

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

RUAN ALENCAR LOURENÇO

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
ACOMETIDOS POR SEPSE EM UM HOSPITAL DO NORDESTE
BRASILEIRO**

IMPERATRIZ
2019

RUAN ALENCAR LOURENÇO

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
ACOMETIDOS POR SEPSE EM UM HOSPITAL DO NORDESTE
BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado
ao Curso de Medicina da Universidade
Federal do Maranhão, Campus Imperatriz,
como parte dos requisitos para a obtenção do
título de Bacharel em Medicina

Orientador: Prof. Msc. Rodson Glauber
Ribeiro Chaves

Co-orientadora: Prof. Dra. Bianca Silva
Ferreira

IMPERATRIZ
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Alencar Lourenço, Ruan.

Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos por sepse em um hospital do Nordeste brasileiro / Ruan Alencar Lourenço, Natália Araújo Nascimento Viana. - 2019. 35 p.

Coorientador(a): Bianca Silva Ferreira.

Orientador(a): Rodson Glauber Ribeiro Chaves.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2019.

1. Epidemiologia. 2. Sepse. 3. UTI. I. Araújo Nascimento Viana, Natália. II. Glauber Ribeiro Chaves, Rodson. III. Silva Ferreira, Bianca. IV. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Ruan Alencar Lourenço

Título do TCC: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
ACOMETIDOS POR SEPSIS EM UM HOSPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Orientador: Rodson Glauber Ribeiro Chaves
Co-orientador: Bianca Silva Ferreira

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../, considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM SEPTICEMIA EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Rodson Glauber Ribeiro Chaves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 10768718.8.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.469.505

Apresentação do Projeto:

Introdução: A sepse é a principal causa de morte em UTI's não cardiológicas no mundo. A estimativa de letalidade é em torno de 46% no mundo, enquanto no Brasil, esse valor cresce para 58,5%, principalmente em hospitais públicos. Fatores demográficos regionais e subjetivos – por paciente – podem aumentar a probabilidade de má evolução no quadro séptico, assim como o tempo de permanência, a efetividade do tratamento e a chance de sobrevivência dos admitidos com tal patologia. O Hospital Municipal de Imperatriz possui uma demanda importante relacionada à quadros sépticos e atende toda a região de planejamento do Tocantins – que possui Imperatriz como sede. **Objetivo:** Delimitar circunstâncias que são relevantes na admissão do paciente diagnosticado com o quadro séptico na UTI do Hospital Municipal de Imperatriz com as subseqüentes saídas do mesmo setor, por alta ou óbito. **Método:** Serão coletados os dados referentes aos pacientes diagnosticados com sepse no HMI, a partir dos prontuários, no período de Junho de 2017 a Junho de 2019. A análise dos prontuários será feita por meio de formulários específicos, com a finalidade de confirmar o diagnóstico de sepse, de acordo com os protocolos do ILAS (2016). Após a confirmação da patologia algumas variáveis serão analisadas com o objetivo de delimitar quais os principais fatores significantes para má evolução do quadro séptico na UTI do hospital citado, de acordo com os dados do caderno de registro admissional do núcleo interno de regulação do serviço. Nos prontuários analisados deverá constar: nome, idade, temperatura, frequência cardíaca, ritmo respiratório ou PaCO₂ e hemograma completo. Nos

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.469.505

Investigador	PROJETOFINAL.docx	16/07/2019 14:12:47	RUAN ALENCAR LOURENCO	Aceito
Brochura Pesquisa	PJTFINAL.pdf	16/07/2019 14:12:32	RUAN ALENCAR LOURENCO	Aceito
Folha de Rosto	brasil.pdf	16/07/2019 13:41:29	RUAN ALENCAR LOURENCO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTAANUENCIA.pdf	20/09/2018 10:38:16	RUAN ALENCAR LOURENCO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 25 de Julho de 2019

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

RESUMO

Objetivo: Delimitar circunstâncias que são relevantes na admissão e no manejo clínico dos pacientes com a suspeita de sepse na UTI do Hospital Municipal de Imperatriz relacionando com a resolução do quadro por óbito ou alta. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo e transversal desenvolvido a partir da coleta de dados do núcleo interno de regulação e dos arquivos do Hospital Municipal de Imperatriz, acerca dos pacientes admitidos com sepse como diagnóstico principal entre junho/2017 e junho/2019. **Resultados:** Dos 50 pacientes incluídos, 31 (62%) são do sexo masculino e 27 (54%) não são procedentes de Imperatriz. A média de idade foi de 59,86 anos. Existe discrepância entre os diagnósticos de sepse quando comparados com o protocolo do ILAS (2016), sendo que 43 (86%) são compatíveis enquanto apenas 34(68%) estão relatados como sepse pelos profissionais do serviço estudado. A mortalidade nessa UTI foi de 76% (38 pacientes). O foco mais prevalente do quadro infeccioso foi a infecção de partes moles (24%). A relação do uso de 3 ou mais antibióticos e o óbito foi significativa. O uso da ceftriaxona também foi estatisticamente significativa quando relacionado ao óbito ($p < 0,05$). **Conclusão:** Conclui-se que nessa UTI a sepse – tendo a infecção de partes moles como diagnóstico principal - é recorrente causa de mortalidade, mais prevalente no sexo feminino e em pacientes com mais de 60 anos de idade. Observa-se também que a sepse não possui padrão para o reconhecimento do quadro nesse serviço, resultando assim em agravos que dificultam a recuperação dos pacientes.

Descritores: Sepse; Unidade de Terapia Intensiva; Diagnóstico; Epidemiologia; Mortalidade; Protocolo.

Keywords: Sepsis; Intensive Care Unit; Diagnosis; Epidemiology; Mortality; Protocol.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. MÉTODOS.....	10
3. RESULTADOS	12
4. DISCUSSÃO	14
5. CONCLUSÃO.....	17
6. REFERÊNCIAS.....	19
7. TABELAS	22
Tabela 1 – Características epidemiológicas da população	22
Tabela 2 – Análise da relação entre os fatores demográficos e o desfecho dos pacientes... ..	23
Tabela 3 – Caracterização clínica da população quanto ao diagnóstico	24
Tabela 4 – Análise da relação entre a definição do foco e a sepse como hipótese diagnóstica na UTI	25
Tabela 5 – Análise da relação entre a presença de comorbidades e o diagnóstico de sepse	25
Tabela 6 – Caracterização clínica da população quanto à triagem de disfunção orgânica ..	26
Tabela 7 – Descrição do uso de antibióticos no serviço intensivo	26
Tabela 8 – Análise da relação entre a antibioticoterapia e o óbito	27
Tabela 9 – Análise da relação entre o uso da ceftriaxona e o óbito	27

Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes admitidos com sepse em um hospital do
Nordeste brasileiro

Ruan Alencar Lourenço¹, Rodson Glauber Ribeiro Chaves², Bianca Silva Ferreira³, Natália Araújo Nascimento Viana¹

¹Estudante de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – Imperatriz (MA), Brasil.

