

TO 145

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FATORES DE RISCO PARA ENDOMETRITE PUERPERAL

AUTOR:
DOUTORANDO RAMON TARTARI

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1996

1996

DOUTORANDO RAMON TARTARI



FATORES DE RISCO PARA ENDOMETRITE PUERPERAL

TRABALHO DE CONCLUSÃO
DE CURSO DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA

Orientador:

Dr. LUIZ FERNANDO SOMACAL

FLORIANÓPOLIS - SC

ÍNDICE

SUMMARY.....	iv
RESUMO.....	v
INTRODUÇÃO.....	1
MATERIAIS E MÉTODOS.....	3
RESULTADOS.....	5
DISCUSSÃO.....	14
CONCLUSÃO.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	19

SUMMARY

This case-control study was accomplished on Carmela Dutra Maternity of Florianópolis - Santa Catarina, Between January 1989 to January 1996.

We studied 80 puerperal women distributed in 2 groups like follow:

The first group comprised 40 women with clinically evident endometritis.

The second group comprised 40 women with normal puerperal evolution.

The objective of this study was determine risk factors for puerperal endometritis.

We compared this groups among themselves and observed that endometritis after vaginal delivery was found most frequently in those patients with irregular antenatal care, membranes ruptured more than 6 hours, duration of labor more than 8 hours, multiples vaginal examinations, especially after rupture of membranes and excessive blood loss.

RESUMO

Este trabalho refere-se a um estudo caso-controle realizado na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis - SC.

A população estudada foi o conjunto de puérperas selecionadas no período de janeiro de 1989 a janeiro de 1996, e divididas em dois grupos como segue: o primeiro constituído por 40 puérperas que desenvolveram endometrite puerperal clínica e laboratorialmente confirmados; o segundo constituído por 40 puérperas com evolução pós-parto normal.

Neste estudo comparamos os grupos entre si e obtivemos diferenças estatisticamente significativas concernentes a alguns fatores de risco associados a endometrite pós-parto vaginal como segue: acompanhamento pré-natal irregular, membranas rotas por mais de 6 horas, duração do trabalho superior a 8 hs, múltiplos toques vaginais, especialmente após rotura das membranas e perda sanguínea excessiva.

INTRODUÇÃO

No passado, antes da instituição de medidas antissépticas, bem como, do advento da antibioticoterapia, a endometrite constituía-se em entidade nosológica temível em virtude da alta mortalidade.

Bons progressos no controle desta enfermidade só foram obtidos após a descoberta de que a infecção puerperal era causada pelos médicos que a transferiam de uma paciente para outra (HOLMES, 1843), e que isto poderia ser evitado pela lavagem das mãos com solução antisséptica (SEMMELWEIS, 1847)⁽¹⁷⁾.

O advento da era dos antibióticos não se constituiu em solução final, embora tenha contribuído em muito na redução das taxas de morbimortalidade. Quando usados de maneira profilática nas pacientes de alto risco podem impedir o desenvolvimento da enfermidade puerperal em pelo menos metade dos casos⁽¹⁵⁾.

Atualmente, a endometrite é conceituada como infecção do trato genital localizada no sítio de implantação placentário, sendo a principal causa de morbidade puerperal, a qual foi definida pelo JOINT COMMITTEE ON MATERNAL WELFARE como temperatura superior a 38°C durante 2 dias quaisquer dos primeiros 10 dias pós-parto, excluídas as primeiras 24 horas^(15,4).

É de conhecimento médico geral que além das infrações às regras assépticas e antissépticas estabelecidas, existe uma série de outros fatores

de risco para o desenvolvimento de endometrite puerperal, alguns ainda não muito bem documentados, outros largamente registrados como: parto cesáreo, trabalho de parto prolongado, ruptura prematura das membranas e múltiplos toques vaginais.

A incidência de endometrite puerperal varia entre os vários serviços de saúde, bem como de acordo com o status sócio-econômico da paciente. Números precisos são difíceis de determinar em consequência do critério utilizado para seu diagnóstico, bem como, em decorrência dos casos paucisintomáticos subdiagnosticados.

Diante do reconhecimento da importância em se identificar os principais indicadores de risco para o desenvolvimento de endometrite puerperal e suas consequências, decidimos realizar um estudo que contribua para o reconhecimento sistematizado das relações de tais fatores com a morbidade infecciosa pós-parto vaginal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizamos um estudo caso-controle selecionando 80 puérperas submetidas a parto vaginal na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis - SC, no período de 1989 a 1996. A população amostral foi dividida em dois grupos como segue: grupo A (amostragem de 40 puérperas que desenvolveram endometrite puerperal pós-parto vaginal, clínica e laboratorialmente diagnosticado, e que resultou em internação hospitalar); grupo B amostragem de 40 puerperas que apresentaram evolução clínica puerperal normal sem qualquer intercorrência.

Como fonte de informações utilizamos o arquivo médico e o livro de consultas de onde obtivemos os seguintes dados: nome da paciente, tipo de parto ao qual foi submetida, sinais e sintomas e data de internação decorrentes da enfermidade puerperal aqui estudada.

Para o estudo cadastramos as seguintes variáveis: número de registro, idade materna, número de partos anteriores, regularidade das consultas pré-natais, duração do trabalho de parto, duração da ruptura de membranas, número total de toques vaginais, número de toques vaginais pós rotura das membranas e grau de sangramento.

Distribuímos as variáveis em 2 grupos, adotando os seguintes critérios sugeridos por ampla revisão bibliográfica:

1. Para a idade materna: idade inferior a 25 anos e idade superior a 25 anos, considerando o primeiro como intervalo de risco;

2. Para o número de partos prévios: número igual ou superior a 3 e número inferior a 3, considerando o primeiro como intervalo de risco;
3. Para o acompanhamento pré-natal: acompanhamento irregular e acompanhamento regular, considerando o primeiro como fator de risco;
4. Para a duração do trabalho de parto: duração igual ou superior a 8 horas e duração inferior a 8 horas, sendo o primeiro considerado intervalo de risco;
5. Para o tempo de rotura das membranas: tempo igual ou superior a 6 horas e tempo inferior a 6 horas, considerando o primeiro como intervalo de risco;
6. Para o número total de toques vaginais: número igual ou superior a 6 e número inferior a 6, sendo o primeiro considerado fator de risco;
7. Para o número de toques vaginais após rotura das membranas: número igual ou superior a 3 e número inferior a 3, sendo o primeiro um indicador de risco;
8. Para o sangramento: sangramento moderado a grave e sangramento leve ou fisiológico, considerando o primeiro como fator de risco.

As puérperas estudadas foram rigorosamente selecionadas sendo excluídas de nosso estudo:

1. Casos de endometrite pós abortamento;
2. Uso de antibioticoterapia profilática;
3. Casos de endometrite puerperal que não resultaram em internação;
4. Carência de dados diagnósticos clínicos e ou laboratoriais;
5. Casos de endometrite pós-parto cesáreo;
6. Gestantes com vaginose bacteriana diagnosticada;
7. Qualquer outra variável de confusão.

Os resultados serão expressados na forma de gráficos ou tabelas, para demonstrar a frequência de cada variável no grupo caso e no grupo controle. Para as análises estatísticas utilizamos as medidas de tendência central (média, mediana e moda), o desvio padrão e os valores de p e odds ratio.

RESULTADOS

No grupo A, 20 puérperas (50,0%) apresentaram idade inferior a 25 anos e 20 puérperas (50,0%) apresentaram idade superior a 25 anos. A idade mínima foi 16 anos e a máxima 39 anos. A média foi 25,47 anos com desvio padrão 6,53 anos, a mediana 24 anos e a moda 22 anos.

No grupo B, 15 puérperas (37,5%) apresentaram idade inferior a 25 anos e 25 puérperas (62,5%) apresentaram idade superior a 25 anos. A idade mínima foi 15 anos e a máxima 33 anos. A média foi 25,00 anos com desvio padrão de 4,71 anos, a mediana 26 anos e a moda 26 anos.

A proporção de exposição ao fator de risco foi de 50,0% no Grupo A e 37,5% no grupo B ($p=0,26$ e odds ratio= 1,67 [0,68-4,06]).

Não houve diferença estatística significativa entre os grupos.

TAB I. Idade e endometrite puerperal

Grupo	A	B
Idade	n.º	n.º
até 25	20 (50,0%)	15 (37,5%)
acima de 25	20 (50,0%)	25 (62,5%)
Total	40 (100,0%)	40 (100,0%)

Fonte: SAME.

$p > 0,05$

No grupo A, 12 puérperas (30,0%) apresentaram número de partos igual ou superior a 3 e 28 puérperas (70,0%) apresentaram número de partos inferior a 3. O número mínimo de partos foi 1 e o máximo 6. A média foi 1,95 com desvio padrão de 1,20, a mediana 1,50 e a moda 1,00.

No grupo B, 13 puérperas (32,5%) apresentaram número de partos igual ou superior a 3 e 27 puérperas (67,5%) apresentaram número de partos inferior a 3. O número mínimo de partos foi 1 e o máximo 4. A média foi 2,02 com desvio padrão de 0,92, a mediana 2,00 anos e a moda 1,00.

A proporção de exposição ao fator de risco foi de 30,0% no grupo A e 32,5% no grupo B ($p=0,81$ e odds ratio= 0,89 [0,35-2,29]).

Não houve diferença estatística significativa entre os grupos.

TAB II. Número de partos prévios e endometrite puerperal.

Grupo	A	B
Partos	n. %	n. %
menor que 3	28 (70,0%)	27 (67,5%)
maior ou igual a 3	12 (30,0%)	13 (32,5%)
Total	40 (100,0%)	40 (100,0%)
Fonte: SAME		$p > 0,05$

No grupo A, 32 puérperas (80,0%) apresentaram líquido amniótico claro com grumos e 08 puérperas (20,0%) apresentaram líquido amniótico meconial.

No grupo B, 33 puérperas (82,5%) apresentaram líquido amniótico claro com grumos e 07 puérperas (17,5%) apresentaram líquido amniótico meconial.

A proporção de exposição ao fator de risco foi de 20,0% no grupo A e 17,5% no grupo B ($p = 0,77$ e odds ratio = 1,18 [0,38-3,63]).

Não houve diferença estatística significativa entre os grupos.

TAB III. Líquido amniótico e endometrite puerperal

Grupo	A	B
L.A.	n. %	n. %
Claro com grumos	32 (80,0%)	33 (82,5%)
Meconial	08 (20,0%)	07 (17,5%)
Total	40 (100,0%)	40 (100,0%)
Fonte: SAME		$p > 0,05$

No grupo A, 16 puérperas (40,0%) não fizeram pré-natal e 24 puérperas (60,0%) o fizeram.

No grupo B, 05 puérperas (12,5%) não realizaram pré-natal e 35 puérperas (87,5%) o realizaram.

A proporção de exposição ao fator de risco foi de 40,0% no grupo A e 12,5% no grupo B ($p = 0,005$ e odds ratio = 4,67 [1,51 - 14,46]).

Houve diferença estatística significativa entre os grupos.

TAB IV. Pré-natal e endometrite puerperal

Grupo	A	B
Pré-natal	n. %	n. %
Sim	24 (60,0%)	35 (87,5%)
Não	16 (40,0%)	05 (12,5%)
Total	40 (100,0%)	40 (100,0%)
Fonte: SAME		$p < 0,05$

No grupo A, 26 puérperas (65,0%) tiveram sangramento fisiológico e 14 puérperas (35,0%) tiveram sangramento excessivo.

No Grupo B, 35 puérperas (87,5%) tiveram sangramento fisiológico e 05 puérperas (12,5%) tiveram sangramento excessivo.

A proporção de exposição ao fator de risco foi de 35,0% no grupo A e 12,5% no grupo B ($p = 0,018$ e odds ratio = 3,77 [1,21 - 11,79]).

Houve diferença estatística significativa entre os grupos.

TAB V. Sangramento e endometrite puérperal.

