

# PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

## Manejo da Paciente com Mastite Puerperal

Versão: 2 | 2025

**SUPERINTENDENTE**

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

**GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

**CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO**

FERNANDO DE FREITAS NEVES

**CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS**

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

**CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER**

ROSEKEILA SIMÕES NOMELENI

**ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL**

Marco Aurélio Trovó, Unidade de Saúde da Mulher

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

**ANÁLISE**

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

**VALIDAÇÃO TÉCNICA**

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Unidade de Vigilância em Saúde

**REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO**

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

**APROVAÇÃO**

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 9/9/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.004

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*



Hospital de Clínicas



## 1. OBJETIVO

Padronizar o tratamento para a mulher acometida por mastite puerperal ou lactacional na fase aguda e em tempo, para que não ocorra evolução para o quadro de abscesso mamário, ou que evoluiu para abscesso mamário.

## 2. DESCRIÇÃO

A mastite puerperal ou lactacional é um processo infeccioso agudo das glândulas mamárias que acomete mulheres em fase de lactação; seu tratamento adequado pode auxiliar a evitar a evolução para abscessos e até sepse. A orientação da técnica adequada na amamentação é importante para a sua prevenção.

## 3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

### ✓ Inclusão:

- Pacientes no período puerperal e que estejam internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM);
- Pacientes cujo diagnóstico foi dado a nível ambulatorial no período puerperal;
- Pacientes em período puerperal internadas em qualquer unidade do HC-UFTM.

### ✓ Exclusão:

- Diagnóstico de mastite não puerperal.

## 4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Este protocolo destina-se aos profissionais médicos da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL) do HC-UFTM.

## 5. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A paciente apresenta dor mamária localizada, na maioria das vezes unilateral, acompanhada de hiperemia e hipertermia. No exame físico geral, pode haver febre, mialgia, anorexia, taquicardia e sinais de sepse em casos graves. Ao exame da mama, observam-se edema, infiltração e eritema localizados e mal delimitados. A presença de massa endurecida com ponto de flutuação sugere a presença de abscesso (ZUGAIB et al., 2016).

O principal diagnóstico diferencial é o ingurgitamento mamário. Outras condições são o abscesso mamário, a obstrução de ducto, a galactocele (também conhecida como cisto de retenção de leite) e o câncer de mama inflamatório (DIXON, 2022a).

## 6. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O diagnóstico de mastite é clínico. Os exames de bacteriologia têm valor nos casos em que a resposta terapêutica não é adequada, reorientando o tratamento. A ultrassonografia das mamas contribui para o diagnóstico nos casos de mamas volumosas, ingurgitadas ou em usuárias de prótese (ZUGAIB et al., 2016).

## 7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O tratamento é composto por medidas de suporte e antibioticoterapia. Deve-se, portanto, manter a lactação para garantir a drenagem láctea. O repouso e o aumento da hidratação oral são recomendados. A analgesia deve ser instituída com analgésicos comuns, codeína ou anti-inflamatórios não hormonais. Não se recomendam compressas frias ou quentes pelo risco de lesão tecidual, sem benefício aparente (ZUGAIB et al., 2016).

Embora haja necessidade urgente de se realizar estudos clínicos randomizados duplo-cegos de alta qualidade para determinar se os antibióticos devem ser usados nesta condição pós-parto comum, a terapia empírica para mastite lactacional deve incluir atividade contra *S. aureus* (JAHANFAR; NG; TENG, 2013).

A terapia ambulatorial pode ser iniciada com cefalexina, 1g, via oral (VO), de 6 em 6 horas, durante 10 dias. Outra opção é a amoxicilina, 500 mg + ácido clavulânico, 125 mg, de 8/8 horas, por 10 dias.

## 8. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Constatando-se baixo nível socioeconômico e intelectual, presença de abscesso grande ou septado, mastite recidivante, sinais de bacteremia e de sepse ou resposta insatisfatória ao tratamento ambulatorial, recomenda-se antibioticoterapia parenteral e internação hospitalar:

- 1ª opção: Oxacilina 2,0 g, de 4/4 horas, endovenosa (EV);
  - 2ª opção: Clindamicina, 600 mg, de 6/6 horas, EV;
- \*Após 72 horas, alta com cefalexina, 1g, de 6/6 horas, ou amoxicilina, 500 e 125 mg de clavulânico, por 10 dias.
- 3ª opção (na suspeita de anaeróbio): acrescentar metronidazol, 500 mg, de 8/8 horas, por 3 dias. Portanto: oxacilina, 2 g, 4/4 horas + metronidazol, 500 mg, 8/8 horas, por 72 horas. Alta com cefalexina + clindamicina VO 300 mg de 6/6 horas, ou amoxicilina/clavulanato.
  - 4ª opção (casos graves ou recidivas): Vancomicina, dose de ataque de 25-30mg/kg, seguida de 15 a 20mg/kg/dose a cada 12 horas. Alta com vancomicina (hospital dia) até completar 10 dias.

### \* Ajuste de Dose:

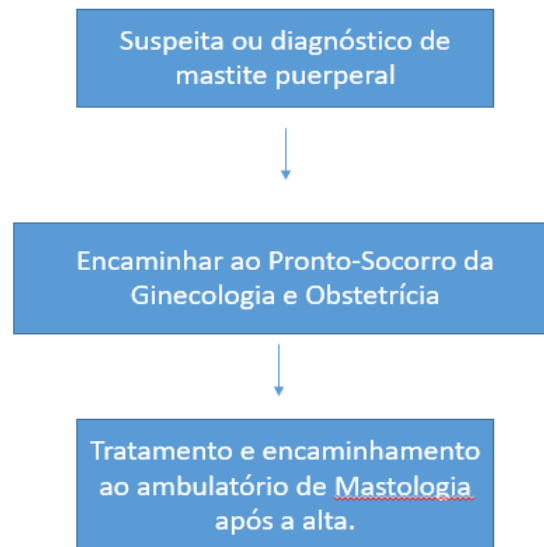
- ✓ Insuficiência renal:
- ❖ Clcr 20-49mL/minuto: Inicia com 15 a 20mg/kg/dose (usual: 750-1500mg) a cada 24 horas;
- ❖ Clcr < 20mL/minuto 15 a 20mg/kg/dose a cada 48 horas (consultar Procedimento Operacional Padrão (POP) “Correção de Doses de Antimicrobianos para Função Renal Alterada”, [link](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/procedimentos-e-rotinas-operacionais-padrao/pops/POP.HCUFTMUVS.001CorrecaoDosesdeAntimicrobianosparaFuncaoRenalAlteradaversao3.pdf):  
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/procedimentos-e-rotinas-operacionais-padrao/pops/POP.HCUFTMUVS.001CorrecaoDosesdeAntimicrobianosparaFuncaoRenalAlteradaversao3.pdf>
- ✓ Insuficiência hepática: não é necessário ajuste de dose.

### ✓ Tratamento dos abscessos

A presença de abscessos indica drenagem das lesões. As opções incluem aspiração com agulha e drenagem cirúrgica. A aspiração do abscesso usando anestesia local pode ser realizada se a pele sobrejacente não for isquêmica. Se a pele sobrejacente estiver comprometida (isquemia ou necrose), nos casos de abscessos volumosos (> 5 cm) ou que não respondem à aspiração por agulha e antibioticoterapia, será necessária drenagem cirúrgica sob anestesia geral (DIXON, 2022b).

## 9. FLUXOGRAMA

### Fluxo de atendimento de mastite puerperal



## 10. MONITORAMENTO

Exame clínico e ultrassonografia de mamas, conforme evolução clínica.

## 11. REFERÊNCIAS

1. CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 24. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2016. 1358 ISBN 978-85-8055-525-7.
2. DIXON, J. M. **Lactational mastitis**. CHAGPAR, A. B. e SEXTON, D. J.: UpToDate 2022a.
3. \_\_\_\_\_. **Primary breast abscess**. CHAGPAR, A. B. e SEXTON, D. J.: UpToDate 2022b.
4. Guia Farmacêutico – Hospital Sírio Libanês. Acesso em: <https://guiafarmacutico.hsl.org.br>
5. HOFFMAN, B. L. et al. **Ginecologia de Williams**. 2. Porto Alegre AMGH Editora Ltda 2014. 1402 ISBN 978-85-8055-310-9.
6. JAHANFAR, S.; NG, C. J.; TENG, C. L. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 2, p. Cd005458, Feb 28 2013.
7. ZUGAIB, M. et al. **Zugaib obstetrícia**. 3. Barueri SP: Editora Manole, 2016. 1330 ISBN 978-85-204-4778-9.

**12. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO**

<b>Versão</b>	<b>Data</b>	<b>Descrição da ação/atualização</b>
1	23/3/2023	Elaboração do protocolo (PRT)
2	9/9/2025	Revisão e atualização (ajuste de doses) e inserção em novo modelo

**13. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO****Elaboração da versão atual (versão 2) – data: 20/3/2025**

Marco Aurélio Trovó, professor e médico mastologista da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

**Análise – data: 20/3/2025 e 15/7/2025**

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

**Validação técnica – data: 5/5/2025 a 29/8/2025**

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados (STESP)

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC)

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde

**Aprovação – data: 19/5/2025**

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

**Registro, validação de forma e revisão – data: 9/9/2025**

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

**Elaboração da versão 1 – data: 23/3/2023**

Marco Aurélio Trovó, professor e médico mastologista da UMUL

Marina Oliveira Barcelos Lazzarini, médica ginecologista e obstetra da UMUL

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

**Validação**

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do STESP

Taciana Fernandes Araujo Ferreira, chefe da DGC substituta

Rodrigo Juliano Molina, médico do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ

**Registro, análise e revisão**

Maria Aparecida Ferreira, enfermeira, Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG)

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG

**Aprovação**

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde