



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 1/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

1. SUMÁRIO

2. SIGLAS E CONCEITOS	2
3. OBJETIVOS	3
4. JUSTIFICATIVAS.....	3
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	5
6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	5
7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO*	8
8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS*	11
9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO*	122
10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO*	177
11. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA*	188
12. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA*	199
13. FLUXOGRAMAS.....	20
14. MONITORAMENTO.....	21
15. REFERÊNCIAS.....	21
16. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	222



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 2/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/01/2024

2. SIGLAS E CONCEITOS

APEV - Água Pulmonar Extravascular
BIC - Bomba de Infusão Contínua
Bpm - Batimentos cardíacos por minuto
CAP - Cateter de Artéria Pulmonar
CVC - Cateter Venoso Central
DC - Débito Cardíaco
dL - Decilitro (s)
FC - Frequência Cardíaca
FiO₂ - Fração Inspiratória de Oxigênio
FR - Frequência Respiratória
H - Hora (s)
IPM - Incursões Respiratórias por minuto
IV – Intravenoso
L - Litro (s)
mg - Miligrama (s)
mL - Mililitro (s)
mm - Milímetro (s)
mmHg - Milímetro (s) de Mercúrio
mMol - Milimol (es)
O₂ – Oxigênio
PA - Pressão Arterial
PAI - Pressão Arterial Invasiva
PAM - Pressão Arterial Média
PAO₂ - Pressão Parcial de Oxigênio Arterial
PAS - Pressão Arterial Sistólica
pH - Potencial Hidrogeniônico
PNI - Pressão Arterial Não Invasiva
PvcO₂ - Pressão Parcial Venosa Central de Oxigênio
PvO₂ - Pressão Parcial Venosa Mista de Oxigênio
SaO₂ - Saturação Venosa Mista de Oxigênio
SDRA - Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto
SOFA - Sequential Organ Failure Assessment (Score)
SpO₂ - Saturação Venosa Central de Oxigênio
SVD - Sonda (ou Cateter) Vesical de Demora
Tc – Temperatura corporal
TEC - Tempo de Enchimento Capilar
USIC - Ultrassonografia Cardíaca do Intensivista
USIP - Ultrassonografia Pulmonar do Intensivista
VMI - Ventilação Mecânica Invasiva
μL - Microlitro (s)



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 3/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/01/2024

Sepse: consiste na disfunção orgânica associada a risco de morte causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção.

Choque Séptico: é definido como a sepse que tem anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas associadas a um risco maior de mortalidade do que a sepse isolada.

Infecção: é a invasão, por microrganismos, de uma cavidade normalmente estéril ou a presença de inflamação, provocada por germes, em regiões do corpo que normalmente não são estéreis.

Bacteremia ou Fungemia: é a presença de organismos viáveis no sangue, ou seja, o paciente tem um patógeno reconhecido e identificado (em uma ou mais amostras).

Hemoculturas: qualificam-se aquelas coletadas para culturas bacterianas (aeróbicas ou anaeróbicas), bacilos álcool-ácido resistentes e fungos. As hemoculturas para vírus específicos (por exemplo, citomegalovírus) são excluídas.

Disfunção Orgânica: é definida como um aumento de dois ou mais pontos no escore SOFA.

Procedimentos Operacionais Padrão: são o conjunto de práticas que determinam uma resposta preferencial a circunstâncias clínicas específicas, no caso, todos os processos sistematizados contidos neste protocolo.

“Pacote” (Bundle) de Intervenção: é um conceito desenvolvido pelo Institute for Healthcare Improvement norte-americano com o intuito de melhorar a estruturação de processos de intervenção em determinadas doenças. Os “pacotes” consistem em um conjunto de processos de melhoria e métodos de manutenção projetados sincronicamente. Os componentes desses “pacotes” são obrigatoriamente baseados na melhor evidência científica disponível e caracteristicamente são todos eles necessários, complementares e suficientes.

3. OBJETIVOS

Estabelecer normas e diretrizes assistenciais à equipe multidisciplinar da UTI Adulto do HULW-UFPB/EBSERH com a finalidade de identificar, de forma sistemática e precoce, os pacientes com SEPSE e assim instituir prognóstico, monitorização e tratamento adequados.

4. JUSTIFICATIVAS

A sepse, definida como disfunção orgânica com risco de morte devido a uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção (SINGER et al., 2016), é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como uma prioridade de saúde global (OMS,2017).



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 4/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/01/2024

Mundialmente, a incidência de sepse em adultos com necessidade de internação é estimada em 270 por cada 100.000 indivíduos, com uma mortalidade avaliada em 26%. Essas cifras, descontados os casos de sepse em crianças ou extra-hospitalares, equivaleria a 19,4 milhões de casos e 5,3 milhões de mortes em todo o mundo, a cada ano.

Atualmente, não existe tratamento farmacológico eficaz para a sepse, o que torna crucial estabelecer o reconhecimento precoce seguido da reanimação e da instituição imediata de antibioticoterapia apropriada, com o objetivo de melhorar o desfecho dos pacientes acometidos por essa síndrome. Nesse sentido, torna-se relevante o desenvolvimento de condutas padronizadas e apropriadas para manejar os casos de sepse.

A análise dos dados de 1.105 pacientes internados na UTI Adulto do HULW, durante o período de 01/01/2014 a 30/04/2019 (MENDES, 2022), revelou que 194 deles (17,55%) já apresentavam sepse ou choque séptico nas primeiras 24 horas de internação. Esse grupo tinha como principal característica a extrema gravidade, revelada pelo escore SAPS 3 médio de 70,32 (contra 59,09 dos demais doentes), assim como um grande número de disfunções orgânicas (escore SOFA médio de 5,97, também no primeiro dia de UTI). Não surpreendentemente, o tempo médio de internação desses pacientes foi bastante prolongado (14,78 dias, comparativamente aos demais, cuja média foi de 10,33 dias) e a mortalidade, muito alta (51,05% de mortalidade ainda na própria UTI, contra 33,14% do grupo total de indivíduos).

Além desses, uma boa parte dos pacientes (435 ou 39,36%) terminou por desenvolver sepse ou choque séptico no decorrer da internação. Esse grupo, apesar de também grave (SAPS 3 médio: 60,25; SOFA médio de 1o dia: 4,97), teve um desfecho mais favorável na UTI, com 32,44% de mortalidade.

Outro dado também relevante é que a idade média dos pacientes sépticos (56,13 anos) não diferiu substancialmente daquela dos demais internados (54,74), o que de certa forma diverge dos achados epidemiológicos da literatura médica, nos quais os indivíduos mais velhos (≥ 65 anos) representam a maioria (60 a 85 por cento) dos pacientes sépticos (EVANS et al., 2021; MARTIN et al., 2003; KAUKONEN et al., 2014; ANGUS et al., 2001).

Não obstante, a análise de tais dados ressalta a importante prevalência dessa patologia no âmbito da UTI Adulto do HULW e fundamenta a prioridade em sistematizar a assistência a esses pacientes.

Essa sistematização envolve, antes de mais nada, viabilizar a averiguação meticulosa e constante, por parte de todos os membros da equipe multidisciplinar, com o objetivo de detectar os indivíduos com alto risco de desenvolver sepse (e assim poder adotar as medidas profiláticas cabíveis), bem como identificar os pacientes com sepse já estabelecida, preferencialmente nas fases mais precoces e com a menor quantidade de disfunções orgânicas possível.

Uma vez identificado o paciente séptico, a próxima etapa consiste em deflagrar as medidas de investigação, monitoramento e tratamento recomendadas e que estão discriminadas neste documento.

Adicionalmente à instauração dos processos assistenciais, este protocolo prevê o delineamento de um projeto educacional visando a capacitação e atualização da equipe multiprofissional da UTI Adulto, inicialmente, assim como do corpo assistencial do HULW em SEPSE, em uma etapa posterior. Esse propósito é coerente com uma metanálise (DAMIANI et al., 2015) cujos resultados vincularam iniciativas desse tipo a uma maior eficiência dos programas de melhoria

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 5/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

de desempenho em promover a aderência dos profissionais de saúde às metas e “pacotes” de intervenção voltados a essa síndrome.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

- Todos os pacientes que apresentem, em algum momento da internação na UTI, ou na sua admissão, quadro compatível com sepse ou choque séptico.
- Idade \geq 18 anos ou entre 14 a 18 anos, desde que tenham um peso corporal acima de 45 Kg.

Critérios de exclusão:

- Pacientes em cuidados de final de vida.
- Idade $<$ 14 anos.
- Recusa do paciente.

6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Equipe do Laboratório

- Receber solicitação do exame;
 - Coletar os materiais necessários;
 - Preparar as amostras para realização dos exames;
 - Analisar e liberar/informar os resultados para a UTI nos prazos de coleta aqui estabelecidos:
1. Hemoculturas: no máximo, em 45 minutos.
 2. Demais: preferencialmente, em menos de uma hora.

Enfermeiro:

- Realizar admissão do paciente com a classificação de risco para SEPSE, conforme determinado neste documento;
- Calcular e registrar o escore SOFA (conforme Tabela 1), tão logo os exames necessários estejam disponíveis;
- Calcular e registrar o escore NEWS no campo específico do prontuário (conforme Tabela 3);

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 6/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

• Nos pacientes com **alto risco** ou **risco moderado a alto de SEPSE**, notificar **imediatamente** o médico intensivista, se:

- o escore **SOFA** do paciente for **maior ou igual a 2**; ou
- o escore **NEWS** for **maior ou igual a 5**.

• Registrar as alterações, seus respectivos horários e demais comunicações realizadas ao médico;

• Coordenar, junto ao médico, as ações da equipe de assistência na execução do pacote da primeira hora e realizar supervisão de enfermagem;

• Em conjunto com o médico, preencher formulário de SEPSE sobre as ações dos pacotes de intervenção;

• Providenciar oxigenioterapia, se necessário;

• Realizar os procedimentos de monitorização necessários e orientar o técnico de enfermagem (mensuração de PVC, PA, oximetria, monitorização cardíaca, cateterismo vesical de demora, balanço hídrico, glicemia capilar, etc);

• Notificar o laboratório e controlar os prazos para a coleta dos exames incluídos neste protocolo;

• Coletar sangue de acesso venoso central, se necessário;

• Supervisionar prescrições, como infusão de fluídos, vasopressores e administração de antibióticos;

• Realizar cateterismo vesical de demora e coletar urina, se necessário;

• Preencher a ficha de SEPSE com ao Médico Intensivista.

Técnico de Enfermagem:

• Aferir sinais vitais na admissão e conforme prescrição, assim como nas reavaliações, em caso de instabilidade hemodinâmica;

• Registrar as alterações, seus respectivos horários e as demais comunicações realizadas ao médico/enfermeiro;

• Executar as prescrições médicas e de enfermagem;

• Puncionar acesso venoso periférico calibroso (ou solicitar ajuda ao enfermeiro, em caso de dificuldade);

• Auxiliar o enfermeiro na monitorização do paciente e no atendimento de emergências;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 7/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/01/2024

- Caso sejam prescritos dois antibióticos, priorizar a administração da droga em *bolus* para, logo após, infundir o segundo, em diluição (caso se aplique). Se necessário, puncionar dois acessos periféricos, para que a administração seja feita o mais rapidamente possível;
- Realizar registro das ações e dos horários em que foram executadas e comunicar eventuais alterações ao médico/enfermeira.

Médico:

- **Identificar os pacientes que devam ser incluídos no protocolo de SEPSE**, comunicar a equipe multiprofissional e proceder os registros necessários na Ficha de Protocolo da SEPSE, inclusive horários do diagnóstico e da(s) disfunção(ões);
- **Implantar este protocolo** (na qualidade de **principal responsável**) e compartilhar das ações do pacote de SEPSE com a equipe de enfermagem;
- Se necessário, realizar a punção de acesso venoso central, observando rotinas de barreira máxima (necessidade de vasopressor ou acesso periférico ineficaz);
- Solicitar coleta dos exames laboratoriais necessários à triagem e classificação de risco de SEPSE, além dos demais (de imagem, inclusive) que se fizerem necessários à condução do caso;
- Avaliar resultados dos exames e solicitar novas dosagens de lactato sérico ao final da segunda, terceira e sexta hora, bem como avaliar o TEC a cada 30 minutos, até que seja constatado retorno de perfusão sistêmica adequada;
- Acompanhar o resultado das manobras de intervenção e reformular a estratégia terapêutica, se necessário;
- Prescrever os itens do Pacote de 1ª hora. Prescrever os antibióticos adequados e no prazo exigido, de acordo com o foco presumido da infecção;
- Identificar a prescrição médica como “Protocolo de SEPSE”;
- Investigar e remover o foco infeccioso, se necessário e possível. Solicitar parecer da equipe cirúrgica, quando indicado;
- Preencher, juntamente com o Enfermeiro, os campos pertinentes nos impressos destinados a este protocolo (Pacote da 1a hora e Ficha de Triagem e Protocolo), ambos nos **ANEXOS**.

Equipe da Farmácia:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 8/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

- Dispensar com prioridade: antimicrobianos prescritos, Ringer Lactato, insumos e outros itens necessários ao cumprimento deste protocolo;
- Caberá ao Farmacêutico Clínico supervisionar as ações e passos deste protocolo, tão logo instaurado, direta ou indiretamente correlatos ao setor de Farmácia, para garantir o estrito cumprimento dos prazos e metas previstos neste documento.

7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO*

Ao realizar a anamnese do paciente com suspeita de sepse deve ser investigado fatores de risco. a maioria dos fatores de risco para o desenvolvimento de sepse enfoca a predisposição do paciente à infecção. Por outro lado, nos indivíduos os quais já têm instalado o processo infeccioso, tais predisponentes ainda não foram claramente discriminados.

Importante ressaltar que a presença de tais fatores de risco deve sempre alertar os profissionais de saúde para a possibilidade da síndrome, ou seja, toda a equipe assistencial deve "pensar na sepse", particularmente quando confrontada a um paciente com um ou mais dessas condições relacionadas a maior propensão. Os principais determinantes de risco encontram-se minimamente detalhados nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2: Fatores de Risco para Desenvolvimento de SEPSE

Infecção genérica
Aspectos genéticos do hospedeiro (por exemplo, fator de necrose tumoral α e polimorfismos do receptor Toll-like)
Extremos de idade.
Imunossupressão genética.
Exposição a epidemia.
Imunossupressão adquirida ou desregulação imunológica (eg: câncer, drogas imunossupressoras (como os corticóides), diabetes, abuso de álcool, esplenectomizados, anemia falciforme, doenças com perda da integridade da pele, entre outros).
Infecção primária da corrente sanguínea
Cateteres de demora.
Nutrição parenteral.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 9/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

Tabela 2: Fatores de Risco para Desenvolvimento de SEPSE

Abuso de drogas por via intravenosa.
Infecção torácica - semelhantes à infecção genérica, além de:
DPOC.
Intubação endotraqueal prolongada.
Cirurgias torácicas, abdominais e ortopédicas de grande porte, há menos de seis semanas.
Broncoaspiração.
Infecção do trato urinário
SVD.
Pouca mobilidade (por exemplo, residentes de lares de idosos).
Sexo feminino.
Fatores de risco para desenvolver sepse
Menos definidos.
Semelhante ao risco de infecção.
Genética do hospedeiro.

