



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 1/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	02
2. OBJETIVOS	02
3. JUSTIFICATIVAS	02
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	02
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	03
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO*	03
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS*	07
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO*	09
9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO*	13
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA*	14
11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA*	16
12. FLUXOGRAMAS	18
13. MONITORAMENTO	19
14. REFERÊNCIAS	19
15. HISTÓRICO DE REVISÃO	20

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 2/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

1. SIGLAS E CONCEITOS

ISC - Infecção de sítio cirúrgico
 ISC-IS - Infecção de sítio cirúrgico Incisional Superficial
 ISC-IP - Infecção de sítio cirúrgico Incisional Profunda
 CCIH – Comissão de Controle de Infecção hospitalar
 IV – Intra venoso
 VO – Via oral
 TVP – Trombose venosa profunda
 TEP – Tromboembolismo pulmonar
 UTI – Unidade de Terapia Intensiva

2. OBJETIVOS

Padronizar o diagnóstico e conduta nos casos de infecção puerperal atendidos na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

3. JUSTIFICATIVAS

Juntamente com estados hipertensivos e hemorrágicos, a infecção puerperal forma a tríade letal do ciclo gravídico-puerperal, uma vez que podem evoluir para quadro de sepse, constituindo um importante problema de saúde pública que demanda medidas de prevenção nos serviços de saúde.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Serão incluídas todas as pacientes que forem admitidas na maternidade do HULW com quadro clínico de infecção do trato genital ou mamas manifestadas durante o puerpério. A etiologia da infecção puerperal é geralmente polimicrobiana por microrganismos que fazem parte da microflora do trato genital inferior ou podem ser introduzidas por fontes exógenas.

Entre outras manifestações, a paciente pode apresentar a febre puerperal, conceituada por temperatura axilar maior ou igual a 38º C manifestada após 24 horas do parto com duração mínima de 02 dias, que acontece nos 10 primeiros dias após o parto. Além de celutite perincisional, drenagem de exsudato purulento, deiscência de ferida operatória, sinais de comprometimento sistêmico (sepse), sinais de peritonite, dor intensa e abscesso mamário.

Serão excluídas desse protocolo as condutas nas pacientes que apresentem infecções em outros locais como urinária e pneumonia. A conduta detalhada na sepse será discutida em protocolo específico.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 3/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

As pacientes serão examinadas pela equipe médica de plantão na maternidade (obstetras e residentes) que serão responsáveis pela avaliação na triagem, realização do primeiro atendimento, definição dos critérios de internação, lavagem da ferida e coleta de material para cultura e antibiograma, realizar a internação em enfermaria específica, prescrição de antibióticos e sintomáticos e solicitação do parecer da comissão de pele ou CCIH de acordo com a necessidade.

Nas pacientes com quadro de infecção de sítio cirúrgico que não necessitem internar compatíveis com infecção de sítio cirúrgico incisional superficial (ISC- IS), o boletim de emergência deve ser preenchido corretamente, com detalhes de quadro clínico e exame físico além de sinalização do mesmo para que seja notificada à CCIH.

A evolução diária e a alta hospitalar com orientações serão de responsabilidade da equipe de visitantes da enfermaria de puerpério assim como a notificação à CCIH nos casos de infecção de sítio cirúrgico.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

6.1 Infecção de Ferida Operatória – Sítio Cirúrgico (ISC)

As infecções no pós-operatório de cirurgias obstétricas são, na sua maioria, provocadas por bactérias endógenas. Estima-se que após 24hs do procedimento a ferida cirúrgica está selada e, portanto, protegida da contaminação exógena. Fontes exógenas podem ter importância durante o ato cirúrgico, portanto uma rigorosa técnica asséptica deve ser mantida com intuito de prevenir a contaminação.

De uma forma geral o quadro clínico se caracteriza por eritema circunscrito a incisão, dor, calor, induração, deiscência e drenagem purulenta pela incisão cirúrgica.

O termo infecção de sítio cirúrgico compreende 3 subgrupos:

- Infecção superficial (pele e tecido celular subcutâneo);
- Infecção profunda (abscessos no nível subaponeurótico ou submuscular);
- Infecção de órgãos e espaços (infecção/abscessos cavitários).

6.1.1 ISC incisional superficial (ISC-IS)

Critério 1: Ocorre até 30 dias subsequentes ao ato cirúrgico.

Critério 2: Envolve apenas pele e tecido subcutâneo.

Critério 3: Atende a pelo menos 1 dos seguintes critérios:

Tipo do Documento	PROCOLO	PRT.UMI.002 - Página 4/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

- Drenagem purulenta da incisão superficial;
 - Cultura positiva de exsudato ou tecido superficial obtido assepticamente;
- Microrganismo isolado em cultura de secreção ou tecido endometrial, obtido durante cirurgia por aspiração ou biópsia;
- Incisão superficial aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: dor, hipersensibilidade, edema local, calor, hiperemia e cultura positiva ou não realizada; desconsiderar cultura negativa.
 - Diagnóstico de infecção superficial feita pelo médico assistente.

6.1.2 ISC Incisional Profunda (ISC-IP)

Critério 1: Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia;

Critério 2: Envolve tecidos moles profundos à incisão (por exemplo: fáscia e/ou músculos);

Critério 3: Com pelo menos UM dos seguintes sinais ou sintomas:

- Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não de órgão/cavidade;
- Deiscência parcial ou total da parede abdominal ou abertura da ferida pelo cirurgião, temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dor ou aumento da sensibilidade local, exceto se a cultura for negativa;
- Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida, identificada em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou exame de imagem;
- Diagnóstico de infecção incisional profunda pelo médico assistente.

6.1.3 Infecção De Órgãos E Espaços (Infecção/Abscessos Cavitários)

Critério 1: Ocorre até 30 dias após ato cirúrgico.

Critério 2: Envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante cirurgia.

Critério 3: com pelo menos UM dos seguintes sinais ou sintomas: Cultura positiva de exsudato ou tecido do órgão/cavidade obtida assepticamente; Abscesso ou qualquer evidência de que a infecção envolva planos profundos da ferida identificada em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou de imagem; diagnóstico feito pelo médico assistente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 5/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

6.2. Infecção De Episiotomia Ou Das Lacerações Vaginais

A incidência de infecção na episiotomia geralmente é baixa ainda mais por se tratar de procedimento com indicações restritas na obstetrícia atual. As demais infecções resultam de lacerações, deiscências e hematomas contaminados pela microflora vaginal.

Quadro clínico se caracteriza por dor intensa na região perineal, hiperemia, calor e abscessos em formação. Em geral não é um caso grave. Quando há infecção grave com áreas extensas e necrose de estruturas perineais é necessário desbridamento e antimicrobiano sistêmico em regime de internação hospitalar.

6.3 Endometrite

É forma clínica mais frequente de infecção puerperal. Surge entre o 4º-5º dia pós-parto e é o início de quase todos os processos infecciosos do útero e anexos.

Quadro clínico:

- Elevação da temperatura (excluindo as primeiras 24h após o parto)
- Taquicardia (frequência cardíaca maior que 120)
- Calafrios
- Dor abdominal
- Útero amolecido e subinvoluído (Útero doloroso, amolecido e hipoinvoluído (Tríade de Bumm))
- Lóquios purulentos com odor fétido.

Nas formas graves pode se observar febre alta, mal-estar, letargia, sensibilidade abdominal e dor intensa a mobilização uterina, hipotensão, íleo paralítico, podendo progredir para peritonite.

6.4 Anexite / Parametrite / Abscesso Pélvico

São evoluções da endometrite, a anexite é a forma mais frequente.

Quadro clínico:

- Febre elevada (>39°C)
- Dor abdominal aguda com ou sem defesa abdominal.
- Toque Vaginal: dor importante em anexos com ou sem tumoração anexial

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 6/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 11/06/2022

- peritonite pode acompanhar a endometrite e a salpingite e se caracteriza por febre alta, taquicardia, dor abdominal intensa com Blumberg (+) – irritação peritoneal, pode ter íleo paralítico, abaulamento – Coleção purulenta;

6.5 Tromboflebite Pélvica Séptica

Em alguns casos as parametrites e peritonites podem complicar com trombose das veias pélvicas (trombose de veia ovariana e tromboflebite pélvica séptica profunda) seguida de contaminação microbiana, podendo ocorrer embolização de trombos infectados para cérebro, pulmões e rins, caracterizando choque séptico.

O quadro clínico manifesta-se com febre de origem desconhecida e na ausência de obstrução venosa o diagnóstico torna-se extremamente difícil, inespecífico, podendo aparecer calafrios, taquicardia, dor pélvica, sinais de trombose (TVP, TEP).

Pode ser indistinguível da endometrite, exceto pela não resposta aos antibióticos.

6.6 Mastite

Trata-se de processo inicialmente inflamatório, que resulta da estase láctea, distensão alveolar e obstrução ao fluxo do leite. Posteriormente ocorre proliferação bacteriana, especialmente na presença de traumas mamilares, e o processo se torna infeccioso, podendo evoluir inclusive para quadros mais graves, com abscessos mamários e sepse.

Podem ser divididas em 2 tipos:

- Epidêmica

Causada por cepas altamente virulentas de *Staphylococcus aureus* produtor de penicilinase, aparecimento precoce (4º dia pós-parto), menos frequente, associada a piodermite do recém-nascido.

- Endêmica

Staphylococcus aureus é o principal agente, presente em 60% das vezes, mas também podemos encontrar: *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus*, *Escherichia coli*, entre outros, geralmente mais tardia, 2ª semana ou no desmame.

6.7 Abscesso Mamário

É um processo infeccioso agudo proveniente da mastite, com formação de “lojas” (únicas ou múltiplas), e que pode evoluir para necrose do tecido mamário.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 7/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

Além de dor intensa, o quadro clínico infeccioso pode cursar com prostração e queda importante do estado geral.

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

7.1 ISC incisional superficial (ISC-IS)

- Hemograma (nos casos internados).
- Cultura com antibiograma (nos casos internados)

7.2 ISC Incisional Profunda (ISC-IP)

- Hemograma/ Hemocultura/ Função renal
- Cultura de urina com antibiograma
- Cultura do material com antibiograma (Aspirado, se abscesso ou fragmento da lesão. Não fazer swab).
- Raios X do tórax e abdome (nos quadros graves)
- Ultrassonografia na suspeita de abscessos intracavitários ou da parede abdominal
- Considerar tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética nos casos de difícil elucidação

7.3 Infecção de Órgãos e Espaços (infecção/abscessos cavitários)

- Hemograma / Hemocultura / Função renal
- Cultura de urina com antibiograma
- Cultura do material com antibiograma (Aspirado, se abscesso ou fragmento da lesão. Não fazer swab).
- Raios X do tórax e abdome (nos quadros graves)
- Ultrassonografia na suspeita de abscessos intracavitários ou da parede abdominal;
- Considerar tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética nos casos de difícil elucidação.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 8/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

7.4 Infecção de Episiotomia ou das Lacerações Vaginais

- Hemograma (nos casos internados)
- Cultura do material com antibiograma (nos casos internados)

7.5 Endometrite

- Hemograma
- Sumário de urina / urocultura
- Lactato (formas graves)
- Hemocultura
- Ultrassonografia Transvaginal
- Cultura do material com antibiograma (nos casos em que há presença de conteúdo intra-uterino)

7.6 Anexite / Parametrite / Abscesso pélvico

- Hemograma
- Sumário de urina / urocultura
- Lactato (formas graves)
- Hemocultura
- Ultrassonografia Transvaginal
- Cultura do material com antibiograma (aspirado)

7.7 Tromboflebite Pélvica Séptica

- Hemograma + Coagulograma
- Dopplerfluxometria – na ocorrência de infecção puerperal, a ausência de fluxo na veia ovariana é um indicativo de tromboflebite pélvica
- Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética – avaliam com mais precisão a extensão dos processos infecciosos, tais como salpingite com piossalpinge, abscessos e tromboflebite pélvica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 9/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

7.8 Mastite

- Ultrassonografia mamária
- Hemograma

7.9 Abscesso Mamário

- Ultrassonografia mamária
- Hemograma
- Cultura do material com antibiograma

8 TRATAMENTO INDICADO PLANO TERAPÊUTICO

8.1 ISC incisional superficial (ISC-IS)

- Sintomáticos;
- Antibióticos: Apesar da maioria dos pacientes receber antibióticos no início do diagnóstico de ISC-IC, esta prática tem pouco suporte em evidências científicas, estando indicada nos casos de celulite peri-incisional.

Cefalotina 1g IV 6/6h por 7 dias ou até tornar-se afebril por 48h sendo mantida a cefalexina 500mg VO de 6/6h até completar 7 dias.

Para pacientes alérgicas: clindamicina 600mg IV 6/6hou 300 mg por via oral a cada 6 horas.

- Se necessário, realizar exploração e excisão do tecido necrótico e realizar cultura nos casos que necessitem internação;
- Sem celulite – drenagem;
- Parecer da CCIH e Comissão de pele do hospital em casos selecionados.

8.2 ISC Incisional Profunda (ISC-IP)

- Hidratação;
- Sintomáticos;
- Antibióticos:

Clindamicina 600mg 6/6h e gentamicina 240mg IV dose única diária ou

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 10/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

Ampicilina 2G IV 6/6h + gentamicina 240mg IV dose única diária + metronizadol 500mg IV 8/8h por 7 a 10 dias;

- Parecer da CCIH e Comissão de pele do hospital em casos selecionados.

8.3 Infecção de Órgãos e Espaços (infecção/abscessos cavitários)

- Hidratação;
- Sintomáticos;
- Antibióticos:

Ampicilina 2G IV 6/6h + gentamicina 240mg IV dose única + metronizadol 500mg IV 8/8h por 7 a 10 dias;

- Parecer da CCIH e Comissão de pele do hospital em casos selecionados.

8.4 Infecção de Episiotomia ou das Lacerações Vaginais

- Explorar a ferida com abertura e limpeza com SF 0,9%;
- Avaliação cuidadosa do canal vaginal para excluir a formação de fístulas vaginais ou retais;
- Toque retal para avaliar integridade da mucosa retal e esfíncteres;
- Antibioticoterapia (casos mais graves);
Cefalotina 01g EV 6/6h ou cefalexina 500mg VO 6/6h;
- Cicatrização por segunda intenção ou ressutura oportuna;
- Parecer da CCIH e Comissão de pele do Hospital em casos selecionados.

8.5 Endometrite

- Hidratação;
- Curetagem uterina se restos placentários;
- Profilaxia para trombose venosa profunda com clexane 40mg SC 1 vez ao dia;
- Antibioticoterapia:

Clindamicina 600mg IV 6/6h + Gentamicina 240mg IV 1 vez ao dia

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 11/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

Esquemas alternativos:

Cefalotina (1g 6/6h IV) + Metronidazol (500mg 6/6h IV)

Se houver infecção grave ou lesão renal aguda:

Ceftriaxona (1g IV 12/12h) + Clindamicina 600mg IV 6/6h por 7 dias.

A antibioticoterapia endovenosa deve ser mantida até a paciente tornar-se afebril e assintomática por 72 horas. A continuação do tratamento com antibióticos VO na endometrite não complicada não é necessária

O tratamento cirúrgico é indicado para remoção de restos placentários através da curetagem uterina; desbridamento de material necrótico em feridas cirúrgicas (perineal e abdominal); drenagem de abscessos (perineal, de parede abdominal e intracavitária); histerectomia com ou sem anexectomia nas formas disseminadas e nas localizadas ou propagadas que não respondem ao tratamento clínico.

8.6 Anexite / Parametrite / Abscesso pélvico

- Antibióticos (mesmo da endometrite), manter por 10 dias;
- Drenagem do abscesso;
- Abscessos Intracavitários ⇒ coleções purulentas ⇒ Laparotomia Exploradora;
- Abscessos em Fundo de saco de Douglas ⇒ Colpotomia e drenagem.

8.7 Tromboflebite Pélvica Séptica

- Parecer do vascular;
- Manter antibioticoterapia IV (mesma da endometrite);
- Associar heparinização plena:

Dose de ataque: 5000 a 10.000 IV em bolos;

Dose de manutenção: 1.000 a 1.500 /h até TTPA 1,5 a 2 vezes o valor basal;

Espera-se melhora clínica e da febre com 24-36horas após início do tratamento.

8.8 Mastite

- Apoio do banco de leite/ posto de coleta de leite humano

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 12/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

- Esvaziamento da mama afetada (ordenha manual, mecânica ou elétrica), posicionamento adequado das mamas.
 - Hidratação oral
 - Analgésicos e anti-inflamatórios (paracetamol, ibuprofeno, piroxicam).
 - Antibióticos
- Mastite epidêmica:
CLINDAMICINA IV (600mg 6/6h) OU CEFALOTINA IV (1g 6/6h) + METRONIDAZOL IV (500mg 8/8h). Duração de 7 a 10 dias.
 - Mastite endêmica:
CEFALEXINA VO (500mg 6/6h) ou CLINDAMICINA VO (600mg 6/6h);
Alérgicas à cefalosporinas – Eritromicina 500mg VO 6/6h por 7 a 10 dias.
 - Não há indicação para inibição da lactação.

8.9 Abscesso Mamário

Drenagem: esvaziamento das lojas, que pode ser por meio de punção guiada por US (para abscessos < 5cm), ou drenagem cirúrgica e remoção de áreas necróticas, quando mais extenso, sendo recomendada colocação de dreno por 24 h (Penrose).

Esvaziamento manual: O aleitamento materno pode ser suspenso provisoriamente na mama afetada, com esvaziamento por ordenha manual, mecânica ou elétrica.

Antibioticoterapia: semelhante ao da mastite, com antibiótico, preferentemente guiado por cultura e antibiograma;

Apoio do banco de leite/posto de coleta de leite humano.

9 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

9.1 ISC incisional superficial (ISC-IS)

Não há indicação de internação nos casos de ISC superficiais exceto em casos selecionados de outras comorbidades, deiscência extensa da ferida, dificuldade de asseio ou de administração de antibióticos.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 13/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

9.2ISC Incisional Profunda (ISC-IP)

Internação Hospitalar em todos os casos.

9.3Infecção de Órgãos e Espaços (infecção/abscessos cavitários)

Internação Hospitalar em todos os casos.

9.4 Infecção de Episiotomia ou das Lacerações Vaginais

Internação apenas em casos graves com comprometimento sistêmico e deiscências extensas.

9.5 Endometrite

Internação Hospitalar em todos os casos.

9.6 Anexite / Parametrite / Abscesso pélvico

Internação Hospitalar em todos os casos.

9.7 Tromboflebite Pélvica Séptica

Internação em Unidade de Terapia Intensiva.

9.8 Mastite

Há necessidade de internação hospitalar no caso de mastite epidêmica para administração de antibiótico endovenoso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 14/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

9.9 Abscesso Mamário

Internação Hospitalar em todos os casos.

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

10.1 ISC incisional superficial (ISC-IS)

- Persistência de febre após 48 horas de antibioticoterapia;
- Piora clínica;
- Sinais de sepse.

10.2 ISC Incisional Profunda (ISC-IP)

- A persistência de febre após 48 horas de antibioticoterapia;
- Piora clínica;
- Sinais de sepse.

10.3 Infecção de Órgãos e Espaços (infecção/abscessos cavitários)

- A persistência de febre após 48 horas de antibioticoterapia;
- Piora clínica;
- Sinais de sepse.

10.4 Infecção de Episiotomia ou das Lacerações Vaginais

- A persistência de febre após 48 horas de antibioticoterapia;
- Piora clínica;
- Sinais de sepse.

10.5 Endometrite

A persistência de febre após 48 horas de antibioticoterapia indica reavaliação da paciente através de reexame clínico, exame ginecológico, ultrassonografia abdominal e pélvica com doppler colorido.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 15/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

Se persistir sem melhora, indicar tomografia computadorizada e ressonância magnética para exclusão de foco extragenital e realizar reanálise de culturas. Considerar o diagnóstico de abscesso pélvico e, especialmente se nenhum abscesso estiver visível nos exames, tromboflebite pélvica séptica.

Nesses casos, deve-se avaliar mudança de esquema terapêutico e intensificar a vigilância materna, pois um quadro infeccioso local pode evoluir para sepse.

10.6 Anexite / Parametrite / Abscesso pélvico

- A persistência de febre após 48 horas de antibioticoterapia;
- Piora clínica;
- Sinais de sepse.

10.7 Tromboflebite Pélvica Séptica

- A persistência de febre após 48 horas de antibioticoterapia;
- Piora clínica;
- Sinais de sepse.

10.8 Mastite

- A persistência de febre após 48 horas de antibioticoterapia;
- Evolução para abscesso mamário.

10.9 Abscesso Mamário

- A persistência de febre após 48 horas de antibioticoterapia;
- Piora clínica.

11 CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

11.1 ISC incisional superficial (ISC-IS)

- Alta se melhora clínica e da febre após 48h de tratamento com antibiótico IV;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 16/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

- Acompanhamento ambulatorial com a comissão de pele do hospital;
- Acompanhamento no ambulatório de egressos de puerpério de alto risco.

11.2 ISC Incisional Profunda (ISC-IP)

- Alta se melhora clínica e da febre após 48h de tratamento com antibiótico IV;
- Acompanhamento ambulatorial com a comissão de pele do hospital;
- Acompanhamento no ambulatório de egressos de puerpério de alto risco.

11.3 Infecção de Órgãos e Espaços (infecção/abscessos cavitários)

- Alta se melhora clínica e da febre após 48h de tratamento com antibiótico IV;
- Acompanhamento ambulatorial com a comissão de pele do hospital;
- Acompanhamento no ambulatório de egressos de puerpério alto risco.

11.4 Infecção de Episiotomia ou das Lacerações Vaginais

- Alta se melhora clínica e da febre após 48h de tratamento com antibiótico IV;
- Acompanhamento ambulatorial com a comissão de pele do hospital;
- Acompanhamento no ambulatório de egressos de puerpério alto risco.

11.5 Endometrite

- Alta se melhora clínica e da febre após 48h de tratamento com antibiótico IV;
- Acompanhamento no ambulatório de egressos de puerpério alto risco.

11.6 Anexite / Parametrite / Abscesso pélvico

- Alta se melhora clínica e da febre após 48h de tratamento com antibiótico IV;
- Acompanhamento no ambulatório de egressos de puerpério de alto risco.

11.7 Tromboflebite Pélvica Séptica

- Discutir critérios de alta da UTI com o médico intensivistas;
- Após alta da UTI, acompanhamento na enfermaria de puerpério de alto risco;
- Alta se melhora clínica e da febre após 48h de tratamento com antibiótico IV;
- Acompanhamento no ambulatório de egressos de puerpério de alto risco.

11.8 Mastite

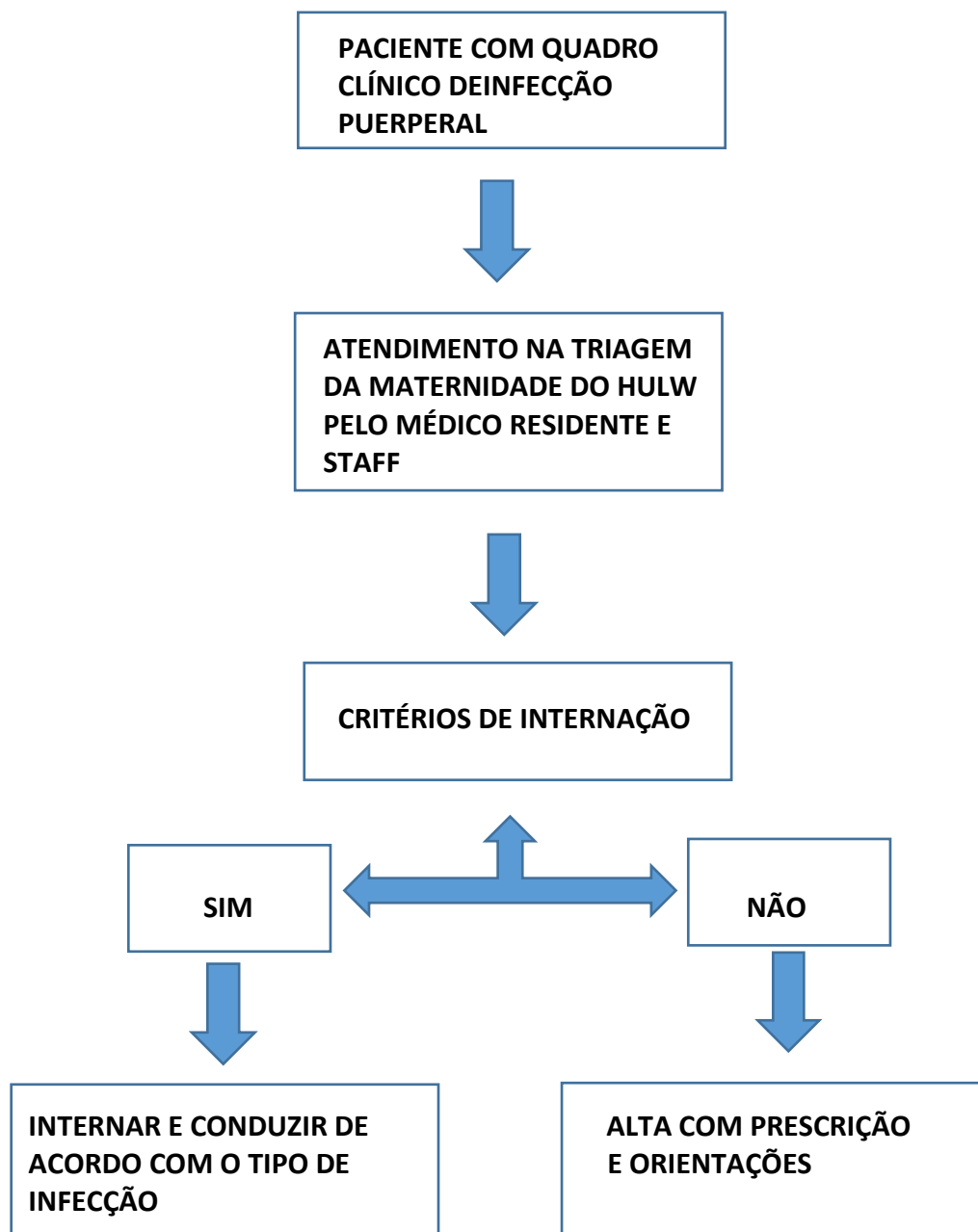
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 17/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

- Alta do ambulatório se melhora clínica.

11.9 Abscesso Mamário

- Alta após drenagem;
- Alta se melhora clínica e da febre 48h de tratamento com antibiótico IV.

12 FLUXOGRAMA





Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 18/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

13 MONITORAMENTO

As Infecções do sítio cirúrgico (ISC) são consideradas eventos adversos e entram na classificação de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) devendo ser permanentemente monitoradas pelo setor de CCIH do hospital através do acompanhamento da Taxa de incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) relacionada à parto cirúrgico – cesariana. A coordenação da maternidade também deve monitorar esses dados, estimular a notificação e a divulgação contínua das medidas de prevenção e controle para a equipe assistencial.

14 REFERÊNCIAS

ACOG Practice Bulletin No. 199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2018 Sept.;132(3):e103-e19.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério. 2010.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Mastite Puerperal. 2018. Disponível em: <<https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/309-mastite-puerperal>>. Acesso em: 28 abr. 2020.

Karsnitz, DB. Puerperal Infections of the Genital Tract: A Clinical Review. *J Midwifery Womens Health* 2013;58(6):632–42.

Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Speer L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No.: CD001067. DOI: 10.1002/14651858.CD001067.pub3.

Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Infecções do Sítio Cirúrgico. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1106177/Cap%C3%ADtulo-12-Infec%C3%A7%C3%B5es-de-S%C3%ADtio-Cir%C3%BAArgico.pdf/be3a92a2-db4e-48a7-b7c1-97fac3893caf>>. Acesso em: 21 abr. de 2020.

Mathai M, Hofmeyr GJ, Mathai NE. Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD004453. DOI: 10.1002/14651858.CD004453.pub3.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001; 199p.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 19/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

Reddy B, Scrafford J. Effect of intra-operative glove-changing during cesarean on post-op complications: A randomized controlled trial. ACOG 2017; Abstract 120P.

Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014 Jun;2(6):e323-e333.

Van Schalkwyk J, Van Eyk N. Antibiotic prophylaxis in obstetric procedures. J Obstet Gynaecol Can. 2010 Sep;32(9):878-92. doi: 10.1016/S1701-2163(16)34662-X Disponível em: <[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)34662](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)34662)

X/pdf#:~:text=USE%20OF%20ANTIBIOTIC%20PROPHYLAXIS%20IN,and%20postpartum%20dilatation%20and%20curettage>. Acesso em: 07 maio 2020

World Health Organization. As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções maternas no período periparto. 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205681/WHO_RHR_16.01_por.pdf;jsessionid=42CBBFEE314364752AF2AC799F4AAB42?sequence=4>. Acesso em: 07 maio 2020.


15 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1ª	11/06/2020	Elaboração do Protocolo

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.002 - Página 20/20	
Título do Documento	INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 11/06/2020	Próxima revisão: 11/06/2022
		Versão: 1	

Elaboração Renata de Medeiros Wanderley Gadelha; Sabina Bastos Maia; Aureliana Barboza da Silva;	Data: 11/06/2020
Revisão Francisco de Assis Silva Paiva	Data: 04/09/2020
Validação Enfª Drª Larycia Vicente Rodrigues	Data: 09/09/2020
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)  Analayane Cibelle Medeiros Braga Chefe da Div. d e Gestão do Cuidado HULW / EBSERH-Mat. 1445721	Data: <u>30/09/2020</u>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte.