



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 1/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

1. SUMÁRIO

SIGLAS E CONCEITOS	1
OBJETIVO.....	2
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	2
INTRODUÇÃO	2
EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	2
FATORES DE RISCO	3
ETIOLOGIA.....	3
PATOGENIA DA ENDOMETRITE	3
FEBRE PUERPERAL	4
FORMAS CLÍNICAS (HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	4
TRATAMENTO CIRÚRGICO.....	7
CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO	7
CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	7
CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....	8
FLUXOGRAMA	9
REFERÊNCIAS.....	10
HISTÓRICO DE REVISÃO	10

2. SIGLAS E CONCEITOS

IV- INTRAVENOSO

VO - VIA ORAL

BPM - BATIMENTOS POR MINUTO

IPM - INCURSÕES POR MINUTO

TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

USG - ULTRASSONOGRAFIA

RNM - RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

HUPAA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

INFECÇÃO PUERPERAL - também denominada morbidade febril puerperal, é o termo que representa qualquer infecção bacteriana do trato genital no pós-parto recente, ocorrendo em

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 2/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

qualquer momento entre a ruptura das membranas ou o trabalho de parto e o 42º dia após o parto. Por tanto, se uma paciente teve febre no puerpério, deve-se considerar o diagnóstico de infecção puerperal e, na ausência de outros focos, iniciar o tratamento adequado o mais rápido possível.

3. OBJETIVO

Uniformizar as ações, medidas preventivas e tratamento realizado nas pacientes com suspeita e diagnóstico de infecção puerperal, em acompanhamento na unidade materno-infantil do HUPAA, a nível ambulatorial, na emergência ou internadas em enfermaria.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

4.1 Inclusão: pacientes com suspeita ou diagnóstico de qualquer infecção bacteriana do trato genital no pós-parto recente, ocorrendo em qualquer momento entre a ruptura das membranas ou o trabalho de parto e o 42º dia após o parto.

4.2 Exclusão: outras causas de febre no puerpério, como mastite, infecção do trato urinário ou pneumonia, por exemplo, que devem ser tratados de acordo com protocolos específicos.

5. INTRODUÇÃO

A infecção puerperal é uma importante causa de óbito materno, já que a sepse grave é condição potencialmente fatal. É atualmente a terceira maior causa de morte materna segundo o Datasus. Ocorre em 0,2% a 18% das puérperas, a depender da população estudada, via de parto e do uso de antibiótico profilático. A infecção puerperal é a principal causa de febre no puerpério, sendo responsável por 75.000 mortes maternas por ano no mundo. Por isso, é importantíssimo que seja reconhecida e tratada de forma precoce. Nós, como obstetras, podemos gerar impacto nesse cenário e ajudar a mudar o quadro através de medidas como antibioticoprofilaxia, aprimoramento da nossa técnica assistencial e cirúrgica e o tipo de parto. Políticas públicas também teriam impacto a longo prazo no perfil de população, sendo necessária essa consciência, apesar disto não estar diretamente ligado à nossa atuação individual.

6. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

A avaliação diagnóstica na puérpera com febre inclui: história e exame físico completo para buscar possíveis etiologias; hemograma; urocultura com antibiograma; hemocultura no pico febril: para pacientes que apresentem sinais de alarme ou gravidade; ultrassonografia: quando há suspeita de retenção de produtos da concepção, abscessos intracavitários e de parede abdominal; tomografia ou ressonância quando houver suspeita de abscessos; nas infecções de ferida cirúrgica, deve-se solicitar bacterioscopia e cultura de secreção; outros exames, conforme avaliação clínica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 3/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

7. FATORES DE RISCO

Cesariana (principal fator de risco isolado, sendo o risco 4,7 vezes maior quando a cesárea é realizada após início do trabalho de parto; risco de Endometrite, de 0,2% a 2% após o parto normal, aumenta para 1,5 a 18% após cesariana); a profilaxia com antibiótico, reduz o risco de infecção no parto cirúrgico;

Infecção vaginal; rotura prematura de membros ovulares; trabalho de parto prolongado; múltiplos toques; corioamnionite; remoção manual da placenta; más condições de assepsia; anemia grave; baixo nível socioeconômico; hemorragia, anteparto, intraparto e pós-parto; placentação baixa; retenção de restos ovulares; obesidade; diabetes; imunidade alterada; colonização pelo Streptococcus do grupo A ou B.

Uniformizar as ações, medidas preventivas e tratamento realizado nas pacientes com suspeita e diagnóstico de infecção puerperal, em acompanhamento na unidade materno-infantil do HUPAA, a nível ambulatorial, na emergência ou internadas em enfermaria.

8. ETIOLOGIA

É tipicamente uma infecção polimicrobiana, envolvendo aeróbios e anaeróbios do trato genital.

- Aeróbios:
 - Gram-positivos: Streptococcus dos grupos A B e D, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus (faecium, faecalis)*;
 - Gram-negativos: *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter ssp.*, *Enterococcus*, *Morganella morganii*, *Gardnerella vaginalis*.
- Anaeróbios:
 - Gram-positivos: *Peptostreptococcus ssp.*, *Peptococcus ssp.*, *Clostridium ssp*;
 - Gram-negativos: *Bacteroides bivius*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Bacteroides distiens*, *Bacteroides fragilis*, *Fusobacterium species*.
- Outros: *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*.

9. PATOGENIA DA ENDOMETRITE

- a. Ocorre uma ascensão de bactérias do trato genital inferior; bactérias que, muitas vezes, fazem parte da flora da paciente.
- b. A cavidade uterina após o parto apresenta uma região exposta, a ferida placentária.
- c. Associada a uma quantidade de sangue, que é meio de cultura.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 4/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

d. Na cesárea é gerado um trauma cirúrgico e o fio de sutura funciona como corpo estranho que pode fazer um biofilme, tornando-se um meio propício para proliferação de bactérias.

10. FEBRE PUERPERAL

O conceito de morbidade febril puerperal seria a ocorrência de temperatura axilar igual ou superior a 38°C, a partir do segundo dia de puerpério, ou $\geq 38,5^\circ\text{C}$ durante as primeiras 24 horas de pós-parto. Isso porque a ocitocina endógena ou exógena e o misoprostol podem elevar a temperatura basal da paciente, por isso, nas primeiras 24 horas, há essa tolerância um pouco maior. A temperatura deve ser aferida em duas ocasiões, com intervalo mínimo de 4 horas.

Excluídas outras causas de febre (como mastite, infecção de ferida operatória, infecção do trato urinário ou pneumonia, por exemplo) deve ser conduzida como endometrite puerperal.

11. FORMAS CLÍNICAS (HISTÓRIA CLÍNICA, EXAME FÍSICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO)

11.1. Endometrite puerperal: o diagnóstico da endometrite é clínico. É a principal causa da infecção no puerpério, portanto deve ser o primeiro diagnóstico a ser cogitado pelo obstetra quando a paciente tem febre nesse período. Dessa forma, o tratamento poderá ser instituído o mais rápido possível, minimizando os riscos de repercussões graves para a paciente. É caracterizada pela presença de dois ou mais dos seguintes eventos: dor pélvica ou sensibilidade uterina; febre; drenagem uterina anormal (loquiação fétida e purulenta); colo aberto; e subinvolução uterina. Se apresenta de forma clássica com a tríade de Bumm, com útero amolecido, doloroso e hipoinvoluído. A maioria das infecções é leve ou moderada e resolve-se com o uso de antibióticos. No entanto, em alguns pacientes a infecção pode se estender para o miométrio, paramétrios e a cavidade peritoneal, resultando em peritonite, abscesso intra-abdominal ou sepse. Mais raramente, pode desenvolver miometrite necrotizante, fascíte necrosante de parede abdominal, tromboflebite pélvica séptica e choque séptico.

11.1.1. Exames complementares: Hemograma - leucocitose com cerca de 15 a 30 mil células / mm^3 ; hemocultura: positiva em apenas 10 a 20% dos casos (por isso, deve-se iniciar antibiótico empírico e de largo espectro); cultura cervical: utilizada com intuito de pesquisa, não tendo impacto importante no tratamento da paciente, em especial devido a presença de uma flora polimicrobiana; imagem: ultrassonografia na suspeita de retenção, abscesso, hematoma. Tomografia computadorizada e ressonância apenas se a resposta ao tratamento não for adequada.

11.1.2 Tratamento:

1) Clindamicina 600mg, IV DE 6/6h, associado à gentamicina 5mg/kg, IV, 24/24h (preferencial) ou 1,5mg/kg, de 8/8h. Resolução de 90 a 97%;

2) Ampicilina-sulbactam 3g, IV, de 6/6h, pode ser uma alternativa, considerando a crescente resistência à clindamicina;

3) Como alternativa pode ser utilizada a associação de Ampicilina 2g, IV, de 6/6h, gentamicina 5mg/kg, IV, 24/24h e metronidazol, IV, 8/8h, na impossibilidade de utilizar uma das opções

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 5/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

acima; na ausência de resposta favorável ao tratamento em 48 a 72 horas, com persistência de febre, dor e sensibilidade uterina, pode ser adicionada ao esquema 1 ampicilina 2g, IV, de 6/6h, ou trocado o esquema de antibióticos para piperacilina-tazobactam 4,5 g, IV, de 8/8h.

Observações: as pacientes deverão permanecer internadas, com antibioticoterapia intravenosa por 48 horas após o último pico febril, e depois ser suspensa, sem necessidade de manter antibióticos (estudos comprovam que não existe benefício em manter o antibiótico além desse período); não havendo melhora clínica em 48 a 72 horas, deve-se reavaliar com exame clínico e laboratorial, pensar em falha de tratamento e investigar possíveis causas, que seriam resistência bacteriana, infecção de sítio cirúrgico, hematoma e abscesso intracavitário (deve-se mudar o esquema como descrito no item 3); se o quadro da paciente persistir e não houver indicação cirúrgica, deve-se aventar a possibilidade de tromboflebite pélvica, que vai necessitar do uso de heparina como teste terapêutico.

11.1.3. Profilaxia: na cesariana, utilizar antibiótico profilático (cefazolina 1 a 2g), 30 a 60 minutos antes do procedimento.

11.2. Infecção da pele dos tecidos moles: A taxa de infecção de parede abdominal na cesariana varia de 3 a 16%, com uma média de 7%. Com o uso de antibiótico profilático, a incidência de infecção de parede cai para 2% dos casos. Os principais fatores de risco são obesidade, corioamnionite, transfusão de sangue, uso de anticoagulantes, uso de álcool ou drogas ilícitas, cesárea não programada e hematoma subcutâneo. Em geral, se manifesta entre o 5º e 7º dia após a cesariana. Infecções precoces (nas primeiras 24 a 48 horas) são causadas por *streptococcus beta-hemolíticos* do grupo A ou B. Infecções posteriores são mais prováveis de serem causadas por *Staphylococcus epidermidis* ou *aureus*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* ou flora cervicovaginal. Os casos mais leves se apresentam com dor e sinais flogísticos. Pode haver complicações com exsudação, celulite, abscessos, deiscências e manifestações sistêmicas. A fascíte necrosante é rara, mas caracteriza um quadro de grande gravidade e mortalidade. Ocorre em 1,8 para cada 1.000 cesáreas, com mortalidade de 20 a 50% dos casos, geralmente é causada pelo *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus aureus*. Nesses casos é necessário realizar o desbridamento cirúrgico e iniciar uso de antibiótico de largo espectro o mais breve possível. Mais raramente, pode desenvolver miometrite necrotizante, fascíte necrosante de parede abdominal, tromboflebite pélvica séptica e choque séptico.

11.2.1. Condutas:

Em formas leves, tratamento ambulatorial é preconizado; quando possível, deve-se realizar coleta de material para cultura; opções de antibioticoterapia oral no tratamento ambulatorial: clindamicina, VO, 300mg, 6/6h, por 7 dias. Amoxicilina + clavulonato de potássio, VO, 500mg + 125mg, 8/8h, ou 875mg + 125mg, 12/12h, por 7 dias. Sulfametoxazol + trimetoprima, VO, 800mg + 160mg, 12/12h, por 7 dias;

Nas infecções extensas e/ou com manifestações sistêmicas, recomendam-se internação hospitalar e uso de antibioticoterapia intravenosa: Clindamicina 600mg, IV de 6/6h + gentamicina 5mg/kg, IV, 24/24h ou 1,5mg/kg, de 8/8h. Ampicilina-sulbactam 3g, IV, de 6/6h, como alternativa; drenagem de abscessos;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 6/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

Em infecções de maior gravidade, notadamente supurativas, recomenda-se abordagem cirúrgica com desbridamentos e drenagens.

11.3. Infecção de lacerações perineais:

Infecções perineais são infrequentes (0,05% dos partos), em sua maioria são superficiais e geralmente ocorrem durante a primeira semana após o parto. A infecção pode ser limitada à laceração ou expandir-se como celulite, abscesso, fascíte necrosante ou abscesso em fossa isquirretal. Na presença de sinais de infecção perineal (eritema, edema e/ou secreção), o exame físico deve ser bem detalhado, à procura de abscessos ou tecidos que exijam desbridamento.

11.3.1. Condutas: antibióticos orais nos casos sem manifestações sistêmicas. Entre as opções, há amoxicilina com clavulonato, clindamicina, cefalosporinas e sulfametoxazol com trimetoprima; antibiótico venoso nos casos com manifestação sistêmica ou abscesso: clindamicina + gentamicina ou ampicilina/sulbactam; abscessos devem ser drenados; desbridamento de tecidos, quando indicado; em geral o fechamento por segunda intenção acaba sendo mais indicado, mas em alguns casos, é válido que seja feito um desbridamento cirúrgico e, num segundo momento, fazer uma aproximação dos tecidos.

11.4. Seps e choque séptico: os seguintes achados são critérios para suspeitar de infecção grave/seps/choque séptico em pacientes com febre no puerpério: febre $\geq 39,40^{\circ}\text{C}$; febre $\geq 39,9^{\circ}\text{C}$ com mais de um dos seguintes itens – frequência cardíaca $\geq 110\text{bpm}$; frequência respiratória $\geq 20\text{ipm}$; pressão arterial $\leq 90/60\text{mmHg}$. Elevação na concentração de ácido láctico (mais de 2mmol/L) também é um marcador de gravidade. Em paciente com taquicardia, taquipnéia e hipotensão, choque séptico pode ser considerado, mesmo na ausência de febre.

11.4.1. Sinais de alerta na seps puerperal: hipertermia; taquicardia sustentada (frequência cardíaca $> 90\text{bpm}$); taquipnéia (frequência respiratória $> 20\text{ipm}$); oligúria (diurese $< 25\text{ml/h}$); saturação de $\text{O}_2 < 95\%$; dor abdominal ou torácica; agitação e/ou confusão mental; diarreia e/ou vômito; e mal-estar generalizado.

11.5. Tromboflebite pélvica séptica: é uma das causas de infecção puerperal e caracteriza-se por febre alta persistente, em uso de antibióticos, geralmente três a cinco dias pós-cesárea. É um diagnóstico de exclusão, sendo necessário investigar abscessos ou outros focos. Em geral, trombos sépticos acometem vasos menores e são difíceis de diagnosticar pelos exames de imagem. Em cerca de 20% dos casos, o vaso comprometido é a veia ovariana.

O diagnóstico é feito, em geral, pela ressonância magnética (venografia por ressonância magnética com gadolínio). Podendo também ser solicitada tomografia computadorizada, com contraste. A Ultrassonografia é pouco sensível e pouco específica.

O tratamento consiste em heparina ou enoxaparina em doses plenas e na manutenção da antibioticoterapia de amplo espectro: Enoxaparina 1mg/kg , de $12/12\text{h}$; heparina: 5.000UI por via endovenosa, seguidas de 1.200UI/h , atingindo 32.000 por dia. Nesse caso, o controle de tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) deve ser feito a cada quatro horas. O nível terapêutico será atingido quando elevar o TTPA em 1,5 a 2,5 vezes o valor médio. Após estabilização do TTPA e da

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 7/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

dose, controle laboratorial pode ser diário. As principais complicações do tratamento com heparina são hemorragia e trombocitopenia.

A duração da anticoagulação depende da extensão da trombose: em caso de trombose extensa na pelve (veia ovariana, ilíaca ou cava), manter por pelo menos 6 semanas; em trombose de vasos pequenos, manter por duas semanas; sem diagnóstico por imagem, apenas diagnóstico clínico, deve-se manter por mais 48 horas após a resolução da febre.

9. TRATAMENTO CIRÚRGICO

Procedimentos cirúrgicos podem ser indicados em situações específicas, com o objetivo de retirar o sítio de infecção: curetagem uterina, em caso de restos placentários; drenagem de abscessos (perineais, da incisão de cesariana ou intrabdominais), diagnosticados clinicamente ou por exames de imagem – a drenagem poderá ser direta (em abscessos mais superficiais e bem definidos), guiada por exame de imagem ou por laparotomia; desbridamento de material necrótico (fascíte necrosante, perineal e abdominal); e histerectomia total para miometrite nas formas disseminadas, refratárias ao tratamento clínico.

É importante não postergar a indicação de intervenções cirúrgicas nem de histerectomia nos casos de má resposta ou agravamento do quadro para preservar a vida.

10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Em caso de suspeita e diagnóstico de endometrite puerperal, sepse e/ou tromboflebite pélvica séptica; nas infecções extensas de pele e tecidos moles e/ou com manifestações sistêmicas; nas infecções de lacerações perineais com manifestação sistêmica ou abscesso; se houver necessidade de tratamento cirúrgico específico.

11. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Na ausência de resposta favorável ao tratamento em 48 a 72 horas, com persistência de febre, dor e sensibilidade uterina, pode ser adicionada ao esquema 1 ampicilina 2g, IV, de 6/6h, ou trocado o esquema de antibióticos para piperacilina-tazobactam 4,5 g, IV, de 8/8h.

Não havendo melhora clínica em 48 horas deve-se, além de mudar o esquema conforme descrito acima, reavaliar com exames clínicos e laboratoriais e investigar possíveis causas de falha de tratamento, como resistência bacteriana, infecção do sítio cirúrgico, hematoma e abscesso intra-cavitário.

Se o quadro da paciente persistir e não houver indicação cirúrgica, deve-se aventar a possibilidade de tromboflebite pélvica que vai necessitar do uso de heparina como teste terapêutico

Em caso de sinais de sepse, utilizar antibiótico de amplo espectro (piperacilina-tazobactam 4,5 g, EV, de 8/8h, por 10 a 14 dias), e contatar CCIH para maiores orientações.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 8/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

12. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

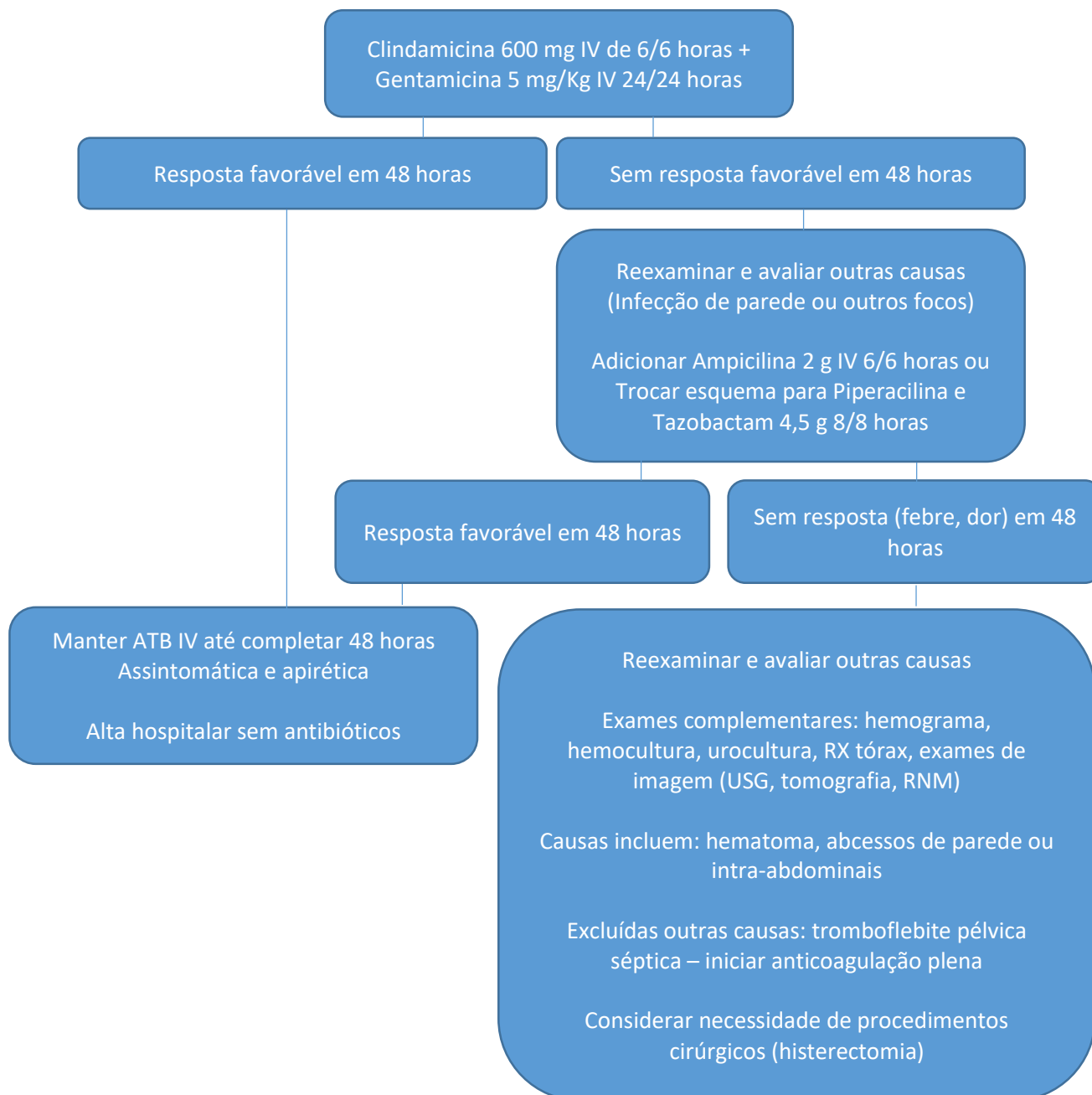
12.1. Alta médica: nos casos de endometrite puerperal: 48 horas após o último pico febril e com melhora dos sintomas, a antibioticoterapia venosa deve ser suspensa e a paciente deve receber alta médica, sem a necessidade de manter antibióticos; nos casos de infecção de pele e tecidos moles: a antibioticoterapia venosa deve durar no mínimo 7 dias, a paciente deve estar afebril por no mínimo 48 horas e apresentar melhora dos sintomas; e nos casos de tromboflebite pélvica: a antibioticoterapia venosa deve permanecer até que a paciente esteja afebril por 48 horas e depois ser suspensa, sem a necessidade de manter antibióticos. Assim, a paciente poderá receber alta médica mantendo a anticoagulação, cuja duração depende da extensão da trombose, como descrito anteriormente.

12.2. Transferência para Unidade de Terapia Intensiva: em caso de choque séptico e instabilidade hemodinâmica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 9/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

13. FLUXOGRAMA

Figura 1 – Fluxograma de tratamento da endometrite puerperal.



Fonte: adaptado de FEBRASGO, 2021.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 10/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

14. REFERÊNCIAS

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Infecção puerperal. *Protocolo FEBRASGO-Ginecologia*, n. 93, FEBRASGO, 2021.

ZUGAIB, M., BITTAR, R. E., FRANCISCO, R. P. V. **Protocolos Assistenciais Clínica Obstétrica FMUSP**. 5. ed. [S.l.]: Atheneu, 2015.

REZENDE FILHO, J., MONTENEGRO, C. A. B. **Rezende, Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. [S.l.]: Guanabara Koogan, 2008.

LUZ, S. H., STEIBEL, J. A., STEIBEL, G., FERNANDES, E. V. Morbidade febril, endometrite e sepse puerperal. *In: FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. Tratado de obstetrícia da Febrasgo*. [S.l.]: Elsevier, 2019.

SMALL, F. M., GRIVELL, R. M. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 10, out. 2014.

TRAPANI, A. J., HILLMANN, B. R., BORBA, K. B., FAUST, L. W. Cesárea. *In: FERNANDES, C.E., SÁ, M. F. Tratado de obstetrícia da Febrasgo*. [S.l.]: Elsevier, 2019.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 4. ed. [S.l.]: Manole, 2019.

CARTER, E. B.; TEMMING, L. A.; FOWLER, S.; EPPES, C.; GROSS, G.; SRINIVAS, S. K. *et al.* Evidence-Based Bundles and Cesarean Delivery Surgical Site Infections: A Systematic review and meta-analysis. **Obstet Gynecol.**, v. 130, n. 4, p. 735-746, 2017.

MULIC-LUTVICA, A.; OVE, A. Postpartum ultrasound in women with postpartum endometritis, after cesarean section and after manual evacuation of the placenta. **Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica**, v. 86, n. 2, p. 210-217, 2007.

Twickler, D. M. *et al.* Imaging of puerperal septic thrombophlebitis: prospective comparison of MR imaging, CT, and sonography. **AJR. American journal of roentgenology**, v. 169, n. 4, p. 1039-1043, 1997.

MACKEEN, A. D.; PACKARD, R. E.; OTA, E.; SPEER, L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2015**, n. 2, 2015.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	23/03/2022	Rafaélle Cajueiro Teófilo Oliveira	Institui o Protocolo de Infecção Puerperal.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL. P001 - Página 11/11	
Título do Documento	PROTOCOLO DE INFECÇÃO PUERPERAL	Emissão: 23/03/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 23/03/2024

Elaboração: Rafaélle Cajueiro Teófilo Oliveira Médica da Unidade de Saúde da Mulher – Ginecologia/Obstetrícia	Data: 23/03/2022
Análise: Maria Raquel dos Anjos Silva Guimarães Médica Infectologista do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/ Unidade de Vigilância em Saúde	Data: 31/03/2022
Validação: Celina de Azevedo Dias Chefe do Setor de Gestão da Qualidade	Data: 20/04/2022
Aprovação: Ana Carolina Pastl Pontes Chefe da Divisão Médica	Data: 28/04/2022

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