

**Endometrite puerperal secundária a parto domiciliar acidental com retenção de restos  
placentários: relato de caso**

**Puerperal endometritis secondary to accidental home birth with retention of placental  
remains: case report**

**Endometritis puerperal secundaria a parto a domicilio accidental con retención de  
restos placentarios: reporte de caso**

Recebido: 08/12/2020 | Revisado: 16/12/2020 | Aceito: 24/12/2020 | Publicado: 24/12/2020

**Estevão Araújo Epifânio**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6285-7884>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [estevaoepifanio@hotmail.com](mailto:estevaoepifanio@hotmail.com)

**Liliane de Sá**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7289-0183>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [lilianedesa@gmail.com](mailto:lilianedesa@gmail.com)

**Fellipe Roncholeta dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2042-9184>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [fellipe\\_usa@hotmail.com](mailto:fellipe_usa@hotmail.com)

**Janara Caroline Bertoli Yoshii**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8030-4490>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [janara.yoshii@gmail.com](mailto:janara.yoshii@gmail.com)

**Geovana Pagnoncelli Corrêa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3027-0840>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [geopcorrea@hotmail.com](mailto:geopcorrea@hotmail.com)

**Gabriella Artuso da Cunha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6148-0111>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [gabriellaartuso@hotmail.com](mailto:gabriellaartuso@hotmail.com)

**Giovanna Lazzaretti Folmann**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7763-6494>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [gimeduninga@outlook.com](mailto:gimeduninga@outlook.com)

**Giordana Doreto Schiave**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8409-5438>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [giordanadoreto@gmail.com](mailto:giordanadoreto@gmail.com)

**Daniela de Oliveira Torchi**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2852-196X>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [daniela.torchi@gmail.com](mailto:daniela.torchi@gmail.com)

**Fernanda Barbiero Fortes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9839-1406>

Centro Universitário Ingá, Brasil

E-mail: [feerfortes@hotmail.com](mailto:feerfortes@hotmail.com)

**Resumo**

A endometrite é a forma clínica mais frequente de infecção puerperal. É problema comum na prática obstétrica, constituindo a terceira causa de morte materna no Brasil. O parto domiciliar acidental, apesar de infrequente, é fator de risco para esse acometimento. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e observacional no formato de relato de caso que busca discorrer sobre o parto domiciliar acidental e elucidar o manejo clínico de endometrite puerperal e retenção de restos placentários. Trata-se de uma paciente, que chega ao serviço hospitalar após parto domiciliar acidental em bom estado geral, sem queixas e sem particularidades ao exame físico. Dias após evoluiu com endometrite e retenção de restos placentários. Foram realizadas as medidas necessárias para adequada terapêutica, com antimicrobianos e curetagem. O parto domiciliar acidental é considerado marca de vulnerabilidade social, que envolve complexa combinação de fatores, tais quais, condições sociodemográficas, valores individuais, e infraestrutura do serviço de saúde; é responsável por aumento significativo do risco de mortalidade fetal e neonatal. A condição insalubre de parto predispõe ao desenvolvimento de endometrite e retenção de restos placentários. A etiologia da endometrite é polimicrobiana e deve ser tratada com esquema antimicrobiano de amplo espectro. A curetagem deve ser empregada nos casos de dúvida após o descolamento,

quando surgem suspeitas de retenção de restos ovulares. Portanto, é necessária a identificação dos fatores que corroboram para o desenvolvimento de complicações puerperais para que se tenha uma intervenção precoce e consequente redução da morbidade e mortalidade.

**Palavras-chave:** Endometrite; Parto domiciliar; Restos placentários.

### **Abstract**

Endometritis is the most common clinical form of puerperal infection. It is a common problem in obstetric practice, being the third leading cause of maternal death in Brazil. Accidental home birth, although infrequent, is a risk factor for this affection. This is a retrospective, descriptive and observational study in the form of a case report that seeks to discuss accidental home birth and elucidate the clinical management of puerperal endometritis and retention of placental remains. It is about a patient, who arrives at the hospital service after accidental home birth in good general condition, without complaints and without particularities on physical examination. Days later she developed endometritis and retained placental remains. The necessary measures were taken for adequate therapy, with antimicrobials and curettage. Accidental home birth is considered a mark of social vulnerability, which involves a complex combination of factors, such as sociodemographic conditions, individual values, and the infrastructure of the health service; is responsible for a significant increase in the risk of fetal and neonatal mortality. The unhealthy condition of childbirth predisposes to the development of endometritis and retention of placental remains. The etiology of endometritis is polymicrobial and should be treated with a broad spectrum antimicrobial scheme. Curettage should be used in cases of doubt after detachment, when suspected retention of ovarian remains. Therefore, it is necessary to identify the factors that support the development of puerperal complications in order to have an early intervention and consequent reduction in morbidity and mortality.

**Keywords:** Endometritis; Home birth; Placental remains.

### **Resumen**

La endometritis es la forma clínica más común de infección puerperal. Es un problema común en la práctica obstétrica, siendo la tercera causa principal de muerte materna en Brasil. El parto accidental en casa, aunque poco frecuente, es un factor de riesgo de esta afección. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en forma de reporte de caso que busca discutir el parto domiciliario accidental y dilucidar el manejo clínico de la endometritis puerperal y la retención de restos placentarios. Se trata de una paciente, que llega al servicio

hospitalario después del parto domiciliario accidental en buen estado general, sin quejas y sin particularidades a la exploración física. Días después desarrolló endometritis y retuvo restos placentarios. Se tomaron las medidas necesarias para una adecuada terapia, con antimicrobianos y curetaje. El parto accidental en el hogar se considera una marca de vulnerabilidad social, que involucra una combinación compleja de factores, como las condiciones sociodemográficas, los valores individuales y la infraestructura de los servicios de salud; es responsable de un aumento significativo del riesgo de mortalidad fetal y neonatal. La condición malsana del parto predispone al desarrollo de endometritis y retención de restos placentarios. La etiología de la endometritis es polimicrobiana y debe tratarse con un esquema antimicrobiano de amplio espectro. El legrado debe utilizarse en caso de duda después del desprendimiento, cuando se sospeche retención de ovario. Por tanto, es necesario identificar los factores que apoyan el desarrollo de las complicaciones puerperales para tener una intervención temprana y la consecuente reducción de la morbimortalidad.

**Palabras clave:** Endometritis; Parto en casa; Restos placentarios.

## 1. Introdução

O Sistema Único de Saúde – SUS, ao garantir assistência gratuita ao parto, desempenhou papel importante para a existência de elevadas taxas de nascimentos. No Brasil, a maioria dos partos ocorre em hospitais e pequena parcela em prontos-socorros, que atendem o parto em situações de urgência, ou unidades mistas de saúde e centros de parto normal, que recebem mães de que recebem gestantes com risco habitual. (Almeira & Silva, 2012).

De acordo com Scheiner et al. (2002), o parto domiciliar accidental é reflexo de obstáculos em todo o processo gestacional. Está associado a inúmeros malefícios maternos quando comparados com os partos domiciliares planejados ou com os hospitalares. Nesse contexto, é importante conhecer e identificar fatores de risco, para evitar possíveis complicações e ajudar a reduzir a morbimortalidade materna.

A endometrite destaca-se como complicação do ciclo gravídico-puerperal de grande relevância por seus fatores de risco evitáveis e complicações graves. A forma clínica mais frequente de infecção puerperal, definida como a infecção da decídua, podendo se estender para o miométrio (miotrite) e envolver o paramétrio (parametrite). Detém incidência de 1 a 3% em partos por via vaginal e cerca de dez vezes mais em cesárias. É problema frequente na prática obstétrica, constituindo a terceira causa de morte materna no Brasil (Gonçalves et al., 2012).

A retenção de restos placentários é uma patologia típica do terceiro período de parto patológico, sendo um fator importante e frequente de complicações maternas. A forma usual de apresentação é sangramento anormal, embora, em algumas situações, a retenção de restos possa aparecer como sintomas de endometrite (Rojas, 2016).

Dessa forma, esse relato busca discorrer sobre o parto domiciliar acidental, que apesar de raro, ainda se mostra responsável por complicações materno-infantis. Ademais, visa à conscientização sobre a importância de pré-natal e assistência periparto adequados e a elucidar o manejo clínico de endometrite puerperal e retenção de restos placentários.

## **2. Metodologia**

De acordo com Pereira A.S. et al. (2019), um estudo de caso é uma descrição e análise de caso importante, que apresente relevância ao meio científico. Esse trabalho trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e observacional no formato de relato de caso que busca discorrer sobre o parto domiciliar acidental e elucidar o manejo clínico de endometrite puerperal e retenção de restos placentários. As informações e condutas presentes no relato em questão foram retirados de prontuários de internamento e análises de exames laboratoriais e de imagem. A revisão bibliográfica foi obtida através de livros e artigos publicados em bases de dados como Scielo e Pubmed.

## **3. Relato de Caso**

F.C.S., sexo feminino, 27 anos, G2P2A0, IG 39+3, Tipagem sanguínea: O+, chega ao serviço hospitalar após parto domiciliar acidental, o qual foi realizado em sua residência pela equipe do SAMU. Foram realizadas as medidas necessárias para a assistência ao parto normal, bem como para a dequitação placentária. Paciente chega ao serviço hospitalar em bom estado geral, sem queixas e sem particularidades no exame físico. Recebeu os devidos cuidados puerperais e recebeu alta hospitalar após 48 horas.

Quatro dias após, paciente retorna ao serviço com queixas de disúria, associado a dor abdominal e febre, dado diagnóstico de infecção do trato urinário e prescrito cefalexina 6/6h por 7 dias ambulatorialmente. Dois dias após, paciente comparece ao pronto atendimento, com persistência dos sintomas e febre de 38,8°C. Ao exame físico, paciente encontrava-se em bom estado geral, hipocorada +/-, hidratada, com ausculta cardíacas e pulmonares sem particularidades. Abdome com dor à palpação em região suprapúbica, sem sinais de irritação

peritoneal. Ao exame especular: colo entreaberto, com presença de loquiação rubra de pequena quantidade, com pouca fisiometria. Ao toque vaginal: colo entreaberto e amolecido; útero volumoso, palpável em região suprapúbica, com leve dor à palpação.

Foram solicitados exames laboratoriais, pelos quais foi identificado infecção (hemograma com desvio à esquerda e PCR elevado), além disso, foi solicitado ultrassonografia pélvica transvaginal, que constatou útero aumentado de volume, com cavidade uterina com conteúdo heterogêneo. Como conduta, foram realizados internamento e prescrição de esquema de antibioticoterapia tríplice, com ampicilina, gentamicina e metronidazol e programado curetagem uterina para o dia seguinte. Realizada a curetagem sem intercorrências e mantidas as condutas de internação, com paciente sem queixas e com melhora dos exames laboratoriais. No terceiro dia de pós-operatório de curetagem uterina, paciente apresentou retorno da febre, com episódios acima de 39°C. Foi prescrito antitérmico, otimizado o esquema de antibioticoterapia e solicitado curva térmica.

Solicitado nova ultrassonografia pélvica transvaginal que identificou útero aumentado de volume e cavidade uterina com presença de imagem heterogênea sugestiva de restos ovulares, além de aumento do volume do ovário direito. Uma nova curetagem uterina foi realizada em virtude de restos placentários associado a febre, pela qual foram retirados restos ovulares em quantidade moderada, com presença de sangramento abundante. Após avaliação da infectologia, o esquema tríplice foi suspenso e substituído por piperacilina+tazobactam. Paciente recebeu alta hospitalar após completar esquema de antibioticoterapia por sete dias, com boa evolução clínica e melhora dos exames laboratoriais.

## **4. Discussão**

### **4.1 Parto domiciliar acidental**

Segundo Silva e Almeida (2012), o acesso aos serviços de saúde, durante o pré-natal e atenção periparto é fundamental para uma assistência oportuna e adequada. Essa assistência envolve complexa combinação de fatores, que inclui condições sociodemográficas, valores individuais, e a infraestrutura do serviço de saúde. Sabe-se que ainda há deficiências no acesso aos serviços de suporte ao parto. As barreiras de acesso podem ser desde as geográficas (distância e quantidade de serviços) até as econômicas.

Fatores espaciais, longas distâncias, defasagem em sistemas de transporte, podem resultar em complicações durante o parto, ocasionando condições desfavoráveis para a mãe

e/ou recém-nascido. Almeida e Szwarcwald (2012) identificaram que o maior fator de risco para mortalidade infantil foi o deslocamento intermunicipal, aliado à desigualdade na oferta de serviços qualificados e a falta de articulação entre o atendimento ambulatorial e a assistência ao parto.

O ambiente ideal para uma mulher dar à luz deve lhe proporcionar segurança além de assistência adequada e segura. No caso de uma gestante de baixo risco, este local pode ser um centro de parto normal, uma maternidade ou ainda o seu próprio domicílio, com devido planejamento. (Medeiros, Santos & Silva, 2008)

O parto domiciliar acidental é considerado marca de vulnerabilidade social. Dentre os fatores predisponentes para esse desfecho, estão: mãe com baixo nível de escolaridade, solteiras; fatores geográficos (distância e números de serviços) e fatores econômicos. Além de falha no acompanhamento pré-natal multiprofissional. (Sheiner et. al, 2002).

Estudos evidenciam consequências desse parto, como até quatro vezes mais mortalidade fetal, bem como elevada mortalidade neonatal, cerca de duas vezes mais. Além de atraso no desenvolvimento e propensão a morbidades, como diarreias e pneumonia (Rodie, Thomson & Norman, 2002).

## **4.2 Endometrite**

Segundo Gonçalves et al. (2012), a endometrite puerperal é caracterizada por febre superior a 38 °C, 48 horas após o parto, em dois controles a cada 6 horas. Apresenta-se como febre associada a lóquios turvos, hemopurulentos ou purulentos, com ou sem mau cheiro, dor abdominal baixa e dor à palpação. Ocorre principalmente entre 24 e 72 horas após o parto.

São considerados fatores de risco para endometrite puerperal o seguimento pré-natal não adequado ou ausente, parto domiciliar insalubre, trabalho de parto prolongado, rotura prolongada de membranas, cesárea, monitorização fetal invasiva intraparto e número elevado de toques vaginais; além disso, baixo nível socioeconômico, retenção de restos ovulares ou placentários e hemorragia pós-parto. A cesariana é o fator de risco isolado mais importante para a infecção pós-parto, já que eleva o risco de endometrite, de bacteremia e de morte por infecção (Rojas, 2016).

A etiologia da endometrite é polimicrobiana causada frequentemente por bactérias da flora vaginal normal (origem endógena) provenientes do trato genital superior, mas podem ser de origem nosocomial ou exógena. Entre os grupos bacterianos mais frequentes estão os aeróbios gram-negativos, os aeróbios gram-positivos e os anaeróbios. Os organismos

causadores mais frequentemente encontrados na infecção pós-parto são *Escherichia coli* (*E. coli*), *Estreptococo do grupo A* (por exemplo, *Streptococcus pyogenes*), *Estreptococo do grupo B* (por exemplo, *Streptococcus agalactiae*), *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*. Outras bactérias importantes incluem outras bactérias importantes *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), *Clostridium septicum*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium sordellii* e *Morganella morganii* (Mohamed-Ahmed, Hinshaw & Knight, 2018).

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, sendo o ultrassom ginecológico muito útil para complementação. Se a origem da infecção estiver na retenção de restos placentários, eles serão evacuados por curetagem uterina.

Em síntese, o tratamento da endometrite puerperal é realizado com a administração de antibióticos de amplo espectro intravenoso, até que a paciente se apresente afebril por 48 horas. O esquema antibiótico mais utilizado é clindamicina (900 mg IV cada 8 h) associada a gentamicina (1,5 mg/kg IV cada 8 h). Ampicilina (2 g IV cada 6 h) ou metronidazol (500 mg IV cada 8 h) pode ser adicionado para prover cobertura contra anaeróbios (Mackeen, Packard, Ota & Speer, 2015).

De acordo com a FEBRASGO (2019), o tratamento para endometrite não complicada pode ser realizado com o seguinte esquema: Gentamicina 240 mg IV uma vez ao dia, clindamicina 600 mg IV 8/8 horas, caso a mãe não esteja amamentando, a clindamicina pode ser substituída por metronidazol 250 mg VO 6/6h ou 500 mg IV 8/8h. No Brasil, institui-se tratamento de 10 dias intra hospitalar, ainda que a paciente mantenha-se afebril por 48h em período menor de tratamento.

A intervenção na cavidade da matriz infectada só estará indicada na suspeita de retenção de restos ovulares com sangramento anormal e persistente, e deve ser feita pela curetagem com antibiótico e ocitócico. (Montenegro & Rezende Filho, 2014).

#### **4.3 Retenção de restos placentários**

Uma das complicações mais frequentes no puerpério é a retenção de restos placentários. A retenção de restos da placenta pode se manifestar no puerpério tardio na forma de sangramento genital intermitente, presença de lóquios sujos, endometrite e subinvolução uterina. A retenção de cotilédones surge com mais frequência na extração manual da placenta, quando há zonas de acretização; os fragmentos placentários impedem a retração uterina, determinando hemorragia. (Montenegro & Rezende Filho, 2014).



Alguns fatores corroboram para retenção placentária ou restos placentários, dentre eles estão trabalho de parto prematuro, multiparidade, história de retenção placentária, parto prematuro, baixo peso placentário e, em alguns casos, no contexto de indução do trabalho de parto. Ademais, estão associados história do aborto e cicatriz uterina por procedimento anterior como cesariana ou curetagem uterina (Coviello et al., 2016)

Deste modo, é causa intermediária de morte materna, seja por atonia uterina com distúrbios na dinâmica, alterações na anatomia uterina, anormalidades na aderência da placenta ou encarceramentos placentários. (Rojas, 2016).

O ultrassom pélvico é muito útil para o diagnóstico diferencial dessa entidade uma vez que essas complicações não apenas levam a problemas de morbimortalidade materna como causam múltiplas despesas nos cuidados da mãe.

Ainda, de acordo com Montenegro e Rezende Filho (2014), seu tratamento deve ser individualizado. A curetagem deve ser empregada nos casos de dúvida após o descolamento, quando surgem suspeitas de retenção de restos ovulares.

#### **4.4 Profilaxia de infecções periparto**

De acordo com o *guideline* da *World Health Organization* (2015) para prevenção de infecção periparto, existe forte recomendação para que o toque vaginal seja realizado a cada quatro horas no trabalho de parto, bem como para instituição de antibioticoprofilaxia em rotura de membranas pré-termo; profilaxia com antibiótico para paciente que necessitaram de remoção manual da placenta, e também, lacerações de terceiro e quarto grau e cesarianas eletivas ou de emergência. Recomenda-se a não instituição de antibiótico como profilaxia para partos vaginais não complicados.

Ademais, a Organização Mundial de Saúde (2014) preconiza que, em situações nas quais não há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis, a tração controlada do cordão umbilical não deve ser rotina. Recomenda-se também o exame sistemático da placenta após o delivramento, para confirmação de que não houve aprisionamento de restos placentários no útero. Essas medidas evitam também a hemorragia pós-parto, que pode ser causada pela retenção de partes da placenta, assim como a endometrite.

Além disso, em estudo experimental, prospectivo e longitudinal realizado no Hospital Madre Niño San Bartolomé, Lima - Peru, entre 2010 e 2011, identificou-se a redução de incidência de endometrite puerperal pós-parto vaginal em 31%, após programas de conscientização e estímulo à lavagem das mãos, uso de álcool em gel e luvas.

