



**SAÚDE**  
Secretaria de Estado  
da Saúde / SESAPI



# Manejo das infecções obstétricas e sepse materna

Ana Maria Coêlho Holanda  
Teresina 18 de abril de 2022

# Ana Maria Coêlho Holanda

- Doutoranda em Saúde Integral – IMIP (foco em infecções em obstetrícia e sepse no ciclo gravídico puerperal)
- Mestrado em Cuidado Intensivos – IMIP (foco em sepse no ciclo gravídico puerperal)
- Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – IMIP
- Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia – FEGRASGO
- Professora auxiliar de Obstetrícia da Universidade Federal do Piauí
- Obstetra do Comitê de prevenção à mortalidade materna, fetal e infantil da Maternidade Dona Evangelina Rosa



# Sepse materna no mundo

EUA: sepsse em 0,04% dos partos ocorridos entre os anos de 2013 e 2016, 23% dos óbitos

Incidência crescente

11% de todas as mortes maternas

Brasil: 8,9% das mortes maternas em 2018

A cada morte, é estimado 50 casos de desfechos maternos graves

Acosta, CD *et al*, 2014.  
Hensley, MK *et al*, 2019.  
SIM, 2019.



# Principais infecções em obstetrícia

# Infecção do trato urinário na gestação

- Infecção bacteriana mais comuns na gravidez (17-20% das gestações)
- Bacteriúria assintomática 2-7% das gestações



# Infecção do trato urinário na gestação

## **Bacteriúria assintomática:**

> 100.000 UFC na urocultura

Até 35% evolui para infecção sintomática

Risco de parto prematuro, baixo peso ao nascimento e mortalidade perinatal

## **Cistite:**

Disúria, urgência, polaciúria, dor ou desconforto ao urinar



# Infecção do trato urinário na gestação

Bacteriúria assintomática e cistite	
Cefalexina	500mg- 1 comp, VO, 6/6h, 3-7d
Nitrofurantoína	100mg- 1 comp, VO, 6/6h, 5-7d*
Amoxicilina	500mg- 1 comp, VO, 8/8h, 5-7d 850mg – 1 comp, VO, 12/12h, 5-7d
Ampicilina	500mg- 1 comp, VO, 6/6h, 3-7d
Fosfomicina	3g, VO, dose única*

# Infecção do trato urinário na gestação

Bacteriúria assintomática e cistite	
Cefalexina	500mg- 1 comp, VO, 6/6h, 3-7d
Nitrofurantoína	100mg- 1 comp, VO, 6/6h, 5-7d*
Amoxicilina	500mg- 1 comp, VO, 8/8h, 5-7d 850mg – 1 comp, VO, 12/12h, 5-7d
Ampicilina	500mg- 1 comp, VO, 6/6h, 3-7d
Fosfomicina	3g, VO, dose única*

Thomas M Hooton, MDKalpana Gupta, MD, MPH. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Uptodate, 2022.

.Glaser, AP; Schaeffer, AJ. Urinary Tract Infection and Bacteriuria in Pregnancy. Urol Clin North Am. 2015 Nov;42(4): 547-60.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Infecções do trato urinário durante a gravidez. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGOObstetrícia, n. 43/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).



# Infecção do trato urinário na gestação

- **Pielonefrite**

- Ocorre em 0,5 a 2 % das gestações, sendo mais frequente no segundo e terceiro trimestres.
- Está associado à prematuridade, anemia, sepse e insuficiência respiratória
- Febre, dor lombar, calafrios, náuseas e vômitos



# Infecção do trato urinário na gestação

Pielonefrite	
Cefalotina	É mandatória a internação hospitalar  Associar hidratação venosa  Outras opções terapêuticas: Ampicilina + gentamicina, ampicilina/sulbactan, amoxicilina/ clavulanato, meropenem, piperacilina tazobactan
Ceftriaxona	
Cefazolina	
Cefepime	

# Corioamnionite

Infecção intra-amniótica, podendo envolver o líquido amniótico, feto, cordão umbilical e placenta

Complica aproximadamente 1-4% dos partos a termo e 7% das mulheres com RPMO antes do início do TP

Em TPP pode ser subclínica em até 25%

Importante causa de mortalidade perinatal e morbidade materna

Origem polimicrobiana

Ginecologia e Obstetrícia Febrasgo para o médico residente/ Adolfo Liao...[et al.]; Coordenação Almir Antonio Urbanetz. 2.ed.; ver e ampl. - Barueri, SP: Manole, 2021.

Santos, A. P. et al. Urgências e emergências em ginecologia e obstetrícia; Coordenação Almir Antonio Urbanetz. 1 ed. Barueri: Manole, 2019.



# Corioamnionite

## Critérios diagnósticos para infecção intra-amniótica

Febre ( $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ) (sem outro foco)

2 ou mais dos seguintes sinais em pacientes com RPMO:

Taquicardia materna ( $>100$ )

Taquicardia fetal ( $>160$ )

Útero irritável

Secreção purulenta com mau odor

Leucocitose ( $>15.000$ )

Aumento da proteína C reativa

Diminuição da reatividade fetal ao estímulo

Ausência de acelerações transitórias na CTG

Ausência de mov. respiratórios fetais no PBF

Diminuição abrupta do líquido amniótico

# Corioamnionite

Medicamento	Dose e administração	Duração
<b>Tratamento padrão</b>		
Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol  Ou  Clindamicina + Gentamicina	1-2g, EV, 6/6h + 3,5-5mg/kg, EV, 24/24h + 500mg, EV, 8/8h  900mg, EV, 8/8h + 3,5-5mg/kg, EV, 24/24h	Até 48h último pós p

A interrupção da gravidez é mandatória

O neonato se beneficia com a antibioticoterapia precoce

Via de parto é obstétrica

# Infecção puerperal

Infecção que se origina no aparelho genital no pós parto recente

Temperatura de, no mínimo, 38°C, durante 2 os primeiros 10 dias do período pós-parto, excluídas as 24 h iniciais.

Terceira causa de morte materna no Brasil

- Infecção perineal ou de episiotomia
- Infecção de ferida operatória
- Endometrite
- Parametrite, anexite e peritonite
- Tromboflebite pélvica séptica
- Infecções urinárias, respiratórias ou mamárias

# Infecção puerperal

## Endometrite

### Dois ou mais dos seguintes eventos:

Dor pélvica ou sensibilidade uterina.

Febre (temperatura oral  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  em qualquer ocasião).

Drenagem uterina anormal (secreção purulenta e/ou com odor anormal).

Colo aberto.

Subinvolução uterina.

# Infecção puerperal

Endometrite

Medicamento	Dose e administração	Duração
<b>Tratamento padrão</b>		
Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol  <b>Ou</b>  Clindamicina + Gentamicina	1-2g, EV, 6/6h + 3,5-5mg/kg, EV, 24/24h + 500mg, EV, 8/8h  900mg, EV, 8/8h + 3,5-5mg/kg, EV, 24/24h	Até 48h após o último pico febril ou pós parto



# Infecção puerperal

Infecção de ferida operatória

Superficial ou profunda

Dor intensa em FO, febre baixa, eritema, secreção purulenta e deiscência de sutura

# Infecção puerperal

## Infecção de ferida operatória

### Tratamento medicamentoso

- Celulite sem comprometimento sistêmico:

Cefalexina 500 mg VO de 6/6 h por 7 a 10 dias **ou**

Amoxicilina/clavulanato 500/250 mg VO de 8/8 h **ou**

Clindamicina 300 mg VO de 6/6 h **ou** 600 mg VO de 8/8 h por 7 a 10 dias.

- Celulite com comprometimento sistêmico:

Clindamicina 600mg, IV, 6/6 h + Gentamicina 3,5-5 mg/Kg, IV, 24/24h **ou**

Oxacilina 1-2 g, IV, 4/4 horas + Ceftriaxona 1-2 g, IV, 24/24h.

### Abordagem cirúrgica

Retirada dos fios de sutura

Desbridamento extenso

Hemostasia

Fechamento precoce ou por segunda intenção

# Mastite puerperal

Pode atingir até 33% das lactantes

Complicação comum após traumas mamilares, ingurgitamento e ducto lactífero bloqueado

Pode evoluir com celulite, abscesso e necrose

Processo inflamatório agudo da mama, associado à lactação, de origem infecciosa

Ginecologia e Obstetrícia Febrasgo para o médico residente/ Adolfo Liao...[et al.]; Coordenação Almir Antonio Urbanetz. 2.ed.; ver e ampl. - Barueri, SP: Manole, 2021.

Santos, A. P. et al. Urgências e emergências em ginecologia e obstetrícia; Coordenação Almir Antonio Urbanetz. 1 ed. Barueri: Manole, 2019.

# Mastite puerperal

Não interromper aleitamento

Massagem e ordenha

Analgésicos e antiinflamatórios

Repouso

Suporte emocional

Ginecologia e Obstetrícia Febrasgo para o médico residente/ Adolfo Liao...[et al.]; Coordenação Almir Antonio Urbanetz. 2.ed.; ver e ampl. - Barueri, SP: Manole, 2021.

Santos, A. P. et al. Urgências e emergências em ginecologia e obstetrícia; Coordenação Almir Antonio Urbanetz. 1 ed. Barueri: Manole, 2019.

# Mastite puerperal

Medicamento	Dose e administração	Duração
<b>Tratamento padrão</b>		
Cefalexina	500mg, VO, 6/6h	7-10 dias
Amoxicilina	500mg, VO, 8/8h	14 dias
Clindamicina	300mg, VO, 6/6h	7-10 dias
<b>Casos graves</b>		
Clindamicina	600mg, EV, 6/6h,	7-10 dias
Cefoxitina + Oxacilina	1g + 500mg, EV, 6/6h	7-10 dias
Cefazolina + Metronidazol	2g + 500mg, EV, 8/8h	7-10 dias

Ginecologia e Obstetrícia Febrasgo para o médico residente/ Adolfo Liao...[et al.]; Coordenação Almir Antonio Urbanetz. 2.ed.; ver e ampl. - Barueri, SP: Manole, 2021.

Santos, A. P. et al. Urgências e emergências em ginecologia e obstetrícia; Coordenação Almir Antonio Urbanetz. 1 ed. Barueri: Manole, 2019.

The diagram consists of three rounded rectangular boxes arranged horizontally, connected by a light blue arrow pointing from left to right. The first box is green and contains the text 'Infecção'. The second box is yellow and contains the text 'Progressão para gravidade'. The third box is red and contains the text 'Sepse'. The background features light blue wavy lines and some blue circular patterns in the corners.

Infecção

Progressão  
para gravidade

Sepse

# Sepse materna

É uma resposta desregulada a uma infecção, levando a disfunção orgânica

Singer *et al*, 2016.

É uma condição ameaçadora à vida definida como disfunção orgânica resultante de infecção durante a gravidez, parto, pós aborto e período pós parto

WHO, 2018.

# 2016...



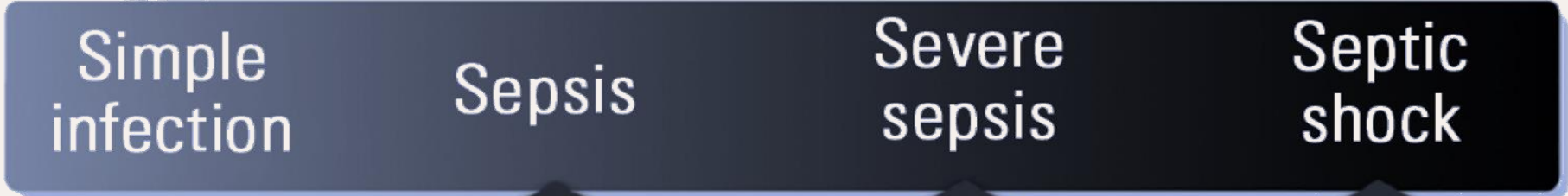
## Mudança nos conceitos e critérios diagnósticos



Singer *et al*, 2016.



# Diagnóstico



Sepsis-2

- ≥ critérios SIRS:
- Febre
  - Taquicardia
  - Taquipneia
  - Leucocitose / leucopenia

- Sepse com:
- Falência orgânica OU
  - Hipotensão OU
  - Hipoperfusão

Hipotensão refratária



Sepsis-3

- Infecção + falência orgânica  
Pode incluir:
- Hipotensão
  - Hiperlactatemia ou
  - Uso de vasopressores

- Hipotensão
- Hiperlactatemia
- Vasopressores



## Sinais de alerta

- TAX > 39,4
- *ou*
- TAX > 38,9 + pelo menos 1 de:
  - FC ≥ 110bpm;
  - FR ≥ 20;
  - leucocitose com > 10% de bastões;
  - PA ≤ 90x60 mmHg;
  - lactato > 2mmol/ml.

