

Título: Protocolo de Sepses Adulto

Versão: 2

Fase	Dt/Hr Início	Dt/Hr Fechamento	Usuário
Criação	18/07/2017 14:06	11/01/2018 15:14	Bruno Franco Mazza - Coordenação Médica
Revisão	11/01/2018 15:15	17/01/2018 14:32	Julianna Sandes Soares - Qualidade
Revisão SCIH	17/01/2018 14:34	18/01/2018 18:02	Bianca Grassi de Miranda - Gerência Nacional de Controle de Infecção Hospitalar
Aprovação	18/01/2018 18:02	16/02/2018 17:04	Bianca Grassi de Miranda - Gerência Nacional de Controle de Infecção Hospitalar
Finalização	16/02/2018 17:05		

INDICE

	Página
1. OBJETIVO	2
2. ABRANGÊNCIA	2
3. DESCRIÇÃO/DEFINIÇÕES	2
4. REFERÊNCIA	9
5. ANEXO	10

1. OBJETIVO

Estabelecer e definir as normativas do protocolo gerenciado de Sepses no grupo de hospitais do Américas Serviços Médicos, tendo como objetivos principais:

- Sistematizar o atendimento e estabelecer o adequado processo diagnóstico e terapêutico neste grupo de pacientes;
- Incorporar as novas definições de Sepses;
- Utilizar de forma racional os recursos diagnósticos e terapêuticos nesse grupo de pacientes;
- Reduzir atrasos no tratamento;
- Reduzir o tempo de permanência, a morbidade e a mortalidade hospitalar.

2. ABRANGÊNCIA

Equipe multidisciplinar.

3. DESCRIÇÃO/DEFINIÇÕES

Descrição:

Qualquer paciente que apresente, na triagem inicial, pelo menos dois critérios de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) deverá ser incluído no protocolo, sendo este o tempo zero. Após a avaliação médica existem duas possibilidades:

- Existir a suspeita ou a confirmação do quadro infeccioso:

Caso exista a presença de infecção, suspeita ou confirmada, e exista algum fator de risco para o desenvolvimento de Sepses (Tabela 1) e/ou o paciente apresente pelo menos um dos critérios do qSOFA positivo (Tabela 2), deveremos seguir o fluxo do protocolo, com a coleta de exames do protocolo Sepses (Tabela 3) e com a administração de antibióticos dentro da primeira hora do diagnóstico, que será considerada o momento da inclusão inicial, como descrito acima. É importante ressaltar que o uso a administração dos antibióticos não pode ser postergado pela coleta dos exames, incluindo a coleta de culturas, sendo que a administração destes é uma das maiores prioridades nesses casos. Também devemos estar atentos que na ausência do acesso venoso periférico e/ou impossibilidade de punção central imediata, para não postergar a administração do antibiótico, devemos buscar outra via para a administração do mesmo. Entre elas podemos citar a via intramuscular ou intraóssea. O esquema antibiótico a ser usado inicialmente deverá seguir a sugestão da padronização da comissão de controle de infecção hospitalar local.

Aqueles pacientes que apresentarem suspeita clínica ou infecção confirmada e não apresentem fatores de risco ou sinais de gravidade pelo qSOFA (Tabelas 1 e 2), serão avaliados no protocolo como infecção, seguindo o fluxograma para esses casos. Caso esses pacientes sejam internados e em algum momento apresentem dois ou mais sinais de SIRS e sinais de disfunção orgânica o protocolo de Sepses deverá ser reaberto, sendo caracterizado o momento do diagnóstico da disfunção como o momento da abertura do protocolo.

- Não apresentar infecção:

Caso não seja constatada a suspeita ou presença de infecção o paciente deverá ser excluído do protocolo.

Após essa avaliação inicial, caso o paciente apresente um quadro infeccioso e presença de um ou mais fatores de risco e ou pelo menos um dos critérios do qSOFA, deveremos seguir o fluxo do protocolo, buscando aqueles pacientes com maior gravidade. O objetivo nesse momento é identificar a presença de disfunção orgânica, com isso faremos a classificação e o diagnóstico de Infecção, Sepses ou Choque Séptico, de acordo com as novas definições (1).