² Docente do curso de Medicina na Universidade Federal do Maranhão - Campus Imperatriz/MA

³Médica Infectologista e mestranda em Doenças infecciosas e parasitárias no IPTSP-UGF. Docente do curso de Medicina na Universidade Federal do Maranhão - Campus Imperatriz/MA

Autor para correspondência: Ruan Alencar Lourenço, Rua José Lourenço, número 01, CEP: 65770-00 – Governador Archer (MA), Brasil, E-mail: ruan.ralo14@gmail.com

Instituição responsável: Universidade Federal do Maranhão - Campus Imperatriz/MA

Financiamento Próprio

Fatores relacionados ao diagnóstico correto e ao óbito de pacientes com sepse

Direcionamento do manejo clínico correto do paciente séptico, do diagnóstico à resolução do quadro, e fatores significantes

1. INTRODUÇÃO

A sepse se caracteriza como uma desordem orgânica que envolve um parasita associado a uma resposta inflamatória exacerbada do hospedeiro. É a principal causa de óbitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) no mundo, principalmente devido à disfunção de múltiplos órgãos.(1) A patologia se caracteriza como prioridade de saúde global pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e recente estudo – utilizando extrapolação - estima 31,5 milhões de casos ao ano, com mais de 5 milhões de óbitos.(2)

Devido à defasagem do cuidado em países subdesenvolvidos principalmente quando se referem às patologias que possuem um custo elevado para o estado (como a sepse) os índices sofrem acréscimos significantes. Na América Latina, existem poucos estudos que abordam a incidência de casos de disfunção orgânica relacionada à infecção primária, todavia, no Brasil, em 2010, 22% dos óbitos tiveram a situação citada como causa base.(3)

O Nordeste brasileiro possui 18,7% dos leitos intensivos totais e ainda merece destaque negativo por conter 59,83% dos pacientes acometidos por sepse na região evoluindo a óbito nas UTIs públicas e privadas (4). No Maranhão, segundo a Agência Nacional de Saúde (2018), estão 1,8% dos leitos nordestinos – 787 no total, 410 públicos - com uma das menores proporções leitos públicos/habitantes (0,59/10 mil habitantes). São escassos os trabalhos que realizam estudo sobre a incidência de sepse no estado.

A ocorrência de sepse, por si, é fato debilitante do organismo, e expõe uma situação de estresse exacerbado ao organismo de cada paciente, com uma resposta dependente do grau de imunocompetência do hospedeiro, assim como sua autorreatividade. Entretanto, fatores de risco estão associados à chance de o paciente evoluir ao óbito, dentre eles: idade maior

que 65 anos, tempo de permanência médio superior a 5 dias, comorbidades e elevada frequência de procedimentos invasivos (5,6).

O diagnóstico ágil da etiologia da sepse, segundo Kumar e colaboradores (7), é significante para a sobrevivência de pacientes com choque séptico. Existem estudos que visam estabelecer ferramentas eletrônicas de auxílio ao diagnóstico, de modo a otimizar a pesquisa clínica (8). O atraso nessa etapa da patologia pode diminuir tal fator em até 7,6%. Além disso, o fato de se descobrir a etiologia da sepse, incide sobre a escolha da antibioticoterapia adequada, diminuindo a chance de uso indevido desses medicamentos (9).

Nesse contexto, a UK Sepsis Trust (2017) – um grupo de profissionais da saúde do Reino Unido que trabalham exclusivamente o manejo e o tratamento da sepse na região – vinculou o quadro clínico de pacientes nas UTIs ao acrônimo **SEPSIS**, onde: S – *slurred speech or confusion* (fala arrastada ou confusão); E – *extreme shivering or muscle pain* (tremores extremos ou dores musculares); P – *passing no urine in a e in a day* (não urinar em um dia); S – *severe breathlessness* (falta de ar grave); I – *it feels like you're going to die* (parece que você vai morrer); S – *skin mottled or discoloured* (pele manchada ou pálida). Com tal ferramenta, se qualificada, a detecção e o manejo de pacientes já com a sepse adquirida ou prestes a desenvolvê-la em níveis sistêmicos seria mais simples e rápida (10).

A terapia antimicrobiana é a primeira medida que deve ser avaliada, embora a associação de antimicrobianos aumenta a probabilidade de susceptibilidade do microrganismo após resultado da cultura (11). Logo, o uso de uma única droga – como os carbapenêmicos – pode ser considerado amplo espectro. Porém, a escolha deve levar em consideração o foco primário da infecção, assim como a susceptibilidade já descrita, o local da aquisição e a

utilização prévia de antimicrobianos. Frisando sempre que alguns medicamentos podem ter alto teor de toxicidade renal, uma vez que pacientes com sepse podem desenvolver insuficiência renal (12).

É necessário inferir também, que paciente com sepse não só necessita dos cuidados terapêuticos envolvendo a terapia antimicrobiana como também precisa de terapia intensiva de fato, como corticoterapia, drogas vasoativas, ventilação mecânica e todo o suporte necessário, tendo em vista o impacto significativo da expectativa de sobrevivência do admitido (13).

Assim, o estudo seguinte teve como objetivo demonstrar as circunstâncias significantes para o manejo clínico de um paciente com sepse em um hospital de nível secundário no Nordeste brasileiro. Logo, verifica-se o impacto de um protocolo para sepse no prognóstico dos pacientes, como compara e realça quais comorbidades são piores para tal evolução.

2. MÉTODOS

O estudo utilizou uma abordagem quantitativa, caracterizando-se por retrospectivo, descritivo e correlacional para o alcance dos objetivos anteriormente explanados. Por não haver intervenção, classifica-se também como observacional.

A pesquisa foi realizada no Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) nos setores de regulação de leitos (Núcleo Interno de Regulação) e nos arquivos do serviço citado. De junho de 2017 a junho de 2019 foram regulados para os leitos da UTI 129 pacientes com o diagnóstico de sepse na admissão. Cinquenta pacientes contemplaram todos critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos no estudo pacientes maiores de 18 anos, regulados e conduzidos pela UTI adulta do HMI, com os dados de registro completo (tanto na admissão como na internação intensiva). Foram excluídos pacientes regulados para outros serviços de cuidado intensivo, e que possuísem registros com dados insuficientes para a realização da análise estatística.

Os dados presentes no registro admissional utilizados na pesquisa foram: idade, sexo, procedência, diagnóstico na admissão (relatado como sepse, septicemia ou choque séptico), tempo de permanência e desfecho clínico (alta ou óbito). A idade dos pacientes foi dividida em 4 faixas: 18 – 25 anos, 26 – 40 anos, 41 – 59 anos e ≥ 60 anos. O tempo de permanência foi relatado seguindo o mesmo modelo: 1 a 5 dias, 6 a 10 dias, 11 a 14 dias, ≥ 15 dias.

Na UTI, utilizaram-se os dados: temperatura nas primeiras 24h, frequência cardíaca nas primeiras 24h, hemograma nas primeiras 24h, frequência respiratória nas primeiras 24h ou paCO_2 (pressão parcial de CO_2) – sepse se traduz como dois desses critérios associados à suspeita de infecção, segundo o Instituto Latino Americano de Sepse (13) - , tipo de internação (clínica ou cirúrgica) , foco da infecção, comorbidades, antimicrobiano utilizado e presença de critérios de disfunção orgânica.

A análise descritiva para as variáveis qualitativas foi feita por meio da distribuição das frequências absoluta e relativa. A análise para as variáveis quantitativas foi feita por meio de média e desvio-padrão.

As variáveis qualitativas foram analisadas através do teste não-paramétrico de Qui-Quadrado, sendo considerado estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. Ao encontrar um valor esperado menor que cinco na célula da tabela de contingências, usou-se o teste exato de Fisher. E foram feitas medidas de associação (Razão de Chances – OR - com intervalo de confiança – IC – de 95%).

Os dados foram tabulados no Excel® e todas as análises estatísticas referidas foram efetuadas com os programas EpiInfo™ (versão 7) e SPSS® para Windows® (versão 25.0.0.0; SPSS Inc.), sendo adotado o intervalo de confiança de 95,0% e um nível de significância em todos de 5,0% ($p < 0,05$) em todos os testes.

O estudo foi submetido à plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão no dia 25 de julho de 2019 sob o Parecer Consubstanciado nº3.469.505 de acordo com a resolução 466/12.

3. RESULTADOS

Observou-se que no período entre junho de 2017 e junho de 2019, cento e vinte e nove pacientes foram encaminhados à UTI por sepse previamente relatada, e sessenta e um foram conduzidos no HMI. Onze pacientes foram excluídos devido à incompletude dos critérios inclusivos pré-estabelecidos. Incluídos cinquenta, foram descritos 31 (62,00%) do sexo feminino e 19 (38,00%) do sexo masculino. Pouco menos da metade é procedente da cidade de Imperatriz (46,00%). A idade dos pacientes foi criteriosamente dividida em quatro faixas e, com média de 59,86 anos, é notada a prevalência de pacientes com 60 anos ou mais (58,00%). Dos pacientes admitidos, vê-se que a maioria (82,00%) possui algum tipo de comorbidade e predominantemente são encaminhados de serviços de cuidados clínicos (66,00%). O tempo de permanência mais recorrente foi o estratificado entre um e quatro dias (32,00%), com média de 11,38 dias. A mortalidade da sepse nessa UTI foi de 76,00% (Tabela 1).

Na Tabela 2 as variáveis demográficas foram comparadas com o final da evolução clínica e demonstram que os pacientes que foram a óbito na UTI estudada eram predominantemente do sexo feminino (70,97%, p valor: 0,287; OR: 2,18(0,50 – 9,36)),

com idade maior ou igual a sessenta anos (79,31%; p: 0,519; OR:0,65(0,17-2,40)), que estiveram internados por mais de 15 dias no serviço (92,31%). Em relação a procedência dos pacientes, tanto Imperatriz como outras cidades, tiveram 19 pacientes evoluindo à óbito. Observa-se que 76,74% dos pacientes que evoluíram à óbito possuíam algum tipo de comorbidade (p:0,760; OR: 0.12 – 2,71) e 81,82% dos pacientes que foram encaminhados dos serviços clínicos evoluíram negativamente (p:0,179; OR:0,41 (0,10-1,54)).

Quando se emprega o protocolo validado para avaliação do diagnóstico prévio de sepse, observa-se uma diferença entre o que foi diagnosticado corretamente - 86,00% dos pacientes – e o que tem como sepse uma das hipóteses diagnósticas para internação intensiva dos incluídos: apenas 38,00% dos pacientes tiveram a sepse considerada como motivo de internação. Dentre os focos de acometimento da possível infecção, a sepse de partes moles foi descrita mais vezes (26,00%), seguida por infecção abdominal aguda em 20,00% dos casos (Tabela 3).

Dentre os fatores que são relevantes para o correto diagnóstico de sepse observa-se que nessa UTI as comorbidades são estatisticamente relevantes ($p < 0,05$). De quarenta e três pacientes que tiveram diagnóstico alinhado com o protocolo utilizado, trinta e nove (90,70%) tinham alguma comorbidade prévia. Nesse panorama ainda se observa uma razão de chances de 0,14 (0,02 – 0,8) (Tabela 4). A definição do foco também se mostrou estatisticamente relevante em relação à presença do diagnóstico de sepse no relatório da internação intensiva. De trinta e quatro pacientes com diagnóstico de sepse elucidado na UTI, apenas um (20,00%) não tinha o foco definido. O valor de p foi de 0,015 e a razão de chances teve o total de 11,00 (1,11-108,49) (Tabela 5).

No que é referido sobre a triagem de disfunção orgânica dos pacientes que ficaram internados na UTI estudada, observa-se que o rebaixamento do nível de consciência foi

relatado em quase metade dos casos (46,00%) e creatinina maior que 2 em 38,00% dos casos enquanto apenas 12 pacientes (24,00%) não apresentaram nenhum dos critérios apresentados (Tabela 6).

Ao analisar o tratamento, observa-se que 24 pacientes (48,00%) foram tratados com associação de dois antimicrobianos, enquanto 21 (42,00%) utilizaram três ou mais antimicrobianos. Os antimicrobianos mais utilizados nessa UTI foram ceftriaxona, metronidazol e clindamicina, em 44,00%, 38,00% e 28,00% das vezes, respectivamente (Tabela 7). Em relação ao manejo da sepse nessa UTI, a quantidade de antibióticos utilizados foi estatisticamente relevante quando comparado ao óbito. Dezenove pacientes que utilizaram três ou mais antibióticos foram a óbito (90,48%), apresentando valor de p de 0,041 e razão de chances de 5,00(0,96-25,93). Em particular, a ceftriaxona – antibiótico mais utilizado na UTI – se relacionou com o óbito de forma também significativa, com o p de 0,028 e o odds ratio de 5,55(1,07 – 28,82) (Tabelas 8 e 9).

4. DISCUSSÃO

Em relação às características epidemiológicas do presente estudo, há dissociação entre achados literários acerca da predominância do sexo feminino (1,13,14). A média de idade foi de 59,86 anos, pouco abaixo do que é demonstrado em outras literaturas (15–17). No estudo, observa-se que 82,00% dos pacientes possuem algum tipo de comorbidade prévia, sobrepondo o valor que é relatado por Taniguchi e colaboradores (15)(15). A mortalidade nessa UTI foi de 76,00%, sendo mais que o dobro da mortalidade mundial (9), sobrepondo a brasileira(4,14) e até mesmo a nordestina (4), o que chama atenção e pode estar relacionado com o fato de o Maranhão, assim como a cidade de Imperatriz, ter a realidade socioeconômica prejudicada por fatores variados. Além disso, contribui também para a alta taxa de mortalidade nesta UTI em particular devido à deficiência de protocolos

relacionados com a patologia, já que a programação organizada da abordagem séptica é fundamental para a sobrevivência dos pacientes (18).

A predominância das causas clínicas em relação aos procedimentos invasivos – quando os pacientes são acometidos por sepse – pode ser justificada pelo grande número de pacientes encaminhados dessa grande área ao serviço intensivo, de modo geral, e à superioridade de afecções infecciosas nos pacientes manejados de modo conservador, segundo a literatura (19,20). A média de dias de permanência na UTI (11,38 dias) é maior que a sugerida pela Agência Nacional de Saúde – 4,5 a 5,3 dias – refletindo a maior chance de o paciente evoluir negativamente (21) e impactando financeiramente de modo significativo (2,22). O aumento no tempo de internação desses pacientes pode ser influenciada também pela falta de protocolos bem estabelecidos no serviço (18).

Quando as características demográficas são comparadas com a mortalidade, observa-se que nenhum dos fatores se relacionou estatisticamente com o óbito ($p > 0,05$), apesar de existirem estudos que demonstram que certas faixas de idade e o gênero masculino estão associados com o óbito no Brasil (15) e estudos demonstrarem que a característica biológica pode ter fator preditivo para a mortalidade oculta (23). Em relação à procedência do paciente, observam-se estudos onde a localização do hospital no interior ou na capital é significativa (12), e sendo Imperatriz a maior cidade de uma grande região metropolitana, esperava-se que a procedência fosse maior, influenciando a mortalidade. Não obstante, o número de óbitos da cidade onde foi feito o estudo e das cidades da macrorregião foram semelhantes.

Os pacientes do serviço de cuidado intensivo estiveram nesse setor por um período, predominantemente, de 1 a 4 dias (32,00%), principalmente devido à variedade de manifestações que podem resultar em agravos rapidamente como é demonstrado por Sales Júnior e colaboradores (14). Quando se compara a mortalidade, observa-se que pacientes

que estiveram mais de 15 dias tiveram 92,31% de evolução a óbito, o que pode ser justificado pelo aumento de ocorrência de disfunções orgânicas nesses pacientes(17).

Ao abordar-se o diagnóstico de sepse, observa-se que 86,00% estão diagnosticados corretamente, completando os critérios do ILAS (18). Entretanto, ao relatório do cuidado intensivo, apenas 68,00% dos pacientes tinha sepse ou variantes como hipótese diagnóstica. Isso demonstra que apesar de todos os esforços para uma padronização, o diagnóstico correto ainda é um desafio, assim como o tempo de abordagem ao quadro infeccioso(1,7,9,24). O foco mais prevalente foi sepse de partes moles (26,00%), divergindo da literatura de modo geral(8,13,16,17) que traduz a infecção pulmonar como mais prevalente. A definição do foco foi significativa para a presença do diagnóstico no relatório da UTI ($p = 0,015$ / OR:11,00 (1,11 – 108,49) demonstrando que pacientes que tem o foco esclarecido possuem 11 vezes mais chance de serem diagnosticados corretamente, além de influenciarem diretamente nos custos do tratamento – a depender do foco(17).

A triagem de disfunção orgânica foi organizada por conveniência e demonstra que apenas 24,00% dos pacientes não tiveram nenhum tipo de evolução disfuncional relacionado à falha orgânica. A principal característica de piora da evolução descrita no relatório do cuidado intensivo foi o rebaixamento do nível de consciência (46,00%) seguida do aumento de creatinina (38,00%). É possível relacionar a resposta imunológica do hospedeiro à infecção como responsável pelo quadro evolutivo instável. A própria queda da perfusão devido à perda de líquido pro terceiro espaço no choque vasogênico por sepse pode justificar a alteração no nível de consciência. Há evidências da relação entre a progressão da disfunção e a definição do foco (16,25), exemplo disso pode ser descrito com relação à natureza de certos patógenos. A infecção de partes moles por *S. aureus* por exemplo (piodermite) pode induzir a deposição de imunocomplexos no parênquima renal,

causando lesão. Desse modo, é justificável a creatinina alterada como segunda colocada nas complicações inflamatórias do serviço intensivo.

Nessa UTI, a presença de comorbidades foi estatisticamente significativa para a confirmação do diagnóstico de sepse pelo protocolo ($p < 0,05$), e ainda nos mostra que pacientes que possuem algum tipo de comorbidade tem uma razão de chances de 0,14 (0,02 – 0,8) para serem devidamente diagnosticados por sepse. Artigos demonstram que a presença de comorbidades não é necessariamente um fator que aumente a mortalidade do quadro, apesar de ser fator de risco para o desenvolvimento da doença, principalmente quando se trata de diabetes mellitus(26–28).

No panorama da abordagem terapêutica, observa-se que 42,00% dos pacientes utilizaram 3 ou mais antibióticos e que a relação com o óbito foi significativa com essa faixa de pacientes ($p = 0,041$) e a ceftriaxona foi o antibiótico mais utilizado empiricamente, o que é concordante pela literatura (27). A ceftriaxona também está associada ao pior desfecho ($p = 0,028$ / OR: 5.55(1,07-28,82)) demonstrando ainda 5,55 vezes mais chance de o paciente evoluir negativamente. Talvez isso ocorra devido a associação de muitos antibióticos, que está associada a uma seleção de cepas bacterianas mais resistentes, podendo agravar o quadro infeccioso(27,29,30). Não houve registro no relatório da UTI acerca de agentes etiológicos.

5. CONCLUSÃO

Finaliza-se o estudo com dados que afirmam que os pacientes acometidos primariamente por sepse na macrorregião são mulheres, com idade igual ou maior que 60 anos. A mortalidade geral é de 76,00% e a do grupo citado foi de 70,00% pelo sexo e 79,31% pela idade. Os pacientes ficaram internados na UTI na faixa de 1 a 4 dias (32,00%), e as causas principais

de admissão foram clínicas. Houve discrepância em consideração a possibilidade do acometimento séptico na avaliação pelo protocolo e pelo relatório do serviço intensivo em nove casos, sendo que a definição do foco e a presença de comorbidades foram significativas para essas características, respectivamente. Houve associação de antimicrobianos em 94,00% dos casos, sendo que 42,00% utilizaram 3 ou mais no tratamento do quadro séptico. O antibiótico mais utilizado foi a ceftriaxona. Tanto a associação quanto o mais utilizado foram significantes para a evolução negativa do paciente. Dentro do quadro de disfunção orgânica, observa-se o acometimento de 88,00% dos pacientes, com o rebaixamento do nível de consciência sendo o mais prevalente. Observa-se a necessidade de implantação imediata de protocolos clínicos e terapias sistematizadas para o impacto necessário na abordagem dos pacientes sépticos manejados nesse serviço intensivo, com o intuito de melhorar os índices de mortalidade e prevenir a evolução negativa dos citados.

6. REFERÊNCIAS

1. Cruz LL, Macedo CC. Perfil Epidemiológico da Sepse em Hospital de Referência no Interior do Ceará. *Id Line Multidiscip Psychol J Diante*. 2015;10(29):71–99.
2. Taniguchi LU, De Azevedo LCP, Bozza FA, Cavalcanti AB, Ferreira EM, Carrara FSA, et al. Disponibilidade de recursos para tratamento da sepse no Brasil : uma amostra aleatória de instituições brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(3):193–201.
3. Cavalcanti LCPAAB, Lisboa T, Pizzol FD, Machado FR, Azevedo LCP, Cavalcanti AB, et al. A sepse é um grave problema de saúde na América Latina : uma chamada à ação ! *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;1(8):402–4.
4. Lobo SM, Rezende E, Mendes CL, de Oliveira MC, Oliveira MC de. Mortalidade por sepse no Brasil em um cenário real : projeto UTIs Brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;2016(Figura 1):7–10.
5. Lima L, Ferraz S, Monteiro MC. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva the Intensive Care Unit. 2010;24(4):388–96.
6. Santos AV, Silva AAO da, Sousa AFL de, Carvalho M de M, Carvalho LRB, Moura MEB. Perfil epidemiológico da sepse em um hospital de urgência. *Rev Prevenção Infecção e Saúde* [Internet]. 2015;1(1):19–30. Available from: <http://www.revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3154/pdf>
7. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock*. *Crit Care Med* [Internet]. 2006 Jun [cited 2018 Apr 9];34(6):1589–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16625125>
8. Westphal GA, Pereira AB, Fachin SM, Sperotto G, Gonçalves M, Albino L, et al. Um sistema eletrônico de alerta ajuda a reduzir o tempo para diagnóstico de sepse. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(4):414–22.
9. Sitnik R, Marra AR, Petroni RC, Pereira O, Ramos S, Dalla M, et al. Uso do SeptiFast para diagnóstico de sepse em doentes graves de um hospital brasileiro SeptiFast for diagnosis of sepsis in severely ill patients from a Brazilian hospital. *einstein* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 27];12(2):191–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v12n2/pt_1679-4508-eins-12-2-0191.pdf
10. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* [Internet]. 2016 Feb 23 [cited 2019 Jun 15];315(8):801. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.0287>
11. Kretzchmar AKM. Incidência e Tratamento da Sepse em Pacientes Vítimas de Queimaduras Internados no Hospital Regional da Asa Norte -DF. 2016;
12. Taniguchi LU, De Azevedo LCP, Bozza FA, Cavalcanti AB, Ferreira EM, Carrara

- FSA, et al. Availability of resources to treat sepsis in Brazil: A random sample of Brazilian institutions. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(2):193–201.
13. Juncal VR. Impacto clínico do diagnóstico de sepse à admissão em UTI de um hospital privado Clinical impact of sepsis at admission to the ICU of a private hospital in Salvador, Brazil. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2011 [cited 2018 Apr 11];37(1):85–92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n1/v37n1a13>
 14. Sales Júnior JAL, David CM, Hatum R, César P, Souza SP, Japiassú A, et al. Sepse Brasil: Estudo Epidemiológico da Sepse em Unidades de terapia intensiva Brasileiras* An Epidemiological Study of Sepsis in Intensive Care Units. Sepsis Brazil Study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(1):9–17.
 15. Taniguchi LU, Bierrenbach AL, Toscano CM, Schettino GPP, Azevedo LCP. Sepsis-related deaths in Brazil : an analysis of the national mortality registry from 2002 to 2010. *Crit Care*. 2014;18:1–7.
 16. Caraballo C, Ascuntar J, Hincapié C, Restrepo C, Bernal E, Jaimes F. Association between site of infection and in-hospital mortality in patients with sepsis admitted to emergency departments of tertiary hospitals in Medellin , Colombia. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(4):47–56.
 17. Barreto MFC, Gomes Dellaroza MS, Kerbauy G GC. Sepsis in a university hospital: A prospective study for the cost analysis of patients' hospitalization. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2016 Mar 1;50(2):299–305.
 18. INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE PROTOCOLO CLÍNICO [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>
 19. Junior CT, Franca ISA, Okamoto IVN, Joa II, Salge M, Roberto IC. Infection as an independent risk factor for mortality in the surgical intensive care unit. :1103–8.
 20. Original A. Fatores potencialmente associados à decisão de admissão à unidade de terapia intensiva em um país em desenvolvimento : um levantamento de médicos brasileiros. 2017;29(1):154–62.
 21. Zhou JC, Pan KH, Huang X, Yu WQ, Zhao HC. Delayed admission to ICU does not increase the mortality of patients post neurosurgery. *Int J Neurosci*. 2015;125(6):402–8.
 22. Schultz MJ, Dunser MW, Dondorp AM, Adhikari NKJ, Iyer S, Kwizera A, et al. Current challenges in the management of sepsis in ICUs in resource-poor settings and suggestions for the future. *Intensive Care Med*. 2017;43(5):612–24.
 23. Aguiar-Ricardo I, Mateus H, Gonçalves-Pereira J. Mortalidade oculta em pacientes sépticos após alta da unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(2):122–8.
 24. Harbarth S, Ferrière K, Hugonnet S, Ricou B, Suter P, Pittet D. Epidemiology and prognostic determinants of bloodstream infections in surgical intensive care. *Arch*

Surg [Internet]. 2002 Dec [cited 2018 Mar 27];137(12):1353–9; discussion 1359.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12470098>

25. Salomão R. Sepsis : evolving concepts and challenges. 2019;52:1–14.
26. Fernandes H, Pires DEM. SEPSE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL PÚBLICO : ESTUDO DA PREVALÊNCIA , CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS , FATORES DE RISCO E MORTALIDADE. 2018;
27. Todeschini AB, Schuelter-trevisol F. Sepsis associada ao cateter venoso central em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva *. 2011;9(5):334–7.
28. Novosad SA, Sapiano MRP, Grigg C, Lake J, Robyn M, Dumyati G. Vital Signs : Epidemiology of Sepsis : Prevalence of Health Care Factors and Opportunities for Prevention. 2016;65(33).
29. Peres-bota D, Rodriguez H, Dimopoulos G, Struelens MJ, Daros A, Me C, et al. Are infections due to resistant pathogens associated with a worse outcome in critically ill patients ? 2003;4453:307–16.
30. Pittet D. Infection control and quality health care in the new millenium. 2005;258–67.

7. TABELAS

Tabela 1 – Características epidemiológicas da população

Características	N = 50	%
Sexo		
Feminino	31	62,00%
Masculino	19	38,00%
Cidade de Origem		
Imperatriz	23	46,00%
Outras Cidades	27	54,00%
Idade (Md: 59,86)		
≥ 60 anos	29	58,00%
41 – 59 anos	7	14,00%
26 - 40 anos	11	22,00%
18 - 25 anos	3	6,00%
Comorbidades		
Sim	41	82,00%
Não	9	18,00%
Tempo de Permanência (Md: 11,38)		
1 a 4 dias	16	32,00%
5 a 10 dias	12	24,00%
11 a 15 dias	8	16,00%
> 15 dias	14	28,00%
Tipo de Internação		

Clínica	33	66,00%
Cirúrgica	17	34,00%
Desfecho do Paciente		
Alta	12	24,00%
Óbito	38	76,00%

Tabela 2 – Análise da relação entre os fatores demográficos e o desfecho dos pacientes

Variáveis	Alta N= 12 N(%)	Óbito N= 38 N(%)	Crude OR OR (IC = 95%)	Valor de p
Sexo				0,287
Masculino	3 (15,79)	16 (84,21)	0,46 (0,11-1,96)	
Feminino	9 (29,03)	22 (70,97)	2,18 (0,50-9,36)	
Idade				
18-25 anos	1 (33,33)	2 (66,67)	1,63 (0,14-19,80)	0,696
26-40 anos	4 (36,36)	7 (63,64)	2,21(0,52-9,48)	0,276
41-59 anos	1 (14,29)	6 (85,71)	0,48(0,05-4,49)	0,512
≥ 60 anos	6 (20,69)	23 (79,31)	0,65(0,17-2,40)	0,519
Tempo de Permanência				
1 a 4 dias	5 (33,33)	10 (66,67)	2,00(0,51-7,76)	0,311
5 a 10 dias	4 (30,77)	9 (69,23)	1,61(0,39-6,62)	0,506
11 a 15 dias	2 (25,00)	6 (75,00)	1,06(0,18-6,14)	0,942
> 15 dias	1 (7,69)	12 (92,31)	0,19(0,02-1,70)	0,109

Cidade de origem			0,312
Imperatriz	4 (17,39)	19 (82,61)	0,50(0,13-1,94)
Outras	8 (29,63)	19 (70,37)	2,00(0,51-7,77)
Comorbidades			0,760
Sim	10 (23,26)	33 (76,74)	0,56(0,12-2,71)
Não	2 (28,57)	5 (71,43)	1,78(0,37-8,55)
Tipo de Internação			0,179
Clínica	6 (18,18)	27 (81,82)	0,41(0,10-1,54)
Cirúrgica	6 (35,29)	11 (64,71)	2,45(0,65-9,30)

Tabela 3 – Caracterização clínica da população quanto ao diagnóstico

	N = 50	%
Sepse confirmada pelo protocolo		
Sim	43	86,00%
Não	7	14,00%
Sepse entre as HDS do prontuário da UTI		
Sim	34	68,00%
Não	16	32,00%
Foco da Infecção		
Foco não definido	5	10,00%
Infecção abdominal aguda	10	20,00%

Infecção de ferida operatória	7	14,00%
Infecção do trato urinário	5	10,00%
Pele/partes moles	13	26,00%
Pneumonia/empiema	7	14,00%
Infecção descartada	3	5,00%

Tabela 4 – Análise da relação entre a definição do foco e a sepse como hipótese diagnóstica na UTI

Variáveis	Diagnóstico de sepse entre as hipóteses diagnósticas do relatório da UTI		Crude OR OR(IC=95%)	Valor de p
	Sim	Não		
Foco definido			11,00(1,11-108,49)	0,015
Sim	33(73,33)	12(26,67)		
Não	1(20,00)	4(80,00)		

Tabela 5 – Análise da relação entre a presença de comorbidades e o diagnóstico de sepse

Presença de comorbidades	Diagnóstico de Sepse Confirmado. N = 47 N(%)		Crude OR OR(IC=95%)	Valor de p
	Sim	Não		
Sim	39 (90,70%)		0,14 (0,02 – 0,8)	0,018

Não	4 (57,14%)
-----	------------

Tabela 6 – Caracterização clínica da população quanto à triagem de disfunção orgânica

Disfunção Orgânica	N = 50	%
Creatinina > 2	19	38,00%
Glicemia > 200	16	32,00%
PAS < 90 ou PAM < 65 ou queda de PA > 40	18	36,00%
Rebaixamento do Nível de Consciência	23	46,00%
Plaquetas < 100 mil	9	18,00%
Sem Critérios de Disfunção Orgânica	12	24,00%

Tabela 7 – Descrição do uso de antibióticos no serviço intensivo

Quantidade de antibióticos utilizados	N=50	% do total
O paciente utilizou um antimicrobiano	3	6,00%
O paciente utilizou dois antimicrobianos	24	48,00%

O paciente utilizou três ou mais antimicrobianos	21	42,00%
Antimicrobianos mais utilizados		
Ceftriaxona	22	44,00%
Metronidazol	19	38,00%
Clindamicina	14	28,00%

Tabela 8 – Análise da relação entre a antibioticoterapia e o óbito

Variáveis	Óbito		Crude OR OR(IC=95%)	Valor de p
	Sim	Não		
O paciente utilizou 1 antibiótico?	2(66,67)	1(33,33)	0,61(0,05-7,39)	0,696
O paciente utilizou 2 antibióticos?	16(66,67)	8(33,33)	0,36(0,09-1,41)	0,137
O paciente utilizou 3 antibióticos?	19(90,48)	2(9,52)	5,00(0,96-25,93)	0,041

Tabela 9 – Análise da relação entre o uso da ceftriaxona e o óbito

Variáveis	Óbito		Crude OR OR(IC=95%)	Valor de p
	Sim	Não		
O paciente utilizou ceftriaxona?	16(66,67)	8(33,33)	0,36(0,09-1,41)	0,137

Paciente Utilizou	SIM	5,55(1,07-28,82)	0,028
Ceftriaxona?			
SIM	20(90,91)		
NÃO	18(64,29)		

8. NORMA DA REVISTA

Revista Brasileira de Terapia Intensiva / Revista Brasileira de Cuidados Intensivos 6(RBTI / BJIC), ISSN 0103-507X, é a revista científica da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e da Revista Brasileira de Cuidados Intensivos da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Pretende publicar pesquisa relevante envolvendo melhora em cuidados de saúde com pacientes agudos, fornecendo discussão, distribuição e promoção de informações baseadas em evidências para profissionais de terapia intensiva. Publica pesquisa, revisão, comentários, artigos de relatórios de casos e cartas ao Editor, envolvendo todas as áreas de conhecimento relacionadas ao atendimento intensivo do paciente criticamente enfermo.

RBTI aprova as recomendações do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas - Requisitos Uniformes para Manuscritos submetidos a Revistas Biomédicas, atualizado em abril de 2010, disponível em http://www.icmje.org/urm_main.html.

Todo o conteúdo da Revista Brasileira de Terapia Intensiva / Revista Brasileira de Cuidados Intensivos está licenciado sob uma Licença Internacional Creative Commons (CCBY) Attribution 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>).

O jornal on-line tem acesso aberto e gratuito.

Processo de submissão

Os manuscritos podem ser enviados em inglês, português ou espanhol. A RBTI é publicada em versão impressa em português e em versão eletrônica em português e inglês. Nenhuma taxa para avaliação ou publicação dos manuscritos será cobrada aos autores. O jornal traduz os artigos apresentados em português (ou espanhol) e os custos de tradução serão cobertos pelo jornal. Os artigos apresentados em inglês serão traduzidos pela revista para o português, sem despesas para os autores. Todos os artigos devem ser enviados eletronicamente em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo>

Processo de revisão intermediária

Todos os manuscritos submetidos à RBTI estão sujeitos a uma revisão rigorosa. Os envios iniciais são revisados pela equipe interna para garantir a adesão às políticas da RBTI , incluindo requisitos éticos para experimentação humana e animal. Após esta avaliação inicial, o artigo pode ser enviado de volta aos autores quanto à adequação.

Posteriormente, os manuscritos enviados serão avaliados pelo Editor. Os manuscritos sem mérito, com importantes erros de metodologia ou a não conformidade com a política editorial dos jornais serão rejeitados, sem um processo formal de revisão pelos pares. Nosso tempo médio de rodar para essa rejeição imediata é de uma semana.

Após a aprovação do Editor-in-chiefs (ou um editor designado), os artigos serão encaminhados para dois ou mais revisores. Eles sempre serão de instituições diferentes das que o manuscrito é, sendo a condição anônima mantida durante todo o processo editorial. Nosso tempo médio de rodapé para a primeira resposta aos autores é de 30 dias, embora um tempo maior possa ser necessário. Após a avaliação, os editores escolherão entre as seguintes

decisões: aceitar, revisão menor, revisão principal, rejeitar e reenviar ou rejeitar. A taxa de aceitação da RBTI é de aproximadamente 30%. Nos últimos 12 meses, o tempo médio de submissão à primeira decisão para todos os artigos foi de 28 dias.

Depois de receber a opinião dos revisores, os autores devem enviar a versão revisada dentro de 60 dias, incluindo as mudanças sugeridas, juntamente com uma resposta ponto-a-ponto para cada revisor. Os autores podem entrar em contato com RBTI (rbti.artigos@amib.org.br) se eles exigirem uma extensão. Se não for enviado dentro de 6 meses, o manuscrito será removido da base de dados e uma eventual nova submissão seguirá a faixa de envio inicial. Após a reenvio, os editores podem optar por enviar o manuscrito de volta aos revisores externos, ou podem tomar uma decisão com base em conhecimentos pessoais.

As opiniões expressas nos artigos, incluindo as mudanças solicitadas pelo revisor, serão a única responsabilidade dos autores.

Ética

Ao relatar experimentos em assuntos humanos, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos estavam de acordo com os padrões éticos do comitê responsável de experimentação humana (institucional e nacional, se aplicável) e com a Declaração de Helsinque de 1975, conforme revisada em 2000. Quando relatando experiências em animais, os autores devem ser convidados a indicar se o guia institucional e nacional para o cuidado e uso de animais de laboratório foi seguido. Em qualquer estudo clínico ou experimental, humano ou animal, essas informações devem ser colocadas na seção Métodos.

As declarações éticas da Revista Brasileira de Terapia Intensiva podem ser encontradas em nosso site

Política anti-plágio

Qualquer contribuição enviada à RBTI deve ser original e o manuscrito, ou partes dela, não devem ser considerados por qualquer outro jornal. Além disso, os autores não devem enviar o mesmo manuscrito em diferentes idiomas para diferentes revistas. Os autores devem declarar as publicações potencialmente sobrepostas na submissão para a avaliação e avaliação do editor. Nós enviamos manuscritos para ferramentas de detecção de plágio para detectar qualquer duplicação, sobreposição de publicação ou má conduta, e sempre que qualquer uma dessas situações for detectada, o Editor deve entrar em contato com os autores e sua instituição. Se o editor detectar essa situação, os autores devem esperar a rejeição imediata do manuscrito enviado. Se o editor não estivesse ciente da situação anterior à aceitação do manuscrito, então será retraído em uma nova edição da Revista.

Critérios de autoria

Apenas a pessoa que contribuiu diretamente para o conteúdo intelectual dos artigos deve ser considerada como autor, de acordo com os critérios abaixo:

1. Criou a idéia inicial e planejou o estudo ou interpretou os resultados finais OU
2. Escreveu o manuscrito ou revisou suas sucessivas versões AND

3. Aprovou a versão final.

As posições administrativas e a coleta de dados não são considerados critérios para a autoria e, quando apropriado, devem ser incluídos na sessão de Reconhecimentos.

Preparação de manuscritos

Todos os artigos devem incluir:

Página de título:

Título completo do artigo

Todos os nomes completos dos autores

Cada afiliação institucional do autor (apenas a principal afiliação, ou seja, a afiliação à instituição onde o trabalho foi desenvolvido).

Autor para endereço completo de correspondências (incluindo números de telefone e fax e e-mail).

A Instituição que deve ser considerada como responsável pelo envio do artigo.

A fonte de financiamento dos projetos.

Título de corrida - Um título alternativo para o artigo, contendo até 60 caracteres com espaços. Este título deve ser exibido em todos os títulos das folhas de artigos.

Título da capa - Quando o título dos artigos tem mais de 100 caracteres com espaços, um título alternativo deve ser fornecido, incluindo até 100 caracteres (com espaços) a serem exibidos na capa dos periódicos.

Resumos

Resumo em português: o resumo português deve ter até 250 palavras. As abreviaturas devem ser evitadas na medida do possível. Deve ser estruturado com os mesmos capítulos que o texto principal (objetivo, métodos, resultados e conclusão) e refletir com precisão o conteúdo do texto principal. Nas revisões e relatórios de casos, o resumo não deve ser estruturado. Os comentários devem ter resumos com menos de 100 palavras. O resumo português só deve ser fornecido para manuscritos apresentados nesta língua.

Resumo em Inglês: O resumo inglês só deve ser fornecido para manuscritos apresentados neste idioma. Os manuscritos apresentados em português terão seu Resumo traduzido para o inglês pela revista.

Palavras-chave

Seis termos em português e em inglês devem ser fornecidos definindo o assunto dos artigos. Estes devem ser baseados na Biblioteca Nacional de Medicamentos MeSH (Medical Subject Headings), disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh>.

Texto

Os artigos devem ser enviados no arquivo MS Word® com fonte Times New Roman 12, espaço duplo, incluindo tabelas, legendas e referências. Em todas as categorias de artigos, as referências devem ser numéricas, sobrescritas e sequenciais.

Artigos originais

Estes são artigos que apresentam resultados de investigação. O texto deve ter até 3.500 palavras, excluindo a folha de título, resumo, tabelas e referências. Artigos maiores do que isso devem ser aprovados pelo Editor. O número máximo recomendado de autores é oito. Se mais autores devem ser incluídos, isso deve ser justificado, explicando a participação de cada um dos autores. Os artigos originais devem ter:

Introdução - Esta seção deve ser escrita como um ponto de referência não especializado e fornecer claramente - e, se possível, ilustrar - o racional para a pesquisa e seus objetivos. Os relatórios de ensaios clínicos devem, quando apropriado, incluir um resumo da pesquisa da literatura, indicando por que o estudo foi necessário e a contribuição do estudo apontado. Esta seção deve terminar com uma breve declaração sobre o assunto relatado pelo artigo.

Exemplo: As avaliações do desempenho do PIM e do PIM2 nas UTI pediátricas de países com níveis baixo e médio de renda relataram excelente discriminação, porém uma baixa calibração dos escores.(9) Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a frequência de falência de múltiplos órgãos primária e o papel da sepse como agente causal em pacientes pediátricos críticos; e calcular e avaliar a precisão do PRISM III e do PELOD para prever os desfechos de crianças em estado crítico.

Métodos - Isso deve incluir o design do estudo, o cenário, tipo de participantes ou materiais, uma descrição clara das intervenções e comparações, tipo de análise utilizada e seu poder estatístico, se apropriado.

Resultados - Os resultados devem ser apresentados em seqüência clara e lógica. Os resultados da análise estatística devem incluir, quando apropriado, os riscos relativos e absolutos ou as reduções de risco e os intervalos de confiança.

Discussão - Todos os resultados devem ser discutidos e comparados com a literatura relevante.

Conclusão - Esta seção deve discutir claramente as principais conclusões da pesquisa e fornecer explicações claras sobre sua relevância.

Referências- As referências devem ser sequenciais, de acordo com a ordem da citação em texto e limitadas a 40 referências. Veja abaixo as regras de referência.

Artigos de revisão

Um artigo de revisão é uma descrição abrangente de certos aspectos de cuidados de saúde

relevantes para o escopo da revista. Não deve ter mais de 4000 palavras (excluindo a folha de título, resumo, tabelas e referências) e até 50 referências. Eles devem ser escritos por autores experientes reconhecidos e o número dos autores não deve exceder três, exceto a justificativa a ser submetida à revista. Os comentários podem ser sistemáticos ou narrativos. Nas revisões, também é recomendável ter uma seção "Métodos", informando as fontes de evidência e as palavras-chave utilizadas para a pesquisa da literatura. As revisões de literatura sistemática contendo estratégias e resultados de pesquisa apropriados são considerados artigos originais.

Relatórios de casos

Esta seção é dedicada a publicar relatórios médicos raros, descrevendo seus aspectos, histórico e gerenciamento. Eles devem incluir um resumo não estruturado, uma breve introdução e revisão da literatura, a descrição do caso e uma breve discussão. Relatórios de casos devem ter até 2000 palavras, com cinco autores e 10 referências.

Comentários

Estes são artigos de opinião por escrito de especialistas, a serem lidos pela comunidade médica geral. Normalmente, os autores são convidados por um dos editores, no entanto, os artigos não solicitados também são bem-vindos e rotineiramente avaliados para publicação. O objetivo do comentário deve ser realçar um problema, expandir o assunto destacado e sugerir a seqüência. Qualquer declaração deve ser referenciada, no entanto, é preferível que a lista de referência seja limitada a 15. Para legibilidade, as frases devem ser curtas e objetivas. Use legendas para dividir a seção de comentários. Isso deve ser curto, até 800 a 1000 palavras, exceto o resumo e as referências. O número de autores não deve exceder dois, a menos que seja justificado.

Cartas para o editor

RBTI publica comentários para qualquer artigo publicado na revista e uma resposta de autores ou editores é geralmente pertinente. Não é permitida a substituição. Estes devem ter até 500 palavras e até 5 referências. O assunto RBTIs artigo deve ser mencionado no texto e nas referências. Os autores também devem enviar sua identificação e endereço completo (incluindo o número de telefone e o email). Todas as letras são editadas e enviadas de volta aos autores antes da publicação.

Diretrizes

A revista publica regularmente diretrizes e recomendações elaboradas pela Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB) e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).

Reconhecimentos

Os autores devem usar esta seção para reconhecer o financiamento final da pesquisa e apoio de organismos acadêmicos; agências de fomento; colegas e outros colaboradores. Os autores devem conceder permissão de todos os mencionados na seção de reconhecimento. Isso deve ser conciso, não superior a 4 linhas