



## **1. CONCEITO GERAL DA PATOLOGIA**

A sepse é uma resposta sistêmica a uma doença infecciosa que se manifesta em diferentes estágios clínicos de um mesmo processo fisiopatológico. É uma doença de caráter evolutivo e pode ser classificada em 3 fases:

**1.1 Infecção não complicada:** presença de quadro infeccioso com ou sem sinais da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS).

**1.2 Sepses:** presença de disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta imune desregulada frente a uma infecção.

**1.3 Choque séptico:** sepse com hipotensão refratária à reposição volêmica adequada.

Os respectivos índices de mortalidade em cada uma das fases anteriores são de 7, 16 e 46%, portanto, identificação precoce e manejo apropriado nas primeiras horas, melhoram o desfecho. É fundamental que todos os profissionais assistenciais envolvidos no manejo das pacientes com sepse sejam capazes de reconhecer os sintomas e sinais de gravidade e providenciar atendimento imediato para que o tratamento possa ser iniciado.

Atenção especial deve ser dada às gestantes, visto que as alterações fisiológicas da gravidez como circulação hiperdinâmica, taquicardia e menor reserva de oxigênio, podem se exacerbar durante a sepse levando a risco de vida para a paciente. Deve-se ter atenção especial às causas mais comuns de choque séptico na gravidez e pós-parto como: pielonefrite, corioamnionite, endometrite e mastite.

## **2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

Para a paciente ser elegível ao protocolo de sepse deverá apresentar um foco infeccioso confirmado ou suspeito e 2 ou mais critérios de SIRS E/OU sinais de disfunção orgânica clinicamente identificáveis E. Atenção, pois os sinais de SIRS são diferentes em pacientes gestantes e não gestantes.

**Sinais de SIRS para GESTANTES\*\*:**



- Febre (temperatura  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ) ou Hipotermia (temperatura  $\leq 36^{\circ}\text{C}$ )
- Frequência cardíaca  $\geq 120$  bpm
- Frequência respiratória  $\geq 22$  incursões/min
- Leucocitose  $\geq 12.000$  ou leucopenia  $\leq 4.000$  ou formas jovens (bastões)  $\geq 10\%$

\*\* Os critérios de FC e PA foram ajustados para a população obstétrica.

### **Sinais de SIRS para NÃO GESTANTES:**

- Febre (temperatura  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ) ou Hipotermia (temperatura  $\leq 36^{\circ}\text{C}$ )
- Frequência cardíaca  $\geq 90$  bpm
- Frequência respiratória  $\geq 20$  incursões/minuto
- Leucocitose  $\geq 12.000$  ou leucopenia  $\leq 4.000$  ou formas jovens (bastões)  $\geq 10\%$

### **Sinais clínicos de disfunção orgânica gestante para gestantes e não gestantes:**

- Hipotensão: PAS  $< 90$  mmHg (para gestante PAS  $< 85$ mmHg ou PAM  $< 65$ mmHg)
- Redução da diurese (diurese  $< 0,5$  mL/kg/hora sem história prévia de disfunção renal)
- Alteração aguda do estado mental (rebaixamento do nível de consciência, delirium, agitação psicomotora)
- Dispneia ou dessaturação (relação  $\text{PaO}_2 < 300$  ou necessidade de  $\text{O}_2$  para manter  $\text{SpO}_2 > 90\%$ )

**Foco infeccioso suspeito ou confirmado:** Atenção aos principais focos infecciosos nas gestantes e puérperas. São eles:

- Mastite
- Aborto infectado
- Corioamnionite
- Endometrite
- Infecção do trato urinário/ Pielonefrite
- Infecção da ferida operatória
- Infecção de pele e partes moles
- Infecção de corrente sanguínea



- Infecção pulmonar (Pneumonia bacteriana)
- Infecção de via aérea superior (IVAS)
- Infecção do trato gastrointestinal (GECA)
- Infecção abdominal
- Doença inflamatória pélvica aguda (DIPA)

**Atendimento via Pronto Atendimento:** Avaliação inicial será realizada no acolhimento do pronto atendimento:

- Aferir sinais vitais da paciente;
- Se paciente **apresentar um foco infeccioso confirmado ou suspeito e 2 ou mais critérios de SIRS E/OU sinais de disfunção orgânica** deverá receber pulseira laranja e ser encaminhada para atendimento médico (o qual deverá ser realizado em no máximo 15 minutos);
- Após atendimento médico e confirmação dos sinais de SIRS e/ou disfunção orgânica E foco infeccioso confirmado ou suspeito, o médico deverá preencher a Ficha do Protocolo Sepsis (via Sistema MV PEP).

O médico deverá solicitar os exames LAB ALTO RISCO e LAB SEPSE COMPLEMENTAR. Ao ser solicitado o LAB SEPSE, o link para preenchimento da ficha será aberto e o médico deverá preencher a parte inicial de inclusão da paciente no protocolo.

\* Exames que fazem parte do kit **LAB SEPSE COMPLEMENTAR**: lactato venoso, urina I, urocultura e um par de hemoculturas.

Outros exames podem ser coletados adicionalmente frente ao quadro clínico da paciente e julgamento médico (Ex: RAIO-X tórax, US abdome, US transvaginal, tomografia, PCR influenza, PCR para SARS-COV2, sorologias, cultura de sítio cirúrgico, outras culturas conforme sítio infeccioso pertinente).

Após inclusão da paciente no protocolo o atendimento deverá ser iniciado seguindo as medidas recomendadas pelo protocolo EM ATÉ 1 HORA:

## **2.1 Acesso venoso periférico:**



**2.2** Se paciente apresentar **hipotensão** (PAS<85 mmHg para gestante; PAS<90 mmHg para não gestante) iniciar reposição volêmica com cristalóide 20 mL/Kg para gestantes e 30 mL/Kg para não gestantes durante 1 hora com reavaliação posterior.

**2.3 Exames.** Solicitar LAB ALTO RISCO + LAB SEPSE COMPLEMENTAR na prescrição (esse kit contempla todos os exames necessários para avaliação dos pacientes com sepse, incluindo culturas); **COLETA DE HEMOCULTURA** – deverá ser coletado 1 par de hemoculturas, ou seja, 2 frascos (1 aeróbio e 1 anaeróbio) de sítios diferentes. UROCULTURA – orientar assepsia adequada antes da coleta.

Atenção aos resultados dos exames laboratoriais – identificar sinais laboratoriais de disfunção. O resultado do lactato deve estar disponível em até 30 min da coleta e caso seu valor esteja 2 x acima o valor na normalidade, já é considerado disfunção laboratorial. Os demais exames devem estar prontos de 60-90 min e são consideradas disfunções, as alterações abaixo:

**Alteração laboratorial de disfunção orgânica:**

- Renal - creatinina >2mg/dL
- Hematológica: Plaquetas < 100.000
- Hematológica: Coagulopatia (INR > 1,5 ou TTPA>60seg)
- Hepática: Bilirrubina >2mg/dL.
- Metabólica: Lactato acima de 2x o valor de referência

**2.4 Terapia antimicrobiana.** Conforme foco infeccioso confirmado ou suspeito, seguir as sugestões de acordo com tabela 1 dos anexos \*\*. **Esta etapa é fundamental devendo ser iniciada em até 1 hora.** Caso ocorra dificuldade de coleta de hemocultura, o início da antibioticoterapia não deverá ser postergado; A prescrição sugerida na ficha é uma sugestão direcionada para cada foco, porém o médico deve estar atento a possíveis casos de alergia ao antimicrobiano sugerido.

**Reavaliação da paciente:** as pacientes que estiverem em protocolo deverão ter os sinais vitais avaliados a cada 30 minutos até que se tenha os resultados laboratoriais para



descartar disfunção orgânica. Caso a paciente seja internada a monitorização dos sinais vitais deverá seguir o intervalo determinado da unidade.

Identificar sinais laboratoriais de disfunção. Pacientes que na tiragem inicial não apresentavam sinais de disfunção orgânica, evoluam com sinais clínicos de disfunção como hipotensão, redução de diurese, alteração aguda do estado mental etc., deverão ter uma nova coleta de lactato ser obtida logo após a detecção da disfunção.

Caso a paciente tenha vindo procurar o pronto atendimento por outras causas, porém durante sua permanência a mesma apresente sinais de SIRS e/ou sinais clínicos de disfunção orgânica E foco infeccioso suspeito ou confirmado, o mesmo fluxo deverá ser seguido. Deverá ser colocada etiqueta de bola preta no prontuário para identificar pacientes incluídas no protocolo com objetivo de facilitar a identificação das pacientes no protocolo.

**Atenção:** se paciente com 2 ou mais sinais de SIRS E foco infeccioso confirmado e suspeito E Hipotensão (PAS<85 mmHg para gestante; PAS<90 mmHg para não gestante) ou outro sinal de disfunção orgânica clínica, deverá ser encaminhada diretamente para UTI adulto. Caso não tenha disponibilidade de vaga em leito de UTI, a paciente deverá receber todo o suporte recomendado pelo protocolo no pronto atendimento devendo ter prioridade no atendimento e permanecer monitorada.

**Atendimento de pacientes já internadas na instituição: ALAS, Semi-intensiva, Centro cirúrgico, Centro Obstétrico, RPA ou UTI adulto:**

- A paciente já admitida na Instituição que apresentar **foco infeccioso confirmado ou suspeito e 2 ou mais sinais de SIRS E/OU algum sinal clínico de disfunção orgânica** deverá ser atendida pela equipe médica do código amarelo (Alas, semi-intensiva) ou pelo anestesista (CC, CO, RPA). Após atendimento médico com confirmação dos sinais de SIRS ou disfunção orgânica E foco infeccioso, o médico deverá preencher a Ficha do Protocolo Sepsis (via Sistema MV PEP) e iniciar atendimento da paciente seguindo as



medidas recomendadas pelo protocolo (em até 1 hora) e iniciar as etapas do protocolo conforme o descrito acima.

Deverá ser colocado etiqueta de bola preta no prontuário para identificar pacientes incluídas no protocolo com objetivo de facilitar a identificação dos pacientes.

Se o protocolo de sepse for aberto na Semi/Alas, as medidas iniciais e reavaliação em 30 minutos e 60-90 minutos com resultado de exames deverá ser feita pelo médico do código amarelo/clínica médica. Se confirmado diagnóstico de sepse ou choque séptico, a paciente deverá ser encaminhada para UTI adulto.

### **3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

A paciente que for avaliada pelo médico e apesar dos sinais de SIRS, NÃO tiver foco infeccioso confirmado ou suspeito, deverá seguir o fluxo habitual de atendimento, sob investigação de outras causas para o quadro clínico.

### **4. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO**

A paciente incluída no protocolo deverá ser avaliada a cada 30 minutos com sinais vitais, para avaliar piora clínica; checar resultado de lactato em 30 minutos e demais resultados laboratoriais após 60-90 minutos para definição do quadro clínico. O lactato acima de 2x o valor de referência será considerado valor de pânico e a paciente deverá ser transferido para UTI.

- **Infecção não complicada**

Se paciente possui confirmação de foco infeccioso e sem critérios clínicos ou laboratoriais de disfunção orgânica, esta será identificada como infecção não complicada. A conduta passa então a ser individualizada de acordo com as necessidades clínicas de cada paciente, seguindo orientações gerais abaixo:

4.1 A critério médico será definida a necessidade de internação (em Ala ou Semi intensiva) ou alta da paciente de acordo com quadro clínico e laboratorial; a decisão de



internação da paciente em semi ou ALAS deverá ser baseada na condição clínica e necessidade de monitoramento da paciente.

4.2 Realizar ajuste da antibioticoterapia conforme definição do foco infeccioso;

4.3 Nos casos de liberação da paciente para acompanhamento ambulatorial, orientar retorno se sinais de piora clínica. Se o resultado de HEMOCULTURA POSITIVA, este será comunicado pelo laboratório à coordenação médica ou enfermagem do PA que deverá avaliar a necessidade de reconvocação da paciente;

4.4 Todas as pacientes que permanecerem internadas por mais de 24 horas, serão avaliadas pelo infectologista para definição do tratamento, necessidade de ajuste de terapia e tempo de tratamento.

- **Sepse e Choque séptico**

Se paciente com confirmação de foco infeccioso e critério de disfunção orgânica, é confirmado o diagnóstico de **Sepse**. Se paciente evoluir com necessidade de uso de droga vasoativa apesar de reposição volêmica adequada, será confirmado o diagnóstico de **Choque séptico**.

**São critérios clínicos de disfunção orgânica:**

- Cardiovascular: hipotensão (PAS <85mmHg para gestante, PAS<90 mmHg para não gestante, ou PAM <65mmHg),
- Neurológica: Alteração aguda do estado mental.
- Renal: oligúria ou diurese  $\leq 0,5$  mL/Kg/h em 2 horas sem história prévia de disfunção renal),
- Respiratória: relação  $PaO_2 / FiO_2 < 300$  ou necessidade de  $O_2$  para manter  $SpO_2 > 90\%$

**São critérios de disfunção orgânica laboratorial:**

- Renal - creatinina >2mg/dL
- Hematológica: Plaquetas < 100.000
- Hematológica: Coagulopatia (INR > 1,5 ou TTPA>60seg)
- Hepática: Bilirrubina >2mg/dL.
- Metabólica: Lactato acima de 2x o valor de referência



Nessas situações, a paciente deverá ser internada em unidade de terapia intensiva e iniciar o manejo das disfunções orgânicas:

- Providenciar acesso venoso periférico caso a paciente ainda não possua. Acesso venoso central deverá ser realizado nos casos de uso de droga vasoativa, quando não há resposta adequada à ressuscitação volêmica (PAM < 65 mmHg, lactato arterial > 36 mg/dL). O cateter central pode também ser utilizado para medidas de PVC e Saturação venosa central de oxihemoglobina (ScvO<sub>2</sub>), embora saibamos que trials sugerem certa limitação de seu uso;
- Ressuscitação volêmica: restaurar perfusão tecidual precocemente; nas pacientes hipotensas, administrar 20 mL/Kg para gestantes e 30 mL/Kg para não gestantes, utilizar cristalóide (ringer ou soro fisiológico 0,9%) nas primeiras 3-6 horas. Atenção com o volume que a paciente já tenha recebido na unidade de origem e com congestão pulmonar nos casos de necessidade de maior volume. Em situações de hiperclôremia após uso de cristalóide em grande volume, uma opção de expansão é o uso de albumina endovenosa. Objetiva-se manter PAS ≥ 85 mmHg, PAM ≥ 65 mmHg, SvO<sub>2</sub> ≥ 70%, PVC 8-12 mmHg e débito urinário ≥ 0,5 mL/Kg/hora;
- Iniciar uso de vasopressor se paciente permanecer com PAM < 65 mmHg após infusão de volume inicial. Droga de 1ª escolha: noradrenalina, com associação de outras drogas se necessário (vasopressina, adrenalina, dobutamina);
- Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos. Nesses casos, deve-se reduzir a pós-carga com vasodilatadores venosos (nitroglicerina ou nitroprussiato). Deve-se evitar medicações de efeito prolongado pois esses pacientes podem evoluir rapidamente com hipotensão;
- Coletar LAB ALTO RISCO + **LAB SEPSE COMPLEMENTAR** caso este ainda não tenha sido coletado. Outros exames podem ser coletados adicionalmente frente ao quadro clínico da paciente e julgamento médico (Ex: RAIO-X tórax, US abdome, US transvaginal, tomografia, PCR influenza, PCR, COVID19, sorologias, cultura de sítio cirúrgico, outras culturas conforme sítio infeccioso pertinente), sempre verificar se estes exames já foram coletados na unidade de origem.
- Nos casos de alteração do lactato venoso inicial (lactato acima de 2x o valor de referência) após medidas iniciais de controle de lactato, novo lactato de controle deverá





ser coletado em 4 horas e monitorado até clareamento do mesmo em valores normais. Cálculo de depuração do lactato:  $\text{lactato inicial} - \text{lactato atual} / \text{lactato inicial} \times 100$ . Espere-se depuração de lactato  $>10\%$  nas primeiras 4 horas. Atenção: hiperlactatemia residual isolada sem outros sinais clínicos de hipoperfusão não precisa ser tratada. Não está indicado uso de bicarbonato nos casos de acidose láctica em pacientes com  $\text{pH} > 7,15$  pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão tecidual; avaliar apenas em situação de salvamento em  $\text{pH} < 7,15$ ;

- Administrar terapia antimicrobiana conforme foco infeccioso confirmado ou suspeito, seguindo as sugestões de acordo com tabela 1 dos anexos \*\*. Caso paciente já esteja sob terapia antimicrobiana avaliar necessidade de troca de esquema com infectologia. Verificar se já foi realizado na unidade de origem;
- Respiratório: avaliar necessidade de coleta de gasometria arterial; monitorar continuamente com oximetria de pulso. Deve-se corrigir/evitar hipoxemia (saturação de  $\text{O}_2$  deve ficar acima de  $94\%$ ), de acordo com a necessidade/gravidade pode-se indicar cateter de  $\text{O}_2$ , máscara de Venturi, máscara com reservatório, VNI (ventilação não invasiva), intubação orotraqueal com ventilação mecânica (nas situações hipoxemia refratária/hipercapnia e/ou instabilidade hemodinâmica grave e/ou RNC com Glasgow  $< 8$ ). Não postergar intubação orotraqueal em pacientes sépticos com insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual; manter em ventilação protetora com baixos volumes correntes ( $6 \text{ mL/Kg}$  de peso ideal) e limitação da pressão de platô abaixo de  $30 \text{ cmH}_2\text{O}$ ; manter  $\text{PaO}_2$   $70-90 \text{ mmHg}$  e  $\text{peep} < 15 \text{ cmH}_2\text{O}$  (adequar conforme avaliação de complacência e gravidade do quadro respiratório). Pacientes com Síndrome do desconforto respiratório agudo há menos de 48 horas, com relação  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$  e  $\text{FiO}_2$  de  $60\%$  ou mais, discutir posição prona;
- Se sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de  $7 \text{ mg/dL}$  devem receber transfusão, manter com Hb alvo  $7-9 \text{ mg/dL}$ ;
- Realizar precocemente drenagem de abscessos, desbridamento de tecidos devitalizados que possam ser responsáveis pelo quadro;
- Gestantes deverão ser avaliadas quanto a necessidade de interrupção da gestação, dependendo do quadro clínico, foco infeccioso (Ex: corioamnionite) e condições fetais. A avaliação precoce da equipe Vanguarda deverá ser solicitada;



- Profilaxia de trombose venosa de acordo com o Protocolo Institucional;
- Proteção Gástrica: omeprazol;
- Controle de glicemia através de protocolos específicos visando meta de 80-180 mg/dL, seguir protocolo da endocrinologia;
- Terapia substitutiva renal deverá ser avaliada individualmente com equipe especialista;
- Se paciente em choque séptico refratário, recomenda-se uso de hidrocortisona 200 mg/kg/dia.

## **5. TERAPIA PADRONIZADA**

Vide critérios de diagnósticos.

## **6. MECANISMO DO ACOMPANHAMENTO**

Monitorar parâmetros clínicos: melhora da PAM, diurese, perfusão periférica, FR e FC, estado mental, oximetria de pulso e cessação da febre. Parâmetros hemodinâmicos: estáticos (PVC 8-12 mmHg e  $Scvo_2 \geq 70\%$ ) e dinâmicos (diâmetro/variação veia cava inferior e pressão de pulso de artéria radial). Coletar exames laboratoriais diariamente conforme indicação. Deverá ser calculado o SOFA na admissão, em 24hs e 48hs após admissão na UTI e início do tratamento.



Table 1. Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment Score<sup>a</sup>

System	Score				
	0	1	2	3	4
Respiration					
PaO <sub>2</sub> /Fio <sub>2</sub> , mm Hg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) with respiratory support	<100 (13.3) with respiratory support
Coagulation					
Platelets, ×10 <sup>3</sup> /μL	≥150	<150	<100	<50	<20
Liver					
Bilirubin, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
Cardiovascular	MAP ≥70 mm Hg	MAP <70 mm Hg	Dopamine <5 or dobutamine (any dose) <sup>b</sup>	Dopamine 5.1-15 or epinephrine ≤0.1 or norepinephrine ≤0.1 <sup>b</sup>	Dopamine >15 or epinephrine >0.1 or norepinephrine >0.1 <sup>b</sup>
Central nervous system					
Glasgow Coma Scale score <sup>c</sup>	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal					
Creatinine, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (110)	1.2-1.9 (110-170)	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	>5.0 (440)
Urine output, mL/d				<500	<200

Abbreviations: Fio<sub>2</sub>, fraction of inspired oxygen; MAP, mean arterial pressure; PaO<sub>2</sub>, partial pressure of oxygen.

<sup>a</sup> Adapted from Vincent et al.<sup>27</sup>

<sup>b</sup> Catecholamine doses are given as μg/kg/min for at least 1 hour.

<sup>c</sup> Glasgow Coma Scale scores range from 3-15; higher score indicates better neurological function.

## 7. ANÁLISE DOS DADOS DO PROTOCOLO

Mensalmente, todas as fichas abertas de protocolo sepse serão avaliadas pelo gestor do protocolo, quanto aos critérios de elegibilidade, local de abertura da ficha, adesão as etapas iniciais do protocolo (coleta de LAB ALTO RISCO + **LAB SEPSE COMPLEMENTAR**, início de antimicrobiano em até 1 hora, escolha do antimicrobiano conforme foco suspeito ou confirmado), classificação da paciente (ginecológica, puérpera e gestante), diagnóstico final (afastada infecção, infecção não complicada, sepse e choque séptico), definição do foco infeccioso, manejo adequado nas pacientes com sepse e choque séptico (reposição volêmica adequada, coleta de lactato de controle em 4 horas) e desfecho da paciente (alta, óbito, transferência). Os dados serão apresentados nas reuniões mensais dos protocolos gerenciados. Todas não conformidades também serão apresentadas e discutidas nessas reuniões para que os respectivos gestores das áreas correspondentes às falhas tenham



ciência para posterior ação de reorientação do profissional. Se reincidente, o profissional deverá ser encaminhado para novo treinamento.

## 8. FLUXOGRAMA DE INFORMAÇÃO

Não se aplica

## 9. ANEXOS

Tabela 1: Sugestão de antimicrobianos conforme foco infeccioso suspeito ou confirmado:

<b>Foco suspeito ou confirmado</b>	<b>Antimicrobiano proposto</b>
Sem foco inicialmente identificado	Ceftriaxone 1g IV 12/12 hs e Clindamicina 600mg IV 6/6 hs
Infecção do trato urinário/Pielonefrite	1º opção - Ceftriaxone 1g IV 12/12 hs
Celulite/ Erisipela	1º opção – Clindamicina 600mg IV 6/6 hs Se paciente diabético – associar Ceftriaxone 1g IV 12/12 hs
Pneumonia comunitária	Ceftriaxone 1g IV 12/12 hs + Azitromicina 500 mg IV 1 x dia
Mastite	Clindamicina 600mg IV 6/6 hs + Gentamicina 240 mg IV 1 x dia
Infecção de sítio cirúrgico	Clindamicina 600 mg IV 6/6 IV + Gentamicina 240 mg IV 1 x dia OU Ceftriaxone 1g IV 12/12 hs + Clindamicina 600mg IV



	6/6h
Corioamnionite/ Endometrite	Ampicilina /sulbactan 3g IV 6/6hs + Gentamicina 240 mg IV 1 x ao dia OU Clindamicina 600mg IV 6/6 hs + Gentamicina 240 mg IV 1 x dia
Doença Inflamatória Pélvica	Ceftriaxone 1g IV 12/12 hs + Azitromicina 500 mg IV 1x/dia + Metronidazol 500 mg IV 8/8 hs
Abortamento infectado	Ampicilina /sulbactan 3g IV 6/6hs + Gentamicina 240 mg IV 1 x ao dia OU Clindamicina 600mg IV 6/6 hs + Gentamicina 240 mg IV 1 x dia
Infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central	Vancomicina 1g IV 12/12 hs + Cefepime 2g IV 8/8 hs
Apendicite/ Peritonite	Ceftriaxone 1g IV 12/12 hs + Metronidazol 500 mg IV 8/8 hs
Síndrome Gripal (influenza A/B)	Tamiflu 75 mg VO 12/12h
GECA	Ceftriaxone 1g IV 12/12 hs + Metronidazol 500 mg IV 8/8 hs

Se paciente alérgica ao esquema sugerido ou situação não contemplada pelo protocolo, discutir com equipe de infectologia/CCIH.



## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Obstet Gynecol. 2014 Sep;124(3):535-41

Int J Gynecol. Obstet. 2016; 133 (116:19)

Am J Obstet Gynecol. 2014; 211:39

Society of Critical Care Medicine- The Intensive Care Professionals; Surviving Sepsis Campaign; acessado em: [www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign](http://www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign); 2020

Surviving Sepsis Campaign.Dellinger et al [www.ccmjournal.org](http://www.ccmjournal.org) February 2013. V41 N2

PROMISE Trial : N England Journal; 2015;1301-1311

7.ARISE Trial : N England Journal; 2014;1496-1506

PROCESS Trial : N England Journal; 2014;1683-1693

Critic Care Clin (2016) 119-135n

The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock

ILAS

Manual da Residencia Medicina Intensiva- 4ª edição- Hospital das Clinicas-FMUSP, 2014.

Uptodate: Evaluation and Management of suspected sepsis and septic shock in adults. JUN 21, 2017

Uptodate: Sepsis syndromes in adults: Epidemiology, definitions, clinical presentation, diagnosis and prognosis.Ap 26, 2017.

Surviving Sepsis Campaign :International Guidelines for management of Severe Sepsis and Septic Shock:2012 CCMJournal Feb 2013 vol 41 N2