

Endometrite puerperal e sepse: uma revisão

Postpartum endometritis and sepsis: a review

Marcus Vinícius Capanema Gonçalves¹, Mariana Ferreira Fernandes¹, Mariana Paschoaleti Nishiyama¹, Pedro Henrique Rodrigues Cruz¹, Raquel Carvalho Leite¹, Rayana Rolla Campos¹, Rodolfo Jardim Valamiel¹, Thiago Fabrício Pereira de Almeida¹, Mário Dias Corrêa Júnior²

RESUMO

O diagnóstico de endometrite puerperal baseia-se na existência de febre na ausência de qualquer outra causa. As manifestações clínicas mais comuns são constituídas por: útero amolecido, lóquios purulentos ou de odor fétido e leucocitose. Sua patogenia decorre da contaminação da cavidade uterina por microrganismos vaginais durante o trabalho de parto e invasão do miométrio. São fatores de risco a ruptura prolongada de membranas, múltiplos exames vaginais e parto cesáreo. É geralmente uma infecção polimicrobiana. Suas complicações incluem a extensão da infecção para a cavidade peritoneal, abscesso intra-abdominal ou sepse. Antes do advento dos antibióticos a febre puerperal era causa importante de morte materna. A antibioticoterapia inicial tem na associação clindamicina e gentamicina seu padrão-ouro.

Palavras-chave: Endometrite; Puerpério; Sepse; Choque Séptico; Infecção Puerperal.

ABSTRACT

The diagnosis of postpartum endometritis is based on the presence of fever in the absence of any other cause. The most common clinical manifestations consist of: softened uterus, purulent or malodorous lochia and leukocytosis. Its pathogenesis results from the contamination of the uterine cavity by vaginal microorganisms during labor and myometrial invasion. Risk factors are: prolonged rupture of membranes, multiple vaginal examinations and cesarean. It is usually a polymicrobial infection. Complications include the extension of the infection into the peritoneal cavity, intra-abdominal abscess or sepsis. Before the advent of antibiotics, puerperal fever was an important cause of maternal death. The initial antibiotic therapy has the association of clindamycin and gentamicin as the gold standard.

Key words: Endometritis, Puerperium; Sepsis; Septic Shock; Puerperal Infection.

INTRODUÇÃO

O puerpério classifica-se em três fases: imediato, tardio e remoto, isto é, do período de observação até o 10º. dia; entre o 11º. e o 40º.; e do 41º. ao 60º. dias após o parto, respectivamente.¹ Denomina-se infecção puerperal (febre puerperal) a que se origina no aparelho genital, após parto recente.² As morbidades febris do puerpério são definidas como temperatura oral $\geq 38^{\circ}\text{C}$ em dois de qualquer um dos 10 primeiros dias pós-parto, excetuando-se as primeiras 24 horas. Constitui-se na terceira causa de mortalidade materna, responsável por 1-10% dos óbitos.³

A endometrite é a forma clínica mais frequente de infecção puerperal, definida como a infecção da decídua (ou endométrio gravídico), podendo se estender para o miomé-

¹ Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Endereço para correspondência:
Thiago Fabrício Pereira de Almeida
Rua Ministro Alfredo Valadão, 130
Bairro: Mangabeiras
CEP: 30315-080
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: almeidatfp@gmail.com

trio (miometrite) e envolver o paramétrio (parametrite). Possui incidência de 1-3% após partos vaginais; caracteriza-se por temperatura corpórea acima de 38°C, lóquio purulento e fétido, útero amolecido e doloroso e colo pérvio; resultado de infecção polimicrobiana.

O choque séptico é a forma clínica mais grave de infecção puerperal, sendo a *Escherichia coli* o principal microrganismo responsável, e raramente por clostrídios e bacteroides. Tem prognóstico reservado, mortalidade de 20-25%, constituindo-se em uma das cinco principais causas de morte materna no Brasil.²

OBJETIVOS

Levantar as informações publicadas na literatura científica para a elaboração de revisão bibliográfica abordando aspectos mais importantes do conceito, epidemiologia, apresentação clínica e abordagem da endometrite puerperal e choque séptico associado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram pesquisados artigos científicos publicados sobre o tema nas bases de dados PubMed, Scielo, Lilacs e Capes, selecionados de acordo com descritores “sepse e endometrite”, com os seguintes limites: humanos, mulher, adultos e adolescentes, artigos publicados a partir de 2000; idiomas: inglês, português e espanhol. Ainda, foram consultadas revisões já elaboradas e disponíveis no UpToDate®.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados epidemiológicos apresentados são, provavelmente, subestimados devido à limitação de sistemas de vigilância epidemiológica, que geralmente monitoram infecções detectadas no ambiente hospitalar. A maioria das infecções puerperais ocorre após a alta hospitalar; e as altas precoces podem comprometer a sua detecção.

Muitas mulheres que desenvolvem a febre puerperal têm a sintomatologia inicial em casa⁴ e, provavelmente, só serão avaliadas horas depois, no consultório de seu obstetra. As infecções puerperais manifestam-se em 94% das vezes após a alta hospitalar.⁵ Em 74% dessas infecções o diagnóstico e o tratamento são ambulatoriais, sem internação hospitalar, o que enfa-

tiza a necessidade de desenvolvimento de sistemas de vigilância independentes de dados hospitalares.

Vários preditores e fatores de riscos de infecção puerperal e sepse puerperal são encontrados, destacando-se:⁶ parto domiciliar insalubridade, cirúrgico, traumático ou prolongado; baixo nível socioeconômico; desnutrição; primiparidade; anemia; rotura prolongada de membranas; múltiplos exames vaginais durante o trabalho de parto (mais de 5); e retenção de restos ovulares ou fragmentos de placenta dentro do útero e hemorragia pós-parto. A cesariana parece o fator de risco isolado mais importante para a infecção pós-parto⁶, já que eleva o risco de endometrite 5-30 vezes, de bacteriemia 2-10 vezes e de morte por infecção, 80 vezes.² Apenas um trabalho pesquisado⁷ não identificou endometrite puerperal associada a essa via de parto.

O mais alto risco de resultados maternos adversos (corioamnionite, endometriometrite, hemorragia pós-parto, hemorragia pós-parto grave e transfusão sanguínea materna) em mulheres com fase ativa prolongada parece relacionado⁸ ao parto cesáreo em comparação ao realizado por via vaginal.

Endometrite pós-parto

São inespecíficos os sinais e sintomas da endometrite puerperal e de pouco valor o estabelecimento de diagnósticos diferenciais para cada sítio de infecção (Tabela 1).

Tabela 1 - Sítios de infecção puerperal: diagnóstico diferencial de febre puerperal

Sítio de Infecção Puerperal	Diagnósticos Diferenciais
Endométrio	Endometrite e Parametrite
Pelve	Abscesso pélvico
Pulmões	Infecções respiratórias
Trato Urinário	Infecções do trato urinário
Ferida	Incisão de pele, episiotomia, lacerações
Veias	Tromboflebite séptica
Mamas	Mastite
Outros	Cateterismo venoso, endocardite, infecções sistêmicas

Tabela adaptada da referência 6.

Recomenda-se nunca prescrever analgésicos para baixar a febre⁴, nem atribuir a sintomatologia do pós-parto à síndrome gripal ou outra doença vi-

ral, nunca prescrever antibióticos antes de exame completo e não deixar a paciente esperando em casa em caso de febre alta (acima de 39°C) ou diante de dor no sítio cirúrgico abdominal ou na episiotomia. A febre elevada pode ser a primeira manifestação de infecção por *Streptococcus* do grupo A.

Os principais agentes causadores de endometrite e sepse puerperal são os microrganismos encontrados na microbiota vaginal e intestinal. Em geral, estão envolvidos dois ou três aeróbios Gram-positivos e Gram-negativos e anaeróbios.

A combinação de clindamicina e um aminoglicosídeo⁹, como a gentamicina, é apropriada para o tratamento. O tratamento geralmente é considerado bem-sucedido após a paciente tornar-se afebril durante 24 a 48 horas.

Sepse puerperal

A sepse é causa importante de morte materna em todo o mundo. Pouco se conhece sobre a real incidência de morbidade grave relacionada à maternidade. É estimado que a sepse puerperal seja responsável por 75.000 óbitos/ano, principalmente em países pouco desenvolvidos, com incidência de 0,1-0,6 por 1.000 partos.¹⁰

A sepse puerperal, quando não conduz à morte, pode causar problemas como doença inflamatória pélvica (DIP) e infertilidade. Para o diagnóstico de sepse puerperal é recomendada a obtenção de pelo menos duas hemoculturas, sendo uma amostra de sangue periférico e outra proveniente de sangue coletado em veia central, exceto se o cateter tiver sido inserido há menos de 48 horas. Também devem ser realizadas culturas de prováveis sítios infecciosos como urina, liquor, secreções do trato respiratório e pontas de cateteres, entre outros, antes do início da antibioticoterapia.

O local mais comum de infecção, na *sepse* puerperal, é o sítio de inserção da placenta, seguindo-se feridas abdominais ou perineais resultantes de ato cirúrgico ou de lacerações do trato genital.

O diagnóstico de sepse puerperal pode ser clinicamente determinado pelos sinais clássicos e intermediários, como: taquicardia, taquipneia e cervice amolecido ao toque; febre, dor, restos placentários, oligúria, edema, choque, icterícia e rebaixamento do nível de consciência, respectivamente.

Diante de sepse, a introdução de antibioticoterapia empírica deve ser feita na primeira hora após o

reconhecimento da sepse e choque séptico, após a coleta de sangue para hemocultura e antibiograma. Seu atraso promove aumento mensurável da mortalidade. O resultado do antibiograma, quando disponível, deve guiar o tratamento instituído ou, se necessário, modificá-lo.¹¹

CONCLUSÃO

A endometrite destaca-se como complicação do ciclo gravídico-puerperal de grande importância por seus fatores de risco evitáveis e complicações graves como a sepse. A maioria das infecções puerperais ocorre após a alta hospitalar, o que determina problema em sua notificação e dificuldade de mensurar sua real incidência. São poucos os trabalhos publicados no Brasil que tratam desse tema.

O caráter multifatorial das complicações e da mortalidade materna torna difícil seu controle. Para redução da morbidade e mortalidade materna faz-se necessário conhecer os fatores que acarretam o desenvolvimento da sepse puerperal e, a partir daí, sugerir recomendações e intervenções.

No Brasil, sobretudo em suas regiões menos desenvolvidas, onde as condições socioeconômicas desfavoráveis ainda contribuem para a inadequada assistência ao parto e puerpério, principalmente em cidades do interior, infecções graves durante esse período continuam prevalentes e destacam-se como principais causas de morte materna.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa MCM, Corrêa Junior MD. Puerpério. In: Corrêa MD. Noções práticas de obstetrícia. 12ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.95-104.
2. Rezende J, Montenegro CA.B. Obstetrícia fundamental. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; c2006. 689 p.
3. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo. Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério. Rio de Janeiro: Febrasgo; 2010.
4. Ledger WJ. Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: a review. J Obstet Gynaecol Res. 2003 Dec; 29(6):364-7.
5. Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R, et al. Epidemiology of and surveillance for postpartum infections. Emerg Infect Dis. 2001; 7(5): 837-41
6. Maharaj D. Puerperal Pyrexia: a review part I. Obstet Gynecol. 2007; 62(6):400-6.

7. Zimmermann JB, Gomes CM, Tavares FSP, Peixoto IG, Melo PCV, Rezende DF. Complicações puerperais associadas à via de parto. *Rev Med Minas Gerais*. 2009; 9(2):109-16.
 8. Henry DE, Cheng YW, Shaffer BL, Kaimal AJ, Bianco K, Caughey AB. Perinatal outcomes in the setting of active phase arrest of labor. *Obstet Gynecol*. 2008 Nov; 112(5):1109-15.
 9. French Linda, Small Fiona M. Antibiotic regimes for endometritis after delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library, Issue 01, Art no CD001067. DOI: 10.1002/14651858.CD001067.pub2.
 10. Martins Filho ED, Santos AC, Rodrigues Junior RST, Adeodato L, Coutinho I, Katz L. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes admitidas com diagnóstico de *sepse* puerperal de origem pélvica em uma UTI obstétrica no Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10 (4):469-75.
 11. Castro EO, Bortolotto MRFL, Zugaib M. Sepse e choque séptico na gestação: manejo clínico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(12):631-8.
-