

PROTOCOLO

HUAB- UFRN/EBSERH

PROTOCOLO DE SEPSE EM PACIENTES OBSTÉTRICAS

Versão: 2 | 2025



SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. OBJETIVOS | 2 |
| 2. JUSTIFICATIVAS | 2 |
| 3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO | 5 |
| 4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES | 5 |
| 5. KIT SEPSE..... | 6 |
| 6. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO | 6 |
| 7. FLUXO DE PROCESSO | 9 |
| 8. MONITORAMENTO | 10 |
| 9. REFERÊNCIAS | 10 |
| 10. HISTÓRICO DE REVISÃO | 11 |
| 11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO | 11 |

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo geral

Padronizar condutas baseadas em evidências científicas para a sepse, garantindo boas práticas assistenciais no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB).

1.2. Objetivos específicos

1. Identificar precocemente pacientes com quadro de Sepse e choque séptico, iniciando as medidas propostas neste protocolo;
2. Reduzir casos de morte por sepse ou choque séptico;
3. Racionalizar o uso dos recursos diagnósticos e terapêuticos.

2. JUSTIFICATIVAS

A Sepse é uma síndrome clínica cujas alterações fisiológicas, biológicas e bioquímicas são causadas pela desregulação da resposta imune do hospedeiro frente a uma infecção. É importante que a equipe assistencial possa identificar precocemente os sinais da sepse bem como realizar o manejo adequado, uma vez que essa resposta inflamatória pode levar ao choque, disfunção de múltiplos órgãos e óbito.

A Sepse é uma síndrome extremamente prevalente, com elevada morbimortalidade e altos custos. 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.

A Sepse materna é uma condição potencialmente fatal, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2017 como a “disfunção orgânica resultante de infecção durante a gravidez, parto, pós-aborto ou pós-parto”. No Brasil os casos de sepse respondem por cerca de 25% da ocupação dos centros de terapia intensiva, com uma alta mortalidade (em torno de 65%), segundo dados do Instituto LatinoAmericano de Sepse. Além de causarem 11% das mortes maternas, as infecções complicam o quadro clínico obstétrico e puerperal em outros agravos de saúde que causam morte materna. As infecções podem ser de origem obstétrica (corioamnionite, infecção puerperal, aborto infectado, tromboflebite pélvica) ou não obstétrica (resultando de infecções que acometem outros sítios): pielonefrite, pneumonia, fascite, apendicite, colecistite). Incluem-se também as infecções hospitalares: infecção urinária associada ao cateter, pneumonia por utilização de respirador, infecção de sítio cirúrgico.

As etiologias de infecção durante a gravidez são diferentes no período pré e pós-natal:

- 1. Infecções pré-natais:** as infecções graves mais comuns que ocorrem antes do parto são aborto séptico, infecção intra-amniótica (corioamnionite), pielonefrite complicada e pneumonias causadas por *Streptococcus Pneumoniae* e Influenza;
- 2. Infecções pós-natais:** A infecção pós-parto mais comum é a endometrite. Geralmente é devido à flora mista, incluindo organismos anaeróbios, gram negativos e gram positivos. Outras infecções pós-parto incluem infecções de feridas, fascíte necrosante, síndrome do choque tóxico, abscesso pélvico, gangrena gasosa do miométrio (geralmente devido a espécies de *Clostridium* que colonizam o trato gastrointestinal e a vagina), tromboflebite pélvica séptica, Sacroilíte Piogênica e colite por *Clostridioides Difficile*.

O diagnóstico de sepsis é predominantemente clínico. A triagem na suspeita de sepsis é feita pela aplicação do instrumento de rastreamento “Avaliação sequencial rápida de falência orgânica” (do inglês Quick equential Organ Failure Assessment q-SOFA), que usa três critérios clínicos (frequência respiratória, nível de consciência e pressão arterial sistêmica) para identificar as pacientes com pior prognóstico para mortalidade intrahospitalar. Devido às alterações fisiológicas da gestação, o escore foi adaptado para o omqSOFA (obstetric modified quick SOFA - omqSOFA) para ser utilizado a partir da 22ª semana de idade gestacional e até o sétimo dia de pós-parto. Uma pontuação maior ou igual a 2 (dois) deve indicar suspeita de sepsis.

Para fins de processo de triagem de risco o Escore qSOFA (tabela 1), aplicado frequentemente ao público adulto geral, será considerado também em gestantes e puérperas até uma semana pós-parto, onde poderá ser aplicado em qualquer setor hospitalar, inclusive na unidade de acolhimento:

Tabela 1 – Escore para triagem de risco – qSOFA.

| Parâmetro | Pontuação: 0 | Pontuação: 1 |
|------------------------------------|--------------|--------------|
| Pressão sistólica | ≥ 90mmHg | < 90mmHg |
| Frequência respiratória | < 25 IR/min | ≥ 25 IR/min |
| Alteração do estado de consciência | Alerta | Não alerta |

IR/min – incursões respiratórias por minuto

Adaptado de: Bowyer L, Robinson HL, Barrett H, Crozier TM, Giles M, Idel I, Lowe S, Lust K, Marnoch CA, Morton MR, Said J, Wong M, Makris A. SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2017;57(5):540-551 Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10.

Após rastreio inicial positivo pelo qSOFA, o diagnóstico da sepse deve ser confirmado pela caracterização de disfunção orgânica secundária à infecção, marcado pelo aumento de pelo menos dois pontos no instrumento “Avaliação sequencial de falência orgânica” (do inglês *Sequential Organ Failure Assessment – SOFA*), ferramenta que também já foi adaptada para a obstetrícia, incluindo parâmetros clínicos e laboratoriais. Nesse escore, deve-se considerar o diagnóstico de sepse quando ocorre aumento de 2 (dois) ou mais pontos em consequência de processo infeccioso. Utiliza-se o **Escore omqSOFA** para fins de diagnóstico de sepse em gestantes e puérperas até uma semana pós-parto (tabela 2):

Tabela 02 – Escore omqSOFA para gestantes e puérpera até sete dias pós-parto.

| Parâmetro | Pontuação | | |
|---|-----------|----------------------------|---|
| | 0 | 1 | 2 |
| PaO ₂ / FIO ₂ | ≥ 400 | 300 a 400 | <300 |
| Plaquetas X 10 ³ / mm ³ | ≥ 150 | 100 – 150 | <100 |
| Bilirrubinas (mg/dL) | ≤ 1,17 | 1,17-1,87 | >1,87 |
| PAM (mmHg) | > 70 | <70 | Drogas vasoativas |
| Nível de Consciência | Alerta | Desperta ao estímulo vocal | Desperta somente a estímulo físico ou dor |
| Creatinina (mg/dL) | ≤ 1,0 | 1,0-1,36 | ≥1,36 |

FIO₂ - fração de inspiração O₂; PaO₂ - pressão parcial de O₂; PAM - pressão arterial média

Adaptado de: Bowyer L, Robinson HL, Barrett H, Crozier TM, Giles M, Idel I, Lowe S, Lust K, Marnoch CA, Morton MR, Said J, Wong M, Makris A. SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2017;57(5):540-551 Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopsmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3).* *JAMA.* 2016 Feb 23;315(8):801-10.

Outra ferramenta de estratificação de disfunção, a partir da pontuação de dados vitais da paciente obstétrica, é o escore Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) amplamente aplicado no contexto obstétrico e alta acurácia (Tabela 3).

Tabela 3 - MEOWS - Modified Early Obstetric Warning Score

| ESCALA DE MEOWS | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-------|-------|-------------|---------|-------------|--------------------|
| | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Nível de Consciência | | | | Alerta | | | Qualquer alteração |
| Frequência Respiratória | | ≤8 | | 09-14 | 15-20 | 21-29 | ≥30 |
| Frequência Cardíaca | | ≤40 | 41-50 | 51-100 | 101-110 | 111-129 | ≥130 |
| Pressão Arterial Sistólica | ≤70 | 71-79 | 80-89 | 90-139 | 140-149 | 150-159 | ≥160 |
| Pressão Arterial Diastólica | | | ≤45 | 45-89 | 90-99 | 100-109 | ≥110 |
| Temperatura | | ≤35°C | | 35.1-37,4°C | | 37,5-38,9°C | ≥39°C |
| Débito Urinário | ≤10 | ≤30 | | Não aferido | | | |

Adaptado de: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

As ações são determinadas conforme o escore dos itens avaliados. Quanto maior a pontuação atingida nos parâmetros avaliados, maior será a pontuação alcançada no escore. De acordo com a pontuação encontrada, a frequência no controle da reavaliação é ajustada conforme criticidade do paciente e os profissionais envolvidos são comunicados para avaliação e determinação da conduta.

Esses escores são ferramentas de simples acesso que avaliam padrões fisiológicos e podem ser utilizados à beira do leito, avaliando o risco de deterioração clínica e alertando a necessidade de maior atenção ao estado de saúde do paciente.

Diante do que foi discorrido, percebe-se que a implantação de um protocolo de sepsis na instituição proporciona um diagnóstico mais precoce e rastreamento microbiano mais eficaz o que possibilita o rápido início do tratamento e o uso mais otimizado das variáveis hemodinâmicas e das técnicas de suporte orgânico, reduzindo potencialmente a mortalidade.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

3.1 Critérios de elegibilidade

1. Temperatura axilar maior que 37.8°C ou menor que 35°C;
2. Frequência cardíaca maior que 90 bpm;
3. Frequência respiratória maior que 20 irpm
4. Contagem leucocitária maior que 12.000/ mm³ ou menor que 4.000/ mm³ ou ainda presença de formas jovens (bastões) maior que 10%.

3.2 Critérios de inclusão

Serão incluídos no protocolo todas as pacientes obstétricas que apresentem, em algum momento da internação hospitalar sinais de sepsis ou que apresentem pelo menos uma disfunção orgânica.

3.3 Critérios de exclusão

Pacientes com doenças infecto contagiosas como dengue, malária, leptospirose que seguem protocolo específico.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Serviço de Laboratório: deve garantir a coleta dos exames no setor solicitante no prazo máximo de 15 minutos a contar da solicitação e garantir a entrega do resultado dos exames no setor de atendimento em no máximo 02 horas a contar da solicitação.

Exames que deverão ser disponibilizados no sistema AGHUX em no máximo 02 horas a contar da solicitação:

1. Hemograma;
2. Lactato;
3. Gasometria arterial.

Exames que deverão ser disponibilizados o mais breve possível de acordo com a técnica de realização do exame:

1. Hemocultura (2 amostras) + culturas pertinentes a cada caso;
2. Creatinina;
3. Ureia;
4. Sódio;
5. Potássio;
6. Glicemia;
7. Coagulograma;
8. Bilirrubina.

Em caso de indisponibilidade do técnico do laboratório, a equipe de enfermagem deverá proceder a coleta de modo a não comprometer o tempo do pacote da 1ª hora (ver POP de COLETA DE HEMOCULTURA E INCUBAÇÃO NO APARELHO.POP.UDIDE.063 - versão 1).

Serviço de Farmácia: deve garantir a dispensação dos antimicrobianos previstos para uso no protocolo em até 1 hora do diagnóstico, nos casos de choque séptico ou com alta probabilidade de sepse, e em até 3 horas para aqueles com possível sepse sem choque séptico, bem como garantir a dispensação de insumos para procedimentos definidos nestas condutas em até 15 minutos da solicitação.

Equipe médica e de enfermagem: reconhecer de forma precoce pacientes com quadro de Sepse nas unidades, aplicando as medidas contidas neste protocolo.

Serviço de cirurgia: deve garantir acesso ao centro cirúrgico para conduta cirúrgica em casos específicos.

Coordenadora do protocolo: deve fazer a análise e divulgação dos dados coletados; garantir o fluxo adequado de informações; delinear a linha de cuidado ao paciente; garantir as estratégias adequadas de treinamento continuado além de promover reuniões periódicas com as chefias das

unidades e os envolvidos no time Sepse.

Chefia das unidades: deve monitorar os pacientes em protocolo de Sepse na sua unidade, realizando discussão dos casos com a equipe além de realizar a análise de óbitos por Sepse com relatório mensal e promover o treinamento de toda sua equipe para o atendimento do paciente em protocolo de Sepse.

6. KIT SEPSE

Os exames diagnósticos indicados são os exames laboratoriais que compõem o KIT SEPSE:

1. Hemograma;
2. Lactato;
3. Gasometria arterial;
4. Hemocultura (2 amostras);
5. Creatinina;
6. Coagulograma;
7. Bilirrubina;
8. Uréia;
9. Sódio;
10. Potássio;
11. Glicemia.

Opcionalmente pode ser solicitado culturas adicionais de outros sítios pertinentes e radiografia de tórax (se suspeita de pneumonia).

7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Para pacientes obstétricas que apresentem MEOWS ≥ 4 , 3 exclusivo ou suspeita clínica de sepse que são: sinais clínicos de disfunção orgânica nova, como hipotensão arterial (PAS < 90 mmhg, PAM < 65 mmhg), ou saturação de oxigênio baixa pela oximetria de pulso ($\leq 92\%$), dispneia com aumento da necessidade de oxigênio/suporte respiratório, alteração do nível de consciência ou oligúria, ou a presença de quaisquer fatores de risco ativos (imunossupressão, quimioterapia, hepatopatia grave) devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do **KIT SEPSE**.

Estabelecer acesso venoso periférico tão logo quanto possível, uma vez que pode ser suficiente em alguns pacientes, principalmente no manejo da ressuscitação volêmica inicial. No entanto, a maioria poderá necessitar, em algum momento, de acesso venoso central.

Iniciar reposição volêmica agressiva com o mínimo de 30 ml/Kg de cristalóides balanceado (ringer, plasmalyte). A ressuscitação volêmica precoce é extremamente relevante para a estabilização da hipoperfusão tecidual induzida pela sepse ou choque séptico. Iniciar em até uma hora e concluída nas primeiras 3 horas, visando manter a PAM ≥ 65 mmHg e diurese $\geq 0,5$ mL/Kg/hora.

Suplementar oxigênio com monitorização da oximetria de pulso para corrigir hipoxemia, caso necessário, visando SpO₂ >94%.

As diretrizes preconizam o tratamento da sepse com a administração de antimicrobianos de largo espectro, por via endovenosa, o mais rapidamente possível, dentro da 1ª hora após o diagnóstico e, preferencialmente, após obtenção das amostras para culturas pertinentes. Os antimicrobianos devem ser administrados como bolus ou em infusão rápida, de forma a atingir rapidamente os níveis terapêuticos para a dose inicial.

Quadro 1 – Pacote da 1ª hora e check point da 6ª hora

| Pacote de 1ª hora |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Coleta de lactato sérico para avaliação do estado perfusional;• Coleta da hemocultura antes do início da terapia antimicrobiana;• Início de antimicrobiano, de largo espectro, por via endovenosa, na primeira hora do tratamento;• Iniciar reposição volêmica com 30ml/kg de cristalóide em pacientes com hipotensão ou lactato acima de 2vezes o valor de referência;• Uso de vasopressores durante ou após reposição volêmica para manter pressão arterial média acima de 65mmHg;• Coleta do 2º lactato entre 2-4 horas para pacientes com hiperlactatemia. |
| Check point da 6ª hora (para pacientes com hiperlactatemia ou hipotensão persistente) |
| <ul style="list-style-type: none">• Reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual. |

Fonte: Coren- SP, 2020.

Estas recomendações têm como objetivo aumentar a probabilidade de identificação do microrganismo envolvido e promover a redução da carga do agente etiológico, fundamental para o controle da resposta inflamatória. Dessa forma, não se deve aguardar a identificação do agente infeccioso para que tratamento seja iniciado.

A escolha da terapia antimicrobiana inicial deve ser baseada de acordo com a situação clínica do paciente, considerando foco primário da infecção, histórico de infecções prévias, uso recente de eventuais antimicrobianos e a presença de imunodeficiências, assim como nos fatores de risco para patógenos potencialmente resistentes (infecção nosocomial ou associada à assistência à saúde) e na microbiologia local mais prevalente.

O tempo ideal máximo para o resultado laboratorial, classificados por protocolos nacionais, é estimado em 30 minutos. Recomenda-se que o espectro da terapia antimicrobiana empírica seja reduzido assim que o patógeno for identificado e a sensibilidade estabelecida e/ou que seja percebida melhora clínica.

Seguem no Quadro 2 as recomendações de tratamento antimicrobiano para Sepsis da paciente obstétrica internada no HUAB de acordo com a causa ou microorganismo:

Quadro 2 - Recomendações de antibioticoterapia de acordo com o patógeno.

| CAUSAS | MICRO-ORGANISMO | TRATAMENTO SUGERIDO |
|-------------------------------|---|---|
| Endometrite ou Corioamnionite | Polimicrobiana | Esquema 1: Clindamicina 900 mg IV de 8 em 8 horas (ou 600 mg IV de 6 em 6 horas); Gentamicina 1,5 mg/kg IV de 8 em 8 horas (ou 3,5-5,0 mg/kg em dose única diária). |
| | | Esquema 2: Ampicilina 2g IV de 6 em 6 horas ou penicilina G cristalina: 5 milhões de ataque + 2,5 milhões UI IV de 4 em 4 horas; Gentamicina 1,5 mg/kg IV de 8 em 8 horas (ou 3,5-5,0 mg/kg em dose única diária); Metronidazol 500 mg IV de 8 em 8 horas. |
| Infecção do trato urinário | <i>E.coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteus, e gram-positivo, incluindo S. agalactiae.</i> | Ceftriaxone 1-2 g a cada 24 h |
| Pneumonia comunitária | <i>S. pneumoniae, Haemophilus influenzae, P. aeruginosa, Staphylococcus aureus</i> | Ceftriaxone 1-2 g por dia (ou Cefotaxima 1-2 g a cada 8 h) + Azitromicina 500mg, intravenoso, de 24/24h Antiviral*: Oseltamivir 75 mg via oral a cada 12 h * Devido ao alto risco de complicações nas gestantes e puérperas |
| Aborto séptico | Polimicrobiana | Seguir antibioticoterapia de endometrite/corioamnionite |
| Infecção de ferida operatória | <i>Staphylococcus sp*, Streptococcus sp</i> | Clindamicina 900 mg IV de 8 em 8 horas (ou 600 mg IV de 6 em 6 horas); Gentamicina 1,5 mg/kg IV de 8 em 8 horas (ou 3,5-5,0 mg/kg em dose única diária). *Se <i>S. aureus</i> resistente a meticilina, usar Vancomicina |
| Mastite | <i>Staphylococcus sp*, Streptococcus sp</i> | Oxacilina 2,0g EV 4/4 horas *se <i>S. aureus</i> resistente a meticilina, usar Vancomicina |

| | | |
|----------------------------------|-------------------------|--|
| Fasceíte necrotizante | Polimicrobiana | Desbridamento cirúrgico + terapia antimicrobiana de amplo espectro: Piperacilina/Tazobactam 4,5g EV 8/8 horas OU Meropenem 1g EV 8/8h + Vancomicina 5 a 20 mg/kg/dose a cada 8 ou 12 horas |
| Síndrome do choque tóxico | <i>S aureus</i>* | Oxacilina 2,0g 4/4 horas + Clindamicina 900 mg IV de 8 em 8 horas (ou 600 mg IV de 6 em 6 horas) *se <i>S. aureus</i> resistente a metilina, usar Vancomicina |

Adaptado de: Albright CM, Mehta ND, Rouse DJ, Hughes BL. Sepsis in Pregnancy: Identification and Management. J Perinat Neonatal Nurs. 2016;30(2):95-105

Apesar das recomendações gerais, é fundamental individualizar a antibioticoterapia de acordo com as necessidades clínicas da paciente, antecedentes infecciosos, comorbidades, dados laboratoriais e resposta terapêutica, garantindo maior efetividade e segurança no manejo da sepsis.

Além disso, é importante conhecer a padronização de antimicrobianos do hospital, a fim de alinhar a conduta terapêutica à disponibilidade institucional e às diretrizes locais de uso racional de medicamentos. Para isso, recomenda-se consulta ao Catálogo de Padronização de Tecnologias em Saúde da Rede Ebserh, disponível no link: <https://catalogoebserh.com.br/medicamentos>.

A principais medidas abordadas neste protocolo referem-se apenas as primeiras horas de atendimento, considerada “hora ouro”. Esses pacientes devem ser transferidos o mais breve possível para unidades de cuidados intermediários ou intensivos para demais seguimentos do tratamento da SEPSE.

8. FLUXO DE PROCESSO

A equipe de enfermagem assistencial ou equipe multiprofissional ao identificar sinais de sepsis ou qualquer disfunção orgânica deve registrar os sinais e sintomas, a execução dos cuidados de assistência à saúde, assim como os horários de atendimento da equipe multidisciplinar, em prontuário eletrônico, providenciar acesso venoso calibroso e acionar equipe médica para avaliar o paciente o mais rápido possível e dar continuidade ao protocolo.

A equipe médica que se encontra na unidade (médico assistencial e/ou residente e/ou plantonista e/ou intensivista) deve avaliar os pacientes com suspeita de sepsis ou choque séptico de imediato e avisar imediatamente a toda equipe multiprofissional e ao serviço de laboratório para efetuar a coleta do KIT SEPSE antes de administrar a primeira dose da antibioticoterapia, que não deve exceder a 1 (uma) hora após o diagnóstico de alta probabilidade de Sepsis ou choque séptico e em até 3 (três) horas para os quadros possíveis de sepsis sem sinais de choque séptico.

Para coleta sanguínea e demais procedimentos, usar materiais constantes na **Caixa Sepses** disponível na Farmácia Central (ANEXO A).

Cabe ao médico prescritor e ao enfermeiro assistencial do setor preencher a **Ficha de Triagem Suspeita de Sepses** (ANEXO B) que deverá ficar anexada à prancheta de prescrição do paciente para seguimento de condutas pela equipe de saúde.

Cabe à equipe assistencial tratar seu paciente como urgência médica, visto que as condutas tomadas nas primeiras 6 (seis) horas a partir do diagnóstico de Sepses ou choque séptico são importantes para o prognóstico do paciente. Para rápida assimilação das condutas seguir o passo a passo dos “4Rs” conforme o **fluxograma para suspeita de sepsis** (Apêndice A).

Os exames serão solicitados pelo médico no formulário habitual de solicitações de exames deste serviço, que deverá ser preenchido como “KIT SEPSIS”, devendo serem coletados em até 15 minutos após o diagnóstico e informar o resultado em até 02 horas após a coleta.

IMPORTANTE: As coletas das amostras para culturas não devem atrasar a administração do antimicrobiano.

O médico deve prescrever a antibioticoterapia e informar à farmácia imediatamente para dispensação da primeira dose do antimicrobiano.

O médico deverá entregar a prescrição a enfermeira e comunicá-la que a medicação deverá ser administrada em até 1 (uma) hora após o diagnóstico de Sepses (casos com alta probabilidade de sepsis e aqueles com choque séptico), e em até 3 horas para aqueles quadros possíveis de sepsis sem choque séptico, que deverá ser administrada na dose máxima na primeira dose e em dose plena a partir da segunda dose.

A ficha de triagem deve ser preenchida durante o acompanhamento do paciente em suspeita de sepsis de forma que os diversos passos do tratamento sejam seguidos pela equipe que atende ao paciente.

Todos os pacientes devem ser acompanhados clinicamente para avaliar a melhora da pressão arterial média (PAM), débito urinário, frequência cardíaca, frequência respiratória, coloração da pele, temperatura, oximetria de pulso e estado mental. A PAM ≥ 65 mmHg e débito urinário $\geq 0,5$ mL/ kg/hora são alvos comuns usados na prática clínica.

Para cálculo da **Pressão Arterial Média**:

$$PAM = [(2 \times \text{pressão diastólica}) + \text{pressão sistólica}] / 3$$

Pacientes com choque séptico que requerem ventilação mecânica e vasopressores claramente requerem admissão/transferência para UTI. Pacientes sem choque séptico que respondem rapidamente a fluidos e antibióticos podem continuar em enfermaria.

9. MONITORAMENTO

1. Parâmetros dos sinais vitais da gestante/puérpera;
2. Administração de antimicrobianos e devido registro;
3. Registros assistenciais;
4. Quantitativo mensal de diagnósticos de sepse em pacientes obstétricas.

10. REFERÊNCIAS

DIAS, Adriana; DE MOURA VILLELA, Edlaine Faria; DE PAULA, Regiane Cardoso. Grupo de Enfrentamento à Morte Materna e Infantil da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo: uma estratégia do Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 19, p. 1-6, 2022.

Hospital Israelita Albert Einstein. Protocolo Gerenciado de Sepse e Choque Séptico no Paciente Adulto. 2024. Disponível em: < <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizes-assistenciais.aspx?busca=Sepse&Especialidade=>>.

RAY, Amita; GOSWAMI, Debjani; KUMAR, Bharath. Predicting adverse outcomes in obstetric sepsis using modified sepsis scores. **Indian Journal of OBGYN**, v. 7, n. 2, p. 129-34, 2021. Disponível em: < <https://journal.barpetaogs.co.in/pdf/07129.pdf>>.

Conselho Regional de São Paulo. SEPSE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. São Paulo: COREN-SP, 2020. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/livro-sepse-2020-web.pdf>

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

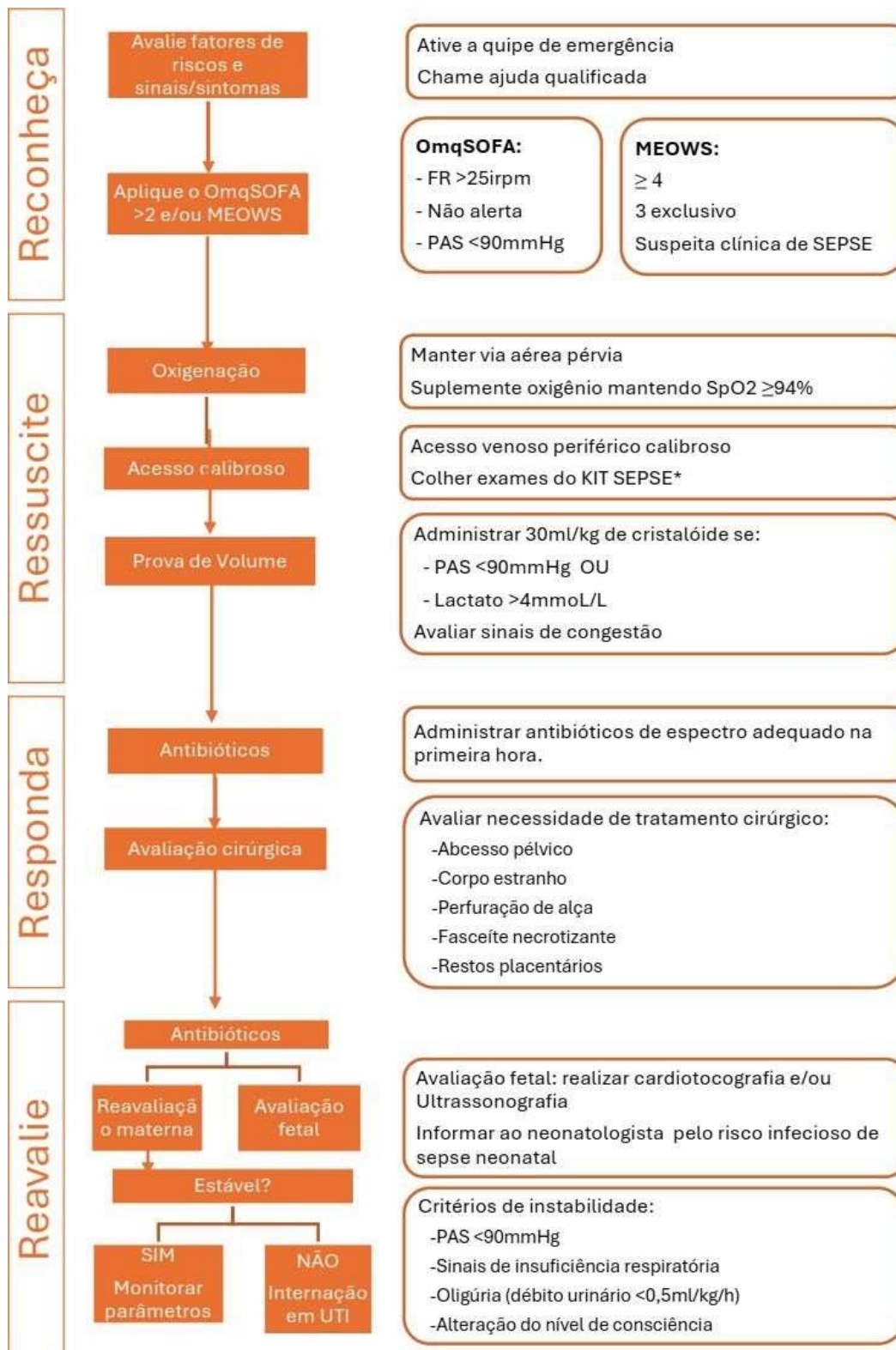
| Versão | Data | Descrição da alteração |
|---------------|-------------|--|
| 1 | 28/02/2023 | Versão inicial. |
| 2 | 28/02/2025 | Alterações baseadas nos escores omqSOFA e MEOWS para pacientes obstétricas. Inclusão do KIT SEPSE, fluxo da paciente obstétrica com suspeita de Sepse e Caixa Sepse. |

12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

| | |
|--|------------------|
| Elaboração: Kamanda Sabino Batista - UMUL/STMIN Alanna Tamires dos Santos Dantas - UMUL/STMIN Tainá Resende Silva - UMUL/STMIN | Data: 27/02/2025 |
| Análise Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/STMIM/DCDT/GAS Edson Mendes Marques - STMIM/DCDT/GAS Diego Pereira Gabriel dos Santos - UFCD/SFH/DCDT/GAS Vanessa Campos de Andrade de Melo Pérsico - STGQ/SUP Kátia Cristina Araújo Nascimento - GEP | Data: 22/04/2025 |
| Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP | Data: 22/04/2025 |
| Aprovação: James Alain Silva de Brito - DMED/GAS | Data: 22/04/2025 |

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

APÊNDICE A – Fluxograma da paciente obstétrica com suspeita de Sepses



*Kit SEPSE: Hemograma; Lactato; Gasometria arterial; Hemocultura (2 amostras); Creatinina; Coagulograma; Bilirrubina; Uréia; Sódio; Potássio; Glicemia

ANEXO A – Caixa Sepsis

| CÓDIGO | ÍTEM | QTD |
|--|--|------------|
| MATERIAIS DE CONTROLE | | |
| ----- | Checklist (Anexo A) | 01 |
| ----- | Checklist (Anexo B) | 01 |
| 400500 | Eletrodos descartáveis | 05 |
| 400660 | Termômetro digital | 01 |
| MATERIAIS | | |
| 400398 | Agulha descartável para aspiração nº40x12 | 05 |
| 400397 | Agulha descartável nº 25X8 | 05 |
| 400443 | Cateter Intravenoso com dispositivo de segurança (Jelco) nº 16 | 01 |
| 400444 | Cateter Intravenoso com dispositivo de segurança (Jelco) nº 18 | 01 |
| 400445 | Cateter Intravenoso com dispositivo de segurança (Jelco) nº 20 | 01 |
| 401192 | Escalpe com dispositivo de segurança nº 21 | 01 |
| 400896 | Escalpe com dispositivo de segurança nº 23 | 01 |
| 400608 | Seringa descartável 10 ml | 03 |
| 401056 | Seringa descartável 20 ml | 05 |
| 400512 | Equipo macrogotas descartável simples | 02 |
| 400510 | Equipo macrogotas descartável para bomba de infusão | 02 |
| 400836 | Torneirinha 3 vias | 02 |
| 400557 | Luvas Estéreis 7,0 | 02 pares |
| 400561 | Luvas de procedimento | 08 pares |
| 253812 | Água Destilada 10 ml | 05 |
| 400541 | Gazes Estéreis | 02 |
| 400406 | Bolas de algodão | 02 |
| 401714 | Almotolia de álcool | 01 |
| 400615 | Solução Clorexidina Aquosa | 01 |
| MATERIAL PARA COLETA DE EXAMES | | |
| 401764 | Frasco coletor estéril | 01 |
| 401334 | Swab | 02 |
| | Seringa Gasometria | 02 |
| | Frasco de Hemocultura | 02 |
| 401259 | Tubo para coleta de sangue - tampa roxa | 01 |
| 401260 | Tubo para coleta de sangue - tampa amarela | 02 |
| 401286 | Tubo para coleta de sangue - tampa azul | 01 |
| MATERIAIS PARA ACESSO VESICAL | | |
| 400658 | Sonda Vesical de Demora Nº 14 Fr | 01 |
| 400464 | Coletor de urina sistema fechado estéril – reservatório tipo bolsa | 01 |
| SOLUÇÕES PARA REPOSIÇÃO DE VOLUME | | |
| 288962 | Soro Fisiológico 0,9% 10 ml | 05 |
| 253650 | Solução Ringer Simples 500 ml | 02 |
| MATERIAL DE SUPORTE RESPIRATÓRIO | | |
| | Máscara de Oxigênio com Reservatório | 01 |
| 400676 | Frasco Umidificador de Oxigênio | 01 |

Adaptada e autorizada reprodução por: Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-MATER. Protocolo do Núcleo de Segurança do Paciente (PRO NPS 003): Código Amarelo – Protocolo de Atendimento à Sepsis em Adultos. Ribeirão Preto: Sistema Qualis de Gestão da Qualidade / Módulo Gestão de Documentos; 2021

**ANEXO B – Ficha de triagem do paciente com suspeita de Sepse
PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE – FICHA DE TRIAGEM**

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|--|
| <p align="center">LOCAL DE INTERNAÇÃO:</p> <p>_____</p> | <p align="center">DADOS DO PACIENTE:</p> <p>Nome completo: _____</p> <p>Idade: _____ RH: _____ Leito: _____</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>AVALIAÇÃO MÉDICA 1</p> <p>PACIENTE APRESENTA HISTÓRIA SUGESTIVA DE INFECÇÃO?</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Pneumonia/Empiema</td> <td style="width:50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Infecção de prótese</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Infecção urinária</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Infecção óssea/articular</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Infecção abdominal aguda</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Meningite</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Infecção de corrente sanguínea associada ao cateter</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Endocardite</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Sem foco definido</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Pele e partes moles</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Outras infecções:</td> </tr> </table> <p>O PACIENTE APRESENTA CRITÉRIOS PARA:</p> <p><input type="checkbox"/> Suspeita de sepse/choque séptico (em pacientes somente com SRIS, considerar suspeita de sepse se presença de fatores de risco, p.e., idade avançada, imunossupressão ou outras comorbidades importantes)</p> <p><input type="checkbox"/> Afastado suspeita de sepse.– encerrar protocolo e dar seguimento ao atendimento</p> <p><input type="checkbox"/> Sepse/choque séptico em cuidados paliativos. Encerrar protocolo e dar seguimento ao atendimento</p> <p>ENFERMAGEM (se seguimento do protocolo, em pacientes com suspeita de sepse na avaliação médica):</p> <p><input type="checkbox"/> Coletar exames do kit sepse Data e hora da coleta: __/__/____ às __: __:</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciar antimicrobiano APROPRIADO (em até 1h da abertura do protocolo, considerar dose de ataque, seguir conduta da SCIH local, com atenção a fatores de risco, inclusive para multiresistência)</p> <p>Data e hora da primeira dose: __/__/____ às __: __:</p> <p>Se hipotensão, lactato > 2 vezes a referência ou sinais de hipoperfusão (a critério médico, p.e., hiperlactatemia < 2 vezes a referência mas considerada significativa, tempo de enchimento capilar > 3s, lívido, oligúria):</p> <p><input type="checkbox"/> reposição volêmica 30 ml/Kg (se individualização pela equipe médica, registrar em prontuário a razão) <input type="checkbox"/> iniciar noradrenalina (se hipotensão ameaçadora a vida ou hipotensão persistente)</p> <p><input type="checkbox"/> coletar 2º lactato se hiperlactatemia inicial após reposição inicial e dentro de 2 horas Valor:</p> <p>Data e hora da coleta: __/__/____ às __: __:</p> <p><input type="checkbox"/> reavaliação contínua nas primeiras horas e registro em prontuário em até 6 horas Data: __/__/____ às __: __:</p> | | <input type="checkbox"/> Pneumonia/Empiema | <input type="checkbox"/> Infecção de prótese | <input type="checkbox"/> Infecção urinária | <input type="checkbox"/> Infecção óssea/articular | <input type="checkbox"/> Infecção abdominal aguda | <input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória | <input type="checkbox"/> Meningite | <input type="checkbox"/> Infecção de corrente sanguínea associada ao cateter | <input type="checkbox"/> Endocardite | <input type="checkbox"/> Sem foco definido | <input type="checkbox"/> Pele e partes moles | <input type="checkbox"/> Outras infecções: |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia/Empiema | <input type="checkbox"/> Infecção de prótese | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Infecção urinária | <input type="checkbox"/> Infecção óssea/articular | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Infecção abdominal aguda | <input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Meningite | <input type="checkbox"/> Infecção de corrente sanguínea associada ao cateter | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Endocardite | <input type="checkbox"/> Sem foco definido | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pele e partes moles | <input type="checkbox"/> Outras infecções: | | | | | | | | | | | | |
| <p>AVALIAÇÃO MÉDICA 2 – APÓS EXAMES, há novas disfunções que nao sejam secundarios a uma doença crônica?</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente não tinha disfunção orgânica, somente infecção</p> <p><input type="checkbox"/> PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg</p> <p><input type="checkbox"/> Relação PaO2/FiO2 <300 ou necessidade de O2 para manter SpO2 > 90% <input type="checkbox"/> Rebaixamento do nível de consciência</p> <p><input type="checkbox"/> Creatinina > 2,0 mg/dL ou diurese menor que 0,5mL/Kg/h nas últimas 2 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Bilirrubina > 2mg/dL</p> <p><input type="checkbox"/> Contagem de plaquetas < 100.000mm³ <input type="checkbox"/> Lactato acima do valor de referência</p> <p><input type="checkbox"/> Coagulopatia (INR > 1,5 ou TTPA > 60 seg)</p> <p>Data e hora da primeira disfunção orgânica: __/__/____ às __: __:</p> <p>Necessidade de controle de foco? <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foco suspeito: _____</p> <p>Equipe cirúrgica acionada? Qual? _____ Data e hora: __/__/____ às __: __:</p> <p>O caso ficou confirmado como:</p> <p><input type="checkbox"/> Infecção sem disfunção <input type="checkbox"/> Sepse <input type="checkbox"/> Choque séptico <input type="checkbox"/> Afastado infecção</p> <p>Conduta após tratamento inicial e resultado dos exames: (opcional)</p> <p><input type="checkbox"/> UTI (utilizar critérios de alocação de acordo com as normas da instituição e julgamento médico) <input type="checkbox"/> Unidade de Internação Regular <input type="checkbox"/> Pronto Socorro <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Transferência hospitalar</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>MÉDICO RESPONSÁVEL: _____ CRM: _____</p> <p>ENFERMEIRO: _____ COREN: _____</p> | | | | | | | | | | | | | |

Fonte: Instituto Latino Americana de Sepse.

Kit sepse: hemograma completo, creatinina, ureia, sódio, potássio, gasometria, lactato, glicemia, coagulograma (TP,TTPa), bilirrubinas, 2 pares de hemoculturas, radiografia de tórax (se suspeita de pneumonia). Culturas adicionais devem ser coletadas de outros sítios pertinentes. Opcionalmente, gasometria arterial só é necessária em pacientes com insuficiência respiratória ou choque. Lactato para triagem em pacientes sem insuficiência respiratória ou choque, pode ser venoso.

PROTOCOLO

HUAB- UFRN/EBSERH

PROTOCOLO DE SEPSE EM PACIENTES OBSTÉTRICAS

Versão: 2 | 2025



SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. OBJETIVOS | 2 |
| 2. JUSTIFICATIVAS | 2 |
| 3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO | 5 |
| 4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES | 5 |
| 5. KIT SEPSE..... | 6 |
| 6. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO | 6 |
| 7. FLUXO DE PROCESSO | 9 |
| 8. MONITORAMENTO | 10 |
| 9. REFERÊNCIAS | 10 |
| 10. HISTÓRICO DE REVISÃO | 11 |
| 11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO | 11 |

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo geral

Padronizar condutas baseadas em evidências científicas para a sepse, garantindo boas práticas assistenciais no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB).

1.2. Objetivos específicos

1. Identificar precocemente pacientes com quadro de Sepse e choque séptico, iniciando as medidas propostas neste protocolo;
2. Reduzir casos de morte por sepse ou choque séptico;
3. Racionalizar o uso dos recursos diagnósticos e terapêuticos.

2. JUSTIFICATIVAS

A Sepse é uma síndrome clínica cujas alterações fisiológicas, biológicas e bioquímicas são causadas pela desregulação da resposta imune do hospedeiro frente a uma infecção. É importante que a equipe assistencial possa identificar precocemente os sinais da sepse bem como realizar o manejo adequado, uma vez que essa resposta inflamatória pode levar ao choque, disfunção de múltiplos órgãos e óbito.

A Sepse é uma síndrome extremamente prevalente, com elevada morbimortalidade e altos custos. 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.

A Sepse materna é uma condição potencialmente fatal, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2017 como a “disfunção orgânica resultante de infecção durante a gravidez, parto, pós-aborto ou pós-parto”. No Brasil os casos de sepse respondem por cerca de 25% da ocupação dos centros de terapia intensiva, com uma alta mortalidade (em torno de 65%), segundo dados do Instituto LatinoAmericano de Sepse. Além de causarem 11% das mortes maternas, as infecções complicam o quadro clínico obstétrico e puerperal em outros agravos de saúde que causam morte materna. As infecções podem ser de origem obstétrica (corioamnionite, infecção puerperal, aborto infectado, tromboflebite pélvica) ou não obstétrica (resultando de infecções que acometem outros sítios): pielonefrite, pneumonia, fascite, apendicite, colecistite). Incluem-se também as infecções hospitalares: infecção urinária associada ao cateter, pneumonia por utilização de respirador, infecção de sítio cirúrgico.

As etiologias de infecção durante a gravidez são diferentes no período pré e pós-natal:

- 1. Infecções pré-natais:** as infecções graves mais comuns que ocorrem antes do parto são aborto séptico, infecção intra-amniótica (corioamnionite), pielonefrite complicada e pneumonias causadas por *Streptococcus Pneumoniae* e Influenza;
- 2. Infecções pós-natais:** A infecção pós-parto mais comum é a endometrite. Geralmente é devido à flora mista, incluindo organismos anaeróbios, gram negativos e gram positivos. Outras infecções pós-parto incluem infecções de feridas, fascíte necrosante, síndrome do choque tóxico, abscesso pélvico, gangrena gasosa do miométrio (geralmente devido a espécies de *Clostridium* que colonizam o trato gastrointestinal e a vagina), tromboflebite pélvica séptica, Sacroilíte Piogênica e colite por *Clostridioides Difficile*.

O diagnóstico de sepse é predominantemente clínico. A triagem na suspeita de sepse é feita pela aplicação do instrumento de rastreamento “Avaliação sequencial rápida de falência orgânica” (do inglês Quick equential Organ Failure Assessment q-SOFA), que usa três critérios clínicos (frequência respiratória, nível de consciência e pressão arterial sistêmica) para identificar as pacientes com pior prognóstico para mortalidade intrahospitalar. Devido às alterações fisiológicas da gestação, o escore foi adaptado para o omqSOFA (obstetric modified quick SOFA - omqSOFA) para ser utilizado a partir da 22ª semana de idade gestacional e até o sétimo dia de pós-parto. Uma pontuação maior ou igual a 2 (dois) deve indicar suspeita de sepse.

Para fins de processo de triagem de risco o Escore qSOFA (tabela 1), aplicado frequentemente ao público adulto geral, será considerado também em gestantes e puérperas até uma semana pós-parto, onde poderá ser aplicado em qualquer setor hospitalar, inclusive na unidade de acolhimento:

Tabela 1 – Escore para triagem de risco – qSOFA.

| Parâmetro | Pontuação: 0 | Pontuação: 1 |
|------------------------------------|--------------|--------------|
| Pressão sistólica | ≥ 90mmHg | < 90mmHg |
| Frequência respiratória | < 25 IR/min | ≥ 25 IR/min |
| Alteração do estado de consciência | Alerta | Não alerta |

IR/min – incursões respiratórias por minuto

Adaptado de: Bowyer L, Robinson HL, Barrett H, Crozier TM, Giles M, Idel I, Lowe S, Lust K, Marnoch CA, Morton MR, Said J, Wong M, Makris A. SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2017;57(5):540-551 Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10.

Após rastreio inicial positivo pelo qSOFA, o diagnóstico da sepse deve ser confirmado pela caracterização de disfunção orgânica secundária à infecção, marcado pelo aumento de pelo menos dois pontos no instrumento “Avaliação sequencial de falência orgânica” (do inglês *Sequential Organ Failure Assessment – SOFA*), ferramenta que também já foi adaptada para a obstetrícia, incluindo parâmetros clínicos e laboratoriais. Nesse escore, deve-se considerar o diagnóstico de sepse quando ocorre aumento de 2 (dois) ou mais pontos em consequência de processo infeccioso. Utiliza-se o **Escore omqSOFA** para fins de diagnóstico de sepse em gestantes e puérperas até uma semana pós-parto (tabela 2):

Tabela 02 – Escore omqSOFA para gestantes e puérpera até sete dias pós-parto.

| Parâmetro | Pontuação | | |
|---|-----------|----------------------------|---|
| | 0 | 1 | 2 |
| PaO ₂ / FIO ₂ | ≥ 400 | 300 a 400 | <300 |
| Plaquetas X 10 ³ / mm ³ | ≥ 150 | 100 – 150 | <100 |
| Bilirrubinas (mg/dL) | ≤ 1,17 | 1,17-1,87 | >1,87 |
| PAM (mmHg) | > 70 | <70 | Drogas vasoativas |
| Nível de Consciência | Alerta | Desperta ao estímulo vocal | Desperta somente a estímulo físico ou dor |
| Creatinina (mg/dL) | ≤ 1,0 | 1,0-1,36 | ≥1,36 |

FIO₂ - fração de inspiração O₂; PaO₂ - pressão parcial de O₂; PAM - pressão arterial média

Adaptado de: Bowyer L, Robinson HL, Barrett H, Crozier TM, Giles M, Idel I, Lowe S, Lust K, Marnoch CA, Morton MR, Said J, Wong M, Makris A. SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2017;57(5):540-551 Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopsmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3).* *JAMA.* 2016 Feb 23;315(8):801-10.

Outra ferramenta de estratificação de disfunção, a partir da pontuação de dados vitais da paciente obstétrica, é o escore Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) amplamente aplicado no contexto obstétrico e alta acurácia (Tabela 3).

Tabela 3 - MEOWS - Modified Early Obstetric Warning Score

| ESCALA DE MEOWS | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-------|-------|-------------|---------|-------------|--------------------|
| | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Nível de Consciência | | | | Alerta | | | Qualquer alteração |
| Frequência Respiratória | | ≤8 | | 09-14 | 15-20 | 21-29 | ≥30 |
| Frequência Cardíaca | | ≤40 | 41-50 | 51-100 | 101-110 | 111-129 | ≥130 |
| Pressão Arterial Sistólica | ≤70 | 71-79 | 80-89 | 90-139 | 140-149 | 150-159 | ≥160 |
| Pressão Arterial Diastólica | | | ≤45 | 45-89 | 90-99 | 100-109 | ≥110 |
| Temperatura | | ≤35°C | | 35.1-37,4°C | | 37,5-38,9°C | ≥39°C |
| Débito Urinário | ≤10 | ≤30 | | Não aferido | | | |

Adaptado de: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

As ações são determinadas conforme o escore dos itens avaliados. Quanto maior a pontuação atingida nos parâmetros avaliados, maior será a pontuação alcançada no escore. De acordo com a pontuação encontrada, a frequência no controle da reavaliação é ajustada conforme criticidade do paciente e os profissionais envolvidos são comunicados para avaliação e determinação da conduta.

Esses escores são ferramentas de simples acesso que avaliam padrões fisiológicos e podem ser utilizados à beira do leito, avaliando o risco de deterioração clínica e alertando a necessidade de maior atenção ao estado de saúde do paciente.

Diante do que foi discorrido, percebe-se que a implantação de um protocolo de sepsis na instituição proporciona um diagnóstico mais precoce e rastreamento microbiano mais eficaz o que possibilita o rápido início do tratamento e o uso mais otimizado das variáveis hemodinâmicas e das técnicas de suporte orgânico, reduzindo potencialmente a mortalidade.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

3.1 Critérios de elegibilidade

1. Temperatura axilar maior que 37.8°C ou menor que 35°C;
2. Frequência cardíaca maior que 90 bpm;
3. Frequência respiratória maior que 20 irpm
4. Contagem leucocitária maior que 12.000/ mm³ ou menor que 4.000/ mm³ ou ainda presença de formas jovens (bastões) maior que 10%.

3.2 Critérios de inclusão

Serão incluídos no protocolo todas as pacientes obstétricas que apresentem, em algum momento da internação hospitalar sinais de sepsis ou que apresentem pelo menos uma disfunção orgânica.

3.3 Critérios de exclusão

Pacientes com doenças infecto contagiosas como dengue, malária, leptospirose que seguem protocolo específico.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Serviço de Laboratório: deve garantir a coleta dos exames no setor solicitante no prazo máximo de 15 minutos a contar da solicitação e garantir a entrega do resultado dos exames no setor de atendimento em no máximo 02 horas a contar da solicitação.

Exames que deverão ser disponibilizados no sistema AGHUX em no máximo 02 horas a contar da solicitação:

1. Hemograma;
2. Lactato;
3. Gasometria arterial.

Exames que deverão ser disponibilizados o mais breve possível de acordo com a técnica de realização do exame:

1. Hemocultura (2 amostras) + culturas pertinentes a cada caso;
2. Creatinina;
3. Ureia;
4. Sódio;
5. Potássio;
6. Glicemia;
7. Coagulograma;
8. Bilirrubina.

Em caso de indisponibilidade do técnico do laboratório, a equipe de enfermagem deverá proceder a coleta de modo a não comprometer o tempo do pacote da 1ª hora (ver POP de COLETA DE HEMOCULTURA E INCUBAÇÃO NO APARELHO.POP.UDIDE.063 - versão 1).

Serviço de Farmácia: deve garantir a dispensação dos antimicrobianos previstos para uso no protocolo em até 1 hora do diagnóstico, nos casos de choque séptico ou com alta probabilidade de sepse, e em até 3 horas para aqueles com possível sepse sem choque séptico, bem como garantir a dispensação de insumos para procedimentos definidos nestas condutas em até 15 minutos da solicitação.

Equipe médica e de enfermagem: reconhecer de forma precoce pacientes com quadro de Sepse nas unidades, aplicando as medidas contidas neste protocolo.

Serviço de cirurgia: deve garantir acesso ao centro cirúrgico para conduta cirúrgica em casos específicos.

Coordenadora do protocolo: deve fazer a análise e divulgação dos dados coletados; garantir o fluxo adequado de informações; delinear a linha de cuidado ao paciente; garantir as estratégias adequadas de treinamento continuado além de promover reuniões periódicas com as chefias das

unidades e os envolvidos no time Sepse.

Chefia das unidades: deve monitorar os pacientes em protocolo de Sepse na sua unidade, realizando discussão dos casos com a equipe além de realizar a análise de óbitos por Sepse com relatório mensal e promover o treinamento de toda sua equipe para o atendimento do paciente em protocolo de Sepse.

6. KIT SEPSE

Os exames diagnósticos indicados são os exames laboratoriais que compõem o KIT SEPSE:

1. Hemograma;
2. Lactato;
3. Gasometria arterial;
4. Hemocultura (2 amostras);
5. Creatinina;
6. Coagulograma;
7. Bilirrubina;
8. Uréia;
9. Sódio;
10. Potássio;
11. Glicemia.

Opcionalmente pode ser solicitado culturas adicionais de outros sítios pertinentes e radiografia de tórax (se suspeita de pneumonia).

7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Para pacientes obstétricas que apresentem MEOWS ≥ 4 , 3 exclusivo ou suspeita clínica de sepse que são: sinais clínicos de disfunção orgânica nova, como hipotensão arterial (PAS < 90 mmhg, PAM < 65 mmhg), ou saturação de oxigênio baixa pela oximetria de pulso ($\leq 92\%$), dispneia com aumento da necessidade de oxigênio/suporte respiratório, alteração do nível de consciência ou oligúria, ou a presença de quaisquer fatores de risco ativos (imunossupressão, quimioterapia, hepatopatia grave) devem ter o protocolo de sepse aberto imediatamente, com a coleta do **KIT SEPSE**.

Estabelecer acesso venoso periférico tão logo quanto possível, uma vez que pode ser suficiente em alguns pacientes, principalmente no manejo da ressuscitação volêmica inicial. No entanto, a maioria poderá necessitar, em algum momento, de acesso venoso central.

Iniciar reposição volêmica agressiva com o mínimo de 30 ml/Kg de cristalóides balanceado (ringer, plasmalyte). A ressuscitação volêmica precoce é extremamente relevante para a estabilização da hipoperfusão tecidual induzida pela sepse ou choque séptico. Iniciar em até uma hora e concluída nas primeiras 3 horas, visando manter a PAM ≥ 65 mmHg e diurese $\geq 0,5$ mL/Kg/hora.

Suplementar oxigênio com monitorização da oximetria de pulso para corrigir hipoxemia, caso necessário, visando SpO₂ >94%.

As diretrizes preconizam o tratamento da sepse com a administração de antimicrobianos de largo espectro, por via endovenosa, o mais rapidamente possível, dentro da 1ª hora após o diagnóstico e, preferencialmente, após obtenção das amostras para culturas pertinentes. Os antimicrobianos devem ser administrados como bolus ou em infusão rápida, de forma a atingir rapidamente os níveis terapêuticos para a dose inicial.

Quadro 1 – Pacote da 1ª hora e check point da 6ª hora

| Pacote de 1ª hora |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Coleta de lactato sérico para avaliação do estado perfusional; • Coleta da hemocultura antes do início da terapia antimicrobiana; • Início de antimicrobiano, de largo espectro, por via endovenosa, na primeira hora do tratamento; • Iniciar reposição volêmica com 30ml/kg de cristalóide em pacientes com hipotensão ou lactato acima de 2vezes o valor de referência; • Uso de vasopressores durante ou após reposição volêmica para manter pressão arterial média acima de 65mmHg; • Coleta do 2º lactato entre 2-4 horas para pacientes com hiperlactatemia. |
| Check point da 6ª hora (para pacientes com hiperlactatemia ou hipotensão persistente) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual. |

Fonte: Coren- SP, 2020.

Estas recomendações têm como objetivo aumentar a probabilidade de identificação do microrganismo envolvido e promover a redução da carga do agente etiológico, fundamental para o controle da resposta inflamatória. Dessa forma, não se deve aguardar a identificação do agente infeccioso para que tratamento seja iniciado.

A escolha da terapia antimicrobiana inicial deve ser baseada de acordo com a situação clínica do paciente, considerando foco primário da infecção, histórico de infecções prévias, uso recente de eventuais antimicrobianos e a presença de imunodeficiências, assim como nos fatores de risco para patógenos potencialmente resistentes (infecção nosocomial ou associada à assistência à saúde) e na microbiologia local mais prevalente.

O tempo ideal máximo para o resultado laboratorial, classificados por protocolos nacionais, é estimado em 30 minutos. Recomenda-se que o espectro da terapia antimicrobiana empírica seja reduzido assim que o patógeno for identificado e a sensibilidade estabelecida e/ou que seja percebida melhora clínica.

Seguem no Quadro 2 as recomendações de tratamento antimicrobiano para Sepsis da paciente obstétrica internada no HUAB de acordo com a causa ou microorganismo:

Quadro 2 - Recomendações de antibioticoterapia de acordo com o patógeno.

| CAUSAS | MICRO-ORGANISMO | TRATAMENTO SUGERIDO |
|-------------------------------|---|---|
| Endometrite ou Corioamnionite | Polimicrobiana | Esquema 1: Clindamicina 900 mg IV de 8 em 8 horas (ou 600 mg IV de 6 em 6 horas); Gentamicina 1,5 mg/kg IV de 8 em 8 horas (ou 3,5-5,0 mg/kg em dose única diária). |
| | | Esquema 2: Ampicilina 2g IV de 6 em 6 horas ou penicilina G cristalina: 5 milhões de ataque + 2,5 milhões UI IV de 4 em 4 horas; Gentamicina 1,5 mg/kg IV de 8 em 8 horas (ou 3,5-5,0 mg/kg em dose única diária); Metronidazol 500 mg IV de 8 em 8 horas. |
| Infecção do trato urinário | <i>E.coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteus, e gram-positivo, incluindo S. agalactiae.</i> | Ceftriaxone 1-2 g a cada 24 h |
| Pneumonia comunitária | <i>S. pneumoniae, Haemophilus influenzae, P. aeruginosa, Staphylococcus aureus</i> | Ceftriaxone 1-2 g por dia (ou Cefotaxima 1-2 g a cada 8 h) + Azitromicina 500mg, intravenoso, de 24/24h Antiviral*: Oseltamivir 75 mg via oral a cada 12 h * Devido ao alto risco de complicações nas gestantes e puérperas |
| Aborto séptico | Polimicrobiana | Seguir antibioticoterapia de endometrite/corioamnionite |
| Infecção de ferida operatória | <i>Staphylococcus sp*</i> , <i>Streptococcus sp</i> | Clindamicina 900 mg IV de 8 em 8 horas (ou 600 mg IV de 6 em 6 horas); Gentamicina 1,5 mg/kg IV de 8 em 8 horas (ou 3,5-5,0 mg/kg em dose única diária). *Se <i>S. aureus</i> resistente a meticilina, usar Vancomicina |
| Mastite | <i>Staphylococcus sp*</i> , <i>Streptococcus sp</i> | Oxacilina 2,0g EV 4/4 horas *se <i>S. aureus</i> resistente a meticilina, usar Vancomicina |

| | | |
|----------------------------------|-------------------------|--|
| Fasceíte necrotizante | Polimicrobiana | Desbridamento cirúrgico + terapia antimicrobiana de amplo espectro: Piperacilina/Tazobactam 4,5g EV 8/8 horas OU Meropenem 1g EV 8/8h + Vancomicina 5 a 20 mg/kg/dose a cada 8 ou 12 horas |
| Síndrome do choque tóxico | <i>S aureus</i>* | Oxacilina 2,0g 4/4 horas + Clindamicina 900 mg IV de 8 em 8 horas (ou 600 mg IV de 6 em 6 horas) *se <i>S. aureus</i> resistente a metilina, usar Vancomicina |

Adaptado de: Albright CM, Mehta ND, Rouse DJ, Hughes BL. Sepsis in Pregnancy: Identification and Management. J Perinat Neonatal Nurs. 2016;30(2):95-105

Apesar das recomendações gerais, é fundamental individualizar a antibioticoterapia de acordo com as necessidades clínicas da paciente, antecedentes infecciosos, comorbidades, dados laboratoriais e resposta terapêutica, garantindo maior efetividade e segurança no manejo da sepse.

Além disso, é importante conhecer a padronização de antimicrobianos do hospital, a fim de alinhar a conduta terapêutica à disponibilidade institucional e às diretrizes locais de uso racional de medicamentos. Para isso, recomenda-se consulta ao Catálogo de Padronização de Tecnologias em Saúde da Rede Ebserh, disponível no link: <https://catalogoebserh.com.br/medicamentos>.

A principais medidas abordadas neste protocolo referem-se apenas as primeiras horas de atendimento, considerada “hora ouro”. Esses pacientes devem ser transferidos o mais breve possível para unidades de cuidados intermediários ou intensivos para demais seguimentos do tratamento da SEPSE.

8. FLUXO DE PROCESSO

A equipe de enfermagem assistencial ou equipe multiprofissional ao identificar sinais de sepse ou qualquer disfunção orgânica deve registrar os sinais e sintomas, a execução dos cuidados de assistência à saúde, assim como os horários de atendimento da equipe multidisciplinar, em prontuário eletrônico, providenciar acesso venoso calibroso e acionar equipe médica para avaliar o paciente o mais rápido possível e dar continuidade ao protocolo.

A equipe médica que se encontra na unidade (médico assistencial e/ou residente e/ou plantonista e/ou intensivista) deve avaliar os pacientes com suspeita de sepse ou choque séptico de imediato e avisar imediatamente a toda equipe multiprofissional e ao serviço de laboratório para efetuar a coleta do KIT SEPSE antes de administrar a primeira dose da antibioticoterapia, que não deve exceder a 1 (uma) hora após o diagnóstico de alta probabilidade de Sepse ou choque séptico e em até 3 (três) horas para os quadros possíveis de sepse sem sinais de choque séptico.

Para coleta sanguínea e demais procedimentos, usar materiais constantes na **Caixa Sepses** disponível na Farmácia Central (ANEXO A).

Cabe ao médico prescritor e ao enfermeiro assistencial do setor preencher a **Ficha de Triagem Suspeita de Sepses** (ANEXO B) que deverá ficar anexada à prancheta de prescrição do paciente para seguimento de condutas pela equipe de saúde.

Cabe à equipe assistencial tratar seu paciente como urgência médica, visto que as condutas tomadas nas primeiras 6 (seis) horas a partir do diagnóstico de Sepses ou choque séptico são importantes para o prognóstico do paciente. Para rápida assimilação das condutas seguir o passo a passo dos “4Rs” conforme o **fluxograma para suspeita de sepsis** (Apêndice A).

Os exames serão solicitados pelo médico no formulário habitual de solicitações de exames deste serviço, que deverá ser preenchido como “KIT SEPSIS”, devendo serem coletados em até 15 minutos após o diagnóstico e informar o resultado em até 02 horas após a coleta.

IMPORTANTE: As coletas das amostras para culturas não devem atrasar a administração do antimicrobiano.

O médico deve prescrever a antibioticoterapia e informar à farmácia imediatamente para dispensação da primeira dose do antimicrobiano.

O médico deverá entregar a prescrição a enfermeira e comunicá-la que a medicação deverá ser administrada em até 1 (uma) hora após o diagnóstico de Sepses (casos com alta probabilidade de sepsis e aqueles com choque séptico), e em até 3 horas para aqueles quadros possíveis de sepsis sem choque séptico, que deverá ser administrada na dose máxima na primeira dose e em dose plena a partir da segunda dose.

A ficha de triagem deve ser preenchida durante o acompanhamento do paciente em suspeita de sepsis de forma que os diversos passos do tratamento sejam seguidos pela equipe que atende ao paciente.

Todos os pacientes devem ser acompanhados clinicamente para avaliar a melhora da pressão arterial média (PAM), débito urinário, frequência cardíaca, frequência respiratória, coloração da pele, temperatura, oximetria de pulso e estado mental. A PAM ≥ 65 mmHg e débito urinário $\geq 0,5$ mL/ kg/hora são alvos comuns usados na prática clínica.

Para cálculo da **Pressão Arterial Média**:

$$PAM = [(2 \times \text{pressão diastólica}) + \text{pressão sistólica}] / 3$$

Pacientes com choque séptico que requerem ventilação mecânica e vasopressores claramente requerem admissão/transferência para UTI. Pacientes sem choque séptico que respondem rapidamente a fluidos e antibióticos podem continuar em enfermaria.

9. MONITORAMENTO

1. Parâmetros dos sinais vitais da gestante/puérpera;
2. Administração de antimicrobianos e devido registro;
3. Registros assistenciais;
4. Quantitativo mensal de diagnósticos de sepses em pacientes obstétricas.

10. REFERÊNCIAS

DIAS, Adriana; DE MOURA VILLELA, Edlaine Faria; DE PAULA, Regiane Cardoso. Grupo de Enfrentamento à Morte Materna e Infantil da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo: uma estratégia do Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 19, p. 1-6, 2022.

Hospital Israelita Albert Einstein. Protocolo Gerenciado de Sepses e Choque Séptico no Paciente Adulto. 2024. Disponível em: < <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizes-assistenciais.aspx?busca=Sepses&Especialidade=>>.

RAY, Amita; GOSWAMI, Debjani; KUMAR, Bharath. Predicting adverse outcomes in obstetric sepsis using modified sepsis scores. **Indian Journal of OBGYN**, v. 7, n. 2, p. 129-34, 2021. Disponível em: < <https://journal.barpetaogs.co.in/pdf/07129.pdf>>.

Conselho Regional de São Paulo. SEPSIS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. São Paulo: COREN-SP, 2020. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/livro-sepsis-2020-web.pdf>

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

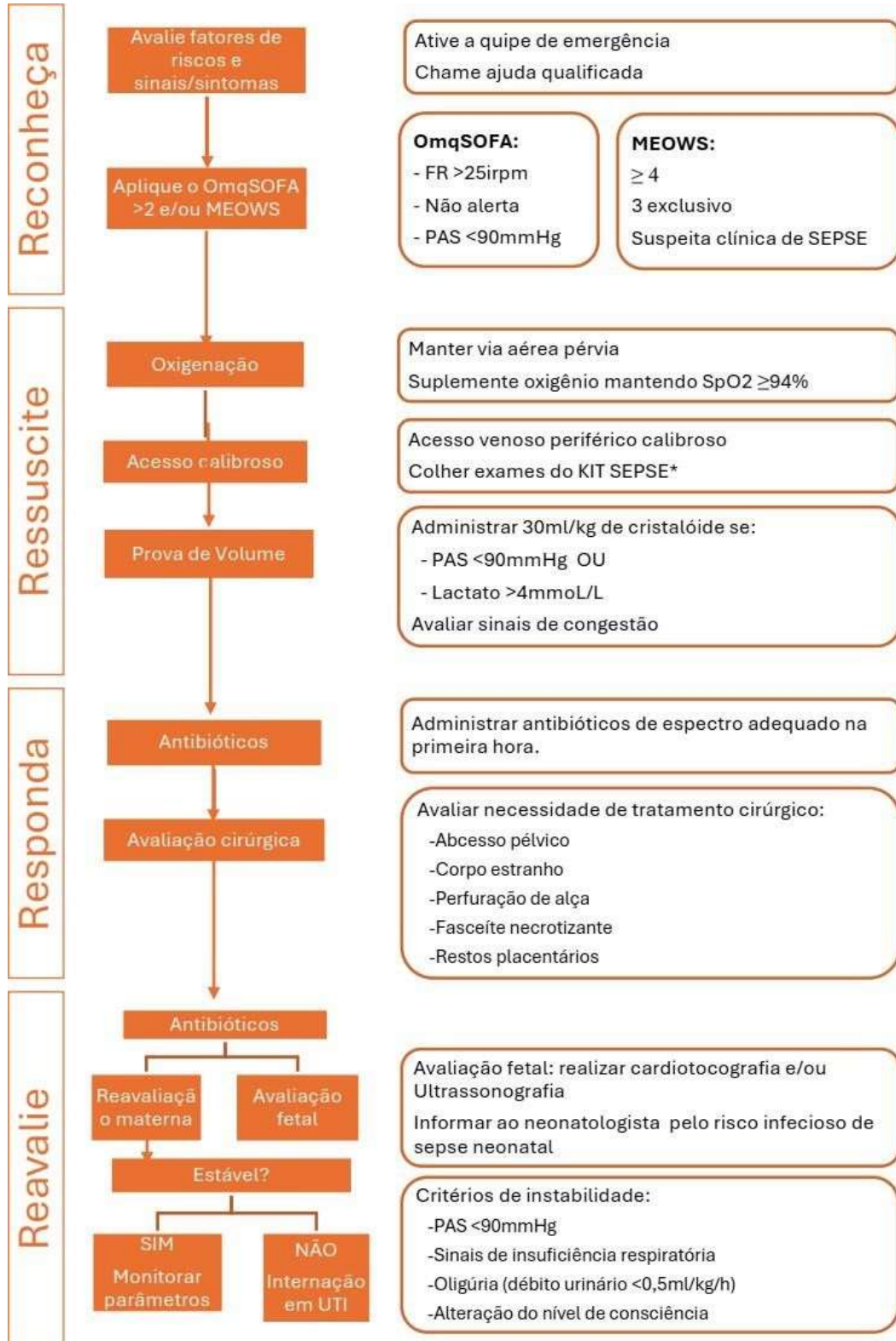
| Versão | Data | Descrição da alteração |
|---------------|-------------|--|
| 1 | 28/02/2023 | Versão inicial. |
| 2 | 28/02/2025 | Alterações baseadas nos escores omqSOFA e MEOWS para pacientes obstétricas. Inclusão do KIT SEPSE, fluxo da paciente obstétrica com suspeita de Sepse e Caixa Sepse. |

12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

| | |
|--|------------------|
| Elaboração: Kamanda Sabino Batista - UMUL/STMIN Alanna Tamires dos Santos Dantas - UMUL/STMIN Tainá Resende Silva - UMUL/STMIN | Data: 27/02/2025 |
| Análise Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/STMIM/DCDT/GAS Edson Mendes Marques - STMIM/DCDT/GAS Diego Pereira Gabriel dos Santos - UFCD/SFH/DCDT/GAS Vanessa Campos de Andrade de Melo Pérsico - STGQ/SUP Kátia Cristina Araújo Nascimento - GEP | Data: 22/04/2025 |
| Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP | Data: 22/04/2025 |
| Aprovação: James Alain Silva de Brito - DMED/GAS | Data: 22/04/2025 |

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

APÊNDICE A – Fluxograma da paciente obstétrica com suspeita de Sepse



*Kit SEPSE: Hemograma; Lactato; Gasometria arterial; Hemocultura (2 amostras); Creatinina; Coagulograma; Bilirrubina; Uréia; Sódio; Potássio; Glicemia

ANEXO A – Caixa Sepse

| CÓDIGO | ÍTENS | QTD |
|--|--|------------|
| MATERIAIS DE CONTROLE | | |
| ----- | Checklist (Anexo A) | 01 |
| ----- | Checklist (Anexo B) | 01 |
| 400500 | Eletrodos descartáveis | 05 |
| 400660 | Termômetro digital | 01 |
| MATERIAIS | | |
| 400398 | Agulha descartável para aspiração nº40x12 | 05 |
| 400397 | Agulha descartável nº 25X8 | 05 |
| 400443 | Cateter Intravenoso com dispositivo de segurança (Jelco) nº 16 | 01 |
| 400444 | Cateter Intravenoso com dispositivo de segurança (Jelco) nº 18 | 01 |
| 400445 | Cateter Intravenoso com dispositivo de segurança (Jelco) nº 20 | 01 |
| 401192 | Escalpe com dispositivo de segurança nº 21 | 01 |
| 400896 | Escalpe com dispositivo de segurança nº 23 | 01 |
| 400608 | Seringa descartável 10 ml | 03 |
| 401056 | Seringa descartável 20 ml | 05 |
| 400512 | Equipo macrogotas descartável simples | 02 |
| 400510 | Equipo macrogotasdescartável para bomba de infusão | 02 |
| 400836 | Torneirinha 3 vias | 02 |
| 400557 | Luvas Estéreis 7,0 | 02 pares |
| 400561 | Luvas de procedimento | 08 pares |
| 253812 | Água Destilada 10 ml | 05 |
| 400541 | Gazes Estéreis | 02 |
| 400406 | Bolas de algodão | 02 |
| 401714 | Almotolia de álcool | 01 |
| 400615 | Solução Clorexidina Aquosa | 01 |
| MATERIAL PARA COLETA DE EXAMES | | |
| 401764 | Frasco coletor estéril | 01 |
| 401334 | Swab | 02 |
| | Seringa Gasometria | 02 |
| | Frasco de Hemocultura | 02 |
| 401259 | Tubo para coleta de sangue - tampa roxa | 01 |
| 401260 | Tubo para coleta de sangue - tampa amarela | 02 |
| 401286 | Tubo para coleta de sangue - tampa azul | 01 |
| MATERIAIS PARA ACESSO VESICAL | | |
| 400658 | Sonda Vesical de Demora Nº 14 Fr | 01 |
| 400464 | Coletor de urina sistema fechado estéril – reservatório tipo bolsa | 01 |
| SOLUÇÕES PARA REPOSIÇÃO DE VOLUME | | |
| 288962 | Soro Fisiológico 0,9% 10 ml | 05 |
| 253650 | Solução Ringer Simples 500 ml | 02 |
| MATERIAL DE SUPORTE RESPIRATÓRIO | | |
| | Máscara de Oxigênio com Reservatório | 01 |
| 400676 | Frasco Umidificador de Oxigênio | 01 |

Adaptada e autorizada reprodução por: Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-MATER. Protocolo do Núcleo de Segurança do Paciente (PRO NPS 003): Código Amarelo – Protocolo de Atendimento à Sepse em Adultos. Ribeirão Preto: Sistema Qualis de Gestão da Qualidade / Módulo Gestão de Documentos; 2021

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão - SEI

Processo nº 23527.006563/2025-34

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento: Protocolo de sepse em pacientes obstétricas. PRT.UPS.007 (55315051)

| | |
|---|---------------------|
| Elaboração: Kamanda Sabino Batista – Enfermeira obstetra, PPP/HUAB Alanna Tamires dos Santos Dantas – Enfermeira obstetra, PPP/HUAB Tainá Resende Silva – Enfermeira obstetra, PPP/HUAB | Data: 27/02/2025 |
| Revisão: Diego Pereira Gabriel Dos Santos – Farmacêutico, Chefe da Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica/HUAB Vanessa Campos Andrade De Melo Persico – Médico, Infectologia, Setor de Gestão da Qualidade/HUAB Kátia Cristina Araújo Nascimento – Médica Obstetra / HUAB | Data: 22/04/2025 |
| Validação: Fladjany Emanuely Faustino da Silva – Enfermeira, Chefe da Unidade de Saúde da Mulher/HUAB | Data: 22/04/2025 |
| Aprovação: Edson Mendes Marques - Enfermeiro, Chefe do Setor Materno Infantil e Saúde da Mulher/HUAB | Data: 22/04/2025 |

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

Santa Cruz - RN, datado e assinado eletronicamente.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cristina Santos Fernandes Pereira, Chefe de Divisão, Substituto(a)**, em 14/11/2025, às 12:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fladjany Emanuely Faustino da Silva, Chefe de Unidade**, em 14/11/2025, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Taina Resende Silva, Enfermeiro(a)**, em 14/11/2025, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **KATIA CRISTINA DE ARAUJO NASCIMENTO, Médico(a)**, em 14/11/2025, às 12:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Diego Pereira Gabriel dos Santos, Chefe de Unidade**, em 14/11/2025, às 13:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kamanda Sabino Batista, Enfermeiro(a)**, em 14/11/2025, às 14:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alanna Tamires dos Santos Dantas, Enfermeiro(a)**, em 21/11/2025, às 06:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Franciane Carla de Souza Bento, Assistente Administrativo**, em 04/12/2025, às 11:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edson Mendes Marques, Chefe de Setor**, em 04/12/2025, às 16:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **55315122** e o código CRC **EA4E0346**.
