	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepse	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	

1. OBJETIVO

Identificar os pacientes com sepse e choque séptico para uma abordagem precisa e precoce, priorizando o pacote de 01 hora e reavaliação das metas de 06 horas.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

SIRS: Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica: Presença de no mínimo dois sinais ou mais dos seguintes critérios:


Temperatura	> 38.3°C ou < 36°C (temperatura central)
FC	> 90 bpm
FR	> 20 irpm
Leucograma	> 12.000 ou < 4.000 ou B >10%

Infecção sem disfunção: Foco infeccioso suspeito ou confirmado sem apresentar disfunção orgânica, tendo ou não os critérios de SIRS.

Sepse: Presença de disfunção orgânica em decorrência de resposta desregulada à infecção suspeita ou confirmada.

Choque séptico: Sepse associada à hipotensão arterial não responsiva à adequada reposição volêmica e, por conseguinte, necessidade de drogas vasoativas, independente dos valores de lactato.

- FC: Frequência cardíaca
- FR: Frequência respiratória
- USG: Ultrassonografia
- TC: Tomografia Computadorizada
- PVC: Pressão venosa central
- PVP: Punção venosa central
- Hto: Hematócrito
- Hb: Hemoglobina
- VM: Ventilação Mecânica
- PA: Pressão Arterial


	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepsis	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	

- PAS: Pressão Arterial Sistólica
- PAM: Pressão arterial média
- BT: Bilirrubina total
- TAP: Tempo e atividade de protombina
- PTT: Tempo de tromboplastina parcial
- Ur: Uréia
- Cr: Creatinina
- Tx: Transfusão
- CH: Concentrado de hemácias
- O2: oxigênio
- Spo2: saturação de oxigênio
- PaO2: Pressão parcial de oxigênio no sangue arterial
- FiO2: fração inspirada de oxigênio
- SvcO2: saturação venosa central de oxigênio
- TEC: tempo de enchimento capilar
- LSN: limite superior da normalidade

Critérios de Disfunção Orgânica:

Cerebral	Rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium;
Cardíaca	PAS<90 mmHg ou PAM<65 mmHg ou queda da PA>40 mmHg
Pulmonar	PaO2/FiO2 <300 ou necessidade de O2 para manter SpO2 >90%
Medular	Plaquetas < 100.000 ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;
Renal	Oligúria ≤ 0,5ml/kg/h ou aumento da Cr > 02 mg/dl
Metabólica	Lactato arterial acima do valor de referência
Hepática	BT maior que 02x o valor de referência

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepsis	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	

(Descrição dos critérios de exclusão do paciente a este protocolo. Citar o que define a exclusão do paciente no protocolo).


4. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

4.1 PACOTE DE 1 HORA

A mudança mais importante na revisão é que os pacotes de 3 e 6 horas foram combinados em um único de “1 hora” com a intenção clara de iniciar as etapas da abordagem o mais rápido possível. Pode ser necessário mais de 1h para que a reanimação seja concluída, mas o início da reanimação e tratamento como obtenção de sangue para dosar lactato e hemoculturas, administração de fluidos e antibióticos e, no caso de hipotensão com risco de vida, início de droga vasopressora, devem ser iniciados imediatamente.

Após registrar seu diagnóstico no prontuário com data e hora:

- a) colher lactato sérico e SvcO₂ nos pacientes que já tem acesso central e encaminhar imediatamente ao laboratório. O objetivo é ter esse resultado em pelo menos 40 minutos após a coleta;
- b) colher hemoculturas (02 amostras – 04 frascos, totalizando 40ml - em sítios periféricos diferentes, não sendo necessário intervalo entre elas) e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquor, urocultura);
- c) prescrever antibioticoterapia de acordo com protocolo da instituição e registrar a hora na prescrição. Entregar a prescrição na mão da enfermeira. Iniciar em até 1 hora do diagnóstico de sepse/choque séptico (o ideal é que a administração da antibioticoterapia seja feita após a coleta da hemocultura, mas isto não deverá atrasar a administração do mesmo, que deve acontecer impreterivelmente na primeira hora);
- d) Pacientes hipotensos (PAS<90mmHg, PAM<65mmHg ou redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) e/ou com hiperlactatemia inicial (lactato>02x LSN - >04 mmol/l), devem receber ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 mL/kg de cristalóides que deve ser concluída em até 03 horas. Pacientes cardiopatas ou renais crônicos podem necessitar de redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica moderada/grave. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente necessita ser antecipado. Caso PAM permaneça abaixo de 65mmHg próximo ao final da 1ª hora de início da ressuscitação volêmica, iniciar vasopressores, sendo recomendado a noradrenalina. Não se deve tolerar PAM abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 40 minutos. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Se o lactato inicial estiver elevado (>02mmol/L), ele deve ser medido novamente dentro de 2 a 4 horas para orientar a ressuscitação

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepsis	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	

volêmica. O objetivo é obter o clareamento de 10 a 20% em relação aos níveis anteriores, visando à normalização do mesmo.

4.2 CHECK POINT DE 06 HORAS

Pacientes com choque séptico, hiperlactatemia (lactato > 4mmol/L) ou sinais clínicos de hipoperfusão (TEC>04 seg, livedo, oligúria, redução do nível de consciência) devem ser periodicamente reavaliados ao longo das primeiras 06 horas sobre seu status volêmico e perfusional, objetivando metas:

PVC \geq 08mmHg;

PAM \geq 65mmHg;

Diurese > 0,5 ml/Kg/h;

SvcO₂ \geq 70%;

Normalização do lactato.

4.3 RESPONSABILIDADE


Médico: Identificar a sepse e choque séptico e iniciar o manejo com pacote de 01 hora e reavaliação em 06 horas; avaliar necessidade imediata de UTI ou condução a enfermaria; caso o atendimento seja iniciado atrelado ao protocolo de News, através do acionamento da enfermagem, chegada no setor em até 10 minutos.

Enfermeiro: Identificar os sinais e sintomas de sepse e iniciar o protocolo; comunicar imediatamente ao médico das alterações; providenciar com prioridade a coleta dos exames laboratoriais e agilidade na administração do antimicrobiano, devendo ser em até 1 hora, bem como manter a vigilância nas metas terapêuticas e resultados após início do protocolo; caso tenha atraso no início do antibiótico, necessário a justificativa em formulário próprio.

Técnico de enfermagem: Sinalizar ao enfermeiro, caso alteração no NEWS ou qualquer sinal e sintoma de agravo que o paciente possa apresentar; Administrar o antibiótico em até 1 hora, após a coleta das hemoculturas, sendo necessário justificar em formulário próprio caso atraso; Registrar em formulário próprio todas as informações pertinentes ao protocolo; Monitorização contínua dos sinais vitais durante as 6 primeiras horas.

Fisioterapia: Identificar os sinais e sintomas de sepse e manter comunicação ativa com a enfermagem; auxiliar equipe na coleta de material respiratório e envio para culturas; promover ações preventivas no transcorrer da doença; auxiliar equipe na reabilitação.


Laboratório/Serviço de Imagem: Realizar a coleta de exames laboratoriais conforme o pacote de sepse em até 20 minutos da abertura do protocolo, realizando checagem em prontuário e formulário próprio do horário em que foi realizado; Liberação dos resultados dos exames em até 40 minutos: hemograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total + frações, gasometria arterial, lactato arterial, TAP/PTTK, gasometria venosa central, hemoculturas e exames de imagem (Rx, USG, ECO, TC) no prazo

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepse	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	


necessário. Coleta do 2º lactato conforme prescrição médica, após 2 horas do 1º lactato, caso o lactato inicial esteja acima do valor da normalidade.

4.4 SUGESTÃO DE ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA NA SEPSE


FOCO URINÁRIO	
COMUNITÁRIA () Ceftriaxone 2g 24/24 h () Avaliar: ITU de repetição (); Litíase persistente com ITU repetição (); Uso de antibióticos nos últimos 30 dias () Culturas anteriores com ESBL+ () = Meropenem 01 g 8/8 h	HOSPITALAR () Piperacilina/tazobactam 4,5 g 6/6 horas () ou Meropenem 02 g 8/8h ()
FOCO ABDOMINAL	
COMUNITÁRIA () Ceftriaxone 2g 24/24 h () + Metronidazol 500mg 8/8 h ()	HOSPITALAR/PÓS-CIRÚRGICA () Vancomicina 25-30mg/kg/dose ataque, seguido de 15-20mg/kg/dose divididos 8/8h ou 12/12 () + Piperacilina/tazobactam 4,5 g 6/6 horas () ou Meropenem 02g 8/8h (caso uso prévio de cefalosporinas 3 geração ou nova intervenção cirúrgica) Se risco elevado para fungo associar micafungina 100mg / dia ()
FOCO RESPIRATÓRIO	

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepsis	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	


COMUNITÁRIA () Ceftriaxone 2g 24/24 h + Claritromicina 500mg 12/12 h () Suspeita de aspiração: Clindamicina 600 mg 6/6h () ao invés de claritromicina Relacionada a cuidados com a saúde (), risco de <i>Pseudomonas</i> (), ou internação nos últimos 90 dias (): Cefepime 2g 8/8 h () ou Piperacilina/Tazobactam 4,5g 6/6 h()	HOSPITALAR () Piperacilina/Tazobactam 4,5g 6/6h () ou Cefepime 2g 8/8 h () Caso nova infecção em uso de cefalosporinas() ou Piperacilina/Tazobactam: Meropenem 2g 8/8h () + Vancomicina 25-30mg/kg/dose ataque, seguido de 15-20mg/kg/dose divididos 8/8h ou 12/12) () Considerar Polimixina B 25.000 UI/kg (dose ataque) seguido de 15.000 UI/kg 12/12 horas para paciente em uso prévio de Meropenem ou colonizado por bacilo gram negativo multirresistente.
INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA A CATETER	
HEMODIÁLISE () Vancomicina 25-30mg/kg/dose, seguido de 15-20mg/kg/doses subsequentes () + Meropenem 2g 8/8 h	Vancomicina 25-30mg/kg/dose, seguido de 15-20 mg/kg/dose 8/8h ou 12/12 + Meropenem 2g 8/8h () Considerar Polimixina B 25.000 UI/kg (dose ataque) seguido de 15.000 UI/kg 12/12 horas para paciente em uso prévio de Meropenem ou colonizado por bacilo gram negativo multirresistente. Se risco elevado para fungo: micafungina100mg / dia()

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepsis	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	

PARTES MOLES	
COMUNITÁRIA () Oxacilina 2g 4/4 h ou Cefalotina 2g 4/4 h () Pé diabético ou Úlcera de Pressão () Ciprofloxacino 400mg 12/12h + Clindamicina 600mg 6/6 h	HOSPITALAR () Vancomicina 25-30mg/kg/dose ataque, seguido de 15-20mg/kg/dose divididos 8/8h ou 12/12h () + Piperacilina/tazobactam 4,5 g 6/6 horas Se uso prévio de cefalosporina de 3 geração: Meropenem 2g 8/8h associado a Vancomicina
SISTEMA NERVOSO CENTRAL	
COMUNITÁRIA () Meningite bacteriana () Vancomicina 25-30mg/kg/dose, seguido de 15-20 mg/kg/dose 8/8h + Ceftriaxone 2g 12/12 h () . Obs: Imunossuprimido e/ou > 50 anos, associar Ampicilina 02g 4/4h Abscesso cerebral () Ceftriaxone 2g 12/12h + Oxacilina 2g 4/4h + Metronidazol 500mg 6/6h ()	PÓS-CIRÚRGICA () HOSPITALAR () Meningite/Ventriculite: Vancomicina 25-30mg/kg/dose, seguido de 15mg/kg/dose 8/8h + Meropenem 2g 8/8 h ()
SEM FOCO IDENTIFICADO	
COMUNITÁRIA () Oxacilina 2g 4/4h + Ceftriaxone 2 g 24/24h	HOSPITALAR () Vancomicina 25-30mg/kg/dose, seguido de 15-20 mg/kg/dose 8/8h ou 12/12h + Piperacilina/Tazobactam 4,5g 6/6 h ou Meropenem 2g 8/8 h ()

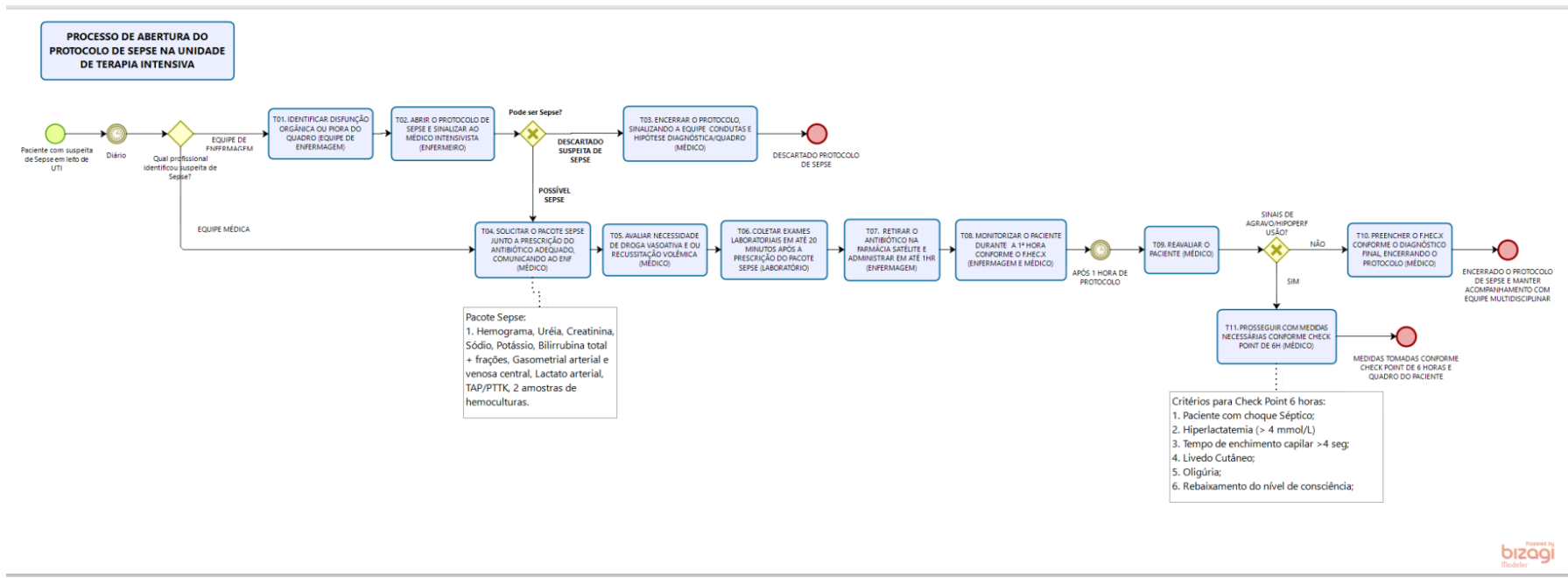
	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepse	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	


	Considerar Polimixina B 25.000 ui/kg (dose ataque) seguido de 15.000 ui/kg 12/12 horas, para paciente em uso prévio de Meropenem ou colonizado por bacilo gram negativo multirresistente.
--	---

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepsis	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023 Versão: 000	

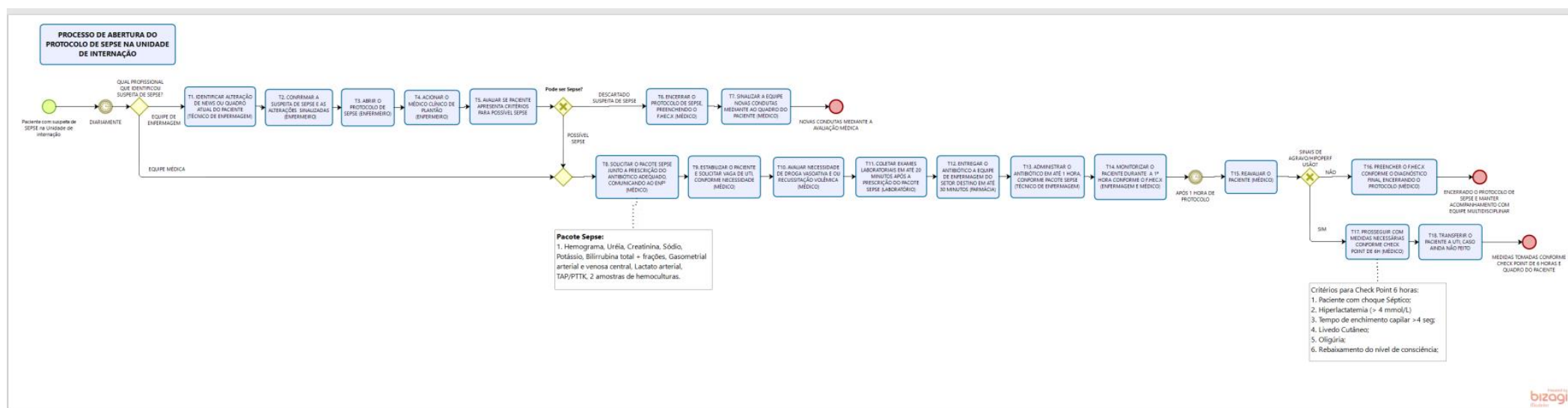
5. FLUXOGRAMA


5.1 Processo de abertura do protocolo de sepsis na unidade de terapia intensiva:



	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepsis	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	

5.2 Processo de abertura do protocolo de sepsis nas unidades de internação:



	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepse	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	

5. INDICADOR

N/A

6. ANEXOS

N/A

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

Revisão	Alterações
000	Emissão Inicial
001	1ª revisão
002	2ª revisão – Atualizado esquemas de antibioticoterapia

8. REFERÊNCIAS


Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012;

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2016;

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2018;

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2021;

Instituto Latino Americano de Sepse - PROTOCOLO CLÍNICO Atendimento ao paciente adulto com sepse / choque séptico. 2018; Instituto Latino Americano de Sepse - ROTEIRO DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL GERENCIADO DE SEPSE. 2019;

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HEC.006
	TÍTULO: PROTOCOLO DE SEPSE	
ELABORADO POR: Time de Sepse	APROVADO POR: Marcelo Torres- Diretor Técnico Dina Karla Rodrigues- Diretora Administrativa	
REVISADO POR: Jessyca Barreto- Supervisora de gestão da qualidade Terezinha Lopes – Enfermeira SCIH	Data Aprovação: 26/04/2023	
	Versão: 000	

Responsável pela Elaboração	Responsável pela Revisão	Responsável pela Aprovação
Leticia Kelly Freitas Lima Marcelo Torres Thayna Souto de Lima Azevedo Frederico Machado Gustavo Costa Pinto Pablo p. Baptista Heverton Caliman Campos Valéria Lima Sá Suelma Regina Nascimento	Jessyca Barreto Terezinha Lopes	Marcelo Torres Dina Karla Rodrigues

ASSINATURAS (12)

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

LETÍCIA KELLY FREITAS LIMA
S35-ENFERMEIRO DE GESTÃO DA QUALIDADE
SQUA (HEC) - INOVA - GOVES
assinado em 12/05/2023 08:20:15 -03:00

JESSYCA BARRETO MELO DE JESUS NEVES
SUPERVISOR HOSPITALAR II
SQUA (HEC) - INOVA - GOVES
assinado em 17/05/2023 12:45:03 -03:00

PABLO PIGNATON BAPTISTA
CIDADÃO
assinado em 12/05/2023 13:29:25 -03:00

THAYNA SOUTO DE LIMA AZEVEDO
COORDENADOR HOSPITALAR II
CINT (HEC) - INOVA - GOVES
assinado em 16/05/2023 14:45:37 -03:00

FREDERICO MACHADO DE SIQUEIRA
COH-II COORDENADOR HOSPITALAR II
CUTI (HEC) - INOVA - GOVES
assinado em 12/05/2023 13:01:30 -03:00

GUSTAVO COSTA PINTO
CIDADÃO
assinado em 12/05/2023 11:57:22 -03:00

MARCELO AUGUSTO DE OLIVEIRA TORRES
DIRETOR TÉCNICO
DTEC (HEC) - INOVA - GOVES
assinado em 12/05/2023 15:21:10 -03:00

SUELMA REGINA NASCIMENTO
GERH-I GERENTE HOSPITALAR I
GASS (HEC) - INOVA - GOVES
assinado em 12/05/2023 14:35:32 -03:00

HEVERTON CALIMAN CAMPOS
COORDENADOR DE FÁRMACIA
CFARMAC (HEC) - INOVA - GOVES
assinado em 16/05/2023 14:37:19 -03:00

DINA KARLA RODRIGUES
DIRETORIA ADMINISTRATIVA
DADM (HEC) - INOVA - GOVES
assinado em 12/05/2023 11:03:48 -03:00

TEREZINHA LUCIA FAUSTINO LOPES
ENFERMEIRO DE COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO
HOSPITALAR
CCIH (HABF) - INOVA - GOVES
assinado em 12/05/2023 11:51:30 -03:00

VALÉRIA LIMA SA
CIDADÃO
assinado em 12/05/2023 11:29:40 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 17/05/2023 12:45:03 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por LETÍCIA KELLY FREITAS LIMA (S35-ENFERMEIRO DE GESTÃO DA QUALIDADE - SQUA (HEC) - 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/2023-1C3HR5>