Fonte: Traduzido e adaptado de (CECCONI et al.,2018)

Os achados da anamnese e exame físico são em geral inespecíficos, mas podem incluir (EVANS et al., 2021):

- Sintomas e sinais específicos de uma fonte infecciosa (como por exemplo, tosse e dispneia são associados a pneumonia, enquanto dor e exsudato purulento em uma ferida cirúrgica podem fazer pensar em um abscesso).
- Hipotensão arterial (eg: PAS < 90 mmHg, PAM < 70 mmHg, queda da PAS superior a 40 mmHg ou maior que dois desvios padrão abaixo dos valores normais para a idade).
- TC > 38,3 oC ou < 36oC.
- FC > 90 bpm ou mais de dois desvios padrão acima do valor normal para a idade.
- FR > 20 ipm.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 10/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

- Sinais de hipoperfusão de órgãos-alvo:

Nas fases iniciais da sepse, a pele pode estar quente e avermelhada, mas com a progressão para o estado de choque circulatório, pode sofrer resfriamento devido ao redirecionamento do fluxo sanguíneo para os órgãos mais centrais, da mesma forma que a diminuição do enchimento dos capilares sanguíneos, aumento do TEC, cianose ou livedos também podem indicar progressão para choque séptico.

Outros sinais importantes de hipoperfusão, principalmente nos indivíduos com idade mais avançada, incluem alterações do estado mental, como obnubilação ou agitação psicomotora e diminuição da perfusão renal, representada por oligúria ou anúria.

Íleo paralítico e ruídos intestinais ausentes são um sinal preocupante de hipoperfusão e representam uma fase tardia e grave da evolução.

- Condições Prévias:

É também importante ter em mente que esses achados podem ser modificados por condições ou pelo uso de drogas precedentes à sepse:

Assim, idosos, diabéticos ou pacientes em uso de betabloqueadores podem não desenvolver taquicardia correspondente à queda da PA.

Por outro lado, os indivíduos mais jovens apresentam-se amiúde com FC muito elevada e costumam desenvolver hipotensão apenas em estágios mais avançados do quadro, muitas vezes, de forma súbita.

Por fim, pacientes com hipertensão arterial sistêmica crônica podem desenvolver hipoperfusão crítica com níveis de PAM mais altos do que indivíduos anteriormente saudáveis.

Tabela 3: Ferramenta de estratificação de risco para pacientes com suspeita de SEPSE

Categoria	Critérios para ALTO Risco	Critérios para Risco ALTO a MODERADO	Critérios para BAIXO Risco
História	<ul style="list-style-type: none"> • Evidência objetiva de novo episódio de alteração do estado mental 	<ul style="list-style-type: none"> • História de novo início de comportamento ou estado mental alterado. • História de deterioração aguda da capacidade funcional. • Depressão imune (por doença ou medicamentos, incluindo esteróides orais). • Trauma, cirurgia ou procedimentos invasivos nas últimas 6 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento inalterado

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 11/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

Tabela 3: Ferramenta de estratificação de risco para pacientes com suspeita de SEPSE

Categoria	Critérios para ALTO Risco	Critérios para Risco ALTO a MODERADO	Critérios para BAIXO Risco
Respiratório	<ul style="list-style-type: none"> FR elevada: ≥ 25 ipm Recente necessidade de aumento da FiO_2: $\geq 40\%$ para manter a SaO_2 acima de 92% (ou $> 88\%$ em DPOC) 	<ul style="list-style-type: none"> FR elevada: 21 a 24 ipm 	<ul style="list-style-type: none"> Sem critérios de risco alto ou moderado
PA	<ul style="list-style-type: none"> PA sistólica ≤ 90 mmHg ou 40 mmHg inferior à normalmente apresentada pelo paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> PA sistólica entre 91 a 100 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> Sem critérios de risco alto ou moderado
Circulação & Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> FC elevada: > 130 bpm. Sem diurese nas últimas 18 h. Pacientes com SVD: diurese inferior a 0,5 ml/kg/h. 	<ul style="list-style-type: none"> FC elevada: entre 91 e 130 bpm (para gestantes: 100 a 130 bpm) ou arritmia de início recente. Sem diurese nas últimas 12 a 18 horas Para pacientes com SVD: diurese de 0,5 a 1 ml/kg/h 	<ul style="list-style-type: none"> Sem critérios de risco alto ou moderado
Temperatura Corporal		<ul style="list-style-type: none"> Inferior a 36 °C 	
Pele	<ul style="list-style-type: none"> Presença de livedo ou coloração acinzentada da pele. Cianose da pele, lábios ou língua. Eritema cutâneo que não cede à pressão na pele. 	<ul style="list-style-type: none"> Sinais de possível infecção, incluindo vermelhidão, inchaço ou elevação no local da cicatriz cirúrgica ou sua ruptura. 	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de eritema que não cede à pressão na pele.

Fonte: (BURRELL et al., 2016)

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS*

O diagnóstico para sepse é estabelecido quando há:

- Suspeita de infecção

E

Alteração aguda no escore SOFA igual ou maior a 2 pontos, em consequência a uma infecção. O Consenso Sepsis-3 recomenda o uso de um aumento de dois pontos no escore SOFA de um paciente (ou uma pontuação de dois quando o paciente está sendo visto pela primeira vez) para a definição “formal” de SEPSE.

Já o diagnóstico de choque séptico é definido quando o paciente tem:



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 12/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

- Sepses
- E
- Hipotensão com necessidade de terapia vasopressora para manter uma PAM maior ou igual a 65 mmHg
- E
- Nível de lactato sérico maior que 2 mmol/L, após ressuscitação adequada com fluidos.

9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO*

9.1 Triagem e Inclusão no Protocolo:

Diagnóstico de SEPSE:

- A SEPSE deve ser **sempre** lembrada. A equipe multidisciplinar deve sempre interrogar: **“pode ser sepse?”** Se o paciente apresentar sinais ou sintomas que indiquem infecção.
- Caso haja suspeita de infecção, procurar identificar o foco.
- A equipe deve estar atenta aos pacientes **com fatores de risco** para SEPSE, que servem como um alerta, mas não obrigatoriamente exigem que se proceda uma investigação.
- Para avaliar os fatores de risco, usar a tabela 3. **Iniciar** a triagem se o paciente tiver **1 fator de alto risco** ou **2 fatores de risco moderado a alto**.
- Usar os **escores NEWS (Quadro 1) ou SOFA (Quadro 2)** ou ambos para iniciar a triagem para sepse, (a depender da disponibilidade dos exames necessários para o cálculo do SOFA).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 13/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

Quadro 1. Sistema de Score NEWS

Parâmetros Fisiológicos	Escore						
	3	2	1	0	1	2	3
FR (ipm)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Escala1 SpO ₂ (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Escala2 SpO ₂ (%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 em ar ambiente	93-94 em oxigênio	95-96 em oxigênio	≥ 97 em oxigênio
Ar ou O ₂ ?		Oxigênio					
PA Sistólica (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Pulso (bpm)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Nível de Consciência				Alerta			NAEM
Temperatura (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	

Nova Alteração no Estado Mental

FONTE: Traduzido e adaptado de Smith et al. (2019).

