



HOSPITAL SÃO VICENTE

PROTOCOLO ASSISTENCIAL SEPSE E CHOQUE SÉPTICO

Tema: Seps e choque Séptico

Criado por: Dr. Claudio Emanuel (Diretor Clinico)
Giulianna Carla Marçal Lourenço (Coordenadora de Enfermagem)

Data: Agosto de 2020

Aprovado por: Dra. Waneska Lucena Nobrega de Carvalho (Médica da CCIH)

JUSTIFICATIVA

O reconhecimento precoce e o tratamento adequada são os principais fatores para a redução da morbi-mortalidade, para que isso ocorre é necessário que cada instituição implemente o seu protocolo de acordo com a sua realidade.

OBJETIVOS

Esse protocolo é destinado aos pacientes adultos, acima de 18 anos, com presença de seps suspeita ou confirmada decorrente de uma infecção clinicamente relevante.

DIAGNOSTICO

Pelo consenso Sepsis-3 a definição de seps foi modificada, agora é necessário que o paciente tenha disfunção orgânica presente, definido por um SOFA maior ou igual 2 determinado por uma infecção. Choque séptico agora é definido com sendo uma situação onde a PAM persiste 65mmHg ou menos associado a hiperlactatemia (>18mg/dl) após adequada expansão volêmica. O conceito de seps grave foi extinto.

A nova definição de Seps traz uma maior especificidade, no entanto, optamos por seguir as orientações do SSC e do ILAS, devido a mortalidade de Seps no Brasil ser muito alta, sendo necessário ter uma sensibilidade maior, não permitindo assim que um potencial paciente com seps não seja tratado. Assim a tabela 1 resume os principais conceitos recomendados pelo ILAS e pelo SSC, sendo os quais adotaremos. A tabela 2, traz as definições das disfunções orgânicas baseado nas orientações do ILAS.

Tabela 2 – Conceitos

Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) – Presença de ao menos 2.	<ul style="list-style-type: none">- Temperatura axilar >37,5°C ou < 36°C- Frequência cardíaca > 90- Frequência respiratória > 20; ou PaCO₂ < 32mmHg- Leucócitos totais > 12.000 ou presença de mais de 10% de formas jovens
Infecção sem disfunção	Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.
Seps	Infecção suspeita ou confirmada associado a disfunção orgânica.
Choque séptico	Seps que evolui com hipotensão não corrigida com reposição volêmica, de forma independente de alterações de lactato.

TRATAMENTO

Todos os pacientes que adentram o Pronto Socorro passam por triagem da enfermagem, caso o paciente apresente sinais de SRIS, o paciente é considerado com suspeita de Sepses ou Choque séptico e deverá ser encaminhado para a sala amarela e o médico acionado imediatamente. Nos casos dos pacientes internados, esta primeira avaliação é feita pela enfermeira do setor. O médico, após avaliar o paciente irá determinar se deve ser dado continuidade ao protocolo ou não conforme a sua avaliação, conforme documento em anexo.

O ILAS recomenda que nesta avaliação alguns fatores sejam levados em consideração:

1. Em pacientes com qualquer das disfunções clínicas utilizadas na triagem (hipotensão, rebaixamento de consciência, dispneia ou dessaturação), deve-se dar seguimento imediato ao protocolo, com as medidas do pacote de 3 e 6 horas.
2. Em pacientes com disfunção clínica aparente, mas com quadro clínico sugestivo de outros processos infecciosos atípicos (no contexto da Sepses) como dengue, malária e leptospirose a equipe médica poderá optar por seguir fluxo específico de atendimento que leve em consideração peculiaridades do atendimento a esses pacientes.
3. Em pacientes sem disfunção clínica aparente, deve-se levar em conta o quadro clínico, não sendo adequado o seguimento do protocolo em pacientes com quadros típicos de infecções de via aérea alta ou amigdalites, por exemplo, que podem gerar SRIS mas tem baixa probabilidade de se tratar de casos de Sepses. Novamente, pacientes com quadros sugestivos de processos infecciosos atípicos, como dengue e malária, devem seguir fluxo específico de atendimento.
4. Em pacientes sem disfunção clínica aparente e com baixo risco de se tratar de Sepses, o médico pode decidir por outro fluxo de atendimento. São exemplos de pacientes de baixo risco aqueles jovens e sem comorbidades. Nesses casos, pode-se optar por investigação diagnóstica simplificada e observação clínica antes da administração de antimicrobianos da primeira hora.
5. Em pacientes para os quais já exista definição de cuidados de fim de vida, o protocolo deve ser descontinuado, embora isso não impeça que o paciente receba tratamento adequado, incluindo eventualmente alguns dos componentes do pacote de 6 horas.

Após a avaliação médica o paciente é classificado em: infecção sem disfunção com seguimento do protocolo, sepses, choque séptico, afastado sepses/choque séptico ou paciente sob cuidados de fim de vida. Após a classificação os seguintes passos devem ser cumpridos:

1. registre o diagnóstico no prontuário ou na folha específica de triagem do protocolo institucional. Os pacotes de 3 horas e 6 horas contam a partir do momento do registro feito acima
2. todos os pacientes com protocolos de Sepsis abertos devem ter seu atendimento priorizado com o objetivo de otimizar a coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a ressuscitação hemodinâmica;
3. Realize anamnese e exame físico dirigidos, com atenção especial aos sinais clínicos de disfunção orgânica;
4. Pacientes com disfunção orgânica grave e ou choque devem ser alocados em leitos de terapia intensiva assim que possível, a fim de garantir o suporte clínico necessário. Caso não seja possível a alocação em leito de terapia intensiva, deve-se garantir o atendimento do paciente de maneira integral, independente do setor em que o mesmo se encontra;
5. A ficha do protocolo de Sepsis deve acompanhar o paciente durante o atendimento dos pacotes de 3 e 6 horas, a fim de facilitar a comunicação entre as equipes de diferentes turnos ou setores e resolver pendências existentes para a finalização do pacote de 6 horas.

OBS: Visando o melhor andamento do protocolo de Sepsis, haverá um kit Sepsis com todos os dados disponíveis em um ponto estratégico do hospital, já disponibilizado os kits para as coletas dos exames e os antibióticos disponíveis mais comumente utilizados.

Tratamento – Pacote de 3 horas

- Coleta de exames laboratoriais para a pesquisa de disfunção orgânica: Gasometria, lactato arterial, hemograma, creatinina, bilirrubina e coagulograma.
- Coleta de duas hemoculturas de sítios distintos, idealmente antes do antibiótico. A coleta das hemoculturas não deve atrasar o início do antibiótico.
- Prescrição e administração de antibiótico de amplo espectro em menos de 1 hora após a abertura do protocolo. Este deve ser guiado pelo foco provável da sepsis.
- Para os pacientes hipotensos (PAS < 90mmHg, PAM < 65mmHg ou queda da PAS > 40mmHg do habitual) ou com hiperlactatemia, deve ser instituída a terapia de expansão com cristalóide imediata de 30mL/Kg em até 3 horas.

- Uso precoce de vasopressores caso o paciente se encontra em choque séptico. O vasopressor de escolha é a noradrenalina.

Tratamento – Pacote de 6 horas

- Uso de vasopressores caso o paciente mantenha PAM < 65mmHg a despeito da ressuscitação volêmica. Não se deve tolerar mais que 30 minutos com o paciente com este nível pressórico.
- A associação de vasopressina ou adrenalina deve ser feito em paciente com choque refratário (>1mcg/Kg/min de noradrenalina) com o intuito do desmame da noradrenalina.
- Dobutamina pode ser utilizada quando houver evidencia de sinais de baixo débito: livedo reticular, oliguria, tempo de enchimento lentificado, saturação venosa central baixa ou lactato aumentado.
- Coleta de nova amostra de lactato nos casos de haver hiperlactatemia inicial. Objetivo é o clareamento.
- Reavaliação da continuidade da ressuscitação volêmica por meio dos seguintes marcadores:
 - Pressão venosa central
 - Variação da pressão de pulso
 - Variação da distensibilidade da cava
 - Elevação passiva dos membros inferiores
 - Saturação venosa central
 - Sinais clínicos (Enchimento capilar, livedo, diurese, pressão arterial, frequência cardíaca)
- Os níveis de hemoglobina devem ser mantidos acima de 7, exceto em paciente cardiopatas e idosos que devem ser mantidos acima de 9.

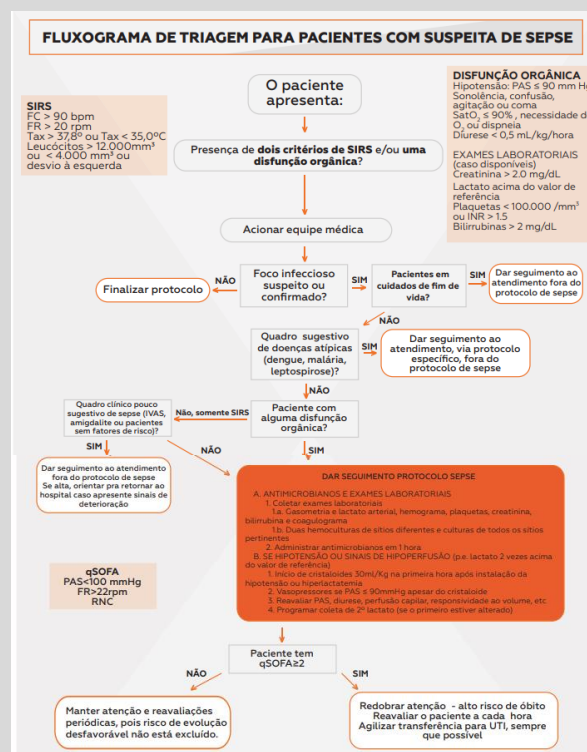
Tratamento – Outras recomendações

- Corticoide na forma de hidrocortisona 50mg 6/6 horas deve ser utilizada nos pacientes com choque séptico refratário.
- A intubação orotraqueal não deve ser postergada em pacientes sépticos com insuficiência respiratória aguda e evidencias de hipoperfusão tecidual. Os pacientes que necessitem de ventilação mecânica devem ser mantidos com ventilação protetora (baixo volume corrente, limitação da pressão de platô abaixo de 30cmH₂O, pressão de distensão menor que 15cmH₂O e PaO₂ entre 70-90mmHg). A posição

prona é recomendada para pacientes com SDRA há menos de 48 horas mantendo $PaO_2/FiO_2 < 150$ e $FiO_2 > 60\%$.

- O bicarbonato pode ser utilizado como medida salvadora, de exceção, em paciente com $Ph < 7,15$ em acidose lática.
- O controle glicêmico deve ser mantido entre 100-200mg/dl
- Caso haja foco retido o mesmo deve ser abordado o mais rápido possível.

FLUXOGRAMA – ATIVIDADES ESSENCIAIS



MONITORAMENTO

6. Indicadores de Qualidade

6.1 Indicadores de processo

- Tempo entre a suspeita de Seps e abertura do protocolo
- Tempo médio da coleta dos exames laboratoriais
- Tempo médio da administração do antibiótico
- Adesão aos pacotes de 1 e 6 horas
- Acuracia da suspeita clinica em predizer Seps
- Media da quantidade de fluidos administrados nas 6 primeiras horas

6.2 Indicadores de Desempenho

- Mortalidade por Seps

ANEXOS			
PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE FICHA DE TRIAGEM			
LOCAL DE INTERNAÇÃO: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">DADOS DO PACIENTE:</td> <td style="padding: 5px;"> Nome completo: _____ Idade: _____ RH: _____ Leito: _____ </td> </tr> </table>		DADOS DO PACIENTE:	Nome completo: _____ Idade: _____ RH: _____ Leito: _____
DADOS DO PACIENTE:	Nome completo: _____ Idade: _____ RH: _____ Leito: _____		
<p>ENFERMAGEM – PACIENTE APRESENTA PELO MENOS DOIS DOS SINAIS DE SIRS?</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertermia > 37,8° C ou hipotermia <35° C (opcionalmente pode ser retirado para aumentar a especificidade)</p> <p><input type="checkbox"/> Leucocitose > 12000, leucopenia <4000 ou desvio esquerdo > 10% (opcionalmente, pode ser retirado)</p> <p><input type="checkbox"/> Taquicardia > 90 bpm</p> <p><input type="checkbox"/> Taquipneia > 20 ipm</p> <p>OU UM DOS CRITÉRIOS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA ABAIXO?</p> <p><input type="checkbox"/> Oligúria</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotensão</p> <p><input type="checkbox"/> Rebaixamento do nível de consciência</p> <p><input type="checkbox"/> Dispneia ou dessaturação</p> <p>Acionamento equipe médica: Nome do médico chamado _____ Hora: ____:____</p> <p style="text-align: center;">Hora do atendimento: -----:-----</p>			
<p>AVALIAÇÃO MÉDICA 1 – PACIENTE APRESENTA HISTÓRIA SUGESTIVA DE INFECÇÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumonia/Empiema <input type="checkbox"/> Infecção de prótese</p> <p><input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Infecção óssea/articular</p> <p><input type="checkbox"/> Infecção abdominal aguda <input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória</p> <p><input type="checkbox"/> Meningite <input type="checkbox"/> Infecção de corrente sanguínea associada ao cateter</p> <p><input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> Sem foco definido</p> <p><input type="checkbox"/> Pele e partes moles <input type="checkbox"/> Outras infecções: _____</p>			
<p>AVALIAÇÃO MÉDICA 2 – O PACIENTE APRESENTA CRITÉRIOS PARA:</p> <p><input type="checkbox"/> Infecção (ainda sem disfunção clínica, necessita coleta de exames para descartar disfunção orgânica laboratorial)</p> <p><input type="checkbox"/> Seps</p> <p><input type="checkbox"/> Choque séptico</p> <p><input type="checkbox"/> Afastado infecção/seps/choque séptico</p> <p><input type="checkbox"/> Seps/choque séptico em cuidados de fim de vida com seguimento fora do protocolo</p> <p>CONDUTA MÉDICA:</p> <p><input type="checkbox"/> coletar exames (hemograma, gasometria arterial, culturas) Data e hora da coleta: ____/____/____ às ____:____</p> <p><input type="checkbox"/> prescrever antimicrobiano OU Data e hora da primeira dose: ____/____/____ às ____:____</p> <p><input type="checkbox"/> encerrar o atendimento</p>			
<p>AVALIAÇÃO MÉDICA 3 – APÓS EXAMES, HÁ NOVAS DISFUNÇÕES ORGÂNICAS? () NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente não tinha disfunção orgânica, somente infecção</p> <p><input type="checkbox"/> PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg</p> <p><input type="checkbox"/> Relação PaO2/FiO2 <300 ou necessidade de O2 para manter SpO2 > 90%</p> <p><input type="checkbox"/> Rebaixamento do nível de consciência</p> <p><input type="checkbox"/> Creatinina > 2,0 mg/dL ou diurese menor que 0,5mL/Kg/h nas últimas 2 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Bilirrubina > 2mg/dL</p> <p><input type="checkbox"/> Contagem de plaquetas < 100.000/mm3</p> <p><input type="checkbox"/> Lactato acima do valor de referência</p> <p><input type="checkbox"/> Coagulopatia (INR > 1,5 ou TTPA > 60 seg)</p> <p>Data e hora da primeira disfunção orgânica: ____/____/____ às ____:____</p> <p>O caso ficou confirmado como:</p> <p><input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Seps <input type="checkbox"/> Seps com lactato alterado <input type="checkbox"/> Choque séptico <input type="checkbox"/> Afastado infecção</p>			
<p>MÉDICO RESPONSÁVEL: _____ CRM: _____</p> <p>ENFERMEIRO: _____ COREN: _____</p>			

SUGESTÃO DE ANTIBIÓTICO POR SÍTIO E GRAVIDADE		
FOCO	INFECÇÃO COMUNITARIA	ASSOCIADO A ASSISTENCIA A SAUDE
Pulmonar	Cefalosporina de 3º geração + Azitromicina OU Levofloxacina Se pneumonia aspirativa associar Cefalosporina de 3º geração + Clindamicina	Meropenem
Urinário	Ciprofloxacina ou Cefalosporina de 3º geração	Gentamicina / Amicacina / Meropenem
Abdominal	Ampicilina-Sulbactam OU Cefalosporina de 3º geração + Metronidazol	Meropenem / Imipenem
Pele e partes moles	Cefalosporina de 3º geração + Clindamicina	Vancomicina + Meropenem
Meningite	Ceftriaxona	Se uso de dispositivos associar vancomicina e ceftriaxona
Sem foco definido	Ceftriaxona + Metronidazol	Cefalosporina de 4º + Metronidazol
Bacteremia relacionada ao cateter de hemodiálise	Vancomicina + Ceftazidima	Vancomicina + Ceftazidima
Neutropenia febril	Iniciar Cefepime ou Tazocin. Em pacientes com instabilidade hemodinâmica, mucosite ou lesão cutânea associar vancomicina.	