,0)	-
Tempo de uso do cateter venoso periférico (dias)		6,5 ±5
Cateter peridural	0 (0,0)	-
Gastrostomia	0 (0,0)	-

A maioria dos pacientes tinha infecção pré-admissão 9 (90%), em apenas 1(10%) dos casos houve confirmação diagnóstica pelo método laboratorial, o que caracteriza o número de bactérias não classificadas 8 (80%). Os antibióticos beta-lactâmicos foram com frequência adotados 9(90%), seguido dos aminoglicosídeos 5 (50%).

**Tabela 4** – Distribuição dos pacientes (n=10) segundo as características do quadro infeccioso. Distrito Federal, 2018.

<b>Características</b>	<b>n(%)</b>
Infecção pré-admissão	9 (90,0)
Método de confirmação do quadro infeccioso (clínico e laboratorial)	9 (90,0)
Método de confirmação do quadro infeccioso (laboratorial)	1 (10,0)

**Agente etiológico**

Cândida	1 (10,0)
Outros (Gram+)	1 (10,0)
Outras leveduras	2 (20,0)
Vírus	1 (10,0)
Bactérias não classificadas	8 (80,0)
História de infecção prévia de sítio pulmonar	6 (60,0)

**Antibióticos**

Beta-lactâmicos	9 (90,0)
Aminoglicosídeo	5 (50,0)

---

## 5. DISCUSSÃO

Uma Assistência de qualidade vai além da interpretação diagnóstica do paciente, partindo do pressuposto que as infecções geralmente são de causas multifatoriais (PASSAMANI; SOUZA, 2011).

Estudo realizado na Universidade de Pernambuco, afirma que pacientes idosos, do sexo masculino e com comorbidades associadas estão mais susceptíveis a sepse (Caribé, 2013). O risco para sepse é treze vezes mais elevado em pacientes com 65 anos ou mais em relação aqueles mais jovens por acumular condições coexistentes, como doenças pulmonares crônicas, imunodeficiência, doença maligna ou diabetes mellitus. (CARVALHO et al., 2010). As infecções secundárias com foco inicial no pulmão são comuns em 50% dos casos (ARTERO et al., 2012) o que confere com o estudo em questão em que 30% dos casos, sua maioria, são de foco pulmonar.

Os homens têm maior prevalência de sepse e choque séptico do que as mulheres. As infecções respiratórias são as principais fonte de sepse e, prevalentes com mais frequência em homens do que em mulheres, seguidas das infecções do trato urinário e posteriormente abdominais (CARVALHO et al., 2010) . Infecções respiratórias e abdominais parecem ter um prognóstico pior do que outros focos, (CARVALHO et al.,

2010) contudo em nosso estudo os focos urinários e abdominais foram percentualmente equivalentes.

Um estudo realizado pela Santa Casa de São Paulo concluiu, após avaliação de 453 prontuários, que as comorbidades endócrinas, cardiovasculares e pulmonares influenciam diretamente no agravamento do paciente internado (SANTOS, et. al. 2016). Nesse contexto é evidenciado que os pacientes idosos, do sexo masculino parecem ser mais suscetíveis quando possui doenças cardiovascular, endócrina e pulmonar (SANTOS, et. al. 2016). Essas características também foram encontradas entre os pacientes do presente estudo.

Assim como os pacientes idosos estão mais propensos a desenvolver a sepse, os mais jovens também acumulam o risco. O fato de estar internado em unidade de terapia intensiva de um hospital e o tempo dessa internação representam fatores que aumentam potencialmente o risco de desenvolvimento de sepse. Deve ser considerado que o maior o tempo de internação representa maior risco, bem como acúmulo de comorbidades como evidenciado no presente estudo. Outro fator de risco relaciona-se a própria presença de ferimentos ou lesões, como queimaduras e o uso de dispositivos invasivos, como cateteres intravenosos ou tubos de respiração (CARVALHO et al., 2010), achados semelhantes foram obtidos no presente estudo, considerando que 70% dos pacientes faziam uso de traqueostomia e 40% de cateter venoso.

Entre os agentes etiológicos determinantes de infecções de corrente sanguínea, os fungos ocupam o quarto lugar permanecendo à frente de outros microrganismos, à exemplo da *Escherichia coli* – Gram-negativa. (FERREIRA 2016). Infecções deste tipo podem ser determinadas por outros patógenos, como os Gram-positivos (*Stafilococcus aureus*, *Lactobacillus spp*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Clostridium tetani* e *Enterococcus faecalis*) afetando 10%, dos pacientes e as leveduras que são identificadas em 30% dos pacientes, das quais, a do gênero *Cândida sp.* está presente em 10% (FERREIRA2016), entretanto no presente estudo representou 1/3 das causas infecciosas.

A depender do foco de infecção secundária, a terapia de antimicrobiano pode modificar a evolução. Vale ressaltar que estudos realizados pela Santa Casa e Hospitais de ensino e pesquisa publicaram protocolos internos para manejo dos antibióticos no tratamento da sepse subsidiando a mudança de evolução dos pacientes (DIAS et. al 2015).

No presente estudo a prevalência de óbitos foi elevada (70%). Segundo ILAS a mortalidade mundial decorrente da sepse acomete 46% da população, mas no que se refere as instituições públicas essa frequência apresenta-se em maior percentual (58,5%) comparado às privadas (34,5%) (ILAS, 2016).

### **6.1 Limitações do Estudo**

Uma das principais limitações do estudo foi que na época da avaliação dos prontuários, segundo a Coordenadora responsável pelo NCIH e Enfermeiro Chefe da UTI, não havia reagentes disponíveis para a realização de antibiograma, o que caracterizaria o tratamento adequado relacionado ao nível de resistência dos pacientes ao antibiótico utilizado e proporcionaria um melhor prognóstico. Houve dificuldade de recolhimento de dados, pois nem todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente fazem sua evolução diária para acompanhamento do quadro clínico colocando, assim, informações importantes longe dos olhos de observação do leitor.

Dificuldades de encontrar estudos recentes que retratem o perfil atual de evolução das Infecções Secundárias também trouxe dificuldade de elaboração para este estudo.

## **6. CONCLUSÃO**

Nesse estudo foi possível identificar que homens com idade acima de 60 anos e com comorbidades associadas possuem maiores taxas de mortalidade quando comparados com mulheres da mesma idade. O fator idade também pode ser percebido como maior propensão a não recuperação do quadro clínico grave considerando que a maioria dos pacientes tinha idade avançada.

Foi possível observar que os sistemas com maiores índices de infecção secundária, foram o pulmonar, urinário e gastrointestinal (abdominal). A prevalência de mortalidade foi elevada, alcançando 90% dos casos.

No que se refere ao tratamento os antibióticos os beta-lactâmicos foram utilizados com maior frequência, seguido dos aminoglicosídeos.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA 2017). **Corrente Sanguínea Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. Set. de 2017

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA 2017). **Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde**. 15 de Maio de 2017

ARTERO, A. ZARAGOZA, R. NOGUEIRA, J. M. **Epidemiology of Severe Sepsis and Septic Shock, Severe Sepsis and Septic Shock** . Understanding a Serious Killer. Ed. ISBN: 978-953-307-950-9, InTech, 201

BASSI, A. A. P.; ESPERANDIM, V. R. **Seapse: sinais, sintomas e cuidados de enfermagem**. Universidade de Franca. Enfermagem, 17º Congresso Nacional de Iniciação Científica. 2017. Disponível em: <<http://conic-semesp.org.br/anais/files/2017/trabalho-1000025765.pdf>>. Acessado em: 05 de maio de 2018.

CARIBÉ, R. A. **Seapse e choque séptico em adultos de unidade de terapia intensiva: aspectos epidemiológicos, farmacológicos e prognósticos**. Recife, 2013.

CARVALHO, R. H., et al. **Seapse, seapse grave e choque séptico: aspectos clínicos, epidemiológicos e prognóstico em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 43(5):591-593, set-out, 2010

DIAS, M. B. G.de S. **Diagnóstico E Tratamento Precoces Da Seapse Grave No Adulto**. Hospital Sírio-Libanês, 2015. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestaodaqualidade/Documents/diagnostico-tratamento-precoces-seapse-adultos.pdf>>. Acessado em: maio 2018

EID, K. Z. C.; PONCE, D. **Impacto do nível sérico da vancomicina no prognóstico de pacientes sépticos admitidos em unidade de terapia intensiva**. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina. Botucatu 2018.

RHODES, A. et al. **Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016**. Intensive Care Med. 2017 Mar;43(3):304-377

FERREIRA, F. S. **Caracterização de leveduras isoladas da corrente sanguínea em pacientes atendidos em hospitais públicos do município de Salvador**. Bahia, Brasil. São Paulo, 2016

FIOCRUZ. **Identificação rápida da sepse e tratamento imediato e adequado são o diferencial para a sobrevida do paciente**. Publicado em 10 de junho de 2015

Hospital Vera Cruz. **Protocolo Multidisciplinar Institucional**. Versão 02. Setembro/2016. PMI-083. Página 1-12. Disponível em: <[http://www.hospitalveracruz.com.br/conteudo/arquivo/2017/mar/hospital-vera-cruz-campinas\\_1490193401\\_pmi083%20protocolo%20de%20sepse%20no%20adulto.pdf](http://www.hospitalveracruz.com.br/conteudo/arquivo/2017/mar/hospital-vera-cruz-campinas_1490193401_pmi083%20protocolo%20de%20sepse%20no%20adulto.pdf)>. Acessado em: 17 maio 2018

Instituto Latino Americano. **13 de Setembro, dia Mundial da Sepse**. A cada segundo... Alguém morre de Sepse. 25 de julho 2017

Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS). **Guia De Terapia Antimicrobiana Empírica Para Sepse E Choque Séptico**. Nov 2016. Disponível em: <<http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/guia-antibioticoterapia-empirica.pdf>> Acessado em: 21 maio 2018

Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS). **Sepse: um problema de saúde pública**. 2015-1016. Disponível em: <[http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Livro-ILAS\(Sepse-CFM-ILAS\).pdf](http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Livro-ILAS(Sepse-CFM-ILAS).pdf)>. Acessado em: 19 maio 2018

Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP2016). **Controle de infecção hospitalar é sinal de segurança e qualidade hospitalar**. 9 de fevereiro de 2016

JUNIOR, J. A. L. S., et al . **Sepse Brasil: Estudo Epidemiológico da Sepse em Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras. RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva.** Vol. 18 – Nº 1 - Janeiro/março 2006

LEANDRO, B. P. D.; et al. **A resistência bacteriana e a importância do Antibiograma nessa problemática.** Universidade Federal do Ceará. 17 a 19 de Dezembro de 2012  
Mayo Clinic. **Symptoms & causes.** 2018. Disponível em: <  
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sepsis/symptoms-causes/syc-20351214>>. Acessado em: 30 maio 2018

MESIANO, E. R. A. B.; MERCHÁN-HÁMANN, E. **Infecções da Corrente Sanguínea em Pacientes em uso de Cateter Venoso Central em Unidades de Terapia Intensiva.** Rev. Latino-americana Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3).

MILLAN, L. S.; et al. **Infecções de corrente sanguínea por bactérias multirresistentes em UTI de tratamento de queimados: experiência de 4 anos.** Rev. Bras. Cir. Plást.. 2012;27(3):374-8

PASSAMANI, R. E. F.; SOUZA, S. R.O. **Infecção Relacionada a Cateter Venoso Central: um Desafio na Terapia Intensiva.** Hospital Universitário Pedro Ernsto. Vol 10, supl 1. Maio 2011

PARENTI, C. F.; et al. **Antibioticoterapia empírica da infecção primária da corrente sanguínea em hospital universitário.** Jornal Infect Control 2013; 2 (3):146-149.

PEDRO, T. C. S; MORCILLO, A. M., BARACAT, E. C. E. **Etiologia e fatores prognósticos da sepse em crianças e adolescentes admitidos em terapia intensiva.** Rev. Bras. Terapia Intensiva. 2015; 27(3):240-246

SALLES, M. J. C.; et al. **Síndrome da resposta inflamatória sistêmica/sepse.** Revisão e estudo da terminologia e fisiopatologia. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.45 n.1 São Paulo Jan./Março. 1999

## Apêndices

### Apêndice A – Instrumento de coleta de dados

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE			
IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL			
NOME DO HOSPITAL:		CNES:	CÓDIGO HOSPITAL:
Hospital Escola: 1. ( ) SIM 2. ( ) NÃO		Telefone:	
Há residência de enfermagem em UTI? 1. ( ) SIM 2. ( ) NÃO		Há residência médica em UTI? 1. ( ) SIM 2. ( ) NÃO	
Chefia do NCIH:		Telefone:	
CARACTERIZAÇÃO DA UTI			
RT da UTI:		Telefone:	
Supervisor(a) de enfermagem:		Telefone:	
Nº total de leitos:		Taxa de ocupação (mensal):	
RECURSOS HUMANOS (quadro fixo de servidores)			
Nº de enfermeiros:	Nº de téc. Enfermagem:	Nº de médicos:	Nº de fisioterapeutas:

CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE					
IDENTIFICAÇÃO					
Iniciais:	Sexo: 1. ( ) M 2. ( ) F	SES:	Passagem:	DN:	
Idade:					
Estado civil:			Escolaridade:		
Data da admissão atual na UTI:					
Data da saída da UTI:					
Motivo da saída:	1. ( ) transferência para unidade de internação outra UTI 4. ( ) alta		2. ( ) óbito.	3. ( ) transferência para	
PROCEDÊNCIA DO PACIENTE					
	Hospital	Tempo de permanência (em dias) nesta unidade	Motivo de internação nesta unidade	Sítio de infecção confirmada na unidade de origem	Motivo de transferência para UTI
1. ( ) Internação clínica					
2. ( ) Internação cirúrgica					
3. ( ) centro cirúrgico					
4. ( ) outra UTI					
5. ( ) pronto socorro					
6. ( ) SAMU					
7. ( ) ignorado	-----	-----	-----	-----	-----
COMORBIDADES:					
1. ( ) HAS	2. ( ) DAC 3. ( ) IAM prévio	4. ( ) ICC : _____	5. ( ) outra cardiopatia. Especificar:	6. ( ) AVCi 7. ( ) AVCh	8. ( ) DPOC.
9. ( ) DM II 10. ( ) DM I	11. ( ) DRC Estágio	12. ( ) IMC ≥ 25 VALOR: _____	13. ( ) obesidade IMC:( )	14. ( ) tabagismo Quantos maços/dia?	15. ( ) etilismo algum comprometimento ?

16. ( ) câncer. Sítio: Atual ou tratado?	18.( ) seqüela neurológica debilitante (exceto AVC): Especificar:					
19. ( ) doenças não listadas Especificar:						
<b>DURANTE INTERNAÇÃO EM UTI</b>						
Data:						
Apache II em até 24 horas de admissão: SAPS II:						
<b>EXAMES / DATA</b>						
Leucócitos						
Glicemia						
Lactato						
Plaqueta						
Bilirrubina						
<b>MONITORIZAÇÃO / DATA</b>						
Temperatura						
FC						
FR PA e PAM Débito urinário						
<b>USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS</b>	<b>Data de inserção</b>	<b>Tempo de permanência</b>	<b>Data de inserção</b>	<b>Tempo de permanência</b>	<b>Data de inserção</b>	<b>Tempo de permanência</b>
Tubo oro-traqueal						
Cânula de traqueostomia						
Cateter arterial: Sítio: Sítio: Sítio:						
Cateter venoso central Sítio: Sítio: Sítio:						
Cateter venoso para HD (+) Sítio: Sítio: Sítio:						
Cateter central de inserção periférica: Sítio: Sítio: Sítio:						
Cateter venoso periférico Sítio:						

