



PROTOCOLO GERENCIADO

SEPSE

1. Introdução

Ocorrem cerca de 17 milhões de casos ao ano em todo o mundo. Aproximadamente 30% dos leitos de UTI do Brasil estão ocupados por pacientes com sepse ou choque séptico, com letalidade em torno de 55%, gerando altos custos ao sistema de saúde. Cerca de 30 a 50% das sepse dão entrada pelo setor de urgência e emergência. A identificação precoce e o manejo adequado promovem melhores desfechos nas primeiras horas de atendimento, sendo o protocolo um instrumento apropriado para o manejo da sepse em um cenário hospitalar.

A sepse é uma síndrome extremamente prevalente, com elevada morbidade e mortalidade 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. As recomendações contidas neste documento estão baseadas nas diretrizes da Campanha de Sobrevivência a Sepse (SSC, Surviving Sepsis Campaign) e visam o tratamento de pacientes adultos nas unidades de urgência e emergência, nas unidades de internação e nas unidades de terapia intensiva.

Neste documento foram atualizadas as nomenclaturas utilizadas, conforme as novas definições do Sepsis 3, sendo agora os termos utilizados: *infecção, sepse e choque séptico*. Entretanto, a despeito do uso da nova nomenclatura, concordamos com o ILAS e optamos por alinhar o processo de triagem dos pacientes com a SSC.

A síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SRIS), embora não utilizada para a definição de sepse, continua sendo importante para a triagem de pacientes com suspeita de sepse. Da mesma forma que a SSC, o ILAS não mudou os critérios usados para definir disfunção orgânica, mantendo a hiperlactatemia como um deles. O critério para definição de choque séptico também não foi alterado.

2. Objetivos

- Avaliar todos os pacientes a fim de identificar precocemente a existência de sinais e sintomas da sepse / disfunção orgânica.
- Redução da ocorrência de SEPSE / CHOQUE SEPTICO e suas complicações
- Redução no custo hospitalar para tratamento das complicações relacionadas à SEPSE.
- Iniciar precocemente as medidas de tratamento junto a equipe multidisciplinar a fim de reduzir a mortalidade de pacientes sépticos.
- Toda equipe multiprofissional do corpo clínico do Hospital e Maternidade Galileo deve conhecer e gerenciar o protocolo

3. Definição

- **Infecção sem disfunção:** Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.
- **Sepse:** Infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.
- **Choque Séptico:** Sepsis que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM \leq 65 mmHg), de forma independente de alterações de lactato.

4. Avaliação

Todos os pacientes devem ser avaliados diariamente pela equipe multidisciplinar quanto aos sinais e sintomas da sepsis, desde sua admissão até a alta, com atenção especial a:

- temperatura central $> 37,8$ °C ou < 35 °C;
- frequência cardíaca > 90 bpm;
- frequência respiratória > 20 irpm;
- leucócitos totais $> 12.000/mm^3$; ou $< 4.000/mm^3$ ou presença de $> 10\%$ de formas jovens;
- hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou Queda de PA > 40 mmHg);
- oligúria ($\leq 0,5$ ml/Kg/h) ou elevação da creatinina (>2 mg/dL);
- dispneia ou dessaturação (Sat O₂ $<90\%$);
- rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium;
- relação PaO₂/FiO₂ < 300 ou necessidade de O₂ para manter SpO₂ $> 90\%$
- contagem de plaquetas $< 100.000/mm^3$ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;
- aumento significativo de bilirrubinas ($>2x$ o valor de referência).

OBS.: A ausência dos critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepsis grave. Alguns pacientes, principalmente idosos e imunossuprimidos, não apresentam esses sinais. Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível, a equipe multidisciplinar deve pensar em sepsis e iniciar as medidas de tratamento preconizadas.

5. Rotina para o Atendimento

O protocolo de sepse deve ser aberto para pacientes com SUSPEITA de sepse e choque séptico (*SIRS + Suspeita de infecção*). Após identificação do paciente com SUSPEITA de sepse, usualmente pela enfermagem, a equipe médica decide se deve ou não haver o seguimento do protocolo, com base nas informações disponíveis para tomada de decisão em relação à probabilidade de se tratar de sepse.

Nessa decisão, alguns fatores devem ser levados em consideração:

1. Em pacientes com qualquer das disfunções clínica utilizadas na triagem (hipotensão, rebaixamento de consciência, dispneia ou dessaturação), deve-se dar seguimento imediato ao protocolo, com as medidas do pacote de 3 e 6 horas.
2. Em pacientes com disfunção clínica aparente, mas com quadro clínico sugestivo de outros processos infecciosos atípicos (no contexto da sepse) como dengue, malária e leptospirose a equipe médica poderá optar por seguir fluxo específico de atendimento que leve em consideração peculiaridades do atendimento a esses pacientes.
3. Em pacientes sem disfunção clínica aparente, deve-se levar em conta o quadro clínico, não sendo adequado o seguimento do protocolo em pacientes com quadros típicos de infecções de via aérea alta ou amigdalites, por exemplo, que podem gerar SRIS mas tem baixa probabilidade de se tratar de casos de sepse. Novamente, pacientes com quadros sugestivos de processos infecciosos atípicos, como dengue e malária, devem seguir fluxo específico de atendimento.
4. Em pacientes sem disfunção clínica aparente e com baixo risco de se tratar de sepse, o médico pode decidir por outro fluxo de atendimento. São exemplos de pacientes de baixo risco aqueles jovens e sem comorbidades. Nesses casos, pode-se optar por investigação diagnóstica simplificada e observação clínica antes da administração de antimicrobianos da primeira hora.
5. Em pacientes para os quais já exista definição de cuidados de fim de vida, o protocolo deve ser descontinuado, embora isso não impeça que o paciente receba tratamento adequado, incluindo eventualmente alguns dos componentes do pacote de 6 horas. Esses pacientes não devem ser incluídos no cálculo dos denominadores do gerenciamento do protocolo.

A equipe médica deve definir a classificação inicial do paciente. As possíveis classificações seriam:

- infecção sem disfunção com seguimento do protocolo;
- sepse ou choque;
- afastado sepse/choque ou paciente sob cuidados de fim de vida;

Após identificação do paciente com suspeita de sepse os seguintes passos devem ser cumpridos:

1. Registre o diagnóstico no prontuário e na folha específica de triagem do protocolo institucional. Os pacotes de 3 horas e 6 horas contam a partir do momento do registro feito acima;
2. Todos os pacientes com protocolos de sepse abertos devem ter seu atendimento priorizado com o objetivo de otimizar a coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a ressuscitação hemodinâmica;
3. Realize anamnese e exame físico dirigidos, com atenção especial aos sinais clínicos de disfunção orgânica;
4. Pacientes com disfunção orgânica grave e ou choque devem ser alocados em leitos de terapia intensiva assim que possível, a fim de garantir o suporte clínico necessário. Caso não seja possível a alocação em leito de terapia intensiva, deve-se garantir o atendimento do paciente de maneira integral, independente do setor em que o mesmo se encontre;
5. A ficha do protocolo de sepse deve acompanhar o paciente durante o atendimento dos pacotes de 3 e 6 horas, a fim de facilitar a comunicação entre as equipes de diferentes turnos ou setores e resolver pendências existentes para a finalização do pacote de 6 horas.

6. Tratamento

PACOTE DE 3 HORAS

Para todos os pacientes em que a equipe médica optou por dar seguimento ao protocolo, o pacote de 3 horas deve ser executado. O mesmo é composto dos seguintes itens:

1. Coleta de exames laboratoriais para a pesquisa de disfunções orgânicas:
 - *gasometria e lactato arterial;*
 - *hemograma completo;*
 - *creatinina;*
 - *bilirrubina;*
 - *coagulograma.*
2. Coleta de *lactato arterial*, que deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório, afim de se evitar resultado falsos positivos. O objetivo é ter resultado deste exame em 30-60 minutos;
3. Coleta de duas hemoculturas de sítios distintos, conforme rotina específica do hospital, e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquido, urocultura) antes da administração do antimicrobiano.
**Caso não seja possível a coleta destes exames antes da primeira dose, a administração de antimicrobianos não deverá ser postergada;*
4. Prescrição e administração de antimicrobianos de amplo espectro, por via endovenosa, visando o foco suspeito, dentro da primeira hora da identificação da sepse. A utilização de antimicrobianos deve seguir a orientação do serviço de controle de infecção hospitalar, guiado empiricamente ao foco de infecção identificado e a característica da infecção, comunitária ou associada a assistência a saúde.
5. Princípios de farmacocinética e farmacodinâmica devem ser seguidos por todas as instituições. Todas as recomendações visando otimização da terapia antimicrobiana devem ser feitas com auxílio do farmacêutico e da enfermagem e estar amplamente disponíveis para todos os profissionais. As principais recomendações estão listadas abaixo:
 - Utilizar dose máxima para o foco suspeito ou confirmado, com dose de ataque nos casos pertinentes, sem ajustes para a função renal ou hepática. As doses devem ser plenas visando otimização da redução da carga

bacteriana ou fúngica. Embora seja discutível, pode-se manter doses sem ajuste para função renal pelas primeiras 24 horas. Isso é de suma importância para os antimicrobianos hidrofílicos dado o aumento do volume de distribuição dos mesmos;

