



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 1/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

SUMÁRIO

1.	SIGLAS E CONCEITOS.....	2
2.	OBJETIVOS.....	3
3.	JUSTIFICATIVAS.....	3
4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	3
5.	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	3
6.	HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.....	4
6.1.	Alerta precoce.....	4
6.2.	Critérios diagnósticos de sepse.....	6
6.3.	Triagem dos pacientes suspeitos de sepse.....	7
7.	EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	8
8.	TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	8
8.1.	Pacote de 1 hora.....	8
8.2.	Reavaliação das 6 horas.....	12
9.	CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.....	13
10.	CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....	13
11.	FLUXOGRAMAS.....	14
12.	MONITORAMENTO.....	15
13.	REFERÊNCIAS.....	15
14.	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	15

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 2/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

1. SIGLAS E CONCEITOS

- **SRIS / SIRS:** Síndrome da resposta inflamatória sistêmica – definida como presença de no mínimo dois dos sinais a seguir: temperatura central > 38,3º C ou < 36ºC OU equivalente em termos de temperatura axilar; frequência cardíaca > 90 bpm; frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO2 < 32 mmHg; leucócitos totais > 12.000/mm³; ou < 4.000/mm³ ou presença de > 10% de formas jovens (desvio à esquerda).
- **HU-UFMG:** Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.
- **INFECÇÃO SEM DISFUNÇÃO:** Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SIRS.
- **SEPSE:** Infecção suspeita ou confirmada associada à disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SIRS.
- **CHOQUE SÉPTICO:** Necessidade de vasopressor para manter PAM ≥ 65 mmHg, apesar da reposição volêmica adequada para o caso, E com lactato ≥ 2 mmol/L; Disfunção orgânica cardiovascular, indicada por hipotensão grave para a idade; nível de lactato no sangue venoso ou arterial >5 mmol/litro (>45,05 mg/dl), ou necessidade de droga vasoativa (MEYER; PRESCOTT, 2024).
- **DISFUNÇÃO ORGÂNICA POSSÍVEL:**
 - Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PAS > 40 mmHg da PAS basal);
 - Oligúria (≤0,5mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (>2mg/dl);
 - Relação PaO2/FiO2 < 300 ou necessidade de O2 para manter SpO2 > 90%;
 - Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;
 - Lactato acima do valor de referência;
 - Rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium;
 - Aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência);
 - Bilirrubina total > 2 mg/dL;
 - Enchimento capilar (TEC) > 3 segundos;
 - Presença de Mottling (livedo reticular no joelho);
 - Íleo adinâmico.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 3/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

2. OBJETIVOS

- Fornecer informações aos trabalhadores, residentes e acadêmicos do HU-UFGD sobre Sepsis, sinais e sintomas, diagnóstico precoce e tratamento adequado.
- Reduzir o tempo de internação e a mortalidade hospitalar;
- Promover retorno precoce do paciente a suas atividades habituais;
- Qualificar o atendimento multiprofissional.

3. JUSTIFICATIVAS

A sepsis é uma síndrome extremamente prevalente, com elevada morbidade e mortalidade e altos custos aos sistemas de saúde. É definida como presença de disfunção orgânica causada pela resposta desregulada do hospedeiro frente a uma infecção. Apresenta taxas elevadas de incidência e mortalidade. Seu reconhecimento precoce e tratamento adequado são fatores primordiais para a mudança deste cenário. A implementação de protocolos clínicos gerenciados é uma ferramenta útil neste contexto, auxiliando as instituições na padronização do atendimento ao paciente séptico, diminuindo desfechos negativos e proporcionando melhor efetividade do tratamento.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

O protocolo é aplicável aos pacientes clínicos e/ou cirúrgicos maiores de 14 anos e não gestantes que apresentem na admissão ou em qualquer momento da internação hospitalar quadro compatível com sepsis ou choque séptico.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

O atendimento ao paciente séptico nas primeiras 24 horas é de suma importância para o desfecho favorável. Entretanto, outras ações são necessárias para o sucesso pleno em termos de sobrevida hospitalar e reabilitação após a alta, com estabelecimento de uma linha de cuidado adequada, desde o momento da internação hospitalar ou do diagnóstico de sepsis até o momento da alta. O paciente deve ser seguido e atendido de forma adequada durante toda a internação hospitalar.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 4/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

O atendimento multidisciplinar contribui para os desfechos favoráveis tanto dentro do hospital como após a alta. A enfermagem tem fundamental importância para a recuperação funcional, desde o momento do reconhecimento precoce até a alta hospitalar.

Nutrição adequada, fisioterapia respiratória e motora, focada em mobilização precoce, e atendimento fonoaudiológico para recuperação de deglutição e fonação contribuem para a reabilitação do paciente.

O suporte psicológico precoce pode minimizar os riscos de desenvolvimento de estresse pós-traumático. A odontologia tem seu papel na identificação e controle do foco, bem como na prevenção de infecções respiratórias. O acompanhamento diário pela farmácia clínica possibilita a adequação da prescrição médica.

O serviço social é importante para a reinserção do paciente na sociedade e o seguimento do paciente no sistema de saúde. As orientações no momento da alta, visando a continuidade do cuidado ambulatorial e o seguimento por todas as equipes responsáveis pela reabilitação funcional do paciente são também fundamentais para a continuidade do tratamento.

O serviço laboratorial deve garantir que o tempo decorrido entre a coleta dos exames do “pacote Sepsis” no setor solicitante e a disponibilização dos resultados não exceda 30 minutos.

Da mesma forma, o serviço de farmácia hospitalar deve garantir a dispensação imediata dos antimicrobianos prescritos para Sepsis, visando o início oportuno do tratamento.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

6.1. Alerta precoce

Por ser a causa mais comum de hospitalização e principal causa de morte nas UTIs em pacientes adultos, o uso de ferramentas para detecção precoce de sepsis e deterioração clínica permite elaboração de estratégias proativas e reativas, proporcionando qualidade e segurança.

A escala de avaliação de risco NEWS (*National Early Warning Score*) é uma **escala de alerta**, baseada num sistema de atribuição ponderada de pontos (scores) aos parâmetros vitais, sendo a sua principal finalidade a identificação precoce do risco de deterioração aguda do paciente.

Originalmente, a ferramenta foi publicada na língua inglesa no Reino Unido e, em dezembro de 2017, atualizado para a versão NEWS 2, tendo como objetivo padronizar a avaliação realizada naquele país, podendo ser utilizado na admissão, durante a internação e, também, no período pré-hospitalar.

Em 2020, houve a adaptação transcultural da ferramenta para o português do Brasil. Não se trata de diagnóstico de **SEPSIS**, apenas alerta aos profissionais do risco de o paciente ir para a UTI (**NEWS** \geq 5: sensibilidade 95,1% e especificidade 15%) ou de morrer (**NEWS** \geq 5: sensibilidade de 92,6% e especificidade 16,7%).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 5/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

O NEWS 2 oferece uma abordagem padronizada para avaliar doenças agudas e utiliza parâmetros fisiológicos mensurados à beira do leito, sendo eles:

- Frequência Respiratória em movimentos respiratórios por minutos (FR);
- Uso de oxigênio auxiliar e Saturação de Oxigênio (SPO2);
- Pressão Arterial Sistólica (PAS) em mmHg;
- Frequência Cardíaca em batimentos por minutos (FC);
- Nível de consciência; e
- Temperatura axilar (°C).

Figura 1 – Versão brasileira do NEWS 2.

Parâmetros Fisiológicos	Pontuação						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória (por minuto)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SpO2 % - Escala 1	≤91	92-93	94-95	≥96			
SpO2 % - Escala 2	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 em ar ambiente	93-94 com oxigênio	95-96 com oxigênio	≥97 com oxigênio
Ar ambiente ou oxigênio?		Oxigênio		Ar Ambiente			
Pressão arterial sistólica(mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Pulso (por minuto)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Consciência				Alerta			Confusão aguda Resposta a voz ou dor Irresponsivo
Temperatura (°C)	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

Fonte: OLIVEIRA; URBANETTO; CAREGNATO, 2020.

Uma vez realizada a escala, a análise da pontuação determinará a frequência de monitoramento do quadro clínico do paciente e a resposta clínica indicada, conforme figura 2.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 6/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

Figura 2 – Descrição da resposta clínica dos desencadeadores NEWS 2.

Pontuação NEWS 2	Frequência de Monitoramento	Resposta Clínica
0	Mínimo a cada 12 horas	• Continuar com monitoramento NEWS 2 de rotina
Total 1-4	Mínimo a cada 4-6 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Informar o enfermeiro, que ele deve avaliar o paciente* • O Enfermeiro deve decidir se o aumento da frequência de monitoramento e/ou intensificação do cuidado é necessário
3 em um único parâmetro	Mínimo a cada 1 hora	• O Enfermeiro deve informar a equipe médica que está cuidando do paciente, que revisará e decidirá se a intensificação dos cuidados é necessária
Total de 5 ou mais Limite de resposta urgente	Mínimo a cada 1 hora	<ul style="list-style-type: none"> • O Enfermeiro deve informar imediatamente a equipe médica que está cuidando do paciente • O Enfermeiro deve solicitar avaliação urgente de um médico ou de uma equipe com competências essenciais no cuidado de pacientes com uma doença aguda • Providenciar cuidado clínico em um ambiente com instalações de monitoramento
Total de 7 ou mais Limite de resposta de emergência	Monitoramento contínuo dos sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"> • O Enfermeiro deve informar imediatamente a equipe médica que está cuidando do paciente – isso deve ser feito diretamente ao especialista • Avaliação de emergência por uma equipe com competências em cuidado crítico, incluindo médico(s) com habilidades avançadas em vias aéreas • Considerar a transferência de cuidado para uma unidade de tratamento de nível 2 ou 3, ou seja, uma unidade intermediária ou UTI. • Cuidado clínico em um ambiente com instalações de monitoramento

*Se avaliado pelo enfermeiro, considerar opção seguinte.

Fonte: OLIVEIRA; URBANETTO; CAREGNATO, 2020.

6.2. Critérios diagnósticos de sepse

A suspeita de Sepse deve ocorrer em todos os pacientes com quadro infeccioso. A equipe multidisciplinar deve estar atenta, por exemplo, à presença dos critérios de resposta inflamatória sistêmica, que podem estar presentes durante uma infecção.

- Temperatura central > 38,3° C ou < 36° C;
- Frequência cardíaca > 90bpm;
- Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO₂ < 32 mmHg;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 7/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

- Leucócitos totais $> 12.000/mm^3$ ou $< 4.000/mm^3$ ou presença de $> 10\%$ de formas jovens.

Adicionalmente, a presença de disfunção orgânica causada por uma infecção define o diagnóstico de sepse. As principais disfunções orgânicas são:

- Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PAS > 40 mmHg da PAS basal);
- Oligúria ($\leq 0,5$ mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (> 2 mg/dl);
- Relação PaO₂/FiO₂ < 300 ou necessidade de O₂ para manter SpO₂ $> 90\%$;
- Contagem de plaquetas $< 100.000/mm^3$ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;
- Lactato acima do valor de referência;
- Rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium;
- Aumento significativo de bilirrubinas ($> 2X$ o valor de referência).
- Bilirrubina total > 2 mg/dL
- Enchimento capilar (TEC) > 3 segundos
- Presença de Mottling (livedo reticular no joelho)
- Íleo adinâmico

Destaca-se que a ausência dos critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepse. Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível, pense em sepse e considere iniciar as medidas preconizadas neste protocolo.

6.3. Triagem dos pacientes suspeitos de sepse

A triagem inicial será baseada nos critérios de SIRS, NEWS 2 e de disfunção orgânica. Ao identificar pelo menos 2 critérios de SIRS, e/ou piora clínica identificável no score NEWS 2 e/ou 1 critério de disfunção orgânica, o médico deverá avaliar o paciente e definir se há foco infeccioso (presumido ou confirmado).

Se houver suspeita de infecção, o médico deverá definir se o diagnóstico é de sepse ou choque séptico. Uma vez o médico confirmando que há sepse ou choque séptico, o paciente será incluído no protocolo, e a partir deste momento, se inicia as medidas descritas nesse protocolo, que incluem colher os exames laboratoriais padronizados e adotar o pacote de 1 hora e reavaliação em 06 horas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 8/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O “pacote Sepse” de exames laboratoriais inclui:

- gasometria venosa e lactato;
- hemograma completo;
- proteína C reativa - PCR;
- procalcitonina;
- creatinina;
- ureia;
- sódio e potássio;
- glicemia;
- bilirrubina;
- coagulograma;
- hemocultura de dois sítios distintos e cultura de outros sítios pertinentes*, como urocultura ou secreção traqueal (se possível coletado antes do início de tratamento antimicrobiano. A administração de antimicrobianos não deverá ser postergada);

**A cultura solicitada deve ser a do sítio suspeito, como nos exemplos:*

- Suspeita ITU: Urocultura + Hemoculturas;

- Suspeita Pneumonia: Cultura de Secreção traqueal e/ou Cultura líquido pleural e/ou Cultura de lavado broncoalveolar E Hemoculturas;

- Suspeita de meningite bacteriana: Cultura de líquido + Hemoculturas;

- Abscessos: Cultura de material coletado + Hemocultura.

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

8.1. Pacote de 1 hora

Para todos os pacientes em que a equipe médica optou por dar seguimento ao protocolo, o pacote de 1 hora deve ser executado. Ele é composto dos seguintes itens:

1. Coleta de exames laboratoriais do “pacote Sepse”, descritos no tópico 8 (objetivo é ter resultados dos exames em 30 minutos, principalmente lactato, para evitar falso positivos);

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 9/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

2. Prescrição e administração de antimicrobianos de amplo espectro para a situação clínica, por via endovenosa, visando o foco suspeito, dentro da primeira hora da identificação da sepse. A escolha da terapia antimicrobiana deve seguir o disposto no quadro 1.

Quadro 1 – Terapia antimicrobiana para o tratamento de Sepse, de acordo com a situação clínica.

Infecções Comunitárias		
Situação Clínica	Alternativas Terapêuticas	
	1ª opção	Alternativa
Foco urinário (pielonefrite)	Ceftriaxona	Ciprofloxacino
Fonte intra-abdominal (diverticulite, abscesso perirretal ou peritonite)	Ciprofloxacino + Metronidazol	Ceftriaxona + Metronidazol
Pneumonias comunitárias graves	Ceftriaxona + claritromicina	Ceftriaxona + Azitromicina ou Ampicilina + Sulbactam + macrolídeo ou Amoxicilina + Clavulanato + macrolídeo
Pneumonia aspirativa	Ceftriaxona + Clindamicina	Amoxicilina + Clavulanato
Endocardite (valva nativa)	Penicilina G Cristalina + Gentamicina + oxacilina	Oxacilina + Ampicilina + Gentamicina
Meningite	Ceftriaxona (dose dobrada)	Ceftriaxona + Vancomicina
Pé diabético	Ceftriaxona + Clindamicina	Piperacilina com tazobactam
Pele e partes moles	Oxacilina + ceftriaxona	Vancomicina
Neutropenia grave	Cefepime	Piperacilina com tazobactam
Infecções Nosocomiais		
Situação Clínica	Alternativas Terapêuticas	
	1ª opção	Alternativa
Foco pulmonar	Piperacilina com tazobactam	Meropenem

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 10/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao Cateter Venoso	<p>Meropenem + Vancomicina</p> <p><u>Obs:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Neutropenico ou critérios de UTI: micafungina - Não neutropenico ou sem critérios de UTI: Fluconazol 	<p>Piperacilina com Tazobactam + Vancomicina</p> <p><u>Obs.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Neutropenico ou critérios de UTI: Anfotericina B lipossomal - Não neutropenico ou sem critérios de UTI: Anfotericina B desoxicolato
Infecção do Trato Urinário associada a Cateterismo vesical	Meropenem	Piperacilina com Tazobactam
Neutropenia grave	Piperacilina com Tazobactam.	Meropenem + Vancomicina
Infecção de Sítio Cirúrgico	Meropenem + Vancomicina	Piperacilina com tazobactam + vancomicina

