

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022	
	Versão: 00	

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A sepse é uma síndrome extremamente prevalente, com elevada morbidade e mortalidade e altos custos. Seu reconhecimento precoce e tratamento adequado são fatores primordiais para a mudança deste cenário. A implementação de protocolos clínicos gerenciados é uma ferramenta útil neste contexto, auxiliando as instituições na padronização do atendimento ao paciente séptico, diminuindo desfechos negativos e proporcionando melhor efetividade do tratamento.

As recomendações contidas neste documento estão baseadas nas diretrizes da Campanha de Sobrevivência a sepse (SSC, Surviving Sepsis Campaign) e visam o tratamento de pacientes adultos nas Unidades de Urgência e Emergência, nas Unidades de Internação e nas Unidades de Terapia Intensiva.

Neste documento foram atualizadas as nomenclaturas utilizadas, conforme as novas definições do Sepsis 3, sendo agora os termos utilizados: infecção, sepse e choque séptico. Entretanto, a despeito do uso da nova nomenclatura, o ILAS optou por alinhar o processo de triagem dos pacientes com a Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS), embora não utilizada para a definição de Sepse, continua sendo importante para a triagem de pacientes com suspeita de Sepse. Da mesma forma que a SSC, o Instituto Latino americano de sepse (ILAS) não mudou os critérios usados para definir disfunção orgânica, mantendo a hiperlactatemia como um deles. O critério para definição de Choque Séptico também não foi alterado.

2. DEFINIÇÕES

A Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) é definida pela presença de no mínimo dois dos sinais abaixo:

- Temperatura central > 38,3° C ou < 36°C OU equivalente em termos de temperatura axilar;
- Frequência cardíaca > 90 bpm;
- Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO₂ < 32 mmHg
- Leucócitos totais > 12.000/mm³; ou < 4.000/mm³ ou presença de > 10% de formas jovens (desvio à esquerda).

A SRIS não faz mais parte dos critérios para definição da presença de sepse mas continua tendo valor como instrumento de triagem para a identificação de pacientes com infecção e, potencialmente, sob risco de apresentar sepse ou choque séptico.

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022 Versão: 00	

2.1 Infecção Sem Disfunção:

Entende-se como paciente com infecção sem disfunção aquele que, tendo ou não os critérios de SRIS, possui foco infeccioso suspeito ou confirmado (bacteriano, viral, fúngico, etc.) sem apresentar disfunção orgânica.

2.2 Sepses:

Como já mencionado, adotou-se a definição de sepsis lato senso do Sepsis 3, presença de disfunção ameaçadora à vida em decorrência da presença de resposta desregulada à infecção. Entretanto, não adotamos os critérios clínicos para definição de disfunção orgânica do Sepsis 3, variação do escore SOFA, por entender que os mesmos não são aplicáveis em iniciativas de melhoria de qualidade. Manteve-se os critérios utilizados anteriormente, inclusive a hiperlactatemia, por entendermos que a mortalidade em países em desenvolvimento ainda é muito elevada e a identificação precoce destes pacientes é parte fundamental do objetivo deste protocolo. As principais disfunções orgânicas são:

- Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40mmHg)
- Oligúria ($\leq 0,5$ mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (>2mg/dL);
- Relação PaO₂/FiO₂ < 300 ou necessidade de O₂ para manter SpO₂ > 90%;
- Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;
- Lactato acima do valor de referência;
- Rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium;
- Aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência).

A presença de disfunção orgânica na ausência dos critérios de SRIS pode representar diagnóstico de sepsis. Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível e com foco infeccioso presumível, o diagnóstico de sepsis deve ser feito, e o pacote de tratamento iniciado, imediatamente após a identificação.

2.3 Choque Séptico:

Segundo a SSC, choque séptico é definido pela presença de hipotensão não responsiva à utilização de fluídos, independente dos valores de lactato. A SSC não adotou o novo conceito de choque, que exige a presença concomitante de lactato acima do valor de referência mesmo após reposição volêmica inicial.

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022	
	Versão: 00	

3. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

O protocolo de sepse deve ser aberto para pacientes com SUSPEITA de sepse e choque séptico, a partir da presença de disfunção orgânica em pacientes com suspeita de infecção grave.

A equipe médica deve definir a classificação inicial do paciente. As possíveis classificações seriam: infecção sem disfunção com seguimento do protocolo, sepse ou choque, afastado sepse/choque ou paciente sob cuidados de fim de vida.

Após identificação do paciente com suspeita de sepse os seguintes passos devem ser cumpridos:
 Registrar o diagnóstico no prontuário ou na folha específica de triagem do protocolo institucional. Todas as medidas devem ser tomadas a partir do momento da formulação da hipótese de sepse. Todos os pacientes com protocolos de sepse abertos devem ter seu atendimento priorizado com o objetivo de otimizar a coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a ressuscitação hemodinâmica; Realizar anamnese e exame físico dirigidos, com atenção especial aos sinais clínicos de disfunção orgânica;
 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 encontre;
 A ficha do protocolo de sepse deve acompanhar o paciente durante todo o atendimento de tratamento das 6 primeiras horas, a fim de facilitar a comunicação nos pontos de transição entre as equipes de diferentes turnos ou setores e resolver pendências existentes para o atendimento.

3.1 ENFERMAGEM

- 1) Em caso de suspeita de disfunção orgânica, a comunicar o médico, conforme **PROTOCOLO SEGURANÇA DO PACIENTE - COMUNICAÇÃO EFETIVA;**
- 2) Preencher o **FORMULÁRIO DE TRIAGEM DO PROTOCOLO DE SEPSE;**
- 3) Direcionar o paciente para o médico com o formulário preenchido para priorizar o atendimento;
- 4) Monitorar dados vitais de hora em hora (nas primeiras 6 horas) e de acordo com orientação médica e evoluir no prontuário do paciente, inclusive registrando as ações tomadas quando algum valor estiver fora dos padrões esperados;
- 5) Providenciar e garantir a monitorização do débito urinário;
- 6) Providenciar acesso venoso periférico.

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022	
	Versão: 00	

3.2 MÉDICO

- 1) Detectar os sinais e sintomas de sepse /choque séptico e validar a abertura do protocolo.

Garantir o pacote de uma hora:

Fornecer oxigênio para manter SpO2 entre 94-98%. Pacientes com diagnóstico de Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) considerar entre 88-92%;

Coletar culturas conforme foco presumido em até uma hora;

Fornecer antibiótico endovenoso de acordo com protocolo local em até uma hora (sempre priorizar o antibiótico, mesmo que a hemocultura não tenha sido colhida)

Fornecer hidratação com cristaloides, preferencialmente Ringer Lactato (pelo menos 30 ml/kg em no máximo 3 horas), reavaliar e repetir se necessário;

Mensurar nível sérico de lactato em até 1 hora;

Avaliar débito urinário – iniciar em até uma hora (a avaliação do débito urinário ficará a critério do médico, pacientes acamados solicitar ao técnico que avalie a fralda, se possível trocar, considerar SVA ou SVD em alguns casos).

Definir foco infeccioso para adequado controle de infecção.

Comunicar ao médico que pegará o plantão sobre o paciente.

Avaliar o resultado terapêutico, solicitando vaga no CTI conforme os critérios de admissão.

3.3 SCIH

Tabular mensalmente os dados, discutir os resultados e ações com o Time da Sepse.

3.4 FARMÁCIA

Providenciar o imediato fornecimento de materiais e medicamentos necessários para o início do tratamento do paciente com sepse e choque séptico;

Agilizar a liberação da primeira dose de antimicrobiano;

Monitorar tempo e doses dos antibióticos utilizados no tratamento dos pacientes com protocolo de sepse aberto;

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022	
	Versão: 00	

Acompanhar dos resultados das culturas coletadas.

Identificar por gatilho (avaliação técnica de prescrições médicas) de pacientes com antibiótico prescrito, com sinais/sintomas de sepse, sem protocolo aberto.

3.5 LABORATORIO

Realizar coleta e liberar os resultados dos exames do prazo estabelecido.

4. PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

PACOTE DE 1 HORA

Realizar em até 1 hora:

Registrar seu diagnóstico no prontuário com data e hora.

Coletar exames laboratoriais para a pesquisa de disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma.

a) colher lactato sérico;

Obs: O lactato deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório. O objetivo é ter esse resultado em pelo menos 40 minutos após a coleta.

b) Colher hemocultura (duas amostras em sítios periféricos diferentes, não sendo necessário intervalo entre elas) e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquido, urocultura).. antes da administração do antimicrobiano. Caso não seja possível a coleta destes exames antes da primeira dose, a administração de antimicrobianos não deverá ser postergada; prescreva esta coleta colocando o horário de solicitação.

c) Prescrever antibioticoterapia de acordo com protocolo da instituição e registre a hora a prescrição. Entregue a prescrição na mão da enfermeira. Iniciar até 1 hora do diagnóstico de sepse/choque séptico (o ideal é que a administração da antibioticoterapia após a coleta da hemocultura, mas isto não deverá atrasar a administração do mesmo, que deve acontecer impreterivelmente na primeira hora).

d) Iniciar reposição volêmica agressiva (30 ml/kg de ringer lactato) nas primeiras 3 horas de ressuscitação. (Pacientes cardiopatas podem necessitar de redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica moderada/grave. Nesses pacientes, o

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022	
	Versão: 00	

uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente necessita ser antecipado.

OBS: deve ser iniciada ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 mL/kg de RL dentro da 1ª hora do diagnóstico da detecção dos sinais de hipoperfusão.

e) Para adultos com insuficiência respiratória hipoxemia induzida por sepse, usar oxigênio nasal de alto fluxo.

f) iniciar vasopressores (noradrenalina) se paciente hipotenso durante ou após a ressuscitação volêmica para manter PAM > 65 mmHg. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30- 40 min. Por isso, o vasopressor deve ser iniciado dentro da primeira hora nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor deve ser iniciado em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central.

Iniciar linha arterial quando em uso de noradrenalina, caso o paciente esteja na UTI.

OBS: Associar vasopressina (nos casos de hipotensão refratária a noradrenalina (PAM < 65 mmHg).
Diluição: 2 ampolas de vasopressina 20UI/ml em 80 ml de SG 5% e correr em BIC.

Idealmente, os pacientes com choque séptico devem ser monitorados com pressão arterial invasiva, enquanto estiverem em uso de vasopressor. A aferição por manguito não é fidedigna nessa situação, mas pode ser utilizada nos locais onde a monitorização invasiva não está disponível.

Repetir dosagem de lactato, após ressuscitação, se inicialmente alterado. O objetivo é obter o clareamento em relação aos níveis anteriores, visando à normalização do mesmo.

Medir diurese horária em pacientes em uso de drogas vasoativas.

Para adultos com choque séptico e disfunção cardíaca com hipoperfusão persistente apesar do nível de volume e pressão arterial adequados, sugerimos adicionar dobutamina à norepinefrina ou usar apenas epinefrina 2,5 – 20 mcg/kg/min.

Uso de corticoides: a utilização de corticoides é recomendada para pacientes com choque séptico refratário, ou seja, naqueles em que não se consegue manter a pressão arterial alvo, a despeito da

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022 Versão: 00	

ressuscitação volêmica adequada e do uso de vasopressores. A droga recomendada é a hidrocortisona na dose de 50 mg a cada 6 horas.

Bicarbonato: Não está indicado o uso de bicarbonato nos casos de acidose láctica em pacientes com pH >7,15, pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixo desse valor a terapia pode ser avaliada como medida de salvamento.

5. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM ENFERMARIA

Pacientes com infecção sem disfunção orgânica.

Paciente com sepse que revertem a disfunção orgânica após tratamento inicial.

6. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI

Paciente com sepse que não revertem a disfunção orgânica após tratamento inicial.

Pacientes com choque séptico.

Paciente com síndrome do desconforto respiratório agudo induzido por sepse.

Pacientes com disfunção de órgãos que não reverteram após tratamento inicial.

7. GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE SEPSE

Os dados serão armazenados em banco de dados do qual são gerados relatórios de monitoramento. Monitorar a efetividade do protocolo através da análise do antibiótico prescrito de acordo com o protocolo, solicitação adequada dos exames conforme os pacotes, registro médico adequado no prontuário.

Indicadores:

- Solicitação de cultura direcionada;
- Antibióticos administrados até 1h após o diagnóstico;
- Escolha adequada do antibiótico;
- Tempo de liberação de resultado de lactato;
- Letalidade por sepse.

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022 Versão: 00	

Ações propostas:

Análise mensal dos indicadores, avaliar treinamentos conforme resultado.

8. ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA

COLETA DE CULTURA

Culturas devem ser obtidas preferencialmente antes do início do tratamento com antimicrobianos. Coletar duas amostras de hemoculturas de sítios diferentes, por punção, com volume de 10 ml, de acordo com o protocolo de coleta.

Coletar urocultura e demais culturas somente se houver possibilidade de identificar um sítio de infecção envolvido.

ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIÓTICO EMPÍRICO

Devem-se administrar antimicrobianos intravenosos de largo espectro o mais rápido possível, na primeira hora após o diagnóstico da sepse.

Utilizar dose adequada do antimicrobiano, preferencialmente a dose plena, e respeitar as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas da droga, principalmente em relação à diluição e tempo de administração.

NÃO FAZER AJUSTE DE DOSE DE ANTIMICROBIANO NAS PRIMEIRAS 24H QUANDO O PACIENTE EM INSUFICIÊNCIA RENAL.

Durante todo o tratamento, principalmente nas primeiras 24 horas, reavaliar seu uso conforme o resultado da coloração de Gram, das culturas e da evolução clínica.

ESCOLHA DO ANTIMICROBIANO

A escolha do antimicrobiano em pacientes graves é uma decisão clínica baseada em uma série de critérios, sendo os principais o foco infeccioso, a história e o quadro clínico do paciente. Outros critérios podem interferir nesta escolha, portanto, segue abaixo as sugestões de esquema empírico de antimicrobiano de acordo com o foco e os principais critérios de infecção relacionada à assistência à saúde.

OBS: Lembrar de ajustar os antimicrobianos após resultado de culturas e antibiograma.

Fatores de risco para bactérias produtoras de beta lactamase de espectro estendido (ESBL):

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022	
	Versão: 00	

- Uso recente de antibióticos –principalmente cefalosporinas de 3ª geração como ceftriaxone e quinolonas;
- Uso de antimicrobianos de amplo espectro nos últimos 30 dias.

FATORES DE RISCO PARA FUNGO:

- Uso de parenteral;
- Múltiplas intervenções abdominais;
- Uso de antibiótico de amplo espectro;
- Colonização por fungo.

QUANDO COBRIR ENTEROCOCO NO FOCO ABDOMINAL?

- Peritonite terciária;
- Isolamento de enterococo em cultura clínica de pacientes com infecção hospitalar;
- Infecção intrabdominal hospitalar em pacientes imunossuprimidos, doença valvar cardíaca, prótese intravascular ou que tenha recebido previamente drogas que selecionam enterococo, como cefalosporinas de 3ª geração.

Drogas a serem utilizadas para cobertura de enterococo: ampicilina 1-2g 4/4h ou piperacilina-tazobactam 4,5 g 6/6h ou Vancomicina 15-20 mg/kg a cada 8 a 12h (máx 3g/dia).

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022	
	Versão: 00	

GUIA DE TERAPIA ANTIMICROBIANO A EMPÍRICA PARA SEPSE E CHOQUE SÉPTICO

FOCO	COMUNITÁRIA	NOSOCOMIAL
Pulmonar	Ceftriaxone + azitromicina. Alterativa: Quinolonas respiratórias (Levofloxacino). Caso doença pulmonar crônica (DPOC, bronquiectasias, fibrose cística): Cefepime. Se pneumonia aspirativa: Ceftriaxone + clindamicina	Cefepime + Vancomicina ou Piperacilina/tazobactam + vancomicina. Uso prévio de antibiótico: Meropenem + vancomicina. Avaliar Polimixina B em caso de microrganismos multirresistente - consultar CCIH.
Urinário	Ceftriaxone	Meropenem
Abdominal	Ceftriaxone + Metronidazol. Em caso de colangite/sepse biliar: Piperacilina/tazobactam	Meropenem. Avaliar Vancomicina com a CCIH
Pele e partes moles	Cefazolina ou Oxacilina. Se sinais de necrose associar clindamicina. Uso prévio de antibiótico: Vancomicina + ceftriaxone.	Vancomicina + Piperacilina/Tazobactam ou Vancomicina + cefepime. Uso prévio de antibiótico: Vancomicina + Meropenem
Cateter	-	Vancomicina + Meropenem. Dialítico: Vancomicina + Gentamicina
Sem foco Definido	Ceftriaxone	Vancomicina + Meropenem

Fatores de risco para multirresistência: exposição prévia a antibióticos, internação hospitalar recente, presença de dispositivos invasivos e a própria microbiota local.

ELABORADO POR:

Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott

APROVADO POR:

Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira
Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno
Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro

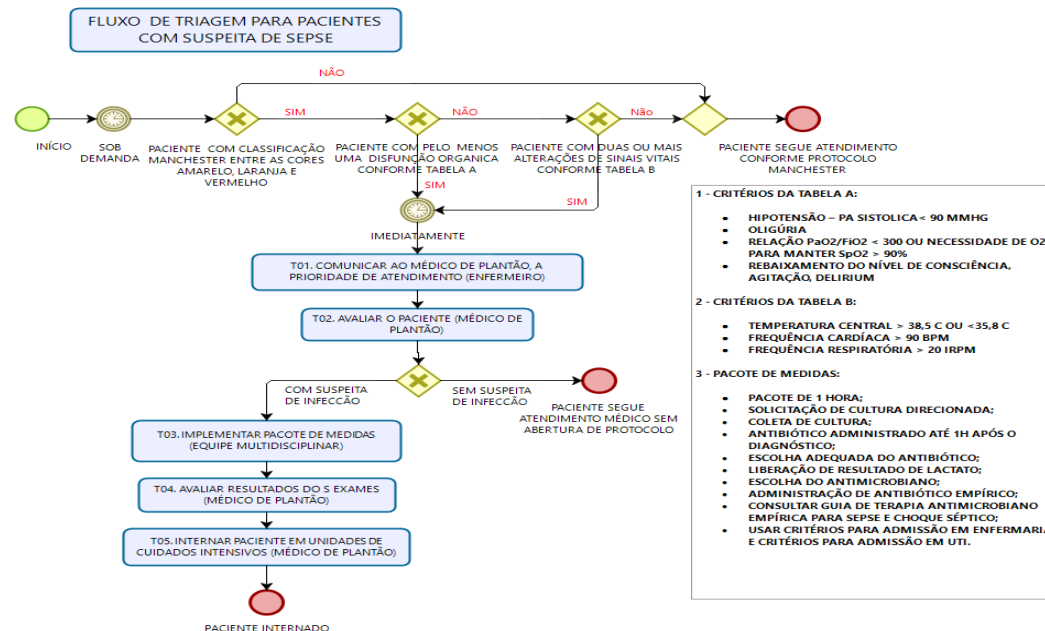
REVISADO POR:

Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh
Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade
Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires
Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz

Data Aprovação: 16/08/2022


Versão: 00

9. FLUXOGRAMA



	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022 Versão: 00	

10. ANEXOS

	FORMULÁRIO – Assistência		
	FICHA DE TRIAGEM DE SEPSE		
	Código: F.HABF. 051	Versão: 00	Elaboração: 15/08/2022

LOCAL DE INTERNAÇÃO: _____ LEITO: _____ ATENDIMENTO: _____

Nome completo do paciente: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

AValiação Médica 1

PACIENTE APRESENTA HISTÓRIA SUGESTIVA DE INFECÇÃO?

() Pneumonia/Empiema () Infecção de prótese
() Infecção urinária () Infecção óssea/articular
() Infecção abdominal aguda () Infecção de ferida operatória
() Meningite () Infecção de corrente sanguínea associada ao cateter
() Endocardite () Sem foco definido
() Pele e partes moles () Outras infecções: _____

O PACIENTE APRESENTA CRITÉRIOS PARA:

() Suspeita de sepse/choque séptico (em pacientes somente com SRIS, considerar suspeita de sepse se presença de fatores de risco, p.e., idade avançada, imunossupressão ou outras comorbidades importantes)
() Afastado suspeita de sepse.— encerrar protocolo e dar seguimento ao atendimento
() Sepse/choque séptico em cuidados paliativos. Encerrar protocolo e dar seguimento ao atendimento

ENFERMAGEM (se seguimento do protocolo, em pacientes com suspeita de sepse na avaliação médica):

() Coletar exames do kit sepse Data e hora da coleta: ____/____/____ às ____:____
() Iniciar antimicrobiano APROPRIADO (em até 1h da abertura do protocolo, considerar dose de ataque, seguir conduta da SCIH local, com atenção a fatores de risco, inclusive para multiresistência)

Data e hora da primeira dose: ____/____/____ às ____:____
Se hipotensão, lactato > 2 vezes a referência ou sinais de hipoperfusão (a critério médico, p.e., hiperlactatemia < 2 vezes a referência mas considerada significativa, tempo de enchimento capilar > 3s, livedo, oligúria):
() reposição volêmica 30 ml/Kg (se individualização pela equipe médica, registrar em prontuário a razão) () iniciar noradrenalina (se hipotensão ameaçadora a vida ou hipotensão persistente)
() coletar 2º lactato se hiperlactatemia inicial após reposição inicial e dentro de 2 horas Valor: _____

Data e hora da coleta: ____/____/____ às ____:____
() reavaliação contínua nas primeiras horas e registro em prontuário em até 6 horas Data: ____/____/____ às ____:____

AValiação Médica 2 – APÓS EXAMES, há novas disfunções que não sejam secundárias a uma doença crônica?

() Paciente não tinha disfunção orgânica, somente infecção
() PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg
() Relação PaO₂/FIO₂ < 300 ou necessidade de O₂ para manter SpO₂ > 90% () Rebaixamento do nível de consciência
() Creatinina > 2,0 mg/dL ou diurese menor que 0,5mL/Kg/h nas últimas 2 horas () Bilirrubina > 2mg/dL
() Contagem de plaquetas < 100.000mm³() Lactato acima do valor de referência
() Coagulopatia (INR > 1,5 ou TTPA > 60 seg)

Data e hora da primeira disfunção orgânica: ____/____/____ às ____:____
Necessidade de controle de foco? () Não
Foco suspeito: _____
Equipe cirúrgica acionada? Qual? _____ Data e hora: ____/____/____ às ____:____
O caso ficou confirmado como:
() Infecção sem disfunção () Sepse () Choque séptico () Afastado infecção
Conduta após tratamento inicial e resultado dos exames: (opcional)
() UTI (utilizar critérios de alocação de acordo com as normas da instituição e julgamento médico) () Unidade de Internação Regular
() Pronto Socorro - Observação() Alta hospitalar
() Transferência hospitalar

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____ CRM: _____ ENFERMEIRO: _____ COREN: _____
ENFERMEIRO: _____ COREN: _____

Kit sepse: hemograma completo, creatinina, ureia, sódio, potássio, gasometria, lactato, glicemia, coagulograma (TP, TTPa), bilirrubinas, 2 pares de hemoculturas, radiografia de tórax (se suspeita de pneumonia). Culturas adicionais devem ser coletadas de outros sítios pertinentes. Opcionalmente, gasometria arterial só é necessária em pacientes com insuficiência respiratória ou choque. Lactato para triagem em pacientes sem insuficiência respiratória ou choque, pode ser venoso.

Rua Liberalino Lima, S/N, Olaria, Vila Velha – ES.
CEP: 29100-535. Telefone: 3636-3514.
dir.geral.habf@inovacapixaba.es.gov.br



Rua Liberalino Lima, S/N, Olaria, Vila Velha – ES.
CEP: 29100-535. Telefone: 3636-3514.
dir.geral.habf@inovacapixaba.es.gov.br



	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022 Versão: 00	

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

Revisão	Alterações
000	Emissão Inicial

12. REFERÊNCIAS

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management . **Severe Sepsis and Septic Shock:** 2012

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management. **Severe Sepsis and Septic Shock:** 2016

Instituto Latino Americano de Sepsis. **Atendimento ao paciente adulto com sepse/choque séptico.** <http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolode-tratamento.pdf>. Acesso 10 de junho de 2020.

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.008
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Médica Infectologista – Barbara Dadalto Fiorott	APROVADO POR: Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Gerência Assistencial – Letícia Pacheco de Castro	
REVISADO POR: Médica Infectologista – Polyana Gitirana Guerra Rameh Médica Infectologista - Melissa Fonseca Andrade Enfermeira da Qualidade – Bianca Medici Aires Enfermeiro da Qualidade – Flavio Alves Thomaz	Data Aprovação: 16/08/2022	
	Versão: 00	

Responsável pela Elaboração	Responsável pela Revisão	Responsável pela Aprovação
Barbara Dadalto Fiorott	Bianca Medici Aires Flavio Alves Thomaz Polyana Gitirana Guerra Rameh Melissa Fonseca Andrade	Neio Lucio Fraga Pereira Daniela Mill Damasceno Letícia Pacheco de Castro

ASSINATURAS (6)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

FLAVIO ALVES THOMAZ
ENFERMEIRO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVO
CQUA (HABF) - INOVA - GOVES
assinado em 26/08/2022 09:42:02 -03:00

MELISSA FONSECA ANDRADE
MEDICO
NEVE - SESA - GOVES
assinado em 26/08/2022 18:17:30 -03:00

DANIELA MILL DAMASCENO
MÉDICA DA REGULAÇÃO
DTEC (HABF) - INOVA - GOVES
assinado em 28/08/2022 10:45:22 -03:00

BIANCA MEDICI AIRES
ENFERMEIRO DE GESTÃO DA QUALIDADE
CQUA (HABF) - INOVA - GOVES
assinado em 26/08/2022 11:21:23 -03:00

NEIO LUCIO FRAGA PEREIRA
DIRETOR
DGER (HABF) - INOVA - GOVES
assinado em 26/08/2022 10:18:52 -03:00

LETICIA PACHECO DE CASTRO
GERENTE
GHOSP (HABF) - INOVA - GOVES
assinado em 26/08/2022 14:04:29 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 28/08/2022 10:45:23 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por FLAVIO ALVES THOMAZ (ENFERMEIRO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVO - CQUA (HABF) - INOVA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2022-HL93FZ>