



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 1/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

SUMÁRIO

1. SUMÁRIO	1
2. SIGLAS E CONCEITOS.....	2
3. OBJETIVOS.....	2
4. JUSTIFICATIVAS	3
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	3
6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	5
8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	9
9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	9
10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO	9
11. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....	13
12. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA	13
13. FLUXOGRAMA	14
14. MONITORAMENTO	15
15. REFERÊNCIAS.....	15
16. HISTÓRICO DE REVISÃO	17



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 2/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

2. SIGLAS E CONCEITOS

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CIVID - Coagulação Intravascular Disseminada

HULW - Hospital Universitário Lauro Wanderley

MEOWS - Sistema de Alerta Obstétrico Precoce Modificado

MEWS - Modified Early Warning Score

MEWT - Gatilho de Alerta Materno Precoce

NEWS - *National Early Warning Score*

OEWS - *Obstetric Early Warning Score*

PaCO₂ - Pressão Arterial de Dióxido de Carbono

PAM - Pressão Arterial Média

PAS - Pressão Arterial Sistólica

q-SOFA - *quick Sequential Organ Failure Assessment*

SIRS - Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica

SOFA - *quick Sequential Organ Failure Assessment*

SOS - *Sepsis in Obstetrics Score*

SSVV – Sinais Vitais

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 3/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

3. OBJETIVOS

Padronizar a conduta nas pacientes com diagnóstico de sepse em paciente obstétrica na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

4. JUSTIFICATIVAS

A sepse materna é uma condição ameaçadora à vida, definida como disfunção de órgãos resultante de infecções durante a gestação, parto, pós-aborto ou puerpério. Representa a terceira causa de morte materna em todo o mundo.

Apesar da maioria das pacientes obstétricas ser formada por jovens sem comorbidades, a mortalidade pode chegar a 40 a 60%.

A elaboração deste protocolo tem o objetivo de servir como guia na tomada de decisão e padronização dos cuidados envolvendo o diagnóstico e manejo da sepse materna para que haja reconhecimento precoce da infecção e tratamento oportuno, evitando a progressão para choque e morte.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Serão incluídas todas as pacientes que forem atendidas na maternidade do HULW com sinais clínicos sugestivos de sepse conforme critérios diagnósticos a seguir no item 7 referentes à história clínica e exame físico.

Serão excluídas desse protocolo as condutas nas pacientes que não possuem um quadro clínico compatível com o de sepse (mesmo suspeita).

6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

5.1 Equipe de enfermagem (triagem)

- Realizar acolhimento da paciente;
- Verificar SSVV;
- Fazer a classificação de risco;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 4/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

- Iniciar as medidas gerais como monitorização, oxigênio suplementar e dois acessos venosos calibrosos se necessário e acionar a equipe médica imediatamente.

Observação:

O diagnóstico de suspeita de sepse é dado usualmente pela enfermagem durante a classificação de risco e a equipe médica decide se deve ou não haver o seguimento do protocolo.

5.2 Equipe de enfermagem (enfermaria)

- Prestar assistência de enfermagem a paciente internada;
- Identificar sinais de piora clínica e comunicar à equipe médica de plantão;
- Iniciar as medidas gerais como monitorização, oxigênio suplementar e dois acessos venosos calibrosos se necessário e acionar a equipe médica imediatamente.

5.3 Equipe médica plantonista (obstetra e residente)

- Examinar prontamente as pacientes;
- Realizar anamnese e exame físico;
- Identificar os fatores de risco, identificar sepse de acordo com as ferramentas e classificar o grau de risco da paciente (escore q-SOFA – detalhado posteriormente);
- Solicitar os exames necessários;
- Definir diagnóstico e orientar conduta;
- Prescrever imediatamente o PACOTE DE PRIMEIRA HORA (descrito adiante) na admissão uma vez identificados os sinais de sepse;
- Solicitar vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna para seguimento do tratamento;
- Realizar internação da paciente caso seja necessária;
- Comunicar-se com os acompanhantes de forma clara e esclarecer suas dúvidas;
- Atender as intercorrências durante internação.

Observação:

Nos casos em que a pontuação do escore q-SOFA for menor que 2, o médico assistente deve solicitar exames complementares com o intuito de identificar o foco infeccioso e determinar o tratamento específico.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 5/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

5.4 Equipe médica evolucionista (obstetra visitador e residente)

- Acompanhar o paciente durante o internamento para evolução da conduta;
- Solicitar pareceres quando necessário da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), infectologia, cirurgia geral e/ou outras especialidades;
- Identificar os fatores de risco, identificar sepse de acordo com as ferramentas e classificar o grau de risco da paciente (escore q-SOFA);
- Identificar as pacientes com suspeita de infecção as quais apresentam maior risco de desfechos adversos (sepse materna presumida) e prescrever imediatamente o PACOTE DE PRIMEIRA HORA;
- Registrar em prontuário a condição clínica antes de iniciar o tratamento, após 1h e após as 6h;
- Planejar alta hospitalar;
- Planejar e determinar seguimento após a alta.

7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

As manifestações clínicas de sepse são variadas e dependentes do sítio de infecção, presença de comorbidades, idade da paciente, resposta inflamatória, disfunção orgânica induzida e do momento em que o diagnóstico é feito.

O diagnóstico de sepse pode ser baseado no reconhecimento precoce de disfunção orgânica em paciente que possua um quadro infeccioso subjacente. A tabela 1 mostra alguns dos sinais de alertas.

Sinais de alerta na gestação	Sinais de alerta no puerpério
Febre ou calafrios	Febre ou calafrios
Diarreia ou vômitos (podem ser sinais precoces de choque tóxico)	Diarreia ou vômitos (podem ser sinais precoces de choque tóxico)
Exantema	Exantema
Dor abdominal ou pélvica	Dor abdominal ou pélvica
Leucorreia	Alteração da loquiação
Tosse produtiva	Tosse produtiva
Sintomas urinários	Sintomas urinários
	Aumento do volume mamário ou vermelhidão nas mamas
	Edema e/ou rubor de ferida operatória
	Demora na involução uterina
	Letargia, inapatência

Tabela 1: Sinais de alerta na gestação e puerpério em quadros infecciosos (fonte: Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 6/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

Uma diversidade de variáveis clínicas e ferramentas são usadas para o rastreamento da sepse, tais como critérios da **Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS)**, sinais vitais, sinais de infecção, critérios do escore **Avaliação Sequencial de Disfunção Orgânica rápida** (do inglês, *quick Sequential Organ Failure Assessment, qSOFA*) ou do escore Avaliação Sequencial de Disfunção Orgânica (SOFA), **Escore Nacional de Alerta Precoce** (do inglês, *National Early Warning Score, NEWS*) ou **Escore Alerta Precoce Modificado** (do inglês, *Modified Early Warning Score, MEWS*). No entanto, embora exista uma grande variação na sensibilidade e especificidade das ferramentas de rastreamento de sepse, elas são um componente.

Os critérios SIRS definem a suspeita de sepse com a presença de dois ou mais dos seguintes:

- Temperatura maior que 38°C ou menor que 36°C;
- Ritmo cardíaco superior a 90bpm;
- Frequência respiratória maior que 20 respirações por minuto ou PaCO₂ menor que 32mmHg;
- Leucitose maior que 12.000/mm³ ou menor que 4.000/mm³ ou maior que 10% de faixas imaturas. No consenso Sepsis-3, o uso do critério SIRS foi considerado inespecífico.

O **qSOFA** utiliza 3 variáveis para prever morte e permanência prolongada na UTI em pacientes com sepse conhecida ou suspeita:

- Escore de coma de Glasgow <15;
- Frequência respiratória ≥ 22 incursões respiratórias / min;
- Pressão arterial sistólica ≤ 100 mmHg.

Quando quaisquer duas dessas variáveis estão presentes simultaneamente, o paciente é considerado positivo para qSOFA. Estudos mostraram que o qSOFA é mais específico, porém menos sensível do que ter dois dos quatro critérios de SIRS para identificação precoce de disfunção orgânica induzida por infecção.

Não há até o presente uma ferramenta de triagem ideal. Embora a presença de um qSOFA positivo deva alertar o médico para a possibilidade de sepse em todos os cenários de forma independente da disponibilidade de recursos, diante da baixa sensibilidade do qSOFA, o Surviving Sepsis Campaign 2021, não recomenda o uso do qSOFA como uma única ferramenta de triagem para sepse ou choque séptico em comparação com SIRS, NEWS ou MEWS.

