

# PUERPÉRIO PATOLÓGICO

QUINTIERE, Beatriz Barifaldi Hirs<sup>1</sup>; RANGEL, Júlia Lorencini<sup>1</sup>;  
FERREIRA, Ingridy Maria Oliveira<sup>1</sup>; CAMPELO, Gabriela Queiroz<sup>1</sup>.

**Orientador:** Dr. Nicolas Thiago Nunes Cayres de Souza.

**Filiação:** UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

**Palavras-chave:** Complicações; Puerpério; Puerpério patológico.

## INTRODUÇÃO

### DEFINIÇÃO

Puerpério patológico é a evolução para complicações ou anomalias no processo de recuperação pós-parto da puérpera. Algumas das condições são as hemorragias, infecções, psicose, depressão pós-parto, blues puerperal, mastite, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e tromboembolismo.

Este período apresenta, além das alterações fisiológicas (como retorno do organismo para as condições pré-gravídicas, mudanças hormonais e adaptação para amamentar), um forte aspecto emocional para lidar com as novas responsabilidades (cuidado da criança e atenção para não fazer uso de bebidas alcoólicas e de fumo), principalmente quando se está associado a um quadro patológico, em que a mulher não está em seu completo estado físico e mental.

Por ser uma fase de insegurança, é importante que os profissionais da saúde tenham sensibilidade para identificar quais são necessidades da puérpera para diminuir a mortalidade materna e neonatal.

### EPIDEMIOLOGIA

• **Hemorragia:** é a principal causa de morte materna no mundo (BASKETT & O'CONNELL, 2005). Corresponde a cerca de 25 a 30% dos óbitos maternos, sendo que 90% destes poderiam ser evitados (JOSEPH *et al.*, 2007).

• **Mastite:** 3 a 20% das mulheres desenvolvem pelo menos um episódio de mastite durante o período de amamentação. Geralmente, nos três primeiros meses de aleitamento, inclusive no desmame.

• **Infecções:** são responsáveis por 10 a 15% dos óbitos maternos em todo mundo, tornando-se a terceira maior causa. É importante salientar que a maior parte dessas mortes são evitáveis.

• **Depressão pós-parto (DPP):** é uma das principais condições psicológicas no período pós-gestacional. A prevalência de depressão pós-parto (DPP) é de 10-15%. Alguns estudos apontam para 22%, ou até 25% das puérperas (GUEDES *et al.*, 2011).

- **Psicose puerperal:** é uma forma de Transtorno Psicótico Breve no puerpério, com delírios e alucinações, que acomete 0,1% das mães. No entanto, mesmo rara, a psicose pós-parto constitui um evento de saúde mental mais sério, sendo a maior emergência médica pós-parto, em função do maior número de suicídio e infanticídio (RIBEIRO *et al.*, 2021).

- **Blues puerperal:** é uma condição psicológica mais leve, em relação aos quadros descritos anteriormente, inclusive pelo tempo de acometimento, que pode ocorrer até 7-10 dias após o parto, regredindo espontaneamente após um período de duas semanas (ZUGAIB, 2020). Atinge cerca de dois terços das mulheres ainda no período precoce do puerpério e estudos mostram que as primíparas que tiveram partos traumáticos, como cesárea, e/ou que apresentavam história de patologias psiquiátricas previamente à gestação estão mais sujeitas ao acometimento do blues puerperal.

- **Pré-eclâmpsia:** é um quadro de hipertensão arterial, associada a outras características clínicas importantes, como edema e proteinúria, que surge após 20 semanas de gestação (KATSI *et al.*, 2020). Sendo um dos principais fatores de risco, mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia na primeira gestação apresentam 20% a mais de chance para o desenvolvimento da doença em gestações subsequentes. Para a pré-eclâmpsia grave na primeira gestação, o risco de recorrência é maior, de aproximadamente 30%. Quando a doença grave se instala já no segundo trimestre, o risco ainda sobe para 65%.

- **Eclâmpsia:** muito semelhante à pré-eclâmpsia, a principal diferença na eclâmpsia é a ocorrência de convulsões generalizadas, decorrentes de neuro edema

(ZUGAIB, 2020). Sua incidência não é muito bem estabelecida, mas parece mais frequente em situações socioeconômicas desfavoráveis, com atendimento pré-natal incompleto e quando há acompanhamento inadequado da condição. Enquanto nos países desenvolvidos ocorrem 4 a 6 casos em 10 mil partos e têm se mantido estáveis, nas populações socioeconômicamente desfavoráveis, a incidência cresce para 6 a 100 casos para o mesmo número de partos.

## QUADRO CLÍNICO

### EXAME FÍSICO

Devemos estar atentos para alterações, como: involução uterina, retenção ou retardo na expulsão da placenta, útero pouco contraído, volumoso, localizado acima da cicatriz umbilical, com sangramento genital em grande quantidade e contínuo, tendo em vista que esses sinais podem ser indicativos de emergências e podem evoluir para o choque hipovolêmico.

### SINAIS E SINTOMAS

Uma temperatura superior a 38°C nos primeiros 10 dias pós-parto, com duração de dois ou mais dias, pode representar infecção puerperal, desconsiderando as primeiras 24 horas e tem como causas: mastites, infecção do trato urinário, infecções genitais, infecção da sutura da episiorrafia e da cicatriz da cesariana, ingurgitamento mamário, tromboflebite e complicações respiratórias (PACHECO *et al.*, 2024).

As hemorragias puerperais apresentam perda superior de 500ml de sangue em parto vaginal e acima de 1000 ml pós-parto cesariano, até 24 horas após o parto e são causadas por atonia uterina, laceração e retenção placentária nas primeiras horas após o parto (BREATHNACH & GEARY, 2009; HIAE, 2009).

A mastite é uma condição que acomete as mamas e pode ser classificada em infecciosa ou

não-infecciosa. Na primeira, ocorre uma inflamação local que se espalha pela mama. Por ser derivada de uma infecção, é comum apresentar sintomas sistêmicos, como febre alta, algia, rubor e calor no local, cefaléia (dor de cabeça) e mal-estar físico. Se não tratada corretamente, a mastite pode evoluir com a formação de abscessos, acometimento sistêmico e sepse (mastite complicada). Já na não-infecciosa, observa-se o endurecimento de uma região da mama por conta da estase do leite, devido ao esvaziamento incompleto ou à má-pega do RN no momento da amamentação. Pode cursar com fortes dores e a mama geralmente se encontra hipermiada, edemaciada e quente (ZUGAIB, 2020).

## DIAGNÓSTICO

### SEMIOLOGIA

É muito importante se atentar à clínica das patologias no puerpério para que o diagnóstico seja feito rapidamente e, assim, evitar a evolução delas, sabendo que podem desencadear em quadros significativos e complicados.

Na mastite, o primeiro passo é identificar se é de causa infecciosa ou não, já que o tratamento depende diretamente da etiologia. O diagnóstico é clínico e pode ser complementado com exames bacteriológicos, no caso das infecções, e de imagem (ZUGAIB, 2020).

No período puerperal, a mulher passa por significativas mudanças biopsicossociais tornando-se vulnerável a adquirir distúrbios psicológicos. Para diferenciar os dois principais tipos de transtornos psicológicos no pós-parto, o *Baby-blues* é uma condição que se manifesta na mãe nos primeiros dias após o parto, ocasionando o sentimento de tristeza. As causas variam entre pressão materna social, dificuldades para amamentar e oscilação hormonal. Enquanto a depressão pós-parto é um transtorno que acomete mulheres após o parto, sendo carac-

terizada por uma tristeza profunda. Pode promover falta de interesse por atividades diárias, insônia, cansaço extremo, ansiedade, sentimento de culpa, falta de conexão com o bebê. O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo imprescindível uma boa anamnese para entender as causas que desencadearam o quadro e identificar sinais de depressão mais grave, evitando a evolução para depressão pós-parto (DPP) ou até mesmo psicose puerperal (IZOTON *et al.*, 2022).

A psicose, como uma forma ainda mais evoluída da DPP, traz prejuízos tanto maternos quanto para o recém-nascido. Um episódio de psicose puerperal é uma emergência psiquiátrica de início súbito e, assim como as outras condições, pode variar significativamente em relação aos sinais, sintomas e intensidade destes, o que dificulta o diagnóstico. Sendo assim, algumas escalas foram desenvolvidas para ajudar na busca diagnóstica. Uma delas é a Escala de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS*), desenvolvida na Inglaterra, em 1987. Esse instrumento tem caráter auto-avaliativo e é específico para o período pós-parto (ZUGAIB, 2020).

### EXAMES LABORATORIAIS (VALOR NORMAL ENTRE PARÊNTESES)

Na hemorragia pós-parto, há diminuição de 10% de hematócrito (VN= 33,0 a 47,8%) ou perda de sangue suficiente para desenvolver sintomatologia materna como síncope, tonturas, taquicardia, hipertensão arterial ou diminuição do volume urinário (CAMERON *et al.*, 2006).

### EXAMES DE IMAGEM

Na mastite, o exame de imagem pode ser necessário caso haja suspeita de coleção e o ultrassom é o exame de escolha. O diagnóstico pode ser mais difícil na fase pré supurativa da infecção podendo ter uma categorização mais alta do BI-RADS. Há espessamento da pele,

áreas de diminuição da ecogenicidade do parênquima, aumento da vascularização ao doppler colorido e linfadenopatia axilar de característica inflamatória. Em casos mais avançados, a identificação de abscessos por ultrassonografia é muito importante e pode estabelecer diagnóstico definitivo (ZUGAIB, 2020).

O USG orienta punções, quando necessárias, e avalia a extensão da infecção. O material aspirado (fluidos, pus, sangue) deve ser enviado para estudos microbiológicos e citologia para investigar malignidades em casos com apresentação atípica, diagnóstico incerto ou uma potencial complicação (por exemplo, infecção recorrente ou falha no tratamento).

#### DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

**Quadro 18.1** Diagnósticos diferenciais do puerpério patológico

PATOLOGIA	DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS
Endometrite	Infecção puerperal, hematoma retroperitoneal, apendicite
Mastite	Abscesso mamário, ducto lactífero bloqueado, ingurgitamento
Trombose Venosa	Flebite superficial, celulite, embolia pulmonar
Hemorragia Pós-Parto	Atonia uterina, lacerações uterinas, coagulopatias
Pré-eclâmpsia	Hipertensão gestacional, eclâmpsia, síndrome HELLP
Depressão Pós-Parto	Transtorno de ansiedade pós-parto, baby blues

## TRATAMENTO

### CLÍNICO

Hemorragia puerperal: a principal conduta no momento do parto é o manuseio ativo do terceiro período do trabalho de parto (dequitação) (DEVINE, 2009). Consiste em três me-

### EXAMES COMPLEMENTARES

Podem incluir análises de sangue para avaliar os níveis de hemoglobina, coagulação e função renal, bem como testes de imagem, como ultrassonografia, para detectar anomalias no útero ou outras estruturas.

Além disso, exames microbiológicos podem ser realizados para identificar possíveis infecções. Esses exames são cruciais para garantir um tratamento eficaz e prevenir complicações graves no puerpério.

didadas: administração de medicação uterotônica após o parto (reduz em 40% o risco de hemorragia), clampeamento tardio do cordão e tração controlada do cordão umbilical durante a retirada da placenta (JACOBS, 2007). A droga de escolha é a ocitocina na (dose usual de 10 UI IM ou EV), pois é tão eficaz quanto a ergotamina e as prostaglandinas, mas com menos

efeitos colaterais, como lesão endotelial, trombose e necrose da cama-da arterial média (DE SOUZA & DE ARAÚJO, 2009).

Atendimento do ABC (vias aéreas, respiração, coração-pulso, PA), em seguida na obtenção de acesso venoso calibroso e por último na infusão de fluidos EV e de droga uterotônica. Iniciar a massagem uterina, que não deve ser interrompida enquanto não for afastada a possibilidade de sua atonia. Além disso, é viável a realização de procedimentos não tão invasivos, como suturas vasculares, embolização de artérias e outras medidas não cirúrgicas.

Na mastite, após 12 a 24 horas se a mama não for esvaziada adequadamente, pode haver piora dos sintomas da dor e hiperemia local, além de fadiga, prostração febre, calafrios, tremores e febre acima de 38°C e nesse momento o antibiótico deve ser empregado.

Para prevenir a mastite complicada com abscesso mamário: amamentar começando pela mama afetada e ordenhar (manual ou com bomba), caso permaneça leite nas mamas, mantendo-as sempre esvaziadas. Se a mama estiver ingurgitada, fazer massagem circular nos locais enrijecidos iniciando próximo da aréola e depois em direção a parte distal da mama, para que o bebê consiga realizar a pega correta o mamilo necessita estar flexível ou seja sem leite na projeção da aréola. O uso de analgésicos é indicado para aliviar a dor e possibilitar a amamentação. Compressa quente ou morna é proibida! É importante salientar que, no caso da mastite infecciosa, a amamentação é contraindicada quando sair pus diretamente pelo mamilo.

O escoamento lácteo em mamas ingurgitadas através do uso de ocitocina nasal (um puff em cada narina 2 a 5 minutos antes das mamas) (ZUGAIB, 2020).

O tratamento da depressão e do blues é individual, sendo primeiramente necessárias as sessões de psicoterapia, além do apoio emocional e, caso seja preciso, uso de medicamentos indicados pelo psiquiatra (CARDOSO *et al.*, 2019). Na psicose, o tratamento também vai ser individualizado e dependente de psicoterapia. Entretanto, a eletroconvulsoterapia tem sido descrita na literatura como uma opção relevante no tratamento dos quadros psicóticos do puerpério, com efeito rápido e robusto. Permite minimizar o período sintomático e restabelecer o mais cedo possível a normalidade da relação mãe-lactente, além de possibilitar a prossecução da amamentação materna (MADEIRA *et al.*, 2012).

### CIRÚRGICO

A ausência de interrupção da hemorragia após a realização de todas as opções terapêuticas de manutenção uterina pode resultar em uma tentativa de curagem (remoção do conteúdo intra-uterino por manobras manuais) e curetagem (raspagem da cavidade uterina para a remoção de tecidos anormais) (SHAH & WRIGHT, 2009). Como medida de última instância, no caso de nenhuma dos outros tratamentos terem dado certo, tem-se a histerectomia, que deve ser feita com a técnica mais simples possível, devido à necessidade de correção da hemorragia aguda e pela possibilidade de haver coagulopatia (JACOBS, 2008).

## REFERÊNCIAS

- BASKETT, T. F.; O'CONNELL, C. M. Severe obstetric maternal morbidity: a 15-year population-based study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 25, n. 1, p. 7-9, 2005.
- BREATHNACH, Fionnuala; GEARY, Michael. Uterine atony: definition, prevention, nonsurgical management, and uterine tamponade. In: *Seminars in perinatology*. WB Saunders, 2009. p. 82-87.
- CAMERON, Carolyn A. *et al.* Trends in postpartum haemorrhage. *Australian and New Zealand journal of public health*, v. 30, n. 2, p. 151-156, 2006.
- CARDOSO, Beatriz Veloso *et al.* A assistência de enfermagem no diagnóstico precoce da psicose puerperal. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 2, n. 6, p. 6050-6056, 2019. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/5579>>. Acesso em: 23 mar. 2024.
- DE SOUZA, Edison Barreto; DE ARAÚJO, Márcia Marinho Gomes. Oclusão arterial aguda por derivados da ergotamina. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 8, p. 281-284, 2009.
- DEVINE, Patricia C. Obstetric hemorrhage. In: *Seminars in perinatology*. WB Saunders, 2009. p. 76-81.
- GUEDES, Ana Carolina Emerenciano *et al.* Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. *Revista de Medicina*, v. 90, n. 3, p. 149-154, 2011. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v90i3p149-154>.
- HIAE, Hospital Insraelita Albert Einstein. Diretrizes assistenciais em hemorragia pós-parto. São Paulo: Hospital Insraelita Albert Einstein; Março de 2009.
- IZOTON, Rafaella Grobério *et al.* Depressão pós-parto e psicose puerperal: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 11, p. e11409-e11409, 2022. <https://doi.org/10.25248/reas.e11409.2022>.
- JACOBS, Allan J. Causes and treatment of postpartum hemorrhage. In: *UpToDate*, Post TW (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2007.
- JACOBS, Allan. J. Peripartum hysterectomy. In: *UpToDate*, Post TW (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2008.
- JOSEPH, K. S. *et al.* Investigation of an increase in postpartum haemorrhage in Canada. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 114, n. 6, p. 751-759, 2007.
- KATSI, V. *et al.* Postpartum hypertension. *Current Hypertension Reports*, v. 22, p. 1-11, 2020. <https://doi.org/10.1007/s11906-020-01058-w>.
- MADEIRA, Nuno *et al.* Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 61, p. 45-48, 2012.
- PACHECO, Jasmin Amorim *et al.* Impacto da infecção puerperal nos indicadores de mortalidade materna: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 4, p. 14864-14876, 2023. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61392>>. Acesso em: 23 mar. 2024.
- RIBEIRO, Amanda Cristina Barbosa *et al.* Interface entre prevalência, fatores de risco e terapêutica da psicose puerperal: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 1, p. 294-302, 2021.
- SHAH, Monjri; WRIGHT, Jason D. Surgical intervention in the management of postpartum hemorrhage. In: *Seminars in perinatology*. WB Saunders, 2009. p. 109-115.
- ZUGAIB, Marcelo. Zugaib obstetrícia, 4ª. ed. – Barueri-SP: Manole, 2020.