

Nome: Marcos Antonio Zimiani da Silva RA: 612101170
Turma: Enfermagem Urgência e Emergência Unidade: Barra Funda

SEPSE: TRIAGEM DO ENFERMEIRO NO PRONTO SOCORRO

NOTA DO ORIENTADOR_____

NOTA DO PARECISTA_____

São Paulo
2013

Nome: Marcos Antonio Zimiani da Silva RA: 612101170
Turma: Enfermagem Urgência e Emergência Unidade: Barra Funda

SEPSE: TRIAGEM DO ENFERMEIRO NO PRONTO SOCORRO

Orientadora: Tatiana Mendes

Pesquisa apresentada a Universidade Nove de Julho referente
ao Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título
de Especialista em Urgência e Emergência

São Paulo
2013

Nome: Marcos Antonio Zimiani da Silva RA: 612101170
Turma: Enfermagem Urgência e Emergência Unidade: Barra Funda

SEPSE: TRIAGEM DO ENFERMEIRO NO PRONTO SOCORRO

Marcos Antonio Zimiani da Silva

Pós-graduação em Enfermagem em Urgência e Emergência.

mzimiani@gmail.com

TATIANA MENDES

Mestre em ciências da saúde. Área de concentração: Oncologia

Enfermeira oncológica

Professora da pós graduação da Universidade Nove de Julho

enf.tatimendes@gmail.com

RESUMO

Objetivo: O presente estudo se deu a partir de uma revisão integrada e tem como objetivo conhecer a importância da triagem e reconhecimento precoce do paciente com sepse no Pronto Socorro e início do tratamento imediato. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, material se deu por meio de pesquisa em publicações científicas realizados na BIREME, LILACS e GOOGLE acadêmico. Foram utilizados como descritores os seguintes: Pronto Socorro, triagem e enfermagem, publicações científicas dos últimos dez anos, com o tema: Triagem e identificação dos profissionais de enfermagem do paciente com quadro de sepse no setor de pronto socorro. **Conclusão:** A triagem realizada no serviço de pronto socorro pode identificar sinais e sintomas, que podem caracterizar uma sepse, e assim iniciar o tratamento, de modo a minimizar o impacto da doença sobre funções vitais e evitar que o paciente entre em óbito.

Descritores: Sepse, Triagem, Pronto socorro

INTRODUÇÃO

Atualmente a sepse é definida como uma síndrome clínica onde a síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) está associada à infecção ⁽¹⁾. A resposta inflamatória sistêmica devido à estimulação inespecífica do sistema imune pode ser desencadeada por inúmeros fatores: infecção, pancreatite, politrauma, isquemia, choque hemorrágico, lesão orgânica imunológica, cirurgia, queimadura ⁽²⁾.

A alta mortalidade por sepse grave está intimamente relacionada à inadequação da abordagem do agente infeccioso. Quando realizado uma triagem adequada no pronto socorro com conduta terapêutica, incluindo a antimicrobiana, vai diferir, substancialmente, de acordo com o local da infecção primária. Vários trabalhos demonstram que a escolha inicial inadequada do esquema antimicrobiano pode levar a aumento significativo da taxa de mortalidade em pacientes sépticos. ⁽³⁾

A triagem constitui basicamente de uma avaliação ágil e imediata para apontar as gravidades bem como procedimentos médicos necessários ⁽⁴⁾. É o primeiro atendimento prestado pelo profissional aos usuários dos serviços de saúde, tendo como objetivo a classificação adequada dos pacientes bem como a decisão de prioridades e intervenções terapêuticas individualizadas, e a mesma contribui para o atendimento favorecendo a redução de aglomerações nas unidades de urgência e emergência.