- Atentar para a diluição adequada para evitar incompatibilidade e concentração excessiva. Utilizar a infusão estendida de antibióticos betalactâmicos como piperacilina-tazobactam e meropenem, com exceção da primeira dose, que deve ser administrada, em bolus, o mais rápido possível;
- Considerar o uso de diferentes classes de antibióticos, para um mesmo agente, em pacientes com choque séptico;
- Utilizar terapia combinada, com duas ou três drogas, quando existir suspeita de infecção por agentes multidrogas resistentes;
- Restringir o espectro antimicrobiano quando o patógeno for identificado e a sensibilidade conhecida; terapia combinada pode ser de-escalada conforme evidência de resposta clínica ou resolução da infecção.

6. Para pacientes hipotensos (PAS < 90mmHg, PAM < 65mmHg ou redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência institucional (hiperlactatemia inicial), deve ser iniciada ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 mL/kg de cristalóides. Embora classicamente não sejam considerados com parte do pacote de ressuscitação, sinais de hipoperfusão podem incluir oligúria, presença de livedo, tempo de enchimento capilar lentificado, alteração do nível de consciência. O uso de amidos está contraindicado, pois está associado a aumento da incidência de disfunção renal. Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível dentro das primeiras 3 horas de atendimento. Pacientes cardiopatas podem necessitar redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica. Em caso ter sido optado por não realização de reposição volêmica após avaliação de fluido responsividade, esta decisão deve estar adequadamente registrada no prontuário. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente necessita ser antecipado.

PACOTE DE 6 HORAS

O pacote de 6 horas deve ser aplicado para pacientes que se apresentem com hipotensão, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, sendo composto pelos itens abaixo.

1. Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, *embora tenha sido colocado dentro do pacote de 6 horas, o vasopressor deve ser iniciado mesmo dentro das 3 primeiras horas nos pacientes em que ele está indicado*. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor *pode ser iniciado mesmo em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central*.
2. O uso de outros vasopressores pode ser necessário. Dentre os disponíveis, a recomendação é o uso de vasopressina, com intuito de desmame de noradrenalina, ou a adrenalina, preferível em pacientes que se apresentem com débito cardíaco reduzido.
3. A dobutamina pode ser utilizada quando exista evidência de baixo cardíaco ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, como livedo, oligúria, tempo de enchimento capilar lentificado, baixa saturação venosa central ou lactato aumentado
4. Nos pacientes com lactato alterado acima de duas vezes o valor de referência, a meta terapêutica é o clareamento do mesmo até os valores normais. Assim, *dentro das seis horas após o início do protocolo de sepse, após ressuscitação volêmica adequada, e manejo hemodinâmico apropriado, novas dosagem devem ser solicitadas*. O clareamento até a normalização deve ser feito cuidadosamente, sob risco de intervenções terapêuticas desnecessárias, e potencialmente deletérias. A hiperlactatemia residual isolada, sem outros sinais clínicos de hipoperfusão ou má evolução, não necessariamente precisa ser tratada.
5. Reavaliação da continuidade da ressuscitação volêmica, por meio de marcadores do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais. As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas:
 - Mensuração de pressão venosa central;

- Variação de pressão de pulso;
 - Variação de distensibilidade de veia cava;
 - Elevação passiva de membros inferiores;
 - Qualquer outra forma de avaliação de responsividade a fluídos (melhora da pressão arterial após infusão de fluidos, por exemplo);
 - Mensuração de saturação venosa central;
 - Tempo de enchimento capilar;
 - Presença de livedo;
 - Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese).
6. Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de *hemoglobina abaixo de 7 mg/dL* devem receber transfusão o mais rapidamente possível.
 7. Idealmente, os pacientes com *choque séptico (enquanto em uso de vasopressor)* devem ser monitorados com *pressão arterial invasiva*. A aferição por manguito não é fidedigna nessa situação, mas pode ser utilizada nos locais onde a monitorização invasiva não está disponível.
 8. Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos, a redução da pós-carga pode ser necessária para o restabelecimento da adequada oferta de oxigênio. Não se devem usar medicações de efeito prolongado, pois esses pacientes podem rapidamente evoluir com hipotensão. Assim, vasodilatadores endovenosos, como nitroglicerina ou nitroprussiatos são as drogas de escolha

6. Outras Recomendações

6.1. USO DE CORTICÓIDES

A utilização de corticóides é recomendada somente para pacientes com choque séptico refratário, ou seja, naqueles em que não se consegue manter a pressão arterial alvo, a despeito da ressuscitação volêmica adequada e do uso de vasopressores. A droga recomendada é a hidrocortisona na dose de 200 mg/dia em infusão contínua ou 50 mg a cada 6 horas.

6.2. VENTILAÇÃO MECÂNICA

A intubação orotraqueal não deve ser postergada, em pacientes sépticos, com insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual. Os pacientes que necessitarem de ventilação mecânica devem ser mantidos em estratégia de ventilação mecânica protetora, devido ao risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório aguda (SDRA). A estratégia protetora envolve a utilização de baixos volumes correntes (6 mL/kg de peso ideal) e a limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH₂O. A fração inspirada de oxigênio deve ser suficiente para manter uma PaO₂ entre 70 - 90 mmHg. Também deve-se objetivar uma pressão de distensão (driving pressure, pressão de platô - peep) menor que 15 cmH₂O. Para pacientes com diagnóstico de SDRA há menos de 48 horas, com relação PaO₂/ FiO₂ menor que 150 e FiO₂ de 60% ou mais, a utilização de posição de prona é recomendada, para unidades que tenham equipe com treinamento na técnica.

6.3 BICARBONATO

Não está indicado o uso de bicarbonato nos casos de acidose láctica em pacientes com pH >7,35, pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixo desse valor esta terapia pode ser avaliada como medida de salvamento.

6.4. CONTROLE GLICÊMICO

Pacientes, na fase aguda de sepse, com hiperglicemia, secundária a resposta endócrino-metabólica ao trauma. O controle adequado da glicemia é recomendada através da utilização de protocolos específico, visando uma meta de 140-180 mg/dL, evitando-se episódios de hipoglicemia e variações abruptas da mesma

6.5. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

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

7. Seguimento do paciente

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

O paciente deve ser seguido e atendido de forma adequada durante toda a internação hospitalar. O atendimento multidisciplinar contribui para os desfechos favoráveis tanto dentro do hospital como após a alta. A enfermagem tem fundamental importância para a recuperação funcional, desde o momento do reconhecimento precoce até a alta hospitalar. Nutrição adequada, fisioterapia respiratória e motora, focada em mobilização precoce e atendimento fonoaudiológico para recuperação de deglutição e fonação contribuem para a reabilitação do paciente. O suporte psicológico precoce pode minimizar os riscos de desenvolvimento de estresse pós traumático. A odontologia tem seu papel na identificação e controle do foco, bem como na prevenção de infecções respiratórias. O acompanhamento diário pela farmácia clínica possibilita a adequação da prescrição médica. Em suma, todos os profissionais envolvidos no atendimento têm um papel importante a desempenhar.

As orientações no momento da alta, visando a continuidade do cuidado ambulatorial e o seguimento por todas as equipes responsáveis pela reabilitação funcional do paciente são também fundamentais para a continuidade do tratamento.

* Observação: As recomendações podem não se aplicar a um paciente específico. As sugestões baseiam-se na redução de risco para um grupo de pacientes, necessitando sempre de um médico responsável para a decisão final. Desta forma, estas recomendações não devem ser encaradas pelo médico, pelos convênios ou pelas instituições de saúde como medidas obrigatórias.

7. Escolha do antimicrobiano empírico

PRONTO-ATENDIMENTO

Origem da infecção	
Comunitária	Relacionada à assistência médica
Ceftriaxone 2g / dia (SEPSE 1)	Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6 h (SEPSE 2)

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA e ENFERMARIA

Foco Suspeito	Origem da infecção	
	Comunitária	Relacionada à assistência médica
Foco Urinário	Ceftriaxone 2g / dia ** Se ITU de repetição, avaliar culturas anteriores e possibilidade de ESBL+	Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6 h
Foco Respiratório	Ceftriaxone 2g dia + Clarithromicina 500mg 12/12 h - Suspeita aspiração: Ceftriaxone 1g 12/12 h + Clindamicina 600mg 6/6 h	Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6 h

Foco Suspeito	Origem da infecção	
	Comunitária	Relacionada à assistência médica
Foco Abdominal	Ceftriaxone 2g dia + Metronidazol 500mg 8/8 h	Piperacilina-tazobactam 4,5g 6/6 h
Foco Sistema Nervoso Central	<p>Meningite bacteriana Ceftriaxone 2g 12/12 h Dexametasona 0,15mg/kg 6/6h por 2 a 4 dias</p> <p>Abscesso cerebral Ceftriaxone 2g 12/12h Oxacilina 2g 4/4h Metronidazol 500mg 6/6h</p>	<p>Meningite/Ventriculite Vancomicina 20mg/kg/ dose 12/12h + Meropenem 2g EV 8/8h</p>
Infecção de corrente sanguínea relacionada à cateter venoso central	-----	<p>Vancomicina 20mg/kg/ dose 12/12h (ajuste de acordo com a vancocinemia)</p> <p>** Se IRA considerar: Daptomicina 6 - 10mg/ kg/ 1x/dia + Piperacilina- tazobactam 4,5g 6/6 h</p>

Foco Suspeito	Origem da infecção	
	Comunitária	Relacionada à assistência médica
Pele + Partes moles	<p>Celulite Oxacilina 2g 4/4h</p> <p>Pé diabético/ Úlcera de Pressão Ampicilina sulbactam 3,0g EV 6/6 horas</p>	<p>Celulite Vancomicina 20mg/kg/ dose 12/12 h (ajuste de acordo com a vancocinemia)</p> <p>** Se IRA considerar Linezolida 600mg EV 12/12h ou Daptomicina 6 - 10mg/kg/1x/dia</p> <p>Pé diabético/ Úlcera de Pressão Vancomicina 20mg/kg/ dose 12/12 h (ajuste de acordo com a vancocinemia)</p> <p>** Se IRA considerar Linezolida 600mg EV 12/12h ou Daptomicina 6mg/kg/1x/dia + Piperacilina/ Tazobactam 4,5g 8/8 h</p>
Sem Foco Definido	Ceftriaxone 2g /dia + Clindamicina 600mg 6/6h	Piperacilina/Tazobactam 4,5g 8/8h

BIBLIOGRAFIA

1. Surviving Sepsis Campaign - bundles of care. <http://www.survivingsepsis.org/Bundles/Pages/BundlesforImprovement.aspx>. Accessed October 22th 2011.
2. Rhodes A, Phillips G, Beale R, et al. The Surviving Sepsis Campaign bundles and outcome: results from the International Multicentre Prevalence Study on Sepsis (the IMPReSS study). *Intensive Care Med.* 2015;41(9):1620-1628.
3. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):801-810.
4. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):762-774.
5. Protocolos ILAS 2017

Controle de revisão

Data	Revisão	Motivo
07/01/2018	0	Elaboração documento
Elaborado: Dr. Elio de Paula Assis Martins (Coordenador técnico PA) - CRM/SP: 143.757		
Aprovado: Dr. André Cortado (Coordenador Médico PA) - CRM/SP: 86.132		
Aprovado: Eliana Onofra de Melo (Coordenadora enfermagem PA) - COREM:0132860		
Aprovado: Dr. Sebastião Roberto Caberlin (Presidente conselho) - CRM/SP: 58.180		
Aprovado: Dr. Admar Concon Filho (Vice Presidente conselho) - CRM/SP: 53.577		
Aprovado: Dr. Gustavo Berbel Faidiga (Diretor Técnico) - CRM/SP: 112.622		
Aprovado: Dr. Nilton Targino de Almeida Junior (Diretor Clínico) - CRM/SP: 96.876		
Aprovado: Dr. Diego Nunes Ribeiro (Coordenador UCO) - CRM/SP: 144.088		
Aprovado: Dra. Adriana Feltrin (CCIH) - CRM/SP: 95.552		
Aprovado: Dr. Wilson Delgado (Coordenador UTI Adulto) - CRM/SP: 58.535		
Autorizado: Maria Aparecida Medeiros Barros do Prado (Administradora hospitalar)		
Autorizado: Aparecida Valéria Quadros (Gerente de enfermagem) - COREM: 0115029		