
INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE

São Paulo, 29 de março de 2016

Prezados parceiros,

Como deve ser de seu conhecimento, recentemente, a *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) e a *European Society of Critical Care Medicine* (ESICM) promoveram nova conferência de consenso e novas definições de sepse foram publicadas¹. Há vários pontos positivos nas novas definições. Pela primeira vez, procurou-se amparar as definições em dados disponíveis na literatura e não na opinião de especialistas. Além disso, os critérios da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) passam a não ser mais requeridos para o diagnóstico de sepse. Sepse passa a ser definida como disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção. Concordamos que não é necessária a presença de critérios de SIRS para diagnosticar sepse. Embora os critérios de SIRS continuem tendo fundamental importância para triagem de pacientes potencialmente infectados, principalmente no contexto de programas de melhoria de qualidade, eles não são fundamentais para se definir a presença de sepse. Sabemos que vários pacientes graves com sepse não desenvolvem os critérios de SIRS. Assim, não mudamos nossos instrumentos de triagem, mas, no software usado em nosso programa de qualidade, não mais é requerida a presença de SIRS para inclusão de pacientes. Também entendemos como muito positiva a simplificação da nomenclatura: não mais sepse grave e sim sepse. Ao longo do tempo, isso será importante em termos de promover melhor percepção da sepse por profissionais de saúde e leigos, associando-se o nome sepse a um quadro grave. Assim, adotamos a nova nomenclatura: infecção sem disfunção, sepse e choque séptico. A expressão “sepse grave” foi extinta. Entretanto, não modificamos os critérios utilizados para definir disfunção orgânica pelas razões abaixo expostas.

Embora o ILAS tenha sido convidado a ler anteriormente o documento e a endossá-lo, optamos por recusar nosso endosso, juntamente com outras sociedades de peso como a

Rua Pedro de Toledo, 980, conj 94 - São Paulo - CEP 04039-002 - Fone: 3721-6709.

E-mail de contato: secretaria@sepsisnet.org

www.ilas.org.br

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE

American College of Chest Physicians, a American College of Emergency Physicians e a Canadian Critical Care Society. Talvez a presença no comitê de apenas representantes de países desenvolvidos, sem representantes de países de recursos limitados, possa ter dificultado a avaliação do impacto dessas novas definições em locais com realidade diferente da encontrada nos bancos de dados que ampararam as mudanças. Embora essa limitação seja reconhecida pelos autores, entendemos que apenas esse reconhecimento é insuficiente para que cancelássemos os novos critérios. As razões principais para essa decisão são as seguintes:

1. Definiu-se como disfunção orgânica para preenchimento do critério de sepse o aumento em 2 pontos no escore *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) como consequência da infecção. Choque séptico passou a ser definido como presença de hipotensão com necessidade de vasopressores para manter pressão arterial média ≥ 65 mmHg associada a lactato ≥ 2 mmol/L, após adequada ressuscitação volêmica. Assim, a hiperlactatemia é um componente necessário, se disponível, para a definição de choque séptico. 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 sem uso de drogas vasoativas ou Escala de Coma de Glasgow 13 ou 14 não têm disfunção orgânica pelos novos critérios pois representam apenas 1 ponto no SOFA. Pacientes com hiperlactatemia sem outra disfunção também seriam considerados como portadores de infecção sem disfunção visto que o lactato não está contemplado no escore SOFA. Ou seja, os novos critérios assumem que pacientes sem hipotensão e com hiperlactatemia não tem maior risco de morte. Discordamos, pois a presença de ambas as variáveis aumenta claramente o risco de morte, mas ambos são fatores de risco independentes. Pelas novas definições pode haver uma situação tal 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

Rua Pedro de Toledo, 980, conj 94 - São Paulo - CEP 04039-002 - Fone: 3721-6709.

E-mail de contato: secretaria@sepsisnet.org

www.ilas.org.br

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE

tendo sepse, enquanto um paciente com lactato acima de 4 mmol/L e sem outras disfunções terá apenas "infecção não complicada". Isso pode ser de interesse para os países mais privilegiados, hoje sofrendo com excesso de sensibilidade, mas vai contra os interesses dos países em desenvolvimento, onde estamos tentando aumentar a percepção para o problema.

