

Sepse de Foco Cutâneo

Guia completo para manejo de sepse originada por infecção cutânea (celulite/erisipela), com protocolos de antibioticoterapia, ressuscitação volêmica e cuidados emergenciais baseados em evidências e diretrizes brasileiras.

Paciente típico: Adulto com história de celulite ou erisipela em membro inferior há 3 dias, apresentando febre alta, taquicardia, taquipneia, hipotensão, alteração do nível de consciência, oligúria ou outros sinais de disfunção orgânica. Geralmente com fatores predisponentes como obesidade, diabetes, insuficiência venosa ou linfedema.

? Guia rápido

! Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente relata lesão cutânea em membro inferior (geralmente perna ou coxa) há 3 dias, com piora progressiva. Inicialmente apresentou eritema, edema e dor local. Há 2 dias iniciou febre (temperatura 38.5°C), calafrios intensos, prostração e confusão mental. Evoluiu com diminuição do débito urinário nas últimas 6 horas.

Sintomas associados:

- Febre alta (> 38°C) ou hipotermia (< 36°C)
- Calafrios
- Taquipneia
- Prostração intensa
- Confusão mental ou alteração do nível de consciência
- Oligúria ou anúria
- Náuseas e vômitos
- Hipotensão arterial
- Expansão da área de eritema e edema

Fatores de risco presentes:

- Insuficiência venosa crônica

- Linfedema
- Diabetes mellitus
- Obesidade
- Tinea pedis (frieira)
- Trauma local prévio / picada de inseto
- Úlceras cutâneas

Negativas relevantes:

- Nega trauma recente significativo
- Nega mordidas de animais
- Nega exposição a água contaminada
- Nega uso de drogas injetáveis
- Nega alergias medicamentosas

Exame físico

Estado geral: Paciente em mau estado geral, prostrado, torporoso

Sinais vitais:

- PA: $\square/\square$ mmHg (hipotensão: PAS < 90 ou PAM < 65)
- FC: $\square$ bpm (taquicardia > 90 bpm)
- FR: $\square$ irpm (taquipneia $\geq$ 22 irpm)
- Tax: $\square^{\circ}\text{C}$ (febre > 38°C ou hipotermia < 36°C)
- SatO2: $\square\%$ em ar ambiente
- Glasgow: $\square$ (alteração do nível de consciência)

Pele:

- Lesão em membro inferior com área de eritema difuso, edema importante, calor local, dor à palpação
- Possível presença de bolhas, necrose ou secreção purulenta
- Linfangite ascendente (estrias vermelhas)
- Linfadenopatia regional
- Pele fria, pálida, pegajosa, marmoreada (sinais de choque)
- Tempo de enchimento capilar aumentado (> 3 segundos)

Cardiovascular: Taquicardia, pulsos periféricos fracos, hipotensão

Respiratório: Taquipneia, uso de musculatura acessória (se grave)

Neurológico: Confusão mental, desorientação, Glasgow reduzido

Abdome: Sem particularidades ou distensão abdominal (íleo paralítico)

Extremidades: Edema de membro afetado, sinais de estase venosa

HD

- Sepses de foco cutâneo (celulite/erisipela complicada)
- Choque séptico (se PAM < 65 mmHg + lactato > 2 mmol/L após ressuscitação)

Conduta

- ABC - estabilização imediata
- Oxigenoterapia para SatO2 ≥ 94%
- Acesso venoso calibroso (2 acessos periféricos ou central)
- Coleta de exames: hemograma, PCR, lactato, função renal, eletrólitos, gasometria arterial, hemoculturas (2 pares)
- Ressuscitação volêmica agressiva: 30 mL/kg de cristalóide nas primeiras 3 horas (bolus de 500 mL)
- Antibioticoterapia de amplo espectro NA PRIMEIRA HORA
- Vasopressores se necessário (noradrenalina para PAM ≥ 65 mmHg)
- Controle da glicemia (meta < 180 mg/dL)
- Sondagem vesical de demora para controle do débito urinário
- Considerar debridamento cirúrgico se fascíte necrotizante
- Internação em UTI
- Afastamento: tempo indeterminado até resolução do quadro

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro (sepsis/choque séptico):

MEDIDAS INICIAIS IMEDIATAS

01. Dieta oral ZERO
02. Oxigênio por cateter nasal – manter SatO2 ≥ 94%
03. Acesso venoso periférico calibroso em ambos os membros superiores
04. Sondagem vesical de demora

RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA (iniciar imediatamente)

05. Soro Fisiológico 0,9% 500 mL – correr EV aberto, em 15 minutos
06. Soro Fisiológico 0,9% 500 mL – correr EV aberto, em 15 minutos
(repetir até completar 30 mL/kg nas primeiras 3 horas, reavaliando)

fluidotolerância)

ANTIBIOTICOTERAPIA (iniciar NA PRIMEIRA HORA)

07. Ceftriaxona 2g + 100mL SF0,9% – infundir EV em 30 min, agora

08. Vancomicina 15-20mg/kg (□g) + 250mL SF0,9% – infundir EV em 1h, agora

OU

Oxacilina 2g + 100mL SF0,9% – infundir EV em 30 min, de 4/4h

(se baixo risco de MRSA)

SE CHOQUE SÉPTICO (após ressuscitação volêmica)

09. Noradrenalina 4mg (2 ampolas) + 234mL SG5% = 250mL (16mcg/mL)

Iniciar 0,05 mcg/kg/min (□ mL/h) em BIC, titular para PAM $\geq$ 65 mmHg

SINTOMÁTICOS

10. Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%,

EV lento, de 6/6h, se dor ou febre

11. Bromoprida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 08mL AD,

EV lento, de 8/8h, se náuseas ou vômitos

12. Omeprazol 40mg – diluir em 100mL SF0,9%, EV em 30 min, de 12/12h

CUIDADOS GERAIS

13. Glicemia capilar de 6/6h – manter < 180 mg/dL

14. Controle do débito urinário (meta > 0,5 mL/kg/h)

15. Elevação do membro afetado

16. Sinais vitais de 1/1h

17. Avisar médico se: PAM < 65, FC > 130, SatO2 < 90%, oligúria, piora do nível de consciência

Obs.: Paciente com sepse NÃO recebe alta. Necessita internação em UTI.

? NO PRONTO-SOCORRO

- **MANEJO E CUIDADOS INICIAIS**

- **SEPSE É EMERGÊNCIA MÉDICA - tempo é vida. Antibiótico na primeira hora!**
- Reconhecimento precoce: infecção + SOFA $\geq$ 2 ou qSOFA $\geq$ 2 (FR $\geq$ 22, PAS $\leq$ 100, alteração consciência)
- Estabilização ABC: via aérea, oxigenação (SatO2 $\geq$ 94%), acesso venoso calibroso
- **PACOTE DE 1 HORA (SSC Bundle):**
 1. Coletar hemoculturas (2 pares) e lactato

2. Iniciar antibiótico de amplo espectro
 3. Ressuscitação volêmica: 30 mL/kg de cristalóide se hipotensão/lactato ≥ 2
 4. Vasopressor se hipotensão refratária (meta PAM ≥ 65 mmHg)
- **Sinais de alerta (Red Flags):**
 - Hipotensão arterial (PAS < 90 ou PAM < 65)
 - Taquipneia ≥ 22 irpm
 - Alteração do nível de consciência
 - Oligúria (débito urinário $< 0,5$ mL/kg/h)
 - Lactato > 2 mmol/L (18 mg/dL)
 - SatO₂ $< 90\%$ em ar ambiente
 - Sinais de má perfusão: pele fria, marmoreada, TEC > 3 seg
 - **Exames essenciais:**
 - Hemograma, PCR, procalcitonina
 - Lactato arterial (marcador prognóstico)
 - Função renal (ureia, creatinina) e eletrólitos
 - Gasometria arterial
 - Hemoculturas (antes do antibiótico, sem atrasar tratamento)
 - Culturas do foco (swab de lesão se drenagem purulenta)
 - Imagem se suspeita de abscesso ou fascíte (USG ou TC)
 - **Classificação de Eron para celulite/erisipela:**
 - Classe I: sem toxicidade, sem comorbidades → ambulatório
 - Classe II: toxicidade duvidosa, comorbidades → internação 48h
 - Classe III: toxicidade significativa → internação hospitalar
 - Classe IV: sepse ou fascíte necrotizante → internação UTI
 - **Suspeitar fascíte necrotizante se:**
 - Dor desproporcional ao exame
 - Necrose de pele, bolhas hemorrágicas
 - Crepitação subcutânea
 - Evolução rápida e fulminante
 - → Avaliação cirúrgica URGENTE para debridamento

• CRISTALOIDE (RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA)

- **Prescrição prática:**
 - Soro Fisiológico 0,9% 500mL – correr EV aberto em 15-20 minutos, reavaliar
 - Ringer Lactato 500mL – correr EV aberto em 15-20 minutos, reavaliar
 - Meta: 30 mL/kg nas primeiras 3 horas
- **Indicações:**
 - Hipotensão arterial (PAS < 90 ou PAM < 65 mmHg)
 - Sinais de hipoperfusão (lactato ≥ 2 , TEC > 3 seg, oligúria, pele fria)
- **Apresentações:**
 - Soro Fisiológico 0,9% 500mL, 1000mL
 - Ringer Lactato 500mL, 1000mL (preferível por ser balanceado)
- **Via(s):** ☐ EV
- **Cuidados:**

- Reavaliar fluidotolerância a cada bolus: ausculta pulmonar, turgência jugular
- Evitar sobrecarga volêmica (edema agudo de pulmão)
- Se não responder após 30 mL/kg → iniciar vasopressor
- Considerar ecocardiograma para avaliar responsividade a fluidos

• ANTIBIÓTICO - ESQUEMA EMPÍRICO INICIAL

- **Prescrição prática (sepse de foco cutâneo):**
 - **OPÇÃO 1 (cobertura para MRSA):**
 - Vancomicina 15-20mg/kg + 250mL SF0,9% – infundir EV em 1 hora, de 12/12h
 - + Ceftriaxona 2g + 100mL SF0,9% – infundir EV em 30 min, de 12/12h
 - **OPÇÃO 2 (se baixo risco para MRSA):**
 - Oxacilina 2g + 100mL SF0,9% – infundir EV em 30 min, de 4/4h
 - OU Cefazolina 2g + 100mL SF0,9% – infundir EV em 30 min, de 8/8h
 - **OPÇÃO 3 (se alérgico a betalactâmicos):**
 - Vancomicina 15-20mg/kg + 250mL SF0,9% – infundir EV em 1 hora, de 12/12h
 - + Ciprofloxacino 400mg + 100mL SF0,9% – infundir EV em 1 hora, de 12/12h
- **Alternativas:**
 - Clindamicina 900mg + 100mL SF0,9% – infundir EV em 30 min, de 8/8h (se alergia)
 - Linezolida 600mg + 300mL SG5% – infundir EV em 1 hora, de 12/12h (MRSA confirmado)
- **Indicações:**
 - TODAS as sepses de foco cutâneo
 - Iniciar NA PRIMEIRA HORA após reconhecimento
 - Não aguardar resultados de cultura
- **Apresentações:**
 - Vancomicina 500mg, 1g (frasco-ampola)
 - Ceftriaxona 1g, 2g (frasco-ampola)
 - Oxacilina 500mg (frasco-ampola)
 - Cefazolina 1g (frasco-ampola)
- **Via(s):** □ EV
- **Cuidados:**
 - **Fatores de risco para MRSA:** hospitalização recente, uso prévio de ATB, infecção recorrente, colonização por MRSA, diabetes, diálise, dispositivos invasivos, DPOC, cirurgia recente
 - Sempre cobrir MRSA se fatores de risco presentes
 - Duração: 7-14 dias conforme resposta clínica
 - Ajustar após resultado de culturas e antibiograma
 - Vancomicina: dosar vancocinemia (vale 15-20 mcg/mL)
 - Oxacilina: evitar dose < 6g/dia, risco de flebite
 - Desescalonar quando possível após identificação do agente

• VASOPRESSOR (NORADRENALINA)

- **Prescrição prática:**

- Noradrenalina 4mg (2 ampolas de 4mL) + 234mL SG5% = 250mL (concentração 16mcg/mL)
- Iniciar 0,05 mcg/kg/min (□ mL/h) em bomba de infusão contínua
- Titular para manter PAM $\geq$ 65 mmHg

- **Alternativas:**

- Vasopressina 20UI + 80mL SF0,9% = 100mL (0,2UI/mL) – 0,03 UI/min (em associação)
- Adrenalina 2mg + 248mL SG5% = 250mL (8mcg/mL) – 0,05 mcg/kg/min (segunda linha)

- **Indicações:**

- Hipotensão refratária à ressuscitação volêmica (após 30 mL/kg)
- Choque séptico (hipotensão + lactato $>$ 2 mmol/L)
- PAM $<$ 65 mmHg persistente

- **Apresentações:**

- Noradrenalina 2mg/mL, 4mL (ampola)
- Adrenalina 1mg/mL, 1mL (ampola)
- Vasopressina 20UI/mL, 1mL (ampola)

- **Via(s):** □ EV central (preferível) ou periférico (até acesso central)

- **Cuidados:**

- Acesso venoso central preferencial (risco de necrose se extravasamento)
- Meta: PAM $\geq$ 65 mmHg
- Não usar noradrenalina em hipotensão sem ressuscitação volêmica adequada
- Monitorização contínua: PA invasiva se disponível
- Risco de arritmias, isquemia periférica, necrose digital
- Associar vasopressina se dose de noradrenalina $>$ 0,5 mcg/kg/min
- Desmame gradual conforme melhora da perfusão

- **ANALGÉSICO**

- **Prescrição prática:**

- Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento em 15 min, de 6/6h
- Tramadol 100mg/2mL (50mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 08mL SF0,9%, EV lento em 10 min, de 8/8h, se dor moderada

- **Alternativas:**

- Morfina 10mg/mL – 2-5mg (0,2-0,5mL) + 9mL SF0,9%, EV lento, de 4/4h, se dor intensa

- **Indicações:**

- Controle da dor relacionada à infecção cutânea
- Febre (dipirona)

- **Apresentações:**

- Dipirona 500mg/mL, 2mL (ampola)
- Tramadol 50mg/mL, 2mL (ampola)
- Morfina 10mg/mL, 1mL (ampola)

- **Via(s):** □ EV | □ IM

- **Cuidados:**
 - Dipirona: evitar em neutropenia grave, alergia conhecida
 - Tramadol: risco de convulsões, náuseas, contraindicado se crise convulsiva recente
 - Morfina: monitorar depressão respiratória, ter naloxona disponível
 - Titular dose conforme intensidade da dor

• ANTIEMÉTICO

- **Prescrição prática:**
 - Bromoprida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 08mL AD, EV lento, de 8/8h, se náuseas
 - Ondansetrona 8mg/4mL (2mg/mL) – 01 ampola (4mL) + 96mL SF0,9%, EV em 15 min, de 8/8h
- **Alternativas:**
 - Metoclopramida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 08mL AD, EV lento, de 8/8h
- **Indicações:**
 - Náuseas e vômitos associados à sepse
 - Íleo paralítico
- **Apresentações:**
 - Bromoprida 5mg/mL, 2mL (ampola)
 - Ondansetrona 2mg/mL, 4mL (ampola)
- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM
- **Cuidados:**
 - Evitar metoclopramida em doença de Parkinson
 - Ondansetrona: risco de prolongamento QT

• PROTETOR GÁSTRICO

- **Prescrição prática:**
 - Omeprazol 40mg – diluir em 100mL SF0,9%, EV em 30 min, de 12/12h
 - Pantoprazol 40mg – diluir em 100mL SF0,9%, EV em 15 min, de 12/12h
- **Indicações:**
 - Profilaxia de úlcera de estresse em paciente crítico
- **Apresentações:**
 - Omeprazol 40mg (frasco-ampola)
 - Pantoprazol 40mg (frasco-ampola)
- **Via(s):** ☐ EV | ☐ Oral
- **Cuidados:**
 - Evitar uso prolongado desnecessário

? PARA CASA

ATENÇÃO: Paciente com SEPSE NÃO recebe alta hospitalar. Necessita internação em UTI ou leito de cuidados intensivos até estabilização do quadro e resolução da disfunção orgânica.

Se paciente apresentava apenas celulite/erisipela CLASSE I ou II (sem sepse) e respondeu bem ao tratamento inicial no PS:

• **ANTIBIÓTICO ORAL (7-10 dias)**

- **Prescrição:** Cefalexina 500mg – 01 comprimido, VO, de 6/6h, por 7-10 dias
- **Indicações:** Continuação do tratamento após estabilização
- **Apresentações:** Comprimidos de 500mg
- **Posologia:** 500mg de 6/6h ou 1g de 8/8h por 7-10 dias
- **Cuidados:**
 - Completar todo o curso mesmo com melhora dos sintomas
 - Evitar em alergia a cefalosporinas
 - Ajustar dose se insuficiência renal
- **Alternativa(s):**
 - Amoxicilina + Clavulanato 875+125mg – 01 comprimido, VO, de 12/12h, por 7 dias
 - Clindamicina 300mg – 01 cápsula, VO, de 6/6h, por 7 dias (se alergia a betalactâmicos)

• **ANTI-INFLAMATÓRIO**

- **Prescrição:** Naproxeno 500mg – 01 comprimido, VO, de 12/12h após refeições, por 5 dias
- **Indicações:** Controle da dor e inflamação local
- **Apresentações:** Comprimidos de 500mg
- **Posologia:** 500mg de 12/12h por 5-7 dias
- **Cuidados:**
 - Tomar sempre após as refeições
 - Evitar em úlcera péptica ativa, insuficiência renal grave
 - Atenção em idosos e hipertensos
- **Alternativa(s):**
 - Ibuprofeno 600mg – 01 comprimido, VO, de 8/8h após refeições, por 5 dias

• **ANALGÉSICO/ANTITÉRMICO**

- **Prescrição:** Dipirona 500mg – 01 comprimido, VO, de 6/6h, se dor ou febre
- **Indicações:** Controle de dor leve a moderada e febre
- **Apresentações:** Comprimidos de 500mg
- **Posologia:** 500mg a 1g de 6/6h, se necessário
- **Cuidados:**
 - Não ultrapassar 4g/dia

- Evitar em neutropenia grave

- **Alternativa(s):**

- Paracetamol 750mg – 01 comprimido, VO, de 6/6h, se dor ou febre

- **Orientações ao paciente**

- **Sinais de alerta - RETORNAR IMEDIATAMENTE se:**

- Febre persistente acima de 38°C após 48h de antibiótico
- Aumento progressivo da área de vermelhidão ou inchaço
- Formação de bolhas, secreção purulenta ou necrose
- Dor intensa ou desproporcional
- Falta de ar, dificuldade para respirar
- Confusão mental, sonolência excessiva
- Pressão baixa, tontura, desmaios
- Diminuição importante da urina
- Febre com calafrios intensos
- Vômitos persistentes

- **Tempo de recuperação esperado:**

- Melhora clínica visível em 48-72 horas de antibiótico
- Resolução completa em 7-14 dias
- Edema pode persistir por semanas

- **Restrições de atividades:**

- Repouso absoluto nos primeiros 3-5 dias
- Manter membro elevado acima do nível do coração sempre que possível
- Evitar ficar muito tempo em pé ou sentado sem elevação
- Retorno gradual às atividades após resolução do eritema
- Evitar exercícios intensos por 2 semanas

- **Cuidados locais:**

- Elevar o membro afetado ao dormir (travesseiros)
- Compressas frias podem ajudar no desconforto
- Não aplicar gelo diretamente sobre a pele
- Manter pele hidratada após resolução aguda
- Evitar curativos oclusivos

- **Recomendações gerais:**

- **COMPLETAR TODO O CURSO DE ANTIBIÓTICO** mesmo com melhora total
- Tomar antibiótico nos horários corretos
- Manter hidratação adequada (2-3L água/dia)
- Tratar portas de entrada: frieira (tinea pedis), micoses, rachaduras
- Controlar fatores de risco: diabetes, obesidade
- Usar meias de compressão se insuficiência venosa (após fase aguda)
- Cuidado com unhas e pele dos pés
- Evitar andar descalço

- **Seguimento:**

- Retorno em 48-72 horas para reavaliação
- Retorno precoce se sinais de alerta

- Acompanhamento com infectologia se infecção recorrente
- Avaliar necessidade de profilaxia secundária se ≥ 2 episódios/ano

? CID-10:

- **A41.9:** Septicemia não especificada
- **L03.9:** Celulite não especificada
- **A46:** Erisipela
- **R57.2:** Choque séptico
- **L08.9:** Infecção local da pele e do tecido subcutâneo, não especificada

Revision #5

Created 8 August 2025 21:00:22 by Heric

Updated 17 October 2025 17:23:29 by Heric