## 5. Conclusão

No Brasil, ainda pode-se identificar inadequada assistência ao parto e puerpério, infecções graves durante esse período continuam prevalentes e destacam-se como principais causas de morte materna. Sendo que a endometrite destaca-se como complicação puerperal relevante em vista de seus fatores de riscos evitáveis e suas possíveis complicações.

O caráter multifatorial das complicações e da mortalidade materna torna difícil seu manejo. É necessário identificar os fatores que corroboram para o desenvolvimento de complicações puerperais, para que se realizem as medidas de profilaxia adequadas a fim de que se tenha uma intervenção precoce e conseqüente redução da morbidade e mortalidade.

Novos estudos acerca desses temas são de fundamental importância para o manejo adequado das situações abordadas. As informações contempladas nesse relato permitem a reflexão e dispõe à comunidade científica a possibilidade de aprimoramento profissional com finalidade de oferecer às gestantes atendimento de qualidade e humanizado.

## Referências

Almeida, W. S & Szwarcwald, C. L. (2012). Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 68-73.

Coviello, E. M., Grantz, K .L., Huang, C.C.; Kelly, T. E., & Landy, H. J. (2016). Risk Factors for Retained Placenta. *Obstetric Anesthesia Digest*, 36(4), 202–203.

Febrasgo. (2019). *Tratado de obstetrícia* (1 ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Gonçalves, M. V .C., Fernandes, M. F., Nishiyama, M. P., Cruz, P. H. R., Leite, R. C., Campos, R.R., Valamiel, R.J. et al. (2012). *Revista Médica de Minas Gerais*. 22(5), 21-24.

Mackeen, A. D., Packard, R. E., Ota, E. & Speer, L. (2015), Antibiotic regimens for postpartum endometritis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1(2), 1-99.

Medeiros, R. M. K., Santos, I. M. M., & Silva, L. R. (2008). A escolha pelo parto domiciliar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 12(4), 765-772.

Mohamed-Ahmed, O., Hinshaw, K., & Knight, M. (2018). Operative vaginal delivery and postpartum infection. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 56(1), 93-106.

Montenegro, C. A. B., Rezende Filho, J. de. (2014). *Rezende obstetrícia fundamental* (13 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto* (1 ed.). Genebra: WHO.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica* (1 ed.). UFSM, NTE.

Rodie, V. A., Thomson, A. J., & Norman, J. E. (2019). Accidental out-of-hospital deliveries: an obstetric and neonatal case control study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(1), 50-54.

Rojas, M. G. (2016). *Factores gineco obstetricos asociados a la retencion de restos placentarios en puerperas del hospital de pampas*. Tesis (Programa de segunda especialidade en emergencias y alto riesgo obstétrico), Facultad de Ciencias de la Salud, Huancavelica.

Sheiner, E., Shoham-Vardi, I., Hadar, A., Hershkovitz, R., Sheiner, E., & Mazor, M. (2002). Accidental out-of-hospital delivery as an independent risk factor for perinatal mortality. *The Journal of reproductive medicine*. 47(1), 625-630.

Silva, Z. P. D. & Almeida, M.F.D. (2014). *Partos Domiciliares Acidentais e Mortalidade Infantil*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 14(2), 155-163.

Vera, E., Santiváñez, E., & Cruzate, V. (2013). Estrategia multimodal en la disminución de las edometritis puerperales de parto vaginal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 59(3), 195-198.

World Health Organization. (2015). *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*. Genebra: WHO.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Estevão Araújo Epifânio – 19%

Liliane de Sá – 15%

Fellipe Roncholeta dos Santos – 10%

Janara Caroline Bertoli Yoshii – 8%

Geovana Pagnoncelli Corrêa – 8%

Gabriella Artuso da Cunha – 8%

Giovanna Lazzaretti Folmann – 8%

Giordana Doreto Schiave – 8%

Daniela de Oliveira Torchi – 8%

Fernanda Barbiero Fortes – 8%