Grupo	A	B
Sgto	n. %	n. %
Fisiológico	26 (65,0%)	35 (87,5%)
Excessivo	14 (35,0%)	05 (12,5%)
Total	40 (100,0%)	40 (100,0%)

Fonte: SAME

$p < 0,05$

No grupo A, 23 puérperas (57,5%) apresentaram duração do trabalho de parto igual ou superior a 8 horas e 17 puérperas (42,5%) inferior a 8 horas. O mínimo de horas foi 3 e o máximo 20. A média foi de 8,42 horas com desvio padrão de 3,88 horas, a mediana 8,00 e a moda 8,00.

No grupo B, 05 puérperas (12,5%) apresentaram duração do trabalho de parto igual ou superior a 8 horas e 35 puérperas (87,5%) inferior a 8 horas. O mínimo de horas foi 3 e o máximo 12. A média foi de 5,35 horas com desvio padrão de 1,93 horas, a mediana 5,00 e a moda 5,00.

A proporção de exposição ao fator de risco de 57,5% no grupo A e 12,5% no grupo B ($p= 0,000024$ e odds ratio= 9,47 [3,07-29,24]).

Houve diferença estatística significativa entre os grupos.

TAB VI. Duração do trabalho de parto e endometrite puerperal.

Grupo	A	B
Duração	n. %	n. %
maior ou igual a 8 hs	23 (57,5%)	05 (12,5%)
menor que 8 hs	17 (42,5%)	35 (87,5%)
Total	40 (100,0%)	40 (100,0%)
Fonte: SAME		$p < 0,05$

No grupo A, 25 puérperas (62,5%) apresentaram tempo de rotura das membranas igual ou superior a 6 horas e 15 puérperas (37,5%) apresentaram tempo inferior a 6 horas. O tempo mínimo foi de 1 hora e o máximo de 72 horas. A média foi 9,12 horas com desvio padrão de 14,07, a mediana 7,00 horas e a moda 8,00 horas.

No grupo B, 08 puérperas (20,0%) apresentaram tempo de rotura das membranas igual ou superior a 6 horas e 32 puérperas (80,0%) apresentaram tempo inferior a 6 horas. O tempo mínimo foi de 0 hora e o máximo de 10 horas. A média foi de 2,47 com desvio padrão de 2,77, a mediana 1,00 e a moda 1,00.

A proporção de exposição ao fator de risco foi de 62,5% no grupo A e 20,0% no grupo B ($p = 0,0001$ e odds ratio = 6,67 [2,44-18,21]).

Houve diferença significativa entre os grupos.

TAB VII. Duração da rotura das membranas e endometrite puerperal.

Grupo	A	B
Duração	n. %	n. %
maior ou igual a 6 hs	25 (62,5%)	08 (20,0%)
menor que 6 hs	15 (37,5%)	32 (80,0%)
Total	40 (100,0%)	40 (100,0%)

Fonte: SAME

$p < 0,05$

No Grupo A, 15 puérperas (37,5%) foram submetidas a número de toques vaginais igual ou superior a 6 e 25 puérperas (62,5%) foram submetidas a número inferior a 6. O número mínimo de toques foi 3 e o máximo 9. A média foi de 5,3 com desvio padrão de 1,4, a mediana 5,00 e a moda 4,00.

No grupo B, 03 puérperas (07,5%) foram submetidas a número de toques vaginais igual ou superior a 6 e 37 puérperas (92,5%) foram submetidas a número inferior a 6. O número mínimo de toques foi 2 e o máximo 6. A média foi de 3,27 com desvio padrão de 1,22 a mediana 3,00 e a moda 2,00.

A proporção de exposição ao fator de risco foi de 37,5% no grupo A e 07,5% no grupo B ($p = 0,001$ e odds ratio = 7,40 [1,94-28,25]).

Houve diferença significativa entre os grupos.

TAB VIII. Número total de toques vaginais e endometrite puerperal.

Grupo	A	B
Toques	n. %	n. %
maior ou igual a 6	15 (37,5%)	03 (07,5%)
menor que 6	25 (62,5%)	37 (92,5%)
Total	40 (100,0%)	40 (100,0%)
Fonte: SAME		$p < 0,05$

No grupo A, 29 puérperas (72,5%) foram submetidas a número de toques vaginais pós rotura das membranas igual ou superior a 3 e 11 puérperas (27,5%) foram submetidas a número inferior a 3. O número mínimo de toques foi 0 e o máximo 8. A média foi de 3,5 com desvio padrão de 1,48, a mediana 4,00 e a moda 4,00.

No grupo B, 01 puérpera (02,5%) foi submetida a número de toques vaginais pós rotura das membranas igual ou superior a 3 e 39 puérperas (97,5%) foram submetidas a número inferior a 3. O número mínimo de toques foi 0 e o máximo 3. A média foi de 1,17 com desvio padrão de 0,81, a mediana 1,00 e a moda 1,00.

A proporção de exposição ao fator de risco foi de 72,5% no grupo A e 02,5% no grupo B ($p = 0,00$ e odds ratio = 102,82[12,56-841,99]).

Houve diferença significativa entre os grupos.

TAB IX. Número de toques vaginais após rotura de membranas e endometrite puerperal.

Grupo	A	B
Toques	n. %	n. %
maior ou igual a 3	29 (72,5%)	01 (02,5%)
menor que 3	11 (27,5%)	39 (97,5%)
Total	40 (100,0%)	40 (100,0%)
Fonte: SAME		$p < 0,05$

DISCUSSÃO

Os relatos de que a baixa idade, especialmente em adolescentes, confere maior risco de endometrite pós-parto vaginal ou cesáreo são encontrados em ampla bibliografia ^(10,11,30). Alguns estudos relatam que mais de 65% dos casos de endometrite ocorrem nas puérperas com menos de 25 anos ⁽²¹⁾, e que este fato deve-se a diferenças peculiares encontradas na flora cérvico-vaginal das adolescentes que apresentam grande número de parceiros sexuais e maiores índices de doenças sexualmente transmissíveis ⁽¹⁹⁾.

Em nosso estudo, encontramos valor não superior a 50% entre os casos e 37,5% no grupo controle, não reproduzindo o que encontramos na maioria das referências.

No que tange ao número de partos prévios existem estudos contraditórios. Alguns relatam maior ocorrência da enfermidade entre primíparas ⁽²¹⁾, outros entre multíparas.

Em nosso estudo, não encontramos diferenças significantes e, por isso, acreditamos que o desenvolvimento de infecção puerperal está vinculado a outros fatores que não o número de partos.

Estudos também são controversos quanto ao aspecto do líquido amniótico e sua correlação com a enfermidade. Alguns relatam que o líquido meconial serve como meio de cultura para microorganismos causadores da endometrite.

Em nosso estudo, o número de casos de líquido amniótico meconial foi praticamente igual entre os grupos levando a crer que o aspecto meconial do líquido não é fator coadjuvante no desenvolvimento de endometrite puerperal. Isto só não é verdade quando existe contaminação bacteriana do líquido ^(15, 13). Reproduzindo os estudos de ⁽²¹⁾ encontramos diferenças estatísticas significantes entre os grupos com relação ao acompanhamento pré-natal. Entre os casos de endometrite 40,0% não realizaram corretamente o pré-natal, e entre os controles apenas 12,5%.

O pré-natal é de suma importância não só para garantir uma gestação sem intercorrências evitáveis para o binômio mãe-feto, como também, para assegurar melhores condições durante o parto e evolução puerperal favorável. É fundamental não só no sentido de se prevenir ou tratar corretamente problemas do ciclo gravídico-puerperal, mas também, no sentido de instruir a gestante e seus familiares, fornecendo-lhes todas as informações e aporte psicológico necessário. As infrações aos cuidados antenatais e a não realização do pré-natal podem resultar em desfecho catastrófico para o binômio mãe-feto em decorrência do diagnóstico tardio e algumas vezes da irreversibilidade do problema apresentado.

Trabalhos de ^(9, 35, 36) entre muitos outros relatam que a perda sanguínea aguda excessiva com queda substancial dos níveis de hematócrito, especialmente quando associado a anemia prévia, conferem maior risco para desenvolvimento de endometrite, pois resultam em queda dos mecanismos imunológicos de defesa do hospedeiro.

