



**EDITORIAL**

**Sepse: até quando iremos tolerá-la?**  
*Sepsis: how long will we tolerate it?*

**Lemuel Bornelli Cordeiro<sup>1,2,\*</sup>, Maria de Fátima Rodrigues Andrade Caetano<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Professor de Medicina Associado do Gabinete de Ensino Pós-graduação e Pesquisa da Clínica Girassol, Luanda, Angola.

<sup>2</sup>Professor Visitante da Pro Deo State University, Ilha de Malta.

<sup>3</sup>Especialista em Pneumologia da Clínica Girassol, Luanda, Angola.

A sepse pode ser definida como uma resposta do hospedeiro desregulada à infecção. O choque séptico é um subconjunto de sepse com disfunção circulatória, celular e metabólica associada a maior risco de mortalidade.<sup>1</sup>

Segundo a Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) e Instituto Latino Americano de Sepse, o Brasil apresenta uma taxa altíssima de morte por sepse nas Unidades de Cuidados Intensivos, ultrapassando os casos de mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM). O estudo de Machado<sup>2</sup> mostra que anualmente morrem mais de 230 mil pacientes adultos nas Unidades de Cuidados Intensivos por sepse. O dado ensombrado dos óbitos por sepse e suas complicações chegam ao percentual de 56% dos pacientes internados.

A razão de prevalência da sepse no Brasil é de 30% e não é tida como algo absurdo.<sup>2</sup> O que a maioria dos investigadores brasileiros alude é que a alta mortalidade torna essa doença intolerável, uma vez que a maioria das causas de sepse poder-se-ia ser prevenível. As infecções comunitárias e aquelas provenientes dos cuidados de saúde são as principais causas.

Segundo as *Diretrizes Internacionais para a Gestão de Sepse e Choque Séptico: 2016*,<sup>1</sup> a identificação precoce e a abordagem padronizada apropriada nas horas iniciais após o desenvolvimento da sepse melhoram os desfechos. Isso se mostra semelhante aos resultados obtidos a partir da padronização do atendimento aos pacientes com politraumatismo, IAM e AVC.

Uma recente atualização<sup>3</sup> aponta com a melhor evidência disponível que as seis primeiras horas, já divididas em dois *bundles* 3 horas e de 6 horas, deveriam ser concentradas só na PRIMEIRA HORA, com realce para os seguintes procedimentos: a) doseamento do lactato; b) colheita de culturas; c) início dos antimicrobianos de

amplo espectro de ação; d) reposição volêmica com cristalóide e o início precoce de drogas vasopressoras, quando se mantiver a hipotensão arterial ou a hiperlactatemia.

Os dados falam por si e toda a abordagem e o manuseamento dessa catástrofe clínica estão plasmados em diretrizes e protocolos de tratamento da sepse. Então, o que faltaria para reduzir a morbidade e a mortalidade desta terrível doença? Pensamos que a resposta está na informação e formação dos profissionais da linha de frente no atendimento aos potenciais pacientes com suspeita de infecção e de políticas públicas que favoreçam uma “linha verde” para a sepse, com aplicação do *bundle* de atendimento na PRIMEIRA HORA, que segundo o supracitado em epígrafe, confere menor risco de morte.

A sepse deve ser mais divulgada nos meios de comunicação de entretenimento, trazendo as pessoas para mais perto dessa doença. Em programas de televisão e revistas eletrônicas, podemos observar que muitos temas são amplamente discutidos, nomeadamente: IAM e AVC, leucemias entre outros. Infelizmente, alguns profissionais da saúde e o público em geral ainda pensam que a sepse é uma “infecção do sangue” erroneamente chamada de septicemia. Sepse é sim uma terrível e mortífera doença sistêmica, com etiopatogenia bem conhecida. Contudo, é pouco valorizada por profissionais de saúde, segmentos da sociedade, meios de comunicação e principalmente entidades governamentais. Enquanto assim for, a sepse irá permanecer incontrolável.

**Referências**

1. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Campanha Sobrevivendo à Sepse: Diretrizes internacionais para a gestão de sepse e choque séptico: 2016. *Crit Care Med*. 2017;45(3):486-556.
2. Machado FR, Cavalcanti AB, Bozza FA, Ferreira EM, Angotti Carara FS, Sousa JL, et al. The epidemiology of Sepsis in brazilian intensive care units (the Sepsis prevalence assessment database, SPREAD): an observational study. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(11):1180-9.
3. Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The surviving Sepsis campaign bundle: 2018 update. *Intensive Care Med*. 2018. [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s00134-018-508

**\* Correspondência:**

Rua Comandante Gika, 225

Luanda – Angola

e-mail: lemuel.cordeiro@clinicagirassol.co.ao

doi: 10.21876/rcsfmit.v8i4.828