Sítio:					
Sítio:					
Cateter vesical de demora					
Cateter peridural					
Dreno torácico					
Dreno abdominal					

PROCEDIMENTOS	Frequência	
Hemodiálise		
Analgesia peridural		
Cirurgia eletiva		
Cirurgia de urgência		

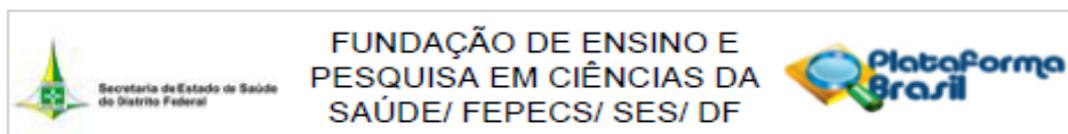
**DADOS SOBRE IRAS**

Infecção diagnosticada previamente à admissão em UTI	( ) NÃO	
:	( ) SIM	

Data do diagnóstico	Sítio:	Agente etiológico:	Método de confirmação clínica:	Antimicrobiano utilizado	Duração ciclo anti-microbiano

Infecção adquirida após admissão em UTI:	Data de diagnóstico	Sítio:	Agente etiológico (A)/ Sensibilidade(S):	Método de confirmação clínica:	Antimicrobiano utilizado	Duração ciclo anti-microbiano
			A: S:			
			A: S:			
			A: S:			
			A: S:			
			A: S: A: S:			
			A: S:			
			A: S:			

## Apêndice B – Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Prevalência de pacientes adultos com infecção relacionada à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva de hospitais públicos do Distrito Federal

**Pesquisador:** Marcia Cardoso Teixeira Sinésio

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 42119014.9.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.119.455

#### **Apresentação do Projeto:**

Emenda solicitando a inclusão de pesquisador, cujo o currículo já foi incluído

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Emenda solicitando a inclusão de pesquisador, cujo o currículo já foi incluído

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Emenda solicitando a inclusão de pesquisador, cujo o currículo já foi incluído

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Emenda solicitando a inclusão de pesquisador, cujo o currículo já foi incluído

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Emenda solicitando a inclusão de pesquisador, cujo o currículo já foi incluído

#### **Recomendações:**

Emenda solicitando a inclusão de pesquisador, cujo o currículo já foi incluído

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda solicitando a inclusão de pesquisador, cujo o currículo já foi incluído

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Emenda aprovada

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E  
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.119.455

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_918928_E1.pdf	17/05/2017 20:32:26		Aceito
Outros	emenda_fepecs.pdf	17/05/2017 20:18:22	Marcia Cardoso Teixeira Sinésio	Aceito
Outros	lattes_Jessica.pdf	17/05/2017 20:17:53	Marcia Cardoso Teixeira Sinésio	Aceito
Outros	lattes_Helren.pdf	17/05/2017 20:17:35	Marcia Cardoso Teixeira Sinésio	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_983725_aprovado_12_03_15.pdf	17/05/2017 20:14:44	Marcia Cardoso Teixeira Sinésio	Aceito
Outros	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	17/05/2017 20:13:16	Marcia Cardoso Teixeira Sinésio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_infeccaoUTI_plataformabrasil.docx	10/05/2017 19:59:50	Marcia Cardoso Teixeira Sinésio	Aceito
Outros	RelatorioParcial.pdf	10/05/2017 19:51:38	Marcia Cardoso Teixeira Sinésio	Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto assinada.pdf	09/02/2015 21:01:23		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 14 de Junho de 2017

Assinado por:  
**Helio Bergo**  
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com