
FEBRE, INFECÇÕES

1ª edição: maio/2009

Próxima revisão prevista para maio/2011

Neste guia serão abordadas as infecções que podem acometer a mulher no período grávido puerperal, assim como aquelas infecções mais comuns do trato geniturinário feminino não associadas à gravidez.

Infecções comuns que também podem acometer a mulher, além daquelas do trato geniturinário, também serão abordadas.

Aborto séptico

Diagnóstico

A presença dos seguintes sintomas e sinais, em conjunto ou isoladamente, sugere fortemente o diagnóstico de aborto séptico: sangramento vaginal na primeira metade da gravidez (até 22 semanas), febre, dor no baixo ventre, dor abdominal de rebote, mal-estar, leucorréia com mau cheiro, descarga cervical purulenta, dor uterina à palpação ou mobilização. A presença de sangramento aumentado, dilatação cervical e/ou eliminação de restos ovulares, associado a febre, confirma o diagnóstico.

Tratamento

Medidas de suporte de acordo com a necessidade da paciente (ex. hidratação venosa) e antitérmicos.

Iniciar antibiótico logo que o diagnóstico for suspeitado:

Ampicilina 2 g IV cada 6 horas **mais**

Gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 horas **mais**

Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas **ou** Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas

Preparar paciente para realização de curetagem ou AMIU

Manter antibióticos até 48 horas afebril.

Corioamnionite

Diagnóstico

Em mulheres com mais de 22 semanas de gestação, a presença de febre, com ou sem calafrios, e pelo menos dois dos seguintes sinais: útero doloroso, odor vaginal desagradável, leucocitose > 15.000 células/ml, taquicardia materna > 100 bpm, taquicardia fetal > 160 bpm, afastadas outras causas de infecção, confirma o diagnóstico de corioamnionite.

Tratamento

Controlar febre com antitérmicos

Iniciar antibioticoterapia:

Ampicilina 2 g IV cada 6 horas **mais**

Gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 horas.

Em pacientes em trabalho de parto permitir evolução para parto espontâneo, com monitoração estrita das condições materno-fetais e realizar cesariana apenas por outras indicações obstétricas clássicas.

Em pacientes que não estão em trabalho de parto, o parto deve ser induzido de acordo com o guia de indução do parto.

Se o **parto for por via vaginal**, suspender antibióticos no pós-parto. Se for uma **cesariana**, continuar antibióticos e acrescentar Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas **ou** Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas até 48 horas afebril.

Infecções do trato urinário

Bacteriúria assintomática

A bacteriúria assintomática caracteriza-se pela presença de bactérias na urina sem sintomatologia específica. Todas as gestantes devem realizar uma cultura de urina no primeiro e terceiro trimestres da gravidez para se detectar a bacteriúria, tendo em vista a sua associação com o desenvolvimento posterior de pielonefrite e ocorrência de baixo peso ao nascer. A presença de > 100.000 unidades formadoras de colônias bacterianas por ml de urina confirma o diagnóstico. O tratamento é o mesmo para a cistite ou de acordo com a cultura e teste de sensibilidade.

Cistite

Caracteriza-se por disúria, polaciúria, urgência miccional, dor retropúbica, supra-púbica e abdominal. O diagnóstico laboratorial é dado pelo exame do sedimento urinário e pela cultura.

As opções terapêuticas podem ser em regimes de dose única, de curta duração ou longa duração. A escolha de um ou outro método dependerá do grau de comprometimento da paciente. Ver quadro abaixo.

Opções de tratamento para bacteriúria assintomática ou cistite

Dose única	Curta duração	Longa duração
Ampicilina 2,0 g VO Amoxicilina 3,0 g VO	Nitrofurantoína 100 mg VO de 6/ 6 horas por 3-5 dias Ampicilina 500 mg VO de 6/ 6 horas por 3-5 dias Amoxicilina 500 mg VO de 8/ 8 horas por 3-5 dias Cefalexina 500 mg VO de 6/ 6 horas por 3-5 dias.	Nitrofurantoína 100 mg VO de 6/ 6 horas por 7-10 dias Ampicilina 500 mg VO de 6/ 6 horas por 7-10 dias Amoxicilina 500 mg VO de 8/ 8 horas por 7-10 dias Cefalexina 500 mg VO de 6/ 6 horas por 7-10 dias.

Pielonefrite

Diagnóstico

Caracteriza-se pela presença de sintomas com queda do estado geral, como: febre, calafrios, cefaléia, náuseas, vômitos e hipersensibilidade do ângulo costo-vertebral (sinal de Giordano +). Podem estar associados a desidratação, comprometimento da função renal, hemólise, anemia, choque séptico, prematuridade e a infecção feto-anexial e puerperal.

Tratamento

Todas as pacientes com diagnóstico de pielonefrite devem ser hospitalizadas.

O tratamento deve ser realizado com:

Cefalotina ou Cefazolina 1,0 g IV cada 6 horas **ou** ampicilina 1,0 g IV cada 6 horas.

O uso da Gentamicina na dose de 5-7 mg/Kg em dose única diária também pode ser adotado com realização de controle adequado da função renal através da dosagem de creatinina plasmática.

Mudar para terapia oral assim que a paciente permanecer afebril por 24-48 horas.

Manter tratamento por 10 dias.

Em todos os casos de infecção urinária deve-se realizar cultura de urina para controle de cura 7 dias após o tratamento e esta deve ser repetida mensalmente até o parto.

Se o tratamento falhar ou a infecção recorrer, tratar com antibiótico apropriado para o microorganismo de acordo com a cultura e testes de sensibilidade.

Realizar profilaxia com antibioticoterapia oral após infecções recorrentes:

Nitrofurantoína 100 mg **ou** Amoxicilina 250 mg **ou** Cefalexina 250 mg uma vez ao dia durante a gravidez e até 2 semanas após o parto

Endometrite pós-parto/Celulite pélvica

Diagnóstico

Febre nos primeiros dez dias após o parto, excetuando-se as primeiras 24 horas, associada a útero doloroso e lóquios purulentos.

Tratamento

Medidas de suporte, como hidratação venosa, de acordo com a necessidade da paciente e controle da temperatura com antitérmicos.

Iniciar antibioticoterapia:

Casos leves:

Gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 horas **mais**

Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas **ou** Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

Casos graves:

Ampicilina 2 g IV cada 6 horas **mais**

Gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 horas **mais**

Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas **ou** Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

Manter antibióticos até 48 horas afebril. Não há necessidade de tratamento ambulatorial com antibióticos por via oral.

Se a febre ainda persistir após 72 horas de antibioticoterapia adequada, revisar o diagnóstico e suspeitar de retenção de restos placentários, abscesso pélvico e/ou tromboflebite séptica pélvica.

Se houver suspeita de retenção de restos placentários, realizar curetagem uterina com cureta romba.

Abscesso pélvico

Diagnóstico

Febre persistente após uso de antibioticoterapia adequada para tratamento de endometrite/celulite pélvica, distensão e dor abdominal, dor uterina, presença de empastamento ou abaulamento anexial ou em fundo-de-saco de Douglas. Uma ultrassonografia pélvica, de preferência por via vaginal, ou culdocentese com obtenção de pus em fundo-de-saco confirmam o diagnóstico.

Tratamento

Manter antibioticoterapia que estiver em uso ou iniciar esquema tríplice de endometrite acima se ainda não iniciou.

Abscessos < 4-5 cm usualmente respondem ao tratamento clínico.

Abscessos > 8-10 cm necessitam de drenagem cirúrgica concomitantemente.

O tratamento deve continuar até 24-48 horas afebril, a paciente está livre de dor e o leucograma é normal.

Peritonite

Diagnóstico

Febre, geralmente baixa, dor abdominal em baixo ventre e ausência de sons abdominais são sinais típicos. Também podem estar associados dolorimento de rebote, distensão abdominal, anorexia, náuseas e vômitos. Em casos mais graves, sinais de choque podem estar presentes.

Tratamento

Medidas de suporte devem ser adotadas imediatamente, como reposição volêmica e sonda nasogástrica, dependendo da necessidade.

Realizar laparotomia se necessário para lavagem peritoneal.

Iniciar antibioticoterapia:

Ampicilina 2 g IV cada 6 horas **mais**

Gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 horas **mais**

Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas **ou** Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

Manter terapia parenteral até a paciente permanecer afebril por 48 horas.

Celulite de ferida operatória e fasciíte necrotizante

Diagnóstico

Dor, edema, calor e rubor em área de ferida operatória, com ou sem presença de pus. Quando há celulite, a área de eritema se estende além das bordas da ferida. A presença de edema mais acentuado, com pele violácea ou acastanhada sugere fasciíte necrotizante. A presença de crepitação é sinal de mionecrose clostridial (gangrena gasosa) ou infecção por E. coli. O diagnóstico de fasciíte necrotizante é cirúrgico. O extenso tecido necrótico na fáscia não oferece resistência à exploração por instrumentos e a mesma possui um tom acastanhado e consistência gelatinosa.

Tratamento

Infecção superficial:

Ampicilina 500 mg VO a cada 6 horas **mais**

Metronidazol 500 mg VO 3 vezes ao dia

Manter tratamento por 5 dias, com no mínimo 48 horas afebril.

Infecção profunda envolvendo músculo e causando necrose:

Penicilina G 2 milhões UI IV cada 6 horas **mais**

Gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 horas **mais**

Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas **ou** clindamicina 900 mg IV cada 8 horas;

Se houver pus ou fluido, abrir e drenar a ferida.

Remover tecidos infectados ou suturas subcutâneas e debridar a ferida. Não remover suturas da fáscia.

Manter terapia parenteral até que a paciente esteja afebril por 48 horas e os tecidos necrosados tenham sido removidos e depois mudar para regime oral acima por mais cinco dias.

Abscesso de ferida operatória sem celulite

Diagnóstico

Ferida operatória com dor não usual e presença de descarga purulenta. Às vezes pode apresentar eritema que não se estende das bordas da ferida e também não há febre.

Tratamento

Terapia antibiótica não recomendada.

Abrir e drenar a ferida.

Mastite, abscesso mamário

Diagnóstico

Mastalgia, dolorimento, edema e eritema mamário, geralmente atingindo apenas uma mama, cerca de 3-4 semanas após o parto. Área de flutuação e/ou drenagem purulenta caracteriza abscesso.

Tratamento

Iniciar antibioticoterapia:

Oxacilina 500 mg VO a cada 6 horas **ou** Eritromicina 250 mg VO a cada 8 horas **ou** Cefalexina 500 mg VO a cada 6 horas

Manter por 10 dias

Continuar amamentação;

Na presença de abscesso abrir e drenar;

Utilizar suporte adequado para as mamas;

Aplicar compressas frias entre as mamadas para reduzir o edema e a dor.

Oferecer analgésicos de acordo com a demanda;

Reavaliar resposta em 3 dias

Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

Diagnóstico

Mulheres jovens sexualmente ativas e outras mulheres com risco elevado para DST com dor pélvica ou no baixo ventre se não houver evidências de outras causas além da DIP e a presença de um ou mais dos seguintes critérios mínimos:

Dolorimento à mobilização cervical ou dolorimento uterino ou dolorimento anexial.

A presença de outros sinais de inflamação do trato genital, além de qualquer um dos critérios acima, fortalece o diagnóstico.

Em algumas situações o diagnóstico requer critérios mais apurados para aumentar a especificidade diagnóstica tais como:

Febre (temperatura axilar $\geq 38,0^\circ$);

Secreção cervical ou vaginal mucopurulenta;

Presença de leucócitos em abundância em exame a fresco de secreção cervico-vaginal;

Velocidade de hemossedimentação elevada

Proteína C – reativa elevada

Confirmação laboratorial de infecção por *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis*.

Tratamento

Nos casos mais leves a moderados, um regime de tratamento ambulatorial pode ser adotado:

Esquema A:

Levofloxacina 500 mg VO uma vez ao dia **ou** Ofloxacin 400 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias **com ou sem**

Metronidazol 500 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias

Esquema B:

Ceftriaxona 250 mg IM dose única **mais**

Doxiciclina 100 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias **com ou sem**

Metronidazol 500 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias

ou

Cefoxitina 2,0 g IM dose única e Probenecide 1,0 g VO administrado concomitantemente em dose única **mais**

Doxiciclina 100 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias **com ou sem**

Metronidazol 500 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias

ou

Outra cefalosporina de terceira geração (ex. Cefotaxima, Ceftizoxima) **mais**

Doxiciclina 100 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias **com ou sem**

Metronidazol 500 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias

Regime hospitalar:

Esquema A:

Cefotetan 2 g IV cada 12 horas **ou** Cefoxitina 2 g IV cada 6 horas **mais**

Doxiciclina 100 mg VO ou IV cada 12 horas.

Esquema B:

Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas **mais**

Gentamicina 5 mg/Kg IV ou IM cada 24 horas

Esquemas alternativos:

Levofloxacina 500 mg IV de 24 em 24 horas **com ou sem**

Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas

ou

Ofloxacina 400 mg IV cada 12 horas **com ou sem**

Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas

ou

Ampicilina/Sulbactam 3 g IV cada 6 horas **mais**

Doxiciclina 100 mg VO ou IV cada 12 horas.

A terapia parenteral deve continuar até 24 horas após a melhora clínica da paciente e a terapia oral com Doxiciclina (100 mg bid), com ou sem Metronidazol (500 mg bid) deve continuar até completar 14 dias de tratamento.

Critérios para tratamento hospitalar:

Emergências cirúrgicas (ex., apendicite) não podem ser excluídas;

Gravidez;

A paciente não responde adequadamente à terapia oral;

A paciente não tem condições de seguir ou tolerar um tratamento em regime ambulatorial;

A paciente apresenta-se grave, com febre alta ou náuseas e vômitos ou com suspeita de abscesso tubo-ovariano.

Pneumonia comunitária

Diagnóstico

Dispnéia, tosse com expectoração, febre e dor torácica são sintomas tipicamente presentes. Na ausculta pulmonar, a presença de roncos e crepitações também podem estar presentes. Um RX de tórax confirma o diagnóstico se evidenciar consolidação.

Tratamento

Sem comorbidades

Regime ambulatorial

Amoxicilina 500 mg VO de 8 em 8 horas por 7 a 10 dias **ou**

Azitromicina* 500 mg VO de 24 em 24 horas por 5 dias

*Se suspeita de pneumonia atípica

Estado geral comprometido e/ou em observação

Penicilina G potássica cristalina 2,5 – 4,0 milhões de UI EV de 4 em 4 horas **ou**

Claritromicina 500mg EV de 12 em 12 horas.

Manter o tratamento EV por 48-72 horas afebril, não há sinais de instabilidade clínica e hemograma e proteína C reativa evidenciam melhora e mudar para terapia oral se a paciente é capaz de ingerir medicações por via oral e o trato gastro-intestinal estiver funcionando normalmente

Se tratamento inicial com penicilina EV fazer tratamento seqüencial com Amoxicilina VO; se uso de Claritromicina EV, fazer seqüencial com Claritromicina VO.

Com comorbidades

Regime ambulatorial

Azitromicina 500 mg VO de 24 em 24 horas por 5 dias **e/ou**

Amoxicilina/clavulonato 500 + 125 mg VO de 8 em 8 horas por 7 a 10 dias.

Comorbidades: doença cardíaca, pulmonar, hepática ou renal crônica; diabetes mellitus; alcoolismo; doenças malignas; asplenia; condições de imunossupressão; uso de antimicrobianos nos últimos 3 meses.

Estado geral comprometido e/ou em observação

Ampicilina 1,0 g EV de 4 em 4 horas **mais** gentamicina 3 – 5 mg/Kg EV de 24 em 24 horas por 7 a 10 dias **ou**

Ceftriaxona 1,0 g EV de 12 em 12 horas por 7 a 10 dias

Fazer tratamento seqüencial com Amoxicilina/Clavulonato VO.

Pneumonia grave ou Paciente com Insuficiência Renal Aguda ou Crônica

Claritromicina 500 mg EV de 12 em 12 horas por 7 a 10 dias **mais**
Ceftriaxona 1,0 g EV de 12 em 12 horas por 7 a 10 dias **ou**

Levofloxacina 500 mg EV de 24 em 24 horas por 7 a 10 dias.

Crterios para pneumonia grave: FR > 30 irpm, PAS <90, alteraço do estado mental, toxemia, ausncia de resposta ao tratamento anterior.

Seguir com azitromicina **mais** Amoxicilina/clavulonato VO ou Levofloxacina VO.

Pneumonia por aspirao

Ceftriaxona 1,0 g EV de 12 em 12 horas **mais** Clindamicina* 600 mg EV de 8 em 8 horas por 7 a 10 dias

*Utilizar apenas se boca séptica

No seguimento utilizar Amoxicilina/Clavulonato VO se iniciado ceftriaxona ou clindamicina oral se iniciado clindamicina EV

Manter o tratamento EV por 72-96 horas afebril, não há sinais de instabilidade

clínica e hemograma e proteína C reativa evidenciam melhora.

Mudar para terapia oral assim que a paciente estiver hemodinamicamente estável e melhorando clinicamente, é capaz de ingerir medicações por via oral e o trato gastro-intestinal estiver funcionando normalmente.

Pacientes internadas devem receber alta assim que estiverem clinicamente estáveis e existem condições adequadas para o tratamento ambulatorial.

BIBLIOGRAFIA

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. **MMWR**, v.51 n.RR-6 [inclusive page numbers], 2002.

FLETCHER ALLEN HEALTH CARE. **Guide to Antimicrobial Therapy for Adults**, 10th Edition, 2006-2007.

FRENCH, LINDA. Prevention and Treatment of Postpartum Endometritis. **Current Women's Health Reports**, v.3, p.274–279, 2003.

FRENCH, L. M.; SMAILL, F. M. Antibiotic regimens for endometritis after delivery (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 2.Oxford: Update Software, 2007.

LARSEN, J. W.; HAGER, W. D.; LIVENGOOD, C. H.; HOYME, U. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of postoperative infections. **Infect. Dis. Obstet. Gynecol.**, v.11, p. 65–70, 2003.

MANDELL, L. A., et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. **Clinical Infectious Diseases**, v. 44, pp. S27–72, 2007.

NEWCASTLE UPON TYNE HOSPITALS NHS TRUST. **Guide to Antimicrobial Therapy**, Version 1.6b. Newcastle: Newcastle Trust Microbiology Department, February 2005.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Manejo de las complicaciones del embarazo e el parto. Guía para Obstetrices y Médicos**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002. (Tradução da obra original em inglês *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*, realizada pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS).

UNIVERSITY OF KENTUCKY. **Guide to Empiric Antimicrobial Therapy**, 2nd Edition. Kentucky: University of Kentucky, 2004.

(www.hosp.uky.edu/pharmacy/amt)