2. O ILAS entende que não há embasamento científico suficiente para mudar a definição na forma como ela está proposta. A escolha do aumento de 2 pontos no SOFA como novo critério foi baseada numa comparação da capacidade preditiva desse critério com a presença de dois critérios de SIRS, ou seja, uma curva ROC melhor para esse critério quando comparado com a curva ROC de dois critérios de SIRS. Além disso, essa variação do SOFA também teve melhor acurácia que o escore MODS. Entendemos que não faz sentido comparar a capacidade de prever óbito entre um escore de disfunção (SOFA) e critérios de resposta inflamatória (SIRS). Claramente, qualquer escore que envolva disfunção deve ter um melhor desempenho. Entretanto, a antiga definição de sepse grave não incluía somente a presença de SIRS mas sim SIRS + disfunção orgânica. Essa comparação não foi feita pelos autores.
3. Entendemos que o escore sugerido como triagem, qSOFA, é um escore de gravidade, desenvolvido pelas mesmas sociedades, adequado para identificar pacientes com alto risco de óbito ou permanência na UTI por mais de 3 dias. Nesse sentido, ele foi cientificamente validado. O modelo estatístico desenvolvido visa prever morbimortalidade e não foi validado como estratégia de triagem de pacientes. Por isso, discordamos do exposto na figura 2, em que qSOFA é usado para triagem e manejo de pacientes. Dentro de programas de melhoria de qualidade, nosso objetivo não é identificar pacientes com alto risco de óbito mas sim identificar pacientes com alto risco de deterioração. O qSOFA possui três critérios, atribuindo-se um ponto para hipotensão ($PAS \leq 100$ mmHg), frequência respiratória alta (≥ 22 respirações por minuto), ou rebaixamento do nível de

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE

consciência. A pontuação varia de 0 a 3 pontos, considerando-se qSOFA presente quando existem 2 ou mais pontos. Em países com alta mortalidade e atraso na detecção de pacientes, aguardar a ocorrência de dois critérios do qSOFA para desencadear conduta pode não ser adequado. Em suas estratégias de triagem o ILAS sempre incluiu a presença dessas três variáveis, hipotensão, rebaixamento e dispneia. Entretanto, entendemos que a presença de qualquer uma delas deve motivar o acionamento da equipe médica. Assim, esse escore não se aplicaria à realidade de muitas instituições brasileiras pois requer, basicamente, a presença de duas disfunções e não apenas uma. Esses pacientes já têm elevada mortalidade no nosso país. Qualquer processo de melhoria da qualidade nos países em desenvolvimento deve centrar-se na detecção precoce de uma possível infecção com base em critérios de SIRS. Numa tentativa de avaliar o papel do qSOFA em hospitais brasileiros, o ILAS incluiu a coleta dessas variáveis em nosso software.

A Campanha de Sobrevivência à Sepsis (CSS) recentemente declarou que não irá mudar os critérios usados para definir disfunção orgânica em seu programa de melhoria de qualidade, mantendo, inclusive, a hiperlactatemia como um deles. Assim, o ILAS optou pelo alinhamento com essa decisão e manutenção do formato de nossa coleta de dados no tocante aos critérios de disfunção orgânica e aos critérios para definição de choque séptico.

Esperamos ter contribuído para o esclarecimento de nossos parceiros e continuamos contando com a colaboração de todos. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Equipe ILAS

Rua Pedro de Toledo, 980, conj 94 - São Paulo - CEP 04039-002 - Fone: 3721-6709.

E-mail de contato: secretaria@sepsinet.org

www.ilas.org.br

Referências

1. 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. 2016;315(8): 801-10.
2. Surviving Sepsis Campaign. Educational Videos. Surviving Sepsis Campaign Responds to Sepsis-3 [Internet]. [cited 2016 Mar 12]. Available from: <http://www.survivingsepsis.org/Pages/default.aspx>