Observação: A escala 2 deve ser usada para pacientes com insuficiência respiratória hipercápnica e uma faixa recomendada de saturação de oxigênio de 88-92%.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 14/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

Quadro 2. Sistema de Score SOFA

	VARIÁVEL	ESCORE	VARIÁVEL	ESCORE
RESPIRATÓRIO			FÍGADO	
PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	< 400	1	BILIRRUBINA (μmol/L)	20-32
	< 300	2		33-101
	< 200 + VMI	3		102-204
	< 100 + VMI	4		> 204
SISTEMA NERVOSO			COAGULAÇÃO	
GLASGOW	13-14	1	PLAQUETAS (x10 ³ /μL)	< 150
	10-12	2		< 100
	6-9	3		< 50
	< 6	4		< 20
CARDIOVASCULAR				
PAM < 70 mmHg				1
Dopamina ≤ 5 μ/kg/min OU Dobutamina (em qualquer dose)				2
Dopamina > 5 μ/kg/min OU Epinefrina OU Norepinefrina (≤ 0,1 μ/kg/min)				3
Dopamina > 15 μ/kg/min OU Epinefrina OU Norepinefrina (> 0,1 μ/kg/min)				4
RENAL				
CREATININA (mg/dL) (ou Diurese)			1,2-1,9	1
			2,0-3,4	2
		(ou < 500 mL de Diurese/dia)	3,5-4,9	3
		(ou < 200 mL de Diurese/dia)	> 5,0	4

FONTE: Traduzido e adaptado de Vincent et al. (1998)

Sepse provável ou possível

- Usar a presença de **disfunções orgânicas** e dos **critérios de risco** listados na Tabela 3, para definir se a SEPSE é **provável ou possível**, da seguinte forma:

- Considerar como **SEPSE Provável**, os pacientes que apresentarem:

- Presença de Disfunção Orgânica.

E

- Pelo menos UM dos critérios de Alto Risco listados na tabela 3 OU pelo menos DOIS dos critérios de Risco Moderado a Alto.

- Considerar como SEPSE Possível, os pacientes que apresentarem sinais de infecção/inflamação, mas não tenham disfunções orgânicas ou os fatores de risco anteriormente descritos.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 15/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

CONDUTAS NA SEPSE POSSÍVEL E PROVÁVEL

- Caso se constate SEPSE Possível, deve-se prosseguir com a investigação do quadro de forma dissociada do previsto neste protocolo de SEPSE e adiar por três horas o início da antibioticoterapia até que se defina o diagnóstico de SEPSE Provável.
- Uma vez constatada a SEPSE Provável, devem-se continuar as medidas previstas neste protocolo (vide Quadro 1: "Seguimento do Protocolo", inserido no Fluxograma de Triagem e Tratamento da SEPSE, Figura 1, com "Pacote da 1a Hora" e Figuras 2 e 3: "Páginas 1 e 2 da Ficha de Triagem e Seguimento da SEPSE").
- Caso o paciente se apresente em choque circulatório, mesmo que a SEPSE ainda não tenha sido consistentemente comprovada, administrar antibióticos em no máximo 1 hora após o início do atendimento.
- As prioridades no atendimento do paciente com SEPSE e em estado crítico não diferem dos demais pacientes gravemente enfermos, ou seja: proteger as vias aéreas (caso indicado), corrigir a hipoxemia e estabelecer acesso venoso para a administração precoce de fluidos e outras drogas, inclusive, antibióticos. Quando não for possível providenciar um acesso venoso central, é permitido a infusão de drogas vasopressoras (especificamente, a Noradrenalina) em acesso venoso periférico, por períodos curtos de tempo, até que seja possível providenciar um acesso venoso central.
- Os exames de laboratório a serem inicialmente solicitados (caso ainda não tenham sido realizados) são:
 - I. Hemograma completo;
 - II. Proteína C Reativa;
 - III. Creatinina;
 - IV. Bilirrubinas;
 - V. Coagulograma;
 - VI. Gasometria arterial;
 - VII. Lactato (de preferência com resultado em 30 minutos);(2B)
 - VIII. Hemoculturas (2 amostras) e culturas de sítios com suspeita de infecção.
 - IX. Exames de imagem (à exceção da ultrassonografia, que pode ser realizada à beira do leito, sem necessidade de transporte) devem ser feitos apenas após estabilização do paciente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 16/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

9.2 Intervenções (Pacote) da 1a hora:

- **Ressuscitação com fluidos IV:** ofertar solução cristalóide (Ringer Lactato) para atingir euvolemia. Em alguns raros pacientes nos quais não for possível repor a volemia com a rapidez necessária apenas com cristalóides, é permitido usar solução colóide para atingir essa meta. Usar o TEC (a cada 30 minutos) e o Lactato Sérico (a cada 1 a 2 horas, inicialmente) para checar o restabelecimento da perfusão e as USIP e USIC como guias de limite de segurança para a oferta de fluidos.

Esse talvez seja o componente mais sensível entre os que integram o “pacote” da 1a hora. Isso porque a administração excessiva de fluidos pode resultar em aumento da água pulmonar extravascular e seus efeitos deletérios, tais como, insuficiência respiratória hipoxêmica, edema de órgãos, hipertensão intra-abdominal e aumento nos tempos de VMI, de UTI e inclusive do risco de morte.

Na UTI Adulto do HULW, já há muitos anos, costuma-se usar a USIP para avaliar o aumento de APEV, por meio da análise das Linhas B, não só como consequência da oferta de fluidos, mas também para avaliar o curso da SARA e as condições de descontinuação da VMI. Além disso, como a maior parte da equipe médica, inclusive os residentes de Medicina Intensiva, dominam tanto a técnica do exame de ultrassonografia pulmonar quanto cardíaca, este protocolo propõe a utilização dessas ferramentas como auxílio para nortear a oferta de fluidos IV na SEPSE.

- **Pressão Arterial:** administrar vasopressores (Noradrenalina é a primeira escolha) em caso de hipotensão, durante ou após a ressuscitação com fluidos para manter uma PAM ≥ 65 - Droga Vasoativa de escolha: Noradrenalina.

- **Antibioticoterapia:** administrar antibióticos de amplo espectro em no máximo 1 hora após o diagnóstico de SEPSE Provável.

