

**PROTOCOLO OBS 08 – ENDOMETRITE PUERPERAL**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

### 1. INTRODUÇÃO

É a infecção puerperal mais prevalente. Surge da colonização da ferida placentária, que representa região potencial para infecção, devido à presença de rica vascularização. Pode atingir o miométrio (endometriose) ou envolver o paramétrio (parametrite). É, junto com outras infecções puerperais, a terceira maior causa de mortalidade materna.

Com o advento da antibioticoprofilaxia, verificou-se redução das taxas de endometrite puerperal, que antes chegavam a 28%. Atualmente, tal incidência varia de 3-11%, sendo maior nos partos cesarianos de emergência e naqueles que ocorrem após o desencadeamento do trabalho de parto. Nos partos vaginais, a incidência é menor.

### 2. FATORES PREDISPOANTES

- Cesárea (principal fator);
- Rotura anteparto de membranas ovulares ( $\geq 18h$ );
- Trabalho de parto prolongado;
- Múltiplos exames vaginais;
- Parto vaginal operatório;
- Parto prematuro;
- Monitorização interna;
- Líquido meconial;
- Infecções do trato urinário;
- Extração manual da placenta;
- Vaginose bacteriana;
- Doenças crônicas debilitantes (diabetes, imunossupressão/HIV, anemia);
- Carências nutricionais;
- Baixo nível socioeconômico;
- Cerclagem;
- Corioamnionite;
- Colonização do trato genital com Estreptococos do Grupo B;
- Presença de restos placentários;
- Não realização de antibioticoprofilaxia em tempo e doses preconizados (cesariana).

### 3. AGENTES ETIOLÓGICOS

- Geralmente é polimicrobiana, envolvendo 2 ou 3 agentes aeróbios e anaeróbios

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

**PROTOCOLO OBS 08 – ENDOMETRITE PUERPERAL**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

do trato genital;

- Anaeróbios (presentes em quase 80% dos casos):
  - Gram-positivos: Peptococos, Peptoestreptococos, Clostridium perfringens ou welchii;
  - Gram-negativos: Bacteroides fragilis, fusobacterium sp.
- Aeróbios:
  - Gram-positivos: Estreptococo Beta-Hemolítico dos Grupos A, B e D, Staphylococcus aureus e epidermidis;
  - Gram-negativos: Escherichia coli, Klebsiella sp, Enterobacter, Proteus sp, Pseudomonas sp.
- Outros: Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae;
- Apesar de raros, casos potencialmente graves de endometrite podem ser causados por Clostridium sordelli, Clostridium perfringens, Staphylococcus ou Streptococcus – Síndrome do Choque Tóxico.

**4. QUADRO CLÍNICO**

- Febre: temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , após o 1o dia, por dois dias consecutivos, dentro dos dez primeiros dias de pós-parto. Em 20% a 30% dos casos pode não ocorrer febre, ficando os sintomas restritos ao útero;
- Tríade de Bumm: útero doloroso, amolecido e subinvoluído;
- Dor em baixo ventre;
- Taquicardia;
- Calafrios;
- Lóquios purulentos e com odor fétido;
- Pode cursar com sangramento excessivo.

OBS: Cerca de 15% das pacientes podem desenvolver um quadro de endometrite em até 6 semanas pós-parto, principalmente após parto vaginal.

**5. EXAMES COMPLEMENTARES**

Estudos laboratoriais são de valor limitado.

- Leucograma: leucocitose é comum após o parto, sendo valorizada quando superior a 20.000/mm<sup>3</sup>. Presença de neutrofilia com desvio à esquerda aumenta a probabilidade da

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

**PROTOCOLO OBS 08 – ENDOMETRITE PUERPERAL**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

infecção;

- Cultura de sangue, secreções ou de material intrauterino: podem orientar no tratamento antimicrobiano em casos SEM resposta ao tratamento convencional (não utilizados rotineiramente);
- Ultrassonografia: visibilização de restos placentários, abscessos intracavitários e de parede abdominal.

## 6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Infecção do sítio cirúrgico (incisão de cesariana, episiotomia, lacerações perineais);
- Mastite ou abscesso mamário;
- Infecção do trato urinário;
- Pneumonia aspirativa;
- Trombose venosa profunda;
- Tromboembolismo pulmonar;
- Apendicite;
- Colite pseudomembranosa;
- Complicações da anestesia;
- Atelectasia;
- Ingurgitamento mamário.

## 7. TRATAMENTO CLÍNICO

- Hidratação adequada;
- Transfusão de hemoderivados, se necessário;
- Ocitócitos para manter contratilidade uterina, se necessário;
- ANTIBIÓTICOS:
  - **1ª escolha:** Clindamicina, 900mg, EV, de 8/8 horas. Gentamicina, 5mg/kg (ou 240mg), EV, de 24/24 horas;
  - **2ª escolha:** Ampicilina, 2g, EV, de 4/4 horas. Gentamicina, 5mg/Kg (ou 240mg), EV, de 24/24 horas. Metronidazol, 500mg, EV, de 8/8 horas.

O tratamento deverá ser continuado até que a paciente esteja clinicamente bem e afebril, por 24 a 48 horas. Não é necessária a manutenção da antibioticoterapia, por via oral, exceto em infecções estafilocócicas ou se presente hemocultura positiva. Neste caso, completar sete dias de tratamento.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

**PROTOCOLO OBS 08 – ENDOMETRITE PUERPERAL**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

Se não houver melhora substancial do quadro em 48 a 72 horas, pensar em abscesso pélvico. Caso não haja imagem sugestiva durante avaliação adequada (USG, TC, RNM), levar em consideração a possibilidade de tratar-se de tromboflebite pélvica.

**8. TRATAMENTO CIRÚRGICO**

- **Curetagem uterina:** realizada quando da presença de restos ovulares e após iniciado antibiótico, visando diminuir a bacteremia. Utilizar ocitócitos para reduzir risco de perfuração uterina;
- **Histerectomia:** pode ser indicada nas infecções severas (gangrena gasosa causada pelo *Clostridium perfringens* ou *welchii*);
- **Outras indicações de abordagem cirúrgica:** extensão peritoneal da infecção, abscesso intra-abdominal ou sepse.

Data da criação MAIO/2020

Data de Implantação: JUNHO/2020

Validade: 2 anos

**PROTOCOLO OBS 08 – ENDOMETRITE PUERPERAL**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

**9. TROMBOFLEBITE PÉLVICA**

- Diagnóstico de exclusão;
- Pode se apresentar como tromboflebite de veia ovariana (TVO) ou como tromboflebite séptica pélvica profunda (TSPP);
- Somente 20% dos casos de tromboflebite ovariana apresentam imagem radiológica;
- O evento decorre do dano endotelial, associado à estase venosa e ao estado de hipercoagulabilidade (Tríade de Virchow);
- O quadro clínico varia de acordo com o tipo, sendo a dor e a debilidade da paciente mais comumente encontradas na TVO. Febre é comum a ambas, podendo surgir precocemente na TSPP;
- Não existem exames laboratoriais ou de imagem específicos;
- Na suspeita de tromboflebite pélvica, iniciar anticoagulantes. Caso haja melhora dos sintomas nas primeiras 48h, firma-se o diagnóstico.

Data da criação MAIO/2020

Data de Implantação: JUNHO/2020

Validade: 2 anos

**PROTOCOLO OBS 08 – ENDOMETRITE PUERPERAL**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

**REFERÊNCIAS**

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA; 2017.

Chen KT. Postpartum Endometritis. Disponível em: < [http://www.uptodate.com/contents/postpartum-endometritis?source=search\\_result&search=POSPARTUM+ENDOMETRITIS&selectedTitle=1%7E99](http://www.uptodate.com/contents/postpartum-endometritis?source=search_result&search=POSPARTUM+ENDOMETRITIS&selectedTitle=1%7E99)>. Acesso em: 23 de abr. 2019.

Chen KT. Septic Pelvic thrombophlebitis. Disponível em: < [http://www.uptodate.com/contents/septic-pelvic-thrombophlebitis?source=search\\_result&search=SEPTIC+PELV&selectedTitle=4%7E150](http://www.uptodate.com/contents/septic-pelvic-thrombophlebitis?source=search_result&search=SEPTIC+PELV&selectedTitle=4%7E150)>. Acesso em: 30 de abr. 2019.

Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Speer L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD001067.

World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: WHO; 2015.

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	--	-------------------------