

RIVALDO MENDES DE ALBUQUERQUE

ANTIBIOTICO PROFILATICO NA OPERAÇÃO CESARIANA.
ESTUDO EM PACIENTES DE BAIXO RISCO

TESE DE MESTRADO

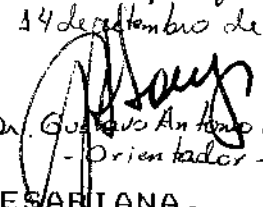
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CAMPINAS - SÃO PAULO

1989

RIVALDO MENDES DE ALBUQUERQUE

Este exemplar corresponde à
versão final da Tese de Mestrado
apresentada à Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP pelo médico
Rivaldo Mendes de Albuquerque.
Campinas, 14 de setembro de 1989.


Prof. Dr. Gustavo Antonio de Souza
- Orientador -

ANTIBIOTICO PROFILACTICO NA OPERAÇÃO CESARIANA.
ESTUDO EM PACIENTES DE BAIXO RISCO

Tese apresentada à Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campi-
pinas para a obtenção do Título de Mestre
em Medicina

Orientador:
Prof. Dr. Gustavo Antonio de Souza
Professor Doutor do Departamento de Tocoginecologia
da FCM da UNICAMP.
Co-orientador:
Prof. Dr. Anibal Faúndes†,
Professor Titular de Obstetrícia do Departamento de
Tocoginecologia da FCM da UNICAMP.

CAMPINAS - SÃO PAULO

1989

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

DEDICATORIA

A minha esposa *Nadja*,
sem a qual não atingiria esta meta.

AGRADECIMENTOS

À Deus,
por poder crer ...

A José, Ezilda e Ana,
por terem mim ensinado a persistir, a acreditar e a ter
coragem.

Aos professores: Dr. Aníbal Faúndes,

e

Dr. Cícero F. Fernandes Costa,

por terem mim ensinado o valor da ciência como elemento de
transformação do mundo.

Agradecimento especial aos amigos ...

Dr. Gustavo Antonio de Souza, orientador,
Sérgio V. Scheineder, orientador da parte estatística, e
Dra. Ellen Elizabeth Hardy, pela dedicação a nós deferida.

... *médicos residentes e internos*, cuja abnegada dedicação em servir e aprender, contribuíram para realização deste trabalho.

... do Departamento de Enfermagem, em especial as *enfermeiras assistenciais*, pela constante colaboração.

Agradecimentos:

As nossas pacientes, o meu profundo respeito.

A Fundação de Ensino Superior de Pernambuco (FESP).

A Coordenação de Pós-Graduação da FESP, na pessoa da Profa. Célia Ximenes Casado.

Aos professores e funcionários de Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas, pela acolhida.

Aos funcionários do Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), pelo apoio e incentivo.

Aos colegas da pós-graduação por terem permitido desfrutar de suas amizades.

A todas as pessoas, que direta ou indiretamente colaboraram na realização deste trabalho.

SUMARIO

SUMARIO

	PAGINA
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	20
3. MATERIAL E METODOS	22
4. RESULTADOS	38
5. DISCUSSAO	78
6. CONCLUSOES	91
7. RESUMO	92
8. ABSTRACT	93
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	94
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO:

O parto por via abdominal, também chamado de operação cesariana, provocou enormes modificações da conduta médica nos últimos anos, levando inclusive ao desuso de procedimentos obstétricos por excelência (Araújo e Oliveira, 1982). O marcado e progressivo aumento na incidência de cesarianas no Brasil é um fato bem conhecido, comentado e preocupante, chegando a tornar-se um problema de saúde pública (Sachs e cols, 1988; Braga, 1988); a rapidez desse crescimento tem sido bem demonstrada por diversos levantamentos realizados em todo o país, que será apresentada a seguir.

A magnitude do crescimento pode ser comprovada conforme dados do Ministério da Saúde (1982), que mostram 14,6% de cesáreas em 1970, 20,2% em 1974 e 31% em 1980. Também entre nós, Mauad Fo. e cols (1986), em Ribeirão Preto, encontraram uma incidência de cesarianas, no período de 1978 a 1984, de 24,4%. Belfort em 1981 situou a ocorrência de cesarianas num serviço universitário no Rio de Janeiro em 30%. Em determinadas regiões da América Latina, entre as quais se destaca o Estado de São Paulo, a incidência de cesárea encontra-se acima dos 40%, sendo que em alguns grupos populacionais deste estado a porcentagem de

cesáreas atinge mais de 80% (Faúndes, 1987a). Situação semelhante foi encontrada em algumas maternidades no Estado do Rio de Janeiro onde, em auditoria, foi constatada incidência de cesarianas da ordem de 92,4% (Pereira, 1986).

O aumento do número de cesáreas não é fenômeno exclusivo do nosso país, mas acontecimento observado em vários países (Nielsen, 1986; Bonaccorsi e cols, 1987), tendo o número de nascimentos por cesárea, nos Estados Unidos (EUA), triplicado no período de 1968 a 1977, chegando a atingir uma incidência de 15% (Duff e cols, 1984). Apesar do evidente aumento dos casos de cesariana nos EUA, esta incidência situa-se entre 5,1 e 23,4% em diferentes regiões (Gibbs e cols, 1972; Sweet e cols, 1973; Hilliard e Harris, 1977; Southgate, 1985; Saltzman e cols, 1986; Sachs e cols, 1988).

Consideram alguns pesquisadores que nas condições sócio-econômicas e nutricionais do Brasil, a incidência da operação cesariana deveria situar-se acima dos 10%, porém inferior a 20% (Ministério da Saúde, 1982). Entretanto Lane e Gellert em 1984, admitem como valor aceitável a incidência de 20 a 25%, sem que haja prejuízo materno ou fetal.

O aumento das indicações da operação cesariana foi favorecido pelos avanços da medicina moderna. O aparecimento e desenvolvimento dos hemocentros, o aprimoramento das técnicas anestésicas, a instalação de unidades de terapia intensiva, a melhoria dos berçários com especialização de suas equipes e o largo uso de drogas antibacterianas, sem dúvida tem levado ao aumento da sua incidência, permitindo maior segurança à realização do procedimento (Petitti, 1985; Bonaccorsi e cols, 1987; Bottoms e cols, 1980).

Uma parte deste aumento seria plenamente justificada, a dos melhores cuidados da assistência pré-natal resultando na identificação das gestantes de risco (Nielsen, 1986; Kreutner, 1978). Neste grupo de gestantes situações desfavoráveis ao parto vaginal chegam a por em perigo a saúde ou a vida da mãe e/ou do filho. Nestes casos a operação cesariana tem contribuído para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (Faúndes e cols, 1985).

O conhecimento da fisiopatologia do sofrimento fetal associado ao uso de procedimentos que possibilitam o seu diagnóstico precoce, em especial a monitorização fetal eletrônica e a determinação do pH sanguíneo fetal, têm levado a um aumento de indicações da operação (Pelle e cols, 1986). Outras situações não favoráveis ao parto transpelviano incluem fatores da gestante e/ou do feto, tais como: feto em

apresentação pélvica, ou de baixo peso, prenhez gemelar, gestante previamente cesariada, desproporção entre a pelve e o feto, distocias de progressão, placenta prévia e patologias hipertensivas (Young e cols, 1983; Mauad Fo. e cols, 1986).

Além destes fatores existem outros, mediante os quais a indicação da cirurgia, não obedece a critérios médicos de consenso. Alguns fatores são: a falta de preparo psicológico das mulheres para o parto vaginal associada ao "modismo da cesárea", a utilização da cesariana como meio de realização da laqueadura tubária, a falta de capacitação de alguns profissionais para o atendimento ao parto transpélvico, a comodidade e aparente segurança do médico e o antecedente de cesariana (Braga, 1988).

O errôneo conceito de que toda gestante previamente cesariada, mesmo que tenha sido em uma única oportunidade e por indicação não persistente, deve obrigatoriamente ser cesariada, tem levado ao aumento dos casos de parto pela via abdominal quando estas mulheres poderiam ser beneficiadas pela opção do parto vaginal. O receio de tentar o parto vaginal em pacientes já cesariadas tem sido desmistificado por vários especialistas (Wilson, 1988).

Apesar da opção do parto pela via abdominal ter reduzido a morbimortalidade materna e perinatal em determinados grupos de pacientes, ela apresenta maiores riscos e inconvenientes que o parto vaginal, quer em função do recém-nascido, quer em função da mulher. Representa ainda aumento dos custos e de recursos humanos (Williams e cols, 1987). O aumento das taxas de cesáreas além do limite de seus benefícios, se transforma de solução em problema.

A mais comum causa de morbimortalidade neonatal é a síndrome do desconforto respiratório, a qual é resultante da interrupção prematura da gestação. Taquipnéia transitória, hipertensão pulmonar e recém-nascidos de baixo peso são ocorrências também mais frequentes nas cesáreas (Miller, 1988).

Para a mulher a cesariana representa taxas de mortalidade e morbidade mais elevadas que o parto transpelviano. Nos EUA, a operação cesariana trata-se de um procedimento cirúrgico com reduzida taxa de mortalidade materna, chegando a ser considerado o ato operatório mais seguro no seu grupo de risco (Rogers, 1988). Mesmo se tratando de procedimento de causa reduzida de mortalidade (Sachs e cols, 1988), a maioria dos autores afirma que seu coeficiente de mortalidade é bem maior quando comparado ao

parto vaginal (Evrard e cols, 1977; Filker e Monif, 1979; Rubin e cols, 1981).

Em relatório do Centro Latino Americano de Perinatologia da Organização Panamericana de Saúde, sobre nascimentos por cesarianas em instituições hospitalares latino-americanas, concluiu-se que em comparação com o parto vaginal, o parto por cesárea representa aumento da mortalidade materna em até 12 vezes (Belitzky, s.d.).

Com relação às causas comumente identificadas como responsáveis por grande parte do obituário materno por cesárea, as estatísticas apontam as infecciosas, hemorrágicas, complicações anestésicas e os quadros embólicos (Stevenson e cols, 1967; Sweet e Ledger, 1973; Rubin e cols, 1981; Costa, 1981; Faúndes e cols, 1987). A sepsis é responsabilizada como a maior causa infecciosa de óbito no puerpério (Evrard e cols, 1972; Rudd, 1985)

Stevenson e cols (1967) e Almeida (1985) consideram que mais da metade dos óbitos maternos poderia ter sido evitado, se a escolha adequada da via do parto tivesse sido feita e cuidados específicos fossem adotados.

A morbidade por cesárea envolve tanto o período intra-operatório como o pós-operatório. Como intercorrências durante o ato cirúrgico, que podem acontecer tanto em procedimentos de urgência ou eletivo, relacionamos as lesões em estruturas vizinhas (ureteres, bexiga e intestinos) facilitadas por fibrose e aderências deixadas por cirurgia anterior. O prolongamento acidental da ferida uterina pode atingir grandes vasos que se encontram em áreas próximas, resultando em graves quadros hemorrágicos (Petitti, 1985; Nielsen, 1986; Miller, 1988).

Em se tratando de complicações no período pós-operatório, vários autores (Goplerud e cols, 1976; D'Angelo e Sokol, 1980; Hawrylyshyn e cols, 1981; Eschenbach, 1982; Southgate, 1985; Varner e cols, 1986) são unânimes em afirmar que os processos infecciosos são os maiores responsáveis pelo aumento da morbimortalidade no puerpério, sendo estas complicações ainda um grave problema clínico em obstetrícia (Sweet e Ledger, 1973). Associando-se às infecções temos as anemias, o íleo paralítico, os quadros embólicos e as atelectasias (Miller, 1988). A operação cesariana é também responsável por retardar o início do aleitamento materno e causar maior permanência hospitalar. Quando comparada ao parto vaginal, o risco de desenvolver infecção pós-parto encontra-se bastante aumentado (D'Angelo e Sokol, 1980; Eschenbach, 1982; Varner e cols, 1986). Segundo Rezende e cols (1987), em comparação aos partos

vaginais, a cesárea eleva o risco de endometrite de 5-30 vezes, de bacteriemia de 2-10 vezes, de abscesso ou de tromboflebite pélvica de 2 vezes e de morte materna de 80 vezes.

A história da profilaxia da infecção puerperal teve início com Ignaz Semmelweis, em 1847, na Maternidade do Hospital de Viena. Este médico observou o aparecimento de quadros infecciosos com maior frequência nas enfermarias que eram assistidas por estudantes de medicina, quando comparadas com as enfermarias que tinham sido atendidas por parteiras. Semmelweis pôde concluir que o aparecimento de mais casos de infecções devia-se ao fato de que os estudantes atendiam aos partos sem os devidos cuidados de higiene, logo após sair das aulas de anatomia. Foi feita então a proposta de que os estudantes lavassem suas mãos com água clorada, antes de fazer os exames pélvicos. Os resultados foram surpreendentes; com queda rápida da morbimortalidade. Deste estudo inicial passou-se a ter maior atenção com quadros infecciosos e suas formas de prevenção.

No momento atual, um dos grandes problemas no estudo das complicações infecciosas no puerpério reside na existência de diversas conceituações de infecção após o parto. Tal problema dificulta a comparação de resultados (Gibbs e Weinstein, 1976a).

Pritchard e MacDonald (1983), Rezende e cols (1987) e Greenhill (1965) definem a infecção puerperal como acometimento infeccioso das vias genitais após o parto. Esta conceituação apesar de constar nos textos considerados "clássicos", exclui alguns quadros infecciosos do puerpério que foram ocasionados pelo parto. Nesta situação temos as infecções da parede abdominal, do trato urinário, respiratórias e as venosas.

Vários trabalhos (Moro e Andrews, 1974; Rothbard e cols, 1975; Gibbs e cols, 1976; Green e Sarubbi, 1977; Green e cols, 1978; Hawrylyshyn e cols, 1983; Jakobi e cols, 1988; Souza e cols, 1988) utilizam a definição de infecção puerperal elaborada pelo Comitê de Saúde Materna dos Estados Unidos. O Comitê considera morbidade febril a temperatura maior ou igual a 38o. C, aferida em pelo menos duas ocasiões, com intervalo de 6 horas, dentro dos 10 primeiros dias após o parto (excetuando-se as primeiras 24 horas). A infecção é classificada etiologicamente nas seguintes categorias: endometrite, infecção do trato urinário, infecção da parede abdominal, pneumonia e febre de etiologia desconhecida.

Existem críticas a esta conceituação, principalmente por exigir a presença da febre para classificação como quadro infeccioso. Gibbs e cols (1980)

encontraram apenas 41% das pacientes com infecção pós-cesariana preenchendo o critério de morbidade febril anteriormente descrito. Da mesma forma Sweet e Ledger (1973) observaram febre em 56% das suas pacientes com infecção. Entre nós, Zugaib e cols (1985) encontrou 85% das mulheres com infecção puerperal apresentando temperatura maior ou igual a 38o.C.

Canover e Moore (1984) e Ganesh e cols (1986) consideram a morbidade febril, definida pelo Comitê de Saúde Materna dos EUA, como sinônimo de endometrite puerperal. Outros autores consideram apenas a endometrite como morbidade infecciosa puerperal (Blanco e cols, 1982a; Apuzzio e cols, 1985; Romero e cols, 1987). Entretanto, outros trabalhos (Swartz e Grolle, 1981; Polk e cols, 1982; Duff e cols, 1982; Stiver e cols, 1983; Wallace e cols, 1984; Senior e Steigrad, 1986; Saltzman e cols, 1986) consideram a morbidade febril como sendo entidade clínica diferente da endometrite, das infecções urinárias e das infecções da parede abdominal.

Como conceituação mais completa, várias publicações utilizam o termo morbidade infecciosa puerperal, onde as diversas entidades clínicas estão agrupadas, resguardando-se suas características. Estas formas clínicas envolveriam endometrites, infecções da parede abdominal,

infecções do trato urinário , pneumonias, tromboflebitides e mastites.

O grande aumento dos casos de infecção após a operação cesariana pode ser explicado pela presença de bactérias em áreas de tecido cirurgicamente desvitalizado, vasos uterinos expostos à invasão bacteriana, contaminação peritoneal por bactérias existentes na câmara amniótica, perda sanguínea e diminuição da resposta imunitária (Schlivert e cols, 1976; Sandusky, 1980; Blanco e cols, 1982b).

O surgimento de infecções depende da patogenicidade do agente agressor, da resistência do hospedeiro, da presença de fatores adjuvantes, tais como necrose muscular e material de sutura e também da quantidade de bactérias inoculadas (Alexander e Altemeir, 1965).

Recentes estudos bacteriológicos têm confirmado que as infecções pós-cesarianas tratam-se de infecções mistas polimicrobianas; a maioria destes agentes infecciosos é participante da flora vaginal normal, que encontrando condições adequadas transformam-se em bactérias agressoras. A infecção ocorrerá por conta da quebra das resistências do hospedeiro, em função da quantidade de bactérias inoculadas e de sua virulência (Gorbach, 1975; Sweet e Ledger, 1979; Cunningham, 1987; Ford e cols, 1987).

Além da contaminação bacteriana direta dos órgãos sujeitos à infecção, outros fatores também devem ser considerados: técnicas empregadas na intervenção cirúrgica de forma inadequada e a não adoção das medidas elementares de assepsia (Cunha, 1977; Phelan e Pruyn, 1979; Costa, 1984; Gil-Egea e cols, 1987; Emmons e cols, 1988).

A infecção, em muitos casos, é uma complicação inerente ao ato cirúrgico. Apesar de todo o avanço nas últimas décadas, não tem sido possível controlar a infecção, que persiste como principal causa de morbidade e mortalidade no período pós-operatório; ao contrário do que ocorreu com a hemorragia e a dor, ela ainda não foi subjugada pelo avanço tecnológico (Gibbs e Weinstein, 1976b; Costa, 1981; Pelle e cols, 1986).

Para conter o avanço das complicações infecciosas que seguem a operação cesariana, torna-se fundamental a adoção de medidas profiláticas associadas ao conhecimento dos fatores de risco que incrementam a morbidade.

Sendo a operação cesariana procedimento cirúrgico heterogêneo, haverá ocasiões em que as condições que permitem o aparecimento de complicações são conhecidas e controláveis. Em outras, a contaminação operatória é

inevitável e encontra-se associada a fatores que facilitam o desenvolvimento das infecções (Cabral e Roquete, 1985).

A literatura aponta inúmeros fatores de risco que proporcionam condições para surgimento de complicações infecciosas no puerpério da operação cesariana. Alguns destes fatores estão associados às condições que facilitam a contaminação bacteriana da câmara amnion por bactérias existentes na microflora vaginal. O tempo decorrido entre a ruptura da bolsa e a resolução do parto, a duração do trabalho de parto, o número de exames vaginais realizados, a monitorização fetal interna e o malogro do uso do fórceps estão entre os fatores de risco referidos acima (Gibbs e cols, 1978; Kreutner e cols, 1979; Filker e Monif, 1979; Blanco e Gibbs, 1980; Apuzzio e cols, 1982; Galask, 1987).

Fatores intrínsecos à paciente e ao seu meio social, não relacionados à assistência ao parto, também são responsabilizados pelo aparecimento de quadros infecciosos no puerpério: estados mórbidos associados à gestação, anemias, hipoproteïnemias, baixo nível sócio-econômico e deficiente assistência pré-natal (Hagglund e cols, 1983; Gibbs, 1985; Cunha e cols, 1987; Faro, 1988).

Também existem fatores de risco que dependem da instituição onde é realizada a cesárea: escolha inadequada da técnica anestésica, falta de habilidade da equipe cirúrgica, e/ou negligência dos cuidados de limpeza e esterilização (Ferraz, 1982; Iams e Chawla, 1984; Zanon e Neves, 1987).

Para opor resistência a estes vários fatores de risco, a gestante conta com mecanismos intrínsecos de defesa (competência do sistema imunológico, flora vaginal e elementos bactericidas do líquido amniótico), que se vencidos darão condições para o aparecimento da infecção (Ledger, 1980; Yonekura, 1985).

Algumas medidas que visam ajudar os mecanismos de defesa das pacientes à instalação de quadros infecciosos incluem o acompanhamento correto da gestação e do trabalho de parto, a utilização de procedimentos apropriados, tais como: técnica cirúrgica e a indicação adequada de drogas antimicrobianas.

O uso profilático adequado destas drogas exige conhecimentos sobre qual o possível agente causal da condição a prevenir, da sua sensibilidade ao antibiótico empregado, da população bacteriana atuante no ambiente hospitalar, assim como da flora existente no local a ser

operado (Ledger e cols, 1975a; Platt e cols, 1979; Gilstrap III e Cunningham, 1979; Cooperman e cols, 1980; Goldberg, 1987).

A escolha do antibiótico profilático na cirurgia será também orientada pelo risco de infecção da ferida operatória, segundo classificação do Colégio Americano de Cirurgiões e adotada entre nós (Ministério da Saúde, 1985). A ferida é classificada como: limpa, potencialmente contaminada ou limpa-contaminada, contaminada e suja ou infectada.

A ferida operatória é considerada limpa quando não é traumática, não há processo inflamatório, não ocorre penetração nos tratos respiratório, digestivo ou gênito-urinário e não há infração à técnica. Ela é potencialmente contaminada quando ocorre penetração nos tratos respiratórios, digestivo ou gênito-urinário sem contaminação significativa, e existe pequena infração à técnica. É contaminada quando há grande contaminação a partir do trato gastro-intestinal e/ou infração à técnica e/ou penetração nos tratos gênito-urinário ou biliar na presença de urina ou bile infectada. Finalmente, é infectada aquela onde os microorganismos causadores já se encontram no campo operatório antes da cirurgia e/ou há presença de coleções

purulentas, vísceras perfuradas, ferida traumática com tecido desvitalizado, corpo estranho ou contaminação fecal.

Aproximadamente 75% dos procedimentos cirúrgicos tratam-se de cirurgias limpas e 15% de potencialmente contaminadas. A incidência de infecção pós-cirurgia nestas intervenções situa-se entre 1-3% e 7-10%, respectivamente (Ministério da Saúde, 1985). Conseqüentemente, a grande maioria das cirurgias não necessita de cobertura antibiótica, sendo recomendado o uso profilático quando a incidência de infecção ultrapassa 15-20%. Entretanto, existem situações nas quais eles são utilizados (Ferraz, 1982; Cunha, 1977).

Na operação cesariana o uso da antibioticoterapia profilática é controverso pois não existe consenso sobre a classificação da sua ferida (Apuzzio e cols, 1982; Duff e cols, 1987; Souza e cols, 1988). A cesariana tem sido classificada como de alto risco para complicações infecciosas, na presença de fatores de risco, e somente neste caso o uso profilático estaria indicado (Weissberg e cols, 1971; Sweet e Ledger, 1973; Green e cols, 1978; Berger e cols, 1980; Harger e English, 1981; Duff e cols, 1982; Saltzman e cols, 1986; Cunha e cols, 1987). A tendência atual é sua utilização após o clampeamento do cordão umbilical, medida que visa proteger o feto da droga que

passa pela placenta (Gordon e cols, 1979; Gibbs e cols, 1981; Elliott, 1982; Peixoto, 1985).

No início de toda operação há intensa transudação plasmática logo após a secção dos tecidos, e neste período pode haver invasão bacteriana. Nas duas horas seguintes, aproximadamente, ocorre passagem dos leucócitos atraídos por substâncias quimiotáxicas, dando início à fagocitose nos casos de invasão (Ferraz, 1982).

Havendo invasão bacteriana, a fase transudativa é considerada como período crítico para o estabelecimento de infecção. Se, durante esta fase, a fagocitose auxiliada por drogas antimicrobianas elimina os microorganismos invasores, não ocorrerá destruição celular e não haverá infecção (Morrison e cols, 1973; Quintiliani e cols, 1982). É preciso também considerar o risco da profilaxia que deverá ser menor que o da possível infecção (Ledger e Lewis, 1975).

A droga profilática deve ser ministrada observando as regras da antibioticoterapia no que respeita à dose, intervalos entre doses e vias de administração (Costa, 1984). A droga também deve possuir reduzida combinação com proteínas, ter tempo elevado de vida média no interior dos tecidos, amplo espectro, reduzida toxicidade, pequena probabilidade de desenvolver reações adversas, facilidade no

manuseio, baixo custo, e atingir níveis séricos satisfatórios no período crítico de invasão bacteriana (Barros e cols, 1988).

O uso não criterioso dos antibióticos pode levar ao desenvolvimento de resistência bacteriana e alteração da flora nativa, com aparecimento de infecções oportunistas na mulher (Morrison, 1973; Wallace e Yonekura, 1983). Determinadas drogas antimicrobianas podem ultrapassar a barreira placentária ou serem veiculadas através do leite dando alterações no feto ou no recém-nascido (Green e Sarubbi, 1977; Kreutner e cols, 1978; Peixoto, 1985).

Diversos antibióticos já foram usados como droga profilática da morbidade infecciosa no puerpério da operação cesariana (Belfort e cols, 1981; Harger e English, 1981; Scher e Jones, 1985). Entretanto, vários autores preferem a utilização de antibióticos do grupo das cefalosporinas, pelo seu espectro de ação e por satisfazer os critérios para o uso profilático (Scher e Jones, 1985; Gonik, 1985; Herman e cols, 1986; Duff e cols, 1987).

Em nosso meio, em que há grande carência de recursos materiais e humanos, o uso profilático de antibiótico na operação cesariana melhoraria os cuidados dispensados à puérpera.

Atualmente, no setor de Obstetria do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) utiliza-se como rotina no pós-operatório da cesárea o antibiótico Cloranfenicol, por período de 7-10 dias. Esta medida é justificada pela hipótese de que toda cesariana trata-se de cirurgia contaminada e portanto, é necessário tratamento antibiótico. Atribui-se ainda uma maior contaminação nos serviços universitários, com rotatividade constante dos alunos da graduação e de médicos em cursos de especialização (residência médica), sem experiência nas práticas cirúrgicas.

Se uma única dose de antibiótico profilático se mostrar eficaz, poder-se-ia poupar uma fonte considerável de recursos humanos e materiais, atualmente ocupados em tratamentos prolongados, além mesmo do egresso hospitalar.

Não existindo concordância unânime com relação ao uso de antibiótico profilático na operação cesariana, por ser um procedimento potencialmente contaminado, em que podem encontrar-se associados fatores de risco. Propomos então avaliar a eficácia da profilaxia da infecção pós-cesariana utilizando um antibiótico de forma profilática em um grupo de mulheres, comparando com o uso de Cloranfenicol, de acordo com a rotina do serviço, e com um grupo que não recebesse nenhum tratamento com antimicrobiano.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo Geral:

Estudar o uso profilático de antibióticos no puerpério da operação cesariana, em pacientes sem outros riscos de infecção, com a finalidade de avaliar se reduz a incidência de morbidade infecciosa.

2.2 Objetivos Específicos:

Comparar a incidência de infecção clínica pós-cesariana entre puerpéras que receberam Cefoxitina, como antibiótico profilático, e puerpéras que não receberam nenhum tipo de tratamento antimicrobiano.

Comparar a incidência de infecção clínica pós-cesariana entre puerpéras que receberam Cefoxitina, de forma profilática, e puerpéras que receberam Cloranfenicol, de forma terapêutica.

Comparar a incidência de infecção clínica pós-cesariana entre puerpêras que receberam Cloranfenicol, de forma terapêutica e puerpêras que não receberam nenhum tipo de tratamento antimicrobiano.

MATERIAL E
METODO

3. MATERIAL E METODO:

3.1. Local da Pesquisa:

A pesquisa foi conduzida na Maternidade do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas. Quando as pacientes não retornavam para a avaliação da cirurgia no dia programado e residiam na cidade de Campinas ou nos municípios próximos foram acompanhadas nas suas residências.

3.2. Procedimento Amostral:

O tamanho amostral foi definido pelo procedimento de Mace para pesquisas científicas (Mace e Kriger, 1973). A determinação do número de pacientes a serem estudadas, baseou-se na proporção de mulheres com morbidade infecciosa puerperal pós-cesariana em relação ao total de mulheres cesariadas na Maternidade do CAISM em 1987. Nesse ano houve 670 mulheres cesariadas, 2% das quais desenvolveram morbidade infecciosa. A aplicação do procedimento de Mace resultou em um tamanho amostral mínimo de 135 sujeitos.

Definido o tamanho da amostra, elaborou-se uma relação com 135 números em ordem crescente. Utilizando-se

uma tabela de números aleatórios, esses números foram sorteados para compor cada um dos três grupos de tratamento, levando-se em consideração que cada grupo deveria possuir 45 sujeitos (Anexo 1).

Pacientes admitidas na Maternidade do CAISM, com o objetivo de realização do parto, foram consideradas elegíveis para participar deste estudo, desde que não se encontrassem com infecção ou não apresentassem fatores de risco para o desenvolvimento de infecção pós-cesariana.

Para identificação de cada sujeito existia um par de etiquetas, onde constavam o título da pesquisa, o número de ordem, o tipo de tratamento e a forma de se conduzir diante daquele tratamento. As etiquetas foram confeccionadas aos pares, sendo a primeira colada na frente da ficha obstétrica para identificação das pacientes do estudo, e a outra ficava aderida na folha de prescrição para servir de reforço à primeira (Anexo 2). Estas etiquetas permaneceram dentro de uma pasta classificadora ao lado do livro de registro das ocorrências médicas, na sala de estar dos médicos no Centro Obstétrico.

A entrada das pacientes na pesquisa obedecia a sequência de sua chegada no Centro Obstétrico e correspondia a ordenação das etiquetas. Por exemplo à quarta paciente

admitida no estudo correspondeu a quarta etiqueta que indicava que essa mulher deveria receber Cloranfenicol.

Foram selecionadas para participar da pesquisa 188 pacientes, no período de 03 de agosto de 1988 a 09 de junho de 1989. Entretanto, no decorrer do estudo 53 mulheres foram excluídas por não preencherem um dos requisitos de inclusão, tais como: hemoglobina menor que 10,0 mg% no pós-operatório, não ter feito revisão após a cirurgia ou prescrição inadequada de antimicrobiano.

Foram estudadas 45 mulheres submetidas à operação cesariana que receberam o antibiótico Cefoxitina de forma profilática, 45 mulheres que receberam Cloranfenicol (2,0 g por dia) durante sete dias, e 45 mulheres às quais não se administrou qualquer droga antimicrobiana.

3.3. Critérios Para Participação:

As pacientes estudadas tiveram que satisfazer os seguintes requisitos, para serem classificadas como sendo gestantes de baixo risco para infecção pós-cesariana.

- serem cesariadas na Maternidade do CAISM/UNICAMP;

- não apresentarem queixas urinárias de infecção na admissão;

- não apresentarem queixas pulmonares de infecção na admissão;

- não apresentarem outra patologia clínica associada que justificasse o uso de antibióticos;

- não terem referido febre, de qualquer etiologia, nos últimos 30 dias que antecederam a cesárea;

- não terem referido uso de qualquer antimicrobiano nos últimos 30 dias que antecederam à cesárea;

- não serem portadoras de placenta prévia ou descolamento prematuro da placenta ou qualquer patologia hemorrágica da gestação;

- apresentarem-se com bolsa amniótica íntegra ou com até 6 horas da ruptura, no momento da cesárea;

- não apresentarem com sinais clínicos de anemia na admissão à maternidade;

As pacientes que ingressaram na Maternidade do CAISM e que tinham indicação de operação cesariana foram avaliadas pelos médicos de plantão (residentes e/ou docentes) que também decidiam do ingresso na pesquisa, baseados nos critérios anteriormente descritos.

