



INFECÇÃO PUERPERAL

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

É a que se origina no aparelho genital após parto recente. No Brasil é a 3ª causa de mortalidade materna.

DIAGNÓSTICO

- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ com duração superior a 48 horas, que surge nos 10 primeiros dias de pós-parto, excluídas as primeiras 24 horas.
- Fogem à regra as puérperas acometidas de infecção limitada à ferida operatória (episiotomia ou cesariana) que raramente apresentam quadro febril.

EXAMES LABORATORIAIS

- Podem auxiliar na identificação do provável agente etiológico, na localização da infecção e na avaliação da gravidade do caso:
 - Hemograma e hemocultura.
 - Rotina e cultura de urina.
 - Cultura de secreções aparentes.
 - Raios X de tórax e de abdome.
 - Ultrassonografia: útil na suspeita de coleções e abscessos.

INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Sinais e sintomas flogísticos locais: dor, rubor e calor.
- Febre moderada ocasional.
- Secreção, por vezes purulenta.
- Em casos raros, quando existe contaminação por *Clostridium perfringens*, a infecção pode evoluir com necrose dos tecidos afetados.

CONDUTA

- Higiene local com soluções antissépticas.
- Quando o abscesso é localizado sem indícios de infecção sistêmica e a paciente está em bom estado geral, apenas drenagem e cuidados locais são suficientes.
- Não ocorrendo melhora após 48 horas de terapêutica clínica, indicar:
 - Abertura e exploração da ferida operatória sob anestesia.
 - Lavagem exaustiva com soro fisiológico.
 - Desbridamento do tecido necrótico.
 - Drenagem da região afetada (dreno de Penrose).

MEDICAÇÃO

- Diclofenaco sódico: 50 mg VO ou retal de 12/12 horas.
- Paracetamol: 500 a 750 mg VO de 6/6 horas; ou Dipirona: 500 mg VO de 6/6 horas.
- Antimicrobianos são indicados em casos de comprometimento extenso e/ou com sinais e sintomas de acometimento sistêmico:
 - o Cefazolina 1g IV de 8/8 horas (1ª escolha em pacientes internados).
 - o Cefalexina 500 mg VO de 6/6 horas (2ª escolha).
 - o Oxacilina 1 a 2 g IV de 4/4 horas (esquema recomendado nos casos mais graves).
 - o Tempo recomendado de tratamento: 7 a 10 dias.

INFECÇÃO NA INCISÃO DA EPISIOTOMIA**CONDUTA**

- Higiene local com soluções antissépticas.
- Diclofenaco sódico: 50 mg VO ou retal de 12/12 horas.
- Paracetamol: 500 a 750 mg VO de 6/6 horas; ou Dipirona: 500 mg VO de 6/6 horas.
- Antimicrobianos:
 - o Cefalexina 500 mg VO a cada 6 horas
 - o Cefuroxima 500 mg VO a cada 12 horas
 - o Clindamicina 900 mg IV a cada 8 horas ou clindamicina 600 mg VO a cada 8 horas.
 - o A via de administração depende das condições clínicas do paciente.
 - o Tempo recomendado de tratamento: 7 a 10 dias.
- A incidência de infecção na episiotomia geralmente é baixa. Em geral não é um caso grave.
- Quando há infecção grave com áreas extensas e necrose de estruturas perineais é necessário desbridamento e antimicrobiano sistêmico.
- Aproximação grosseira dos planos subdérmicos, evitando-se oclusão da ferida.

ENDOMETRITE / ENDOMIOMETRITE**MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

- Febre
- Lóquios purulentos e com odor fétido.
- Útero amolecido e doloroso.
- Secreção purulenta quando da manipulação do colo uterino.

CONDUTA

- A curetagem só está indicada quando da existência de restos ovulares, devendo ser praticada após iniciada a antibioticoterapia e com a paciente em uso de ocitocina venosa.
- Nas pacientes refratárias ao tratamento clínico indicar histerectomia.
- A profilaxia antitetânica deve ser feita com antitoxina 10.000 UI IV de soro antitetânico (SAT), se a paciente não for adequadamente vacinada. No caso de paciente com teste de sensibilidade positivo ao SAT, a imunoglobulina humana antitetânica deverá ser utilizada na dose de 3.000 a 6.000 UI. Se a paciente for imunizada, fazer dose de reforço da vacina se a última dose tiver sido administrada há mais de 5 (cinco) anos.

ANTIBIOTICOTERAPIA

- Se possível, orientada pelo antibiograma. Como conduta geral sugere-se:
 - o Clindamicina 900 mg IV 8/8 horas + Gentamicina 1,7 mg /kg peso IV (Max 240 mg) uma vez ao dia OU
 - o Ampicilina 1,5 a 2 g IV de 6 em 6 horas+ Gentamicina 3-5 mg/kg (máx 240 mg) uma vez ao dia IV ou IM + Metronidazol 500 mg IV a cada 8 horas OU
 - o Amoxicilina/ Ácido Clavulâmico 1 g IV 8/8h.
- O antibiótico deverá ser interrompido, decorridos três dias do desaparecimento dos sintomas.
- Em casos mais graves a antibioticoterapia poderá ser mantida por até 21 dias.
- Em 7 a 10 dias, no geral, a paciente já se encontra assintomática.
- Depois de iniciada a medicação, a presença de febre por mais de 48 horas indica insucesso terapêutico. Reexamina e considerar:
 - o Infecção por *Enterococcus spp* (quando utilizado esquema que não oferece cobertura);
 - o Infecção de parede necessitando de drenagem;
 - o Abscesso pélvico;
 - o Tromboflebite séptica pélvica;
 - o Febre por droga.

ANTIINFLAMATÓRIOS, ANALGÉSICOS E ANTITÉRMICOS

- Diclofenaco sódico: 50 mg VO ou retal de 12/12 horas.
- Paracetamol: 500 a 750 mg VO de 6/6 horas; ou Dipirona: 500 mg VO de 6/6 horas.

PARAMETRITE

- Decorre, no geral, de laceração de colo e da vagina.
- Os seguintes achados caracterizam a parametrite:
- Temperatura elevada, $\geq 39^{\circ}\text{C}$, com remissão matutina.
- Paramétrios endurecidos e dolorosos ao toque vaginal.
- Presença de tumoração parametrial de consistência cística sugere abscesso, melhor estudado pela ultrassonografia.

CONDUTA

- Na maioria das vezes o quadro regride com medidas clínicas.
- Antibioticoterapia (ver em Endometrite).
- Antiinflamatórios, analgésicos e antitérmicos (ver em Endometrite).
- Drenagem de abscessos porventura diagnosticados.

ANEXITE

- Some-se à febre, sempre presente, os seguintes sinais e sintomas:
- Dor abdominal aguda nas fossas ilíacas.
- Defesa abdominal localizada, no mais das vezes discreta.
- Sensibilidade anexial ao toque vaginal.
- Tumorações porventura suspeitadas pelo exame físico devem ser melhor esclarecidas pela ultrassonografia.

CONDUTA

- Na maioria das vezes o quadro regride com medidas clínicas.
- Antibioticoterapia (ver em Endometrite).
- Antiinflamatórios, analgésicos e antitérmicos (ver em Endometrite).
- A salpingectomia está indicada nos casos de piosalpinge com risco de ruptura.

PERITONITE

- Febre alta, $\geq 40^{\circ}\text{C}$.
- Taquicardia.
- Distensão abdominal.
- Íleo paralítico.
- *Sinal de Blumberg* positivo: dor intensa à descompressão abdominal súbita.
- Dor intensa quando, ao toque vaginal, mobiliza-se o fundo-de-saco de Douglas, que pode estar abaulado (coleção purulenta).

CONDUTA

- Antibioticoterapia (ver em Endometrite).
- Antiinflamatórios, analgésicos e antitérmicos (ver em Endometrite).
- Drenagem de abscesso do fundo-de-saco de Douglas por colpotomia.
- Laparotomia com histerectomia e pesquisa de outros focos abdominais nos casos de peritonite generalizada resistente à terapêutica clínica instituída.
- Admitir a hipótese de tromboflebite pélvica séptica associada quando persistir o quadro febril.

TROMBOFLEBITE PÉLVICA SÉPTICA

- Febre puerperal persistente, a despeito da antibioticoterapia, associada à dor abdominal mal localizada, sugere *tromboflebite pélvica séptica*.
- Nesses casos é aconselhada prova terapêutica com heparina que, se eficaz, leva à rápida regressão do quadro e a paciente se toma afebril em 36 horas.

CONDUTA

- Antibioticoterapia (ver em Endometrite).
- Antiinflamatórios, analgésicos e antitérmicos (ver em Endometrite).

ANTICOAGULANTE

- Heparina: 1.000 UI por hora, EV, preferencialmente com bomba de infusão.
- Controlar a dose de heparina, diariamente, com o tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA), que deverá se manter entre 1,5 e 2,5 vezes o valor do controle.
- Após estabilização do quadro, o acompanhamento com o TTPA pode ser feito a cada quatro ou cinco dias.
- Manter o tratamento por 10 a 14 dias.
- Antídoto da heparina: sulfato de protamina (1 mg antagoniza 100U de heparina).
- Nos casos de embolia, a terapêutica anticoagulante deve ser mantida por três a seis meses: Warfarin, 1 comprimido ao dia, controlando com o tempo de protrombina.
- A Heparina pode ser substituída por Enoxaparina: 20 a 40 mg/dia, SC. Refere-se como vantagens da enoxaparina a menor prevalência de complicações e efeitos colaterais e a não necessidade de controle laboratorial. Como desvantagem cita-se o seu custo.

CHOQUE SÉPTICO

- Quadro grave, habitualmente causada por *Escherichia coli*. Dentre suas manifestações destacam-se:
 - o Febre constante.
 - o Calafrios.
 - o Taquicardia.
 - o Estado geral comprometido.
 - o Hipotensão arterial.
 - o Paradoxalmente o útero pode ser indolor à palpação e os lóquios podem se apresentar discretos.

CONDUTA

- Mandatório o tratamento em Unidade de Terapia Intensiva.
- Antibioticoterapia (ver em Endometrite).
- Antiinflamatórios, analgésicos e antitérmicos (ver em Endometrite).
- Investigação e drenagem de abscesso porventura existente.
- Laparotomia com histerectomia e pesquisa de outros focos abdominais, nos casos de peritonite generalizada resistente à terapêutica clínica instituída.

LEITURA SUGERIDA

- JESUS, N.R. et al.(Col.). **Recomendações para uso de antimicrobianos em obstetrícia**. Rio de Janeiro: Maternidade Escola/CCIH, 2011. 10p.
- MAHARAJ, D. Puerperal pyrexia: a review. part II. **Obstet. Gynecol. Surv.**, v.62, n.6, p.400-406, 2007.
- van DILLEN, J., et al. Maternal sepsis: epidemiology, etiology and outcome. **Curr. Opin. Infect. Dis.**, v.23, n.3, p.249–254, 2010.