

COMISSÃO DE CONTROLE DE QUALIDADE
PROTOCOLO CLÍNICO N^o 1
Dra Flavia Ribeiro Machado
Revisão 17/10/2007

Atendimento ao paciente com sepse grave/choque séptico
Baseado na SSC – Campanha de Sobrevivência a Sepse

1. Importância do protocolo

- Elevada prevalência
- Elevada taxa de morbidade
- Elevada taxa de mortalidade
- Elevados custos

2- Diagnóstico da disfunção orgânica

Sepse grave é definida, segundo a SSC, pelos seguintes critérios:

A - infecção comprovada ou suspeita;

B – pelo menos um dos critérios de SIRS secundários à infecção;

C – presença de uma ou mais disfunções orgânicas secundárias à sepse:

- hipotensão
- oligúria ($\leq 0,5\text{ml/Kg/h}$)
- relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$
- contagem de plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias.
- acidose metabólica inexplicável: déficit de bases $\leq 5,0\text{mEq/L}$ e lactato $> 1,5$ vezes o valor normal.
- rebaixamento do nível de consciência
- aumento significativo de bilirrubinas ($>2\text{X}$ o valor de referência)

Choque séptico é definido pela presença de hipotensão não responsiva á volume.

Lembre-se: na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível, pense em sepse e inicie as medidas preconizadas nos pacotes. Caso seja comprovado posteriormente não se tratar de sepse, sempre poderemos suspender a antibioticoterapia!

3. Rotina para atendimento

Após identificação do paciente como portador de sepse grave os seguintes passos devem ser cumpridos.

1. Registre seu diagnóstico no prontuário. Todo o sistema de coleta de dados está baseado no registro em prontuário. O que não estiver documentado será considerado como não realizado.

2. Lembre-se que as 6 horas e as 24 horas contam a partir do momento do registro feito acima. Ou seja, seu paciente deverá a partir de agora ser tratado com urgência médica.

Pacote de 6 horas

3. Colha lactato sérico. Basta prescrever e avisar a enfermagem que se encarregará de coletar e registrar a hora.

Obs: O lactato (e SvO₂ nos pacientes que já tem acesso central) deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório pelo residente do leito ou por quem estiver imediatamente disponível. O mesmo deve voltar do laboratório já com o resultado. O objetivo é ter esse resultado em menos que 30 minutos.

4. Colha hemocultura (dois frascos). Prescreva essa coleta, colocando horário, pois o momento da mesma deve ficar registrado no prontuário. Coloque sempre a observação: colher hemocultura antes da administração do antibiótico do item X. Colha culturas de todos os outros sítios pertinentes.

5. Prescreva antibioticoterapia de amplo espectro. Coloque o horário em que a mesma foi prescrita. Entregue na mão da enfermeira do leito, que tem 60 minutos para administrar a medicação, disponível no armário da sepse.

6. Se hipotensão ou lactato alterado (duas vezes o valor normal), iniciar reposição volêmica agressiva (pelo menos 30 ml/kg de cristalóides). Colóides podem ser usados posteriormente.

7. A SSC determina a passagem de cateter venoso central apenas nos pacientes com lactato duas vezes o valor normal ou nos hipotensos refratários a volume. Entretanto, na nossa UTI somos mais liberais com esse acesso, que deve ser passado a critério do médico nas demais situações de sepse grave.

8. Caso a PAM permaneça abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial) iniciar vasopressores, na nossa UTI sempre noradrenalina. Continuar reposição volêmica, orientado por PVC ou, idealmente, pelo delta de pressão de pulso (otimizar em <13%). Avaliar necessidade de monitorização com cateter de artéria pulmonar. Passar pressão arterial invasiva em todos os pacientes com choque séptico.

9. Caso o paciente persista hipotenso a despeito da otimização da reposição volêmica ou seu lactato esteja alterado (duas vezes o valor normal) o paciente tem indicação de acesso central para otimização hemodinâmica.

O objetivo é atingir essas metas:

- PVC: 8-12 mmHg ou 12-15 mmHg em pacientes em VM
- PAM \geq 65 mmHg
- Diurese $>$ 0,5 ml/kg/h
- SvcO₂ \geq 70%

10. A PVC deve estar acima de 12 dentro de seis horas do diagnóstico inicial. Esse nível de PVC foi definido pelo SSC. Na nossa UTI somos bem mais agressivos em termos de ressuscitação! Utilizamos outros parâmetros mas não podemos nos esquecer que a aderência a SSC será computada através da PVC. Assim, deve estar PRESCRITO monitorização da PVC para que a enfermagem possa providenciar.

11. A SvO₂ deve estar acima de 70 dentro de seis horas do diagnóstico. Utilizar toda a estratégia de otimização de acordo com o protocolo da nossa unidade: reposição volêmica, noradrenalina, dobutamina e eventualmente concentrado de hemáceas. Todos os pacientes com hemoglobina $<$ 7,0 g/dl devem receber transfusão. Pacientes com hemoglobina $<$ 9,0 e onde a SvO₂ continue abaixo de 70%, após início de dobutamina, devem receber transfusão, uma unidade por cada vez com novo controle de SvO₂.

12. Em pacientes onde a pressão arterial não possa ser estabilizada com o uso de noradrenalina, avaliar adrenalina. Prescrição padrão: 16 ampolas em SG5% 234 ml. Dose inicial: 0,05µgrs/k/min.

Pacote de 24 horas (deve ser executado entre a 6^a e a 24^a hora do diagnóstico de sepse grave)

13. Caso o paciente tenha choque séptico refratário, pode-se avaliar a prescrição de flebocortide 50 mg 6/6 hs. Não usamos mais rotineiramente essa medicação em todos os pacientes.

14. Caso o paciente esteja em ventilação mecânica, todos os esforços devem ser feitos para manter a pressão de platô abaixo de 30. A equipe de fisioterapia deve registrar em todas as suas evoluções o platô utilizado.

15. Mantenha rigoroso controle glicêmico, objetivando glicemias abaixo de 150. Evitar hipoglicemias, pois elas significam não aderência. O valor a ser registrado

para aferição do nosso índice de acerto é a mediana das glicemias nas primeiras 24 horas, portanto o controle contínuo é fundamental!

16. Nos pacientes da UTI convênio, avaliar o uso de drotrecogina alfa ativada.

O ATENDIMENTO AO PACIENTE SÉPTICO É MULTIDISCIPLINAR E TODOS DEVEM ESTAR ENVOLVIDOS PARA QUE NOSSO OBJETIVO SEJA ATINGIDO!

Quadro 1- Pacotes para o atendimento da sepse grave

Pacote de Ressuscitação do Paciente Séptico

(Deve ser alcançado o mais rápido possível e finalizado nas primeiras 6 horas):

1. Dosagem do lactato sérico.
2. Hemoculturas colhidas antes da administração dos antibióticos.
3. Antibióticos de amplo espectro devem ser iniciados nas primeiras 3 horas em pacientes admitidos do PS e na primeira hora em pacientes vindos de outras alas do hospital.
4. Nos pacientes apresentando hipotensão ou lactato 2 vezes o valor normal (> 4 mmol/L ou 36 mg/dl):
 - a) Infundir inicialmente pelo menos 30 ml/kg de cristalóide (ou equivalente em colóide).
 - b) Indicar drogas vasopressoras para pacientes hipotensos que não responderam a ressuscitação volêmica inicial com intuito de manter a pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg.
5. Nos pacientes apresentando hipotensão persistente apesar da ressuscitação volêmica (choque séptico) ou lactato > 4 mmol/L (36 mg/dl):
 - a) Manter a pressão venosa central (PVC) ≥ 8 mmHg e ≥ 12 mmHg em pacientes sob VM.
 - b) Manter a saturação venosa central (SvO₂) $\geq 70\%$.

Pacote de Manejo do Paciente Séptico

(Deve ser iniciado a partir da sexta hora, alcançado o mais rápido possível e finalizado nas primeiras 24 horas):

1. Administração de doses baixas de corticóide para pacientes com choque séptico com sinais de refratariedade.
2. Administração de drotrecogina alfa ativada na UTI convênio para os pacientes com indicação.
3. Controle glicêmico com valores medianos entre o limite inferior da normalidade e 150 mg/dl (8,3 mmol/L).
4. Pressão de platô inspiratória < 30 cm H₂O em pacientes sob ventilação mecânica.

Aprovado pela Comissão de Controle de Qualidade, dia 17/10/07

Representante: Dr Pierre François Georges Schippers – CRM 81380