

SEPSE - ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SUSPEITA DIAGNÓSTICA

1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Auxiliar na identificação de casos suspeitos, no diagnóstico e no tratamento precoce.

2. ELEGIBILIDADE: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

2.1 Critérios de Inclusão

Serão incluídos os pacientes que preenchem os critérios de Sepse ou Choque Séptico.

2.2 Critérios de Exclusão

Pacientes considerados para “Cuidados Paliativos”.

3. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Na história clínica deve estar atento a suspeita de infecção e a presença de possíveis disfunções orgânicas, considerando as seguintes definições:

3.1 SIRS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica) – Reação inflamatória, imunológica e procoagulante decorrente de várias situações clínicas, entre elas infecção.

Caracteriza-se pela presença de pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ ou $<36^{\circ}\text{C}$;
- FC >90 bpm;
- FR >20 rpm ou $\text{PaCO}_2 <32$;
- Leucograma >12.000 ou <4.000 ou $>10\%$ formas jovens.

3.2 Sepse – Presença de disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta imune desregulada a uma infecção.

3.3 Disfunções Orgânicas

Neurológica	Confusão mental, agitação, sonolência, coma
Cardiovascular	PAS <90 mmHg ou PAM <65 mmHg ou uso de DVA
Renal	Diurese $<0,5$ ml/Kg/h (por 2 h) ou creatinina >2 ou aumento da creatinina $>0,5$ mg/dl
Respiratória	$\text{PO}_2/\text{FiO}_2 <250$ (se não pneumonia) e <200 (se pneumonia)
Hematológica	Plaquetas <100.000 ou redução de 50% da prévia, TTPA >60 seg, INR $>1,5$
Hepática	Bilirrubinas >2 mg/dl
Metabólica	Lactato arterial $>$ normal (VN até 2,1) ou pH $<7,30$ ou BE <-5
Gastrointestinal	Íleo, ruídos hidroaéreos ausentes

ELABORADO POR/ REVISADO POR:
CYNTIA LINS

APROVADO POR:
ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

SEPSE - ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SUSPEITA DIAGNÓSTICA

3.4 Choque Séptico – persistência da PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg a despeito da reposição volêmica, ou necessidade de drogas vasoativas, com Lactato aumentado (> 2).

3.5 DMOS (Disfunção de Múltiplos Órgãos e Sistemas) – presença de duas ou mais disfunções orgânicas agudas, nas quais a homeostase não pode ser mantida sem intervenção.

4. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Hemograma, Gasometria arterial, Lactato arterial, Ureia, Creatinina, Na, K, TP, Bilirrubinas, Hemoculturas automatizadas em duas amostras e Sumário de Urina. Considerar Urocultura, Amilase, Lipase, Rad. tórax, Ultrassonografia, Tomografia e Estudo do Líquor (a depender da situação clínica).

5. TRATAMENTO INDICADO

- Monitorização dos sinais vitais. Considerar CVC, SVD e PAMI;
- Oxigenioterapia: Manter SatO₂ > 92%. Considerar VM;
- Otimizar Perfusão até 6 h - **Manter PAM > 65 mm Hg, D.Urinário > 0,5 ml/ Kg/h.**
- **Atentar para o Clareamento do Lactato > 10%, e GapCO₂ < 6;**
 - Venóclise inicial: (acesso calibroso, jelco menor ou = a 20) – 30ml/kg em 30min de cristalóide (Observar resposta e tolerância).
- Considerar drogas vasoativas, hemotransfusão, corticoide.
- Controle Glicêmico: manter < 180 mg/dl;
- Antibioticoterapia Empírica até 1 h do reconhecimento;
- Considerar Remoção de foco e avaliação cirúrgica;
- Prevenção de tromboembolismo venoso, LAMGD e outros riscos
- Transferência para UTI.

6. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO INDICADO

6.1 Marcadores do Protocolo

- Tempo de Disponibilização do resultado do Lactato em até 45 minutos
- Taxa de solicitação de Culturas para o paciente reconhecido como séptico
- Tempo de administração do Antimicrobiano no paciente reconhecido como séptico
- Taxa de Expansão Volêmica no paciente com Sepse (com hipotensão arterial ou lactato > 4)

6.2 Indicadores de Resultado do Protocolo

- Taxa de Letalidade em Sepse e choque séptico

ELABORADO POR/ REVISADO POR:
CYNTIA LINS

APROVADO POR:
ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

SEPSE - ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SUSPEITA DIAGNÓSTICA

7. PLANO TERAPÊUTICO

7.1 Meta Terapêutica: Controlar a infecção, perfusão e disfunções orgânicas em 11 dias

7.2 Ações Estratégicas:

- **Controlar o Foco Infecioso** - Antibioticoterapia na primeira hora da suspeita de Sepsis, com atenção a resposta terapêutica e resultado das culturas. Atentar para a necessidade de abordagem cirúrgica e retirada de dispositivos invasivos suspeitos (cateteres, drenos ou sonda);
- **Controlar a Perfusão Periférica** – Terapia guiada por metas para manter PAM > 65 mmHg; SVO2 > 70% e Diurese > 0,5 ml/Kg/h. Atentar clareamento do lactato e GapCO2.
- **Controlar as Disfunções Orgânicas** – Monitorar as funções orgânicas, instituindo Reposição Volêmica (cristalóide), Noradrenalina, Dobutamina, Hidrocortisona (50 mg 6/6h), Ventilação Mecânica (estratégia protetora) e Terapia Renal Substitutiva, conforme necessário.
- **Terapia Adjuvante** – Manter controle glicêmico, com glicemia < 180 mg/dl.
- **Gerenciar os Riscos** – Identificar os riscos do paciente de forma individualizada, frente ao seu quadro clínico, comorbidades e terapias adotadas (atentar para os riscos de tromboembolismo venoso, LAMGD, infecção, lesão por pressão, broncoaspiração, perda de dispositivos, queda, sangramento, delirium).
- **Comunicação Paciente/Família** – Manter o paciente e sua família cientes e inseridos no processo assistencial

8 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Mudanças terapêuticas podem ocorrer, conforme resposta a terapia inicial, resultado de culturas e evolução das funções orgânicas.

9 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO E DE ALTA

Após o controle da infecção e a estabilização das disfunções orgânicas.

10 CUIDADOS ESPECIAIS

Não se aplica.

