



Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 1/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 2/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	3
2. OBJETIVOS	3
3. DESCRIÇÃO.....	3
3.1 Classificação do puerério.....	3
3.2 Destinação da paciente.....	3
3.3 Orientações.....	3
3.3.1 Orientações gerais.....	3
3.3.2 Exames.....	4
3.3.3 Alta Hospitalar.....	4
3.3.4 Orientações para Alta Hospitalar.....	4
3.3.5 Seguimento.....	5
3.4 Hemorragia Pós-Parto.....	5
3.4.1 Conceito.....	5
3.4.2 Fatores de risco.....	6
3.4.3 Causas.....	6
3.4.4 Estatificação de risco.....	6
3.4.5 Estimativa de perda volêmica e diagnóstico da hemorragia.....	7
3.4.6 Hora de ouro obstétrica.....	8
3.5 Infecções Puerperais.....	10
3.5.1 Conceito.....	10
3.5.2 Fatores de risco.....	11
3.5.3 Mastite.....	11
3.5.4 Infecções do trato urinário.....	12
3.5.5 Endometrite puerperal.....	12
3.5.6 Sepses puerperal.....	13
4. REFERÊNCIAS.....	14
5. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO.....	15

SIGLÁRIO

CPAM – Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais
 EV - Via endovenosa
 FC/FR – Frequência cardíaca/frequência respiratória
 FO – Ferida operatória
 HC-UFTM – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
 HPP - Hemorragia pós-parto
 IM – Intramuscular
 IMC – Índice de Massa Corporal
 ITU – Infecção do trato urinário
 PAM – Pressão arterial média
 PAS – Pressão arterial sistólica
 SF – Soro Fisiológico
 SpO2 – Saturação periférica de oxigênio
 UTI - Unidade de Terapia Intensiva
 VO – Via oral

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 3/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

1. APRESENTAÇÃO

O puerpério é o período que sucede o parto e tem seu término indeterminado, sob o ponto de vista fisiológico, compreende os processos involutivos e de recuperação do organismo materno após a gestação. É também caracterizado por marcantes mudanças em diversos outros aspectos da vida feminina, sejam eles conjugais, familiares, sociais ou profissionais.

2. OBJETIVOS

O objetivo deste manual é estabelecer condutas uniformes na assistência às puérperas, com padronização de procedimentos, baseados nas melhores evidências científicas e, desta forma, promovendo maior segurança às pacientes no período pós-parto.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Classificação do puerpério

- Imediato: 1° ao 10° dia;
- Tardio: 11° ao 45° dia;
- Remoto: a partir do 46° dia.

3.2 Destinação da paciente

- Alojamento conjunto - mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê;
- Enfermaria - mulheres clinicamente estáveis, que não ficarão acompanhadas pelo bebê;
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - instabilidade clínica materna.

3.3 Orientações

3.3.1 Orientações gerais

As principais orientações após parto normal ou cesariana encontram-se no quadro a seguir:

ORIENTAÇÕES		
	PARTO NORMAL	CESARIANA
Deambulação	O mais precoce possível	
Mamas	Amamentação na primeira hora após o parto (se possível). Avaliação quanto a deformações mamilares, pega adequada ***, fissuras, ingurgitamento, hiperemias (mastite). A mãe soropositiva (HIV) deve ser informada dos riscos da amamentação e deve também ser medicada logo após o parto para que se evite o início da lactação (cabergolina 0,5mg, 2 cápsulas (cps), dose única)	
Membros inferiores	Pesquisar sinais de Trombose Venosa Profunda (TVP)	
Dieta	Individualizar conforme doença de base. Se risco habitual, dieta livre.	6 horas após o parto, se ausência de intercorrências. Iniciar dieta branda.
Higiene	Banho de chuveiro (supervisionado) assim que desejar.	Realizar após a deambulação: banho de chuveiro supervisionado.
Ferida operatória (FO)	Episiotomia ou lacerações: verificar aspecto geral e presença de hematomas,	Retirar curativo 6-12 horas. Após, manter FO descoberta, limpa e seca.

