

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA SEPSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ana Claudia Souza Lopes Lima *

Carina Marinho Picanço **

RESUMO

A sepse é uma síndrome inflamatória generalizada de difícil controle. Considerada uma problemática mundial, por atingir números elevados de pacientes internados em instituições hospitalares, com desfecho desfavorável. Em se tratando de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), esses números são ainda mais alarmantes, diante da gravidade do quadro clínico, além da maior exposição pela necessidade de procedimentos invasivos. Assim sendo, surgiu o questionamento: quais são as intervenções da enfermagem na UTI no controle da sepse? Logo, o objetivo do estudo proposto é: identificar as intervenções de enfermagem no controle da sepse em UTI. Esta pesquisa caracteriza-se por ser uma pesquisa bibliográfica exploratória de abordagem qualitativa. Foram utilizados artigos publicados no LILACS e SCIELO, no período de 2005 a 2015 e que estavam publicados na íntegra. Os estudos demonstraram que a enfermagem tem papel fundamental para o diagnóstico de sepse, sendo necessário conhecimento inerente à patologia, para identificação precoce dos sinais e sintomas. Assim, é fundamental que a enfermeira atue na implementação e fiscalização à adesão aos *Bundles* e pacotes de medidas proposto por grupo de especialistas através da Campanha de Sobrevivência a Sepse. Conclui-se que é necessário que a enfermeira tenha conhecimento científico sobre as diretrizes recomendadas nos pacotes de 3 e 6 horas, além da capacidade de orientar, direcionar e treinar a equipe de enfermagem para prevenção de infecção, bem como o reconhecimento precoce da sepse para que toda a equipe multidisciplinar possa atuar de maneira conjunta nesse combate, visando reduzir as taxas de óbito.

Palavras chaves: Infecção Hospitalar. Unidade de Terapia Intensiva. Sepse. Enfermagem.

*Graduando do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio/FIB.

**Professora orientadora do Centro Universitário Estácio/FIB. Especialista em enfermagem intensiva, Mestre em enfermagem, na linha do cuidar/ cuidado. E-mail: carinampicanco@gmail.com.br.

1 INTRODUÇÃO

A Infecção relacionada à Assistência a Saúde (IRAS) é uma problemática mundial relacionada à qualidade da assistência prestada à saúde, visto que elevam o custo e o tempo da internação do paciente que culminam nos índices de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2013).

A infecção é causada por microrganismo existente no ambiente hospitalar, também encontrado na microbiota do paciente ou através da infecção cruzada. A paciente esta suscetível devido a vários fatores que o predispõe à ação natural dos agentes patogênicos, tendo como principais causas, o período prolongado de internamento, colonização de microrganismos resistentes, uso de imunossuppressores e processos invasivos constantes (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

A sepse é identificada por estadiamentos; no primeiro é definida pela Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS), mais a presença do foco infeccioso; no segundo é a evolução da SRIS para a sepse grave, sendo identificado por disfunção orgânica ou hipoperfusão tecidual; no terceiro é o choque séptico, sendo a sepse grave com hipotensão não revertida após reposição volêmica. A sepse grave e o choque séptico acometem milhões de pessoas em todo mundo, sendo observado um aumento considerável nos índices de incidência, se igualando aos politraumas, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE) (DIAS et al., 2014; DELLING et al., 2012).

Diante desta problemática, em 2002 foi criado um comitê internacional visando implantar protocolos evidenciados cientificamente, com análise beira do leito, criando a campanha de sobrevivência a sepse, tendo como o objetivo final a redução dos óbitos em 25%. As primeiras diretrizes foram lançadas em 2004, e já sofreu mais duas atualizações, sendo que a última ocorreu em 2012. No Brasil este programa é gerenciado pelo Instituto Latino Americano para Estudos da Sepse (ILAS), e tem maior atuação nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (SILVA, 2006; DIAS et al., 2014).

Sendo a UTI local destinado a paciente grave que necessite de assistência integral e continua observa-se maior incidência da sepse (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010). As IRAS nas UTIs vêm tendo um enfoque ainda maior, pois constitui de 24% a 32% das infecções notificadas no âmbito hospitalar no Brasil e 37% a nível

mundial, pois são pacientes graves, que necessitam da realização de processos invasivos constantemente, a saber, as infecções que tem maiores prevalências são; do trato respiratório devido à intubação, do trato urinário ocasionado pelo cateter vesical e da corrente sanguínea causada pelo cateter venoso (DIAS et al., 2014; PADRÃO et al., 2010).

As principais bactérias notificadas nos casos de sepse são: *Staphylococcus ssp*, *coagulase-negativo*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae carbapenemase (KPC)*, *E. Coli*, *enterobacter spp*, *bulkoderiacepacia*, *stenotrophomona smaltrophilia*, *acineto bacterbaumani*, *pseudomonas aeruginosa*, *sheplococcus* do grupo *viridamis e morganela morgani*, essas bactérias são altamente patogênicas devido à resistência aos antibióticos (ANDRADE; LEOPOLDO; HASS, 2006).

Diante disto são observadas as alterações clínicas apresentada pela sepse que compreende; hipertermia ou hipotermia, hipotensão, taquipnéia, edemas, estado mental alterado, sendo diagnosticada com duas ou mais alterações nas disfunções orgânicas. A identificação do diagnóstico precoce com ações e intervenções rápidas influencia diretamente nos índices de morbimortalidade à sepse (BOECHAT; BOECHAT, 2010).

As intervenções de enfermagem para controlar a sepse está fundamentada nas diretrizes da campanha de sobrevivência a sepse, e fiscalizada pela ILAS, que implementou o pacote de medidas do combate a sepse. Este pacote refere-se a um conjunto de intervenções clínicas baseadas em evidências (ILAS, 2014).

Esta pesquisa é muito relevante para a assistência à saúde, pois a sepse é uma problemática mundial e tem acometido milhões de pessoas em todo o mundo, tendo a enfermagem um papel fundamental na identificação precoce e o controle da sepse, visando à redução das taxas de óbitos e aumento na taxa de sobrevivência nas UTIs. Possibilitando entender questões presentes nas intervenções de enfermagem nas UTIs, para o controle da sepse, bem como suas estratégias de identificação e monitoramento da sepse. Irá proporcionar conhecer a interface com a equipe multiprofissional e a implementação do controle e conforme as diretrizes da campanha de sobrevivência a sepse.

Assim sendo, surgiu o questionamento: quais são as intervenções da enfermagem na UTI no controle da sepse em Unidade de Terapia Intensiva? Logo, o

objetivo do estudo proposto é: identificar as intervenções de enfermagem no controle da sepse em Unidade de Terapia Intensiva.

2 METODOLOGIA

Este projeto delimita uma revisão bibliográfica da literatura de natureza qualitativa. A pesquisa de revisão bibliográfica consiste em um estudo que tem como dados às produções científicas e literárias investigando as relações a uma intervenção específica científica (PITTA; CASTRO, 2006).

As bases de dados utilizadas foram LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde), que é índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe; e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), o qual disponibiliza na Internet, os textos completos de artigos de revistas científicas do Brasil, Chile, Cuba, Espanha, Venezuela e outros países da América Latina. Para o levantamento dos artigos foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Infecção Hospitalar, UTI, sepse, enfermagem. Para identificação dos artigos foram determinados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2005 até 2015, que estavam disponíveis na íntegra e publicados na língua do português.

Na organização dos dados, inicialmente foi feito a leitura superficial, contemplando aspectos gerais sobre o objeto de estudo. Concluída essa etapa, foi realizado um levantamento das informações específicas com leitura exaustiva e aprofundada. As informações foram organizadas considerando a frequência de cada temática. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa, e dessa forma, foram referenciadas devidamente as idéias de autores, não se aproveitando de cópias, nem se apropriando de autorias, conforme a Resolução de pesquisa nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Infecção relacionada à Assistência à Saúde (IRAS)

É de suma importância fazer um levantamento teórico devido à complexidade da temática, levantamento este, de forma sucinta trazendo aspectos fundamentais e com relevância a temática.

O termo Infecção hospitalar vem sendo substituído pelo termo Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), pois o controle das infecções deve ser realizado em todos locais que é prestado assistência à saúde. Logo o hospital não é o único local que pode adquirir infecção, podendo existir risco, nos procedimentos ambulatoriais, casas de repouso, hemodiálise, assistência domiciliar (home care) e procedimentos odontológicos (HOEFEL, 2012).

As IRAS hoje são consideradas uma problemática mundial, pois representa alto índice de mortes em pacientes hospitalizados. Segundo a Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde, definem IRAS quando adquirida após o internamento do paciente e apresentado durante o período internamento ou após a alta, estando relacionado com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 2013).

No Brasil as taxas de IRAS variam muito, mas a média está entre 13% a 15%, visto que a taxa mundial esta em 5%. Em estudo realizado por Souza e colaboradores (2015) em um hospital na cidade de Florianópolis, demonstrou que 8% dos pacientes admitidos evoluíram com IRAS e 37,8% foram a óbito. Já, no estudo realizado por Oliveira e outros autores em Minas Gerais, evidenciou-se que 47,5% evoluíram com IRAS e destes 42,7% foram a óbito (SOUZA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2012). O alto índice de mortalidade relacionado a IRAS ocorre devido à resistência bacteriana, sendo uma resposta da bactéria ao amplo uso dos antibióticos. As bactérias são microrganismo que tem alta capacidade de adaptação, se multiplicam rapidamente, sofrem mutações e trocam material genético com linhagem da mesma espécie ou espécies diferentes (GUIMARÃS; MOMESSE; PUPO, 2010).

Diante das altas taxas de mortalidade existe uma grande necessidade da criação de novos antibióticos, que atuem em mecanismos diferentes aos fármacos

existentes. Em outra vertente, vê-se que a indústria farmacêutica sem interesse em financiar pesquisas de novos antibióticos, isso ocorre devido ao custo elevado para o desenvolvimento do fármaco, pois o investimento leva em torno de 7 a 10 anos, e diante da frequência do uso dos antibióticos, que culmina para resposta rápida de resistência da bactéria, diminuindo o tempo da patente que dura em torno de 7 a 8 anos (GUIMARÃS; MOMESSE; PUPO, 2010).

A resistência bacteriana no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, está com índice em 70%, sendo as bactérias resistentes há pelo menos um tipo de antimicrobiano, o qual é utilizado normalmente no tratamento terapêutico do paciente. Os pacientes que adquirem IRAS têm o período de internamento aumentado, necessitando da terapêutica de fármacos de segunda e terceira geração, que normalmente são menos efetivos, mais tóxicos são custos elevados (OLIVEIRA; SILVA, 2008).

Algumas pessoas adquirem IRAS devido ao quadro de imunodeficiência que a patologia de base o predispõe, o tempo de internamento e também processos invasivos sofridos durante o período de internamento, como os principais fatores. Estudos relatam que a maioria das IRAS tem origem da microbiota natural do paciente, sendo que o mesmo em estado imunológico normal não desenvolveria infecção, entretanto, as IRAS podem ser de origens endógenas ou exógenas (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

Vale salientar que existem IRAS que são preveníveis, sendo àquelas ao qual podemos interferir na cadeia de transmissão dos microorganismos. A cadeia de transmissão pode ser interrompida por ações profiláticas como; a lavagem das mãos, a anti-sepsia das superfícies e equipamentos, o preparo adequado das medicações, uso correto dos equipamentos de proteção individuais (EPIs), a execução dos procedimentos invasivos com a técnica asséptica correta. Já, as infecções não preveníveis são àquelas que ocorrem mesmo com todas as medidas necessárias realizadas, pois os pacientes estão susceptíveis a infecções devido ao quadro de imunodeficiência ao qual origina da microbiota natural (DIAMENT et al., 2011).

3.2 Sepses em UTI

A UTI é o setor constituído por um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados a pacientes grave ou de risco, que exigem assistência médica e de enfermagem ininterruptas e recursos humanos especializados, que tenham um prognóstico favorável à vida, sendo também um ambiente onde são utilizados técnicas, procedimentos e equipamentos sofisticados para tratar doenças com risco eminentes de morte (LEISER; TOGNIM; BEDENDO, 2007).

Sendo a arquitetura da UTI, distinta dentro do hospital, com acesso controlado, sem trânsito para outros departamentos, com acesso direto ou próximo a elevador, serviço de emergência, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, a unidade intermediária de terapia, serviço de laboratório e radiologia 24hs. O posto de enfermagem deve ser centralizado de forma que proporcione uma observação contínua do pacientes, os leitos separados por divisórias laváveis e que promovam privacidade ao paciente (CIAMPONE, et al., 2006).

Contudo, a UTI é um local muito importante na recuperação do paciente, mas o adocimento populacional conceitua-se devido às mudanças do estilo de vida, má alimentação, jornada de trabalho intenso e estresse. Com isso é observado a suscetibilidade às neoplasias, doenças infecto contagiosas, doenças auto-imune e hereditariedade, que são possíveis risco desencadeadores da sepsis. Em relação aos índices é observado que no Brasil 17% dos leitos das UTIs são ocupados por pacientes com sepsis, e a taxa de mortalidade está em torno de 55%, em complemento ao cenário, no Brasil os custos relacionados aos pacientes internados com sepsis, alcançam mais de 17 bilhões, acometendo mais de 400 mil brasileiros por ano (ILAS, 2015; FERREIRA; NASCIMENTO, 2014).

O diagnóstico precoce da sepsis é de extrema importância, para a identificação do foco infeccioso, e do agente patogênico para a utilização da terapêutica adequada (DIAMENT et al., 2011).

Contudo, controlar a sepsis vem se tornando mais difícil, pois o entendimento dos profissionais de saúde, é que a responsabilidade de controlar a sepsis cabe a CCIH (Comissão em Controle de Infecção Hospitalar), eximindo sua

responsabilidade e outorgando um poder as comissões que de fato não a têm, com isso, proporcionando às CCIH condições de superioridade como fiscais dos processos implementados, e não como parceiros que objetivam a prevenção e o controle da sepse em UTI (MANGUETI et al., 2012).

A CCIH é uma comissão que foi criada pelo Ministério da Saúde nos anos 80 sancionada pela portaria 196 no dia 24 de junho de 1983, e em 12 de maio de 1998 foi regulamentada a implantação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH). Sendo necessários representantes da medicina e da enfermagem com o objetivo de realizar o controle epidemiológico na unidade, fazendo coleta de dados, implantando o PCIH, sistematizando e fiscalizando as intervenções de enfermagem. Neste cenário o enfermeiro adota função fundamental, visto que dentre suas atribuições e habilidades, deve estar capacitado para planejar, implementar e participar dos programas de formação, qualificação e promoção à saúde dos trabalhadores (CUCOLO; LAMAMA; CESARINO, 2007).

Neste sentido, se faz-se necessário a realização de uma assistência à saúde qualificada, com ética e segura, mas para isto, é importante que a enfermeira (o) planeje suas estratégias para uma educação continuada da equipe, sendo abordada de forma que interrompa a cadeia de transmissão das bactérias multirresistentes. Incentivando de forma veemente o uso dos EPIs, tais como; higienização das mãos, antissepsia com álcool gel a 70%, utilização de gorro, óculos, mascaras, aventais, luvas, necessário a retiradas dos adornos, unhas pequenas e limpas (LOREZENI; COSTA; SILVA, 2013).

A Organização Mundial de saúde (OMS) preocupados com a cadeia de transmissão de microorganismo, lançou em 2008 o programa *Cuidado Limpo é Cuidado Seguro*, preconizando a higienização das mãos (HM) com uma oportunidade, sendo elas; Oportunidade 1 - antes do contato com o paciente. Oportunidade 2 - antes da realização de processo asséptico. Oportunidade 3- após a exposição com fluidos corporais. Oportunidade 4 - após o contato com o ambiente próximo ao paciente (OMS, 2008).

Este programa tinha estratégia de induzir à adesão da equipe a HM, sendo de suma importância o papel do enfermeiro, em conscientizar a equipe e fiscalizar a adesão, analisando os índices de IRAS e sepse na UTI (BATHKE et al., 2013).

Em estudo realizado no hospital geral de Belo Horizonte, por Oliveira, Cardoso e Mascarenhas (2009), evidenciou que a baixa adesão da HM ocorre devido ao esquecimento, e relacionado ao baixo conhecimento da importância desta medida, para controlar e diminuir a sepse nas UTIs, sendo eminente o risco de infecção cruzada. Diante do exposto, faz-se necessário que a enfermagem atue veementemente, na educação da sua equipe, enfatizando a importância (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHA, 2009).

Em se tratando de UTIs, estudos mostram que os principais focos de infecção nas UTIs são: Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), Infecção no trato urinário (ITU) e Infecção primária da corrente sanguínea (IPCS), pois apresentam impacto significativo na morbidade e mortalidade de pacientes internados em UTI (PADRÃO et al., 2010; CORREIA et al., 2012).

As infecções respiratórias são comuns nas UTIs, sendo a pneumonia com maior incidência de mortalidade, e tendo o processo de intubação oro traqueal (IOT) como fator determinante para o risco da infecção ao paciente (CARRILHO et al., 2006).

A PAV está relacionada à assistência a saúde ocorre por diversos fatores, mas principalmente pela imunodeficiência que geralmente esta associada patologia de base e ou uso constante de antimicrobiano, o qual diminui consideravelmente as defesas orgânicas. A inoculação de microorganismos patogênicos que no caso é a fisiopatologia da pneumonia podendo ocorrer de diversas formas, sendo elas: o próprio processo de intubação sem técnica asséptica; o acúmulo de secreções acima do balonete do tubo traqueal, o qual penetra a traquéia quando o balonete é desinsuflado; realização da aspiração ou nebulização com material contaminado; presença de microorganismos totalmente agressivos e resistentes aos antimicrobianos (WESTPHAL et al., 2011; CARRILHO et al., 2006).

Outro problema é a ITU, tendo também grande prevalência nas UTIs devido ao processo invasivo de sondagem vesical de demora, que normalmente é necessário diante da clínica do paciente, sendo aumentadas as chances do paciente adquirir a ITU, e também evoluir para Insuficiência Renal Aguda (IRA) (BRASIL, 2007). Sabe-se que a bexiga tem mecanismo de defesa ao qual existem substâncias bacteriostáticas na urina impedindo o crescimento de bactérias na flora, dependendo

de fatores intrínsecos podendo alterar este mecanismo e deixando-a suscetível aos agentes infecciosos (STAMM et al., 2007).

A ITU relacionada à assistência a saúde ocorre por diversos fatores entre eles a sondagem sem técnica asséptica, colonização do meato uretral por bactérias potencialmente patogênica, aumentando o risco de bacteriúria, outro fator é o tempo de permanência do cateterismo, que diante da exposição a diversas formas terapêuticas para a patologia de base o torna suscetível, ocorrendo alteração da mucosa da bexiga (STAMM et al., 2007).

É observado que também a IPCS, oferece grande risco aos pacientes nas UTIs, estando relacionada diretamente ao cateter venoso central (CVC), que é indicado para monitorização hemodinâmica invasiva, devido à dificuldade de acesso venoso periférico (AVP), pela necessidade terapêutica de administração de drogas vasoativas, reposição rápida de fluidos ou sangue durante trauma ou cirurgias, terapêutica substitutiva renal de urgência, estimulação cardíaca artificial temporária, acesso vascular de longo prazo para nutrição parenteral prolongada ou quimioterapia, o que eleva o risco de IRAS (CORRÊA et al., 2012).

A patogênese da IPCS ocorre por fatores complexos e multifatoriais. Sendo observado que as principais causas são; colonizações de bactéria no orifício de inserção do cateter, colonização da superfície interna, contaminação pelo manuseio da CVC, contaminação do líquido a ser infundido, podendo ocorrer no momento do preparo; contaminação da conexão, ocorrendo diante da assistência prestada favorecendo a instalação da sepse aos pacientes submetidos à IPCS (GOTHE et al., 2010).

A saber, a sepse era conhecida como septicemia, mas hoje é tratada como infecção generalizada, sendo definida como uma resposta inflamatória sistêmica do hospedeiro a SRIS, que desencadeia alterações graves em todo organismo, em seguimento de um foco infeccioso. A sepse grave é identificada pela presença da sepse, documentada ou suspeitada, mais acometimento de órgãos ou hipoperfusão tecidual, podendo induzir o paciente ao choque séptico. O choque séptico ocorre em decorrência da sepse grave, sendo identificada pela hipotensão ou hipoperfusão refratária a ressuscitação volêmica e com necessidade de utilização de drogas vasopressoras (DIAS et al., 2014;DELLING et al., 2012).

Visto que a sepse tem índices elevados de óbitos nas UTIs, representantes das organizações internacionais, preocupados com esses dados criaram em 2002, um comitê com 68 especialistas, desenvolvendo uma Campanha denominada *Surviving Sepsis Campaign* (Campanha de Sobrevivência a Sepse), com o objetivo de reduzir 25% dos óbitos em 5 anos (DELLING et al., 2012).

Diante disto, buscaram estratégias para padronizar as condutas, criando protocolos, baseados em evidências científicas, que possam reduzir o risco de óbitos. Para melhores resultados, dividiram-se em pequenos grupos, sendo cada grupo responsável por um tema. Esses grupos realizaram revisão de toda literatura, analisando as respostas terapêuticas beira leito, para melhor direcionamento para tratamento da sepse grave e choque séptico. Esses protocolos tem objetivo de otimizar a identificação precoce, promovendo terapêutica adequada para cada estadiamento da sepse (SILVA, 2006).

Os critérios para identificação da sepse, suspeitada ou documenta, observando variáveis do estado hemodinâmico gerais: hipertermia acima de (38,3°C); hipotermia abaixo de (36°C); taquicardia acima de (90 bpm); taquipnéia; estado mental alterado, edema significativo; hiperglicemia acima de (140 mg/ dL); hipotensão arterial - PAS abaixo de (90 mm Hg) e PAM abaixo de (75 mm Hg); hipoxemia; oligúria aguda; hiperlactetemia. A alteração de dois sinais hemodinâmicos é indicativo para iniciar a terapêutica para sepse, é importante avaliar o paciente de forma integral e holística, pois a ausência desses sinais não descarta o diagnóstico de sepse grave. Pacientes imunossuprimidos e idosos não costumam apresentar esses sinais, é necessário observar as disfunções orgânicas, sem respostas plausíveis, o protocolo sugere que inicie imediatamente o tratamento para sepse grave (WESTPHAL et al., 2011; DELLING et al., 2012).

O paciente acometido com sepse é um paciente com risco potencial para evolução a sepse grave, sendo necessárias avaliações constantes dos seguintes parâmetros: lactato acima dos valores normais; diurese menor que (0,5mL/kg/h), por mais de 2hs; lesão pulmonar aguda com ou sem presença de pneumonia como foco de infecção; creatinina acima (2,0mg/ dL); bilirrubina acima (2 mg/ dL); coagulopatia. Diante disto, o enfermeiro deve estar atento a qualquer alteração dos parâmetros citados acima, pois indica a disfunção de órgãos presume a sepse grave (DIAMENT et al., 2011).

Um dos grandes problemas da sepse grave é a evolução para o choque séptico, pois o paciente diminui a resposta à recussitação volêmica, necessitando de drogas vasoativas (DIAS et al.,2014).

3.3 Intervenções de enfermagem no controle da sepse em UTI

Diante dos índices de IRAS nas UTIs, ocasionados na maioria das vezes por uma falha na assistência, a Organização Mundial de saúde (OMS) criou os *bundles* de prevenções, para atuar nos focos mais críticos que provoca à IRAS, aos quais são *Bundle* de prevenção a PAV, *Bundle* de prevenção a IPCS e *Bundle* de prevenção a ITU. Assim, as intervenções de enfermagem estão descritas nos quadro a seguir:

QUADRO 1: Intervenções de enfermagem para prevenção de PAV

Realizar higiene das mãos antes e após atendimento
Realizar higiene oral com Gluconato de clorexidina a 0,12%
Manter a cabeceira elevada entre (30 a 45%), caso não tenha contra indicação
Interromper a dieta quando baixar a cabeceira da cama
Solicitar o fisioterapeuta para medir a pressão do caff diariamente (mantê-lo entre 20 a 25 cm H2O)
Aspirar secreção subglótica de rotina
Utilizar sistema fechado na aspiração
Realizar aspiração com técnica asséptica, de acordo com a necessidade do paciente
Realizar a troca do circuito de aspiração, caso haja sujidade ou mau funcionamento
Interromper a sedação diariamente conforme prescrição médica
Preferir sistema de aspiração fechado (preferir sistema orotraqueal)
Trocar umidificadores passivos somente após 48 horas
Avaliar o estado neurológico para uma possível extubação
Criar protocolos para evitar a extubação acidental e possível reintubação
Implementar educação permanente e continuada, para orientação e conscientização da realização do <i>bundle</i> de prevenção aos pacientes de em ventilação mecânica invasiva ou não invasiva

FONTE: SILVA; NASCIMENTO; SALES, 2012; BRASIL, 2010

QUADRO 2: Intervenções de enfermagem para prevenção de IPCS

Realizar higiene das mãos antes e após a realização do procedimento
Realizar a limpeza do local da inserção com preparo de gluconato de clorexidina a 0,5% a 2,0% e álcool a 70%
Utilizar precauções de barreira máximas (higiene das mãos, gorro, máscara, luvas estéreis, avental, campos estéreis que cubram o paciente)
Trocar o curativo até 7 dias ou antes na presença de sujidades (rotina da instituição)
Necessidade de manipulação, utilizar técnica asséptica “não toque”
Revisar diariamente a necessidade do uso, e retirar imediatamente quando não houver mais indicação. Utilizar curativo transparente e estéril
Realizar fricção dos conectores e conexão com álcool a 70%, antes da manipulação
Realizar limpeza com álcool a 70%. Utilizar luva estéril
Realizar a retirada do CVC (rotina padrão ou não existir indicação de uso)
Avaliar sítio de inserção e conexões diariamente. Realizar hemocultura da ponta do cateter a cada troca
Realizar educação da equipe quanto à necessidade da utilização do <i>Bundle</i> de prevenção a IPCS

FONTE: BRACHINE; PERTELINE; PEDREIRA, 2012; BRASIL, 2013

QUADRO 3: Intervenções de enfermagem para prevenção de ITU

Avaliar a necessidade da instalação do cateter
Higienizar as mãos antes e após o procedimento
Realizar procedimento com técnica estéril
Realizar a limpeza do meato uretral com solução estéril
Utilizar gel lubrificante na inserção (uso único)
Utilizar menor cateter possível
Fixar o cateter de modo seguro, evitando tração
Manter o sistema de drenagem fechado e estéril
Manter o volume da urina dois terços do nível da bolsa
Não desconectar o coletor do cateter, com exceção da necessidade de irrigação
Realizar a troca de todo o sistema, caso ocorra desconexão
Coletar pequena amostra de urina, para exame, no momento da instalação aspirar à urina com agulha estéril
Manter o fluxo desobstruído
Manter o saco coletor abaixo do nível da bexiga
Realizar diariamente a higiene do meato uretral
Treinar a equipe de enfermagem, para realizar o cuidado, manutenção, manejo e

remoção, na prevenção da ITU

FONTE: BRASIL, 2013; MANEGUETI, et al., 2012

A enfermeira (o) assume a responsabilidade de implementar os pacotes de medidas (*Bundles de prevenção*), orientando acerca da importância dessas medidas, para a segurança do paciente. Exigindo da enfermeira (o) conhecimento específico e capacidade de tomar decisões, sendo necessário fiscalizar à adesão da equipe de enfermagem aos *bundles*, assegurando que os pacientes com risco de IRAS recebam uma assistência à saúde segura e conseqüentemente o controle da sepse na UTI (FERREIRA; NASCIMENTO, 2014).

Sabe-se que a sepse é um problema de saúde pública, sendo de suma importância a atuação da enfermeira (o), realizando intervenções de enfermagem para obter o controle da sepse em UTI.

As intervenções de enfermagem ao paciente com sepse em UTI estão embasadas nas diretrizes da Campanha de sobrevivência a sepse, que preconiza a identificação precoce da sepse, e tratamento imediato (ILAS, 2014).

Diante da suspeita de sepse a enfermeira (o), deve realizar as intervenções imediatamente, conforme o pacote da campanha de sobrevivência a sepse, tendo as intervenções a serem concluídas até as 3 primeiras horas: providenciar AVP calibroso; chamar o médico de referência; chamar o laboratório para colher hemocultura, gasometria, lactato arterial, creatinina, bilirrubina e colher culturas dos sítios pertinentes; administrar a antibioticoterapia de largo espectro prescrita pelo médico, logo na primeira hora da identificação da sepse (como 1ª meta); administrar 30 ml/Kg de cristalóides para hipotensão (BOECHAT; BOECHAT, 2010; DELLING et al., 2013).

Concluído primeiro passo do pacote até 3 horas, sendo necessário avaliar se o paciente está com hipotensão arterial sistólica menor ou igual a 90 mmHg ou pressão arterial média menor ou igual a 65 mmHg, identificado a hipotensão proceder o 2 passo a ser realizada até as 6 primeiras horas sendo eles: administrar cristalóides, soro fisiológico (SF) ou ringer lactato- 30 ml/Kg de 30 a 60 min, caso hipotensão persistente é necessário observar a hemodinâmica e colher lactato, em caso de hipotensão ameaçadora a vida, administrar vasopressor, prescrito pelo médico; ao identificar o lactato arterial 2x maior que o valor normal, administrar SF

ou ringer lactato 30 ml/Kg de 30 a 60 min. Realizar 2ª coleta de lactato e Avaliar nova reposição (DELLING et al.,2012; ILAS,2015; WESTPHAL et al, 2011).

É importante que a enfermeira (o), esteja atenta ao paciente em quadro de hipotensão, não permitindo que permaneça por mais de 40 min, pois refere grande risco de óbito, podendo realizar as drogas vasoativas prescritas pelo médico imediatamente, mesmo em AVP até que seja providenciado o CVC (ILAS, 2015).

Em relação reposição volêmica, a enfermeira (o) deve reavaliar a otimização da resposta ao volume. Os parâmetros a serem avaliados são: mensurar os níveis da pressão venosa central (PVC); observar a variação do pulso; avaliar a distensibilidade cava; avaliar a distensão passiva dos membros inferiores; observar a responsividade a volume; mensurar a Svo2; avaliar o enchimento capilar; avaliar livedo reticular; avaliar sinais de resposta (ILAS, 2015).

A enfermeira (o) deve avaliar os níveis glicêmicos do paciente acometido com sepse, pois a hiperglicemia é comum, sendo muito importante manter entre 80-110 mg/dL, proceder a insulinoterapia somente com os níveis acima de 180 mg/dL (TELES, 2011).

O paciente acometido com sepse necessita de avaliação minuciosa, tendo como recomendações de intervenções de enfermagem no suporte avançado; avaliar os possíveis focos de infecção (ventilação mecânica, cateter vesical e CVC); solicitar imediatamente exames de imagens; realizar profilaxia farmacológica trombose venosa profunda (TVP) prescrita pelo médico e profilaxia mecânica com meias de compressão graduada; proceder à profilaxia para úlcera de estresse; atuar em conjunto com a nutrição e inserir dieta oral ou enteral. Discutir juntamente com a equipe multiprofissional metas de prognóstico e implementar o mais cedo possível as metas de terapias. Assim, é de extrema responsabilidade avaliar todas as funções orgânicas, atuando de forma profilática, inibindo que novas infecções ocorram (FERREIRA; NASCIMENTO, 2014; DELLING et al., 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário de sepse no mundo e no Brasil é bastante preocupante, visto os números elevados, com altos índices de casos de óbito. Em se tratando em UTI,

isso torna-se ainda mais preocupante, visto que metade dos pacientes internados tem esse diagnóstico.

Diante de pacientes críticos com sepse, a enfermeira (o) deve ter um olhar clínico, estando atento as alterações hemodinâmicas, ter conhecimento científico em relação à patologia, os sinais e sintomas, para poder atuar conforme as metas traçadas pela Campanha de sobrevivência a sepse, que tem como principal objetivo a identificação precoce do quadro de sepse, para que possa ser iniciado o tratamento mais precoce possível.

Instruir e traçar as intervenções de enfermagem ao pacientes acometidos com sepse exige da enfermeira (o) conhecimento científico e capacitação, para conduzir, orientar e treinar a equipe para reconhecer os sinais de sepse no paciente, enfatizando a importância em realizar uma assistência à saúde segura, seguindo os protocolos e *Bundles* ou pacotes de medidas, e assim evitando a transmissão de IRAS, promovendo benefício ao paciente.

Conclui-se que há uma necessidade de valorização do conhecimento e a sistemática aplicada à assistência à saúde, pois há um chamado de conscientização de toda equipe, a saber, que as ações de enfermagem salvam vidas, e ao paciente sepse cada segundo de identificação precoce é vida.

NURSING INTERVENTION IN SEPSIS CONTROL IN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

Sepsis is a generalized inflammatory syndrome and when it comes to the Intensive Care Unit have this increased risk, on the severity of the clinical picture, which are constantly invaded and consequently exposed to infections related to health care. Therefore, the question arose: what are the interventions of nursing in the intensive care unit in controlling sepsis? Soon the purpose of the proposed study are: to identify nursing interventions in controlling sepsis in intensive care unit. This research is characterized by being a bibliographical research of qualitative approach. Were used published articles at the LILACS e SCIELO, in the period of 2005 the 2015 e that they were published in full. Initially being held a superficial reading contemplated general aspect of the subject matter and after selecting held in-depth reading. Studies have shown that nursing has an essential role for the diagnosis of sepsis , requir-

ing knowledge inherent pathology, for early identification of signs and symptoms of sepsis , it is essential that the nurse acts in the implementation and monitoring adherence to the bundles or packages of measures , which was evidenced by studies bedside. We conclude that it is necessary that the nurse has scientific knowledge and ability to guide, direct and train your staff to have awareness of the importance that the assistance has to be provided with responsibility, aware that nursing actions save lives.

Keywords: Hospital infection. Unit Inten Therapy. Sepsis. Nursing.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D.; LEOPOLDO. V. C.; HAAS, J. V. Ocorrência de Bactérias Multirresistentes em um Centro de Terapia Intensiva de Hospital Brasileiro de Emergências. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v.18, n.1, jan 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. **ANVISA**. Brasília. set 2013.

_____ Ministério da Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **ANVISA**. Brasília. 2013.

_____ Ministério da Saúde. Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. **ANVISA**. Brasília. 2010.

_____ **Resolução nº 466 de 12 de dezembro 2012**. Lei nº 8080 de setembro 1990.

BRACHINE, J. D. P; PETERLINI, M. A. S; PEDREIRA, M. L.G. Método *bundle* na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enferm**. São Paulo. v. 33, n.4, p 200-210, out 2012.

BATHKE, J. et al. Infraestrutura e adesão a higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Revista Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul. V. 34,n.2, p 78-85, 2013.

BOECHAT, A. L.; BOECHAT, N. O. Sepsis: diagnóstico e tratamento. **Revista Bras-Clin Med**. São Paulo, v.8, n.5, p 420-427, set 2010.

CARRILHO, C. M. D. M. et al. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Paraná. v.18, n.1, p 39- 44, jan-mar 2006.

CIAMPONE, J. T. et al. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.19, nº 1, 2006.

CORRÊA; K. L. G. et al. Diferença de tempo de positividade: método útil no diagnóstico de infecção de corrente sanguínea relacionada com cateter?. **Brasil Patologia Medica Lab**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 195-202, 2012.

DELLINGER, R. P. et al. Campanha de sobrevivência à sepse: Diretrizes internacionais para tratamento de sepse grave e choque séptico: 2012. **Care Med**. V.14, n.2, fev 2013.

DIAS, M. B. G. S. et al. Diagnóstico e tratamento precoce da sepse grave no adulto. **Hospital Sírio Libanês**. jan 2014.

DIAMENT et al. Diretrizes para tratamento da sepse grave/choque séptico: abordagem do agente infeccioso - controle do foco infeccioso e tratamento antimicrobiano. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo. v.23,n.2, abr 2011.

FERREIRA, R. G. S; NASCIMENTO, J. L. Intervenções de enfermagem na sepse: saber e cuidar na sistematização assistencial. **Rev saúde e desen**. v.6, n.3, p 46-55, jan 2014.

GUIMARÃES, D. O; MOMESSO, L. S; PUPO, M. T. Antibióticos: importância terapêutica e perspectivas para a descoberta e desenvolvimento de novos agentes. **Quim Nova**. São Paulo. V. 33, n.3, p 668- 679, fev 2010.

GROTHER, C. et al. Incidência de infecção da corrente sanguínea nos pacientes submetidos à hemodiálise por cateter venoso central. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V.18, n.1, p 1-8, jan- fev 2010.

HOEFEL, H. H. K. O controle de infecções e o ensino. **Revista epidemiológica e controle de infecção**. Porto Alegre. v.2, n.2, p 38-40, abr- mai 2012.

ILAS. Campanha de sobrevivência a sepse protocolo clínico. **Sepse institute**, jun 2014.

_____Atendimento ao paciente com sepse grave/choque séptico: detecção precoce + tratamento correto. **Sepse institute**, out 2015.

LEISER, J.J; TOGNIM, M.C. B; BEDENDO, J. Infecções hospitalares em um centro de terapia intensiva de um hospital de ensino no norte do Paraná. **Cienc Cuid Saúde**. Paraná. v.6, n.2, p 181-186. Jun 2007.

LORENZINI, E; COSTA, T. C; SILVA, E. F. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v34, nº 4, p 107-113, 2013.

MANGUETI, M. G. et al. Infecção urinária em unidade de terapia intensiva: um indicador para o processo de prevenção. **REVRENE**. São Paulo. v.13, n. 3, p 8- 632, 2012.

OMS. Ministerio da Saúde. Estratégia Multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. **ANVISA**. Brasília. 2008.

OLIVEIRA, A. C; CARDOSO, C. S; MASCARENHAS, D. Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. **Rev Esc Enferm**. v.44, n.1, p 161-165, 2010.

OLIVEIRA, A.C. et al. Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul. v.33,n.3, p 86-89, 2012.

OLIVEIRA, A. C.; KOVNER, C. T.; SILVA, R. S. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Minas Gerais, v.18, n.2, mar-abr 2010.

OLIVEIRA, A. C; SILVA, R. F. Desafios do cuidar em saúde frente à resistência bacteriana: uma revisão. **Rev eletrônica de Enfer**. Minas Gerais. v.10, n.1, p 189- 197. mar 2008.

PADRÃO, M. C. et al. Prevalência de infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Clinica Medica**, Rio de Janeiro, v 8, nº 2, p 8-125, 2010.

PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A. A Pesquisa científica. **J VascBras**. Porto Alegre, v. 5, n. 4, p 243-244, 2006.

SILVA, E. Surviving Sepsis Campaign: Um Esforço Mundial para Mudar a trajetória da Sepse Grave. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p 325-326, dez 2006.

SOUZA, et al. Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde. **Tex Contx Enf**. Florianópolis. v.24, n.1,p 8-220, jan-mar 2015.

STAMM, A. M. N. F. et al. Infecção do trato urinário relacionada à cateterização vesical: análise multivariada de fatores de risco em uma população geriátrica e não geriátrica. **Revista Brasileira de Medicina**, Santa Catarina, v.64,n .2, p 10-19, 2007.

TELES, J. M. et al. Sepse: controle glicemico. **AMB ANS**. Jan 2011.

WESTPHAL, G. A. et al. Diretrizes para tratamento da sepse grave/choque Séptico: ressuscitação hemodinâmica. **AMB ANS**. Santa Catarina. v.23, n.1, p 13-23, 2011.