## Disfunção orgânica

- Alteração do nível de consciência
- Alterações renais
- Alterações hepáticas
- Alterações respiratórias
- Alterações cardiovasculares
- Alterações na coagulação

# **Critérios diagnósticos em obstetrícia**



# Sepse

Suspeita?/ Sinais de alerta?/ Disfunção orgânica?

**Calcular SOFA ou omqSOFA**

**Sepsis?**

**Abordagem imediata + KIT sepsis**

**Sepse?**



**SOFA**

# SOFA

	0	1	2	3	4
<b>RESPIRAÇÃO</b> PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> mmHg	≥ 400	< 400	< 300	< 200 com suporte respiratório	< 100 com suporte respiratório
<b>COAGULAÇÃO</b> Plaquetas x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
<b>FÍGADO</b> Bilirrubina 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 (204)
<b>CARDIOVASCULAR</b> AR Hipotensão arterial	PAM ≥ 70	PAM < 70	Dopamina ≥ 5 ou dobutamina (qualquer dose)	Dopamina > 5 ou adrenalina ≤ 0,1 ou nora ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou adrenalina > 0,1 ou nora > 0,1
<b>SISTEMA NERVOSO CENTRAL</b> E.C. Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
<b>RENAL</b> Creatinina ml/dL (μmol/L) ou diurese	< 1,2 (110)	1,2-1,9 (110-170)	2,0-3,4 (171-299)	3,5-4,9 (300-440) Ou diurese < 500ml/d	> 5 (> 440) Ou diurese < 200ml/dia



# omqSOFA



ALTERED  
MENTAL STATUS



Não alerta



FAST RESPIRATORY  
RATE



FR > 25



LOW BLOOD  
PRESSURE



PAS < 90





# Tratamento

Abordagem  
imediate



**Metas  
em 1  
hora**



Kit sepse

## SMFM Consult Series #47: Sepsis during pregnancy and the puerperium

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Lauren A. Plante, MD, MPH; Luis D. Pacheco, MD; Judette M. Louis, MD, MPH



The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) endorses this document. All authors and Committee members have filed a conflict of interest disclosure delineating personal, professional, and/or business interests that might be perceived as a real or potential conflict of interest in relation to this publication. Any conflicts have been resolved through a process approved by the Executive Board. The Society for Maternal-Fetal Medicine has neither solicited nor accepted any commercial involvement in the development of the content of this publication.

Sepsis is a significant cause of maternal morbidity and mortality and is a preventable cause of death. The purpose of this guideline is to summarize what is known about sepsis and to provide guidance for the management of sepsis in pregnancy and the postpartum period. The SMFM recommendations: (1) we recommend that sepsis and septic shock be

# 14

## INFECÇÃO PUERPERAL

ANA MARIA COELHO HOLANDA  
DANÚBIA DE SOUSA BRANDÃO BRITO  
NAYANA DE OLIVEIRA COSTA  
NAYANNA DA SILVA OLIVEIRA DE MELO  
JOSÉ ARIMATÉA DOS SANTOS JÚNIOR



## Maternal sepsis update: current management and controversies

Orene Greer MBBS BSc MRCOG,<sup>a</sup> Nishel Mohan Shah MBBS MRCOG PhD,<sup>b</sup> Mark R Johnson MBBS MRCP (UK) MRCOG PhD<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Honorary Clinical Research Fellow, Department of Obstetrics and Gynaecology, Department of Metabolism, Digestion and Reproduction, Imperial College London SW7 2AZ, UK, and Chelsea and Westminster Hospital, London SW10 9NH, UK  
<sup>b</sup>Lecturer, Department of Obstetrics and Gynaecology, Department of Metabolism, Digestion and Reproduction, Imperial College London SW7 2AZ, UK, and Chelsea and Westminster Hospital, London SW10 9NH, UK  
<sup>c</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Department of Metabolism, Digestion and Reproduction, Imperial College London SW7 2AZ, UK, and Chelsea and Westminster Hospital, London SW10 9NH, UK  
Mark R Johnson. Email: mark.johnson@imperial.ac.uk

Published online 25 December 2019.



use of maternal morbidity and mortality, K. puerperium, women may be more susceptible to rapid deterioration of illness following an infection. Sepsis has a complex pathophysiology and the immunological and cardiovascular adaptations of normal pregnancy may have

### Learning objectives

- To highlight the difficulties of diagnosing sepsis in pregnancy.
- To highlight recent updates, new definitions and controversies of current sepsis management.
- To highlight the potential for research to develop novel biomarkers and therapeutic agents specific to the pregnant woman.

### ORIGINAL ARTICLE

## SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy

Lucy Bowyer<sup>1</sup>, Helen L. Robinson<sup>2</sup>, Helen Barrett<sup>3</sup>, Timothy M. Crozier<sup>4</sup>, Michelle Giles<sup>5,6</sup>, Irena Idel<sup>7</sup>, Sandra Lowe<sup>8</sup>, Karin Lust<sup>9</sup>, Catherine A. Marnett<sup>10</sup>, Mark R. Morton<sup>11</sup>, Joanne Said<sup>12,13</sup>, Maggie Wong<sup>14</sup> and Angela Makris<sup>15,16</sup>

<sup>1</sup>Maternal Fetal Medicine, Royal Hospital for Women, Sydney, New South Wales, Australia

<sup>2</sup>Department of Medicine, Ipswich Hospital, Ipswich, Queensland, Australia

<sup>3</sup>Department of Obstetric Medicine, Royal Brisbane and Women's Hospital, Brisbane, Queensland, Australia

<sup>4</sup>Intensive Care, Monash Medical Health, Melbourne, Victoria, Australia

<sup>5</sup>Department of Infectious Diseases, Alfred Health, Melbourne, Victoria, Australia

<sup>6</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Monash University, Melbourne, Victoria, Australia

<sup>7</sup>Department of Nephrology, Eastern Health, Melbourne, Victoria, Australia

<sup>8</sup>Royal Hospital for Women, Sydney, New South Wales, Australia

<sup>9</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Royal Brisbane and Women's Hospital, Brisbane, Queensland, Australia

<sup>10</sup>Auckland District Health Board, Auckland, New Zealand

<sup>11</sup>Women's and Babies Division, Women's and Children's Hospital, North Adelaide, South Australia, Australia



# Abordagem na PRIMEIRA HORA

Hidratação venosa

Medidas diagnósticas

Terapia antimicrobiana

Buscar e conter sítio da infecção



# Hidratação venosa



20- 30ml/kg de cristaloides nas primeiras 3 HORAS, reavaliando a cada 500ml

Se lactato aumentado (2mmol/L ou 18mg/dL) manter hidratação venosa

Se PAM  $\leq$  65mmHg, após ressuscitação volêmica, iniciar drogas vasoativas

(marcador de hipoperfusão tecidual)

# Medidas diagnósticas



Hemocultura (2 amostras) e culturas de outros sítios

- Colher antes de iniciar ATB, se possível

Avaliar disfunções orgânicas

- Hemograma, coagulograma, ionograma, gasometria arterial, função renal, função hepática, eletrólitos

# Terapia antimicrobiana

- Antibioticoterapia empírica, via endovenosa, de amplo espectro
- Principais ATB utilizados em obstetrícia:
  - ceftriaxona, clindamicina, gentamicina, azitromicina, metronidazol, ampicilina/sulbactan, piperacilina/tazobactan, meropenem, etc.



**Início na  
PRIMEIRA  
HORA!**



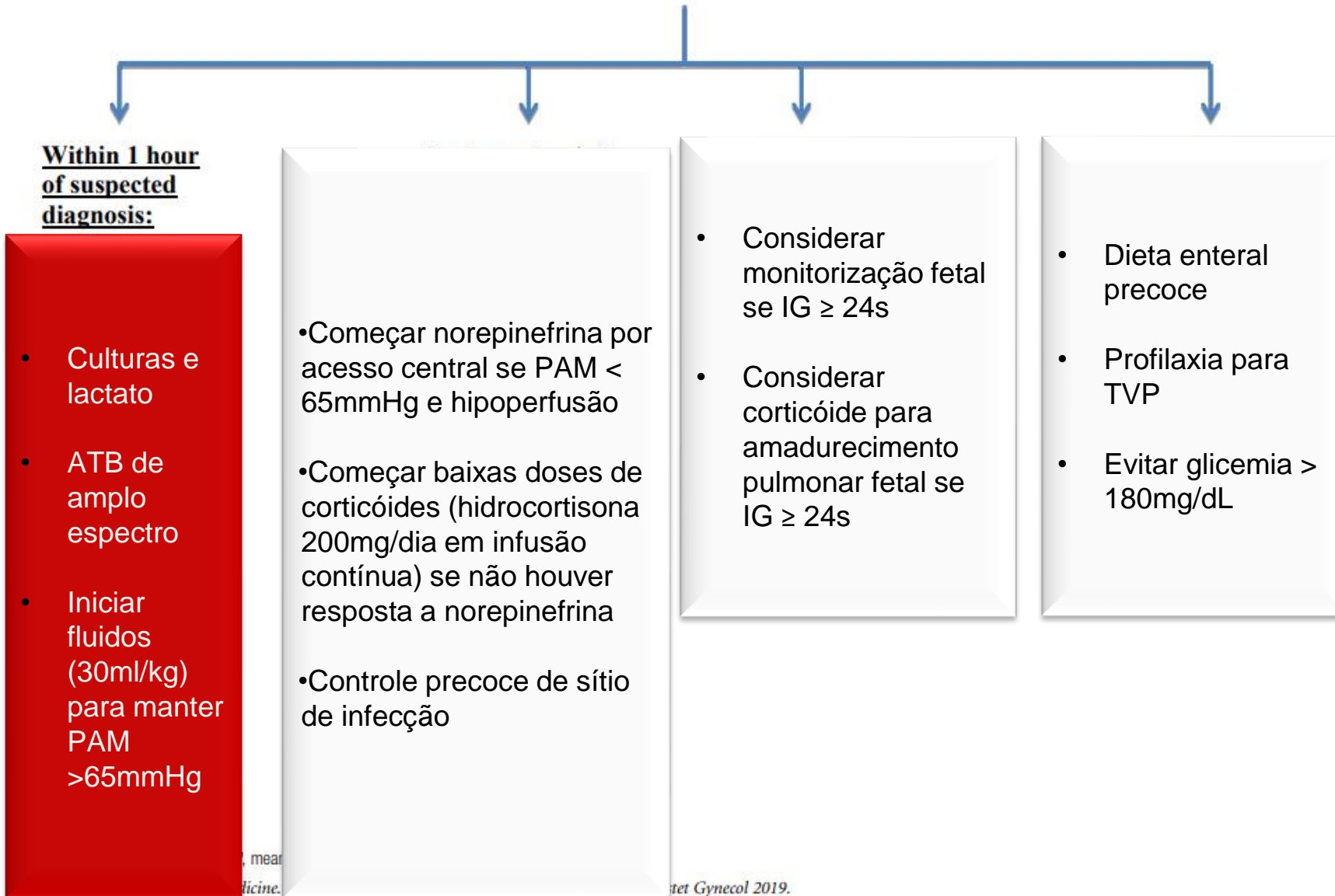
# Buscar e conter sítio da infecção

- Realizar exames de imagem quando necessário
- Identificar e abordar focos passíveis de tratamento cirúrgico o mais precocemente possível
- Remoção imediata de acesso intravascular que seja possível fonte de sepse ou choque séptico, após a criação de outro acesso vascular



**FIGURE**  
**Initial treatment of sepsis during pregnancy**

Suspect sepsis





# Kit sepse

- Preenchimento do escore SOFA, incluindo valores como PA, SaO<sub>2</sub>;
- Acesso Venoso Periférico para hidratação intensiva;
- Coleta imediata de culturas para avaliação microbiológica;
- Administração de antibióticos de amplo espectro na primeira hora da hipótese diagnóstica (após coleta de culturas);

- Solicitar vaga de UTI;
- Medida de lactato sérico (e repetir se > 2mmol/L)
- Solicitação de hemograma, eletrólitos, PCR, gasometria arterial, TGO, TGP, troponina, CK, CKMB, ureia, creatinina, TP, TTPA, bilirrubina total e frações;
- Sondagem vesical de demora, se necessário;
- Oxigenoterapia para manter Sat > 92%, se necessário.

## INFECÇÃO SUSPEITA OU CONFIRMADA

Atente-se aos

### SINAIS DE ALERTA

### SEPSE?

#### SUSPEITA

2 ou + pontos no  
om quickSOFA

#### CONFIRMADA

2 ou + pontos  
no SOFA

## ABORDAGEM IMEDIATA + KIT SEPSE

## ABORDAGEM IMEDIATA

### HIDRATAÇÃO VENOSA

- 20- 30ml/kg de cristaloides nas primeiras TRÊS HORAS, reavaliando a cada 500ml
- Se lactato aumentado (2mmol/L ou 18mg/dL) manter hidratação venosa (marcador de hipoperfusão tecidual)
- Se mantiver PAM  $\leq$  65mmHg, após ressuscitação volêmica, iniciar drogas vasoativas

### DIAGNÓSTICO

- Hemocultura (2 amostras) e culturas de outros sítios
- Colher antes de iniciar ATB, se possível
- Avaliar disfunções orgânicas (Hemograma, coagulograma, ionograma, gasometria arterial, função renal, função hepática, eletrólitos)

### TERAPIA ANTIMICROBIANA

- Antibioticoterapia empírica, via endovenosa, de amplo espectro
- Início na PRIMEIRA HORA

### BUSCA E CONTROLE DO SÍTIO DE INFECÇÃO

- Realizar exames de imagem quando necessário
- Identificar e abordar focos passíveis de tratamento cirúrgico o mais precocemente possível
- Remoção imediata de acesso intravascular que seja possível fonte de sepse ou choque séptico, após a criação de outro acesso vascular

## KIT SEPSE

- Preenchimento do escore **SOFA**, incluindo valores como PA, SaO<sub>2</sub>;
- **Acesso Venoso Periférico** para hidratação intensiva;
- Coleta imediata de **culturas** para avaliação microbiológica;
- Administração de **antibióticos de amplo espectro** na primeira hora da hipótese diagnóstica (após coleta de culturas para análise microbiológica);
- Solicitar **vaga de UTI**;
- Medida de **lactato sérico** (e repetir se  $>$  2mmol/L)
- Solicitação de **hemograma, eletrólitos, PCR, gasometria arterial, TGO, TGP, troponina, CK, CKMB, ureia, creatinina, TP, TTPA, bilirrubina total e frações**;
- **Sondagem vesical de demora**, se necessário;
- **Oxigenoterapia para manter Sat  $>$  92%**, se necessário.

## SINAIS DE ALERTA

TAX  $>$  39,4 ou TAX  $>$  38,9 + pelo menos 1 de:

- $\text{FC} \geq 110\text{bpm}$
- $\text{PA} \leq 90 \times 60$  mmHg
- leucocitose com  $>$  10% de bastões
- lactato  $>$  2mmol/ml

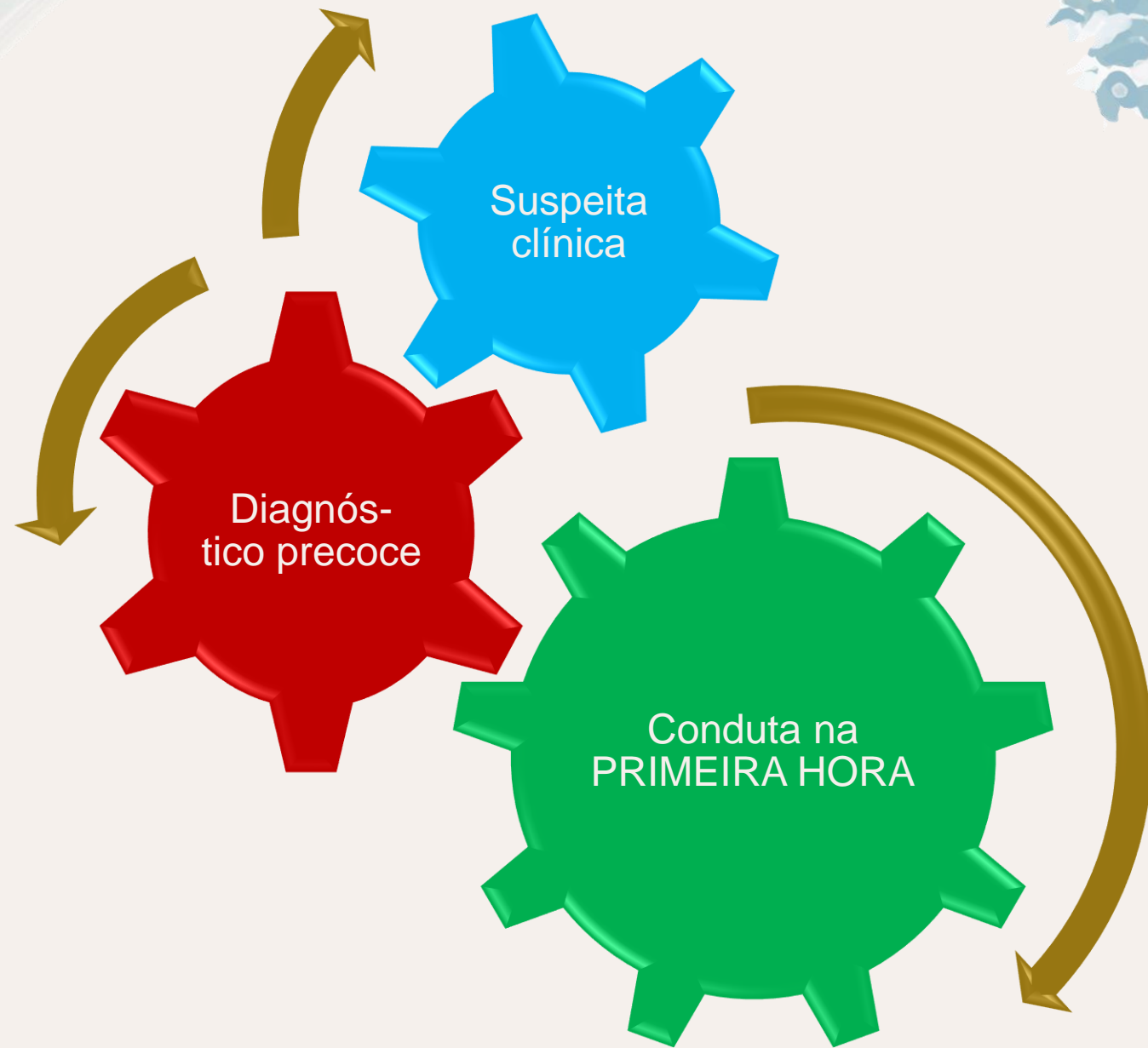
### SOFA – Sequential organ failure assessment

	0	1	2	3	4
RESPIRATÓRIO PAO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> mm/hg	$\geq 400$	$< 400$	$< 300$	$< 200$ COM SUPORTE VENTILATORIO	$< 100$ COM SUPORTE VENTILATORIO
COAGULAÇÃO PLAQUETAS ( $\times 10^3$ /mm <sup>3</sup> )	$\geq 150$	$< 150$	$< 100$	$< 50$	$< 20$
FIGADO BILIRRUBINAS (mg/dL ou $\mu\text{mol/L}$ )	$< 1,2$ (20)	1,2 -1,9 (20-32)	2,0 -5,9 (33-101)	6,0 -11,9 (102-204)	$> 12$ (204)
CARDIOVASCULAR HIPOTENSÃO ARTERIAL	PAM $\geq 70$ mmHg	PAM $< 70$ mmHg	Dopamina $> 5$ ou Dobutamina (qualquer dose)	Dopamina $> 5$ ou epinefrina ou noradrenalina $\leq 0,1$	Dopamina $> 15$ ou epinefrina ou noradrenalina $> 0,1$
SISTEMA NERVOSO CENTRAL E.C. GLASGOW	15	13-14	10-12	6-9	$< 6$
RENAL CREATININA (mg/dL ou $\mu\text{mol/L}$ )	$< 1,2$ (110)	1,2 -1,9 (110-170)	2,0 -3,4 (171-299)	3,5 -4,9 (300-400)	$> 5$ (400)

### OM QUICKSOFA- QUICKSOFA ADAPTADO PARA OBSTETRICIA

PARÂMETRO	SCORE	
	0	1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	$\geq 90$	$< 90$
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	$< 25$ irpm	$> 25$ irpm
ESTADO MENTAL	alerta	não alerta

# Pontos-chave



**A CADA SEGUNDO...**

**ALGUÉM MORRE DE SEPSE NO MUNDO**

Latin American

**Sepsis**  
Institute

Instituto Latino-Americano de Sepsis

**13** | Dia Mundial  
**Setembro!** da Sepsis

Obrigada

Contato:  
ch.anamaria@hotmail.com