



## C A P Í T U L O   1

# SEPSE NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UM DESAFIO CLÍNICO E SOCIAL

<https://doi.org/10.22533/at.ed.3932528081>

**Thanamy de Andrade Santos**

Médica formada pela Universidade Estadual do Ceará-UECE.  
Residente em Ginecologia e Obstetrícia pela Escola de Saúde Pública do Ceará  
Fortaleza - CE,  
<https://orcid.org/0000-0002-7265-8843>  
<https://lattes.cnpq.br/9667330237815385>

**RESUMO:** **Introdução:** A sepse no ciclo gravídico-puerperal é uma causa importante de morbimortalidade à unidade feto-materna em todo o mundo, principalmente em países de baixo nível sócio-econômico. **Objetivo:** Analisar os fatores associados ao diagnóstico tardio ou equivocado, bem como as abordagens diagnósticas e terapêuticas específicas do público em questão. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico, sendo incluídos artigos em inglês e português. **Discussão e Resultados:** A sepse materna consiste na disfunção orgânica ocasionada por causa infecciosa durante a gravidez, o parto, pós-aborto ou no puerpério (até 42 dias pós parto). O domínio da abordagem clínica inclui o conhecimento dos fatores de risco, etiologia, diagnóstico clínico-laboratorial, tratamento e suas complicações materno-fetais. Um melhor domínio da patologia facilita um diagnóstico precoce e eficiente, assim como reduz sua incidência e os desfechos graves, como óbito materno-fetal e Near Miss. **Conclusão:** Logo, apesar da relevância clínica e social da sepse no ciclo gravídico-puerperal, não há protocolos validados e específicos voltados para esse público específico, dificultando o diagnóstico e a intervenção precoce. Enfatiza-se a necessidade de compilar ferramentas existentes e uniformizar a abordagem à sepse.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sepse Materna. Near Miss. Infecção Puerperal.

## INTRODUÇÃO

A Sepse materna é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma disfunção orgânica ocasionada por causa infecciosa durante a gravidez, o parto, pós-aborto ou no puerpério (até 42 dias pós parto). Como consequência, pode acarretar em casos de “desfecho materno severo”: óbito e near miss maternos. O near miss materno consiste em um quadro clínico grave e que quase levou ao óbito. Dentre as diversas causas de near miss e óbito materno, a sepse representa uma etiologia importante no Brasil (RIBEIRO et al., 2024; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A sepse é responsável por 10,7% das mortes maternas globais e 11% das mortes maternas brasileiras, sendo a terceira maior causa de mortalidade materna no mundo e no Brasil. Em análise realizada nos Estados Unidos, foi estimado que, a cada óbito materno por sepse, 50 pacientes experienciam near miss (RIBEIRO et al., 2024).

A sepse materna é historicamente correlata aos casos de óbito materno e continua representando importante causa de morbidade e mortalidade durante e após a gestação. Estima-se que, anualmente, 287.000 mulheres em todo o mundo perdem suas vidas devido a complicações na gravidez e no parto, equivalente a quase 800 mortes maternas diárias (YAMIKANI CHIMWAZA et al., 2024). A incidência de sepse materna varia significativamente entre as diferentes regiões e países, apresentando prevalência superior em regiões de baixa e média renda devido à dificuldade de acesso ao serviço de saúde e às falhas nas medidas de controle de infecção (YU et al., 2025).

Apesar da sepse materna atingir um grupo, em geral, jovem e com poucas comorbidades, é um quadro de extrema relevância em virtude do seu potencial de gravidade e do impacto, também, ao bem-estar do feto. Há, ainda, a perspectiva de aumento na incidência e na gravidade da sepse devido ao diagnóstico ocorrer tardivamente no público obstétrico, uma vez que as alterações fisiológicas da gestação mascaram os sinais e sintomas, além de falsear e dificultar o uso de Escores já bem estabelecidos para o público em geral, contribuindo com um pior prognóstico do quadro (FILETICI et al., 2022; YU et al., 2025). Portanto, é necessário dominar os fatores determinantes e contribuintes para a sepse materna, a fim de consolidar estratégias eficazes de prevenção, realizar diagnóstico precocemente e conduzir adequadamente a sepse durante a gestação e o puerpério (RIBEIRO et al., 2024).

## MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica, conduzida com o objetivo de analisar os fatores associados ao diagnóstico tardio ou equivocado da sepse no ciclo gravídico-puerperal, bem como as abordagens diagnósticas e

terapêuticas específicas do público em questão. A busca foi realizada nas plataformas Google Acadêmico, Up to date, PubMed e SciELO, utilizando os seguintes descritores: “*Sepsis Materna*”, “*Near Miss*”, “*Infecção Puerperal*”. Foram selecionados artigos científicos, revisões sistemáticas e protocolos clínicos-assistenciais nos últimos dezenove anos.

A revisão buscou identificar e sintetizar dados sobre os protocolos clínicos existentes em relação à sepse, possíveis desfechos negativos do quadro e os impactos dos mesmos para as pacientes. Essa abordagem permitiu uma análise abrangente das práticas clínicas aplicadas ao diagnóstico e tratamento da sepse nesse público alvo, promovendo insights sobre os desafios e as lacunas existentes na assistência obstétrica.

Os critérios de inclusão para a seleção de materiais abrangeram estudos originais que abordam a sepse em relação ao público obstétrico e artigos disponíveis em português ou inglês.

Como critérios de exclusão, foram desconsiderados estudos que não abordavam especificamente a sepse no contexto obstétrico, publicações opinativas sem embasamento empírico, e estudos publicados antes de 2008. A pesquisa foi realizada entre dezembro e março de 2025.

Inicialmente, foram identificados 53 artigos, dos quais 20 foram excluídos após triagem dos títulos e resumos por não atenderem aos critérios de inclusão ou apresentarem temática fora do escopo do estudo. Dos 33 artigos restantes, 16 foram descartados após leitura completa, devido à abordagem insuficiente ou à falta de relevância metodológica.

Como resultado, 17 artigos foram selecionados para análise e síntese qualitativa. Esses estudos foram categorizados com base nos descritores e temas centrais definidos previamente, possibilitando uma análise temática detalhada. O processo de categorização garantiu a identificação das melhores práticas, desafios enfrentados na implementação de protocolos clínicos específicos, e lacunas na abordagem clínica dos profissionais. Assim, o estudo contribui para o entendimento da relevância da sepse no ciclo gravídico puerperal e para a promoção de melhores desfechos clínicos e sociais para o público em questão.

## DESENVOLVIMENTO

### ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A etiologia da sepse materna é dividida em: obstétricas ou não obstétricas.

CAUSAS OBSTÉTRICAS	CAUSAS NÃO OBSTÉTRICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aborto infectado</li> <li>■ Corioamnionite</li> <li>■ Infecção de ferida operatória</li> <li>■ Infecção de episiotomia</li> <li>■ Endometrite pós-parto</li> <li>■ Infecção pós-cerclagem</li> <li>■ Mastite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Infecção de vias urinárias</li> <li>■ Infecção do trato respiratório</li> <li>■ Apendicite</li> <li>■ Colecistite</li> <li>■ Diverticulite</li> <li>■ Infecções associadas ao HIV</li> <li>■ Malária</li> <li>■ Outras</li> </ul>

FIGURA 1: Etiologias da sepse materna

Fonte: Autoria própria, 2025.

As infecções de causas obstétricas são predominantemente polimicrobianas. Os principais agentes etiológicos são as bactérias gram-negativas, principalmente *E. Coli*, e anaeróbios (CASTRO; BORTOLOTTO; ZUGAIB, 2008; CORDIOLI et al., 2013; ZASTROW et al., 2018). Historicamente, o estreptococo β-hemolítico do grupo A (GAS) foi a causa da sepse pós-parto epidêmica e persiste como o patógeno mais perigoso para o público obstétrico devido à sua alta virulência e potencial de letalidade, podendo causar desde bacteremia sem foco infeccioso (46%) até endometrite (28%) e peritonite (8%) (FILETICI et al., 2022).

As infecções por vírus respiratórios não devem ser esquecidas (H1N1 e SARS-CoV-2). Em mulheres que vivem com o vírus do HIV, a sepse é três vezes mais comum se comparada à população não infectada pelo vírus HIV ("MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO Brasília -DF 2022 MINISTÉRIO DA SAÚDE", [s.d.]).

O Estudo Global de Sepse Materna da OMS de 2017 frisou o risco de listeriose invasiva na gestante, que é quase 100 vezes maior no terceiro trimestre, e o maior índice de morbidade e mortalidade por influenza A no segundo e terceiro trimestres de gestação. Tal vulnerabilidade deve ser atribuída às alterações do sistema imune intrínsecas à gestação, uma vez que a resposta imune mediada por células é sub-regulada, permitindo que os patógenos atuem de forma quase indetectável (STACY; PULOMA BISHNU; SOLNICK, 2024).

Em relação a fatores de risco, condições como idade ≥ 35, gestações múltiplas, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hipertensão, diabetes mellitus e obesidade foram associados a um risco aumentado de sepse materna. As complicações obstétricas (ruptura prematura de membranas, hemorragia pós-parto e o próprio parto cesáreo) também são fatores de risco importantes para a sepse materna, aumentando significativamente sua incidência (YU et al., 2025). Assim, práticas de prevenção e controle de infecção (intra e extra-hospitalar) devem ser realizadas em todo parto cirúrgico, como antibioticoprofilaxia cirúrgica, limpeza e esterilização

de materiais, higienização adequada das mãos, controle de peso, imunização, rastreamento e profilaxia de infecções urinárias de repetição na gestação (“MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO Brasília -DF 2022 MINISTÉRIO DA SAÚDE”, [s.d.]).

## QUADRO CLÍNICO

A sintomatologia da sepse é diversa e pode ser sutil, pois as adaptações fisiológicas da gravidez costumam mascarar ou sinalizar sintomas no início do quadro. Logo, é de extrema importância para a prática clínica o conhecimento das alterações fisiológicas e, consequentemente, os valores gestacionais dos parâmetros físicos e laboratoriais. Por exemplo, em relação ao sistema cardiovascular, ocorre aumento de frequência cardíaca, débito cardíaco, volume sanguíneo e redução da resistência vascular periférica, sendo comum um “status” de hipotensão durante a gravidez, o que dificulta o diagnóstico correto de sepse e atrasa o tratamento quando tais alterações fisiológicas não são conhecidas. Na figura a seguir, estão as principais alterações fisiológicas durante a gestação.

Sistema	Alterações	Impacto
Cardiovascular	↓ da resistência vascular periférica	Dissimular sinais iniciais de sepse
	↑ da frequência cardíaca	Intensificar a hipoperfusão
	↓ da pressão arterial	
	↑ do débito cardíaco	
Hematológico	↑ do volume plasmático	Intensificar a diminuição de oferta de oxigênio ao tecido
	↑ do volume globular	
	Anemia	
Respiratório	↑ do volume corrente	Retarda resposta fisiológica frente à acidose metabólica
	↓ do volume residual	Prejudica a oxigenação
	↑ do volume-minuto em 30-40%	
	↑ do estímulo ao centro respiratório → ↑ da frequência respiratória	
	↓ da PaCO <sub>2</sub>	

Renal	Dilatação ureteroperitoneal e aumento da pressão ureteral devido ao relaxamento da musculatura lisa	Retardo na identificação de lesão renal secundária à sepse
	Flacidez vesical	Facilita a ocorrência de pielonefrite
	↑ da pressão intravesical devido ao peso do útero gravídico	
	↑ do refluxo vésico-ureteral	
	↑ do fluxo plasmático renal	
	↑ da taxa de filtração glomerular	
	↓ dos valores médios de ureia e creatinina	
	Bacteriúria assintomática	
Gastrintestinal	↓ do tônus muscular em todo trato	↑ risco de translocação bacteriana
	Retardamento do esvaziamento gástrico	↑ risco de pneumonia aspirativa
	Elevação do diafragma devido ao útero gravídico	↑ risco de colestase, hiperbilirrubinemia e icterícia
	Alteração da composição da bile	
	↑ da produção de citocinas inflamatórias pelas células de Kupffer	
Coagulação	↑ dos fatores VII, VIII, IX, X, XII, fator de Von Willebrand e fibrinogênio	↑ risco de eventos trombóticos
	↓ da proteína S	↑ risco de CIVD
	↓ atividade fibrinolítica	
Genital	↓ do pH vaginal	↑ risco de corioamnionite
	↑ de glicogênio no epitélio vaginal	

FIGURA 2: Alterações fisiológicas na gestação.

(CORDIOLI et al., 2013).

As manifestações clínicas mais comuns são: hipotensão, taquicardia, taquipneia, hipóxia, alteração do estado de consciência, oligúria. A febre nem sempre está presente no quadro de sepse mas frequentemente é o primeiro sinal vital alterado, sendo necessário atenção ao aumento da temperatura basal da paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; BONET et al., 2018; LISSAUER et al., 2024; DE MATOS et al., 2019; FILETICI et al., 2022).

Um exame físico e anamnese completa são de suma importância no diagnóstico precoce da sepse. A avaliação do estado fetal deve ser continuamente realizada, pois a sepse pode estar associada a perdas gestacionais precoces, morte intrauterina e

anormalidades da frequência cardíaca fetal como taquicardia fetal, que pode ser um sinal precoce de sepse (CORDIOLI et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; DE MATOS et al., 2019; FILETICI et al., 2022).

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, inapatênia

FIGURA 3- Sinais e sintomas infecciosos na gestação

Fonte: "MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO Brasília -DF 2022 MINISTÉRIO DA SAÚDE", [s.d.].

## DIAGNÓSTICO

Em 2016, na chamada Campanha Sobrevivendo à Sepse: Diretrizes internacionais para gestão de sepse e choque séptico e o Terceiro Consenso Internacional sobre Sepse (Sepsis-3), foram estabelecidas novas definições de sepse e choque séptico, assim como descontinuados os termos SIRS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica) e Sepse grave. Atualmente, a sepse consiste em uma disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção (RHODES et al., 2017; BONET et al., 2018). Considera-se choque séptico a manutenção da hipotensão, com PAM (Pressão Arterial Média)  $\leq 65$  mmHg e lactato  $> 2$  mmol/litro ( $18\text{mg/dl}$ ) apesar da ressuscitação volêmica adequada, necessitando do uso de vasopressor, ou seja, um quadro associado a um maior risco de morte (RHODES et al., 2017; DE MATOS et al., 2019).

O escore quick SOFA (Sequential Organ Failure Assesment - Avaliação Sequencial de Disfunção de Órgãos) é uma ferramenta que deve ser inicialmente utilizada para triagem de pacientes com potencial de complicações e óbito. Geralmente é utilizado beira-leito, sem necessidade de exames laboratoriais e em pacientes fora da UTI. Se dois ou mais dos três critérios forem preenchidos, a paciente apresenta

alto risco para disfunção orgânica. Logo, deve ser prontamente avaliada de forma ampla e confirmado o diagnóstico. No entanto, as alterações fisiológicas da gestação devem ser lembradas, uma vez que é possível ocorrer a taquipneia e alteração pressórica na gestante de forma fisiológica, sendo uma limitação importante no uso do qSOFA. (“MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO Brasília -DF 2022 MINISTÉRIO DA SAÚDE”, [s.d.]).

QUICK SOFA
ESCALA DE COMA DE GLASGOW <15 (ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA)
TAQUIPNEA (FR>=22 IPM)
HIPOTENSÃO ( PAS<= 100 MMHG)

FIGURA 4 - QUICK-SOFA

Fonte: DE MATOS et al, 2019.

Se paciente considerada como alto risco para disfunção orgânica segundo o quick SOFA, devem ser solicitados os seguintes exames para avaliar a disfunção orgânica. Tais exames serão necessários para classificação da sepse segundo a ferramenta SOFA (Sequential Organ Failure Assesment - Avaliação Sequencial de Disfunção de Órgãos), o qual representa padrão ouro no diagnóstico de sepse e avalia tanto gravidade quanto prognóstico com base na repercussão clínica nos sistemas (CORDIOLI et al., 2013; DE MATOS et al., 2019).

EXAMES LABORATORIAIS
GASOMETRIA ARTERIAL COM LACTATO
FUNÇÃO RENAL
BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
HEMOGRAMA COMPLETO
COAGULOGRAMA

FIGURA 5- Exames laboratoriais solicitados em quadro de sepse

Fonte: DE MATOS et al, 2019.

O score SOFA varia de 0 a 4 e quando há dois ou mais critérios presentes detecta-se disfunção orgânica e firma o diagnóstico de Sepse. Assim, a paciente deve ser encaminhada à UTI e o escore SOFA deve sempre ser recalculado a cada 24 horas (DE MATOS et al., 2019).

Escore de SOFA	0	1	2	3	4
<b>Respiração</b> PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg) SaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	>400	<400 221 – 301	<300 142 – 220	<200 67 – 141	<100 <67
<b>Coagulação</b> Plaquetas 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	>150	<150	<100	<50	<20
<b>Fígado</b> Bilirrubina (mg/dL)	<1,2	1,2 – 1,9	2,0 – 5,9	6,0 – 11,9	>12,0
<b>Cardiovascular</b> Hipotensão	Sem hipotensão	PAM <70	Dopamina ≤5 ou dobutamina (qualquer)	Dopamina >5 ou norepinefrina ≤0,1	Dopamina >15 ou norepinefrina >0,1
<b>Sistema Nervoso</b> Glasgow	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	<6
<b>Renal</b> Creatinina (mg/dL) ou débito urinário (mL/dia)	<1,2	1,2 – 1,9	2,0 – 3,4	3,5 – 4,9 ou <500 mL	>5,0 ou <200 mL

FIGURA 5- Escore SOFA

Fonte: DE MATOS et al, 2019.

Na persistência da hipotensão (Pressão Arterial Média ≤ 65 mmHg) e lactato > 2 mmol/litro (18mg/dl) apesar da ressuscitação volêmica adequada, é diagnosticado choque séptico e deve prosseguir instalação de droga vasoativa para permitir bom débito cardíaco e perfusão tecidual (DE MATOS et al., 2019).

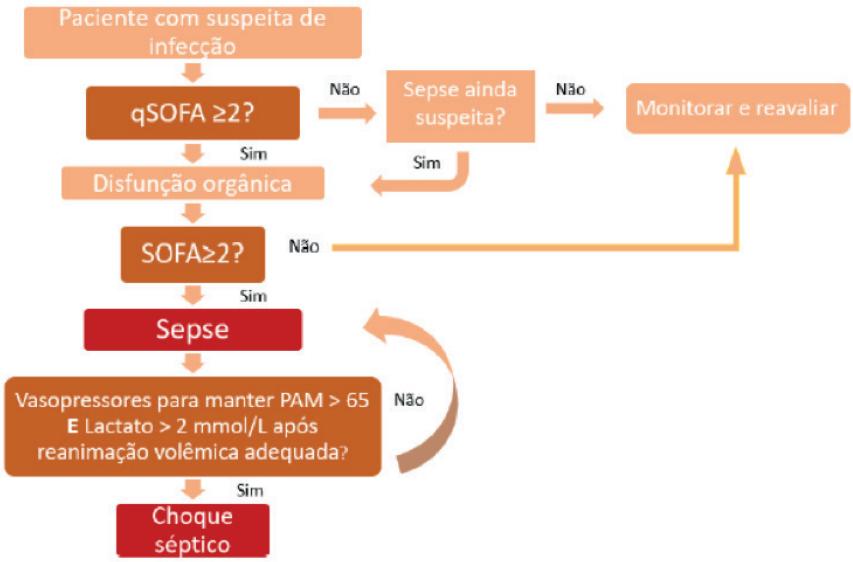


FIGURA 6- Protocolo de diagnóstico da sepse

FONTE: <https://sanarmed.com/sepsis-e-choque-septico-diagnostico-e-conduta-posme/>

Os escores estabelecidos para sepse, como o q-SOFA e SOFA, apesar de eficazes, não são específicos para o público obstétrico. A depender do quadro clínico, o diagnóstico é frequentemente postergado, mas também pode ser excessivo inicialmente, evidenciando um grande desafio clínico, considerando que a taxa de prescrições inadequadas de antibióticos intra-hospitalar é de , aproximadamente, 30–50%, podendo acarretar reações alérgicas, alterações gastrointestinais, arritmia cardíaca e resistência bacteriana (SHARMA et al., 2022). Logo, deve haver atenção direcionada à otimização de pontuações de sepse obstétricas específicas por meio da calibração baseada em evidências de limiares de sinais vitais em sistemas de pontuação de alerta precoce obstétrico que possam ser globalmente aplicáveis (YAMIKANI CHIMWAZA et al., 2024).

## TRATAMENTO

O reconhecimento precoce e a identificação da origem infecciosa do quadro séptico devem ser precoces para realizar o controle da infecção e melhorar, assim, o prognóstico materno-fetal (DE MATOS et al., 2019).

O parto deve ser indicado quando for benéfico para a estabilização materno-fetal e o caso deve ser discutido em ambiente multidisciplinar, sendo a via de parto de indicação obstétrica. Em situações de instabilidade clínica, o parto pode ser um fator de aumento da mortalidade (DE MATOS et al., 2019). A hidratação materna preconizada na primeira fase do tratamento auxilia na diminuição da contratilidade uterina, sendo fundamental para a estabilização do quadro clínico e obstétrico (TORRES et al., 2015; STACY; PULOMA BISHNU; SOLNICK, 2024).

## PRIMEIRA HORA ( GOLDEN-HOUR)

1. Coletar exames: Gasometria arterial com lactato, hemograma completo, função renal, coagulograma, bilirrubina total e frações.
2. Ofertar suporte de oxigênio a fim de manter a saturação periférica >92%.
3. Coletar hemocultura de 2 sítios distintos, se possível, antes do início do antibiótico, não devendo atrasar o início do mesmo.
4. Em caso de hipotensão ( PAM <=65 MMHG) ou hipoperfusão, iniciar infusão de cristalóides (Ringer Lactato ou Solução Fisiológica 0,9%) por via endovenosa na dose de 30ml/kg. Tal volume deve ser instituído de forma fracionada nas primeiras 3 horas e a paciente deve ser reavaliada a cada 500 ml de cristalóides. A utilização do ultrassom beira-leito na janela cardíaca consiste em uma forma não invasiva de avaliar a resposta volêmica da paciente, informando sobre: fluxo de saída do ventrículo esquerdo, tamanho da VCI e da VCS e tamanho do ventrículo direito.
5. Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro na primeira hora.
6. Parâmetros para avaliar perfusão: alteração do nível de consciência, oligúria, elevação do lactato sérico e alteração do BCF ( batimento cardíaco fetal). Se necessário, realizar passagem de sonda vesical de demora.
7. Na hipotensão e/ou hipoperfusão, realizar manobra descompressiva do útero sobre os grandes vasos abdomino-pélvicos: deslocamento uterino para a esquerda com elevação de pelo menos 10 cm do quadril direito.
8. Em caso de hipotensão ( PAM ≤ 65 mmHg) e/ou hipoperfusão (Lactato > 2 mmol/l) a despeito da reposição volêmica, iniciar vasopressor, solicitar acesso venoso central e vaga de UTI.  
-> Noradrenalina 4 ampolas + 234 mL Soro Glicosado 5% EV titulada em bomba de infusão contínua (BIC) para meta da PAM referida anteriormente. Dose: 0,01 a 3 mcg/Kg/min.

## PACOTE DAS 6 HORAS

1. Repetir lactato em casos com hiperlactatemia inicial.
2. Realizar hemotransfusão em pacientes com hipoperfusão e hemoglobina < 7 mg/dl.
3. Controle glicêmico rigoroso, evitando glicemia > 180 mg/dl.
4. Profilaxia para tromboembolismo venoso.
5. Profilaxia para úlcera de estresse.
6. Ajuste do antibiótico em relação ao antibiograma e à função renal.
7. Investigação diagnóstica sobre o foco infeccioso e a necessidade de abordagem cirúrgica.
8. Em caso de choque séptico refratário à hidratação venosa e drogas vasoativas, associar Hidrocortisona 200mg, EV, 24/24 horas.
9. Considerar monitorização fetal e corticoterapia para maturação pulmonar fetal se Idade Gestacional ≥ 24 semanas.

(DE MATOS et al., 2019; "MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO Brasília -DF 2022 MINISTÉRIO DA SAÚDE", [s.d.]; CORDEIRO; PAIVA; FEITOSA, 2020; (STACY; PULOMA BISHNU; SOLNICK, 2024).

## ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA

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	continua
Pele e partes moles (incluir sítio cirúrgico superficiais e mastites)	Clindamicina + cefazolina	Oxacilina

FIGURA 7 - Antibioticoterapia empírica na sepse

Fonte: "MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO Brasília -DF 2022 MINISTÉRIO DA SAÚDE", [s.d.].

## COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS

Dentre as complicações que a sepse pode acarretar, estão: trabalho de parto prematuro, infecção neonatal, hipoxia, acidose, morte fetal, além de aumentar o número de intervenções por cesariana (CORDIOLI et al., 2013).

## CONCLUSÃO

A sepse é a terceira causa de morte materna e de Near Miss Materno no mundo. No entanto, apesar da relevância, há escassez de protocolos de sepse voltado para esse público específico, dificultando o diagnóstico e a intervenção precoce, visto as alterações fisiológicas da gravidez como confundidoras dos sinais e sintomas da sepse. Ademais, diversos escores estão disponíveis e são aplicáveis rotineiramente, como o Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS), Sepsis in Obstetrics Score (SOS) e o quick SOFA modificado para gravidez (qSOFA-P). No entanto, todos apresentam limitações de aplicabilidade e interpretação, evidenciando a necessidade de uniformização e compilamento das ferramentas diagnósticas atuais para uma melhor abordagem clínica. Logo, é preciso o conhecimento detalhado do tema e organização da abordagem à paciente com sepse, visando melhorar o prognóstico do quadro e reduzir a morbimortalidade materno-fetal.

## REFERÊNCIAS

BONET, M. et al. The global maternal sepsis study and awareness campaign (GLOSS): study protocol. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, 30 jan. 2018.

CASTRO, E. O. DE; BORTOLOTTO, M. R. DE F. L.; ZUGAIB, M. Sepse e choque séptico na gestação: manejo clínico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 12, dez. 2008.

CORDEIRO, D. E. F.; PAIVA, J. P.; FEITOSA, F. E. DE L. Protocolos assistenciais em obstetrícia: Maternidade Escola Assis Chateaubriand. [s.l.] **Imprensa Universitária**, 2020.

CORDIOLI, R. L. et al. Sepsis and pregnancy: do we know how to treat this situation? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 4, 2013.

DE MATOS, K. L. A. et al. Sepse durante o período gestacional. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 17, p. e1166, 23 out. 2019.

FILETICI, N. et al. Maternal Sepsis. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v. 36, n. 1, mar. 2022.

LISSAUER, D. et al. Identification and Management of Maternal Sepsis During and Following Pregnancy. **BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, 18 dez. 2024.

MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO Brasília -DF 2022 MINISTÉRIO DA SAÚDE. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf)>

RHODES, A. et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. **Intensive Care Medicine**, v. 43, n. 3, p. 304–377, 18 jan. 2017.

RIBEIRO, B. L. et al. Sepse no ciclo gravídico-puerperal. **Jornal de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí**, v. 7, n. 3, p. 19–34, 29 nov. 2024.

SHARMA, S. et al. Immune-metabolic adaptations in pregnancy: A potential stepping-stone to sepsis. **eBioMedicine**, v. 86, n. 86, p. 104337, dez. 2022.

STACY, A.; PULOMA BISHNU; SOLNICK, R. E. Sepsis in Obstetric Care for the Emergency Clinician: a review. **Seminars in Perinatology**, p. 151980–151980, 1 set. 2024.

TORRES R, et al. Maternal sepsis. Centro Hospitalar Lisboa Central – Maternidade Dr. Alfredo da Costa. **Acta Obstet Ginecol Port** 2015;9(1):65-72.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Statement on maternal sepsis. **Who.int**, 2017.

YAMIKANI CHIMWAZA et al. Early warning systems for identifying severe maternal outcomes: findings from the WHO global maternal sepsis study. **EClinicalMedicine**, v. 79, p. 102981–102981, 6 dez. 2024.

YU, C. et al. Global incidence of maternal sepsis: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction**, v. 54, n. 5, p. 102940, 6 mar. 2025.

ZASTROW, J. B. et al. Sepse em gestantes atendidas em um hospital público de Curitiba - PR. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 4, p. 208–211, 2018.