Cabe destacar que a fisiologia materna inclui mudanças substanciais na hemodinâmica, na função respiratória e na função renal. A fisiologia materna também altera os sinais vitais e parâmetros laboratoriais, tornando o diagnóstico de sepse e choque séptico mais difícil ainda em gestantes. Assim, foram elaboradas ferramentas específicas para obstetrícia: o

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 7/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

Sistema de Alerta Obstétrico Precoce Modificado (MEOWS), o *Obstetric Early Warning Score (OEWS)*, o gatilho de Alerta Materno Precoce (MEWT) e *Sepsis in Obstetrics Score (SOS)*.

De acordo com o ALSO 2022, uma abordagem prática para o diagnóstico inicial e ação precoce pode ser a opção A ou B.

- Opção A: Se há recursos laboratoriais, gasometria arterial e/ou lactato estiverem disponíveis e houver infecção com um SIRS de 2 ou maior ou uma pontuação qSOFA de 2 ou maior, então uma pontuação SOFA deve ser obtida. Um escore SOFA de 2 ou maior é considerado sepse.
- Opção B: Se não houver recursos de laboratório, gasometria arterial e/ou lactato disponíveis, a infecção com um SIRS igual ou superior a 2 ou um escore qSOFA igual ou superior a 2 mais uma OEWS dentro do alto risco de deterioração (ou seja, OEWS igual ou superior a 6) é fortemente sugestiva de sepse.

	3	2	1	Normal	1	2	3
Pressão arterial sistólica, mmHg	< 80	80-90		90-139	140-149	150-159	> 160
Pressão arterial diastólica, mmHg				< 90	90-99	100-109	> 110
Frequência respiratória/ minuto	< 10			10-17	18-24	25-29	> 30
Ritmo cardíaco/minuto	< 60						> 150
% O ₂ necessário para manter SpO ₂ > 96%				60-110		111-149	> 40%
				Ar ambiente	24-39%		
Temperatura, graus C	< 30		34-35	35,1-37,9	38-38,9		> 39
Nível de consciência				Alerta			Não alerta

Adaptada e traduzida de Paternina-Caicedo A, Miranda J, Bourjeily G, et al. Performance of the Obstetric Early Warning Score in critically ill patients for the prediction of maternal death. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(1): 58.e1-58.e8.

Tabela 2: *Obstetric Early Warning Score (OEWS)* - (fonte: ALSO, 2022).

Já o Ministério da Saúde do Brasil 2022, considerando que o qSOFA é muito útil no reconhecimento precoce, uma vez que não depende de parâmetros laboratoriais, podendo auxiliar no rastreamento de paciente com sepse, ainda o recomenda na abordagem inicial. **Dessa forma seguiremos no presente protocolo essas recomendações até que as modificações das Sociedades de Obstetrias Nacionais e/ou Internacionais sejam publicadas.**

De uma forma geral, os achados clínicos da sepse são pouco específicos e envolvem: Febre (> 38 °C); Hipotermia (< 36 °C); Taquicardia (> 90 bpm); Hipotensão (PAS < 90 ou PAM < 65); Hipóxia (necessidade de O₂ para manter a saturação maior que 90%); Oligúria (diurese <

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 8/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

0,5ml/kg/h); Comprometimento da consciência (agitação, confusão mental). Os achados específicos de infecção estarão relacionados, na maioria dos casos, ao sítio primário, conforme a seguir.

7.1 Infecções de origem obstétrica

Infecções do trato genital, aborto séptico, corioamnionite, endometrite, infecção na ferida operatória da cesariana, da episiotomia ou de lacerações do parto. Pacientes submetidas a procedimentos invasivos sejam eles quais forem, amniocentese, cerclagem, tem maior risco de sepse, bem como aquelas com corrimento vaginal com alterações sistêmicas, antecedente de doença inflamatória pélvica e história de cultura positiva para de *Streptococcus*.

7.2 Infecções não genitais relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal:

Mastite ou pielonefrite, e trombose pélvica séptica.

7.3 Infecções de origem não obstétrica:

Apendicite, colecistite, pancreatite, pneumonia e outras.

Atenção especial deve ser dada àquelas pacientes que apresentam fatores de risco como obesidade, diabetes ou intolerância à glicose, imunodeficiências, idade materna acima de 35 anos, fragilidade social: paciente que tem dificuldade em acessar o sistema de saúde, mulheres que sofram violência em casa, regiões onde há maior prevalência de doenças como malária, pacientes hepatite, anemia falciforme.

Havendo suspeita de sepse, deve-se imediatamente aplicar o **escore qSOFA, lembrando da importância das outras ferramentas na identificação precoce conforme descrito anteriormente.** Segue os critérios **escore qSOFA**:

Hipotensão - PA sistólica < 100mmHg → 1 ponto

Taquipnéia - Frequência Respiratória ≥ 22 IRPM → 1 ponto

Alteração do estado mental - Escala de coma de Glasgow < 15 → 1

Um escore maior ou igual a 2 indica um maior risco de mortalidade ou permanência prolongada em UTI e justifica a instituição do tratamento precoce descrito anteriormente como o pacote da primeira hora.

Posteriormente a paciente deve ser investigada quando à presença de disfunção orgânica através da solicitação de exames laboratoriais, quando é fechado o diagnóstico de sepse, infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 9/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

O choque séptico é um quadro semelhante à sepse, mas que precisa de drogas vasopressoras para manter uma pressão arterial média maior que 65 mmHg ou seja, sepse que evolui com hipotensão não corrigida após reposição volêmica, necessitando de drogas vasopressoras.

PARÂMETRO	0 PONTO	1 PONTO	2 PONTOS
PaO ₂ /FiO ₂	≥ 400	300 - 400	< 300
PLAQUETAS X 10 ³ /μL	≥ 150	100 - 150	< 100
BILIRRUBINA (mg/dL)	≤ 1,2	1,2 – 1,9	> 1,9
PRESSÃO ARTÉRIA MÉDIA	≥ 70	< 70	Vasopressores
CONSCIÊNCIA	Alerta	Resposta à voz	Resposta à dor
CREATININA (mg/dL)	≤ 1,0	1,0 – 1,4	> 1,4

Tabela 3: Escore SOFA modificado para a obstetrícia (fonte: SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy, 2017).

O diagnóstico inicial de infecção sem disfunção é clínico, de acordo com os critérios do q-SOFA. Posteriormente, já em UTI, a paciente deve ser investigada quando à presença de disfunção orgânica através do **escore SOFA** (Tabela 3); se maior ou igual a 2 está fechado o diagnóstico de sepse.

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O **diagnóstico laboratorial** se dá a partir de leucocitose e neutrofilia com desvio para a esquerda associadas a eosinopenia com alterações mais frequentes. Neutropenia, geralmente, está associada a mau prognóstico. O hematócrito pode estar aumentado (hemoconcentração), normal ou diminuído. A plaquetopenia (<150.000/mm³) é comum. Coagulação intravascular disseminada (CIVD) é mais frequente na sepse por Gram-negativos, sendo mais encontrada nos pacientes com choque. A CIVD é um marcador de infecção grave.

Quando não se identifica a fonte, deve-se lançar mão do **diagnóstico por imagem** (ultrassonografia ou tomografia computadorizada). A partir daí, efetua-se a coleta de material para cultura.

Dessa forma, qualquer material biológico passível de coleta deverá ser enviado para cultura e teste de sensibilidade aos antimicrobianos. É obrigatória a coleta de hemocultura quando houver suspeita de bacteremia.

9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

As condutas envolvendo a sepse em paciente obstétrica devem ser tomadas na primeira hora após a **suspeita** de sepse materna. Importante lembrar que não é a primeira hora de

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 10/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

contato com o médico, mas sim a primeira hora da chegada da paciente no serviço de saúde, na triagem. Cabe destacar que os focos infecciosos mais comum são genital, urinário e pulmonar.

9.1 Pacote da primeira hora

- Coleta do lactato arterial - que deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório, a fim de se evitar resultados falsos positivos. O objetivo é ter resultado deste exame em 30 minutos. O lactato é medidor de hipóxia tissular e se ele está maior que 2, precisa-se medir novamente após 2 a 4 horas. A maioria dos serviços mede o lactato arterial no processamento da gasometria.

- Obter culturas - hemocultura de pelo menos 2 sítios distintos em até uma hora e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquido ascítico, líquor, urocultura) antes de começar antibioticoterapia.