Cabe ao enfermeiro realizar a pré-consulta, devidamente registrada em prontuário, que inclui a queixa básica e aferição de dados vitais, facilitando a identificação dos pacientes de maior risco, encaminhando-os ao atendimento médico específico e em ordem de gravidade. ⁽⁵⁾

A identificação precoce da sepse é, portanto, o passo mais importante para aumentar os efeitos positivos do tratamento. Portanto, é necessário adotar estratégias hospitalares abrangentes de triagem que permitam identificação dos pacientes com sepse na fase inicial da doença. ⁽⁶⁾

Dado que o prognóstico da sepse grave e choque séptico estão relacionados ao diagnóstico precoce, bem como na abordagem sistemática visando a otimização clínica do paciente, manuseio inicial do paciente deve ser iniciado prontamente ainda na sala de emergência ⁽⁷⁾.

Todos os esforços neste sentido devem ser empreendidos precocemente, de modo a minimizar o impacto da doença sobre funções vitais. Hipotensão arterial e início tardio da antibioticoterapia tem grande influência sobre mortalidade ⁽⁸⁾.

A sepse tem alta incidência e letalidade somado a custos elevados, sendo a principal causa de mortalidade em unidades hospitalares. Está claramente demonstrado que pacientes reconhecidos e tratados precocemente tem melhor prognóstico ⁽⁹⁾.

No Brasil a mortalidade por sepSES é de 56%, contra 30% em países desenvolvidos e 45% em países em desenvolvimento ⁽¹⁰⁾ Possivelmente estas altas taxas são decorrentes do atraso na instituição da terapêutica, que tem grande participação na amplificação da resposta inflamatória e no desenvolvimento da disfunção de múltiplos órgãos ⁽¹¹⁾

De acordo com estudos epidemiológicos nos EUA, nos últimos 20 anos, a incidência da sepse aumentou de 82,7 para 240,4/100 mil habitantes, bem como as mortes relacionadas a ela, ainda que a taxa de mortalidade geral entre os pacientes com sepse tenha sido reduzida nesse período ⁽¹²⁾.

OBJETIVO

Descrever a atuação do enfermeiro e a importância da triagem no reconhecimento precoce do paciente com sepse no pronto socorro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica A busca do material se deu por meio de pesquisa em publicações científicas realizadas na BIREME (Biblioteca virtual de saúde) na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e GOOGLE acadêmico. Foram utilizados como descritores os seguintes: pronto socorro, triagem e enfermagem. Os critérios usados para inclusão foram: publicações científicas dos últimos dez anos.

REVISÃO BIBLIOGRAFICA

Desde que foi estabelecida em 1914, pela primeira vez, a relação direta entre a presença de micro-organismos na corrente sanguínea e o aparecimento de sinais e

sintomas sistêmicos muitos termos foram aplicados para definir a sepse. O diagnóstico da síndrome séptica é clínico, baseando-se nas alterações que constituem a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS). Em 2003 foi instituída a Campanha Sobrevivendo a Sepse (Sepsis Surviving Campaign), reunindo as melhores evidências disponíveis, sendo revisada em 2008, com objetivo de reduzir a mortalidade desta patologia com o conjunto de pelo menos duas das seguintes manifestações: a) febre ou hipotermia; b) taquicardia; c) taquipnéia; d) leucocitose ou leucopenia⁽¹¹⁾.

As unidades de pronto-socorro devem estar estruturadas para prestar assistência adequada em situações de urgência, caracterizada por casos que necessitam de atendimento rápido, porém sem risco de morte imediato e, emergência, onde o risco de morte é iminente. Além de assegurar as manobras de sustentação de vida em casos de urgência e emergência⁽¹³⁾.

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente⁽¹⁴⁾.

Os serviços de urgências e emergência são de total importância para assistência no Brasil. A violência urbana e acidentes tem aumentado muito seus números nos últimos anos ocasionando assim uma superlotação nos prontos-socorros brasileiros por problemas organizacionais nas instituições, muitos dos clientes são atendidos por ordem de chegada e não por prioridade de assistência, por isso a importância de um profissional qualificado como um enfermeiro para a prioridade no atendimento emergencial ou de urgência como no caso de uma sepse.

Para conclusão do nível de atendimento que um cliente necessita quando procura um serviço de pronto socorro, o enfermeiro realiza uma pré consulta, que consiste em um questionário contendo um histórico completo do estado geral do cliente e suas queixas. Seus sinais vitais são realizados, se alguns dos sinais estiverem alterados o cliente passa a ter prioridade de atendimento ou até urgência em seu caso. Os sinais e

sintomas de uma sepse não são tão característicos, porém se há alguma desconfiança em diagnóstico de sepse a intervenção já deve ser realizada precocemente.

O enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo do paciente, estando em uma posição privilegiada para identificar precocemente os sinais de sepse e prevenir que esta evolua para uma condição ainda mais grave como a sepse grave ⁽¹⁵⁾.

O momento do diagnóstico de sepse grave ou "momento zero" como o ponto em que se alcançavam os critérios para iniciar a intervenção específica: 1) dois ou mais critérios da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS): taquicardia (≥ 90 batimentos/min), taquipneia (> 20 respirações/min) ou hipoxemia com $\text{satO}_2 < 90\%$, hipertermia de $\geq 38^\circ$ ou hipotermia de $< 35,5^\circ\text{C}$ e contagem de células brancas de ≥ 12.000 ou < 4.000 células/ mm^3 ou mais de 10% de bastonetes; 2) suspeita de infecção documentada por resultados radiológicos, clínicos ou cirúrgicos, presença de germes em líquidos normalmente estéreis ou síndrome clínica consistente, com alta probabilidade de infecção; 3) hipotensão e/ou hiperlactatemia e/ou dados clínicos e/ou de laboratório que sugiram a presença de pelo menos uma disfunção de órgãos ⁽¹⁶⁾.

A Campanha Sobrevivendo a Sepse está baseada na adesão aos pacotes de ressuscitação (6 horas iniciais de atendimento) que inclui o diagnóstico correto ⁽¹⁷⁾.

No tratamento da SRIS o atendimento basea-se nas prioridades diagnóstica, terapêutica e suspeita clínica, iniciando essas medidas e as laboratoriais nas primeiras 6 horas, como a oxigenioterapia, a mensuração do lactato sérico, a realização de hemocultura, a antibioticoterapia endovenosa e o controle da hipotensão arterial com utilização, se necessário, de vasopressores ⁽¹⁸⁾.

Abordagem com correção precoce (em princípio ainda na sala de emergência) de variáveis fisiológicas e hemodinâmicas nas primeiras seis horas de diagnóstico da sepse grave e choque séptico, cujo resultado é a redução da mortalidade em cerca de 16% ⁽¹⁹⁾. todos os esforços devem ser empenhados precoce, para minimizar o impacto da doença nas funções vitais.

Em 2005, segundo dados do DATASUS, ocorreram 54.365 internações para tratamento de sepse no SUS, representando aproximadamente 0,5% do total de internações no SUS, sendo que 38,02% destes pacientes vieram a óbito ⁽²⁰⁾.

.Atualmente, instituições de mais de 20 países já aderiram à Campanha. No Brasil, o processo é gerenciado pelo Instituto Latino Americano para Estudos de Sepsis (ILAS). O objetivo final da Campanha é reduzir o risco relativo de óbito em 25% ⁽²¹⁾. O tratamento da sepsis sofreu profundas e significativas modificações na última década, graças às evidências advindas de importantes estudos no cenário clínico. O desenvolvimento da campanha mundial, Surviving Sepsis Campaign, lançada por três grandes sociedades (Sociedades Americana e Europeia de Terapia Intensiva e o International Sepsis Forum) foi um fator contribuinte para melhorias no atendimento a esses casos⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que uma triagem realizada no serviço de pronto socorro por um enfermeiro, pode identificar sinais e sintomas, que caracterize uma sepsis, e assim iniciar o tratamento imediato, ainda, na sala de emergência de modo a minimizar o impacto da doença sobre funções vitais e evitar que o paciente entre em óbito.

REFÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - Vincent JL. Clinical sepsis and septic shock--definition, diagnosis and management principles. *Langenbecks Arch Surg* 2008;393(6):817-24.
- 2 - Bion J, Jaeschke R, Thompson BT, Levy M, Dellinger RP. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive Care Med* 2008 Jun;34(6):1163-4.
- 3 - Diamant D, Salomão R, Rigatto O, Gomes B, Silva E, Carvalho NB, et al. Diretrizes para tratamento da sepse grave/choque séptico – abordagem do agente infeccioso – diagnóstico. *Rev. Bras Ter Intensiva*. 2011; 23(2):134-144
- 4 - Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008.
- 5 - Parecer COREN-SC 001/CEC/2006. <http://www.corensc.org.br/documentacao2/P003AT 2007.doc>.
- 6 – Koenig A, Picon PD, Feijó J, Silva E, Westphal G.A. Estimativa do impacto econômico da implantação de um protocolo hospitalar para detecção e tratamento precoce de sepse grave em hospitais públicos e privados do sul do Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(3):213-219.
- 7 - Bilkovski RN, Rivers EP, Horst HM. Targeted resuscitation strategies after injury. *Curr Opin Crit Care* 2004;10(6):529-38.
- 8 - Kumar A, Haery C, Paladugu B, et al. The duration of hypotension before the initiation of antibiotic treatment is a critical determinant of survival in a murine model of *Escherichia coli* septic shock: association with serum lactate and inflammatory cytokine levels. *J Infect Dis* 2006;193(2):251-8.

9 - Salomão R, Décio Diament D, Rigatto O, Gomes B, Silva E, Carvalho NB, et al. Diretrizes para tratamento da sepse grave/ choque séptico - Abordagem do agente infeccioso – Controle do foco infeccioso e tratamento antimicrobiano. Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23(2):145-157

10 – Beale R, Reinhart K, Brunkhorst FM, Dobb G, Levy M, Martin Get al. Promoting Global Research Excellence in Severe Sepsis (PROGRESS): Lessons from an International Sepsis Registry. Infection. 2009 Apr 28

11 - Dellinger RP et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med 2008; 34:17-60.

12 - . Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Eng J Med 2003;348:1546-54.

13 - Ohara R, Melo MRAC, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. Rev. bras. enferm. 2010, vol.63, n.5, pp. 749-754. ISSN 0034-7167.

14 - Goransson KE, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. Scand J Caring Sci. 2005;19(4):432-8.

15 - 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(3):858-73.

16 – Pérez AL, Rosell EC, Lacosta MD, Dardet CA, Selles JU, Mendoza CLM. Observância e efetividade das intervenções de um protocolo clínico utilizado para pacientes com sepse grave e choque séptico de uma Unidade de Cuidados Intensivos

da Espanha. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.20 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2012

17 – Castellanos OA, Suberviola B, Garcia ALA. Impact of the Surviving Sepsis Campaign protocols on hospital length of stay and mortality in septic shock patients: results of a three-year follow-up quasi-experimental study. Crit Care Med 2010;38(4):1036-43.

18 – Silva, E. Sepse e Choque Séptico no Rio de Janeiro. Anais I Congresso Latino americano de Medicina Veterinária de Emergências y Cuidados Intensivos, Rio de Janeiro, RJ 2008.

19 – Boechat LA, Boechat NO. Sepse: diagnóstico e tratamento. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2010 set-out; 8(5):420-7

20 - Datasus, 2006. Departamento de Informação e Informática do SUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe.sih/cnv/miuf.def>. Acessado em 03/2013.

21 – Silva E. Surviving Sepsis Campaign: um esforço mundial para mudar a trajetória da sepse grave. Rev Bras Ter Intensiva. 2006; 18(4):325-7