3. Seguir rigorosamente os princípios de farmacocinética e farmacodinâmica para otimizar a terapia antimicrobiana:

- Utilizar dose máxima para o foco suspeito ou confirmado, com dose de ataque nos casos pertinentes, sem ajustes para a função renal ou hepática. As doses devem ser plenas visando otimização da redução da carga bacteriana ou fúngica. Embora seja discutível, pode-se manter doses sem ajuste para função renal pelas primeiras 24 horas. Isso é de suma importância para os antimicrobianos hidrofílicos dado ao aumento do volume de distribuição deles em decorrência da ressuscitação volêmica.
- Atentar para a diluição adequada de forma a evitar incompatibilidade e concentração excessiva. Utilizar a infusão estendida de antibióticos betalactâmicos como piperacilina-tazobactam e meropenem, com exceção da primeira dose, que deve ser administrada, em bolus, o mais rápido possível.
- Utilizar terapia combinada, com duas ou três drogas, quando existir suspeita de infecção por agentes multidrogas resistentes. Considerar o uso de diferentes classes de antibióticos, para um mesmo agente, em pacientes com choque séptico.
- Restringir o espectro antimicrobiano quando o patógeno for identificado e a sensibilidade conhecida; terapia combinada pode ser de-escalada conforme evidência de resposta clínica ou resolução da infecção.
- Discutir com a equipe de infectologia os casos em que houver dúvidas na prescrição dos antimicrobianos, sempre que possível.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 11/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

4. Para pacientes hipotensos (PAS < 90mmHg, PAM < 65mmHg ou, eventualmente, redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência institucional (hiperlactatemia inicial), deve ser iniciada ressuscitação volêmica com infusão de 30 ml/kg de cristaloides iniciada dentro da 1ª hora do diagnóstico da detecção dos sinais de hipoperfusão.

Embora classicamente não sejam considerados com parte do pacote de ressuscitação, sinais de hipoperfusão podem incluir oligúria, presença de livedo, tempo de enchimento capilar lentificado e alteração do nível de consciência. Coloides proteicos, albumina ou soro albuminado, podem fazer parte dessa reposição inicial. O uso de amidos está contraindicado, pois está associado a aumento da incidência de disfunção renal.

Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível, considerando-se as condições clínicas de cada paciente. Pacientes cardiopatas podem necessitar redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção cardíaca. Nos casos em que foi optado por não realizar reposição volêmica, parcial ou integralmente, após avaliação de fluido responsividade, esta decisão deve estar adequadamente registrada no prontuário. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada necessita ser avaliado.

5. Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, o vasopressor deve ser iniciado dentro da primeira hora nos pacientes em que ele está indicado.

Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes ou durante a reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor pode ser iniciado em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central. O uso de outros vasopressores pode ser necessário. Dentre os disponíveis, a recomendação é o uso de vasopressina, com intuito de desmame de noradrenalina ou como estratégia poupadora de catecolaminas, ou a adrenalina, preferível em pacientes que se apresentem com débito cardíaco reduzido.

A dobutamina pode ser utilizada quando exista evidência de baixo cardíaco ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, como livedo, oligúria, tempo de enchimento capilar lentificado, baixa saturação venosa central ou lactato aumentado.

6. Nos pacientes com lactato > 4 mmol/L, novas dosagens devem ser solicitadas dentro de 2 a 4 horas após o início da ressuscitação volêmica. Nem sempre se obtém a normalização do lactato, haja vista existirem outras causas para a hiperlactatemia que não a hipoperfusão tecidual. A busca pela normalização deve ser feita cuidadosamente, sob risco de intervenções terapêuticas desnecessárias, e potencialmente deletérias. A hiperlactatemia residual isolada, sem outros sinais clínicos de hipoperfusão ou má evolução, não necessariamente precisa ser tratada.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 12/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

8.2. Reavaliação das 6 horas

A reavaliação das 6 horas deve ser feita em pacientes que se apresentem com choque séptico, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual. A continuidade do cuidado é importante, por isso entende-se que durante as seis primeiras horas o paciente deve ser reavaliado periodicamente. Para isso é importante o registro da reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual.

1. Reavaliação da continuidade da ressuscitação volêmica, por meio de marcadores do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais. As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas:

- Mensuração de pressão venosa central;
- Variação de pressão de pulso;
- Variação de distensibilidade de veia cava;
- Elevação passiva de membros inferiores;
- Qualquer outra forma de avaliação de responsividade a fluídos (melhora da pressão arterial após infusão de fluidos, por exemplo);
- Mensuração de saturação venosa central;
- Tempo de enchimento capilar;
- Presença de livedo;
- Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese).

2. Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de 7 mg/dl devem receber transfusão o mais rapidamente possível.

3. Idealmente, os pacientes com choque séptico devem ser monitorados com pressão arterial invasiva, enquanto estiverem em uso de vasopressor. A aferição por manguito não é fidedigna nessa situação, mas pode ser utilizada nos locais onde a monitorização invasiva não está disponível.

4. Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos, a redução da pós carga pode ser necessária para o restabelecimento da adequada oferta de oxigênio. Não se deve usar medicações de efeito prolongado, pois esses pacientes podem rapidamente evoluir com hipotensão. Assim, vasodilatadores endovenosos, como nitroglicerina ou nitroprussiatos são as drogas de escolha.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 13/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Considerando que o HU-UFGD não possui pronto-atendimento clínico, esse protocolo é aplicável a pacientes internados na instituição, sejam clínicos ou cirúrgicos.

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

- Uso de corticoides

A utilização de corticoides é recomendada para pacientes com choque séptico refratário, ou seja, naqueles em que não se consegue manter a pressão arterial alvo, a despeito da ressuscitação volêmica adequada e do uso de vasopressores. Frente aos resultados do recente estudo adrenal, é também possível que os demais pacientes com choque tenham benefícios, em termos de redução de tempo de ventilação mecânica e de tempo de internação em UTI. Assim, a utilização deve ser individualizada. A droga recomendada é a hidrocortisona na dose de 50 mg a cada 6 horas.

- Ventilação mecânica

A intubação orotraqueal não deve ser postergada, em pacientes sépticos, com insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual. Os pacientes que necessitem de ventilação mecânica devem ser mantidos em estratégia de ventilação mecânica protetora, devido ao risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). A estratégia protetora inclui a 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 deve ser suficiente para manter uma PaO₂ entre 70 e 90 mmHg, e/ou SatO₂ > 92%. Também deve-se objetivar uma “pressão de distensão” (*driving pressure*, pressão de platô - peep) menor que 15 cmH₂O, sempre que possível. Para pacientes com diagnóstico de SDRA há menos de 48 horas, com 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. Manobras de recrutamento estão associadas a maior mortalidade e devem ser evitadas.

- Bicarbonato

Não está indicado o uso de bicarbonato nos casos de acidose láctica em pacientes com pH >7,15, pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixo desse valor, tal terapia pode ser avaliada como medida de salvamento.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 14/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

• Controle glicêmico

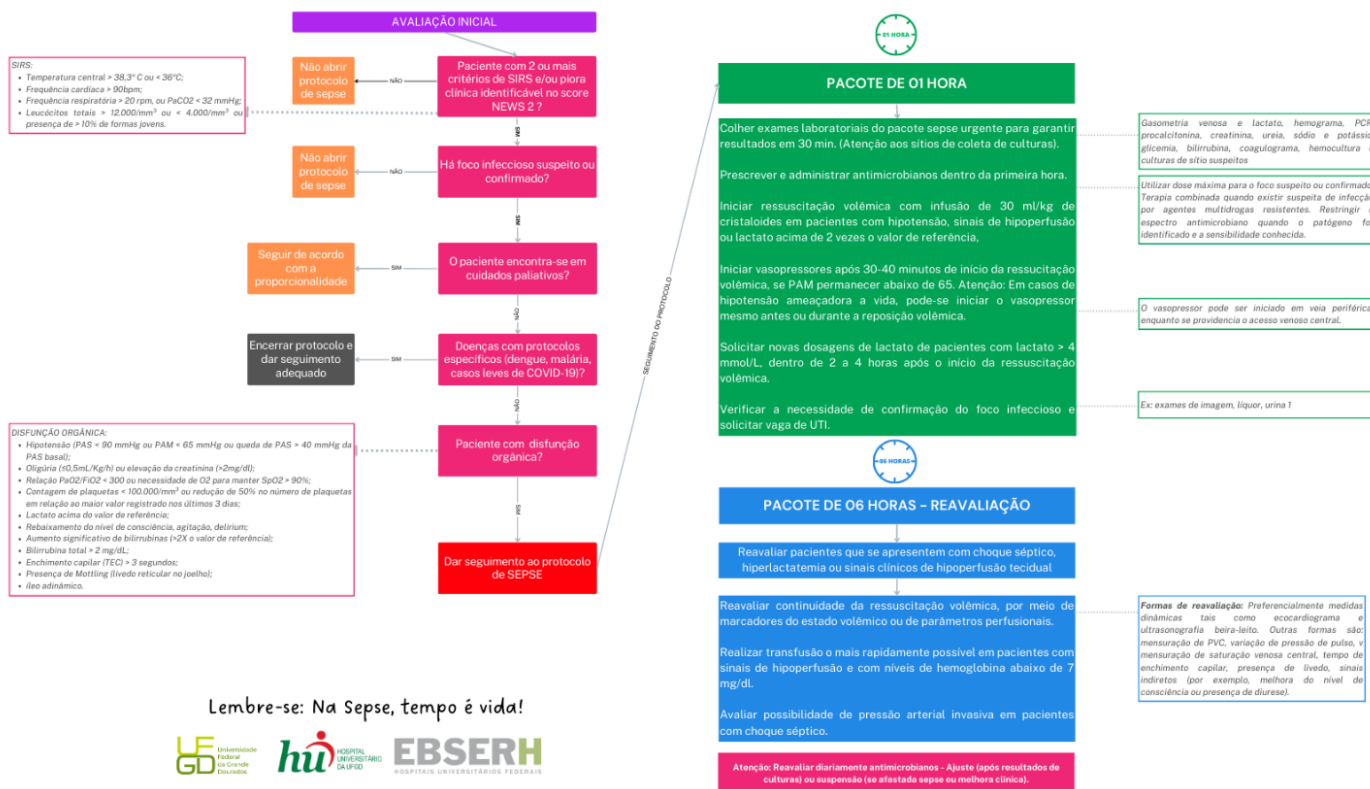
Os pacientes na fase aguda de sepse cursam frequentemente com hiperglicemia, secundária a resposta endócrino-metabólica ao trauma. O controle adequado da glicemia é recomendado por meio da utilização de protocolos específico, visando uma meta abaixo de 180 mg/dl, evitando-se episódios de hipoglicemia e variações abruptas dela.

• Terapia renal substituta

Não existe recomendação para o início precoce de terapia renal substituta, devendo-se individualizar cada caso, conforme discussão com equipe especialista. Da mesma maneira, não existe recomendação para hemodiálise intermitente ou modalidades contínuas, devendo-se reservar estes métodos para pacientes com instabilidade hemodinâmica grave, nos locais onde este recurso é disponível.

11. FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA DE TRIAGEM PARA SEPSE



Lembre-se: Na Sepse, tempo é vida!

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 15/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025	Próxima revisão: 07/08/2027
		Versão: 02	

12. MONITORAMENTO

- Proporção de pacientes avaliados pela escala de NEWS 2;
- Taxa de óbitos por Sepsis.

13. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA. Hospital do Coração – HCOR. **Protocolo Gerenciado da Sepsis**. 2022. Disponível em: https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2022/04/Folder_SEPSE_15x21cm_v6_web.pdf. Acesso 13/02/2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Universidade Federal do Pará. Hospital Universitário João de Barros Barreto. **Protocolo Sepsis**. V.4. 02/05/2022. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/chu-ufpa/comunicacao/noticias/seguranca-de-medicamentos-sera-tema-do-dia-mundial-da-seguranca-do-paciente-em-2022/protocolo-sepse_hujbb-1.pdf. Acesso 13/02/2023.

EVANS, L. *et al.* SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN. Campanha de Sobrevivência à Sepsis: Diretrizes Internacionais para o Manejo da Sepsis e Choque Séptico 2021. *Critical Care Medicine*. Nov. 2021, v. 49, n. 11.

MEYER, Nuala J.; PRESCOTT, Hallie C. Sepsis and septic shock. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 391, n. 22, p. 2133–2146, 5 dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMr2403213>.

OLIVEIRA, A. P. A. DE.; URBANETTO, J. DE S.; CAREGNATO, R. C. A. *National Early Warning Score 2: transcultural adaptation to Brazilian Portuguese*. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	02/2023	Elaboração do documento
02	06/2025	Revisão do protocolo.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UVS.002 – Página 16/16	
Título do Documento	MANEJO DA SEPSE EM ADULTOS	Emissão: 07/08/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 07/08/2027

Elaboração Fuad Fayez Mahmoud Hermeto Macario Amin Paschoalick Silvane Cavalheiro da Silva	Data: 22/02/2023
Revisão Fuad Fayez Mahmoud – STGQ Camilla Rocha Raniero – Médica intensivista	Data: 26/06/2025
Validação Graciela Mendonça dos Santos Bet – STGQ	Data: 06/08/2025
Aprovação Silvane Cavalheiro da Silva – Chefe da UVS Colegiado Executivo	Data: 06/08/2025 Data: 07/08/2025

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.003690/2023-08