

## **VIA VERDE SÉPSIS: ANÁLISE DO PRIMEIRO ANO DE IMPLEMENTAÇÃO**

**Sandra Ponte; Alice Ruivo**

Cuid'arte - Revista de Enfermagem, maio 2016

### **RESUMO**

A sépsis é, atualmente, um problema grave de saúde pública, com morbidade e mortalidade hospitalar crescente nos últimos anos. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2010), os dados representam cerca de 40% da mortalidade hospitalar, três vezes superior à dos casos por Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A oportunidade de implementar uma via verde para a sépsis foi detetada através da circular normativa nº 1, decretada pela DGS em 2010, e através da metodologia de trabalho de projeto analisamos e intervimos nesta problemática em contexto académico e de trabalho. Traçamos como objetivo geral: Melhorar a acessibilidade, segurança e qualidade na prestação de cuidados complexos a clientes com suspeita de infeção, implementando a Via Verde Sépsis num Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar de Lisboa; e como objetivo específico: Analisar as etapas realizadas e os resultados obtidos no primeiro ano da implementação do projeto Via Verde Sépsis (VVS).

Constatamos que no processo de implementação, foram concretizadas com sucesso todas as etapas planeadas e a recolha de dados refletiu os registos efetuados nos processos clínicos informatizados dos clientes, no período compreendido entre junho de 2011 e junho de 2012. Neste período foram admitidos, cerca de 104 000 clientes e a VVS foi ativada pelos enfermeiros em 165 dos casos. Constatámos que 68 clientes obtiveram registo de inclusão no protocolo interno de atuação, e nos quais 28% (19) dos clientes foi cumprido o algoritmo de abordagem e tratamento da VVS.

Concluimos que a aplicação e cumprimento do protocolo VVS é essencial para identificar, avaliar e tratar adequadamente os clientes com suspeita de infeção. Para melhorar a acessibilidade e continuidade de cuidados com segurança e qualidade, é fundamental a existência de registos estruturados. O défice de adesão e de informação obtido conduz à necessidade de implementar medidas corretivas no que respeita à sensibilização, comunicação, (in)formação, conhecimento e envolvimento dos profissionais na sua aplicação e cumprimento.

**Palavras-chave:** Metodologia de Trabalho de Projeto; Revisão Sistemática; Via Verde Sépsis.

### **INTRODUÇÃO**

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2010) revela que dados Europeus e dos Estados Unidos da América, indicam que a sépsis representa um grave problema de saúde pública, à semelhança do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), relata ainda que a sua incidência está a aumentar, cerca de 1,5% ao ano, assim como a gravidade dos casos. Através do Departamento da Qualidade em Saúde (DQS), a DGS decidiu publicar a circular normativa nº 01/2010, no sentido de ser criada e implementada, a nível nacional, uma Via Verde para a Sépsis (VVS) em todos os Serviços de Urgência, à semelhança das já existentes para o EAM e para o AVC, no sentido de reduzir a morbi-mortalidade associada à doença, assim como os custos para as organizações.

Os cuidados de enfermagem ao cliente com sépsis são complexos e requerem conhecimentos especializados para a obtenção de um elevado nível de desempenho na prática profissional. Os desafios com que os enfermeiros se deparam hoje, exigem que estes sejam elementos cooperativos, assumindo um papel fulcral nas abordagens interdisciplinares para identificar e resolver estas situações complexas de doença.

A implementação da VVS num Serviço de Urgência Geral (SUG) de um Centro Hospitalar de Lisboa teve início no 2.º semestre de 2011 e foi baseada nas diretrizes da Surviving Sepsis Campaign (SSC, 2008) e na circular normativa da DGS (2010). Passado pouco mais de um ano da sua implementação, pretendemos apresentar e analisar as etapas da implementação do projeto e os resultados obtidos após um ano de implementação.

## **ENQUADRAMENTO**

Para melhor compreensão da abordagem específica ao cliente com sépsis importa definir alguns conceitos teóricos baseados nas *guidelines* da Surviving Sepsis Campaign (SSC, 2008).

Sépsis pode ser definida como uma resposta inflamatória do organismo aos microorganismos, com infeção presumida ou confirmada. Segundo Cardoso, et al. (2009, p.410) pode manifestar-se por *“sinais ou sintomas como febre ou hipotermia, aumento da frequência cardíaca e respiratória, hipotensão, hiperglicemia e edema”*.

Bone (1992), no sentido de descrever o processo evolutivo da sépsis divulgou há mais de duas décadas, as seguintes definições classificativas, que ainda hoje são utilizadas:

### **Epidemiologia**

Dados da DGS (2010) revelam que 22% dos internamentos das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são devido a sépsis, representando cerca de 40% da mortalidade hospitalar, chegando a 51% nos casos mais graves, nomeadamente do choque séptico (Póvoa *et al.*, 2009).

### **Etiologia**

Os clientes mais suscetíveis são os idosos, imunodeprimidos ou os que estão sujeitos a procedimentos invasivos. As infeções mais comuns são as de origem pulmonar, urinária e gastrointestinal (Levy, *et al.*, 2010).

### **Fisiopatologia**

A sépsis inicia-se com a invasão de microrganismos, normalmente bactérias, que libertam as respetivas toxinas, provocando alterações fisiológicas e patológicas no organismo, que podem gerar um desequilíbrio sistémico que resulta em hipoxia, lesão, disfunção multiorgânica e morte (Dellinger, 2009).

As *guidelines* da SSC (2008), recomendam a precocidade da intervenção terapêutica; o suporte precoce e eficaz das funções vitais e o controlo rápido e eficiente do foco infeccioso, pelo que baseadas em evidência científica definem uma estratégia de intervenção, denominada *Sépsis Bundle* para as primeiras 6 horas e para as 24 horas, com o objetivo de reduzir em 25% a mortalidade por sépsis.

### **Implementação da Via Verde**

A VVS é uma estratégia organizada que visa a rápida acessibilidade, abordagem adequada e tratamento eficaz nas situações graves em que o fator tempo entre o início da sintomatologia, diagnóstico e tratamento é fundamental para reduzir a morbi-mortalidade (DGS, 2010). Assim, a DGS (2010) considerou urgente a implementação de mecanismos organizacionais que permitam uma melhor e rápida identificação, maior acessibilidade e instituição atempada e adequada de terapêutica otimizada, no sentido de reduzir a morbi-mortalidade e os custos para as organizações, pelo que por recomendação do DQS foi determinada a criação de uma via verde para a sépsis.

### **Intervenções de enfermagem**

O exercício profissional de enfermagem insere-se num contexto de atuação multiprofissional e de acordo com o seu código deontológico devem integrar a equipa, respeitando as competências individuais, participando em projetos, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços (OE,2004).

No âmbito do processo de tomada de decisão, é da responsabilidade da equipa de enfermagem a identificação e estratificação do cliente com critérios de suspeita de infeção e com critérios de Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS).

Assim, o enfermeiro do SUG, têm um papel preponderante, pois é o primeiro profissional de saúde com quem o cliente se depara, tornando-se responsável por iniciar este protocolo, que de acordo com a diretriz normativa da DGS (2010), consiste em 3 passos:

1º passo: corresponde à identificação e é efetuado na triagem inicial do cliente, pelo que a presença de um critério de suspeita clínica de infeção associada à avaliação de dois critérios de SIRS positivos, deve ser critério de ativação VVS; 2º passo: baseia-se na confirmação da suspeita de infeção, através da avaliação de sinais de hipoperfusão grave (TAs<90mmHg e Lactato> 4mmol/L), associados à identificação de critérios de exclusão; 3º passo: consiste na aplicação do algoritmo terapêutico na 1.ª hora após reconhecimento do quadro clínico, com o objetivo de realização hemoculturas e exames iniciais, administração rápida da antibioterapia adequada, administração de fluidos para reposição da volémia e a otimização da entrega tecidual de oxigénio. Estas intervenções devem atingir os objetivos nas primeiras 6 horas, pelo que após estas medidas iniciais os clientes devem ser rapidamente transferidos.

### **METODOLOGIA**

No sentido de identificar, analisar e resolver um problema real utilizámos a metodologia de trabalho de projeto que, segundo Ferrito (2010, p.2), é “... promotora de uma prática baseada na evidência”.

