

Sepse é uma emergência médica, assim como trauma, acidente vascular encefálico e síndrome coronariana. A sepse é um dos motivos mais comuns de admissão em UTI – 30% das admissões, gerando alto custo, longa permanência hospitalar e alta mortalidade.

Definições importantes

- SIRS: resposta inflamatória sistêmica.
- SEPSE: síndrome caracterizada pela presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do organismo à infecção.
- CHOQUE SÉPTICO: sepse com acentuadas anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas e associadas com maior risco de morte do que a sepse isoladamente.

Diagnóstico de Sepse

Presença de **foco infeccioso e 1** ou mais fatores:

1. PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg) ou uso de droga vasoativa;
2. Creatinina > 2,0 mg/dl ou oligoanúria (diurese ≤ 0,5ml/Kg/h em 2 horas);
3. Infiltrado pulmonar com PaO^2 / FiO^2 < 300 em paciente sem pneumopatia prévia

ou necessidade de O2 para manter SpO2 > 90%;

4. Plaquetas < 100.000 / mm^3 ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias ;
5. Alteração aguda do estado mental;
6. Bilirrubina > 2 mg/dl ou maior que duas vezes o valor de referência;
7. Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤ 5,0mEq/L e lactato > 18 mg/dl;
8. Coagulopatia: RNI > 1,5 ou TTPA > 60 segundos.

Se um (a) paciente tiver suspeita clínica de sepse, identificar a presença de sepse e/ou choque séptico:

1) À beira leito:

- pressão arterial sistólica abaixo de 100 mmHg
- frequência respiratoria ≥ 22 ipm e
- rebaixamento de nível de consciência (qSOFA)

2) Coleta de material para o laboratório

(KIT SEPSE: gasometria e lactato arteriais, hemograma, ureia, creatinina, sódio e potássio, hemoculturas, glicemia, TTPa/TP, bilirrubinas)

3) RX de tórax, EAS, urocultura

Atenção!

Caso 2 critérios a beira leito presentes:

- Abrir protocolo de sepse
- Hidratar (SF0,9% 30ml/kg)
- iniciar, trocar ou ampliar Antibioticoterapia (antes dos resultados de laboratório)

obs: Antibioticoterapia de amplo espectro (caso o paciente tenha história de internação recente ou esteja internado, cobrir microrganismos nosocomiais).

Bundles

“Completar nas primeiras 3 horas”:

- Dosar lactato arterial;
- Obter hemoculturas antes da administração de antibióticos;
- patógenos, idealmente dentro da 1ª hora;
- Otimizar doses de acordo com princípios aceitos de farmacocinética e farmacodinâmica dos antibióticos e suas propriedades específicas;
- Controle de foco (drenagem de abscessos, retirada de dispositivos invasivos suspeitos, desbridamento de lesões necróticas).
- Iniciar reposição de cristaloides 30ml/kg;
- Administrar antibiótico(s) de amplo espectro para cobrir todos os potenciais (ver o protocolo de cada hospital, conforme serviço de controle de infecção hospitalar, tanto para infecções comunitárias quanto as infecções relacionadas aos serviços de saúde).

Completar nas primeiras seis horas:

- Manejar vasopressores para manter PAM ≥ 65 mmHg e nesses casos, inserir cateter venoso central;
- Reavaliar os pacientes hipotensos ou com hiperlactatemia com vistas à volemia e estado perfusional:

- repetir e documentar exame físico direcionado (sinais vitais, ausculta cardiopulmonar, enchimento capilar, pulso, débito urinário e alterações da pele)

- avaliar dinamicamente a resposta a fluidos (manobra de elevação das pernas, prova de volume) ou inserir cateter central para monitorar a pressão venosa central (PVC) - acima de 8mmHg e a saturação venosa central (SVcO2) com meta de 70%

- Dosar novamente o lactato arterial se inicialmente elevado.

Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de 7 mg/dL devem receber transfusão sanguínea.

Observações gerais:

- Não está indicado o uso de bicarbonato nos casos de acidose lática em pacientes com pH >7,15;
- Meta glicêmica abaixo de 180mg/dl;
- Preferência por nutrição enteral;
- Prevenção farmacológica de tromboembolismo venoso com heparina não fracionada ou de baixo peso molecular;
- Profilaxia para sangramento gastrointestinal em pacientes com fatores de risco (ventilação mecânica e coagulopatia persistente).
- Cabeceira do paciente em ventilação mecânica de 30 a 45°

Em relação à ventilação mecânica:

- A intubação orotraqueal imediata em insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual.
- Utilização de baixos volumes correntes (6 mL/kg de peso ideal) e a limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH2O.
- A fração inspirada de oxigênio suficiente para PaO2 entre 70 - 90mmHg.
- Objetivar uma pressão de distensão (*driving pressure*, pressão de platô - peep) menor que 15 cmH2O, porém uma PEEP acima de 5 é usualmente recomendada para evitar colapso alveolar;
- Quando relação PaO2/ FiO2 menor que 150 e FiO2 de 60% ou mais, a utilização de posição de prona é recomendada, para unidades que tenham equipe com treinamento na técnica e o uso de bloqueadores neuromusculares por tempo de até 48 hs também pode ser considerado.
- Estratégia conservadora de hidratação.

Fonte: Napolitano LM . Sepsis 2018: Definitions and Guideline Changes. Surg Infect (Larchmt).

2018;19:117-125.