- Iniciar antibióticos de amplo espectro (duração típica do tratamento: 7 a 10 dias):

➤ **ESQUEMA SUGERIDO (ENDOVENOSO)**

1. Gentamicina 240mg dose única + clindamicina 600 mg 6/6h
2. Gentamicina 240mg dose única + clindamicina 600mg 6/6h + ampicilina 1g de 6/6 h
3. Ceftriaxona 1g de 12/12 h + clindamicina 600 mg de 6/6 h
4. Ciprofloxacino 400 mg 12/12h + metronidazol 500 mg de 8/8h ou clindamicina 600 mg de 6/6h

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 11/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

Observação:

O esquema de acordo com sítio provável pode ser considerado (tabela 4):

Sítio provável	Tratamento empírico sugerido	Alternativa
Corioamnionite	Ampicilina + gentamicina	Amoxicilina-clavulanato
Endometrite (pós-parto, pós-aborto ou casos de aborto infectado)	Clindamicina + gentamicina	Ampicilina + gentamicina + metronidazol ou Amoxicilina-clavulanato
Pielonefrite	Ceftriaxone	Amoxicilina-clavulanato ou gentamicina (principalmente no puerpério)
Pneumonia bacteriana	Amoxicilina-clavulanato + Azitromicina	Ceftriaxona + azitromicina ou cefazolina + azitromicina
Influenza suspeita ou confirmada (até 48 horas do início dos sintomas)	Oseltamivir	
Pele e partes moles (inclui sítio cirúrgico superficiais e mastites)	Clindamicina + cefazolina	Oxacilina

Tabela 4: Tratamento empírico sugerido conforme sítio provável de infecção (fonte: Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022).

- Iniciar ressuscitação volêmica - com quantidade de líquido bastante agressiva (30ml/kg), de cristalóide. A solução de escolha é o ringer lactato. Também se indica a elevação dos membros inferiores da paciente. Exemplo: paciente com 65 kg: 2000ml.
- Iniciar o uso de drogas vasopressoras - caso não se consiga manter a PAM (pressão arterial média) acima de 65 mmHg, deve-se iniciar o uso de drogas vasopressoras (Noradrenalina por bomba de infusão contínua 0,01 a 2 mcg/kg/min). Não se deve tolerar PAM abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30 a 40 minutos.
- Aferição precisa do débito urinário.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 12/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

- Os antibióticos devem ser iniciados em, no máximo, 1 hora da chegada à maternidade. Frente a uma paciente com suspeita de sepse materna, não se deve esperar os resultados das culturas para iniciar o antibiótico. Também, quando não se tem os resultados do lactato, deve-se iniciar a reposição volêmica. Não se pode atrasar o tratamento aguardando estes resultados.

PACOTE DE PRIMEIRA HORA

Medir Lactato, se >2mmol/L, medir novamente após 2-4h

Obter 2 amostras de hemocultura antes de iniciar antibióticos

Iniciar antibióticos de amplo espectro

Ressuscitação volêmica 30ml/kg de cristalóide se hipotensão ou lactato >4mmol/L

Iniciar vasopressor se mantiver hipotensão após ressuscitação volêmica (manter PAM > 65mmHg)

Ofertar oxigênio suplementar

Monitorar débito urinário

* Essas intervenções são sequenciais e devem ocorrer quase que simultaneamente

9.2 Reavaliação das 6 horas

Em sequência com o pacote inicial de tratamento, há um pacote de ações para 6 horas. Nesse momento, em geral, a paciente já está em uma UTI.

- Uso de vasopressores para manter a PAM (pressão arterial média) acima de 65 mmHg;
- Reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual, através de exame clínico e laboratorial;
- Nova mensuração de lactato para pacientes com hiperlactatemia inicial;
- Avaliar necessidade de abordagem cirúrgica.

O tratamento específico na UTI deve levar em consideração o foco primário da infecção, se necessário, solicitar avaliação da equipe de obstetras ou cirurgiões para discutir a necessidade de abordagem cirúrgica. Não postergar a curetagem uterina ou a histerectomia nos casos de sepse por foco uterino.

O paciente com sepse, além do tratamento antimicrobiano, necessita de um adequado tratamento de suporte de igual importância. As medidas de suporte incluem: reposição volêmica, drogas vasoativas (quando indicado), suporte nutricional, suporte de O₂, monitoração

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 13/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

contínua, terapia dialítica (quando indicado), além de tromboprolaxia, controle da glicemia, proteção gástrica, avaliar necessidade de hemotransfusão.

Os passos fundamentais para controle clínico da sepse estão resumidos na figura a seguir.



Figura 1: Passos fundamentais para controle clínico da sepse (fonte: Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022).

10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Internar todos os casos de sepse, mesmo suspeita.

11. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

A mudança terapêutica deve ser realizada quando excluído o diagnóstico de sepse.

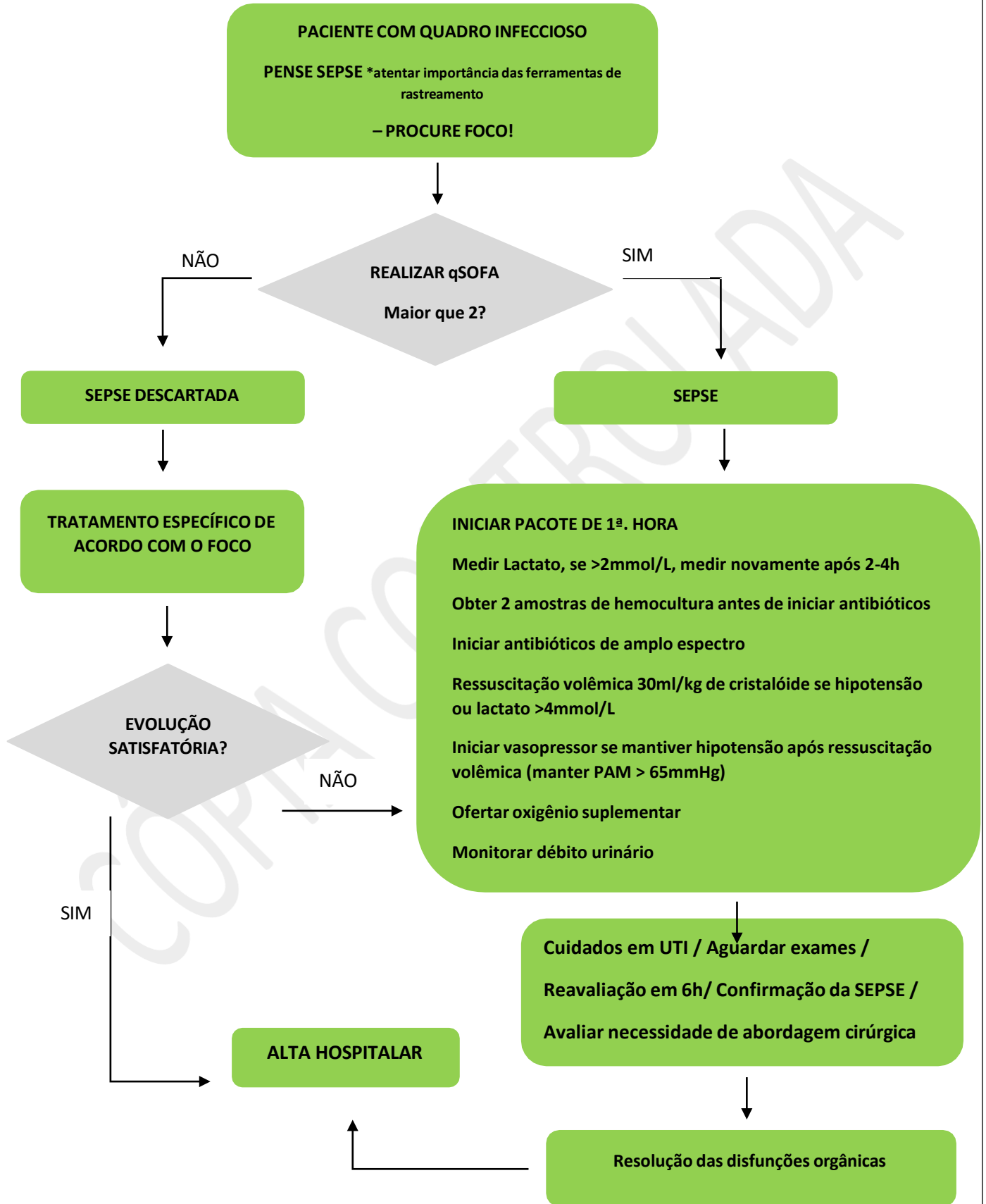
Deve-se orientar abordagem cirúrgica, quando indicado, para remoção do foco infeccioso, após discussão com a equipe de obstetras e cirurgiões.

12. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Após resolução das disfunções orgânicas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 14/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

13. FLUXOGRAMA



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 15/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

14. MONITORAMENTO

As pacientes com diagnóstico de sepse, após a alta, recebem orientações para marcação de consulta no ambulatório de egresso puerperal do HULW.

A busca ativa dos casos de *near miss* materno será realizada pelos médicos obstetras e residentes em Ginecologia e Obstetrícia que comunicarão à Comissão de Boas de Práticas Obstétricas e Neonatais via e-mail para preenchimento de um formulário preestabelecido para monitoramento conforme descrito no Plano de Estratégia de Identificação e Abordagem dos Casos de *Near Miss* Materno.

15. REFERÊNCIAS

ALSO. **Suporte avançado de Vida em Obstetrícia (ALSO®)**. ALSO Brasil. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2022.

BONET M. et al. **Towards a consensus definition of maternal sepsis: results of a systematic review and expert consultation**. *Reprod Health*. 2017;14(1):67.

BOWYER L. et al. **SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy**. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. 2017;57(5):540-51.

BOWYER L. et al. **SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy**. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2017;57(5):540-551.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

EBSERH. **Norma Operacional NO.SGQVS.001**. Trata da elaboração e controle de documentos institucionais. 2019.

ESPÍNOLA A.R. et al. **Protocolo de assistência obstétrica: Rede Cegonha** [livro eletrônico]/– João Pessoa: Ideia, 2020.

EVANS L. et al. **Campanha de Sobrevivência à Sepse: Diretrizes Internacionais para o Manejo da Sepse e Choque Séptico 2021**. Instituto Latino Americano de Sepse – ILAS. Disponível em: (Microsoft Word - Campanha_Internacional_Sobreviv\352ncia_Sepse.2021) (sccm.org).

EVANS L. et al. **Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021**. *Intensive Care Med*. 2021;47(11):1181-1247.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 16/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

GALVÃO A. et al. **Sepsis during pregnancy or the postpartum period.** *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016;36(6):735-43.

GREER O.; SHAH N.M.; JOHNSON M.R. **Maternal sepsis update: current management and controversies.** *The Obstetrician & Gynaecologist* 2020; 22: 45– 55.

NEVERI R. **Sepsis syndromes in adults: Epidemiology, definitions, clinical presentation, diagnosis, and prognosis.** UpToDate, 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/sepsis-syndromes-in-adults-epidemiology-definitions-clinical-presentation-diagnosis-and-prognosis?search=Sepsis%20syndromes%20in%20adults:%20Epidemiology,%20definitions,%20clinical%20presentation,%20diagnosis,%20and%20prognosis%20-%20UpToDate&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

SINGER M. et al. **The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3).** *JAMA*. 2016;315(8):801–810.

TORRES M.R. et al. **Maternal sepsis.** Review article. *Acta Obstet Ginecol Port* 2015;9(1):65-72. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/11_20151-ar_14-00029.pdf

WHO. **As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções maternas no período periparto.** WHO/RHR/16.01. Sumário Executivo, Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205681/WHO_RHR_16.01_por.pdf?sequence=4

CÓPIA COMPROVADA

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST 024 - Página 17/17	
Título do Documento	SEPSE EM PACIENTE OBSTÉTRICA	Emissão: 14/06/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 14/06/2024

16. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	14/06/2022	Elaboração do Protocolo Sepse em paciente obstétrica.

<p>Elaboração</p> <p>Aureliana Barboza da Silva Euclides Marinho Mendes Filho Renata de Medeiros Wanderley Gadelha Sabina Bastos Maia</p>	Data: 14/06/2022
<p>Revisão</p> <p>Renata de Medeiros Wanderley Gadelha Sabina Bastos Maia</p>	Data: 15/06/2022
<p>Validação</p> <p>Viviane Cristina Vieira da Silva Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</p> <p>Documento assinado digitalmente  VIVIANE CRISTINA VIEIRA DA SILVA Data: 29/09/2022 12:11:53-0300 Verifique em https://verificador.itl.br</p>	Data: 22/09/2022
<p>Aprovação (Nome, Função, Assinatura)</p> <p>José Eymard Moraes de Medeiros Filho Gerente de Atenção à Saúde – HULW / EBSERH</p> 	Data: 04/10/2022