

Atualizações sobre os distúrbios e as complicações do período pós-parto

Updates on disorders and complications of the postpartum period

DOI:10.34119/bjhrv5n6-011

Recebimento dos originais: 30/10/2022

Aceitação para publicação: 02/11/2022

Lara Gomes Botelho

Residente em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV)

Instituição: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV)

Endereço: Rua Doutor João Carlos de Souza, 121, Barro Vermelho, Edifício Atlantis, Vitória – ES, CEP: 29057-530

E-mail: larabotelho19@gmail.com

Thiago Henrick Ferreira do Carmo

Acadêmico no curso de Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH)

Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH)

Endereço: Rua Mal Jofre, 177, Nova Granada, Belo Horizonte – MG

E-mail: thck99@icloud.com

Cinthia Rafaela Santos Assis Marcos

Residente em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV)

Instituição: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV)

Endereço: Rua Amélia da Cunha Ornelas, 150, Bento Ferreira, Vitória – ES, CEP: 29050-620

E-mail: cinthiarafaela86@gmail.com

Cintia Caus Pereira

Residente em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV)

Instituição: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV)

Endereço: Rua Maranhão, 15, Praia da Costa, Vila Velha – ES

E-mail: cintiacaus@gmail.com

Laila Fabiana Mendes

Acadêmica no curso de Medicina pela Faculdade Atenas Passos

Instituição: Faculdade Atenas Passos

Endereço: Rua Irlanda, 167, Novo Mundo, Passos - MG

E-mail: lailamendes125@gmail.com

Luísa Andrade Bueno

Acadêmica no curso de Medicina pela Faculdade Atenas Passos
Instituição: Faculdade Atenas Passos
Endereço: Av. Expedicionários, 2360, Bloco 25, Passos - MG
E-mail: luisaandradebueno@hotmail.com

Felipe Rodrigues Moura

Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Pará
Instituição: Universidade do Estado do Pará
Endereço: Av. Barão de São Nicolau, 82, Santarém - Pará
E-mail: feliper.moura22@gmail.com

Lucas Jardim Scafutto

Acadêmico no curso de Medicina pela Faculdade da Saúde e
Ecologia Humana (FASEH)
Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH)
Endereço: Rua Joana Lourdes Rezende, 610, Residencial Mont Serrat, Betim - MG
E-mail: lucasscafutto18@gmail.com

Reinaldo Elias de Souza Junior

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Goiás (UFG)
Instituição: Hospital de Base - DF
Endereço: SMHS, Área Especial, Q.101, Asa Sul, Brasília – DF, CEP:70330-150
E-mail: reinaldo3336@hotmail.com

Gilson Barbosa de Liboreiro Júnior

Acadêmico no curso de Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia
Humana (FASEH)
Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH)
Endereço: Rua Buenópolis, 266, Bairro do Carmo, CEP: 35700-441
E-mail: gilsonliboreirojr@gmail.com

Débora Magalhães de Souza Calmon

Acadêmica no curso de Medicina pelo Centro Universitário José do
Rosário Vellano (UNIFENAS-BH)
Instituição: Centro Universitário José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH)
Endereço: Rua José Ribeiro Filho, 35, Ouro Preto, Bloco 1, Belo Horizonte - MG, CEP:
31330-500
E-mail: de.magalhaes05@gmail.com

RESUMO

Os cuidados pós-parto devem se concentrar na identificação de mulheres em risco de morbidade e mortalidade significativas a curto prazo, o período pós-parto, também conhecido como puerpério, refere-se ao período após o parto em que as alterações fisiológicas maternas relacionadas à gravidez retornam ao estado não grávido, os numerosos distúrbios e complicações podem ocorrer no pós-parto imediato ou após a alta da maternidade. Uma variedade de eventos adversos pode ocorrer após o parto, incluindo retenção urinária, hemorroidas, incontinência, neuropatia, morbidade relacionada à anestesia e vários tipos de infecções. Os distúrbios que podem se apresentar após a alta ou a visita inicial pós-parto incluem disfunção sexual, problemas de saúde mental,

tireoidite, preocupações com a amamentação e disfunções relacionadas com controle do peso.

Palavras-chave: pós-parto, gravidez, complicações, fisiológico.

ABSTRACT

Postpartum care should focus on identifying women at risk of significant short-term morbidity and mortality, the postpartum period, also known as the puerperium, refers to the period after delivery when maternal physiological changes related to pregnancy return to the non-pregnant state, the numerous disorders and complications can occur in the immediate postpartum period or after discharge from the maternity ward. A variety of adverse events can occur after delivery, including urinary retention, hemorrhoids, incontinence, neuropathy, anesthesia-related morbidity, and various types of infections. Disorders that may present after discharge or the initial postpartum visit include sexual dysfunction, mental health problems, thyroiditis, breastfeeding concerns, and weight control-related dysfunctions.

Keywords: post childbirth, pregnancy, complications, physiological.

1 INTRODUÇÃO

O período pós-parto, também conhecido como puerpério e "quarto trimestre", refere-se ao período após o parto em que as alterações fisiológicas maternas relacionadas à gravidez retornam ao estado não grávido, os numerosos distúrbios e complicações podem ocorrer no pós-parto imediato ou após a alta da maternidade. Aproximadamente 0,3 a 0,4 por cento dos pacientes apresentam morbidade materna grave (MMG) de novo após a alta, e isso é responsável por aproximadamente 15 por cento da MMG¹.

O presente artigo tem como objetivo revisar sobre os distúrbios e as complicações no período pós-parto.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em um artigo de revisão sistemática de literatura com meta-análise, realizado de forma descritiva. Para a análise e seleção dos artigos a serem incluídos na revisão, os títulos dos artigos foram inicialmente avaliados com base na estratégia de busca de bases de dados eletrônicos, com uma avaliação subsequente dos resumos de estudos que contemplaram o assunto. Os artigos considerados pertinentes foram lidos na íntegra, a fim de excluir os artigos fora do tópico ou com algum design fora dos critérios estabelecidos de inclusão. Após a escolha dos artigos, as seguintes informações foram extraídas de cada artigo: autor, ano de publicação, número de pacientes submetidos à pesquisa, tempo de seguimento, metodologia aplicada e

resultados. Os resultados dos estudos foram analisados de forma descritiva. Como critérios de exclusão, os artigos que abordavam sobre estudos experimentais e em teste *in vitro* foram excluídos, artigos como Narrativa, Editorial, Carta ao Editor, Comunicação preliminar ou relato de caso foram excluídos, artigos fora do período de publicação estabelecido e publicações na língua que não inglesa também não foram selecionados. Para realização desse artigo foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Cochrane e Uptodate, na qual foram utilizadas diversas combinações de termos relacionados ao tema, incluindo derivações que foram conectados pelo descritor booleano AND, utilizando os seguintes descritores pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): Post childbirth; Pregnancy; Complications; Physiological. Considerando os critérios de inclusão da pesquisa, foram analisados 12 artigos, sendo estes limitados a publicação entre os anos de 1979 a 2022, publicados originalmente na língua inglesa, os artigos inclusos poderiam ser ensaios clínicos, estudos de coorte, coortes históricas e estudos de caso controle. Esses artigos foram selecionados por analisarem sobre os distúrbios e as complicações no período pós-parto.

3 DESENVOLVIMENTO

As mulheres grávidas com características de cefaleia podem ter um distúrbio subjacente grave, mulheres com cefaleias com uma ou mais dessas características, especialmente se não forem típicas da cefaleia habitual do paciente, devem ser avaliadas imediatamente para um evento neurovascular agudo, bem como pré-eclâmpsia. No entanto, a maioria das dores de cabeça pós-parto não está associada a uma patologia subjacente grave. O período pós-parto é caracterizado por alterações hormonais e fisiológicas, privação de sono, ingestão alimentar irregular, estresse psicológico e fadiga. Além disso, muitas mulheres receberam anestesia neuraxial para trabalho de parto e parto ou receberam drogas vasoativas (por exemplo, ergotamina), todos esses são fatores de risco para o desenvolvimento de dor de cabeça².

A hipertensão ou convulsões relacionadas à pré-eclâmpsia/eclâmpsia podem se manifestar clinicamente pela primeira vez no período pós-parto, a maioria, mas não todos, desses casos ocorrem dentro de 48 horas após o parto. O tratamento da hipertensão grave aguda (pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg) é sempre recomendado porque acredita-se que reduz o risco de acidente vascular cerebral materno e outras complicações maternas graves. O sulfato de magnésio é o medicamento padrão usado para prevenção de crises eclâmpticas iniciais e recorrentes^{1,2}.

O diagnóstico de hemorragia pós-parto em puérperas com sangramento maior que o esperado e que resulta em sinais e/ou sintomas de hipovolemia. O diagnóstico pode ser tardio em mulheres sintomáticas (p. ex., mulheres com taquicardia, hipotensão) quando não se observa sangramento, como sangramento intra-abdominal após parto vaginal ou após fechamento do abdome em cesariana. A inversão uterina (isto é, colapso do fundo uterino na cavidade endometrial virando o útero parcial ou completamente do avesso) é uma complicação rara da involução do útero e é uma emergência obstétrica. Se não for prontamente reconhecida e tratada, a inversão uterina pode levar a hemorragia grave e choque².

A cardiomiopatia periparto (CMPP) é caracterizada por dispneia, tosse, ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema podal e hemoptise. O diagnóstico inicial pode ser tardio, pois sintomas como fadiga inespecífica, falta de ar e edema podal são semelhantes aos observados na gravidez normal. Os fatores de risco incluem idade avançada, multiparidade e raça negra. A morte por CMPP geralmente é causada por falha progressiva da bomba, morte súbita ou eventos tromboembólicos. A dor torácica pós-parto pode ser devido a doenças cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinais ou musculoesqueléticas, ou devido a um sintoma inicial de transtorno de pânico ou depressão. Embora a incidência absoluta seja pequena, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio e possivelmente dissecação de aorta ocorrem mais frequentemente em mulheres grávidas/pós-parto em comparação com mulheres não grávidas da mesma idade³.

O *Clostridioides difficile* pode colonizar o trato intestinal humano após a flora intestinal normal ter sido alterada pela antibioticoterapia, que muitas mulheres recebem durante o parto ou pós-parto. As manifestações clínicas da colite fulminante por *C. difficile* incluem diarreia, dor abdominal difusa ou no quadrante inferior, distensão abdominal, febre, hipovolemia, acidose láctica, hipoalbuminemia, creatinina elevada e leucocitose acentuada (até 40.000 glóbulos brancos/microL ou mais)^{2,3}.

A retenção urinária pós-parto (RUPP) parece ser devido a lesão do nervo podendo durante o processo de nascimento. A latência motora prolongada do terminal do nervo pudendo foi demonstrada após o parto e pode durar de dois a três meses após o parto, raras mulheres têm disfunção a longo prazo, a RUPP tem várias definições e, portanto, taxas amplamente divulgadas, RUPP evidente refere-se à ausência de micção espontânea dentro de seis horas após o parto vaginal ou dentro de seis horas após a remoção de um cateter de demora após o parto cesáreo. A RUPP encoberto refere-se a um volume

residual pós-miccional da bexiga de pelo menos 150 mL após micção espontânea, conforme verificado por cateterismo ou ultra-som. A anestesia epidural, primiparidade, parto assistido por instrumento e episiotomia foram fatores de risco para RUPP aberta em uma revisão sistemática de 24 estudos observacionais. Os pacientes podem ser assintomáticos ou ter pequenos volumes miccionais, frequência ou urgência urinária, fluxo lento ou intermitente, hesitação, dor ou desconforto na bexiga, incontinência urinária, esforço para urinar, sensação de esvaziamento incompleto ou nenhuma sensação de urinar^{2,3}. A distensão da bexiga pode ser palpada ou visualizada por ultrassonografia; está disponível uma máquina automatizada de ultrassom da bexiga que calcula o volume residual e pode ser usada por médicos não treinados em ultrassom. O tratamento da RUPP evidente é o cateterismo intermitente. As terapias farmacológicas não são eficazes. O cateterismo é indicado se a bexiga puder ser palpada pelo abdome e a mulher não conseguir urinar ou urinar apenas pequenas quantidades sugestivas de transbordamento. Não existe um protocolo padrão para cateterismo. Em geral, o cateterismo é realizado a cada quatro a seis horas ou quando o paciente tem vontade de urinar, mas não consegue. Se a paciente for capaz de urinar um pequeno volume, então ela é instruída a realizar o autocateterismo para determinar o volume residual. É razoável descontinuar o cateterismo quando o volume de urina residual for <150 mL e o paciente não apresentar mais sintomas significativos de dificuldade miccional. Esses critérios são empíricos; não existe um padrão baseado em evidência. A profilaxia antibiótica é desnecessária com autocateterismo intermitente⁴.

As hemorroidas sintomáticas são comuns no pós-parto, ocorrendo em aproximadamente um terço das mulheres. A causa mais comum de lóquios malcheirosos é uma esponja de gaze retida inadvertidamente deixada in situ após o reparo de uma episiotomia ou laceração. A remoção do corpo estranho levará à resolução da secreção purulenta malcheirosa. A incontinência pós-parto de urina, flatos ou fezes é comum no período pós-parto imediato e geralmente melhora nas semanas subsequentes, mas pode persistir a longo prazo. As mulheres devem ser questionadas sobre a incontinência, pois elas podem não trazer o assunto à tona. A gravidez é um fator de risco para varizes, que podem aparecer e tornar-se sintomáticas a qualquer momento durante o período pré-parto ou pós-parto. A elevação da perna, o exercício e a terapia de compressão melhoram o transporte de oxigênio para a pele e tecidos subcutâneos, diminuem o edema, reduzem a inflamação e comprimem as veias dilatadas. As varizes são um fator de risco para flebite superficial e trombose^{3,4}.

O edema vulvar leve não é incomum após o parto e, na maioria das circunstâncias, pode ser controlado com bolsas de gelo e outras medidas de conforto para aliviar os sintomas. Tem sido associada com o segundo estágio prolongado do trabalho de parto, pré-eclâmpsia e uso de tocolíticos para o tratamento do trabalho de parto prematuro, após a resolução do edema labial bilateral, pode ocorrer aglutinação labial, mas é rara. Raramente, o edema vulvar pode ser uma manifestação de angioedema hereditário. O edema de membros inferiores é comum durante a gravidez e pode piorar ou tornar-se generalizado no pós-parto como resultado da administração de fluidos intraparto e aumento da pressão nas veias pélvicas. As causas patológicas incluem cardiomiopatia periparto, pré-eclâmpsia e trombose venosa. Na ausência de um distúrbio patológico que exija tratamento específico, o manejo é tipicamente expectante, pois o edema se resolverá com o tempo. As intervenções que podem acelerar o processo incluem imersão em água de todo o corpo (banho, natação), meias elásticas de compressão, reflexologia e elevação das pernas. Os diuréticos não são usados porque o edema é autolimitado, podem ter efeitos colaterais graves (p. Na situação muito rara, um paciente com edema grave incômodo deseja fortemente a medicação, um curso curto (≤ 5 dias) de uma dose baixa de furosemida (≤ 20 mg por dia) pode ser considerado na ausência de hipocalcemia e com aconselhamento para monitorar o leite alimentação/peso do lactente se estiver amamentando. Embora os diuréticos tenham sido usados no pós-parto para o tratamento de condições cardiovasculares (hipertensão, edema pulmonar, cardiomiopatia), não há literatura publicada sobre o uso de diuréticos apenas para edema incômodo⁵.

A Comissão Conjunta de Bem-Estar Materna dos Estados Unidos definiu morbidade febril pós-parto como uma temperatura oral $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ($\geq 100,4^{\circ}\text{F}$) em quaisquer dois dos primeiros 10 dias pós-parto, excluindo as primeiras 24 horas. Os principais achados clínicos, que estão presentes na maioria das pacientes, incluem febre pós-parto, taquicardia que acompanha o aumento da temperatura, dor abdominal inferior na linha média e sensibilidade uterina. O diagnóstico é clínico e em grande parte baseado na presença de febre pós-parto que não pode ser atribuída a outra etiologia após uma história e exame físico completos. A mastite de lactação geralmente se apresenta como uma área firme, vermelha e sensível de uma mama com temperatura materna superior a $38,5^{\circ}\text{C}$. Uma área sensível e flutuante é mais indicativa de um abscesso. Queixas sistêmicas podem estar presentes e incluem mialgia, calafrios, mal-estar e sintomas semelhantes aos da gripe. O diagnóstico diferencial inclui ductos obstruídos, galactocele e raramente câncer de mama inflamatório. Os sintomas da cistite incluem disúria,

frequência, urgência, dor suprapúbica e/ou hematúria, mas não febre se a infecção for isolada na bexiga. A pielonefrite pode estar associada à cistite, mas é caracterizada por febre ($> 38^{\circ}\text{C}$), calafrios, dor no flanco, sensibilidade no ângulo costovertebral e náusea/vômito. As pacientes com tromboflebite da veia ovariana geralmente apresentam doença aguda, com febre e dor abdominal dentro de uma semana após o parto ou cirurgia; A trombose da veia ovariana (geralmente do lado direito) às vezes pode ser visualizada radiograficamente. As pacientes com tromboflebite pélvica séptica profunda apresentam febre isolada mais sutilmente no pós-parto precoce ou pós-operatório e notavelmente não apresentam sensibilidade abdominal ou pélvica, e a imagem radiográfica geralmente não identifica trombose de uma veia específica^{4,5}.

A diarreia associada a *C. difficile* tem sido relatada em mulheres grávidas e, mais comumente, no pós-parto. As manifestações da doença incluem diarreia aquosa até 10 ou 15 vezes ao dia com cólicas na parte inferior do abdome, febre baixa e leucocitose. Esses sintomas geralmente ocorrem no contexto de administração recente de antibióticos, o tratamento inicial geralmente envolve a suspensão do antibiótico causador e o início da terapia oral com vancomicina, fidaxomicina ou metronidazol. A febre medicamentosa é geralmente um diagnóstico de exclusão. Erupção pode estar presente. A neuropatia pós-parto complica aproximadamente 1% dos partos, os déficits nervosos pós-parto são geralmente mononeuropatias que resultam de compressão, estiramento, transecção ou lesão vascular. O nervo mais comumente lesado é o nervo cutâneo femoral lateral, mas as lesões também podem envolver o nervo femoral, nervo fibular, plexo lombossacral, nervo ciático e nervo obturador. Raramente, os sintomas neuropáticos podem refletir complicações que resultam diretamente da anestesia neuraxial, como hematoma peridural e abscesso peridural. Os fatores de risco para neuropatia pós-parto incluem macrossomia fetal ou má apresentação, bloqueio sensorial (pode prejudicar o reconhecimento do desconforto), posição de litotomia prolongada, segundo estágio prolongado do trabalho de parto, extremos de peso materno e uso inadequado de estribos ou afastadores de perna. No entanto, muitos desses fatores são interdependentes (por exemplo, posição de litotomia prolongada e segundo estágio prolongado)⁵.

As mulheres afetadas apresentam dor, fraqueza e/ou anormalidades sensoriais nas extremidades inferiores. A apresentação precisa depende do nervo afetado, os pacientes com neuropatia femoral significativa desenvolvem fraqueza envolvendo o grupo muscular do quadríceps com preservação da adução. Além da fraqueza muscular, é típica a perda sensorial na parte anterior da coxa e na maior parte da parte medial da coxa. O

nervo cutâneo femoral lateral não contém fibras motoras; assim, os sintomas neurológicos são restritos a alterações sensoriais. A dor lateral do quadril acompanhada de parestesias (dor em queimação) ou hipoestésias (dormência e formigamento) sobre a parte superior externa da coxa é a apresentação clássica da compressão desse nervo. A compressão do nervo fibular resulta em queda do pé. Pode ser causada por agachamento prolongado, flexão sustentada do joelho ou pressão na cabeça da fíbula dos estribos ou pressão palmar durante o empurrão. As neuropatias obturadoras são uma complicação incomum do parto e se apresentam com dor medial da coxa e fraqueza adutora⁶.

A avaliação geralmente inclui um exame físico detalhado das extremidades inferiores com foco na função musculoesquelética, vascular e neurológica. Um exame das costas inclui amplitude de movimento, palpação e manobras que agravam a dor radicular. Um exame neurológico focado pode definir o padrão de comprometimento motor e sensorial. Os neurologistas geralmente sugerem imagens da coluna vertebral em mulheres com dor nas costas significativa com febre inexplicável, piora dos sintomas neurológicos, coagulopatia e imunossupressão, ou em mulheres cujos sintomas motores/sensoriais se localizam na medula espinhal. A imagem pode identificar mulheres com hematoma epidural, abscesso, desmielinização e hérnia de disco. O tratamento depende dos sintomas da mulher, para a dor, os anti-inflamatórios não esteroides são a primeira linha de tratamento. O tratamento adicional da dor pode incluir medicamentos para dor neuropática (deve avaliar a compatibilidade com a amamentação), adesivos tópicos ou bloqueio de nervo periférico (para dor intratável). A fraqueza muscular é avaliada por um fisioterapeuta, que pode avaliar a segurança do paciente (por exemplo, necessidade de órteses de apoio, informações sobre movimentação) e fornecer fortalecimento muscular. A maioria das mulheres terá resolução espontânea de seus sintomas ao longo de dias ou semanas; o tempo médio de recuperação é de oito semanas^{4,5,6}.

Os sintomas de secura vaginal podem ser controlados pelo uso regular de agentes hidratantes vaginais com uso suplementar de lubrificantes vaginais para a relação sexual. Se essas medidas falharem, o estrogênio vaginal tópico de baixa dose geralmente é bem-sucedido no alívio dos sintomas até que os níveis de hormônio reprodutivo aumentem. Se o estrogênio for usado no período pós-parto precoce, as mães que amamentam devem ser aconselhadas a monitorar a oferta de leite porque a absorção sistêmica de estrogênio teoricamente pode diminuir a oferta de leite. A dor por aumento da mobilidade da sínfise púbica, bem como por síndrome da cintura pélvica (dor nas três

articulações pélvicas) ou dor unilateral/bilateral na articulação sacroilíaca, pode ocorrer antes ou após o parto. Vários outros distúrbios musculoesqueléticos podem se desenvolver ou agravar durante a gravidez ou no período pós-parto (por exemplo, artrite reumatóide)⁷.

A cefaleia pós-punção dural (também chamada de cefaleia pós-espinhal) após analgesia neuraxial é devido ao vazamento de líquido cefalorraquidiano através de uma fenda dural, tração nas estruturas cranianas e vasodilatação cerebral. A qualidade patognomônica dessa cefaleia é sua natureza posicional, agravada ao sentar ou ficar em pé e aliviada ao deitar. Se a dor de cabeça não tiver essa qualidade, outras causas de dor de cabeça devem ser procuradas, o abscesso epidural ou meningite são complicações incomuns do bloqueio neuroaxial^{4,5,6,7}.

Os transtornos de humor pós-parto são comuns. É importante que o cuidado pós-parto inclua triagem de rotina para depressão e ansiedade pós-parto usando uma ferramenta validada em todas as consultas pós-parto, como o autorrelato, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo de 10 itens. As visitas adicionais de acompanhamento pós-parto precoce para avaliação de humor e ajuste devem ser consideradas em mulheres com alto risco de transtornos de humor pós-parto, como mulheres com história prévia de depressão, ansiedade, transtorno bipolar, depressão pós-parto anterior ou outras condições psiquiátricas que requerem tratamento. As clínicas devem ter recursos locais disponíveis para fornecer suporte adicional quando indicado. Blues pós-parto (maternity blues ou baby blues) referem-se a uma condição transitória caracterizada por vários sintomas depressivos leves, como tristeza, choro, irritabilidade, ansiedade, insônia, exaustão e diminuição da concentração, bem como labilidade de humor que pode incluir euforia. Os sintomas geralmente se desenvolvem dentro de dois a três dias após o parto, atingem o pico nos próximos dias e desaparecem dentro de duas semanas após o início⁷.

Os sintomas depressivos como disforia, insônia, fadiga e dificuldade de concentração podem aparecer tanto na depressão pós-parto quanto na depressão maior pós-parto. No entanto, os dois distúrbios se distinguem pelo fato de que o diagnóstico de depressão pós-parto não requer um número mínimo de sintomas, enquanto a depressão maior requer um mínimo de cinco sintomas. Além disso, os sintomas do blues pós-parto são geralmente autolimitados e desaparecem dentro de duas semanas após o início. Por outro lado, o diagnóstico de depressão maior exige que os sintomas estejam presentes por pelo menos duas semanas^{6,7}.

O sangramento vaginal que persiste por mais de aproximadamente oito semanas após o parto é incomum e pode ser devido a infecção, retenção de produtos da concepção, diátese hemorrágica ou, raramente, coriocarcinoma ou anomalia vascular uterina, bem como outras causas. Um aumento temporário de sangramento neste momento pode representar menstruação; nesses casos, o sangramento deve parar dentro de alguns dias. Novo sangramento várias semanas após o parto também pode estar relacionado a uma nova gravidez. O rastreamento do câncer do colo do útero é realizado de acordo com os cronogramas padrão, o manejo das anormalidades é o mesmo que em mulheres não grávidas⁸.

O peso retido após a gravidez é definido como a diferença entre o peso pós-parto e o peso pré-gestacional. A Academia Nacional de Medicina (NAM) estimou que, seis meses após o parto ou mais tarde, a retenção média de peso pós-parto foi de 5,4 kg (11,8 libras), aproximadamente metade das mulheres reteve mais de 4,5 kg (10 libras) e um quarto reteve mais do que 9,1 (20 libras). Este ganho de peso excede o observado em mulheres nulíparas comparáveis durante o mesmo período de tempo. As mulheres que ganham mais do que a diretriz NAM tem duas vezes mais chances de reter ≥ 9 kg pós-parto, mulheres negras retêm mais peso do que mulheres brancas, apesar do índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional comparável ou ganho de peso durante a gravidez, um aumento do IMC se correlaciona com uma tendência aumentada de retenção de peso pós-parto. As mulheres que param de fumar durante a gravidez e não retomam no pós-parto têm alto risco de retenção de peso. Outros fatores que parecem estar associados à retenção de peso pós-parto são a idade materna (as adolescentes são de alto risco), paridade, etnia, estado civil, intervalo entre gravidez e retorno ao trabalho. O ganho de peso excessivo durante a gravidez e a incapacidade de perder peso no pós-parto parecem prever IMC mais alto e risco aumentado de hipertensão e doença cardiovascular muito tempo após o parto. Um estudo com acompanhamento a longo prazo relatou que mulheres que atingiram o peso pré-gestacional seis meses após o parto tiveram menos aumento no ganho de peso a longo prazo do que aquelas que não atingiram (2,4 versus 8,3 kg). Em outra série, as mulheres que tiveram grandes ganhos de peso durante a primeira gravidez e/ou retenção de peso após o parto estavam em maior risco de fazê-lo em gestações subsequentes, aumentando assim o risco de obesidade a longo prazo a cada gravidez^{2,3,5,6,8}.

4 DISCUSSÃO

Em caso de embolia pulmonar deve-se suspeitar em pacientes com um ou mais dos seguintes sintomas: dispneia de início agudo, dor pleurítica e hemoptise. Em um estudo com 38 mulheres grávidas com embolia pulmonar confirmada, dispneia (62%), dor torácica pleurítica (55%), tosse (24%) e sudorese (18%) foram as quatro características mais comuns⁹.

Estudos relatados casos raros de edema vulvar grave (unilateral e bilateral) associado à mortalidade materna. Em alguns desses casos, foram realizados procedimentos obstétricos como parto com fórceps e proctoepisiotomia e ocorreu trauma perineal. A combinação de piora do edema vulvar, endureção, dor perineal e leucocitose significativa ($> 20.000/\text{mm}^2$) com desvio à esquerda caracterizou pacientes com evolução fatal. Esses casos podem representar condições subjacentes com risco de vida, como fasciíte necrosante ou infecção por estreptococos do grupo A (GAS), embora nem sempre estejam presentes febre alta e uma causa bacteriana imediatamente identificável. Esses pacientes devem ser monitorados de perto e receber tratamento empírico precoce com antibióticos de amplo espectro que cubram o GAS. A fasciíte necrosante deve ser considerada no diagnóstico diferencial da púrpura com edema vulvar e dor vulvar intensa, principalmente quando associada a febre, eritema, taquicardia e hipotensão, o desbridamento cirúrgico é obrigatório^{8,9}.

As primeiras 24 horas foram excluídas porque a febre baixa durante este período é comum e muitas vezes desaparece espontaneamente, especialmente após o parto vaginal. Esta definição está em uso há décadas. A infecção do sítio cirúrgico (por exemplo, episiotomia, laceração, incisão abdominal). Em uma revisão sistemática, a taxa de infecção da ferida perineal relacionada ao parto variou de 0,1 a 24,0 por cento, e a taxa de deiscência da ferida variou de 0,2 a 25,0 por cento. As infecções perineais e a subsequente ruptura de lacerações ou episiotomias previamente reparadas são geralmente localizadas na pele e no tecido subcutâneo. Ao exame, a área parece edemaciada e eritematosa com exsudato purulento. O tratamento consiste na abertura da ferida, drenagem, irrigação e desbridamento de material estranho e tecido necrótico. Os antibióticos são desnecessários, a menos que haja celulite concomitante. A área cicatrizará por granulação, mas grandes defeitos podem ser ressuturados quando a superfície da ferida estiver livre de exsudato e coberta por tecido de granulação rosa. A infecção da ferida é diagnosticada em 2,5 a 16 por cento das pacientes após a cesariana, geralmente quatro a sete dias após o procedimento¹⁰.

Em uma revisão do banco de dados incluindo mais de um milhão de partos, 8,3% das mulheres tiveram uma visita ao departamento de emergência nos 90 dias após a alta. Os códigos diagnósticos mais comuns foram "complicações do puerpério", infecção do trato urinário, complicação da ferida, doença da vesícula biliar, infecção do trato geniturinário, hemorragia pós-parto tardia, dor abdominal, cefaléia e doença inflamatória da mama. Outra revisão de um banco de dados incluindo mais de 200.000 puérperas observadas desde o parto até 180 dias pós-parto (6,5 meses) descobriu que 1,2% foram readmitidas dentro de seis semanas (0,83% após o parto vaginal e 1,8% após o parto cesáreo). Os motivos mais comuns de reinternação foram hipertensão e complicações uterinas e de feridas, particularmente infecção e sangramento. Doença da vesícula biliar, infecção do trato urinário, mastite e condições médicas/cirúrgicas específicas foram os motivos mais comuns para readmissão. Após cesariana, trombose venosa profunda, cardiomiopatia e pneumonia foram relativamente comuns. A apendicite foi significativamente mais comum nas primeiras seis semanas pós-parto do que nas 20 semanas seguintes¹¹.

A disfunção sexual pós-parto (incluindo dispareunia) é comum. Em um estudo com mais de 1.400 mulheres primíparas australianas que retornaram um questionário pós-parto, 89% relataram problemas de saúde sexual nos primeiros três meses pós-parto e aproximadamente metade relatou três ou mais problemas de saúde sexual. Os fatores que podem contribuir para a disfunção sexual pós-parto incluem história de dor crônica; trauma perineal; parto cesáreo de emergência ou parto vaginal assistido; baixos níveis de estrogênio e lubrificação, principalmente em mulheres que amamentam; e mudanças de humor pós-parto, fadiga e restrições de tempo. Embora este estudo tenha relatado que problemas como falta de lubrificação e dor retornaram aos níveis pré-gestacionais em 12 meses após o parto, a taxa de baixa libido permaneceu maior em comparação com os valores pré-gestacionais (51 e 42%, respectivamente). Como os problemas pós-parto, principalmente a baixa libido, podem não se resolver com o tempo, os médicos devem continuar a questionar as mulheres sobre sua função sexual nas consultas de acompanhamento, mesmo que a função sexual não seja a indicação para a consulta^{8,9,10,11}.

A prevalência de TEPT pós-parto varia de acordo com a definição utilizada e o momento da avaliação após o parto. Em uma revisão sistemática, a prevalência média foi de 4,0 por cento (IC 95% 2,77-5,71) na população obstétrica geral; mulheres em grupos de alto risco (por exemplo, gravidez ou parto complicado, história de trauma

sexual/físico) estavam em maior risco: 18,5 por cento (95% CI 10,6-30,38). Os possíveis fatores de risco para TEPT incluem estresse pré-gestacional (por exemplo, trauma sexual/físico, histórico de TEPT ou outros distúrbios de saúde mental), uma experiência negativa da gravidez (por exemplo, medo do parto, baixo apoio, percepção de falta de controle, morbidade materna, complicações na gravidez), e problemas de parto e complicações (falta de apoio social, cesariana de emergência, parto vaginal instrumental, hemorragia pós-parto, natimorto ou resultado neonatal ruim), mas os dados disponíveis não são robustos ou consistentes. As ferramentas de triagem de TEPT têm sido úteis para triagem e validadas em populações não grávidas, mas não foram estudadas no pós-parto. No entanto, triagem e tratamento devem ser considerados. As intervenções de tratamento incluem debriefing, intervenções psicológicas estruturadas, intervenções expressivas de escrita, encorajando o contato pele a pele com recém-nascidos saudáveis imediatamente após o parto e segurando ou vendo o recém-nascido após o natimorto¹².

A prevalência de tireoidite indolor (tireoidite pós-parto) e doença de Graves aumenta no pós-parto, ocorrendo em aproximadamente 8% da população obstétrica geral. Em um estudo japonês, 86% das pacientes que desenvolveram tireotoxicose nos primeiros três meses pós-parto tiveram tireoidite, enquanto após 6,5 meses, todas as pacientes tiveram doença de Graves. O risco é aumentado mais de duas vezes em mulheres com diabetes tipo 1 e mais de cinco vezes em mulheres com anticorpos antitireoide peroxidase. Aproximadamente 20 a 30 por cento das mulheres com tireoidite pós-parto têm a sequência característica do hipertireoidismo, que geralmente começa de um a quatro meses após o parto e dura de duas a oito semanas, seguido de hipotireoidismo, que também dura de duas a oito semanas, e depois a recuperação. No entanto, 20 a 40 por cento têm apenas hipertireoidismo, e os restantes 40 a 50 por cento têm apenas hipotireoidismo, que começa dois a seis meses após o parto. As mulheres sintomáticas devem ser submetidas a avaliação laboratorial e geralmente submetidas a tratamento se for confirmado hiper ou hipotireoidismo^{11,12}.

A melhor estratégia para alcançar a redução de peso pós-parto não foi determinada. Em uma revisão sistemática de 2013 do efeito da dieta e/ou exercícios para redução de peso pós-parto, dieta ou dieta e exercícios facilitaram a perda de peso pós-parto e pareceram ser seguros para mulheres que amamentam e não amamentam e seus bebês. O uso do exercício apresenta vantagens como melhora da aptidão cardiorrespiratória materna e preservação da massa livre de gordura, enquanto o uso de dieta isolada reduz a massa livre de gordura. A taxa apropriada de retorno ao peso pré-

gestacional não é clara; alguns especialistas sugerem um intervalo de seis meses a um ano, ou 0,5 kg/semana. A amamentação pode ajudar as mulheres a evitar a retenção de peso pós-parto a longo prazo. Dados do Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças mostraram um pequeno benefício: Mulheres amamentando por 20 semanas ou mais iniciaram sua segunda gravidez com 0,39 kg a menos de peso retido do que suas contrapartes que não amamentam. Um efeito clinicamente mais significativo foi observado em um estudo de coorte prospectivo que encontrou 0,5 kg de retenção de peso pós-parto em três anos para mulheres amamentando exclusivamente por seis meses versus 4,8 kg para aquelas que nunca amamentaram exclusivamente¹².

Um grande ganho de peso intergestacional tem efeitos adversos em uma gravidez subsequente, mesmo em mulheres com baixo IMC pré-gestacional. Em um estudo de coorte de mais de 200.000 mulheres que tiveram duas gestações únicas consecutivas em 10 anos (intervalo médio de dois anos), a diferença no IMC pré-gestacional materno entre a primeira e a segunda gravidez foi determinada e comparada com os resultados da gravidez. Em comparação com mulheres cujo IMC mudou de -1,0 a +0,9 unidades, um aumento de três unidades no IMC (aproximadamente 9 kg para uma mulher de estatura média) entre as gestações foi associado a riscos significativamente maiores de pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, diabetes gestacional, parto cesáreo, lactente grande para a idade gestacional e natimorto na segunda gestação. O aumento do risco foi relacionado linearmente com a quantidade de peso ganho no intervalo intergestacional, e também foi observado em mulheres que ganharam peso, mas cujo IMC permaneceu na faixa normal. O efeito de uma perda de peso modesta a grande (mais de -1 unidades de IMC ou pelo menos 3 kg) entre as gestações não pôde ser avaliada porque havia muito poucas mulheres neste subgrupo^{8,9,10,11,12}.

5 CONCLUSÃO

Os cuidados pós-parto devem se concentrar na identificação de mulheres em risco de morbidade e mortalidade significativas a curto prazo. As mulheres com dor de cabeça, hipertensão recente, convulsão, sangramento excessivo, dispnéia ou dor torácica, dor abdominal severamente sintomática ou piora, ou sintomas vulvares devem ser avaliadas imediatamente. Uma variedade de eventos adversos pode ocorrer após o parto, incluindo retenção urinária, hemorroidas, incontinência, neuropatia, morbidade relacionada à anestesia e vários tipos de infecções. Os distúrbios que podem se apresentar após a alta ou a visita inicial pós-parto incluem disfunção sexual, problemas de saúde mental,

tireoidite, preocupações com a amamentação e problemas com controle de peso. De acordo com as diretrizes de várias organizações, examinamos todas as mulheres para depressão pós-parto. A Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo é amplamente utilizada. Programas que combinam triagem e sistemas de apoio adequados melhoram os resultados clínicos em mulheres grávidas e puérperas.

REFERÊNCIAS

1. Chen J, Cox S, Kuklina EV, et al. Assessment of Incidence and Factors Associated With Severe Maternal Morbidity After Delivery Discharge Among Women in the US. *JAMA Netw Open* 2021; 4:e2036148.
2. Gherman RB, Goodwin TM, Leung B, et al. Incidence, clinical characteristics, and timing of objectively diagnosed venous thromboembolism during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 94:730.
3. Ghai S, Ghai V, Sunderji S. Fulminant postcesarean *Clostridium difficile* pseudomembranous colitis. *Obstet Gynecol* 2007; 109:541.
4. Finkler NJ, Safon LE, Ryan KJ. Bilateral postpartum vulvar edema associated with maternal death. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156:1188.
5. Ewing TL, Smale LE, Elliott FA. Maternal deaths associated with postpartum vulvar edema. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134:173.
6. Lee SJ, Park JW. Follow-up evaluation of the effect of vaginal delivery on the pelvic floor. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1550.
7. Tetzschner T, Sørensen M, Lose G, Christiansen J. Pudendal nerve recovery after a non-instrumented vaginal delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996; 7:102.
8. Tetzschner T, Sørensen M, Lose G, Christiansen J. Pudendal nerve function during pregnancy and after delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997; 8:66.
9. Carley ME, Carley JM, Vasdev G, et al. Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:430.
10. Ching-Chung L, Shuenn-Dhy C, Ling-Hong T, et al. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42:365.
11. Mulder FE, Hakvoort RA, Schoffemeer MA, et al. Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. *Int Urogynecol J* 2014; 25:1605.
12. Yip SK, Brieger G, Hin LY, Chung T. Urinary retention in the post-partum period. The relationship between obstetric factors and the post-partum post-void residual bladder volume. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:667.