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 4/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

	equimoses, edemas, deiscências.	
Sonda Vesical de Demora (SVD)		Individualizar, conforme doença de base, condições operatórias. Habitualmente pode se retirar com 6 horas mínimas pós-parto se diurese clara e volume > 30 ml/h.
Abdome	Avaliar involução uterina.	Avaliar involução uterina, Ruídos Hidroaéreos (RHA), distensão abdominal e FO.
Genitália	Avaliar loquiação, episiotomia, lacerações, hematomas, equimoses, edemas.	Avaliar loquiação

PONTOS-CHAVE PARA O POSICIONAMENTO ADEQUADO	
1.	Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo
2.	Corpo do bebê próximo ao da mãe
3.	Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido)
4.	Bebê bem apoiado
PONTOS-CHAVE DA PEGA ADEQUADA	
1.	Mais aréola visível acima da boca do bebê que abaixo
2.	Boca bem aberta
3.	Lábio inferior virado para fora
4.	Queixo tocando a mama

Consultar Procedimento Operacional Padrão Institucional “Amamentação”, link:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmt/documentos/procedimentos-e-rotinas-operacionais-padrao/pops/POP.DENF.014Amamentaoverso42.pdf>

3.3.2 Exames

- Sempre checar ABO-Rh e sorologias;
- Demais exames a depender das patologias associadas;
- Realizar **IMUNOGLOBULINA ANTI-RH(d) (300mcg intramuscular - IM)** até 72 horas pós-parto se mãe Rh negativo e Coombs indireto negativo + recém-nascido (RN) Rh positivo.

3.3.3 Alta Hospitalar

- Parto normal: mínimo 24h após o parto, se boas condições clínicas maternas e RN com condições de alta pela pediatria.
- Cesariana ou parto normal operatório (Fórceps): mínimo 48h após o parto, se boas condições clínicas maternas e RN com condições de alta pela pediatria.

3.3.4 Orientações para Alta Hospitalar

- Orientar repouso sexual. Após 45 dias e cessação da loquiação pode-se reassumir a atividade sexual conforme o desejo e o conforto do casal.
- Prescrever sulfato ferroso para 3 meses após o parto.
- A mulher deve receber informação sobre os principais sinais e sintomas que sugerem a presença de complicações, incluindo febre, sangramento vaginal excessivo ou fétido,

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 5/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

cefaleia acompanhada de distúrbios visuais e/ou náuseas e vômitos, dor, edema ou hiperemia dos membros inferiores.

- Em relação ao cuidado da região perineal, a mulher deve ser orientada a fazer a higiene vulvar no sentido anterior-posterior, e o uso de gelo no primeiro dia pode reduzir o desconforto local (se necessário), especialmente por ocasião da realização de episiotomia ou presença de laceração extensa.
- Paciente deve ser orientada quanto à anticoncepção.
- Não é recomendado antibiótico profilático no pós-parto para partos não complicados.

3.3.5 Seguimento

- Agendamento de consulta do puerpério em até 45 dias do parto. As consultas cujas pacientes fizeram pré-natal de risco habitual poderão ser agendadas tanto no ambulatório de Puerpério do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) quanto contrarreferenciadas para a cidade de origem ou unidade mais próxima em que a paciente já faz o seguimento ginecológico de rotina. À alta, é responsabilidade do médico fornecer os encaminhamentos (o documento do encaminhamento específico do HC-UFTM e um relatório da necessidade de consulta puerperal, dando opção da contrarreferência) e as orientações. As pacientes que tiveram gestação de alto risco deverão, preferencialmente, ser encaminhadas ao Puerpério do HC-UFTM.

3.4 Hemorragia Pós-Parto

3.4.1 Conceito

Perda sanguínea após o parto maior ou igual a 500 ml se parto normal e maior ou igual a 1000 ml se cesariana ou qualquer perda que cause sinais/sintomas de instabilidade hemodinâmica.

Pode ser classificada em primária - aquela que ocorre dentro das primeiras 24 horas pós-parto e secundária - aquela que ocorre após 24 horas até 6 a 12 semanas após o parto.

A vigilância para diagnóstico de hemorragia pós-parto (HPP) é essencial. Nas 2 horas após o parto deve-se realizar avaliação rotineira e registrar em prontuário o volume de sangramento, sinais vitais e avaliação de contratilidade uterina a cada 30 minutos, conforme quadro a seguir (Ficha de descrição do parto, localizada no verso do partograma).

Tempo	Pressão arterial (PA)	PULSO	E. GERAL	ÚTERO (CONTRAÇÃO)	SANGRAMENTO
30 min					
1 h					
1h e 30 min					
2 h					

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 6/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

3.4.2 Fatores de Risco

Os fatores de risco incluem descolamento prematuro da placenta (DPP), placenta prévia/acreta, retenção placentária, gravidez gemelar, pré-eclâmpsia, história de hemorragia pós-parto, obesidade, anemia, idade materna avançada, macrosomia fetal, cesárea, episiotomia mediolateral, parto vaginal operatório, parto prolongado, febre intraparto.

3.4.3 Causas

As principais causas de hemorragia puerperal estão no quadro a seguir:

PRINCIPAIS CAUSAS - 4Ts		
TÔNUS	Atonia/ hipotonia uterina	70%
TRAJETO	Lacerações (cervical, vaginal, perineal) / Hematomas / Inversão uterina / Rotura uterina	19%
TECIDO	Retenção de restos placentários / Acretismo placentário	10%
TROMBINA	Coagulopatias congênicas/adquiridas, uso de anticoagulantes	1%

Fonte: Adaptado de Zugaib obstetrícia / organização Marcelo Zugaib, Rossana Pulcineli Vieira Francisco. - 4. ed. - Barueri [SP]: Manole, 2020

3.4.4 Estratificação de risco

O investimento em medidas preventivas é a estratégia mais racional para combater a morbimortalidade relacionada à hemorragia pós-parto. Com medidas de complexidade variável e de custo acessível, é possível reduzir, em mais da metade, os casos de HPP. A estratificação de risco e as recomendações assistenciais estão no quadro a seguir:

RISCO	CARACTERÍSTICAS DA PACIENTE	RECOMENDAÇÕES ASSISTENCIAIS
Baixo	Ausência de cicatriz uterina Gravidez única ≤ 3 partos vaginais prévios Ausência de distúrbio de coagulação, sem história de HPP	<ul style="list-style-type: none"> Manejo ativo do 3º estágio *** Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado. Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta
Médio	Cesariana ou cirurgia uterina prévia pré-eclâmpsia leve Hipertensão gestacional leve Superdistensão uterina (gestação múltipla, polidrâmio, macrosomia. ≥ 4 partos vaginais Corioamnionite História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica Obesidade materna (índice de massa corporal - IMC > 35 kg/m ²) Indução de parto	<ul style="list-style-type: none"> Recomendações anteriores Hemograma Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G) Tipagem sanguínea Identificação do risco da paciente

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 7/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

Alto	<p>Placenta prévia ou de inserção baixa Pré-eclâmpsia grave Hematócrito < 30% + fatores de risco Plaquetas < 100.000/mm³ Sangramento ativo à admissão Coagulopatias Uso de anticoagulantes Descolamento prematuro de placenta Placentação anômala (acretismo) Presença de ≥ 2 fatores de médio risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Recomendações anteriores ● Prova cruzada ● Reserva de sangue (concentrado de hemácias- conforme necessidade)
------	---	--

*** Manejo Ativo do Terceiro Período do Trabalho de Parto:

Tradicionalmente, associa-se as seguintes medidas: profilaxia medicamentosa com ocitocina clampeamento oportuno do cordão umbilical e tração controlada do cordão umbilical.

O uso de uterotônicos durante o secundamento para a prevenção da hemorragia pós-parto é recomendado para todos os nascimentos e é a medida preventiva mais eficaz. Deve-se utilizar ocitocina (10 UI - IM) após o desprendimento dos ombros.

Caso realize via endovenosa (EV), deve-se deixar esquema de manutenção (5UI de ocitocina em infusão lenta por 3 minutos, seguido de dose de manutenção com 20 UI de ocitocina diluídas em 500 mL de SF0,9% à 125ml/h por 4 a 12 horas).

Medidas adicionais: Uso racional de ocitocina durante trabalho de parto, episiotomia seletiva, não realizar manobra de Kristeller e estimular o contato pele a pele na 1ª hora de vida.

3.4.5 Estimativa da perda volêmica e diagnóstico da hemorragia

Diante de uma HPP, a equipe deve buscar o diagnóstico e tratamento da causa o mais rápido possível. Deve ser instituído 2 acessos venosos calibrosos Jelco 14 ou 16G e suporte clínico conforme necessidade. A estimativa pode-se dar das seguintes formas:

- Estimativa visual da perda;
- Pesagem de compressas sujas de sangue – falar com equipe do bloco;
- Uso de dispositivos coletores volumétricos;
- Estimativa clínica da perda volêmica - Por meio dos sinais vitais e/ou índice de choque (IC), é uma metodologia muito útil na prática clínica (cálculo: Frequência Cardíaca/Pressão Sistólica).

O quadro que se segue apresenta os graus de choque e suas características:

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 8/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

Grau de choque	Perda volêmica (% e mL)	Nível/consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	Índice de choque	Transfusão
Compensado	10%-15% 500- 1.000 mL	Normal	Normal	60-90	> 90	0,7-1,0	Usualmente não
Leve	16%-25% 1.000- 1.500 mL	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91- 100	80-90	1,0-1,3	Possível
Moderado	26%-35% 1.500- 2.000 mL	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101- 120	70-79	1,3-1,7	Usualmente exigida
Grave	> 35% > 2.000 mL	Letárgica ou inconsciente maciça	Palidez, frieza, sudorese Perfusão capilar > 3"	> 120	< 70	≥ 1,7	Possível transfusão

Correlação do grau de choque, sinais vitais, índice de choque e necessidade transfusional (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2017; OPAS, 2018; Soares et al., 2011; SES-PBH, 2016)

3.4.6 Hora de ouro obstétrica

Sabe-se que o tempo de sangramento, assim como o seu volume, estão diretamente relacionados à morbimortalidade de um quadro hemorrágico. Assim, o controle precoce do sítio de sangramento deve ser realizado o mais breve possível. Nesse sentido, introduziu-se em obstetrícia o termo “hora de ouro obstétrica em HPP”

Todas as medidas de abordagem da HPP visam à manutenção da perfusão e oxigenação tissular, a fim de evitar sua tríade letal (acidose, coagulopatia e hipotermia).

As condutas frente a cada causa estão descritas no quadro a seguir:

CONDUTA	
TONUS	1° MASSAGEM UTERINA BIMANUAL - Imediato – podendo iniciar medicações 2° OCITOCINA – 5 UI EV lento (3 minutos) seguido de 500 ml SF0,9% com 20-40 UI ocitócito a 250ml/h, Manutenção de 125 mL/h por 4h. Nos casos de atonia mais importante, avaliar manutenção de ocitocina até 24h (a uma velocidade de 67,5 mL/h ou 3 UI/hora). Nesses casos, monitorar rigorosamente a paciente pelo risco de intoxicação hídrica. 3° METILERGOMETRINA - 1 ampola, 0,2mg IM, repetir em 20 min se necessário. Sangramentos graves: realizar mais 3 doses de 0,2 mg IM, a cada 4h/4h (Dose máx.: 1 mg/24h) IM - Não utilizar em pacientes hipertensas 4° MISOPROSTOL - 600 - 1000mcg (800 mcg), via retal ÁCIDO TRANEXÂMICO - 1g, intravenoso lento, em 10 minutos. Iniciar nas primeiras 3 horas. Repetir se: persistência do sangramento 30 min após 1ª dose ou reinício do sangramento nas primeiras 24h BALÃO TAMPONAMENTO INTRAUTERINO (na falha do tratamento medicamentoso) SUTURAS HEMOSTÁTICAS SUTURAS COMPRESSIVAS SUTURAS VASCULARES
TECIDO	<u>RETENÇÃO PLACENTÁRIA</u>

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 9/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

	1° ÓCITÓCITO INJETADO NO CORDÃO UMBILICAL - Solução com 20 UI ocitócito em 20ml de soro fisiológico (SF) 0,9% 2° EXTRAÇÃO MANUAL PLACENTA 3° CURETAGEM <u>PLACENTA INCRETA E PERCRETA</u> HISTERECTOMIA COM PLACENTA <i>IN SITU</i> CESARIANA ELETIVA
TRAJETO	<u>REVISÃO CANAL PARTO</u> SUTURA DAS LACERAÇÕES - Revisão colo uterino e cavidade vaginal AVALIAR HEMATOMAS - Toque vaginal e revisão direta vagina INVERSÃO UTERINA - Manobra de Taxe- Laparotomia ROTURA UTERINA – Laparotomia
TROMBINA	DIAGNÓSTICO: Sangramento excessivo com plaquetopenia (<100.000/mm), TAP, TTPA e fibrinogênio alterados Histórico de uso de anticoagulante <u>TRATAMENTO ESPECÍFICO</u> TRANSFUSÃO DE HEMODERIVADOS Concentrado de hemácias, Plaquetas, Plasma Fresco, Crioprecipitado, Fator VIIa TRATAMENTO ADJUVANTE Baloão tamponamento intrauterino Histerectomia no Útero Couvelaire

O método mnemônico a seguir ajuda na tomada de decisão:

A-AJUDA\AVALIAÇÃO INICIAL

Verbalização clara do diagnóstico para equipe/comunicar paciente. Chamar obstetra/anestesiologista/enfermeiros imediatamente. Estimar gravidade da perda inicial (por meio dos dados vitais e índice de choque ou perda sanguínea) Avaliação rápida da causa da hemorragia (tecido, tônus, trajeto, trombina).

B-BÁSICO\MEDIDAS GERAIS INICIAIS

Cateterização de 2 acessos calibrosos (J 16 ou 14) e iniciar infusão de SF 0,9%. Exames: hemograma\ionograma\coagulograma\fibrinogênio\prova cruzada. Caso grave: lactato e gasometria. Oxigenoterapia: (8-10L\min) em máscara facial. Elevação dos membros inferiores (posição de Trendelenburg). Monitorização materna contínua. Esvaziar bexiga e posicionar sonda vesical de demora (monitorar diurese). Avaliar antibioticoprofilaxia (medicamento e doses habituais).

C- CONTROLE DA VOLEMIA/REPOSIÇÃO VOLÊMICA

Estimar gravidade da perda volêmica (Índice de choque: frequência cardíaca - FC/PAS $\geq 0,9$: avaliar necessidade de transfusão). Cristalóide: reavaliar a resposta da paciente a cada 250-500 mL de soro infundido. Transfusão: se instabilidade hemodinâmica. Considerar após 1.500 mL de cristalóide e HPP grave (coagulopatia).

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 10/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

D- DETERMINAR ETIOLOGIA

(4t- Tônus, Tecido, Trajeto, Trombina). Determinar tônus uterino (palpação uterina). Revisão da cavidade uterina (restos de placenta). Revisão do canal do parto (lesão/hematoma: vagina, colo e segmento uterino – nos casos de cesariana prévia). Avaliar história de coagulopatia (doenças prévias, coagulação intravascular disseminada - CIVD, uso de medicamentos: AAS, heparina, varfarina, outros).

E-ESPECÍFICO E ADJUVANTE

Tratar a causa específica da hemorragia. Tratamento adjuvante: ácido tranexâmico 1g, IV, lento, em 10 minutos, dentro das primeiras 3 horas.

F-FOCO NA ATONIA: se atonia confirmada, associada ou enquanto se procura outro foco.

Compressão uterina bimanual (iniciar imediatamente, enquanto se aguarda o efeito dos uterotônicos) Ocitocina (5 UI IV lenta + SF 0,9% 500 mL com 20 UI ocitócito (4 ampolas) a 250 mL/h. Metilergometrina (1 ampola 0,2 mg, intramuscular). Misoprostol (800 mcg, via retal). Ácido tranexâmico 1 g, IV, lento, em 10 minutos, logo após o início do sangramento e dentro das primeiras 3 horas (concomitante aos uterotônicos). Balão de tamponamento intrauterino: se falha do tratamento medicamentoso.

G-GERAL

Avaliação Pós-Abordagem Inicial. Reavaliação da hemorragia e do estado hemodinâmico da paciente (índice de choque). Traje antichoque não pneumático nas pacientes com instabilidade hemodinâmica ou iminência de choque. Transfusão de hemocomponentes, caso seja necessário (basear-se na clínica da paciente). Evitar a hipotermia. Tax: 15'/15' min na primeira hora. Soro aquecido. Manta térmica e\ou cobertores. Se falha no tratamento conservador: avaliar tratamento cirúrgico.

H-HORA DE AVALIAR TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sutura compressiva (B-Lynch, Hayman, Cho, outras), Ligadura de vasos (uterinas e\ou ovarianas, hipogástricas), Histerectomia “Damage Control” (empacotamento abdominal e outros).

I-INTENSA OBSERVAÇÃO PÓS-HEMORRAGIA

Monitorização rigorosa no pré-parto (ou sala equivalente) nas primeiras 24 horas. Não encaminhar paciente para enfermaria (ou equivalente): risco de falta de monitorização rigorosa. UTI de acordo com a gravidade.

3.5 Infecções Puerperais

3.5.1 Conceito

A infecção puerperal, também denominada febre puerperal ou morbidade febril puerperal, é um termo genérico que representa qualquer infecção bacteriana do trato genital

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 11/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

feminino associada à temperatura de pelo menos 38°C, durante dois dias consecutivos, em pelo menos quatro tomadas diárias (por via oral ou termômetro infravermelho) nos 10 dias iniciais de pós-parto, excluídas as primeiras 24 horas.

O sistema imunológico materno sofre alterações profundas na gestação, e isso acarreta aumento na predisposição na aquisição de infecções como a morbidade febril, endometrite e sepse puerperal.

Os principais sítios de infecções puerperais são:

- Mastite;
- Endometrite;
- Infecção de FO da cesariana;
- Infecção da episiotomia/ lacerações;
- Infecção urinária;
- Pneumonia puerperal.

3.5.2 Fatores de risco

Anteparto:

- Baixo nível socioeconômico;
- Desnutrição;
- Anemia materna;
- Diabetes Mellitus;
- Terapia imunossupressora;
- Infecções do trato genito-urinário;
- Má higiene pessoal;
- Ausência de assistência pré-natal.

Intraparto e pós-parto:

- Cesariana;
- Amniorrexe prematura;
- Múltiplos exames vaginais;
- Parto vaginal traumático;
- Parto prolongado;
- Inserção baixa da placenta;
- Retenção de restos ovulares;
- Perdas sanguíneas acentuadas no pós-parto;
- Monitorização fetal interna.

3.5.3 Mastite

A mastite normalmente é mais tardia, em torno da terceira semana. Inicia-se com um processo inflamatório que evolui para infecção. Surge como consequência de um trauma mamilar mal-conduzido ou ducto mamário obstruído e pode chegar à formação de abscesso mamário.

Agente etiológico: Staphylococcus aureus ou Staphylococcus epidermidis.

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 12/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

Quadro clínico: dor, cefaleia, febre, náuseas, vômitos, mal-estar. A mama apresenta vermelhidão, calor e edema.

Tratamento: esvaziamento regular da mama, orientação sobre a amamentação, antibioticoterapia, analgésicos e drenagem de abscesso, se presente.

Esquemas preferenciais:

1. Sem necessidade de drenagem:

✓ Amoxicilina/Clavulonato 500mg/125mg de 8/8h por 7 dias ou Clindamicina 300mg de 6/6h por 7 dias

2. Com necessidade de drenagem ou internação:

✓ Oxacilina 2g, EV, de 4/4h por pelo menos 72h afebril, alta com Amoxicilina/Clavulonato por 7 dias.

3.5.4 Infecção do trato urinário (ITU)

São fatores de risco para infecção urinária puerperal a sondagem vesical, cesariana ou parto operatório, anestesia peridural e IMC elevado.

Agentes etiológicos mais comuns: Escherichia coli, Klebsiella sp, Proteus sp.

Quadro clínico: assintomáticas, disúria, polaciúria, mudanças no aspecto da urina. O primeiro sinal de infecção renal pode ser febre, seguido por dor no ângulo costovertebral, náuseas e vômitos.

Tratamento: individualizado baseado em sintomas, fatores de risco (sondagem vesical) e urocultura. Que seja compatível com a amamentação.

O esquema terapêutico inclui:

1. ITU baixa:

✓ Nitrofurantoína 100 mg de 6 em 6 horas por cinco a sete dias, ou

✓ Sulfametazol-trimetropima 800 mg/160mg de 12 em 12 horas por cinco dias.

✓ Para pacientes com condições de comprar a medicação: Fosfomicina 1 sachê VO e repetir outro sachê em 48 h.

2. Pielonefrite aguda no puerpério:

✓ O tratamento inicial deve ser intravenoso e durar por 72 horas após a paciente não ter mais febre. As drogas empregadas são:

✓ Ceftriaxona 2g ou um aminoglicosídeo (gentamicina, 3-5mg/kg), ambos em dose única por dia.

3.5.5 Endometrite puerperal

A endometrite pós-parto refere-se à infecção da decídua (endométrio gestacional). Endometrite puerperal é a infecção do trato genital ocorrendo em qualquer momento entre o início da ruptura das membranas ou o parto até o 42º dia pós-parto, em que a febre e um ou mais dos seguintes sintomas estão presentes:

✓ Dor pélvica;

✓ Secreção vaginal anormal;

✓ Odor anormal dos lóquios;

✓ Atraso na redução do tamanho do útero.

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 13/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

- ✓ Os calafrios que acompanham a febre sugerem bacteremia ou endotoxemia.
Tratamento: Os esquemas antimicrobianos em casos não complicados de endometrite (ausência de critérios de sepse) são:
- ✓ Gentamicina 3-5 mg/kg, IV, dose única diária, associada à clindamicina 600 mg, IV, de 6 em 6 horas. Manter por 72h afebril. Alta com Amoxicilina/Clavulonato 500mg/125mg de 8/8h por 7 dias.

3.5.6 Sepse puerperal

O foco pode ser dividido em: não obstétricos e obstétricos. O primeiro grupo engloba pneumonia adquirida em comunidade, ITU, apendicite, colecistite, entre outros. Já as principais causas obstétricas relacionam-se à gestação (corioamnionite, tromboflebite pélvica séptica, aborto infectado); ao parto (endometrite pós-parto, infecção de episiotomia, infecção de parede ou uterina pós-cesárea); à realização de procedimentos invasivos (infecção pós-cesárea ou pós- amniocentese).

Agente etiológico: Os quadros de sepse de origem obstétrica são, em geral, de origem polimicrobiana, sendo as bactérias Gram-negativas as mais frequentes incluindo *Escherichia coli*, *Streptococcus* do grupo B, *Staphylococcus aureus*, bactérias anaeróbicas e *Listeria monocytogenes*. O *Streptococcus* do grupo A é o principal agente patogênico ligado à mortalidade materna por sepse, representando 50% dos casos.

Quadro clínico – Fase inicial: fadiga, ansiedade, agitação, desorientação, instabilidade térmica (hipotermia), hipotensão. Fase tardia: hipertermia, taquicardia/arritmias, manifestações de isquemia miocárdica, síndrome do desconforto respiratório do adulto (taquipneia, estridor, dispneia).

É recomendada a obtenção de pelo menos duas hemoculturas (uma de sangue periférico e uma proveniente de cateter central, a menos que ele tenha sido inserido há menos de 48 horas), além de culturas de prováveis sítios infecciosos (urina, liquor, secreções do trato respiratório, pontas de cateteres) antes do início da antibioticoterapia.

Deve ser solicitado: Hemograma, Lactato, Gasometria arterial, Uréia e Creatinina, TAP e TTPa, Bilirrubinas, eletrólitos. Exames de imagem a depender do sítio da infecção.

Os critérios diagnósticos de sepse encontram-se no quadro a seguir:

SEPSE - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	
SEPSE: presença de disfunção ameaçadora à vida em decorrência da presença de resposta desregulada à infecção	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg) - Oligúria ($\leq 0,5$ mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (>2mg/dL) - Relação PaO₂/FiO₂ < 300 ou necessidade de O₂ para manter SpO₂ > 90% - Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias - Lactato acima do valor de referência - Rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium; - Aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência)

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 14/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

CHOQUE SÉPTICO	Sepse que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM \leq 65 mmHg)
qSOFA: positivo se \geq 2 critérios. Identifica pacientes com maior risco de óbito	- Rebaixamento do nível de consciência - FR \geq 22 - PAS < 100

O tratamento e manejo inicial encontram-se no quadro a seguir:

TRATAMENTO INICIAL	
Para ser concluído dentro de 1 hora.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dosar lactato (resultado em até 30 minutos) 2. Colher culturas de sangue antes de iniciar antibióticos 3. Iniciar antibióticos de largo espectro 4. Para pacientes hipotensos (PAS < 90mmHg, PAM < 65mmHg) ou sinais de hipoperfusão - Administrar 30 ml/kg de cristalóide dentro da 1ª hora. 5. Iniciar vasopressor (se hipotensão refratária a volume - manter PAM \geq 65 mmHg)
Para ser concluído dentro de 6 horas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reavaliação da continuidade da ressuscitação volêmica 2. Mensuração da Pressão Venosa Central 3. Dosagem de saturação venosa central de oxigênio 4. Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de 7 mg/dL devem receber transfusão 5. qSOFA \geq 2, reavaliar a cada hora, agilizar transferência para UTI
Solicitar vaga na UTI	

Antibioticoterapia: antibióticos de largo espectro, uma vez que a infecção é polimicrobiana, com bactérias aeróbias e anaeróbias provenientes da flora intestinal e genital

- ✓ Esquema endovenoso:
- ✓ Ceftriaxona 2g de ataque, IV, após 1g de 12/12 horas + Clindamicina: 600 mg, IV, de 6/6h
- ✓ Esquema oral (após 72h de tratamento EV e paciente afebril): Amoxicilina/clavulanato 500/125 mg de 8/8 horas + Metronidazol 500mg de 8/8 horas por 7 dias.

*A terapia intra-venosa deve ser mantida até a reavaliação após 72 horas afebril. Nos casos de resposta clínica inadequada, reavaliar conduta.

* Verificar resultado de culturas para reavaliação da antibioticoterapia.

4. REFERÊNCIAS

- 1 - Osanan GC, Tavares AB, Reis MI, Múcio B. Hemorragia pós-parto. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 109/ Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas).
- 2 - Zugaib obstetrícia / organização Marcelo Zugaib, Rossana Pulcineli Vieira Francisco. - 4. ed. - Barueri [SP]: Manole, 2020
- 3 - World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage [Internet]. Genève: WHO; 2012. Available from:



Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRT.CPAM.052 - Página 15/15	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	Emissão: 26/3/2024	Próxima revisão: 26/3/2026
		Versão: 2	

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK131942/pdf/Bookshelf_NBK131942.pdf

4 - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília (DF): OPAS; 2018.

Acesso: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5-The American College of Obstetricians and Gynecologists 409 12th Street, SW, PO Box 96920, Washington, DC 20090-6920 Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No. 183. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2017;130: e168-86.

6- Levy MM, *et al.* The Surviving Sepsis Campaign Bundle. Critical Care Medicine. June 2018, Volume 46; Number 6 (997-1000).

7- Montenegro, Carlos Antonio Barbosa, and Jorge de Rezende Filho. "Rezende obstetrícia." *Rezende obstetrícia*. 2010. 1159-1159.

8- Freitas, Fernando. "Rotinas em obstetrícia." *Rotinas em obstetrícia*. 2001. 624-624.

5. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
2	1º/9/2023	Revisão do protocolo (PRT) clínico

<p>Elaboração – versão 1 Tainara Tavares Menchete, Marina Carvalho Paschoini</p> <p>Validação interna Alberto Borges Peixoto, Fernanda Cristina da Silva Alves Ribeiro, João Ulisses Ribeiro, Marina Carvalho Paschoini, Mário Sérgio Silva Gomes Caetano</p> <p>Validação Caetano Galvão Petrini, chefe da Unidade Materno-Infantil; Rodrigo Juliano Molina, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente; Ivonete Helena Rocha, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde</p>	Data: 8/9/2021
<p>Validação – versão 2 Rosekeila Simões Nomelini, chefe da Unidade de Saúde da Mulher</p> <p>Validação Larissa Christina Pires Barrientto, membro da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (CPAM) Luciana Paiva Romualdo, chefe do Setor de Gestão da Qualidade Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos</p> <p>Aprovação Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde</p>	Data: 26/3/2024