Em nosso estudo cerca de 35,0% dos casos de endometrite estiveram associados a sangramento excessivo, contrastando com apenas 12,5% dos casos de puerpério normal. A hemorragia pós-parto foi encontrada em algumas situações imediatamente após dequitação por hipotonia uterina, especialmente entre as múltíparas e nos trabalhos de parto prolongado por

exaustão uterina. Entretanto, o maior número de hemorragia pós parto ocorreu em decorrência da permanência de restos membrano-placentários na cavidade uterina. Tais restos, servem também como meio de cultura para a proliferação de microorganismos responsáveis pela endometrite ⁽³⁶⁾.

O prolongamento do trabalho de parto esta envolvido na gênese da endometrite puerperal porque aumenta a probabilidade de ascensão de bactérias cérvico-vaginais à cavidade uterina ^(25,22,19,36,15).

Em nosso estudo observamos que 57,5% das puérperas com endometrite tiveram trabalho de parto prolongado, ao passo que apenas 12,5% do grupo controle apresentou trabalho de parto maior ou igual a 8 horas.

Esta condição não só aumenta a probabilidade de contaminação da cavidade uterina via ascendente como também é responsável indiretamente por maior número de toques vaginais e exaustão física da paciente.

As referências em consenso incriminam a duração prolongada da rotura das membranas como um dos principais fatores na gênese da infecção, especialmente quando associada a múltiplos toques vaginais ^(25, 9, 11, 4, 19, 36, 15, 28). Desfeita a barreira as bactérias ascendem ou são implantadas por meio do toque na cavidade âmnic predispõdo infecção.

Em nosso estudo, reproduzindo o encontrado em ampla literatura, observamos que mais de 60,0% das puérperas com endometrite tiveram rotura precoce, ao passo que apenas 20,0% no grupo controle a apresentaram.

O número de toques vaginais é outra variável em relação a qual a literatura é unânime. Vários estudos descrevem múltiplos toques vaginais, especialmente os realizados pós rotura das membranas, como cofator na gênese da endometrite puerperal ^(25, 4, 19, 21, 27).

Em nosso estudo, múltiplos toques, com ênfase para os realizados após rotura das membranas, tiveram íntima relação com a ocorrência de puerpério patológico.

Com base em ampla revisão e em nossos estudos podemos salientar que o desenvolvimento de endometrite puerperal depende do valor numérico de bactérias que atingem a cavidade uterina e de sua virulência, bem como, do déficit de defesas imunológicas do hospedeiro. Para isto, contribuem agindo sinergicamente: o acompanhamento pré-natal irregular, a duração prolongada do trabalho de parto e da rotura de membranas, o número exacerbado de toques vaginais, a hemorragia pós parto e a exaustão física da paciente.

Embora não aludidos em nosso estudo, contudo registrado na literatura, salientamos que a vaginose bacteriana perinatal^(34, 5, 31, 37) e o parto cesáreo especialmente com remoção manual da placenta e exteriorização do útero para reparo^(35,7) são importantes fatores de risco para endometrite.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos por meio deste estudo permitem concluir que:

1. Não observamos correlações estatísticas entre baixa idade materna e maior risco de endometrite;
2. Em relação ao número de partos prévios não encontramos diferenças estatisticamente importantes entre o grupo A (casos) e o grupo B (controles);
3. O aspecto meconial do líquido amniótico não potencializa o risco de endometrite puerperal;
4. Observamos correlação estatística importante entre a não realização do pré-natal e maior ocorrência de morbidade puerperal infecciosa;
5. O sangramento excessivo potencializa o risco de endometrite puerperal;
6. Quanto maior a duração do trabalho de parto tanto maior o risco de endometrite;
7. A rotura prolongada das membranas revelou-se dos fatores que mais guardam relação com o desenvolvimento de endometrite puerperal;
8. Múltiplos toques vaginais, especialmente os realizados após rotura das membranas, guardam íntima correlação com maior ocorrência de endometrite no pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. PARKER K.M., EMBRY J.H; Fatal post cesarean endometritis: report of two Alabama cases; *Alabama Medicine*; vol 64; n° 10; pag 13-16; 1995 april.
2. BOSCH J., PERICOT A., AMOROS M., ROS R.; Puerperal endometritis study of 52 clinically and microbiologically diagnosed cases; *Enfermedades Infecciosas y Biología Clínica*; vol 13; n° 4; pag 203-208; 1995 april.
3. ORTIZ IBARRA F. J., FIGUEROA R.; Treatment of Puerperal Endometritis (letter); *Ginecología Obstetricia Mexico*; vol 63; pag 174; 1995 may.
4. HAMADEH G., DEDMON C., MOZLEY P.D.; Post partum fever, *Am. Fam. Physician*; vol 52; n° 2; pag 531-538; 1995 august.
5. BERGSTROM S., LIBOMBO A.; Low birthweight and post partum endometritis myometritis; *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*; vol 74; n° 8; pag 249-253; 1995 september.
6. PASTOREK J. G. 2nd; Post cesarean endometritis; *Comprehensive Therapy*; vol 21; n° 5; pag 249-253; 1995 may.
7. ELY JIM, RIJHSINGHANI A., BOWDLER N.C., DAWSON J. D.; The association between manual removal of the placenta and postpartum endometritis following vaginal delivery; *Obstetrics Gynecology*; vol

- 86; n° 6; pag 1002-1006; 1995 december.
8. LIBOMBO A., FOLGOSA E., BERGSTROM S., A case-control study on post cesarean endometritis - myometritis in Mozambique; *Gynecologic Obstetric Investigation*; vol 39; n° 3; pag 180-185; 1995.
 9. LITTA P., VITA P., KONISH TOFFOLI J., ONNIS G.L.; Risk factors for complicating infections after cesarean section; *Clinical Experimental Obstetric Gynecology*; vol 22; n° 1; pag 71; 1995.
 10. MAGEE K.P., BLANCO J.M., GRAYHAM J.M. RAYBUM C., PRIEN S.; Endometritis after cesarean the effect of age; *American J. of Perinatology*; vol 11; n° 1; pag 24-26; 1994 january.
 11. SUONIO S., HUTTUNEN M.; Puerperal endometritis after abdominal twin delivery; *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*; vol 73; n° 4; pag 313-315; 1994 april.
 12. LIBOMBO A., FOLGOSA E., BERGSTROM S.; Risk factors in puerperal endometritis myometritis an incident case referent study; *Gynecologic Obstetric Investigation*; vol 38; n° 3; pag 198-205; 1994.
 13. POKA R., LAMPE L., Microinvasion of the amniotic cavity increases the risk of post cesarean section endometritis (letter, comment); *Am. J. Obstetrics Gynecology*; vol 168; n°1 pt 1; pag 275-276; 1993 january.
 14. SOPER D. E.; Infections following cesarean section; *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*; vol 5; n° 517-520; 1993 august.
 15. MONGA M., OSHIRO B. T.; Puerperal infections; *Seminars Perinatology*; vol 17; n° 6; pag 426-431; 1993 december.
 16. POTHINAM S., CHANPOO T., LUMBIGANON P.; Post cesarean section puerperal morbidity the incidence and risk factors a Srinagarina Hospital. *J. Medical Association Thailand*; vol 75; n° 3;

- pag 173-177; 1992 march.
17. BARROSO AGUIRRE J., FERNANDEZ CARROCERA L. A., TORRES RAMIREZ A., KARCHMER S.; Nosocomial infection during puerperium; *Ginecologia Obstetricia Mexico*; vol 60; pag 201-204; 1992 july.
 18. SMAILL F.; Antibiotic prophylaxis and cesarean section (editorial); *BR J Obstetrics Gynecology*; vol 99; n° 10; pag 789-790; 1992 october.
 19. FIGUEROA DAMIAN R., GALINDO SAINZ J., ARREDONDO GARCIA J.; Experience with the management of endometritis in the Instituto Nacional de Perinatologia; *Ginecologia Obstetricia Mexico*; vol 60; pag 272-276; 1992 october.
 20. CHAISILWATANA P., ROONGPISUTHIPONG A.; Causative organisms in puerperal infection; *J. Medical Association Thailand*; vol 74; n° 3; pag 159-161; 1991 march.
 21. ROONGPISUTHIPONG A., CHAISIL WATANA P., BHIRALEUS P.; Risk factors in puerperal infection; *J. Medical Association Thailand*; vol 74; n° 4; pag 187-191; 1991 april.
 22. KARIMOV Z.d., KHODZHAEVA R.K.H.; Endometritis after cesarian section mutually aggravating risk factors; *Akush. Gineko. Mosk*; n° 7; pag 51-54; 1991 july.
 23. WATTS D.H., KROHN M.A., HILLIER S.L., ESCHENBACH D.A.; Bacterial vaginosis as a risk factor for post cesarean endometritis; *Obstetrics Gynecology*; vol 75; n° 1; pag 52-58; 1990 january.
 24. NEWTON E. R., PRIHODA T. J., GIBBS R. S.; A clinical and microbiologic analysis of risk factors for puerperal endometritis, *Obstetrics Gynecology*; vol 75; n° 3 pt 1; pag 402-406; 1990 march.
 25. REZENDE, J.; *Obstetricia fundamental*, 6^a ed., Rio de Janeiro,