#### **Diagnóstico de Situação**

Para clarificar a problemática e validação da sua pertinência, aplicamos o instrumento de análise SWOT para refletir e confrontar os fatores positivos e negativos da implementação da VVS no SUG.

Após utilização deste instrumento de diagnóstico validámos a pertinência da sua implementação, realçando a necessidade de investir na formação dos profissionais, no sentido de dotá-los de conhecimentos e capacitá-los para a correta aplicação do protocolo VVS e obtenção do sucesso na sua implementação.

#### **Definição de objetivos**

A segunda etapa da metodologia de trabalho de projeto incidiu na definição de objetivos, tendo-se definido como objetivo geral: Melhorar a acessibilidade, qualidade e segurança na prestação de cuidados complexos ao cliente com suspeita de infeção, Implementando a VVS num Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar de Lisboa.

Para dar cumprimento a este objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Estabelecer circuitos e definir procedimentos, mobilizando os recursos necessários e em articulação com os serviços de apoio;
- Elaborar um protocolo interno de atuação;
- Atualizar, no âmbito das boas práticas, normas de procedimentos de enfermagem necessárias à implementação da VVS;
- Construir um instrumento de registo específico no processo clínico informatizado do cliente;
- Dotar os profissionais de conhecimentos e capacitá-los nesta área de intervenção;

- Delinear o processo de monitorização do cumprimento do protocolo interno de atuação.

### **Planeamento e Análise da Execução**

As fases seguintes da metodologia de trabalho de projeto foram as do planeamento, execução e respetiva análise.

Foram estabelecidos os circuitos e definidos os procedimentos previamente planeados. Foram mobilizados os recursos identificados como necessários e efetuada as respetivas articulações com os diversos serviços de apoio. Através das diversas reuniões realizadas com os responsáveis dos diversos serviços, houve necessidade de nomear elementos coordenadores e dinamizadores do projeto, assim como elos de ligação nas equipas multidisciplinares para desenvolver este projeto.

No SUG foi efetuada a gestão dos recursos materiais, rentabilizando os já existentes. No que respeita à disponibilidade imediata de antibióticos, foi ajustada a variedade e a quantidade disponível no sistema de dispensa automática de medicamentos existente no serviço (Pyxis), possibilitando de acordo com as prescrições conhecer o padrão de consumo e posteriormente redefinir *stocks*.

Através da revisão sistemática da literatura, tal como planeado, foi efetuada a primeira versão do protocolo interno de atuação VVS e apresentada para validação. Salientamos que este protocolo encontra-se anexo ao protocolo de Triagem de Manchester (TM) e ao protocolo de encaminhamento/gestão do circuito de clientes, já existentes no serviço, e baseia-se nas diretrizes da SSC (2008) e DGS (2010), para as primeiras 6 e 24 horas (*bundles*).

Foram ainda atualizadas as normas de procedimento de enfermagem identificadas como necessárias à sua implementação, encontrando-se estas inseridas nos documentos orientadores de boas práticas existentes no serviço e difundidas na intranet.

Foi criado, em parceria com os sistemas de informação e os serviços de apoio, um protocolo de prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT`s) que inicialmente não tinha sido planeado, mas que há medida que as reuniões foram decorrendo, este foi identificado como uma necessidade e uma possibilidade de execução. Foram criados os instrumentos de registo no processo clínico informatizado do cliente, tendo sido denominados de alertas de ativação e formulário de registo clínico VVS.

Para efetuar a correta identificação e confirmação de diagnóstico clínico foi necessário dotar os profissionais de saúde de conhecimentos. Na sequência do processo de tomada de decisão, o enfermeiro tem um papel preponderante no que respeita a: “*cliente certo, no local certo, no mais curto espaço de tempo*”, para o melhor interesse e benefício do cliente. Nesta etapa da formação, foi realizada formação a todos os enfermeiros para que, durante a realização da triagem ao cliente, conseguissem identificar e efetuarem uma rápida avaliação dos critérios de presunção de infeção e dos sinais ou sintomas associados. Foram também efetuadas formações específicas aos profissionais de saúde com outro nível de diferenciação.

Para efetivar a implementação da VVS, tivemos de aguardar que todas as atividades descritas anteriormente estivessem concluídas, tendo sido deliberado o início da sua implementação no mês de Junho de 2011.

### **Avaliação**

Conseguimos cumprir com o planeamento na medida em que efetivámos todas as atividades planeadas e cumprimos com os objetivos delineados. Os “talentos individuais” de cada interveniente e o enorme espírito de trabalho em equipa foram essenciais na consecução de todas as etapas deste projeto.

Serve também este artigo para apresentar os dados obtidos no pré-teste de monitorização do cumprimento do protocolo interno de atuação VVS.

Os dados seguidamente apresentados reportam-se ao 2º semestre de 2011 e 1º semestre de 2012, correspondendo assim à recolha dos registos efetuados no primeiro ano da sua implementação.

As ativações primárias efetuadas pelos enfermeiros na triagem correspondem à identificação de 151 clientes passíveis de serem incluídos no protocolo VVS, num universo de 104.000 triagens efetuadas no mesmo período.

Estes resultados traduzem uma amostra de 56 clientes, significando que cerca de 36% dos clientes serão estudados por terem continuidade de avaliação e registo clínico.

As ativações secundárias efetuadas pelos enfermeiros no setor de atendimento correspondem à identificação de 14 clientes com critérios de suspeita de infeção e SIRS positivo, pelo que somando aos anteriores a nossa amostra é intencional, constituída por 68 clientes, dos quais 53% são do género feminino e 37% do género masculino, sendo a média de idades de 68 anos, com idade mínima de 23 e máxima de 94 anos.

Na colheita de dados, constatou-se que existia maior prevalência das situações urgentes e muito urgentes, tendo sido atribuído, através do protocolo TM, cor de prioridade de atendimento amarela a 51% dos clientes, laranja a 43%, 4% cor vermelha e 1% cor verde.

Dos quadros existentes no protocolo TM, os mais selecionados pelos enfermeiros na avaliação da queixa/motivo de vinda à urgência foram: dispneia, indisposição no adulto, dor lombar, dor torácica, dor abdominal, problemas urinários e vômitos. Pode ainda referenciar-se que os discriminadores mais barrados por ordem decrescente foram: dor moderada, SpO2 muito baixo; a instalação súbita; o pulso anormal; a alteração do estado de consciência; a dor pleurítica, SpO2 baixo e adulto quente.

No **1.º passo do algoritmo do protocolo VVS**, verificou-se que 59% dos clientes tinham temperatura elevada, 82% FC elevada e 85% FR elevada, transitando assim os 68 clientes para o **2.º passo do algoritmo**. Constatou-se que em cerca de 59% não foi confirmada a suspeita de infeção pela ausência de sinais de hipoperfusão, que 13% não tinham informação, restando assim 28% (19) dos clientes para continuação do estudo. Destes 19 clientes com critérios de inclusão no protocolo VVS, 38% apresentavam lactato > a 4mmol e 62% TAs < 90 mmHg, sendo que dois dos clientes apresentavam os dois sinais.

Em síntese, dos 68 clientes iniciais da amostra candidatos à inclusão no protocolo VVS, obtivemos 19 clientes com validação, ou seja 28% da amostra inicial.

No **3.º passo do algoritmo terapêutico**, verificou-se que em 58% dos 19 clientes, foi colhido hemoculturas antes da 1.ª hora e antes da administração de antibioterapia, nos mesmos 58% foi administrado antibiótico endovenoso, sendo que em 1 cliente não se encontra informação da hora de administração, e nos restantes encontra-se descrito que foi administrado antes da 1.ª hora, de acordo com o protocolo. Nestes clientes o principal foco de infeção identificado foi de causa urinária (58%), seguido de causa respiratória (21%), sendo os restantes atribuídos a outras causas.

Finaliza-se a apresentação destes dados com a descrição do destino dos 19 clientes a quem se iniciou o algoritmo de tratamento, referindo que 10% faleceram, 5% teve alta sem referência para o exterior, os restantes 8% foram transferidos do serviço, sendo que destes 31% foram encaminhados para UCI's, no prosseguimento para o **4.º passo do algoritmo do protocolo de tratamento**.

Conseguimos apurar que cerca de 37% destes clientes têm registo do tempo de permanência no SUG entre ativação e transferência para serviço de destino que corresponde ao tempo preconizado para as intervenções do **3.º passo do algoritmo de tratamento**. De acordo com as diretrizes da DGS (2010), se o cliente necessitar de MCDT's secundários, exames ou técnicas de intervenção para controlo do foco, colocação de cateter venoso central para continuar a reposição da volémia com monitorização de PVC e SvcO2, transita para o nível 2, ou seja estas

intervenções deverão ser realizadas numa UCI, onde o rácio enfermeiro/cliente seja de 1 para 2, onde exista recursos materiais adequados para este tipo de monitorização.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da revisão sistemática sabemos que a mortalidade por sépsis continua a aumentar, facto que podemos relacionar com o desconhecimento ou a não realização das diretrizes preconizadas pela SSC (2008).

Tal como para o AVC e o EAM, existe também a chamada “*golden hour*” ou o “*tempo porta-agulha*” na abordagem e tratamento da sépsis, com medidas mais simples (antibioterapia e fluidoterapia) e cujo custo de tratamento é maior quando estas medidas não são efetuadas de forma adequada. É de relembrar que não existe um “ECG” ou um “TAC” para assegurar o diagnóstico de sépsis, como existe para o EAM ou para o AVC.

O estudo realizado corresponde ao 1.º ano da implementação do projeto VVS no SUG. O foco no cumprimento do protocolo incidiu nos registos das diretrizes da DGS e na “*Sépsis Bundle*” das primeiras 6 horas.

Tem havido um progresso das intervenções de enfermagem com melhoria significativa tanto ao nível da prevenção como do tratamento, traduzindo-se em ganhos em saúde para a população. O conjunto das intervenções inclui, não só a identificação e estratificação rápida dos clientes com suspeita de infeção, como a realização de colheitas de hemoculturas, administração precoce e adequada de antibioterapia e fluidoterapia. Infelizmente os resultados das avaliações e ativações efetuadas pelos enfermeiros, não corresponderam na sua maioria a uma informação da avaliação clínica contínua pelas ausências de registo contínuo verificadas na aplicação informática.

Um dos benefícios da realização deste estudo é a programação da monitorização, que se pretende que seja periódica, para que os resultados sejam sustentáveis e de sucesso.

Estamos num momento crítico no setor da saúde, mas não se deve descurar o investimento na formação dos profissionais. *Aprender ao longo da vida* é o pilar estratégico para o desenvolvimento de competência, no sentido de obter melhor conhecimento e maior capacidade profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bone, R. *et al* (1992). Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis: The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee 1991. *Critical Care Med.*, 101, 6, p.1481-3. Recuperado de, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Cardoso, Teresa *et al* (2009). Epidemiology of Community-Acquired Sepsis admitted in Intensive Care: a large multi-center prospective cohort study. *Critical Care Med.*, 37, 2, p 410-416.

Dellinger, R. (2009). Sepsis. *Critical Care Clinics.*, 25, 4, p.635-890.

DGS, Direção Geral de Saúde (2010). *Criação e Implementação da Via Verde Sépsis*. Circular Normativa nº1, (06/01/2010). Recuperado em 20 de Setembro de 2011, em <http://www.portaldasaude.pt>

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 2-37. Recuperado em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

Levy, M. *et al* (2010). The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guideline based performance improvement program targeting severe sepsis. *Intensive Care Med.*, 36, p. 222-231.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico *in* Estatuto da OE. Diário da República. Lei nº 111/2009, 1ª série, nº 180 de (16 Setembro 2009), p.6528-6550

Póvoa, Pedro *et al*. (2009). Influence of vasopressor agent in septic shock mortality. Results from the Portuguese Community-Acquired Sepsis Study. *Critical Care Med.*, 37, p.410-416.

Surviving Sepsis Campaign (2008). *About the Campaign*. Recuperado em 20 de Setembro de 2012, em <http://www.survivingsepsis.org>.