ELABORADO POR/ REVISADO POR:
CYNTIA LINS

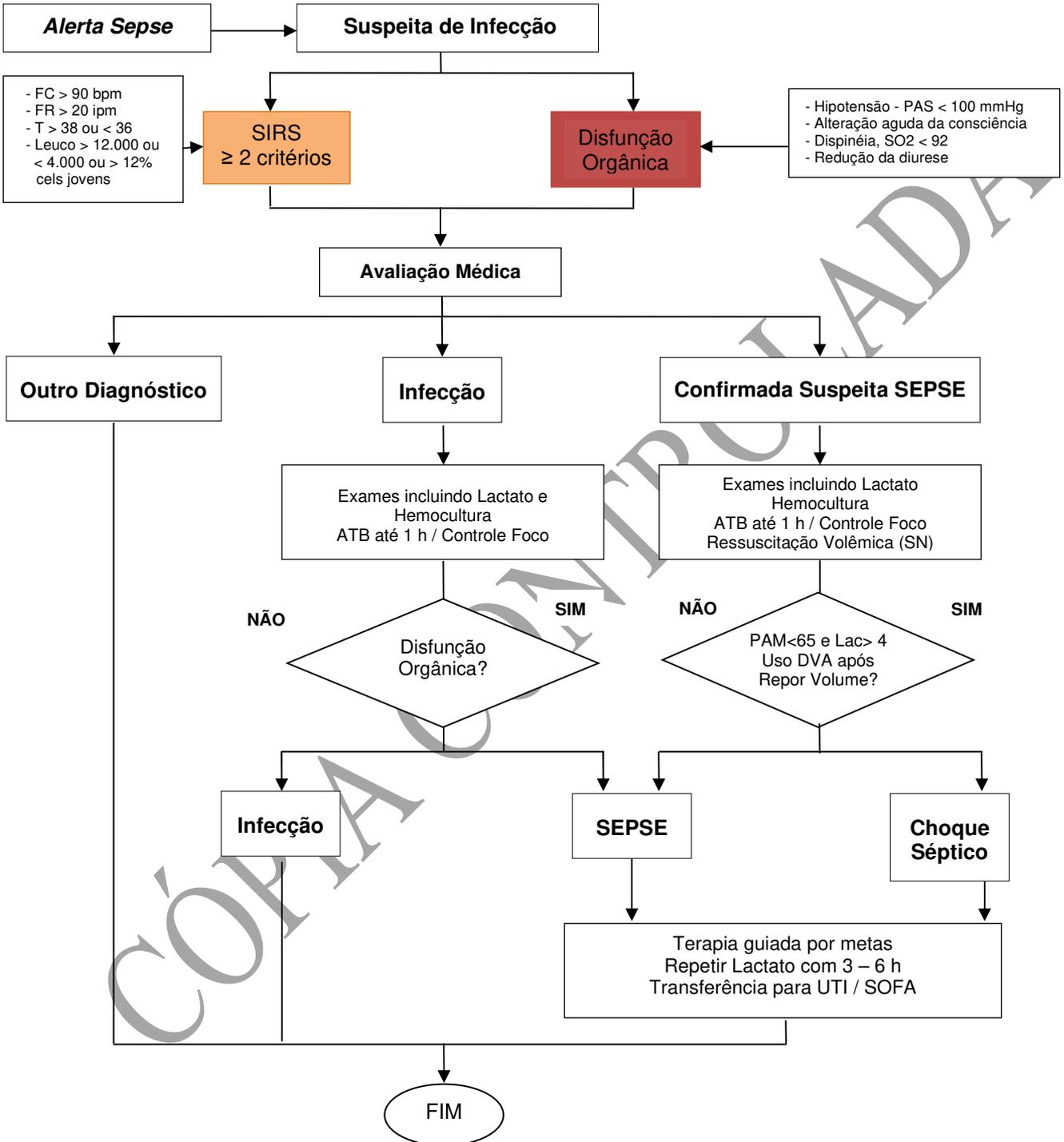
APROVADO POR:
ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

SEPSE - ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SUSPEITA DIAGNÓSTICA

11 FLUXOGRAMA CLÍNICO

6.1 Condução de pacientes potencialmente sépticos



ELABORADO POR/ REVISADO POR:
CYNTIA LINS

APROVADO POR:
ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

SEPSE - ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SUSPEITA DIAGNÓSTICA

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bone RC et al. ACCP/SCCM Consensus Conference: Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Chest* 1992; 101:1644-1655.

Dellinger RP Carlet JM, Masur H, et al. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med* 2004; 32:858-873

Rivers EP, Morro DC et al. Early and innovative interventions for severe sepsis and septic shock: taking advantage of a window of opportunity. *CMAJ* 2005; 173(9):1054-1065.

Russel JA. Management of Sepsis. *N. Engl J Med* 2006; 355:1699-713.

Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med* 2008; 36 (1): 296.

Dellinger RP, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med February* 2013; Vol 4. Number 2.

Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse (ILAS). Sepse: Um Problema de Saúde Pública, 2015.

Surviving Sepsis Campaign. International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock, 2012.

Institute for Healthcare Improvement. Severe Sepsis Bundles, 2013.

Bone RC, Sibbald WJ, Sprung CL. The ACCP-SCCM consensus conference on sepsis and organ failure. *Chest*. 1992 Jun;101(6):1481-3.

Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et. al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/ Society of Critical Care Medicine. *Chest*. 1992 Jun; 101(6):1644-55.

Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et. al.; SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. *CriticCare Med*. 2003 Apr;31(4):1250-6.

Asfar P, Meziani F, Hamel JF, Grelon F, Megarbane B, et. al. High versus low blood-pressure target in patients with septic shock. *The New England Journal of Medicine*. 2014 Mar.

ELABORADO POR/ REVISADO POR:
CYNTIA LINS

APROVADO POR:
ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL