

Por que o ILAS não endossou as novas definições de sepse publicadas hoje no JAMA?

Hoje, foram publicadas no JAMA as novas definições de sepse, iniciativa da *Society of Critical Care Medicine* e a *European Society of Intensive Care Medicine*. O ILAS foi convidado a ler anteriormente o documento e a endossá-lo. Entretanto, recusamos nosso endosso, juntamente com outras sociedades de peso como a *American College of Chest Physicians* e a *American College of Emergency Physicians*.

Enviamos hoje para o JAMA uma carta com as razões para nossa recusa. Optamos por trazer para vocês o conteúdo básico dessa carta.

1. Somente 17 pessoas constituíram o grupo de panelistas, todas pertencentes a países de primeiro mundo. Como sabemos, a sepse se comporta de forma diferente nesses cenários e nos países conhecidos como de baixos e médios recursos (*low and middle income countries* – LMIC). Assim, achamos inadequado que nenhum desses países tenha tido direito a voz e a voto. Embora este documento tenha sido endossado por algumas sociedades dos LMIC, esperávamos que as nossas necessidades tivessem sido discutidas antes da finalização do documento, pois recusar endosso pode ser um desafio para algumas destas sociedades dadas às relações políticas existentes.
2. Os novos conceitos limitam os critérios para definir presença de disfunção orgânica e irão selecionar uma população mais gravemente doente. Por exemplo, pacientes somente com hipotensão ou Glasgow menor que 13 não têm disfunção orgânica pelos novos critérios. Isso pode ser de interesse para os países mais privilegiados, hoje sofrendo com excesso de sensibilidade, mas vai contra os interesses dos LMIC, onde estamos tentando aumentar a percepção para o problema.
3. Discordamos fortemente do exposto na figura 2, em que qSOFA é usado para triagem e manejo de pacientes. Aguardar a ocorrência de dois critérios do qSOFA para desencadear conduta não é aceitável. Esses pacientes já tem elevada mortalidade no nosso país. O modelo estatístico desenvolvido visa prever mortalidade e não foi validado como estratégia de triagem de pacientes. Qualquer processo de melhoria da qualidade nos LMIC deve centrar-se na detecção precoce de uma possível infecção com base em critérios de SIRS e qualquer disfunção orgânica.
4. Níveis elevados de lactato (mesmo se > 4 mmol/k) não fazem mais parte dos critérios de disfunção orgânica que definem sepse. A hiperlactatemia é um componente necessário, se disponível, para a definição de choque séptico. Ou seja, os novos critérios assumem que pacientes sem hipotensão e com hiperlactatemia não tem maior risco de morte. Discordamos profundamente. A presença de ambas as variáveis aumenta claramente o risco de morte, mas ambos são fatores de risco independentes. Pelas novas definições poderíamos ter uma situação estranha em que um paciente com 99.000 plaquetas ou bilirrubina de 2,1 mg/dL ou pO_2/FiO_2 de 290 será considerado como tendo sepse, enquanto um

paciente com lactato ao longo de 4 mmol/L terá apenas "infecção não complicada".

Estamos profundamente decepcionados e lamentamos que este documento pretenda conduzir a forma com a sepsé é tratada não só no mundo desenvolvido, que teve voz e voto, mas também nos LMIC que, embora abriguem a grande maioria da população mundial, foram totalmente esquecidos.

Flavia R Machado, Reinaldo Salomão, Luciano Cesar Pontes de Azevedo, Thiago Lisboa, Rubens Costa-Filho, em nome do Instituto Latino Americano de Sepsé.