3.4. Procedimentos Básicos:

3.4.1. da paciente:

- obtenção da história clínica, exame físico e início do preenchimento da ficha obstétrica;
- a assepsia do abdome foi feita com solução de POVIDINE tintura.

3.4.2. da equipe cirúrgica :

- participaram das equipes cirúrgicas, médicos residentes e em várias oportunidades, os internos. Em algumas intervenções houve participação do docente de plantão;
- o preparo da equipe cirúrgica foi feito de maneira habitual, com lavagens das mãos e ante-braços com escova esterilizada e POVIDINE degermante. Gorros, máscaras e aventais convenientemente adaptados foram utilizados.

3.4.3. da anestesia:

- sempre do tipo bloqueio.

3.4.4. do tratamento:

- nas pacientes do grupo A foi feita a Cefoxitina 1,0 g por via endovenosa (EV), dose única, logo após o clampeamento do cordão umbilical;

- nas pacientes do grupo B foi feito o Cloranfenicol 2,0 g por dia, por via oral, por sete dias;

- nas pacientes do grupo C não prescreveu-se qualquer droga antimicrobiana durante ou no pós-operatório;

3.4.5. dos cuidados trans-operatório:

- as pacientes foram submetidas a operação cesariana obedecendo as rotinas da técnica utilizada na Maternidade do CAISM;

- as intercorrências que por acaso aconteceram durante as cirurgias foram registradas na Ficha Obstétrica.

3.4.6. do pós-operatório imediato:

- todas as pacientes sofreram cateterização vesical , tendo a sonda permanecido até o início da deambulação ou por mais tempo, quando intercorrência clínica ou cirúrgica justificou permanência mais prolongada;

- os analgésicos administrados no pós-operatório foram LISADOR, por via intra-muscular e/ou oral, ou DOLOXENE-A pela via oral;

- foi iniciada a deambulação conforme rotina da Maternidade. As pacientes que receberam anestesia do tipo raqui, permaneceram por aproximadamente 24 horas em decúbito dorsal;

- após o reinício da deambulação, as pacientes foram aconselhadas a tomar banho de chuveiro, e tiveram suas feridas cirúrgicas descobertas;

- durante o período de internação, todas as pacientes foram examinadas e tiveram seus sinais vitais aferidos conforme rotina do Serviço de Enfermagem. Caso fosse constatada alguma anormalidade, estes dados eram passados ao pesquisador;

- na presença de dreno na ferida cirúrgica em alguma paciente do grupo de estudo, o mesmo foi inspecionado diariamente e retirado quando no momento oportuno pelo responsável do estudo;

- todas as pacientes no período de internamento pós-cesariana tiveram seus níveis de hemoglobina avaliados por amostra de sangue venoso colhido por punção, pela enfermeira de plantão e analisado no Laboratório de Patologia Clínica do Hospital das Clínicas (HC) da UNICAMP;

- o período de hospitalização terminava quando a puérpera completava aproximadamente 72 horas da operação cesariana, e não existia intercorrência com a puérpera ou seu filho, que obrigasse maior tempo de permanência hospitalar;

- no momento da alta hospitalar foi fornecida uma carta solicitando o retorno da paciente no oitavo dia pós-cirurgia, contados a partir do primeiro dia após o dia da operação.

3.5. Coleta dos Dados:

Os dados para a pesquisa foram obtidos da Ficha Obstétrica Pré-Codificada preenchida de rotina. Esses dados foram transferidos para uma cópia da Ficha que ficou com o autor. Outras informações necessárias foram registradas em folha suplementar (Anexo 3). Diariamente, enquanto permaneceram internadas, as pacientes foram examinadas pelo autor e foram registrados os dados de interesse. Entre o 8o. e 10o. dia de pós-operatório, as pacientes foram novamente examinadas na Maternidade do CAISM/UNICAMP ou em suas residências.

3.6. Critérios de Exclusão:

Foram excluídas da pesquisa as pacientes que apresentaram um ou mais dos critérios abaixo relacionados:

- recusa da paciente em participar do estudo, em qualquer fase da pesquisa ;

- presença de fator de risco para infecção não diagnosticado no momento da inclusão da paciente no estudo;
- prescrição de antimicrobiano inadequado ao grupo do qual formava parte;
- intercorrência clínica e/ou cirúrgica que obrigou o uso de antibiótico(s) não compatível(eis) ao sujeito em estudo;
- nível de hemoglobina inferior a 10,0 mg% no período de internação pós-cesariana;
- ter feito uso de hemoterapia durante ou após a cesariana;
- não revisão da paciente no período entre o 8o. e 10o. dia de pós-operatório pelo autor do estudo;
- não observância de alguns dos requisitos de seleção.

3.7. Definição das Variáveis:

Morbidade infecciosa puerperal foi definida resguardando-se as diversas entidades clínicas infecciosas com suas características.

- Endometrite: dor à mobilização uterina, acompanhada de lóquios purulentos e sub-involução uterina, associada ou não com febre;

- infecção respiratória: manifestação clínica de patologia infecciosa respiratória acompanhada de febre, com exame radiológico confirmando a suspeita;

- febre de etiologia desconhecida: febre maior ou igual a 38o. C, em pelo menos duas ocasiões, com intervalo mínimo de 6 horas entre cada medição, sem foco infeccioso conhecido;

- febre: presença de temperatura axilar maior ou igual a 38o.C, excetuando-se as primeiras 24 horas pós-cirurgia, durante o período de hospitalização. Após a alta hospitalar foi considerada febre quando havia referência da paciente;

- infecção de parede: presença de hiperemia e secreção purulenta na ferida cirúrgica. As infecções de parede foram classificadas em graus I, II e III. O grau I quando havia secreção purulenta mínima, grau II quando existia moderada quantidade de secreção e grau III quando existia infecção com deiscência de toda ferida;

- queixas urinárias: presença de dor e/ou ardor à micção após a retirada do cateter vesical;
- idade materna: em anos completos, por ocasião da cesárea;
- número de gestações: soma das gravidezes, incluindo a atual;
- número de cesáreas: soma das cesarianas a que a paciente se submeteu antes da atual;
- antecedentes morbidos: infecções específicas, diabetes gestacional, cardiopatia, infecção urinária, hipertensão arterial, sequelas de pólio, cirurgia abdominal, asma brônquica, mioma uterino e "outras" referidas pela paciente;
- número de consultas no pré-natal: soma das consultas médicas realizadas nesta última gestação;

- intercorrências clínicas no pré-natal: infecções específicas, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), infecção urinária, sensibilização ao fator Rh, trabalho de parto prematuro, sangramento genital no primeiro trimestre, hipertensão arterial (HAS), mioma uterino, incompetência istmo-cervical, diabetes gestacional, condilomatose e "outras" segundo referência da paciente;

- índice ponderal: utilizamos o nomograma de Rosso(1985) para classificarmos os pesos das gestantes em baixo, normal e sobrepeso.

- idade gestacional: foi considerada o tempo da gestação calculada a partir do último período menstrual, em semanas de amenorréia;

- hora da cesárea: hora do dia em que a paciente foi cesareada;

- dia da cesárea: dia do mês em que a paciente foi cesareada;

- duração do trabalho de parto: tempo, em horas, decorrido entre o início das contrações uterinas e o parto;

- tempo de ruptura das membranas: tempo, em horas, decorrido entre o momento da ruptura das membranas e o parto;

- número de toques vaginais: foi computado o número de exames vaginais realizados após a ruptura das membranas;

- indicação da cesariana: foi considerada a principal indicação da operação cesariana;

- tipo de bloqueio anestésico: raquianestesia ou peridural;

- tipo de incisão da parede: mediana ou transversa;

- estado do líquido amniótico: a presença de mecônio ou sua ausência;

- tempo de cateterização vesical: tempo, em horas, do período de permanência do cateter vesical a partir da cirurgia;

- tempo para deambulação: tempo, em horas, decorrido entre a cesariana e o retorno à deambulação;

- nível de hemoglobina: nível de hemoglobina, em mg %, no pós-operatório;

- tempo de hospitalização: tempo decorrido, em dias, entre a cesariana e a alta hospitalar;

- tempo do diagnóstico de infecção: tempo decorrido, em dias, da cirurgia ao aparecimento de manifestações clínicas de infecção;

- presença de seroma: presença de coleção serosa na ferida cirúrgica;

- presença de hematoma: presença de coleção sanguínea na ferida cirúrgica;

- presença de dreno: presença de dreno na ferida cirúrgica;

3.8. Processamento e Análise dos Dados:

Com estas informações foi criado um banco de dados, onde as variáveis foram submetidas a um controle de qualidade, ordenamento e posterior análise. Para estes processos foram utilizados microcomputadores e programas pertencentes ao Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP).

Para análise estatística utilizamos o teste de qui quadrado (χ^2) para provar a homogeneidade dos três tratamentos estudados, em relação a presença de determinadas características e distribuição porcentual de algumas variáveis. O teste de Dunnett foi aplicado para detectar diferenças significativas entre o controle e os dois outros tratamentos (par a par).

RESULTADOS

4. RESULTADOS:

4.1. Avaliação da Comparabilidade dos Três Grupos de Tratamento

Indivíduos distribuídos aleatoriamente a dois ou mais grupos, teoricamente devem ser semelhantes nas suas características que poderiam interferir nos resultados a serem obtidos. Porém, faz-se necessário verificar a validade do processo de aleatorização.

Nas Tabelas 1 a 24 mostra-se que não houve diferenças significativas nas características estudadas, com exceção da presença de dreno (Tabela 18) em um dos grupos mostrou-se diferente dos outros.

A Tabela 1 mostra que houve predomínio de mulheres entre os 20 e 39 anos nos três grupos de estudo, distribuídas uniformemente nas faixas de 20 a 29 e 30 a 39 anos.

TABELA 1 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e a idade

IDADE (anos)	TRATAMENTOS		
	DEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Até 19	11	20	11
20 - 29	40	42	44
30 - 39	44	36	42
40 ou mais	4	2	2
(N)	(45)	(45)	(45)

$\chi^2 = 2,76$ (não significativo)

Aproximadamente metade das pacientes nos diversos grupos de tratamento foram pacientes que submeteram-se a operação cesariana pela primeira vez; 11% de todas as mulheres se submetiam a cesárea pela quarta vez (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição percentual das pacientes de acordo com o tratamento e o número de cesáreas anteriores

CESAREAS ANTERIORES	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
0	42	58	42
1	24	20	22
2	22	11	24
3	11	11	11
(N)	(45)	(45)	(45)

²
X = 4,11 (não significativo)

A Tabela 3 mostra que o grupo de pacientes que recebeu Cloranfenicol estava constituído por maior proporção de mulheres que estavam parindo pela primeira vez (38%) quando comparado com o grupo que recebeu Cefoxitina, esta diferença foi significativa.

TABELA 3 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o número total de gestações

GESTAÇÕES	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
1	18	38	20
2 - 3	44	27	44
4 - 5	22	22	24
6 ou mais	16	13	11
(N)	(45)	(45)	(45)

²
X = 7,15 (não significativo)

Observamos na Tabela 4 que a maior parte das gestantes não apresentava patologia anterior à gestação

TABELA 4 - Distribuição porcentual das pacientes conforme o tratamento e a presença de antecedentes mórbidos antes da gestação estudada

ANTECEDENTES	TRATAMENTOS			p
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE	
	%	%	%	
Sem antecedentes	58	71	71	NS
Cirurgia abdominal	7	--	9*	NS
Asma brônquica	4	--	--	NS
Cardiopatía	--	2	--	NS
Sequela de pólio	2	--	--	NS
Infecções específicas	2	7	2	NS
Infecção urinária	7	9	--	NS
Mioma	2	2*	--	NS
Hipertensão arterial	16*	9	16	NS
Diabetes classe A	--	--	4	NS
Outras	4	2	--	NS
(N)	(45)	(45)	(45)	

* Uma paciente apresentou outro antecedente mórbido.

A Tabela 5 mostra que a maior parte das pacientes realizou mais de cinco consultas no pré-natal, entretanto aproximadamente 20% das mulheres fizeram quatro ou menos consultas.

TABELA 5 - Distribuição das pacientes de acordo com o tratamento e o número de consultas no pré-natal

CONSULTAS	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
0 - 4	18	20	20
5 - 8	60	49	60
9 ou mais	22	31	20
(N)	(45)	(45)	(45)

$\chi^2 = 2,21$ (não significativo)

Mais da metade das pacientes nos diversos grupos de tratamento não apresentaram intercorrências clínicas nesta gestação; aproximadamente 20% das mulheres apresentaram patologia hipertensiva (Tabela 6).

TABELA 6 - Distribuição porcentual das pacientes conforme o tratamento e a presença de intercorrências clínicas durante o pré-natal nos diversos grupos de tratamento

INTERCORRÊNCIAS	TRATAMENTOS			p
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE	
	%	%	%	
Sem intercorrências	56	64	56	NS
Infecções específicas	2	--	4	NS
D.H.E.G.	18*	9**	9**	NS
Infecção urinária	2	4	9**	NS
Sensibilização Rh	2	4**	7	NS
Trabalho de parto prematuro	4	4	4	NS
Sangramento genital	2	2	--	NS
H.A.S.	9	9	13*	NS
Mioma	2	2	--	NS
Incompetência istmo-cervical	2	--	--	NS
Diabetes gestacional	2	--	4	NS
Condilomatose	--	4**	2	NS
Outras	4	2	--	NS
(N)	(45)	(45)	(45)	

* Três pacientes apresentaram outra intercorrência.

** Uma paciente apresentou outra intercorrência.

Na amostra estudada a maior parte dos partos correspondeu a partos a termo, seguido de pré-termo e pós-termo (Tabela 7).

TABELA 7 - Distribuição porcentual das pacientes conforme o tratamento e a idade gestacional

IDADE GESTACIONAL	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Até 37 s e 6 d	18	20	29
38 s - 41 s e 6 d	58	58	49
42 s ou mais	18	13	13
Ignorada	7	9	9
(N)	(45)	(45)	(45)

2
X = 2,22 (não significativo)

Aproximadamente metade das pacientes da amostra apresentavam-se com sobrepeso (Tabela 8).

TABELA 8 - Distribuição percentual das pacientes de acordo com o tratamento e o índice ponderal

INDICE PONDERAL	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Sobrepeso	44	51	67
Normal ou baixo peso	44	38	60
Ignorado	11	11	9
(N)	(45)	(45)	(45)

$\chi^2 = 4,82$ (não significativo)

As indicações de cesariana mais frequentes nos tratamentos foram por cesárea anterior e sofrimento fetal, representando mais da metade das indicações (Tabela 9).

TABELA 9 - Distribuição percentual das pacientes de acordo com o tratamento e a indicação da cesariana

INDICAÇÃO	TRATAMENTOS			P
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE	
	%	%	%	
Antecedente de cesárea	33	22	29	NS
Sufrimento fetal	24	33	27	NS
Apresentação pélvica	11	7	7	NS
Gravidez prolongada	9	--	7	NS
D.H.E.G.	7	4	9	NS
Distocia de partes moles	2	4	--	NS
Sensibilização Rh	--	4	2	NS
Condilomatose	--	2	--	NS
Outras	7	4	4	NS
(N)	(45)	(45)	(45)	

A Tabela 10 mostra que quase dois terços das cesarianas foram realizadas durante o dia (06 às 17:59 h).

TABELA 10 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e a hora do parto

HORA	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
00:00 - 05:59	13	11	9
06:00 - 11:59	24	20	16
12:00 - 17:59	47	44	42
18:00 - 23:59	16	24	33
(N)	(45)	(45)	(45)

$\chi^2 = 4,3$ (não significativo)

A Tabela 11 mostra que as cesarianas se distribuíram de maneira uniforme durante o mês.

TABELA 11 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o dia do mês em que ocorreu o parto

DIA DO MÊS	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
1 - 10	47	33	33
11 - 20	18	22	31
21 ao último	36	44	36
(N)	(45)	(45)	(45)

²
X = 3,78 (não significativo)

Aproximadamente metade das pacientes não estava em trabalho de parto quando da indicação da cesariana nos diversos grupos de tratamento (Tabela 12).

TABELA 12 - Distribuição das pacientes de acordo com o tratamento e a duração do trabalho de parto

TRABALHO DE PARTO (horas)	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Ausente	60	49	58
1 - 6	11	4	13
7 - 12	18	20	20
13 ou mais	11	27	9
(N)	(45)	(45)	(45)

χ^2
 $\chi = 8,07$ (não significativo)

Na Tabela 13 evidenciamos que a maior parte das pacientes estava com as membranas integras no momento da cesariana.

TABELA 13 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o tempo de ruptura das membranas

TEMPO DE RUPTURA (horas)	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Integra	89	80	87
1 - 3	7	7	11
4 - 6	4	13	2
(N)	(45)	(45)	(45)

$\chi^2 = 5,62$ (não significativo)

Após a ruptura das membranas, a maior parte das pacientes nos diversos grupos de tratamento não foi examinada através do toque vaginal ou foi examinada apenas uma única vez (Tabela 14).

TABELA 14 - Distribuição percentual das pacientes de acordo com o tratamento e o número de toques vaginais, após a ruptura das membranas

TOQUES	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
0 - 1	91	78	82
2 - 3	4	20	13
4 - 5	4	2	4
(N)	(45)	(45)	(45)

$\chi^2 = 5,25$ (não significativo)

A Tabela 15 mostra que o tipo de incisão mais utilizado na parede abdominal foi a transversa (Pfannenstiel), constituiu dois terços dos casos.

TABELA 15 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o tipo de incisão

INCISÃO	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Mediana	38	31	38
Transversa	62	69	62
(N)	(45)	(45)	(45)

χ^2
 $X = 0,58$ (não significativo)

A maioria dos líquidos amnióticos nos diversos grupos de tratamento não apresentava mecônio (Tabela 16).

TABELA 16 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e a presença de mecônio no líquido amniótico

MECÔNIO	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORNAFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Ausente	87	80	80
Presente	13	20	20
(N)	(45)	(45)	(45)

$\chi^2 = 0,91$ (não significativo)

O tipo de bloqueio anestésico mais utilizado nas pacientes foi a peridural (Tabela 17).

TABELA 17 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o tipo de bloqueio anestésico

BLOQUEIO	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Raqui	31	31	16
Peridural	69	69	84
(N)	(45)	(45)	(45)

²
X = 3,78 (não significativo)

A Tabela 18 mostra que 11% das pacientes que receberam Cefoxitina tiveram nas suas feridas a presença de dreno laminar, diferença estatisticamente significativa, quando comparada com os outros grupos.

TABELA 18 - Distribuição percentual das pacientes de acordo com o tratamento e a presença de dreno laminar na ferida cirúrgica

DRENO	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Sim	11	2	--
Não	89	100	100
(N)	(45)	(45)	(45)

2
 $\chi^2 = 7,33$ ($p < 0,03$)

Os níveis de hemoglobina no pós-operatório nos diversos grupos de tratamento permaneceram na maior parte dos casos entre 10,0 e 11,5 mg% (Tabela 19).

TABELA 19 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o nível de hemoglobina

HEMOGLOBINA (mg%)	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
10,0 - 11,5	60	71	58
11,6 - 13,0	29	22	38
13,1 ou mais	11	7	4
(N)	(45)	(45)	(45)

2
 $\chi^2 = 3,98$ (não significativo)

A Tabela 20 mostra que nos grupos de tratamento, aproximadamente metade das pacientes permaneceram cateterizadas por mais de 12 horas.

TABELA 20 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o tempo de cateterização vesical

CATETERIZAÇÃO (horas)	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Até 12	51	49	58
13 - 24	49	51	38
25 ou mais	--	--	4
(N)	(45)	(45)	(45)

²
X = 5,37 (não significativo)

A Tabela 21 mostra que o tempo de permanência no leito foi semelhante nos grupos de tratamento. Aproximadamente metade das pacientes reiniciaram a deambulação dentro das doze primeiras horas após a cirurgia.

TABELA 21 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o intervalo de tempo entre a cirurgia e o retorno à deambulação

DEAMBULAÇÃO (horas)	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Até 12	40	47	56
13 - 24	56	42	38
25 ou mais	4	11	7
(N)	(45)	(45)	(45)

²
X = 4,26 (não significativo)

A Tabela 22 mostra que o tempo de permanência hospitalar nos diversos grupos de tratamento, na maioria dos casos, não ultrapassou o 4o.dia pós-cesariana.

TABELA 22 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o tempo de hospitalização

HOSPITALIZAÇÃO (dias)	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
1 - 4	89	93	89
5 - 8	9	7	11
9 ou mais	2	--	--
(N)	(45)	(45)	(45)

²
X = 2,57 (não significativo)

Na Tabela 23 as características clínicas das pacientes nos tratamentos são estatisticamente iguais, com exceção da presença de dreno no grupo que recebeu Cefoxitina que foi significativamente diferente ($p < 0,03$).

TABELA 23 - Características clínicas das pacientes nos tratamentos, em porcentagem

CARACTERÍSTICAS	TRATAMENTOS			p
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE	
	%	%	%	
Presença de antecedentes morbidos	42	29	29	NS
Presença de intercorrências clínicas no pré-natal	44	36	44	NS
Indicação da cesárea				
Antec. de cesárea	33	22	29	NS
Sofrimento fetal	24	33	27	NS
Incisão transversa	62	69	62	NS
Líquido meconizado	13	20	20	NS
Anestesia peridural	69	69	84	NS
Presença de dreno	11	2	--	0,03

Não houve diferença entre as características clínicas das pacientes entre os tratamentos (Tabela 24).

TABELA 24 - Características clínicas das 45 pacientes nos tratamentos

	TRATAMENTOS						p
	CEFOXITINA		CLORANFENICOL		CONTROLE		
	\bar{X}	EPM	\bar{X}	EPM	\bar{X}	EPM	
Idade	28,7	0,9	27,1	1,1	27,5	1,0	NS
Cesáreas anteriores	1,0	0,2	0,8	0,2	1,0	0,2	NS
No. de gestações	3,5	0,4	3,0	0,3	3,0	0,3	NS
No. de consultas no pré-natal	7,1	0,4	7,0	0,4	6,5	0,3	NS
Idade gestacional (m)	39,0	0,5	39,1	0,4	38,4	0,6	NS
Índice ponderal	133,0	3,3	128,4	3,1	133,1	3,0	NS
Trabalho de parto (h)	4,0	0,9	6,7	1,1	3,8	0,8	NS
Ruptura das membranas (h)	0,3	0,1	0,7	0,3	0,3	0,1	NS
No. de toques	1,2	0,1	1,3	0,1	1,3	0,1	NS
Nível de hemoglobina (mg%)	11,5	1,8	11,2	1,3	11,5	1,5	NS
Tempo de cate-terização (h)	14,0	1,0	15,5	1,0	13,9	1,1	NS
Tempo para deambulação (h)	15,8	1,0	16,8	1,0	14,5	1,0	NS
Tempo de hospitalização (d)	3,5	0,2	3,3	0,1	3,6	0,2	NS

4.2. Incidência de morbidade infecciosa puerperal nos tratamentos

Nas Tabelas 25 a 30 podemos constatar que não houve diferenças significativas entre os grupos de tratamento em relação ao aparecimento de quadros infecciosos no puerpério.

A quase totalidade das pacientes nos diversos grupos de tratamento não apresentaram febre no pós-operatório (Tabela 25).

TABELA 25 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o aparecimento de febre nos pós-operatório

FEBRE	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Sim	--	---	2
Não	100	100	98
(N)	(45)	(45)	(45)

2
X= 2,01 (não significativo)

A Tabela 26 mostra que aproximadamente um quarto das pacientes apresentaram morbidade infecciosa após a cesariana.

TABELA 26 - Distribuição percentual das pacientes com morbidade infecciosa nos tratamentos

MORBIDADE	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Sim	22	13	24
Não	78	87	76
(N)	(45)	(45)	(45)

χ^2
 $X = 1,94$ (não significativo)

A Tabela 27 mostra que houve maior predomínio de infecções de parede nos três grupos de tratamento e apenas um caso de endometrite nos grupos que receberam Cefoxitina e Cloranfenicol. Tivemos um caso de febre com etiologia não conhecida no grupo controle.

TABELA 27 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tipo de morbidade infecciosa e o tratamento

MORBIDADE INFECCIOSA	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL*	CONTROLE
	%	%	%
Infeccção de parede	20	13	22
Endometrite	2	2	--
Febre de etiologia desconhecida	--	--	2
Infeccção respiratória	--	--	--
(N)	(45)	(45)	(45)

* Uma paciente que recebeu Cloranfenicol apresentou endometrite e infecção de parede (grau III).

Como podemos observar na Tabela 28, a maior parte das infecções de parede nos diversos tratamentos foi de grau I.

TABELA 28 - Distribuição porcentual das pacientes com infecção de parede nos tratamentos

INFECÇÃO DE PAREDE	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLOXANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Grau I	67	50	70
Grau II	11	33	30
Grau III	22	17	--
(N)	(9)	(6)	(10)

$\chi^2 = 3,33$ (não significativo)

A maior parte dos quadros infecciosos foi diagnosticado a partir do quinto dia pós-cesariana (Tabela 29).

TABELA 29 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e o tempo para diagnóstico de infecção

DIAGNOSTICO (dias)	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
1 - 4	20	17	27
5 ou mais	80	83	73
(N)	(10)	(6)	(11)

$\chi^2 = 0,30$ (não significativo)

A presença de coleção serosa (seroma) na ferida cirúrgica foi acontecimento raro nos diversos grupos de tratamento (Tabela 30).

TABELA 30 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e a presença de seroma na ferida cirúrgica

SEROMA	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Sim	2	4	2
Não	98	96	98
(N)	(45)	(45)	(45)

$\chi^2 = 0,52$ (não significativo)

As pacientes do grupo controle (16%) apresentaram com mais frequência coleção sanguínea (hematoma) na ferida cirúrgica. A presença desta complicação neste grupo foi significativa (Tabela 31).

TABELA 31 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com o tratamento e a presença de hematoma na ferida cirúrgica

HEMATOMA	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Sim	2	2	16
Não	98	98	84
(N)	(45)	(45)	(45)

$\chi^2 = 8,57$ ($p < 0,02$)

Na tabela 32 podemos observar que 19 (70%) das pacientes com infecção tiveram seu quadro infeccioso diagnosticado após a alta hospitalar.

TABELA 32 - Distribuição de frequência das pacientes com morbidade infecciosa puerperal em função do momento do diagnóstico e do tratamento

MOMENTO DO DIAGNÓSTICO	TRATAMENTOS			TOTAL
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE	
	n	n	n	
Durante a inter- nação	2	2	4	8
Após a alta hos- pitalar	8	4	7	19

4.3. Incidência de queixas urinárias nos tratamentos

Nas tabelas 33 e 34 analisamos o aparecimento de queixas urinárias nos tratamentos e a relação com o tempo de permanência do cateter vesical.

A Tabela 33 mostra que aproximadamente 1/4 das pacientes nos diversos grupos de tratamento apresentaram queixas urinárias após a cesariana.

TABELA 33 - Distribuição porcentual das pacientes de acordo com a presença de queixas urinárias nos tratamentos

QUEIXAS URINARIAS	TRATAMENTOS		
	CEFOXITINA	CLORANFENICOL	CONTROLE
	%	%	%
Presente	29	20	27
Ausente	71	80	73
(N)	(45)	(45)	(45)

$\chi^2 = 1,02$ (não significativo)

As pacientes com queixas urinárias não apresentaram diferenças em função do tempo que permaneceram com o cateter vesical (Tabela 34).

TABELA 34 - Porcentagem de pacientes com queixas urinárias em função do tempo de cateterização

TEMPO DE CATETERIZAÇÃO (horas)	QUEIXAS URINARIAS	
	Sim	Não
1 - 12	41	56
13 - 24	59	42
25 ou mais	--	2

$\chi^2 = 3,45$ (não significativo)

4.4. Avaliação dos fatores que poderiam se associar ao aparecimento de morbidade infecciosa puerperal

As Tabelas 35 e 38 mostram a relação de vários fatores analisados com em função do aparecimento de morbidade infecciosa.

Na Tabela 35 podemos observar que não existe diferença nas características clínicas das pacientes com e sem morbidade infecciosa puerperal.

TABELA 35 - Características clínicas das pacientes conforme a presença ou ausência de infecção

CARACTERÍSTICAS	COM INFECÇÃO		SEM INFECÇÃO		p
	X	EPM	X	EPM	
Idade (anos)	27,5	1,4	27,8	0,6	NS
Cesáreas anteriores	1,0	0,2	0,9	0,1	NS
No. de gestações	3,6	0,5	3,1	0,2	NS
No. de consultas no pré-natal	6,5	0,6	6,8	0,3	NS
Idade gestacional (m)	39,2	0,8	38,8	0,3	NS
Índice ponderal	135,6	4,1	130,4	2,0	NS
Trabalho de parto (h)	3,6	1,1	5,2	0,7	NS
Ruptura das membranas(h)	0,3	0,2	0,5	0,1	NS
No. de toques	1,3	0,2	1,3	0,7	NS
Nível de hemoglobina(mg%)	11,4	1,6	11,4	1,0	NS
Tempo de cateterização(h)	16,2	1,4	14,0	0,7	NS
Tempo para deambulação(h)	16,8	1,4	15,4	0,6	NS
Tempo de hospitalização(d)	3,8	0,3	3,4	0,8	NS
(N)	(27)		(108)		

Na Tabela 36 evidenciamos que a única característica que diferiu entre as paciente com e sem infecção foi o tipo de incisão na parede abdominal. No grupo com infecção 70% das pacientes tinham este tipo de incisão e nas sem infecção apenas 27% ($p < 0,0001$).

TABELA 36 - Porcentagem das características clínicas das pacientes com e sem infecção

CARACTERÍSTICAS	INFECÇÃO		p
	Sim %	Não %	
Presença de antecedentes mórbidos	26	35	NS
Presença de intercorrên- cias no pré-natal	44	41	NS
Indicação da cesariana			
Antec.de cesárea	33	27	NS
Sofrimento fetal	22	30	NS
Incisão mediana	70	27	0,0001
Líquido meconizado	22	17	NS
Anestesia peridural	74	74	NS
Presença de dreno	4	5	NS
(N)	(27)	(108)	

Na Tabela 37 constatamos que não houve diferença entre as características clínicas das pacientes com e sem infecção de parede .

TABELA 37 - Características clínicas das pacientes com e sem infecção de parede de parede

CARACTERÍSTICAS	INFECÇÃO DE PAREDE				p
	COM		SEM		
	\bar{X}	EPM	\bar{X}	EPM	
Idade	27,5	1,5	27,8	0,6	NS
Cesáreas anteriores	1,0	0,2	0,9	0,1	NS
No. de gestações	3,7	0,5	3,0	0,2	NS
No. de consultas no pré-natal	6,6	0,6	6,7	0,3	NS
Idade gestacional (m)	39,0	0,9	38,8	0,3	NS
Índice ponderal	133,2	4,0	131,0	2,0	NS
Trabalho de parto (h)	3,5	1,2	5,2	0,6	NS
Ruptura das membranas (h)	0,4	0,2	0,5	0,1	NS
No. de toques	1,3	0,2	1,3	0,7	NS
Nível de hemoglobina (mg%)	11,4	1,7	11,4	1,0	NS
Tempo de cateterização (h)	15,6	1,5	14,2	0,7	NS
Tempo para deambulação (h)	16,1	1,4	15,6	0,6	NS
Tempo de hospitalização (d)	3,8	0,4	3,4	0,8	NS
(N)	(25)		(110)		

A Tabela 38 mostra que a única diferença significativa entre as características clínicas das pacientes com infecção de parede e sem esta morbidade foi o tipo de incisão na parede abdominal ($p < 0,0002$).

TABELA 38 - Porcentagem características clínicas das pacientes com e sem infecção de parede

CARACTERÍSTICAS	INFECÇÃO DE PAREDE		p
	COM	SEM	
	%	%	
Presença de antecedentes mórvidos	28	35	NS
Presença de Intercorrências no pré-natal	44	41	NS
Indicação da cesariana			
Antec.de Cesárea	20	30	NS
Sofrimento fetal	32	27	NS
Incisão mediana	68	28	0,0002
Líquido meconizado	16	18	NS
Anestesia peridural	80	73	NS
Presença de dreno	4	5	NS
(N)	(25)	(110)	

DISCUSSAO

5. DISCUSSÃO:

A operação cesariana é uma das cirurgias mais frequentes na medicina atual, chegando nos EUA a ser o procedimento cirúrgico mais realizado em pacientes do sexo feminino. O grande aumento deste procedimento tem como consequência a elevação do número de complicações que seguem este ato, chegando a ser responsável por uma parte dos óbitos que ocorrem em mulheres na vida reprodutiva.

A mais frequente das complicações que segue este tipo de parto se deve à infecção, tornando-se esta um grave problema clínico em Obstetrícia. Essa alta incidência de infecção explica-se porque a cesariana é, de um modo geral, uma cirurgia potencialmente contaminada, em virtude do local da cirurgia se aproximar de área densamente colonizada e de difícil descontaminação. Pode também o procedimento ser realizado em mulheres já com infecção instalada, necessitando nestes casos de medidas curativas para evitar o agravamento da situação.

Quando instalada a infecção em pacientes que vão ser cesariadas, resta-nos a utilização de drogas antimicrobianas, com fins curativos, em doses adequadas e por períodos prolongados, com a finalidade de combatermos os agentes agressores. Mas, existem ocasiões em que a infecção

ainda não se instalou, mas a presença de determinados fatores aumentam o risco para o desenvolvimento de quadros infecciosos.

O conhecimento desses determinados fatores que transformam a operação cesariana em procedimento de maior risco para instalação de infecção após a cirurgia, proporciona a adoção de medidas, que não tão somente evitam o seu aparecimento, mas também atenuam os seus efeitos.

Alguns destes fatores de risco são conhecidos, e sem dúvida quando presentes favorecem à instalação de infecção. Atribui-se grande importância, como elemento que contribua para o surgimento de infecção, o tempo decorrido entre a ruptura das membranas e o parto, tal intervalo quando prolongado permite a ascensão de bactérias, normalmente instaladas na vagina, para a câmara amniótica, proporcionando condições para multiplicação de germes e estabelecimento de infecção. Este tempo é de difícil precisão, embora alguns autores estabeleçam este intervalo em seis horas (Lane e Gellert, 1984; Cunha e cols, 1987). Outros fatores como a presença de trabalho de parto, principalmente se associado à ruptura das membranas; baixa idade materna; realização de múltiplos toques vaginais; líquido amniótico meconizado; monitorização fetal interna; anemia; obesidade materna; paridade; número de cesáreas

anteriores; hora da realização do procedimento; tipo de incisão; técnica cirúrgica; associação de patologias que incrementam o aparecimento de infecção pós-cirurgias; idade gestacional; nível sócio-econômico e a ausência de assistência pré-natal, também são responsabilizados como fatores de risco para infecção que segue a cirurgia.

Neste estudo incluímos diversas variáveis estudadas por outros autores, inclusive algumas que não aparecem descritas como relacionadas com o aparecimento de infecção, com o objetivo de servirem de elementos de comparação da homogeneidade dos grupos de tratamento. Procuramos avaliar, por exemplo, se a influência da troca dos médicos-residentes e internos nos inícios de cada mês, influiu no aparecimento de infecção, admitindo-se que em hospitais universitários, os estudantes e residentes com pouca destreza que participam nas práticas cirúrgicas, contribuem como fator de risco adicional para o aparecimento de complicações. Avaliamos ainda se poderia ser fator que influencie na incidência de infecção o período do dia de realização do procedimento.

Em função da grande morbidade da cesariana e da dificuldade de controlar-se todos os fatores de risco para infecção, a literatura médica mundial referente a cesárea, prolifera em trabalhos que objetivam a redução de

complicações infecciosas utilizando-se drogas antimicrobianas de forma profilática ou terapêutica.

O benefício da antibioticoterapia profilática em reduzir a morbidade infecciosa que segue a operação cesariana foi demonstrado por diversos autores nos últimos anos. Depois destes resultados, algumas controvérsias ainda existem, principalmente em determinar quais as mulheres que deveriam receber o antibiótico profilático, por quanto tempo, qual o melhor antimicrobiano e quando iniciar a administração da droga. Outros elementos que implicam em reflexões na escolha da droga é a contínua mudança da sensibilidade das cepas bacterianas e o aparecimento de novos antibióticos com atividade de ação bem definida.

Como nosso objetivo era de estudarmos o uso de antibióticos na profilaxia da morbidade infecciosa puerperal em pacientes, sem outros riscos de infecção, utilizamos o antibiótico Cefoxitina, que trata-se de uma cefalosporina de segunda geração, já testada em outros trabalhos (Goldberg, 1987; Herman e cols, 1986; Scher e Jones, 1985; Conover e Moore, 1984; Young e cols, 1983), o antibiótico Cloranfenicol, em uso na Maternidade do CAISM de forma terapêutica em todas as pacientes cesariadas e em outro grupo de pacientes (controle) não utilizamos nenhuma droga antimicrobiana. Esta opção de tratamento deveu-se ao fato de

que todas as nossas pacientes eram de baixo risco e neste grupo o uso de drogas antimicrobianas poderia ser discutível (Wilson, 1988; Rudd, 1985; Costa, 1981; Green e Sarubbi, 1977).

Predomina na literatura o conceito de que em mulheres sem infecção instalada ou sem fatores de risco presentes, a conduta em relação ao uso de antimicrobianos deveria se restringir à forma profilática ou dispensar-se-ia seu uso nestas mulheres (Boulanger e cols, 1986; Hirsch, 1985). Apesar desta afirmação, muitos obstetras, com a finalidade de proteger suas pacientes, utilizam rotineiramente antibióticos, não somente de forma profilática, em esquemas de curta duração, mas de forma terapêutica por períodos prolongados.

Não existe certeza de que esta conduta proteja as pacientes de infecção, principalmente se a mesma é classificada como de baixo risco por não apresentar fatores favorecedores à instalação de quadros infecciosos. Pelo contrário, tal medida pode promover falsa segurança e levar ao médico a negligenciar os cuidados basilares com a assepsia e com a técnica cirúrgica.

A decisão de administrar antibiótico, de forma profilática ou terapêutica, ou de não se administrar

antimicrobiano, não é isenta de outras consequências, se os resultados fossem os mesmos. O custo do atendimento médico tem como um dos seus componentes mais importante o custo das drogas, incluindo as despesas do material e pessoal necessário para sua administração.

Pelas razões expostas anteriormente toda tentativa de confirmar a conduta até agora adotada na Maternidade do CAISM, com o uso de Cloranfenicol é válida, avaliando ainda se deveríamos substituí-lo pelo uso de antibiótico de forma profilática, ou ainda se não justifica o emprego de antibióticos.

Para realização desta pesquisa, o tamanho amostral foi calculado para um nível de significância de 5% e quando da realização do teste de qui-quadrado somente foram distinguidas diferenças significativas quando proporções a serem comparadas eram muito diferentes entre os tratamentos estudados.

Realizada essa avaliação, encontramos que a incidência de morbidade infecciosa puerperal nas pacientes estudadas foi estatisticamente semelhante nos diversos grupos. O grupo que recebeu Cloranfenicol apresentou 13% de infecção, seguido pelo que recebeu Cefoxitina (22%) e por último o controle que apresentou 24% de complicações

infecciosas, não havendo diferença estatisticamente significativas entre eles.

Infelizmente o teste de qui-quadrado não é muito sensível para distinguir diferenças que não sejam razoavelmente expressivas, exceto se utilizarmos amostras maiores, o que dificultaria a viabilização da pesquisa. Entretanto, não dispomos de outro teste para o tipo de comparação que se faz necessário no presente trabalho.

Os resultados acima mostram a ausência de vantagens da antibioticoterapia profilática, com resultados praticamente iguais aos de não se administrar antimicrobiano. O tratamento com Cloranfenicol não chegou a mostrar diferenças estatisticamente significativas ($p=0,38$), apesar da taxa de infecção ser quase a metade da observada no grupo sem tratamento. Como o tamanho da amostra não permite distinguir diferenças se elas não forem grandes, podemos apenas afirmar que elas não foram encontradas no nosso trabalho, sem que possamos excluí-las no universo.

Em relação aos tipos de morbidade infecciosa apresentada também não houve diferença entre os três grupos estudados por nós, havendo predomínio das infecções de parede em relação as demais complicações. A elevada incidência de complicações infecciosas na parede pode ser

justificada pelo fato de trata-se de hospital-escola com inicialização de muitos médicos-residentes e estudantes nas práticas cirúrgicas.

As mulheres que utilizaram antimicrobianos também não diferiram do grupo controle quanto a época de aparecimento da infecção (Tabela 29). Entretanto, podemos observar na Tabela 32 que 70% das mulheres tiveram seu quadro infeccioso diagnosticado após a alta hospitalar. Este fato já foi objeto de pesquisa de Reimer (1987) que através da instituição de um programa de acompanhamento, diagnosticou 71% de infecções de parede abdominal após egresso hospitalar, e Matheus e cols (1987) também confirma que 74% dos casos de infecção pós-cesariana foram diagnosticados com intervalo de sete dias do parto.

Chama atenção os resultados desta pesquisa ao encontrarmos uma incidência de infecção em todos os tratamentos de 20%, bastante discordante das informações obtidas para cálculo do tamanho amostral, onde tínhamos uma incidência de 2%. Esta grande diferença pode ser explicada pelo fato das informações obtidas no serviço serem registradas nas Fichas Obstétricas como mais uma informação ao fornecer a alta da paciente, enquanto que neste trabalho rastreamos infecção até após a alta hospitalar e em algumas

ocasiões nos domicílios das pacientes, quando as mesmas não retornavam à revisão do 80. dia pós-casariana.

Em nossa casuística o aparecimento de febre foi acontecimento raro (1%), não servindo para diagnóstico de infecção pós-casariana, opinião já defendida por Gibbs e cols (1980) e Zugaib e cols (1985), embora tenham números mais elevados de pacientes com febre.

Apesar de não diagnosticarmos infecção urinária por não realizarmos exames específicos, procuramos estudar a referência de queixas urinárias pelas pacientes, que indiretamente poderia refletir benefícios na utilização dos antibióticos. A Tabela 33 mostra que aproximadamente um quarto das pacientes referiam estas queixas nos três grupos de estudo. Portanto, não se beneficiando as mulheres do uso dos antibióticos. Também, em relação ao tempo de cateterização e o aparecimento da sintomatologia, não houve diferenças, provavelmente pelo fato de ter havido pouca variabilidade no tempo de permanência dos cateteres vesicais.

O fato de não encontrarmos diferenças entre os grupos de tratamento em relação ao aparecimento de morbidade infecciosa e de queixas urinárias pode parecer diferente dos achados de outros autores. Em recente estudo (Ribeiro e

cols, 1989) encontrou 33,4% de endometrite, 39,5% de infecção do trato urinário e 27,1% de infecção de parede, resultados superiores aos nossos, porém os critérios de seleção foram diferentes. Os autores citados excluíram apenas pacientes com infecção clínica e que tivessem feito uso de antimicrobiano nos últimos trinta dias que antecederam ao parto, permitindo a inclusão de mulheres com alguns fatores não permitidos às nossas pacientes. Acreditamos que nossos resultados se justificam pela homogeneidade da amostra (Tabelas 23 e 24), por se tratarem de pacientes de baixo risco e por não ser necessário o uso de antibióticos em pacientes sem outros riscos para infecção, além do risco inerente do ato cirúrgico.

No quadro apresentado a seguir podemos observar a grande variação na incidência de morbidade infecciosa encontrada após a cesariana, provavelmente pela imprecisão na classificação das mulheres quanto a presença de fatores de risco.

Autores	Risco de infecção	Morbidade infecciosa(%)	
		Profilaxia	Controle
Ribeiro e cols (1989)	não definido	15,8	50,0
Young e cols (1983)	alto risco	12,0	32,0
Duff e cols (1982)	baixo risco	9,5	32,5
Apuzzio e cols (1982)	alto risco	36,0	71,0
	baixo risco	18,5	40,0
Belfort e cols (1981)	sem discriminação	16,2	10,0
Kreutner e cols (1978)	sem discriminação	27,1	34,7
Green e cols (1977)	alto risco	15,0	63,0
Moro e Andrews (1974)	sem discriminação	8,8	29,2
Gibbs e cols (1972)	alto risco	27,0	61,0
Esta pesquisa	baixo risco	22,0	24,0

Enquanto a maioria dos autores encontraram menores taxas de infecção no grupo com profilaxia, alguns autores como Belfort e cols (1981) e Kreutner e cols (1978) não acharam vantagens dessa conduta, coincidindo com os nossos resultados.

Nas Tabelas 35 e 36 comparamos os grupos de pacientes com e sem infecção, independente dos tratamentos, em virtude de não existir diferenças entre os mesmos em relação ao surgimento de complicações infecciosas. Tal

comparação teve por objetivo encontrarmos algum fator que pudesse ser responsabilizado pela ocorrência da complicação.

O único fator que mostrou diferença significativa foi o tipo de incisão na parede abdominal ($p < 0,0001$). Enquanto 70% das mulheres que tiveram infecção foram operadas por incisão mediana, este tipo de laparotomia foi utilizada por 27% das mulheres sem infecção. Este foi o único fator encontrado como significativo, que poderia representar como fator de risco para o aparecimento de infecção em nosso material. Outros autores (Pelle e cols, 1986) não têm encontrado diferença entre pacientes com infecção de parede em função do tipo de incisão, porém já relatamos que o fator pessoal em período de formação profissional pode constituir-se em elemento que singulariza nossa casuística.

De acordo com os resultados obtidos não se justificaria o uso de Cefoxitina ou Cloranfenicol na profilaxia da infecção pós-cesariana no grupo de pacientes que não apresentem fatores de risco. Entretanto, quanto ao tipo de incisão mediana, necessitamos de outros estudos que nos mostrem a influência deste tipo de incisão sobre o aparecimento de infecção de parede.

Chamamos ainda a atenção de que o acompanhamento das pacientes apenas até a alta hospitalar pode dar uma imagem equivocada da incidência de infecção puerperal. A instituição de um programa de acompanhamento além do egresso hospitalar, provavelmente nos proporcionaria condições para diagnosticarmos mais casos de infecção.

CONCLUSOES

6. CONCLUSÕES:

1. A administração dos antibióticos Cefoxitina (de forma profilática) e Cloranfenicol (terapêutica) não beneficiaram nossas pacientes em relação ao aparecimento de morbidade infecciosa pós-cesariana.
2. As queixas urinárias, sem infecção confirmada, foram frequentes em nossas pacientes após a cirurgia (25%) e sua incidência não foi influenciada pelo uso de antibióticos de forma profilática (Cefoxitina) ou terapêutica (Cloranfenicol).
3. Dentre os fatores analisados que poderiam influir no aparecimento de infecção, apenas o tipo de incisão mediana mostrou-se mais frequente nas mulheres com infecção.
4. O diagnóstico de infecção foi realizado, na maioria dos casos (70%), após a alta hospitalar.

RESUMO

7. RESUMO:

Estudo prospectivo, realizado em 135 pacientes, de baixo risco para o desenvolvimento de morbidade infecciosa no puerpério, submetidas à operação cesariana, como o objetivo de estudarmos o efeito profilático de dois antibióticos na redução da incidência de infecção. As pacientes foram distribuídas de maneira aleatória em três grupos: quarenta e cinco mulheres receberam Cefoxitina de forma profilática, 45 receberam Cloranfenicol de forma terapêutica, e em 45 pacientes não administramos qualquer antimicrobiano. A avaliação clínica mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de tratamento em relação ao aparecimento de infecção no puerpério. Encontramos também, que o diagnóstico de infecção foi realizado na maior parte das vezes após a alta hospitalar. O único fator encontrado que influenciou no aparecimento de morbidade infecciosa foi o tipo de incisão. Concluimos que a administração de antibióticos de forma profilática ou terapêutica, não beneficiou as pacientes quanto ao aparecimento de infecção após a cesariana e da necessidade do acompanhamento destas mulheres após a alta hospitalar.

ABSTRACT

8. ABSTRACT:

A prospective study of 135 low-risk patients for infectious morbidity development in puerperium submitted to cesarean-section was done with the aim of study the use of antibiotics effect for reduction of infection rate. The patients were randomly distributed into 3 groups: 45 women received Cefoxitin as a prophylactic, 45 received Chloramphenicol as therapeutics and 45 did not receive any treatment. The clinical evaluation did not show any statistical significant difference between the treatment groups regarding infection in puerperium. It was also shown that most of the diagnosis for infection was done after hospital discharge. The only element that had an influence on the development of infectious morbidity was the type of incision. It was concluded that the antibiotics administration as prophylactic or therapeutics did not benefit the patients regarding infection after cesarean-section and that a follow-up after hospital discharge is required for the correct identification of this complication.

REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. ALEXANDER, J.W. & ALTEMEIER, W.A. Penicillins prophylaxis of experimental staphylococcal wound infections. *Surg Gynecol Obstet*, 120: 243-54, 1965.
2. ALMEIDA, P.A.M. Mortalidade Materna. *Femina*, 13: 1100-7, 1985.
3. APUZZIO, J.J. et alii. Comparative clinical of ceftizoxime with clindamycin and gentamicin and cefoxitin in the treatment of postcesarean endomyometritis. *Surg Gynecol Obstet*, 161: 518-22, 1985.
4. APUZZIO, J.J. et alii. Prophylactic antibiotics for cesarean section: Comparison of high- and low-risk patients for endomyometritis. *Obstet Gynecol*, 59: 693-8, 1982.
5. ARAUJO, J.G. & OLIVEIRA, F.C. O lugar da operação cesariana e a escolha do método. *Clin Obstet Gynecol*, 9: 763-79, 1982.

6. BARROS, A.C.S.D. et alii. Roteiro para antibioticoterapia profilática em obstetrícia. Rev Paul Med, 106: 343-9, 1988.

7. BELFORT, P. et alii. Antibioticoterapia profilática na operação cesariana: validade ou inanidade? J Bras Ginec, 91: 475-8, 1981.

8. BELITZKY, R., coord. El nacimiento por cesárea en instituciones latinoamericanas. Aproximacion a un diagnóstico de situacion. Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano, s.d. (Public. CLAP 1160).

9. BERGER, S.A. et alii. Antimicrobial prophylaxis in obstetric and gynecologic surgery. A critical review. J Reprod Med, 24: 185-90, 1980.

10. BLANCO, J.D. et alii. Correlation of quantitative amniotic fluid cultures with endometritis after cesarean section. Am J Obstet Gynecol, 143: 897-901, 1982a.

11. BLANCO, J.D. et alii. The association between the absence of amniotic fluid bacterial inhibitory activity and intra-amniotic infection. *Am J Obstet Gynecol*, 143: 749-55, 1982b.
12. BLANCO, J.D. & GIBBS, R.S. Infections following classical cesarean section. *Obstet Gynecol*, 55: 167-9, 1980.
13. BONACCORSI, G. et alii. Profilassi antibiotica a lungo termine nel taglio cesareo. *Minerva Ginecol*, 39: 371-6, 1987.
14. BRAGA, L.F.C.O. Cesariana - uso e abuso. *Femina*, 16: 1118-22, 1988.
15. BOTTOMS, S.F. et alii. The increase in the cesarean section birth rate. *New Engl J Med*, 302: 559-63, 1980.
16. BOULANGER, J.C. et alii. Prévention du risque infectieux et thrombo-embolique après césarienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 15: 655-9, 1986.

17. CABRAL, A.C.V. & ROQUETE, A.L.B. Antibioticoterapia profilática na operação cesariana. *Femina*, 13: 794-5, 1985.
18. CONOVER, W.B. & MOORE, T.R. Comparison of irrigation and intravenous antibiotic prophylaxis at cesarean section. *Obstet Gynecol*, 63: 787-91, 1984.
19. COOPERMAN, N.R. et alii. Clinical significance of amniotic fluid, amniotic membranes, and endometrial biopsy cultures at the time of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 137: 536-72, 1980.
20. COSTA, C.F.F. Operação cesariana. Antibioticoterapia profilática, *Femina*, 12: 973-4, 1984.
21. COSTA, C.F.F. et alii. Uso profilático do cloranfenicol na operação cesariana. *Rev Bras Ginec Obstet*, 8: 125-7, 1981.
22. CUNHA, F.M. Antibioticoterapia profilática. Ainda?! *Femina*, 9: 631-2, 1977.

- 23.CUNHA, S.P. et alii. Antibioticoterapia profilática em operação cesariana. Análise das complicações e fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2: 59-63, 1987.
- 24.CUNNINGHAM, F.G. Treatment and prevention of female pelvic infection: The quest for single-agent therapy. *Am J Obstet Gynecol*, 157: 485-8, 1987.
- 25.D'ANGELO, L.J. & SOKOL, R.J. Determinants of postpartum morbidity in laboring monitored patients: A reassessment of the bacteriology of the amniotic fluid during labor. *Am J Obstet Gynecol*, 136: 575-8, 1980.
- 26.DUFF, P. et alii. Correlation of laboratory and clinical criteria in the prediction of postcesarean endomyometritis. *Obstet Gynecol*, 63: 781-6, 1984.
- 27.DUFF, P. et alii. Single-dose cefazolin versus cefonicid for antibiotic prophylaxis cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 70: 718-21, 1987.

- 28.DUFF, P. et alii. Antibiotic prophylaxis in low-risk cesarean section. *J Reprod Med*, 27: 133-8, 1982.
- 29.ELLIOTT, J.P. et alii. Short versus long course of prophylactic antibiotics in cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 143: 740-4, 1982.
- 30.EMMONS, S.L. et alii. Development of wound infections among women undergoing cesarean section. *Obstet Gynecol*, 72: 559-64, 1988.
- 31.ESCHENBACH, D.A. New concepts of obstetrics and gynecologic infection. *Arch Intern Med*, 142: 2039-44, 1982.
- 32.EVRARD, J.R. et alii. Cesarean section and maternal mortality in Rhode Island. *Obstet Gynecol*, 50: 594-7, 1977.
- 33.FARO, S. Infections disease relations to cesarean section. *Obstet Gynecol*, 15: 685-95, 1988.

- 34.FARD, S. Patient cost in the treatment of postsurgical female pelvic infection. *Am J Med*, 78: 165-9, 1985.
- 35.FERRAZ, E.M. Manual de controle de infecção em cirurgia. São Paulo, E.P.U., 1982. 346p.
- 36.FAUNDES, A. et alii. O problema da mortalidade materna. *Femina*, 15: 25-31; 1987a.
- 37.FAUNDES, A. Intervencion para reducir la mortalidade materna. In: Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, 12o., Guatemala, 1987b. p. 1-18.
- 38.FAUNDES, A. et alii. Intervencion en el proceso del nacimiento. Cuando es apropiada la operacion cesárea como tecnologia para el nacimiento? In: Conferência Interregional Sobre Tecnologia Apropriada en el Nacimiento, Fortaleza, 1985. p. 1-26.
- 39.FILKER, R. & MONIF, G.R.S. The significance of temperature during the first 24 hours postpartum. *Obstet Gynecol*, 53: 358-61, 1979.

- 40.FORD, L.C. et alii. Cost-effective use of antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 157: 506-10, 1987.
- 41.GALASK, R.P. Changing concepts in obstetric antibiotic prophylaxis. *Am J Obstet Gynecol*, 157: 491-7, 1987.
- 42.GANESH, V. et alii. Single-dose trimethoprim-sulfamethoxazole prophylaxis for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 154: 1113-4, 1986.
- 43.GIBBS, R.S. Infection after cesarean section, *Clin Obstet Gynecol*, 28: 697-710, 1985.
- 44.GIBBS, R.S. et alii. Prophylactic antibiotics in cesarean section: A double-blind study. *Am J Obstet Gynecol*, 114: 1048-53, 1972.
- 45.GIBBS, R.S. et alii. Antibiotic therapy of endometritis following cesarean section. *Obstet Gynecol*, 52: 31-7, 1978.

46. GIBBS, R.S. et alii. The effect of internal fetal monitoring on maternal infection following cesarean section. *Obstet Gynecol*, 48: 653-8, 1976.
47. GIBBS, R.S. et alii. Endometritis following vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, 56: 555-8, 1980.
48. GIBBS, R.S. et alii. Bacteriologic effects of antibiotic prophylaxis in high-risk cesarean section. *Obstet Gynecol*, 57: 277-82, 1981.
49. GIBBS, R.S. & WEINSTEIN, A.J. Puerperal infection in the antibiotic era. *Am J Obstet Gynecol*, 124: 769-87, 1976a.
50. GIBBS, R.S. & WEINSTEIN, A.J. Bacteriologic effects of prophylactic antibiotics in cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 126: 226-9, 1976b.
51. GIL-EGEA, M.J. et alii. Surgical wound infections: Prospective study of 4,468 clean wounds. *Infect Control*, 8: 277-80, 1987.

52. GILSTRAP III, L.C. & CUNNINGHAM, F.G. The bacterial pathogenesis of infection following cesarean section. *Obstet Gynecol*, **53**: 545-9, 1979.
53. GOLDBERG, D.M. The cephalosporins. *Med Clin North Am*, **71**: 1113-33, 1987.
54. GONIK, B. Single-versus three-dose cefotaxime prophylaxis for cesarean section. *Obstet Gynecol*, **65**: 189-92, 1985.
55. GOPLERUD, C.P. et alii. Aerobic and anaerobic flora of the cervix during pregnancy and the puerperium. *Am J Obstet Gynecol*, **126**: 858-65, 1987.
56. GORBACH, S.L. Antibiotic therapy of obstetric and gynecologic infections. *Surg Clin North Am*, **55**: 1373-9, 1975.
57. GORDON, H.R. et alii. Prophylactic cesarean section antibiotics: Maternal and neonatal morbidity before or after cord clamping. *Obstet Gynecol*, **53**: 151-6, 1979.

58. GREEN, S.L. & SARUBBI, F.A. Risk factors associated with post cesarean section febrile morbidity. *Obstet Gynecol*, 49: 686-90, 1977.
59. GREEN, S.L. et alii. Prophylactic antibiotics in high-risk cesarean section. *Obstet Gynecol*, 51: 569-72, 1978.
60. GREENHILL, J.P. Pathology of the puerperium; puerperal infection. In: _____ . *Obstetrics*. 13a.ed. Philadelphia, Saunders, c 1965. p. 1068-83.
61. HAGGLUND, L. et alii. Risk factors in cesarean section infection. *Obstet Gynecol*, 62: 145-50, 1983.
62. HERGER, J.H. & ENGLISH, D.H. Selection of patients for antibiotic prophylaxis in cesarean sections. *Am J Obstet Gynecol*, 141: 752-8, 1981.
63. HAWRYLYSHYN, P.A. et alii. Risk factors associated with infection following cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 139: 294-8, 1981.

64. HAWRYLYSHYN, P.A. et alii. Short-term antibiotic prophylaxis in high-risk patients following cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 143: 285-9, 1983.
65. HERMAN, G. et alii. Cefoxitin versus clindamycin and gentamicin in the treatment of postcesarean section infections. *Obstet Gynecol*, 67: 371-6, 1986.
66. HILLIARD, G.D. & HARRIS, R.E. Utilization of antibiotics for prevention of symptomatic postpartum infections. *Obstet Gynecol*, 50: 285-7, 1977.
67. HIRSCH, H.A. Prophylactic antibiotics in obstetrics and gynecology. *Am J Med*, 78: 170-6, 1985.
68. IAMS, J.D. & CHAWLA, A. Patient costs in the prevention and treatment of post-cesarean section infection. *Am J Obstet Gynecol*, 149: 363-6, 1984.

70. INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDENCIA SOCIAL apud MINISTERIO DA SAÚDE. Simpósio sobre Cesariana: Fatores que a determinam e consequências maternas e perinatais. Relatório. Campinas, UNICAMP, 1982.
70. JAKOBI, P. et alii. Single-dose cefazolin prophylaxis for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 158: 1049-52, 1988.
71. KREUTNER, A.K. et alii. Perioperative antibiotic prophylaxis in cesarean section. *Obstet Gynecol*, 52: 279-84, 1978.
72. KREUTNER, A.K. et alii. Perioperative cephalosporin prophylaxis in cesarean section: Effect on endometritis in the high-risk patient. *Am J Obstet Gynecol*, 134: 925-35, 1979.
73. LANE, E. & GELLERT Jr, R. Cesárea - Qual a incidência aceitável? *J Bras Gynec*, 94: 437-9, 1984.
74. LEDGER, W.J. Management of postpartum cesarean section morbidity. *Clin Obstet Gynecol*, 23: 621-35, 1980.

- 75.LEDGER, W.J. et alii. Bacteremia on an obstetric-gynecologic service. Am J Obstet Gynecol, 121: 205-12, 1975a.
- 76.LEDGER, W.J. et alii. Guidelines for antibiotic prophylaxis in gynecology. Am J Obstet Gynecol, 121: 1038-45, 1975b.
- 77.MACE, A.E. & KRIGER, R.E. Sample-size determination, 1973. Publ Hing Co, IMC.
- 78.MATHEUS, M. et alii. Endometrite II. Fatores maternos e neonatais. J Bras Ginec, 97: 19-22, 1987.
- 79.MAUAD Fo., F. et alii. Incidência de cesarianas no hospital das clínicas da faculdade de medicina de Riberião Preto-USP. Rev Bras Ginecol Obstet, 8: 192-5, 1986.
- 80.MILLER, J.M. Maternal and neonatal morbidity and mortality in cesarean section. Clin Obstet Gynecol, 15: 629-38, 1988.

81. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de controle de infecção hospitalar. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 123 p. (Série A: Normas e manuais técnicos, 16).
82. MORO, M & ANDREWS, M. Prophylactic antibiotics in cesarean section. *Obstet Gynecol*, 44: 688-92, 1974.
83. MORRISON, J.C. et alii. The use of prophylactic antibiotics in patients undergoing cesarean section. *Surg Gynecol Obstet* 136: 425-8, 1973.
84. NIELSEN, T.F. Cesarean section: A controversial feature of modern obstetric practice. *Gynecol Obstet Invest*, 21: 57-60, 1986.
85. PEIXOTO, M.A.P. Antibioticoterapia na gravidez e na lactação. *J Bras Ginec*, 95: 153-7, 1985.
86. PELLE, H. et alii. Wound infection after cesarean section. *Infect Control*, 7: 456-61, 1986.

87. PEREIRA, J.M.S. Incidência do parto cesáreo. Mortalidade materna e perinatal. *J Bras Ginec*, 96: 39-44, 1986.
88. PETITTI, D.B. Maternal mortality and morbidity in cesarean section. *Clin Obstet Gynecol*, 28: 763-9, 1985.
89. PHELAN, J.P. & PRUYN, S.C. Prophylactic antibiotics in cesarean section. A double-blind study of cefazolin. *Am J Obstet Gynecol*, 133: 474-8, 1979.
90. PLAIT, L.D. et alii. The role of anaerobic bacteria in postpartum endomyometritis. *Am J Obstet Gynecol*, 135: 814-7, 1979.
91. POLK, B.F. et alii. Randomized clinical trial of perioperative cefoxitin in preventing maternal infection after primary cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 142: 983-7, 1982.
92. PRITCHARD, J.A. & MACDONALD, P.C. Infecção puerperal. In: _____ . *Williams Obstetrícia*. 16a.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1983. p. 650-9.

- 93.QUINTILIANI, R. et alii. First and second generation cephalosporins. *Med Clin North Am*, 66: 183-97, 1982.
- 94.REIMER, K. et alii. The impact of postdischarge infection on surgical wound infection rates. *Infect Control*, 8: 237-40, 1987.
- 95.REZENDE, J.de et alii. Infecção puerperal. Hemorragias. Perturbações Urinárias. In: REZENDE, J.de. *Obstetrícia*. 5q.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1987. p. 793-802.
- 96.ROGERS, R.E. Complications at cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 15: 673-84, 1988.
- 97.ROMERO, R. et alii. Infection and labor: The detection of endotoxin in amniotic fluid. *Am J Obstet Gynecol*, 157: 815-9, 1987.
- 98.ROSSO, P.A. New chart to monitor weight gain during pregnancy. *Am J Clin Nutr*, 41: 644-52, 1985.

- 99.ROTHBARD, M.J. et alii. Prophylactic antibiotics in cesarean section. *Obstet Gynecol*, 45: 421-4, 1975.
- 100.RUBIN, G.L. et alii. Maternal death after cesarean section in Georgia. *Am J Obstet Gynecol*, 139: 681-5, 1981.
- 101.RUDD, E.G. Premature rupture of the membranes. A review. *J Reprod Med*, 30: 841-8, 1985.
- 102.SACHS, B. et alii. Cesarean section-related maternal mortality in Massachussetts, 1954-1985. *Obstet Gynecol*, 71: 385-8, 1988.
- 103.SALTZMAN, D.H. et alii. Single-dose antibiotic prophylaxis in high-risk patients undergoing cesarean section. *J Reprod Med*, 31: 709-12, 1986.
- 104.SANDUSKY, W.R. Use of prophylactic antibiotics in surgical patients. *Surg Clin North Am*, 60: 83-92, 1980.

- 105.SCHER, K.S. & JONES, C.W. Which cephalosporin for wound prophylaxis? An experimental comparison of three drugs. *Surgery*, 98: 30-3, 1985.
- 106.SCHLIEVERT, P. et alii. Bacterial growth inhibition by amniotic fluid. *Am J Obstet Gynecol*, 125: 906-10, 1976.
- 107.SENIOR, C.C. et alii. Are preoperative antibiotics helpful in abdominal hysterectomy? *Am J Obstet Gynecol*, 154: 1004-8, 1986.
- 108.SOUTHGATE, M.T. Cesarean section. *JAMA*, 253: 811-8, 1985.
- 109.SOUZA, E. et alii. Infecção puerperal. *Femina*, 16: 1070, 1988.
- 110.STEVENSON, C.S. et alii. Maternal death from puerperal sepsis following cesarean section. *Obstet Gynecol*, 29: 181-91, 1967.

111. STIVER, H.G. et alii. Multicenter comparison of cefoxitin versus cefazolin for prevention of infections morbidity after nonelective cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 145: 158-63, 1983.-
112. SWARTZ, W.H. & GROLLE, K. The use of prophylactic antibiotic in cesarean section. A review of the literature. *J Reprod Med*, 26: 595-609, 1981.
113. SWEET, R.L. & LEDGER, W.J. Puerperal infections morbidity. *Am J Obstet Gynecol*, 117: 1093-110, 1973.
114. SWEET, R.L. & LEDGER, W.J. Cefoxitin: Single agent treatment of mixed aerobic-anaerobic pelvic infection. *Obstet Gynecol*, 54: 193-8, 1979.
115. VARNER, M.W. et alii. Comparison of cefotetan and cefoxitin as prophylaxis in cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 154: 951-4, 1986.
116. WALLACE, R.L. & YONEKURA, M.L. The use of prophylactic antibiotics in patients undergoing emergency primary cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 147: 533-6, 1983.

117. WALLACE, R.L. et alii. Extraperitoneal cesarean section. A surgical form of infection prophylaxis. *Am J Obstet Gynecol*, 148: 172-7, 1984.
118. WEISSBERG, S.M. et alii. Prophylactic antibiotics in cesarean section. *Obstet Gynecol*, 38: 290-3, 1971.
119. WILLIAMS, C.M. et alii. Clinical and microbiologic risk evaluation for post-cesarean. *Am J Obstet Gynecol*, 156: 967-74, 1987.
120. WILLSON, J.R. The conquest of cesarean section-related infections: A progress report. *Obstet Gynecol*, 72: 519-32, 1988.
121. YONEKURA, M.L. Risk factors for postcesarean endomyometritis. *JAMA*, 78: 177-87, 1985.
122. YOUNG, R. et alii. Prophylactic cefoxitin in cesarean section. *Surg Gynecol Obstet*, 157: 11-4, 1983.

123.ZANON, U. & AMADO, O.L. Infecções hospitalares tocoginecológicas. In: ZANON, U. & NEVES, J. Infecções hospitalares. Prevenção. Diagnóstico e tratamento. 1a.ed. Rio de Janeiro, Medsi,1987. p.389-408.

124.ZUGAIB, M. et alii. A infecção puerperal nos dias atuais. Ginecol Obstet Brasil, 8: 52-55, 1985.

ANEXOS

Anexo 1

ORDEM	TRATAMENTO	ORDEM	TRATAMENTO	ORDEM	TRATAMENTO
1	A	36	A	71	B
2	B	37	C	72	B
3	B	38	B	73	A
4	C	39	B	74	B
5	A	40	B	75	A
6	B	41	B	76	A
7	A	42	B	77	C
8	B	43	B	78	B
9	C	44	C	79	B
10	B	45	C	80	A
11	A	46	A	81	C
12	A	47	C	82	C
13	A	48	A	83	B
14	B	49	C	84	C
15	C	50	A	85	B
16	C	51	C	86	B
17	B	52	A	87	B
18	C	53	B	88	A
19	A	54	B	89	B
20	C	55	A	90	C
21	A	56	C	91	C
22	C	57	C	92	A
23	A	58	A	93	C
24	C	59	B	94	C
25	C	60	C	95	A
26	C	61	A	96	B
27	C	62	B	97	C
28	B	63	B	98	B
29	B	64	C	99	B
30	A	65	A	100	C
31	C	66	B	101	B
32	C	67	B	102	A
33	A	68	B	103	A
34	C	69	C	104	B
35	C	70	C	105	A

ORDEM	TRATAMENTO	ORDEM	TRATAMENTO
106	C	121	B
107	B	122	C
108	B	123	A
109	B	124	A
110	A	125	A
111	A	126	C
112	B	127	C
113	C	128	A
114	A	129	A
115	B	130	A
116	A	131	A
117	C	132	A
118	B	133	A
119	C	134	C
120	A	135	A

ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA CESARIANA

Caso: 01 Grupo: A
obs:Não prescrever nenhum antibiótico
capa do prontuário

ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA CESAPIANA

Caso: 01 Grupo: A
obs:Não prescrever nenhum antibiótico
folha de prescrição

ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA CESARIANA

Caso: 02 Grupo: B
obs:prescrever MEFOXIN 1g EV - dose úni-
ca pós-clampeamento
capa do prontuário

ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA CESARIANA

Caso: 02 Grupo: B
obs:prescrever MEFOXIN 1g EV - dose úni-
ca pós-clampeamento
folha de prescrição

ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA CESARIANA

Caso: 03 Grupo: B
obs:prescrever MEFOXIN 1g EV - dose úni-
ca pós-clampeamento
capa do prontuário

ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA CESARIANA

Caso: 03 Grupo: B
obs:prescrever MEFOXIN 1g EV - dose úni-
ca pós-clampeamento
folha de prescrição

ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA CESARIANA

Caso: 04 Grupo: C
obs:prescrever a ROTINA do serviço
capa do prontuário

ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA CESAPIANA

Caso: 04 Grupo: C
obs:prescrever a ROTINA do serviço
folha de prescrição



FICHA OBSTÉTRICA - UNICAMP

NO

NOME _____ R.G.M. Nº _____

PRÉ NATAL

RESIDÊNCIA _____

IDADE

LOCAL DE NASCIMENTO _____ PROCEDÊNCIA _____

OBSERVAÇÕES _____

ESTADO CIVIL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	SOLTEIRO	CASADA	ANUZIADA	DEQUIT.	VUVA	10				

D.U.M. _____ D.P.P. _____

CONVULSIVA SIM NÃO

IDADE DA MÉRMANA

RITMO MENSTRUAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	REGULAR	IRREGULAR	SANBNER	10						

ALCOOLISMO

ANTES DE ENGRAVIDAR		DURANTE GRAVIDEZ	
<input type="checkbox"/>	1) NUNCA BEBEU	<input type="checkbox"/>	1) NÃO BEBEU
<input type="checkbox"/>	2) < 1/21 PINGA OU EQUIV. N DIA	<input type="checkbox"/>	2) < 1/21 PINGA OU EQUIV. N DIA
<input type="checkbox"/>	3) > 1/21 PINGA OU EQUIV. N DIA	<input type="checkbox"/>	3) > 1/21 PINGA OU EQUIV. N DIA

OBSERVAÇÕES

OUTROS PARTOS N.º MÊSES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FILHOS VIVOS ATUAL N.º	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NATIMORTOS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
GRÁV. GÊMELAS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CESÁREAS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TOTAL GRAVIDEZ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TOTAL ABORTOS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FILHOS MORTOS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TOTAL PARTOS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ABORTOS ESPONTÂNEOS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ABORTOS PROVOCADOS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
GRUPO SANGÜÍNEO	A	B	AB	O							
ANT. BENS. DE ENF. HEMOL. DE	1-1	2-2	3-3	4-4	5-5	6-6	7-7	8-8	9-9	10-10	11-11
ANT. DENTES MÓRTOS	SEM	1-1	2-2	3-3	4-4	5-5	6-6	7-7	8-8	9-9	10-10
ANT. DENTES OBSTÉTRICOS	SEM	1-1	2-2	3-3	4-4	5-5	6-6	7-7	8-8	9-9	10-10
USO ANTICONSEP. ANTES DESTA GESTAÇÃO	NÃO USOU	1-1	2-2	3-3	4-4	5-5	6-6	7-7	8-8	9-9	10-10
ESCOLA LANCH.	0	1-1	2-2	3-3	4-4	5-5	6-6	7-7	8-8	9-9	10-10

OBSERVAÇÕES

DATA	PESO (kg)	ALTURA UTER.	PRESSÃO ARTERIAL	FOCO	APRES.	EDEMA	MOV. FETAIS	SEMAN. GRAV.	EVOLUÇÃO

CONTROLE PRÉ NATAL

Nº TOTAL CONSULTAS Nº DE GESTAÇÃO INICIA PRÉ NATAL ANOS OBSTÉTRICOS

SE NÃO FEE PRÉ NATAL, PORQUE NÃO FEZ _____
 LOCAL DO PRÉ NATAL _____

ADMITIDA PARA PARTO DATA / / HORA : :

EXAME FÍSICO GERAL

Motivo de consulta _____

EST. GERAL _____

PULSO _____ P.A. _____ T. AXILAR _____

CABEÇA E PESCOÇO _____

TÓRAX (mamas, coração, pulmões) _____

PESO HABITUAL	_____
PESO NO MOMENTO	_____
DIFERENÇA PONDERAL	_____

ALTURA

--	--	--	--	--

27
28
29

SEM DE AMENORRÉIA

--	--	--	--

40
41

DIFERENÇA PONDERAL

1 IGUAL			
2 AUMENTOU			
3 DIMINUIU			

42

DIFERENÇA PONDERAL : Kg

--	--	--	--

43
44

ABDOMEM _____

EXTREMIDADES _____

	1	2	3	4	5	6	7	8
FORMA	SEM	ANULAR	TIRAL	ABOCHER	ANABARCA	IGNORADO		

OUTROS DADOS _____

INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO DATA / / HORA : : RUTURA DA BOLSA DATA / / HORA : :

EXAME OBSTÉTRICO Nº B.C.F. Xmin. _____ DINÂMICA _____ ALTURA UTERINA

--	--	--	--

45
46
47

T	ESTADO DO COLD	DILAT	MBR. E LIS. OVULAR	APRESENTAÇÃO	VARIED. FONIC	PLANO	PROMONTÓRIO	C. DIAS	C. VERA	EP. ELÁSTICAS	FOCO
V											
R											

OUTROS DADOS _____

DIAGNÓSTICOS DE ADMISSÃO	INDICAÇÕES NA ADMISSÃO E PLANO DE ASSISTÊNCIA	NOME RESPONSÁVEL

PARTO: HORA _____ DIA _____ MÊS _____ ANO

--	--	--	--

48
49

NR DURAÇÃO P. DILATAÇÃO _____ NR T. ADMISSÃO AO PARTO _____ NR T. R. N. PARTO _____ NR DURAÇÃO P. ESPULSIVO _____

OBSERVAÇÕES (DISTOCIAIS, ACIDENTES, INTERVENÇÕES, etc.) _____

PARTO ATENDIDO POR _____
NOME LEGÍVEL, LETRA DE FOMAR

CODIFICAÇÃO DE DADOS SOBRE EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
50 TIPO DE RUPURA DE MEMBRANAS	SEM PREMATURA	SEM ATÉ 8 cm	SEM 8 a 9 cm	SEM 9 a 10 cm	RUPURA ALTA	SEM ATÉ 8 cm	SEM 8 a 9 cm	SEM 9 a 10 cm	CESÁREA C/ C/SESS INTEGRAL	PARTO FORA DO SERVIÇO	10	00
51 ESTADO DO LÍQUIDO OVULAR	CLARO	LIGERAMENTE TURBIDO	TURBIDO	MICÔNIO ESPES	MICÔNIO ANHO	MEMBRAS SICO	FUNGILENTO	COM MAU CHEIRO	MEMBRAS SICO	MICÔNIO	10	01
52 QUANT LÍQUIDO OVULAR	NORMAL	OLIGO AMNIO	POLIO DRAMADO	-	-	-	-	-	-	-	10	02
53 S.E.P. (LACTAR 8) GRAVE	NORMAL 1120-1180	DP I	TACUCAR-DIA (1180-1240)	DP UNILATERAL	DP II	BRADICARDIA DAS TENTAS	DESAP FOCO SEM SINUS SOPRIMEN	DESAP FOCO COM SINUS SOPRIMEN	AUMENTO NA ADRENALINA	DESAP FOCO DUR MAMON	10	03
54 NE FOCOS DE RUPURA DE MEMBRANAS	1 OU MENOS	2	3	4	5	6	7	8	9 ou +	COM MEMBRAS INTEGRAS OU PARTO FORA DO SERVIÇO	10	04
55 ANALGESIA NO PER OBTACAO	SEM	MEIO DO MEDICAM	BLOQ EPID DURADO	BLOQ RAD BAIRO OU ALTO	MEPE OU EPID + BLOQ RAD	MEPE OU EPID + BLOQ RAD	BLOQ EPID + BLOQ RAD	MEPE OU EPID + BLOQ RAD	MEPE OU EPID + BLOQ RAD	OUTRAS	10	05
56 MORF ANALG ANTES EXPULSIVO	SEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ou +	10	06
57 INDICACAO DE OCIOCIANA	SEM OCIOCIANA	GRAVIDEZ PROLONGADA	AMORRENS PRMATURA	INFECCAO OVULAR	DIABETE	EDUCACAO DE PARTO	TOXEMIA	OSTIO FETAL	EM I	OUTRAS	10	07

CODIFICAÇÃO DE DADOS SOBRE O PARTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
58 HORA PARTO	00-00-00	01-00-00	02-00-00	03-00-00	04-00-00	05-00-00	06-00-00	07-00-00	08-00-00	09-00-00	10-00-00	11-00-00
59 FORMA DE INICIO DE PARTO	ESPONTANEA	INDUCAO OCIOCIANA P/RA	CESAREA ELETIVA	INDUCAO OCIOCIANA POR MENIS ESTIMULACAO	TRAUM	ABUSO	INDUCAO OCIOCIANA + ABUSO	PROSTAGLANDINAS	-	-	OUTRAS	10
60 FORMA DE TERMINO DE PARTO	ESPONTANEO	ABORTIVO EM PELVICA	EXTRACAO PELVICA	GRANDE EXTRACAO PELVICA	FORCIPS	VACUO	VACUO + FORCIPS	FORCIPS P/RA + CESAREA	VACUO + CESAREA	CESAREA	10	00
61 APRESENTACAO	VERTICE	FACE	FRONTE	CEFALICA INDEFINIDA	PELVICA COMPLETA	PELVICA INCOMPLETA	PELVICA INDEFINIDA	CORDAO	ONLIVA	OUTRA	10	01
62 VARIACAO DE POSICAO	EA	ET	EP	DA	DT	OP	PUNICA	SACRA	CESAREA SEM DIAQ	OUTRAS	10	02
63 DURACAO PERIODO DILACAO	SEM PERIODO DILACAO	ATE 1 HORAS	ATE 2 HORAS	ATE 3 HORAS	ATE 4 HORAS	ATE 5 HORAS	ATE 6 HORAS	ATE 7 HORAS	ATE 8 HORAS	ATE 9 HORAS	+ DE 24 HORAS	10
64 TEMPO DESDE ADMISSAO ATÉ AO PARTO	ATE 30 min	ATE 1 HORA	ATE 2 HORAS	ATE 3 HORAS	ATE 4 HORAS	ATE 5 HORAS	ATE 6 HORAS	+ DE 24 HORAS	ADMISSAO POR DELAY DO PARTO	PARTO FORA DO SERVIÇO	10	03
65 TEMPO DESDE O INICIO DO PARTO	ATE 1 HORAS	ATE 2 HORAS	ATE 3 HORAS	ATE 4 HORAS	ATE 5 HORAS	ATE 6 HORAS	ATE 7 HORAS	+ DE 24 HORAS	CESAREA COM INT PARTO FORA DO SERVIÇO	COM MEMBRAS INTEGRAS	10	04
66 DURACAO PERIODO EXPULSIVO SEM	CESAREA DE EXPULSIVO	ATE 15 min	ATE 30 min	ATE 45 min	ATE 60 min	ATE 75 min	ATE 90 min	ATE 105 min	ATE 120 min	+ DE 30 min	10	05
67 INDICACAO DE CESAREA	PRINCIPAL	DE SUPRIMENTO FETAL	DE SUPRIMENTO PELVICA	DE SUPRIMENTO PELVICA	DE SUPRIMENTO PELVICA	DE SUPRIMENTO PELVICA	DE SUPRIMENTO PELVICA	DE SUPRIMENTO PELVICA	DE SUPRIMENTO PELVICA	DE SUPRIMENTO PELVICA	DE SUPRIMENTO PELVICA	10
68 INDICACAO DE CESAREA	10 TOXEMIA	11 ANT DRG	12 ACIDENTE CONDAG	13 FRATURAS TARDIA	14 ANT EPID	15 DIABETE	16 DIST. DE PARTE MOLE	17 OP	18 SEM INDICACAO	19 OUTRAS	10	06
69 ANESTESIA PARA SUP DO INTERVENCOES	SEM	ORAL	RAQUIDA	EPIDURAL SIMPLES	EPIDURAL CONTINUA	PUNICAO	LOCAL	CAUDAL	EPIDURAL	OUTRAS	10	07
70 FORCIPS OU VACUO	SEM	ALIVIO	DISTOCIA ROTACAO	DISTOCIA PROGRESSIVA	APRENSAO PERIODO TRAPULSIVO	CERCA OERRADURA	FORCIPS NA CESAREA	-	-	OUTRAS	10	08
71 OPERACOES COMPLEMENTARES MENORES	SEM	SPINER RAPIA	BUTURA DO COLO	SPINERA P/RA + BUT DO COLO	BUTURA OESARRIO VAGINAL	BUTURA VAG + BUT DO COLO + EPIDUR	OUTRAS	OUTRAS	OUTRAS	OUTRAS	10	09
72 OPERACOES COMPLEMENTARES MAIORES	SEM	ESTERILIZ META PARTO	ESTERILIZ P/RA PARTO	BUTURA UTERINA	MISERIC SUB-TOTAL	MISERIC TOTAL	LIGADURA UTERINA	BUT BUTURA UTERINA + ESTERILIZ	OUTRAS	OUTRAS	10	10

OBSERVAÇÕES

DEQUITAÇÃO 123 DURACAO

124 PERI

COMPLETA	ADICIONAIS	INCOMPLETA	ACRITA
----------	------------	------------	--------

MENOR	CURAGEM	CURATUM
-------	---------	---------

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS, ANOMALIAS PLACENTARIAS, INTERVENCOES, etc.

MEDICO

CODIFICAÇÃO DE DADOS DA DEQUITAÇÃO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
73 DURACAO (min)	1-5	10-15	20-25	30-35	40-45	50-55	60-65	70-75	80-85	90-95	100 ou +	CESAREA
74 MED PLACENTA M	300-350	350-400	400-450	450-500	500-550	550-600	600-650	650-700	700-750	750-800	800-850	850-900
75 TIPO DE QUITAÇÃO	NATURAL	DIRIGIDO	CRUDE	EXTRACAO MANUAL	CURAGEM	ESTE MAN + CURAGEM	ESTE C/ INV UTER	MISERIC POR PLAC. ACNE TA	MISERIC EM BLOCO	MISERIC	OUTRAS	10
76 POSICAO	NORMAL	CIRCULAR SIMPLES	CIRCULAR DUPLA	MADE DE OMB	NO	PROLAP. CONDAG	PROLAP. CONDAG	PROLAP. CONDAG	PROLAP. CONDAG	PROLAP. CONDAG	PROLAP. CONDAG	OUTRAS

F O 3 1 77

SAME Nº _____

Nº

--	--	--	--	--	--

RECÉM-NASCIDO

RESUSCITAÇÃO	SEM	COM	IGN	4
	1	2	3	4

ENV. ANAT. PATOL.	VIVO	EM	MÃO	IGN	7
	1	2	3	4	5

ALTURA

--	--	--

 PESO

--	--	--	--	--

OBSERVAÇÕES (LEÕES, MALFORMAÇÕES, MORBILIDADE, etc.) _____

MÉDICO BERÇÁRIO _____

IDADE	DEFINIÇÃO	CLÍNICA	ICAP/URM
A 1 mm			
P			
B 5 mm			
A			
R 15 mm			

UNIDADE Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
23	MALFORMAÇÃO DE PARTO	MASCULINO SIMPLES	FEMININO SIMPLES	MASCULINO DUPLO	FEMININO DUPLO	MASCULINO TRÍPLIO	FEMININO TRÍPLIO				OUTROS	IGN
23	CONDENITA	SEM	ACRANIA OU ANENCEFALIA	HIDROCE FALIA	MINIHO CELE	CRANIOPATIA CONDENITA	HIDROCE MO	ONFALOCELE	LABIO LIPDRING	EMAS FOMORTE	OUTRAS	IGN
24	MORBIDADE NEONATAL OU CAUSA DE MORTE	SEM	DETERIORACAO PROLOGO	DETERIORACAO FATULOG	DE SOR	DE COGULO PATIA	DE SIFEM	DE OUTRAS ENFERMID INFECCOAS	DE ANOMALIAS NEUROLOG	DE ANOMALIAS CONDENITAS	DE MEMORIAS E RESER MINIDEAL	IGN
25	ESTADO DO RN NA ALTA NA TERNA	VIVO SAO	VIVO ENFERMO	NATIMORTO	MORTE NEO NATAL ATÉ 24 HORAS	MORTE NEO NATAL > 24 HORAS AD 1ª DIA	MORTE NEO NATAL > 24 HORAS AD 2ª DIA	MORTE NEO NATAL > 24 HORAS AD 3ª DIA	MORTE > 30 DIAS			IGN

OBSERVAÇÕES (TRATAMENTO, ANÁLISE, etc.) _____

CLASSIFICAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ OU PARTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
27	EVOLUÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL	NORMAL	ELEVAR TEM SINAIS DE SINAIS DE CHOQUE < 100/60	CHOQUE CLINICO REVER SINAL DE QUALQUER ORGEM	CHOQUE CLINICO IRRADIÁVEL DE QUALQUER ORGEM	HIPERTEN SÃO LEVE > 160/90 < 180/120	HIPERTEN SÃO MOD > 180/90 < 180/120	HIPERTEN SÃO GRAVE > 180/120	ACIDENTE CONVULSIVO OU VISCERAL			IGN
28	TOXEMIA E HIPERTENSAO	SEM	HIPERT LEVE PROVA TOXEMIA	HIPERT MOD. PROVA TOXEMIA	HIPERT. SEVERA PROVA TOXEMIA	PRE ECLAMP PEA MODERADA	PRE ECLAMP PEA SEVERA	HIPERT CRONICA ESSENCIAL	HP. ART. OUTRAS OR. NÃO PÓS ECLAMP	ECLAMP GRAVIDICA	ECLAMP PLEURE	IGN
29	DIABETE	SEM	PRE DIABE 1º CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D + E	CLASSE A	CLASSE R	A COM FATORES ADVANTAJES	COM FATORES ADVANTAJES	OUTRAS COM ADVANTAJES	IGN
30	INFECCOES	SEM	TODOPLAS MOBE	TUBERCULOSE	INF. URI. SIFERE	INF. URI. CIFERE	GONORREIA	VINDO	ESTAFILOCO OU ESTREPTO	SIFILIS	OUTRAS	IGN
31	HEMORRAGIAS (IMPORTANTES)	SEM	DO 1º TRIMESTRE	DO 2º TRIMESTRE	PLACENTA PREVIA	DPP	RUPTURA UTERINA	LEÕES PARTES MOLES	SEM DIA		OUTRAS	IGN
32	CIRURGIA DURANTE GRAVIDEZ	SEM	CERCLA SEM 1º TRIMESTRE	CERCLA SEM 2º TRIMESTRE	CERCLA SEM 3º TRIMESTRE	HEMEL. CONDILOMA	CONEXÃO	AMPUTAÇÃO DO COTO	APENDICE TOMIA	CIRURGIA DA MAMA	OUTRAS	IGN

CLASSIFICAÇÃO DAS COMPL. DO FURTO E OUTRAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
33	HEMORRAGIAS	SEM	ATENSÃO PLACENT. INF. PROCOCE	ADERÊNCIA PLACENTA NORMAL	RETENÇÃO DE RESID. PLACENT.	HEMORR. UTERINA SEM RESIDUO	HEMORR. UTERINA COM RESIDUO	HIPERTEN DIA TARDIA DO PUEPÉRIO	PLACENTA ACROTA	HEM. LIG. AMPHOT. OU LIGAM. SUTEM	OUTRAS CAUSAS	IGN
34	INFECCOES	SEM	ENDOMETRITE	INFECCAO PERIDA OPERATORIA	MARTIS	TROMBO FLEBITE	HEMATEMIA LIGAMENTO LARDO	HEMORR. RITORNIO	ANEXITE OU PARA METR	ACRIMO DE DOUGLAS	SEPSIS	OUTRAS
35	CIRURCIAS	SEM	DEFICIENCIA FERIDA OPERATORIA	EVISC. RACAO	CORPO ESTRANHO	HEMATEMIA LIGAMENTO LARDO	HEMORR. RITORNIO	HEMAT. VUL. DU VAGINA POR BUT	RUPTURA VEGCAL	LIGADURA UNITE RES	OUTRAS CURETAG	IGN
36	ESTADO DA MÃE NA ALTA	SAUA	VIVA EMP INFECCOAS	VIVA EMP COMPLICA CIO OMS IETRICA	VIVA EMP COMPLICA CIO OMS SCA	VIVA EMP COMPLICA CIO OMS SCA	MORTE POR INFECCAO	MORTE POR ANEMIA	MORTE ECLAMP SIA	MORTE OUT. TRAE CAUSA	TRANSF. A OUTRO SERVIÇO	IGN
37	QUANTIDADE	SEM	PO- PARTO MEDIANO	PUEPÉRIO	ABINGREMO	PIRE 1 + 2	PIRE 2 + 3	PIRE 3 + 4	PIRE 4 + 5		OUTRAS	IGN
38	ESTUDOS REALIZADOS	SEM	ANAMN. COMA	ANAMN. CERTES	VICIOSM	MONIT. RIZACAO	R X	MAIS DE UM	FOCOS	QUALQUER ANTERIOR + OUTRO	DE OUTROS	IGN
39	TABAGISMO	NUNCA FUMOU	NÃO FUMOU DURANTE A GRAVIDEZ	DO 1º TR. MES. C. B. CIGARROS 8 DIA	DO 2º TR. MES. C. B. CIGARROS 8 DIA	ALÉM DO 2º TR. MES. C. B. CIGARROS 8 DIA	ALÉM DO 2º TR. MES. C. B. CIGARROS 8 DIA					IGN

ALTA DATA / /

DIAS DE INTERNAÇÃO DA MÃE

CONDICÇÕES	CAUSA
_____	_____

MÉDICO _____

ANTES DO PARTO	DEPOIS DO PARTO	RENTELAÇÃO

DIAS DE INTERNAÇÃO DO RN	IDENTIFICAÇÃO

ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA CESARIANA

Complementacao da Ficha Obstetrica

SAMEI: _____

Cirurgias: ___/___/___ Retorno: ___/___/___ Horas: ___|___

Tipo de Inoculação: _____

Tempo de permanência do cateter vesical: _____ h

Tempo para deambulação: _____ h

Analgesico usado no P.O.: _____

Equipe cirúrgica: _____ + _____ + _____

Curativo retirado no: _____ d.p.o. Aspecto: _____

Gráfico Térmico:

	1o.dia				2o.dia				3o.dia			
HORA	06	12	18	24	06	12	18	24	06	12	18	24
-----/-----/-----												
	4.dia				5o.dia				6o.dia			
HORA	06	12	18	24	06	12	18	24	06	12	18	24
-----/-----/-----												

Morbidade Infeciosa:

Dia Diagnóstico:

Intra-hospitalar:

Endometrite: NÃO SIM

Ferida Operatória: NÃO SIM Grau:

Queixas Urinárias: NÃO SIM

Infecção Respiratória: NÃO SIM

Febre Desconhecida: NÃO SIM

Pos-Alta Hospitalar:

Endometrite: NÃO SIM

Ferida Operatória: NÃO SIM Grau:

Queixas Urinárias: NÃO SIM

Infecção Respiratória: NÃO SIM

Febre Desconhecida: NÃO SIM

MOGRAMA