- Guanabara-Koogan, 1991.
26. CALHOUN B. C., BROST B.; Emergency management of sudden puerperal fever; *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*; vol 22; n° 2; pag 357-367; 1995 june.
 27. SUKCHAROEN N., VASURATNA A; Effects of digital cervical examinations, on duration of latency period, maternal and neonatal outcome in preterm premature rupture of membranes; *J. Med. Assoc. Thai.*; vol 79; n° 4; pag 203-209; 1993 april.
 28. OYARZUN E., GERMAIN A., LIRA F., OVALLE A., BERNIER L.; Premature membran rupture; *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*; vol 59; n° 3; pag 165-176; 1994.
 29. MARKOVITCH O., MAZOR M., SHOHAM-VARDI I., CHAIM W., LEIBERMAN J. R., GLEZERMAN M.; Meconium stained amniotic fluid is associated with maternal infections morbidity in preterm delivery; *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, vol 72; n° 7; pag 538-542; 1993 october.
 30. BERENSON A. B., HAMMILL H. A., MARTENS M. G., FARO S.; Bacteriologic findings of post-cesarean endometritis in adolescents; *Obstet. Gynecol.*; vol 75; n° 4; pag 627-729; 1990 april.
 31. ISMAIL M. A., PRIDJIAN G., HIBBARD J. U., HARTH C., MOAWAD A. A.; Significance of positive cervical cultures for chlamydia trachomatis in patients with preterm premature rupture of membranes; *Am. J. Perinatol*; vol 9; n° 56; pag 368-370; 1992 september-november.
 32. MONIF G. R.; Intrapartum bacteriuria and post partum endometritis; *Obstet. Gynecol*; vol 78; n° 2; pag 245-248; 1991 August.
 33. SELIGMAN S.A.; The lesser pestilence: non - epidemic puerperal fever; *Med. Hist.*; vol 35; n° 1; pag 89-102; 1991 january.

34. SPIEGEL C.A.; Bacterial vaginosis; Clin. Microbiol. Rev.; vol 4; n° 4; pag 485-502; 1991 october.
35. MAGANN E. F., WASH BURNE J. F., HARRIS R.L., BASS D., DUFF W. P., MORRISON J. C.; Infections morbidity. operative blood loss, and length of the operative procedure after cesarean delivery by method of placental removal and site of uterine repair.; J. Am. Coll. Surg.; vol 181; pag 517-520; 1995 August.
36. PIATO S.; Complicações no ciclo gravídico-puerperal; Rio de Janeiro; Editora Atheneu. 1995.
37. MCCOY M. C., KATZ U L., KULLER J. A., KILLAM A. P., LIVENGOOD C. H.; Bacterial vaginosis in pregnancy: an approach for the 1990.; Obstet. Gynecol. Surv., vol. 50; n° 6; pag 482-488; 1995 june.

Como chegar ao diagnóstico Pré-natal ?

* Melhorar

* Exatidão

TCC
UFSC
TO
0145

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0145

Autor: Tartari, Ramon

Título: Fatores de risco para endometrit



972804425

Ac. 254280

Ex.1 UFSC BSCCSM

É válido o profilático

Se pratica o fôlego de forma inadequada

- Diagnóstico tardio
- tempo de evasão
- Pivotti
- rebrucos
- monografia
- oeno