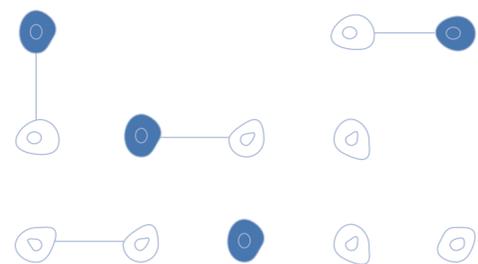


Infecção puerperal



Descrição

Definição

É aquela que se origina do aparelho genital após parto recente. O conceito de infecção puerperal deve ser complementado com o de morbidade febril puerperal pela dificuldade de caracterizar a infecção que ocorre logo após o parto.

Morbidade febril puerperal

É a presença de temperatura de, no mínimo, 38°C durante dois dias consecutivos, dentre os primeiros dez dias pós-parto, em pelo menos quatro tomadas diárias por via oral (excluídas as 24 horas iniciais).

Incidência

Varia de 1% a 15%. Juntamente com estados hipertensivos e hemorrágicos, forma a tríade letal do ciclo gravídico-puerperal.

Fatores predisponentes

- Amniorrexe e/ou trabalho de parto prolongados
- Manipulação vaginal excessiva (toques)
- Monitoração interna
- Cerclagem
- Más condições de assepsia
- Anemia
- Baixo nível socioeconômico
- Hemorragia anteparto, intraparto e pós-parto
- Placentação baixa
- Retenção de restos ovulares
- Parto cesáreo

Diagnóstico

Clínico

Formas clínicas

- Localizada
- Propagada
- Generalizada

Localizada

Vulvoperineal, vaginite, cervicite e endometrite.

Propagada

Miofasciites, endometrições, salpingites, anexite, parametrite, pelviperitonite e tromboflebite pélvica.

Generalizada

Peritonite generalizada, septicemia e choque séptico.

Tromboflebite pélvica puerperal

Apresenta-se clinicamente como febre de origem desconhecida. O exame físico é pouco elucidativo e, em alguns casos, pode-se palpar massa dolorosa de orientação cefálica que se estende até a margem lateral do músculo reto abdominal e que pode corresponder à veia ovariana.

Laboratorial

- Hemograma completo
- Hemoculturas
- Cultura de material endocervical e endometrial
- Ultra-sonografia é fundamental para o diagnóstico de retenção de produtos da concepção, abscessos intracavitários e de parede abdominal.

Tratamento

Tratamento Clínico

É fundamentado na antibioticoterapia e tratamento das complicações, incluindo abscessos, tromboflebite pélvica séptica, embolia séptica, distúrbio hidroeletrólítico, obstrução intestinal, insuficiência renal, insuficiência hepática, insuficiência respiratória e distúrbios da coagulação.

Tratamento Medicamentoso

Esquema 1

Ampicilina-sulbactam + Aminoglicosídeo (Gentamicina ou Amicacina)

Esquema 2

Clindamicina ou Metronidazol + Aminoglicosídeo (Gentamicina ou Amicacina)

Doses

Ampicilina-sulbactam

- Ampicilina-sulbactam (Unasyn®) – 3 g por via endovenosa a cada 6 horas durante 7 dias a 10 dias

São raras as reações alérgicas.

Gentamicina

- Gentamicina (Garamicina®) – entre 180 mg e 240 mg por via intramuscular ou endovenosa a cada 24 horas, durante 7 dias a 10 dias

Monitorar função renal e possibilidade de ototoxicidade.

Amicacina

- Amicacina (Novamin®) – 1 g por via intramuscular ou endovenosa a cada 24 horas, durante 7 dias a 10 dias

Monitorar função renal e possibilidade de ototoxicidade.

Clindamicina

- Clindamicina (Dalacin®) – 600 mg por via endovenosa a cada 6 horas durante 7 dias a 10 dias

Tomar precauções para caso de disfunção renal ou hepática.

Metronidazol

- Metronidazol (Flagyl®) – 500 mg por via endovenosa a cada 6 horas durante 7 dias a 10 dias

Reações colaterais de pouca intensidade.

Tratamento

Observações

As pacientes deverão permanecer com terapia endovenosa por pelo menos 24 horas a 48 horas após o último pico febril.

Evitar o uso terapêutico do antibiótico utilizado para profilaxia.

Se o quadro febril da paciente persistir e não houver indicação cirúrgica, avarar a possibilidade de tromboflebite pélvica que vai necessitar uso de heparina como teste terapêutico.

Não havendo melhora clínica de 24 a 48 horas, solicitar avaliação do infectologista.

Utilização de Heparina

Dose terapêutica

Heparina – 5.000 UI por via endovenosa, seguidas de 700 UI/h a 2.000 UI/h

O controle de TTPA deve ser feito a cada 4 horas. O nível terapêutico será atingido quando elevar o TTPA em 1,5 a 2 vezes o valor médio. Após estabilização do TTPA e da dose, o controle laboratorial pode ser diário.

Observação

As principais complicações do tratamento são a hemorragia e a trombocitopenia.

Tratamento Cirúrgico

- Curetagem de restos placentários
- Drenagem de abscessos (perineais e da incisão de cesariana)
- Debridamento de fasciite necrozante perineal e abdominal
- Colpotomia para abscesso do fundo de saco de Douglas
- Histerectomia total para miometrite e infecção pelo C. Welchii

Laparotomia nos casos de:

- :: Abscessos entre alças, do espaço parietocólico e subfrênico
- :: Ligadura da veia ovariana
- :: Tromboflebite pélvica séptica que não responde ao tratamento de antibiótico + heparina