Considerações: O regime de antibióticos a ser escolhido irá depender de diversos fatores, entre eles: a história do paciente (uso recente ou não de antibióticos, quais os microrganismos anteriormente envolvidos); comorbidades (diabetes, falência orgânica); defeitos imunológicos (HIV ou outras condições associadas a imunodepressão); contexto (infecção domiciliar ou hospitalar); sítio da infecção; presença ou não de dispositivos invasivos; classe da bactéria (Gram + ou -); e os padrões de prevalência e resistência locais (SIBBALD and VINCENT, 1995; VERHOEF et al., 1996; JOHNSON et al., 2011; SEPTIMUS et al., 2017; WAELE et al., 2018). Além disso, a terapia antibiótica empírica para SEPSE deve ser direcionada aos organismos mais comumente envolvidos nessa condição, como *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* e *Streptococcus pneumoniae*. Assim sendo, esses microrganismos devem ser sempre lembrados ao escolher o regime antimicrobiano. Adicionalmente, nos pacientes considerados como de alto risco para infecção fúngica, sugere-se associar terapia antifúngica empírica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 17/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

Diante do exposto, este protocolo não preconiza qualquer regime de antibióticos específico, uma vez que o tratamento deve ser necessariamente individualizado, levando-se em consideração os fatores discutidos anteriormente. Aconselha-se interconsulta à CCIH, desde que não atrase o início da administração dos antibióticos.

- **Hemoculturas:** obter antes de administrar os antibióticos, desde que não atrasem a administração dessas drogas no período de tempo preconizado, seguindo o protocolo de coleta da amostras para culturas.
- **Avaliação da Perfusão:** usar o Lactato Sérico e o TEC, de forma associada, para acompanhar a restauração perfusional.

Embora o lactato sérico seja amplamente reconhecido e utilizado como um marcador de hipóxia e hipoperfusão tissulares, ele também pode estar elevado em decorrência do aumento da glicólise aeróbica durante a resposta ao estresse. Além disso, pode representar uma importante fonte de energia para pacientes em estado crítico (KUSHIMOTO, 2016). Essas condições causadoras de hiperlactatemia estão também presentes na sepse e, nesse contexto, o uso do lactato como referência para orientar a ressuscitação volêmica, por exemplo, torna-se perigoso, pois mesmo que corrigida a hipoperfusão, o lactato pode persistir elevado em decorrência das causas anteriormente descritas.

Além disso, o ANDROMEDA, um importante estudo multicêntrico conduzido por Hernandez et al.(2019) em países latino-americanos (Brasil, inclusive) demonstrou que o uso do lactato, em comparação ao TEC, quando usado para guiar a ressuscitação de pacientes com sepse ou choque séptico, foi associado com maior número de disfunções orgânicas em 72 horas e um aumento de mortalidade em 28 dias de 8,5%, que na análise estatística convencional não se mostrou significativa. Uma análise bayesiana dos dados, realizada posteriormente por Zampieri (2019), revelou que essa mortalidade foi, de fato, significativa.

Tendo em vista tais ponderações, este protocolo não recomenda o uso do lactato sérico, isoladamente, com o propósito de avaliar o êxito na restauração de uma oferta de O₂ adequada., com quaisquer tipos de intervenções visando esse objetivo. Parece mais prudente associar, ao lactato, a informação fornecida pelo TEC, que além de ser fácil de obter, é custo-efetiva e, ao que tudo indica, levando-se em consideração os resultados do ANDROMEDA, mais eficiente.

- **Outras terapias:** considerar, de forma individualizada, o uso de corticoterapia, terapia antifúngica, transfusão de concentrado de hemácias e inotrópicos.

10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO*

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 18/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

No caso de pacientes internados em outros setores do HULW, este protocolo preconiza o uso do escore NEWS 2 (recomendado também para triagem de pacientes com suspeita de SEPSE neste documento) para nortear a indicação de internação em UTI. Essa recomendação baseia-se em que (Mapp 2013):

1. Estudos iniciais detectaram que pacientes apresentaram alterações fisiológicas até 8 horas antes de uma parada cardiorrespiratória, por exemplo;
2. Essas mudanças podem inicialmente não ser reconhecidas pelos profissionais de saúde;
3. A falha em reconhecer essas alterações pode levar a atraso no atendimento, hospitalização prolongada, admissão não planejada em UTI e até mesmo morte.
4. Estudos indicaram menor incidência de paradas cardiorrespiratórias e admissões não planejadas em UTI após a implementação de sistemas de pontuação de alerta precoce.
5. Nenhum estudo relatou resultados negativos com a implementação de um sistema de pontuação de alerta precoce.

Diante disso, este protocolo recomenda a interconsulta com o intensivista para os pacientes com infecção suspeita ou confirmada E que apresentem (Smith 2019):

- Uma variação de 3 pontos em um único parâmetro fisiológico do escore NEWS 2;
- OU
- Valores extremos em um parâmetro fisiológico (eg, FC \leq 40 bpm, ou FR \leq 8 ipm, ou TC \leq 35°C);
- OU
- Uma pontuação total de 5 ou mais no Escore NEWS 2;

Pacientes com SEPSE Provável internados em outros setores não deverão ter seu tratamento retardado à espera de vaga em UTI. A equipe multidisciplinar deverá instituir as medidas previstas neste protocolo já antes da transferência à UTI. Sugere-se que, caso necessário, a equipe responsável pelo paciente entre em contato com a equipe da UTI para solicitar orientação a respeito da instituição das medidas previstas no Pacote da 1a hora, respeitando os mesmos prazos previstos neste documento. Em caso de ausência de vagas na UTI Adulto do HULW, o paciente deve ser regulado com vistas a transferência para unidade da rede pública de saúde que disponha de vaga em UTI, ao mesmo tempo em que são feitas as medidas iniciais previstas no Pacote da 1a hora.

11. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA*

Este protocolo recomenda, em conformidade com as diretrizes da Campanha Sobrevivência à Sepse (EVANS, 2021):

- Reavaliação frequente do paciente, principalmente na primeira hora de tratamento, por meio de medidas seriadas do TEC (em intervalos de 30 minutos, no máximo);

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 19/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

- Iniciar infusão de Noradrenalina em BIC (concomitantemente à infusão de fluidos, inclusive, se a hipotensão for ameaçadora à vida) para manter uma PAM > 65 mmHg.
- Reavaliar o paciente, buscar diagnósticos alternativos e descontinuar os antimicrobianos empíricos se uma causa alternativa de doença for demonstrada ou fortemente suspeitada.

Além disso, tendo em vista as particularidades do serviço, também recomenda:

- Uso da USIP (por meio de análise da presença e quantidade de linhas B e associada à USIC para avaliar diâmetro de veia cava inferior e dinâmicas ventriculares, por exemplo) com o intuito de nortear a oferta de fluidos IV. Nos casos de surgimento ou aumento do número de linhas B (relacionadas de forma linear e direta com aumento da APEV), deve-se considerar fortemente a interrupção da infusão de fluidos.
- Quando a PAM de 65 mmHg não for alcançada com doses máximas de Noradrenalina, associar solução de Adrenalina como segundo vasopressor, na diluição e doses iniciais padronizadas no serviço.
- Avaliar a necessidade de droga inotrópica (Dobutamina) nos pacientes com disfunção ventricular contrátil à USIC.

12. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA*

Este protocolo recomenda o uso do Escore NEWS 2, juntamente com o julgamento clínico do médico intensivista, em consonância com o médico diarista e a equipe multidisciplinar, para nortear a decisão de alta da UTI para os pacientes em convalescença de SEPSE, desde que sem uso de droga vasopressora e fora da VMI há pelo menos 48 horas.

Considerações: Essa recomendação se justifica porque o planejamento de alta da UTI geralmente é feito de forma consensual e sofre muita variabilidade nos processos de tomada de decisão clínica (HEIDEGGER, 2005; DUKE, 2004).

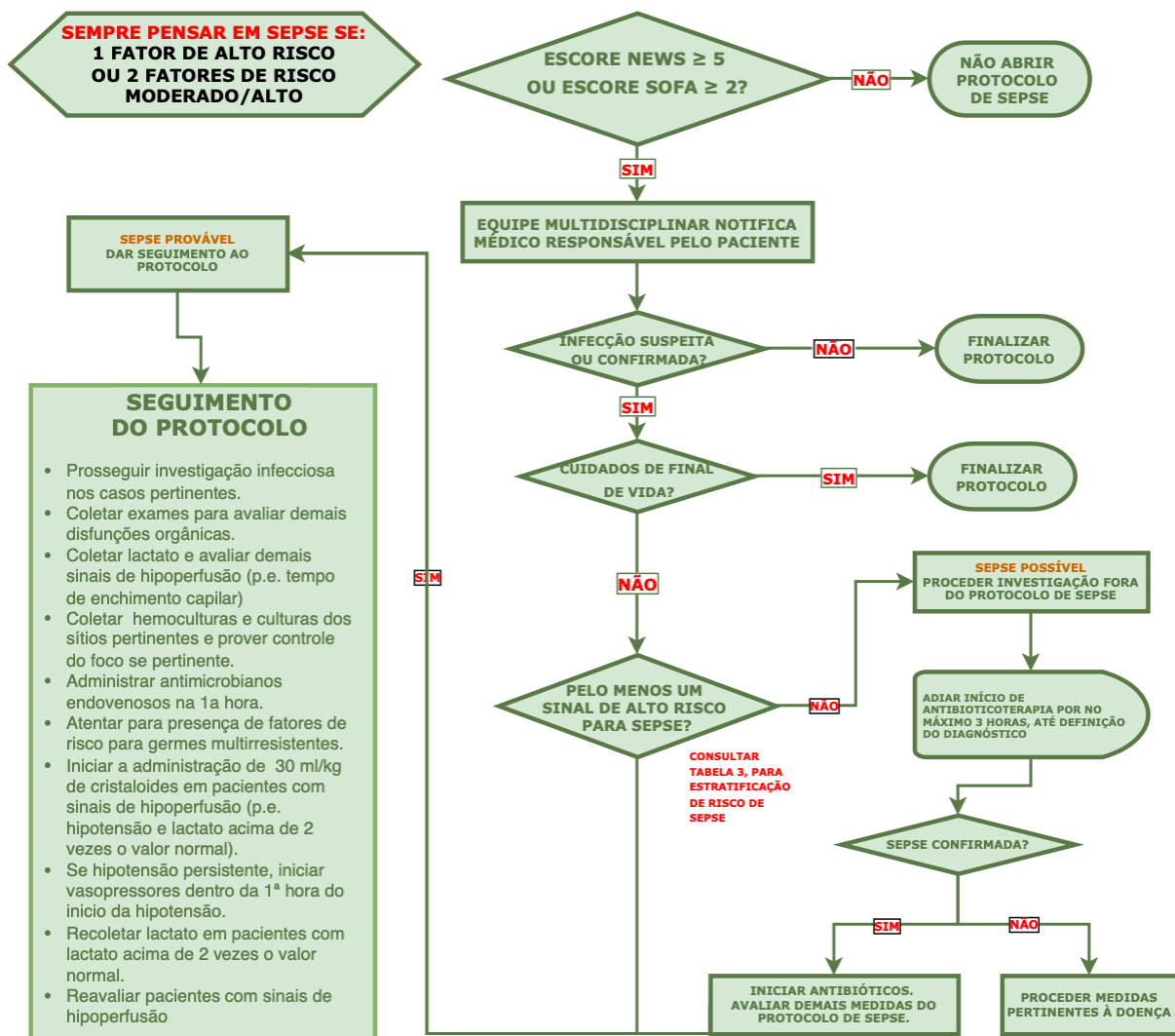
A escolha pelo escore NEWS 2 se fundamenta na capacidade dos escores de alerta precoce em diminuir a variabilidade que envolve os critérios de alta da UTI. O NEWS 2, apesar de não ser o único modelo para esse tipo de decisão, tem como grande vantagem usar um número bem inferior de parâmetros (7, contra mais de 20 em outros modelos) (BADAWI, 2012) e, conseqüentemente, poder ser rapidamente calculado à beira do leito. Além disso, é o escore recomendado neste mesmo protocolo para triagem e indicação de internação de pacientes sépticos em UTI, o que confere familiaridade da equipe multiprofissional com essa metodologia.

Dessa forma, este protocolo recomenda que a alta da UTI para a enfermaria deverá ser considerada para os pacientes com escore NEWS 2 igual ou inferior a 4 (desde que sem pontuação de 3 em uma única variável fisiológica e sem aumento acima de três pontos no escore NEWS 2 no último intervalo de controle) e que estejam fora da VMI e sem drogas vasoconpressoras há pelo menos 48 horas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 20/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

13 FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA PARA TRIAGEM DE SEPSE UTI ADULTO DO HULW-UFPB/EBSERH



Fonte: Adaptado de (SEPSE, 2022), (BURRELL, 2016) e (LABIB, 2019).

Tipo do Documento	PROCOLO	PRT.HULW.002 - Página 21/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

14. MONITORAMENTO

Para o monitoramento deste Protocolo serão utilizados os seguintes indicadores:

Taxa de letalidade por sepse e choque séptico: Mede a proporção de pacientes com sepse ou choque séptico que morreram durante a internação. Representa a qualidade com a qual casos graves de sepse são cuidados, de forma a evitar o óbito. Tem como fórmula:

$$= \frac{\text{Soma dos pacientes com diagnóstico de Sepse ou Choque Séptico que foram a óbito em até 30 dias do diagnóstico no mês de referência}}{\text{Soma das saídas da UTI (altas, óbitos e transferências) de pacientes com o diagnóstico de sepse ou choque séptico no mesmo mês de referência}} \times 100$$

Taxa de administração de antibiótico em até uma hora da abertura do protocolo de sepse: avalia o processo de abertura do protocolo de sepse através de um dos primeiros itens do pacote de 1 hora que é a administração de antibiótico precoce. Tem como fórmula:

$$= \frac{\text{Soma dos pacientes que iniciaram antibiotico em até 1h de aberto do protocolo no mês}}{\text{Soma dos protocolos de sepse abertos no mês}} \times 100$$

15. REFERÊNCIAS

- ANGUS, D. C. *et al.* Epidemiology of severe sepsis in the United States: Analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. **Critical Care Medicine**, v. 29, n. 7, p. 1303–1310, 2001.
- BURRELL, A. R. *et al.* SEPSIS KILLS: early intervention saves lives. **Medical Journal of Australia**, v. 204, n. 2, p. 73–73, 2016.
- CECCONI, M. *et al.* Sepsis and septic shock. **The Lancet**, v. 392, n. 10141, p. 75–87, 2018.
- DAMIANI, E. *et al.* Effect of Performance Improvement Programs on Compliance with Sepsis Bundles and Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. **PLoS ONE**, v. 10, n. 5, p. e0125827, 2015.
- EVANS, L. *et al.* Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. **Critical Care Medicine**, v. 49, n. 11, p. e1063–e1143, 2021.
- FLEISCHMANN, C. *et al.* Assessment of Global Incidence and Mortality of Hospital-treated Sepsis. Current Estimates and Limitations. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 193, n. 3, p. 259–272, 2016.
- JOHNSON, M. T. *et al.* Impact of previous antibiotic therapy on outcome of Gram-negative severe sepsis; **Critical Care Medicine**, v. 39, n. 8, p. 1859–1865, 2011.
- KAUKONEN, K.-M. *et al.* Mortality Related to Severe Sepsis and Septic Shock Among Critically Ill Patients in



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 22/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

Australia and New Zealand, 2000-2012. **JAMA**, v. 311, n. 13, p. 1308–1316, 2014.
MARTIN, G. S. et al. The Epidemiology of Sepsis in the United States from 1979 through 2000. *The New England Journal of Medicine*, v. 348, n. 16, p. 1546–1554, 2003.
MENDES, C. Análise de dados dos pacientes internados na UTI Adulto do HULW-UFPB/EBSERH no período de 01/01/2014 a 30/04/2019 **Epimed Monitor**, 13 jan. 2022. Disponível em: <<https://dashboard.epimedmonitor.com/AppComparative/NewComparative.aspx>>. Acesso em: 13 jan. 2022

Recognizing Sepsis as a Global Health Priority — A WHO Resolution | NEJM. n.d.
ILAS PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE - FICHA DE TRIAGEM, 21 jan. 2022. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Ffilas.org.br%2Fassets%2Farquivos%2Fferramentas%2Fproposta-de-ficha-de-triagem-baseada-em-disfuncao-organica.pdf&clen=775554&chunk=true>>. Acesso em: 21 jan. 2022

Sepsis: recognition, diagnosis and early management. *BJU International*, v. 121, n. 4, p. 497–514, 2018.

SEPTIMUS, E. J. et al. Sepsis National Hospital Inpatient Quality Measure (SEP-1): Multistakeholder Work Group Recommendations for Appropriate Antibiotics for the Treatment of Sepsis. **Clinical Infectious Diseases**, v. 65, n. 9, p. 1565–1569, 2017.

SIBBALD, W. J. M.; VINCENT, J.-L. M. Round table conference on clinical trials for the treatment of sepsis. **Critical Care Medicine**, v. 23, n. 2, p. 394–399., 1995.

SINGER, M. et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA**, v. 315, n. 8, p. 801–810, 2016.

SMITH, G. B. et al. The National Early Warning Score 2 (NEWS2). **Clinical Medicine**, v. 19, n. 3, p. 260–260, 2019.

VERHOEF, J. et al. Issues in the adjunct therapy of severe sepsis. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, v. 38, n. 2, p. 167–182, 1996.

VINCENT, J.-L. et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units. **Critical Care Medicine**, v. 26, n. 11, p. 1793–1800., 1998.

WAELE, J. J. D. et al. Antimicrobial resistance and antibiotic stewardship programs in the ICU: insistence and persistence in the fight against resistance. A position statement from ESICM/ESCMID/WAAAR round table on multi-drug resistance. **Intensive Care Medicine**, v. 44, n. 2, p. 189–196, 2018.

16. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	18/01/2022	Elaboração do documento.

(*Itens obrigatórios apenas para os Protocolos Assistenciais)

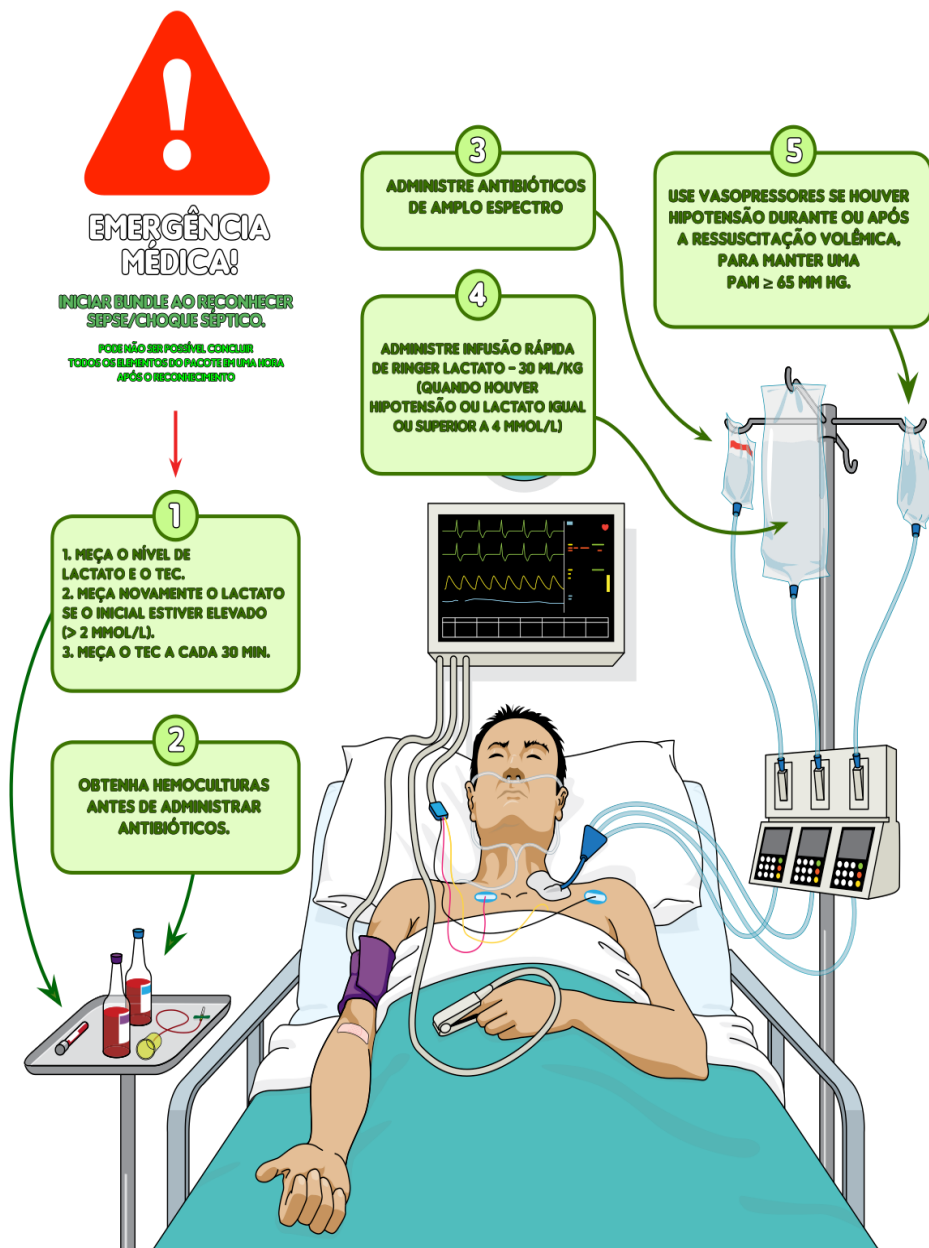
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 23/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

ANEXO A – Imagem Pacote da 1ª hora



**PACOTE DA 1ª HORA
RESSUSCITAÇÃO INICIAL**

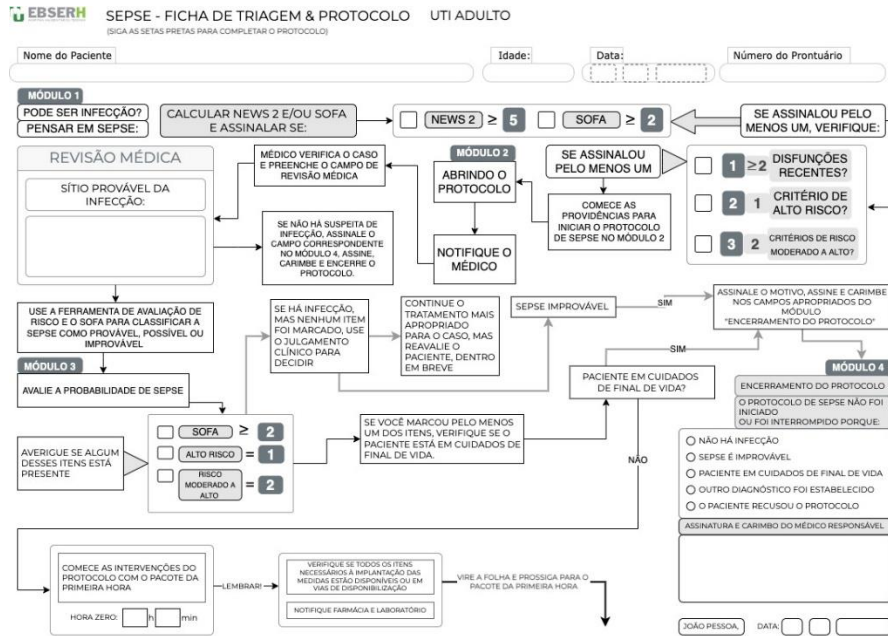
SEPSE - CHOQUE SÉPTICO





Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 24/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

ANEXO B – Ficha de triagem



EBSERH SEPSE - FICHA DE TRIAGEM & PROTOCOLO (CONTINUAÇÃO) SOA PESSOA: _____ DATA: _____

PACOTE DA PRIMEIRA HORA

- MEÇA O LACTATO E O TEC. REPITA O LACTATO SE O INICIAL FOR 2X OU MAIS O VALOR DE REFERÊNCIA. REPITA O TEC A CADA 30 MINUTOS. FEITO(S) META NÃO ALCANÇADA. HORA: : JUSTIFICATIVA: _____
- OBTENHA HEMOCULTURAS ANTES DE INICIAR OS ANTIBIÓTICOS. COLHIDA(S) META NÃO ALCANÇADA. HORA: : JUSTIFICATIVA: _____
- ADMINISTRE ANTIBIÓTICOS DE AMPLO ESPECTRO. FEITO(S) META NÃO ALCANÇADA. HORA: : JUSTIFICATIVA: _____
- INICIE INFUSÃO RÁPIDA DE SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO PARA ATINGIR EUVOLEMIA SE HIPOTENSÃO OU LACTATO MAIOR OU IGUAL A 4 MMOL/L. FEITO META NÃO ALCANÇADA. HORA: : JUSTIFICATIVA: _____
- INICIE VASOPRESSOR PARA MANTER PAM MAIOR OU SUPERIOR A 65 MMHG, ANTES MESMO DE CORRIPIR A HIPOVOLEMIA, CASO NECESSÁRIO. FEITO META NÃO ALCANÇADA. HORA: : JUSTIFICATIVA: _____

PACOTE DA TERCEIRA HORA **PACOTE DA SEXTA HORA** **OBSERVAÇÕES**

- REVER DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO APÓS RESULTADOS DOS NOVOS EXAMES. REPETIR LACTATO (SE NECESSÁRIO) E TEC A CADA 30 MINUTOS ATÉ NORMALIZAÇÃO. 1 **REVER DIAGNÓSTICO SE O PACIENTE NÃO ESTIVER MELHORANDO. REFORMULAR ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA.**
- SEPSE (OU CHOQUE SÉPTICO) DEVIDAMENTE DOCUMENTADOS. 2 **OTIMIZAR HEMODINÂMICA.**

DATA E HORA FINAIS DO PROTOCOLO: _____ IDENTIFICAÇÃO E RUBRICA: _____

ENFERMEIRO: _____ MÉDICO: _____

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 25/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022	Próxima revisão: 18/01/2024
		Versão: 1	

ANEXO C - Gráficos para seguimento do Escore NEWS2

Gráfico de Evolução do Escore NEWS2

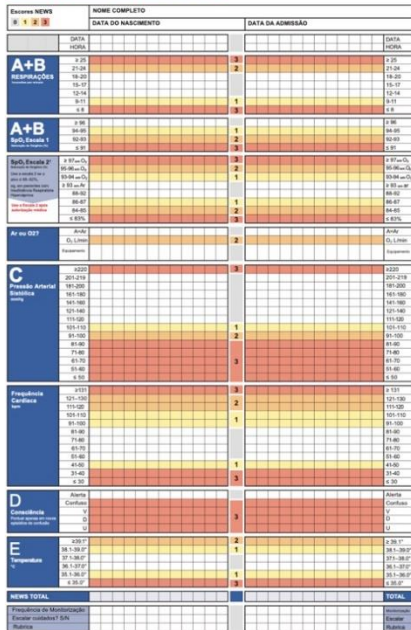


Gráfico de Evolução do Escore NEWS2

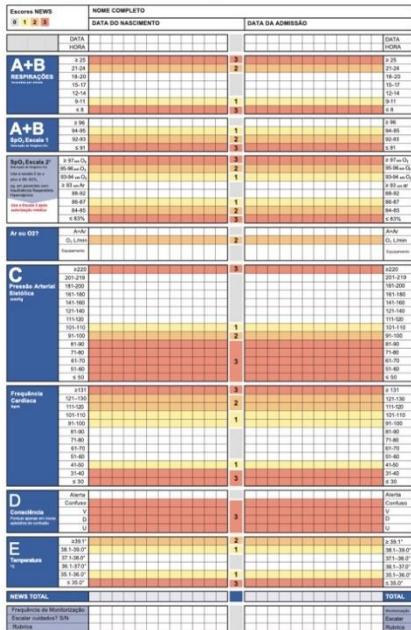
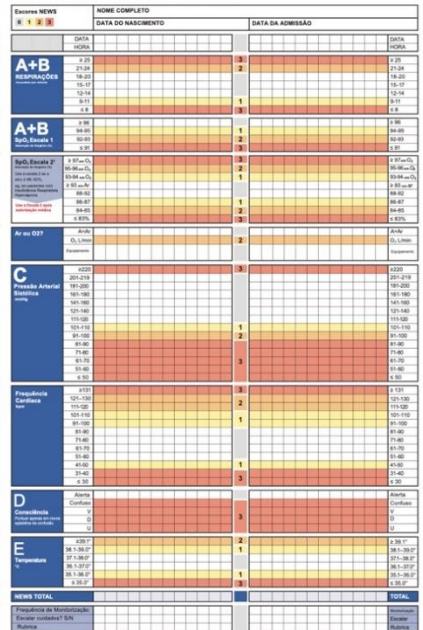


Gráfico de Evolução do Escore NEWS2



(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.HULW.002 - Página 26/26	
Título do Documento	MANEJO DE SEPSE	Emissão: 18/01/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/01/2024

Elaboração Ciro Leite Mendes Lecidamia Cristina Leite Damascena Ana Caroline Escarião de Oliveira	Data: 18/01/2022
Revisão Ciro Leite Mendes	Data: 30/01/2022
Validação Lecidamia Cristina Leite Damascena	Data: 11/03/2022
Aprovação (Nome, Função, Assinatura) José Lyndard Medeiros Filho Gerente de Atenção à Saúde CRM-PB 4776-1-PP-139-197.254-49 SIAF: 4PB	Data: 4/4/22

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte