



PUERPÉRIO FISIOLÓGICO E NO PATOLÓGICO

Profa. Dra. KAELLY VIRGINIA SARAIVA

DEFINIÇÕES

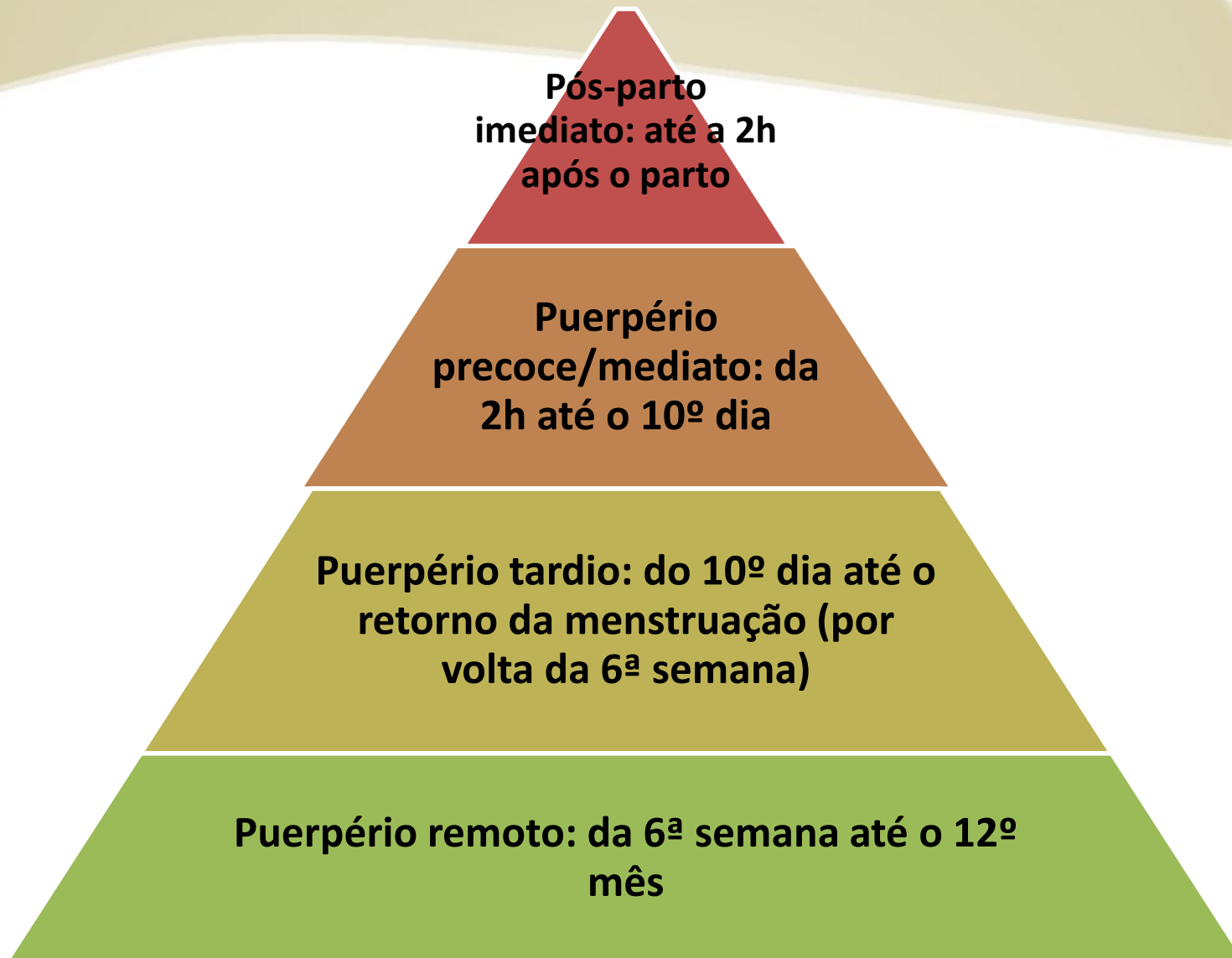
- Período que se inicia após a dequitação e se estende até a 6ª semana de pós parto (45-42º dia), no qual o organismo da mulher volta ao seu estado não gravídico, perdendo parte das modificações causadas pela gravidez e pelo parto
- Divergências quanto aos períodos ou fases do puerpério: considerar as características próprias de cada organismo materno



DEFINIÇÕES

- Período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual ocorrem as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna, dividindo-o nas seguintes fases:
 - IMEDIATO: do 1º ao 10º dia
 - TARDIO: do 10 ao 45º dia
 - REMOTO: além do 45º dia
- Primeiras horas/imediatas após o parto: período no qual podem se manifestar eventos como as hemorragias, vai de 1 a 3h = Greenberg, “hora de ouro”

Outras subdivisões ou fases do puerpério



MUDANÇAS FISIOLÓGICAS NO PUERPÉRIO

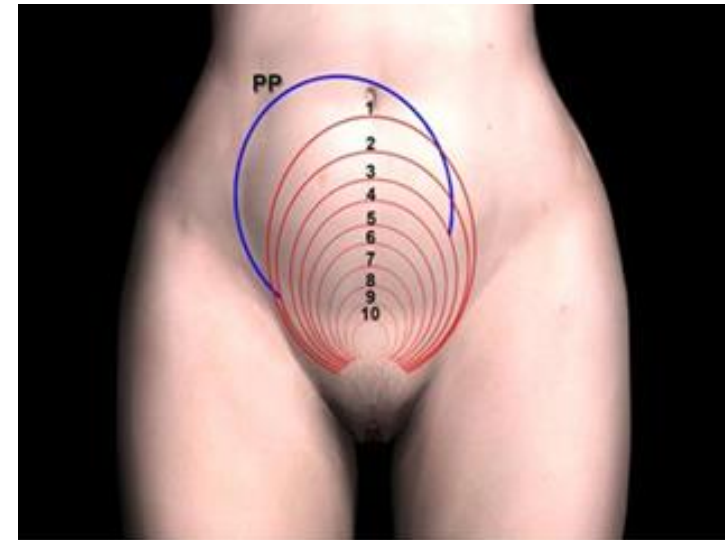
- Locais: aparelho genital interno e externo
- Sistêmicas: vários sistemas vitais envolvidos nas alterações fisiológicas da gravidez
- Áreas de modificação imediata: útero (endométrio), colo uterino, vulva, vagina e períneo
- Sistemas vitais de modificação mais paulatina: cardiovascular, hematológico, endócrino, urinário
- Outros sistemas passam por alterações, mas menos significativas

ÚTERO

- Involui após a dequitação: contração das fibras musculares e diminuição do tamanho das células (atrofia fisiológica)
- Endométrio: regeneração celular, eliminação da camada esponjosa e da decídua. Camada basal mantida; apoptose da camada superficial desencadeando sangramento fisiológico (lóquio/loquiação)
- Assume forma globosa, dura, palpável ao nível da cicatriz umbilical, lateralizada logo após o parto, mantendo o globo de segurança de Pinard
- Altura uterina no pós-parto: diminui 1cm a cada 24h
- Uma semana após o parto: fundo uterino encontra-se na pelve

INVOLUÇÃO UTERINA

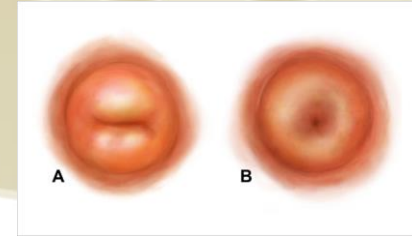
- A involução uterina é lenta e reduzida em parto cirúrgico
- Ocorre em cerca de 10 dias; sendo mais rápida na nutriz, pelo reflexo uteromamário: estimulação dos mamilos e da árvore galactófora, causando contrações uterinas
- Por isso, durante a amamentação a mulher pode reclamar de cólicas
- O aleitamento também auxilia na regulação da loquiação



LOQUIAÇÃO

- Composição: sangue, exsudato, transudato, restos celulares apoptóticos, incluindo leucócitos
- 1-4º dia: sanguinolenta, vermelha (lóquios rubros)
- 5-10º dia: serossanguinolenta, acastanhada (lóquios serosos)
- A partir do 11º dia: amarelada-branca-incolor (lóquios alba), permanecendo a secreção vaginal mucosa habitual; endométrio regenerado
- Loquiação reduzida: amamentação e deambulação
- Acúmulo de lóquios: repouso prolongado; anulação do efeito gravitacional
- Odor característico de sangue menstrual fisiológico

CÉRVICE/COLO UTERINO



- Imediatamente após o parto: consistência amolecida; hematomas, edema; podem haver lacerações (às vezes mínimas)
- A partir do 2º dia de pós-parto: redução de seu tamanho, permanecendo ainda edemaciada, fina e frágil por vários dias
- Gradativamente torna-se mais firme, até a consistência original não gravídica
- Orifício cervical interno involui gradualmente, enquanto que o externo permanece levemente aberto

VULVA, VAGINA, PERÍNEO

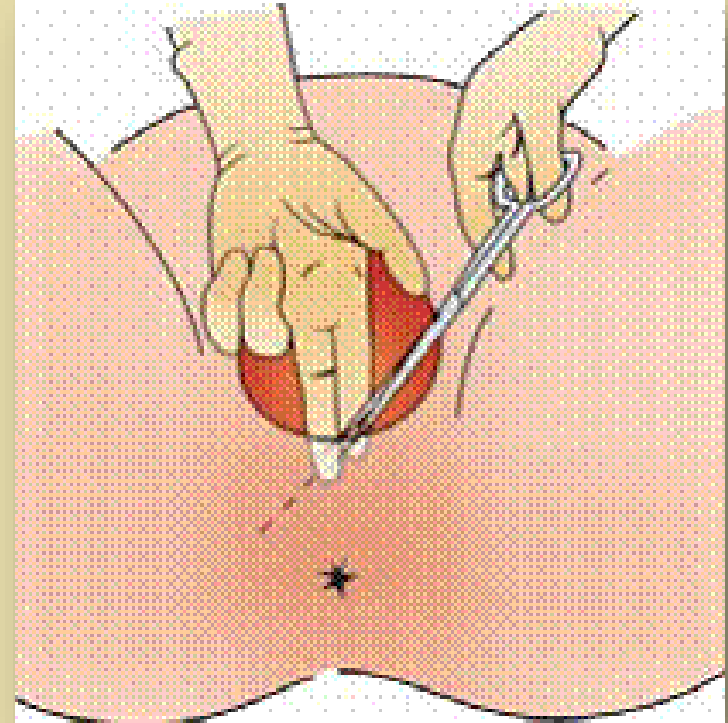
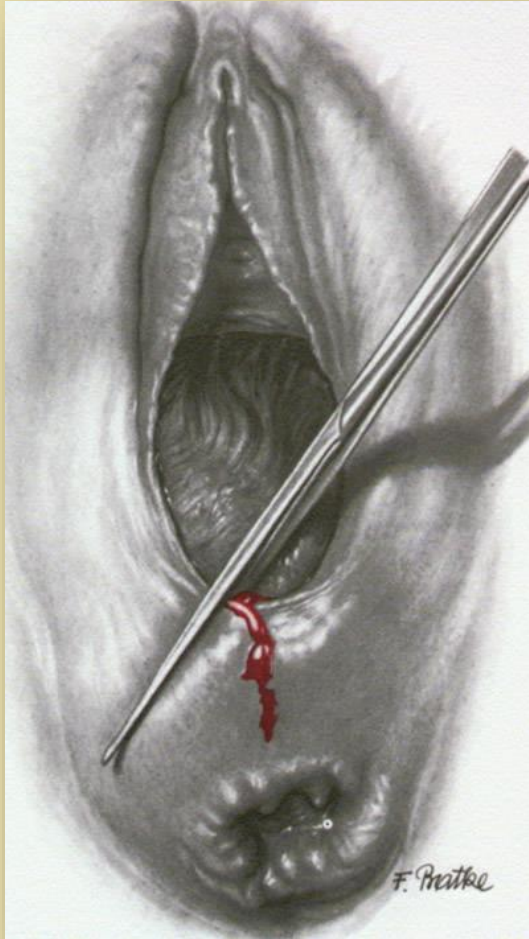
- Vulva: edema, fissuras, lacerações e congestão nos pequenos lábios e nas carúnculas himenais (mirtiformes)
- Vagina: recuperação da forma anatômica em 3 semanas; 6 meses para recuperar o tônus anterior à gestação, pelo efeito hormonal ainda presente (relaxina, estrogênio, progesterona)
- Períneo: depende dos eventos do parto
 - houve episiotomia/episiorrafia?
 - Somente sutura após laceração?
 - Esgaçamento/diástase muscular do centro tendinoso do períneo?
 - São comuns hematomas e edema

VULVA, VAGINA, PERÍNEO



- Na região perianal podem surgir botões hemorroidários
- Pode haver alguma ptose, pelo relaxamento pélvico causado ainda na gestação ou mais raramente pelo parto vaginal, atingindo vagina, uretra, bexiga e reto

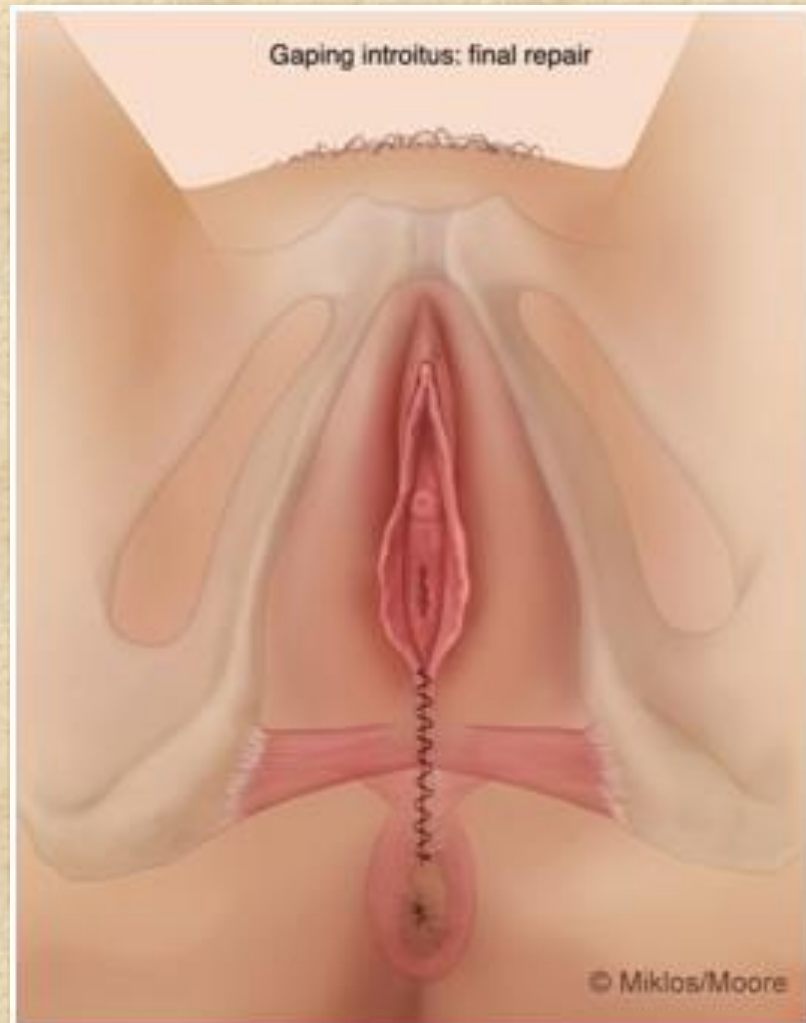
Episiotomia



Gaping introitus: torn muscle



Gaping introitus: final repair



Períneo e abertura vaginal



**Introito vaginal
anormalmente aberto**



Introito vaginal normal

ADAPTAÇÕES SISTÊMICAS NO PÓS-PARTO: sinais vitais

- Temperatura: aumento sem significado clínico de quadro infeccioso, entre 36,8 a 37,9°C. **Cesariana:** Podem ocorrer calafrios e febre de até 38°C nas primeiras 24h, como eventos autolimitados
- Pulso: permanece elevado durante a primeira hora após o parto
- Padrão respiratório: restabelecido ao padrão pré-gestacional após a mecânica do diafragma normalizar-se pela diminuição do volume abdominal

ADAPTAÇÕES SISTÊMICAS NO PÓS-PARTO

- **ABDÔMEN:** até 14 dias a parede abdominal mantém-se relaxada, com regressão significativa em torno de 6 semanas
- O tônus anterior pode não retornar, dependendo das condições antes da gestação (quantidade de tecido adiposo, parede muscular e volume X velocidade da expansão útero-abdominal)

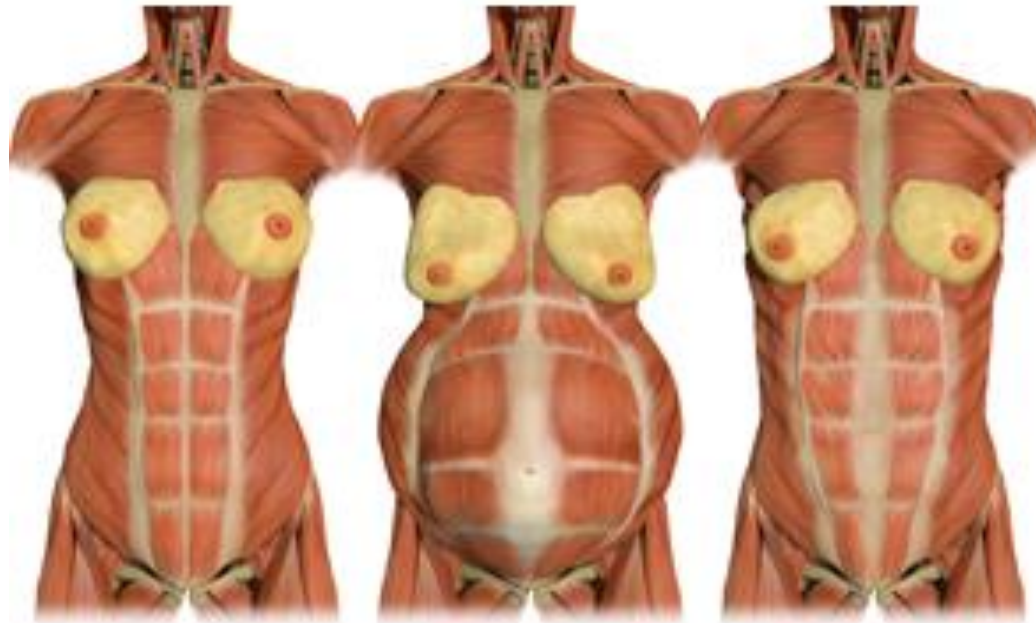


ADAPTAÇÕES SISTÊMICAS NO PÓS-PARTO

- Estrias permanecem mas tornam-se mais claras e menores
- As vísceras voltam à posição original, melhorando o esvaziamento gástrico
- Em puérperas de cesariana: risco de íleo paralítico pela manipulação da cavidade abdominal

A puérpera apresenta exaustão devido ao longo período do TP sem adequada hidratação e alimentação, bem como pelo esforço realizado. Por isso permanece sonolenta e cansada no pós-parto imediato

Diástase abdominal

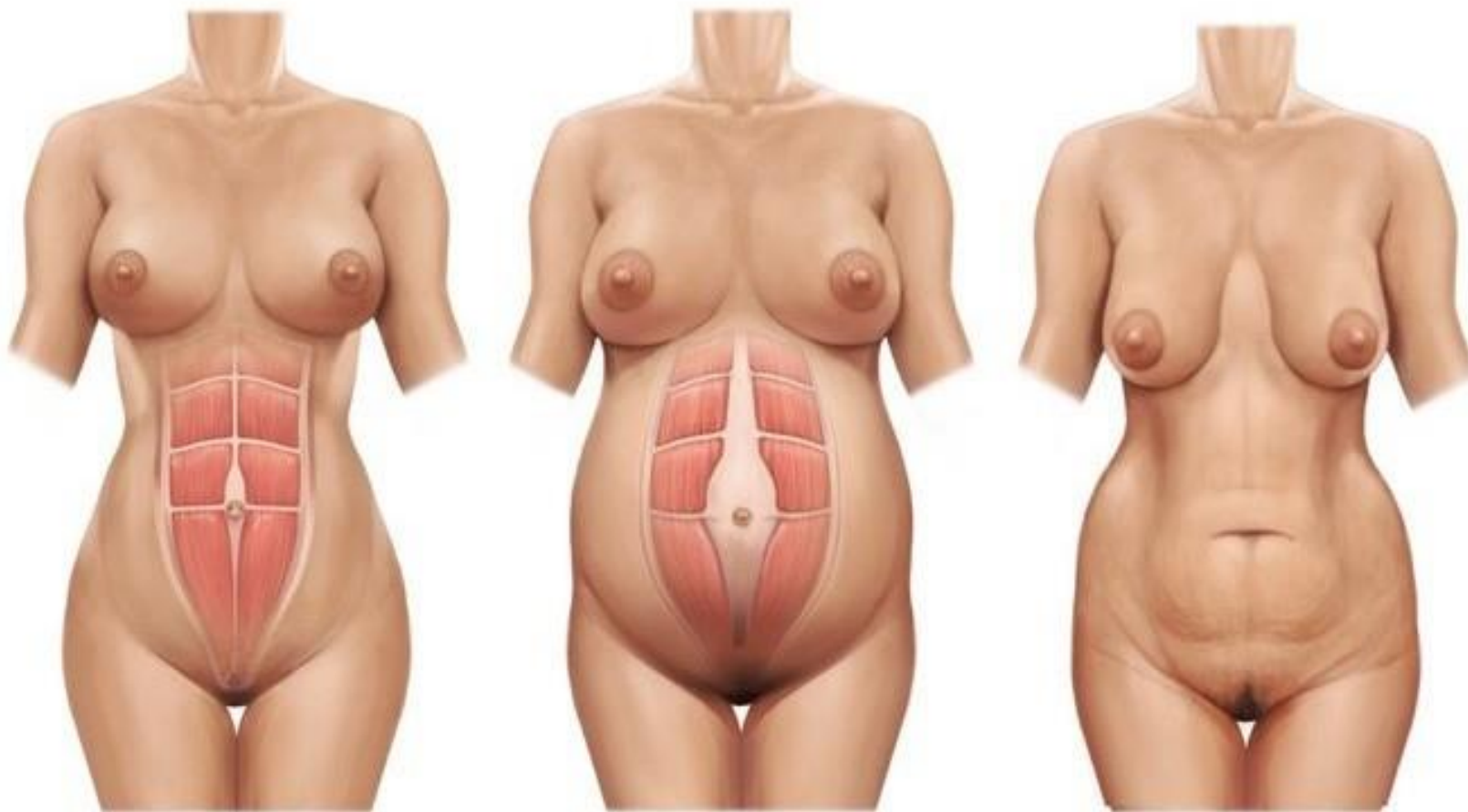


NO DIASTASIS

DIASTASIS RECTI
DURING
PREGNACY

DIASTASIS RECTI
AFTER
PREGNACY

Diástase abdominal





DEMAIS SISTEMAS VITAIS

- Urinário: pode haver desconforto durante a micção por trauma uretral. Há aumento do volume urinário pela redistribuição dos líquidos corporais
- Cardiovascular: volume aumentado da circulação permanece nas primeiras horas. Leucócitos, plaquetas e fibrinogênio permanecem elevados nas primeiras semanas. Eritrócitos caem 14%
- HCG e hormônios sexuais caem abruptamente após a dequitação, e depois em níveis exponenciais até a 3ª semana de pós-parto

MAMAS

- 48-72h após o parto: ingurgitam, tornam-se endurecidas e doloridas, como resultado da queda abrupta dos hormônios estrogênio, progesterona e lactogênio placentário (HLP) pela saída da placenta, permitindo o início e a manutenção da amamentação (antagonismo e inibição da prolactina)
- Ocorre tumefação do tecido mamário pelo aumento do suprimento de sangue e linfa

MAMAS



- Saída/ejeção: níveis elevados de ocitocina pela contratilidade uterina durante o TP estimulam a descida do leite
- Este efeito é reduzido na cesariana e ampliado se a mama for estimulada na 1ª hora após o nascimento, pelo reflexo de sucção

OVULAÇÃO E MENSTRUAÇÃO

- Depende da duração ou da manutenção da lactação, sendo mais rápidas nas não lactantes
- Não lactantes: a menstruação retorna entre 7-9 semanas após o parto, e a ovulação pode retornar entre 25 a 75 dias
- Lactantes: menstruação retorna após 12 semanas juntamente com a ovulação em 25% das mulheres, a depender da frequência do aleitamento (se exclusivo ou não)
- *A ovulação pode ocorrer antes da menstruação, mesmo em lactantes*

ATENÇÃO!

Cuidado de Enfermagem à puérpera lactante

- Tipos de leite: colostro, leite de transição, leite maduro
- Apojadura
- Manejo do cuidado diante das principais dificuldades do aleitamento materno



ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS NO PUERPÉRIO



HEMORRAGIAS

- Prevalentes nas primeiras horas após o parto; causadas por atonia uterina, lacerações, retenção placentária
- São eventos geralmente graves; uma das três principais causas de mortalidade materna
- Exigem cuidados rápidos e resolutos
- Ao contrário de outras complicações, na maioria das vezes não são evitáveis

HEMORRAGIAS: alterações protetoras



- Diminuição do tempo de coagulação e aumento da agregação plaquetária: fatores de coagulação e fibrinogênio aumentam
- Fibrinogênio cai para nível mínimo durante o TP e no 1º dia de puerpério. Depois volta a subir: reduz o risco de tromboembolismo

HEMORRAGIAS: alterações protetoras

- Eritrócitos: produção rápida de 30-40%, dependendo da reposição de ferro
- Volume sanguíneo: 40-50%, a partir da 12ª semana
- Com mais plasma do que de eritrócitos: 1000ml de plasma para 500ml de eritrócitos

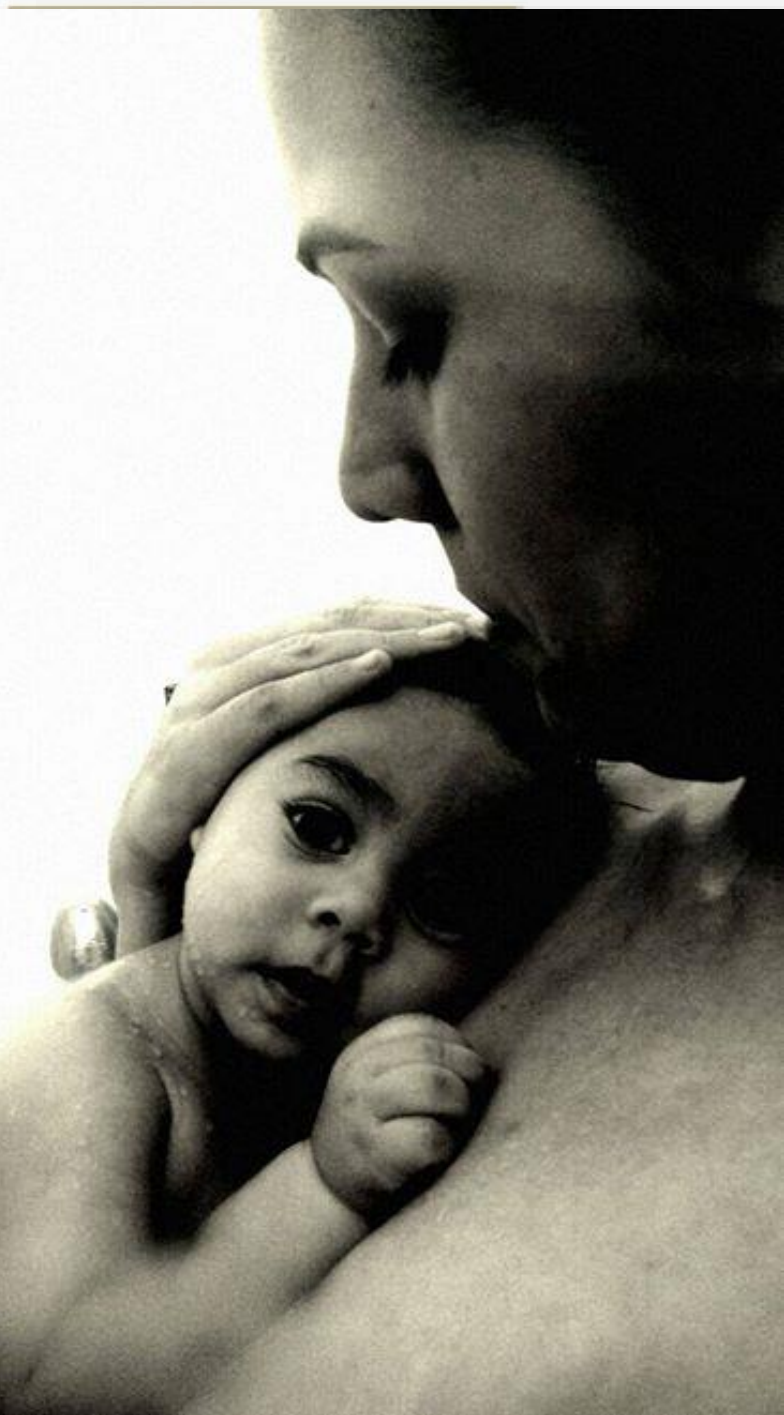
FALHAS NAS ADAPTAÇÕES LOCAIS NO PÓS-PARTO



- **SUBINVOLUÇÃO**
- **ATONIA**
- **HIPOTONIA UTERINA:**
 - útero com falha na contratilidade, fracasso em retornar ao estado não-gravídico e em colaborar com a hemostase

FALHAS NAS ADAPTAÇÕES LOCAIS NO PÓS-PARTO

- **RETENÇÃO PLACENTÁRIA/ANEXOS FETAIS:** retenção ou retardo na expulsão da placenta, de restos placentários
- Sinais: útero pouco contraído, volumoso, localizado acima da cicatriz umbilical, sangramento genital acentuado e contínuo, que pode evoluir para o choque hipovolêmico
- Útero não forma um bom globo de segurança de Pinard
- **LACERAÇÕES NO CANAL DE PARTO**



INFECÇÃO PUERPERAL

- Clínica: febre => 38°C (exceto nas primeiras 24h, ou acima de 38,3), dor abdominal/pélvica, loquiação fétida, purulenta, com fluxo ausente ou aumentado, útero doloroso à palpação, subinvoluído e hipotônico, incisão cirúrgica ou sutura perineal com sinais flogísticos

INFECÇÃO PUERPERAL

- Risco aumentado: excesso de toques vaginais durante o trabalho de parto, ruptura precoce de membranas, lacerações do canal de parto, episiorrafia, cesariana
- As bactérias migram da vagina, colo, ânus
- Pode se estender ao endométrio e tornar-se sepse
- A endometrite é a principal causa, com bactérias aeróbicas e anaeróbicas, principalmente por estreptococos A (1-2dias), Escherichia coli (3-4)

INFECÇÃO PUERPERAL



- Parto normal: 1-3%
- Cesariana eletiva: 5-15%
- Cesariana em trabalho de parto: 30-35%

INFECÇÃO PUERPERAL

- **Parametrite** é uma complicação, com infecção ampliada até o ligamento largo, após a primeira semana de pós-parto; seguida da peritonite, com quadro de febre alta (40°C), dor abdominal intensa, inclusive nas fossas ilíacas, íleo paralítico, oligúria
- Pode haver uma evolução para deiscência e evisceração (em cesariana)
- Tratamento: farmacológico/antibióticos, principalmente clindamicina e metronidazol

Deiscência e evisceração (em cesariana)



COMPLICAÇÕES TROMBOEMBÓLICAS

- Formação de um trombo num vaso com reação inflamatória (vasculite), que pode começar como um tromboembolismo aparentemente benigno, ou complicar
- A gravidez aumenta o risco pela elevação dos fatores de coagulação e da tríade de Virchow: estase-lesão vascular-hipercoagulabilidade
- É agravada pela não-deambulação no pós-parto, o que causa estase sanguínea



COMPLICAÇÕES TROMBOEMBÓLICAS

- **TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL (flebite):** inflamação, formação de coágulo e obstrução do fluxo no sistema venoso superficial, geralmente das safenas
- **TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP):** ocorre nas veias profundas da perna, podendo estender-se para pés e região ileofemural
- **EMBOLIA:** complicação da TVP quando um coágulo ou parte dele se desprende (êmbolo) e é levado pelo sistema circulatório alojando-se em alguma artéria e ocluindo-a; geralmente no pulmão; é fatal

COMPLICAÇÕES TROMBOEMBÓLICAS

TODAS AS COMPLICAÇÕES SÃO MAIS FREQUENTES EM CESARIANAS



COMPLICAÇÕES TROMBOEMBÓLICAS

- Clínica das trombozes: edema unilateral, hiperemia e dor no membro afetado
- Fatores de risco: deambulação tardia, história anterior, varizes, obesidade, idade materna acima de 35 anos, diabetes, cesariana
- Tratamento: antiinflamatórios, principalmente ibuprofeno, repouso e elevação do membro, meias elásticas de compressão
- Terapia anticoagulante (heparina, warfarina), exames de contagem de plaquetas
- Cuidados: monitorizar sangramentos mínimos (petéquias, púrpuras)

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)



TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP): avaliação no puerpério



- Sinal de Homans (Homan/Holmans): dor na panturrilha durante a dorsiflexão do pé sobre a perna
- Sinal de Bandeira: ao mobilizar as duas panturrilhas, a acometida apresenta menor mobilidade
- Sinal de Bancroft: dor na musculatura da panturrilha à palpação

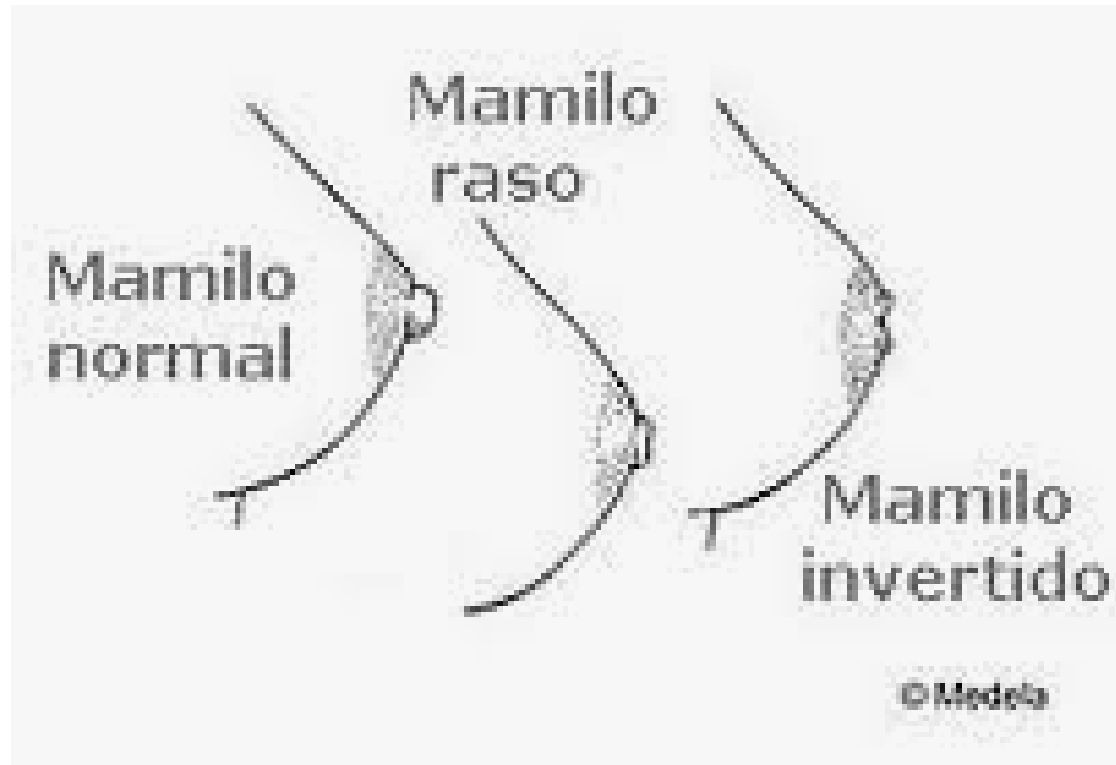
PATOLOGIAS DA LACTAÇÃO



MASTITE

- Infecção nas mamas: *Staphylococcus aureus*, *estreptococo do grupo A ou B*, *Escherichia coli* e *bacteroides sp.*
- Início: fissuras ou rachaduras nos mamilos; porta de entrada para a árvore galactófora
- Risco aumentado: ingurgitamento mamário e mamilos não favoráveis à amamentação devido à estase
- Clínica: febre alta (39-40°C), mal estar, dor, edema, eritema e hipertermia locais, podendo ser unilateral
- Grave quando inicia-se um abscesso, podendo evoluir para sepse

Tipos de mamilo



INGURGITAMENTO



MASTITE



Figura 1 - Mastite puerperal, do tipo glandular, com envolvimento de toda a glândula mamária, segundo a classificação de Vinha¹¹.

MASTITE

- Tratamento medicamentoso: cefalosporinas por 7 a 10 dias. Não interferem na amamentação
- Esvaziamento da mama
- Se abscesso mamário grave: abertura cirúrgica, drenagem e antibioticoterapia EV (cefazolina ou oxacilina)
- Se associada à hipergalactia incontrolável e grave abscesso: pode ser necessária a inibição medicamentosa da lactação, principalmente em mamas com mamilos invertidos, pelo risco de sepse: cabergolina, bromocriptina ou lisurida, de 2 a 14 dias. *Esta conduta questionável e extrema*

SAÚDE MENTAL DA MULHER NO PUERPÉRIO



- As demandas familiares, sociais e biológicas devido à chegada de um novo membro, bem como a queda de hormônios, são as causas das alterações psíquicas provenientes desse período

Questões importantes do puerpério: saúde mental

- Avaliar condições emocionais/psíquicas
- Realizar comunicação terapêutica e escuta ativa
- Oferecer apoio emocional. Se necessário, encaminhar para psicólogo ou psiquiatra



SAÚDE MENTAL DA MULHER NO PUERPÉRIO

- O puerpério é um período de elevação do estresse psicológico, aumentando o risco de doença mental
- 10-15% das mulheres desenvolvem depressão até 6 meses após o parto
- Risco aumentado para doença psicótica tipo maníaco-depressiva em mulheres com predisposição
- *Blues* puerperal: estado transitório de reatividade emocional comum em 50% das puérperas, cerca de 1-2 semanas após o parto, com melancolia, insônia, instabilidade emocional e afetiva, crise de choro, ansiedade, irritabilidade, deficit de concentração



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- Cada fase do puerpério exige um plano de cuidados específico, de acordo com as necessidades da mulher, do RN e da família
- Ações na atenção básica: visita domiciliar à puérpera – exigência do Ministério da Saúde para a Estratégia de Saúde da Família
- A adequada assistência no puerpério contribui para evitar a mortalidade materna: hemorragias e infecções no pós-parto

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO 4º PERÍODO (GREENBERG)

- Monitorizar a mulher durante as primeiras horas, pelo risco maior de intercorrências, tais como hemorragias
- Condições do períneo: hematomas, episiorrafia
- Distúrbios tromboembolíticos: fazer teste de sinais
- Evitar deambulação logo após o parto: instabilidade da pelve
- Oferecer alimentos em dieta livre
- Hidratar por via oral
- Estimular o aleitamento materno, educando, ajudando, promovendo
- Se calafrios e tremores, aquecer a mulher com cobertor
- Monitorar a temperatura

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS PARTO IMEDIATO E MEDIATO

- Manter mãe e filho em alojamento conjunto
- Monitorizar os sinais vitais e os sistemas vitais maternos, identificando rapidamente qualquer alteração
- Promover o aleitamento materno
- Promover deambulação precoce; seguir a regra 6 e 12h em caso de cesariana, principalmente pós raqui
- Monitorar especialmente sangramento transvaginal e temperatura
- Apoiar e permitir a participação da família, permitindo um acompanhante

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS PARTO IMEDIATO E MEDIATO

- Estimular o banho de chuveiro
- Cuidados com a ferida cirúrgica no pós cesárea: curativo breve
- Uso de sutiã forte e firme: mamas sempre suspensas, tipo porta-seios
- Avaliar involução uterina e ferida cirúrgica
- Inspeccionar região perineal: edema, equimoses e hematomas; aplicar compressa fria
- Avaliar lóquios: cor, odor, volume
- Pesquisar sinais de trombose venosa

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS PARTO IMEDIATO E MEDIATO

- Antes da alta, investigar:
 - tipo sanguíneo materno: imunoglobulina anti-D nas primeiras 72h
 - resultado do VDRL, que se positivo, iniciar o tratamento no hospital
 - sorologia para HIV
- Orientar sobre contracepção para o final do puerpério, de preferência com a presença do parceiro
- Puérperas sem detecção de anormalidades recebem alta após 24 horas; nas cesáreas com 48 horas

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO TARDIO

- Revisão puerperal: do 7 ao 10º dia de puerpério, em unidade básica de saúde; e/ou entre 30-42 dias de pós-parto
- Neste período manter o incentivo e o apoio ao aleitamento materno
- Orientar sobre cuidados com a criança
- Levantar novamente o tema sobre planejamento familiar

Fim...