Aqueles pacientes que apresentarem o diagnóstico de Sepses ou de Choque Séptico, em virtude de uma maior possibilidade de complicações nas primeiras horas de evolução, terão indicação de serem internados na unidade de terapia intensiva (UTI), enquanto que aqueles pacientes com diagnóstico de infecção poderão ser alocados nas unidades de internação e monitorados. Caso estes pacientes apresentem algum sinal de disfunção devem ser encaminhados para a UTI.

A presença de disfunção orgânica, no nosso protocolo, será avaliada pela presença de um dos critérios listados na (Tabela 4).

Tabela 1. Fatores de risco

Fatores de risco
Idade > 65 anos
Doença pulmonar obstrutiva crônica
Diabetes
Insuficiência cardíaca congestiva
Insuficiência renal crônica
Insuficiência hepática
Presença de neoplasia
Pacientes transplantados
Imunossupressão
Gestação /puerpério

Tabela 2. qSOFA

Parâmetros avaliados

Frequência respiratória ≥ 22 incursões por minuto

Pressão arterial sistólica ≤ 100 mmHg

Alteração aguda do nível de consciência

Tabela 3. Exames do protocolo de sepse.

Exames solicitados

Lactato arterial ou venoso

Gasometria arterial

Hemograma completo

Sódio

Potássio

Ureia

Creatinina

Glicemia

TTPa/TAP/ RNI

Bilirrubinas

Dois pares de hemocultura e culturas de outros locais caso sejam necessárias (Desde que não atrase a administração dos antibióticos)

Definição:

Sepse, segundo os novos conceitos é uma resposta do organismo a um quadro infeccioso, associado à presença de uma disfunção orgânica. Já o choque séptico é definido como sendo a presença de hipotensão com necessidade de uso de vasopressores associado à presença de hiperlactatemia(1).

A presença de disfunção orgânica, no nosso protocolo, será avaliada pela presença de um dos critérios listados na tabela. 4

Tabela 4. Disfunção orgânica

Crítérios avaliados

- PA sistólica < 90 mmHg ou PAM < 70 mmHg e/ou utilização de drogas vasoativas
 - $\text{SatO}_2 < 90\%$ em ar ambiente e/ou necessidade de uso de oxigênio e/ou $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 300$ mmHg
 - Ausência de diurese por 6h e/ou aumento de creatinina de 50% em relação ao basal e/ou creatinina $> 2,0$ mg/dl
 - Alteração aguda do nível de consciência (Glasgow < 13)
 - Plaquetas < 100.000 cels/ μL
 - Lactato arterial ou venoso $> 2x$ o valor superior da normalidade
 - Bilirrubina $> 2,0$ mg/dl
-

Considerações:

Desde a primeira definição de Sepsis publicada em 1992 (2), e revista em 2003(3), sempre se notou uma necessidade de critérios que mostrassem a realidade e a gravidade da doença nos dias atuais. Isso fez com que em 2016, a Society of Critical Care Medicine (SCCM) e a European Society of Critical Care Medicine (ESICM) realizassem uma nova conferência de consenso gerando uma publicação com as novas definições de Sepsis, hoje denominada como Sepsis 3.0 (1). Em resumo, a definição ampla de Sepsis pela nova publicação, é definida pela “presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida, secundária à resposta desregulada do organismo à infecção”. O diagnóstico clínico de disfunção orgânica se baseia na variação de dois ou mais pontos no escore Sequential Organ Failure Assessment (SOFA). A presença dos critérios da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) não é mais necessária para a definição da Sepsis, como vinha sendo utilizada por vários anos.

A mensagem principal que devemos entender é que todos os pacientes com Sepsis devem ser considerados graves, com alto potencial de complicações e risco de óbito. Em virtude disso deixaremos de utilizar o conceito de “Sepsis grave”.

O Choque Séptico é definido como “um subgrupo dos pacientes com Sepsis que apresentam acentuadas anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas e associadas com maior risco de morte do que a Sepsis isoladamente”. Os critérios diagnósticos de Choque Séptico foram definidos como a “necessidade de vasopressor para manter uma pressão arterial média acima de 65mmHg após a infusão adequada de fluidos, associada a nível sérico de lactato acima de 2mmol/L, ou acima do maior valor de referência (4).

Outro fator importante foi a introdução do uso de um escore SOFA simplificado, denominado “quick SOFA” (qSOFA). Trata-se de uma ferramenta a ser utilizada a beira do leito para identificar rapidamente pacientes adultos com maior probabilidade de ter desfechos clínicos desfavoráveis, se eles apresentarem infecção. Assim, trata-se de uma ferramenta apenas para triagem, que procura identificar pacientes graves, e que não deve ser utilizada para definição de Sepsis. Ele é positivo quando o paciente apresenta pelo menos dois dos critérios clínicos a seguir: frequência respiratória ≥ 22 /incursões por minuto, alteração aguda do nível de consciência (escore segundo a Escala de Coma de Glasgow inferior a 15), ou pressão arterial sistólica de ≤ 100 mmHg (5).

Na nossa realidade ainda existem alguns problemas com as novas definições, logo, se fez necessário alguns ajustes para que o aumento da especificidade das novas definições, principalmente na realidade brasileira onde a mortalidade pela Sepsis ainda é elevada, não levasse a uma redução na sensibilidade no diagnóstico e conseqüentemente com a perda de oportunidades no tratamento rápido e adequado da doença (6, 7).

Abordagem terapêutica na Sepsis:

Com base no arsenal terapêutico atual e de eficácia comprovada, o objetivo fundamental do tratamento é a manutenção de um suporte cardiorrespiratório e metabólico, que permita manter o paciente vivo até a sua recuperação integral. O controle definitivo do foco infeccioso é imperativo no tratamento, sendo a primeira prioridade.

A utilização de pacotes de atendimento vem se mostrando eficazes na redução da mortalidade da doença. As diretrizes da “*Surviving Sepsis Campaign*” são revisadas periodicamente, analisando as melhores evidências no tratamento da doença(8).

Atualmente o tratamento inicial divide-se em dois pacotes, o de 3h e o de 6h, que compreendem as seguintes estratégias, tabela 5:

Tabela 5. Pacotes de 3 e 6h

Pacote de 3h	Pacote de 6h
Coleta de lactato	Uso de vasopressores
Coleta de hemoculturas antes do início do ATB	Reavaliação do estado volêmico / perfusional
Iniciar uso de ATB em até 1h	Nova medida de lactato.
Ressuscitação volêmica inicial (recomendação de 30ml/kg de cristalóide)	

Gerenciamento

O gerenciamento do protocolo será realizado pela gerência nacional de qualidade com a análise seguintes indicadores:

- Indicadores de processo:
 - Conformidade dos pacientes com sepse/choque séptico que receberam antibiótico na 1h
 - Conformidade dos pacientes com sepse/choque séptico que colheram hemoculturas antes do antibiótico
 - Conformidade dos pacientes com sepse/choque séptico que colheram lactato
 - Conformidade dos pacientes com sepse/choque séptico que receberam a ressuscitação volêmica adequada
 - Conformidade global dos pacientes com sepse/choque séptico que realizaram todas as medidas
- Indicadores de resultado:
 - Tempo de permanência na unidade de terapia intensiva
 - Tempo de permanência no hospital
 - Mortalidade hospitalar
 - Razão de mortalidade padronizada pelo SAPS 3

4. REFERÊNCIA

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. Bone RC, Sibbald WJ, Sprung CL. The ACCP-SCCM consensus conference on sepsis and organ failure. *Chest*. 1992;101(6):1481-3.
3. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. *Critical care medicine*. 2003;31(4):1250-6.
4. Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, Seymour CW, Liu VX, Deutschman CS, et al. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Jama*. 2016;315(8):775-87.
5. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Jama*. 2016;315(8):762-74.
6. Machado FR, Assuncao MS, Cavalcanti AB, Japiassu AM, Azevedo LC, Oliveira MC. Getting a consensus: advantages and disadvantages of Sepsis 3 in the context of middle-income settings. *Revista Brasileira de terapia intensiva*. 2016;28(4):361-5.
7. Machado FR, Nsutebu E, Abdulaziz S, Daniels R, Finfer S, Kissoon N, et al. Sepsis 3 from the perspective of clinicians and quality improvement initiatives. *Journal of critical care*. 2017.
8. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive care medicine*. 2017;43(3):304-77.

5. ANEXO

Anexo 1 – Fluxograma de atendimento protocolo de Sepse adulto.

Histórico das Versões			
Versão	Dt/Hr.Finalização	Motivo da criação dessa versão	Histórico:
1	18/07/2017 14:57	--	--
2		Novos critérios de avaliação	Alterações relacionadas com o consenso realizado com os diversos hospitais e a "Amil Medical research", onde alteramos os valores dos critérios de definição das disfunções orgânicas