

Orientações para montagem e utilização das **Caixas de Urgências e Emergências Obstétricas**

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul



SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Eduardo Correa Riedel

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

Maurício Simões Corrêa

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE ADJUNTA

Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Karine Costa Cavalcante

COORDENADORIA DA SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E MATERNIDADE

Andriely Gomes dos Santos

ELABORAÇÃO

Andriely Gomes dos Santos

Francielly Rosiani da Silva

Gabriela Giacomini Bertoche

Josiane Cristina Dudu

COLABORADORES

Gabriela Giacomini Bertoche

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN

APOIO

Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil – CEPMMI/MS

ANEXO 1

CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS, NAS INSTITUIÇÕES COM ATENDIMENTO À GESTAÇÃO E PUERPÉRIO NO ÂMBITO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL.

1.1 Dimensões das caixas e material:

- Caixa plástica, do tipo organizadora, em polipropileno com tampa, 20 litros, dimensões aproximadas: 41,7cm de comprimento, 29,2cm de altura, 23cm de largura. Não transparente, fabricado em material resistente e atóxico.

1.2 Identificação do tipo de caixa e sua cor:

- **EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA** – laranja
- **HEMORRAGIA** – vermelho
- **SEPSE** – amarelo

Localização na instituição: pronto-atendimento, pré-parto, centro cirúrgico e obstétrico, unidade de internação (alojamento conjunto), UTI Adulto ou qualquer outro setor por onde gestantes e puérperas passem ou fiquem.

Lacre obrigatório / checagem de abertura de lacre: a caixa deve ser lacrada, com lacre numerado e anotado em controle. Preferencialmente no dia 01 de cada mês, abrir os kits rompendo o lacre, retirar o material, realizar limpeza e reavaliar todo o material (os materiais ou medicamentos a vencer devem ser trocados imediatamente). Lacrar novamente e anotar o número dos novos lacres e o nome do conferente e COREN (carimbo) em impresso próprio. Em caso de utilização da caixa, realizar toda a inspeção e limpeza e deixar a caixa pronta para novo uso.

Equipe responsável por checagem e reposição: Enfermagem

A. CAIXA DE EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

A classificação da hipertensão ($PAS \geq 140$ $PAD \geq 90$) é de suma relevância para a saúde pública, seus efeitos retratam a primeira causa de morte materna no país e uma das maiores causas de mortalidade materna no mundo.

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

É importante destacar que a prevenção pode resultar em redução dos riscos de desenvolver as manifestações clínicas da pré-eclâmpsia, dentre as quais destaca-se:

1) Todas as gestantes (que não possuem contraindicação) devem ser orientadas, ainda no pré-natal, a praticar atividade física: pelo menos 140 minutos de atividade de intensidade moderada;

2) O ácido acetil salicílico (AAS) deve ser indicado para gestantes com risco de manifestar pré-eclâmpsia (um marcador de alto risco ou dois ou mais marcadores de risco moderado, conforme tabela abaixo).

RISCO	APRESENTAÇÃO CLÍNICA/OBSTÉTRICA
Alto (um fator de risco)	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Obesidade (IMC > 30)
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide)
	Gestação decorrente de reprodução assistida
Moderado (≥ 2 fatores de risco)	Nuliparidade
	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs)
	Idade ≥ 35 anos
	Gravidez prévia com desfecho adverso (descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, trabalho de parto prematuro)

	Intervalo > 10 anos desde a última gestação
--	---

ACOG, 2018; Scott et al., RBEHG, 2020; SOGESP, 2022

- Deve ser iniciado a partir da 12ª semana (preferencialmente antes da 16ª semana, podendo ser iniciado até a 20ª semana) mantendo-se até a 36ª semana.

- Deve ser administrado na dose de 100 mg/dia/a noite – essa dose está disponível no Sistema Único de Saúde.

3) A suplementação de cálcio está indicada em populações com baixa ingestão desse mineral, dentre as quais inclui-se a população brasileira;

- Deve ser iniciada no primeiro trimestre e mantida até o final da gestação;
- As apresentações são melhor absorvidas quando ingeridas em menor dose (500mg) entre as refeições;

- As doses recomendadas devem ser fracionadas em duas ou três vezes (às refeições): carbonato de cálcio (1 a 2 g /dia) ou citrato de cálcio (2 a 4 g/dia);

4) Recomenda-se a suspensão do AAS e do cálcio se houver confirmação diagnóstica de pré-eclâmpsia.

CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

São denominadas: hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica e hipertensão gestacional.

- Hipertensão arterial crônica: a hipertensão reportada como prévia a gestação ou a que se manifesta antes de 20 semanas de gestação;

- Hipertensão gestacional: hipertensão nova, que surge após 20 semanas, devendo desaparecer até 12 semanas no puerpério;

- Pré-eclâmpsia: hipertensão que se manifesta após 20 semanas de gestação, associada à proteinúria significativa ou disfunção de órgão-alvo ou disfunção placentária;

- Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica: hipertensão arterial crônica, com aparecimento ou piora da proteinúria ou incremento na terapia anti-hipertensiva ou disfunção de órgão-alvo ou disfunção placentária;

A magnitude da evento da hipertensão, dentro de suas classificações, faz-se necessário considerar a presença de sinais e/ou sintomas de deterioração clínica, nos quais se faz necessário pontuar os essenciais conceitos:

- Síndrome HELLP: hemólise, aumento de enzimas hepáticas (TGO ou TGP > 40 UI/L) e plaquetopenia (< 150.000/mm³) em pacientes com pré-eclâmpsia;
- Eclâmpsia: convulsões tônico-clônicas ou coma em pacientes com pré-eclâmpsia, a qual pode ser o primeiro sinal desta;
- Edema agudo de pulmão;
- Dor Torácica;
- Crise hipertensiva: pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 110 mmHg;
- Sinais de iminência de eclâmpsia: cefaleia, escotomas, fotofobia, fosfenas, hiperreflexia, dor epigástrica e/ou no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos;
- Oligúria: diurese menor que 500 ml/24h;
- Insuficiência renal aguda: creatinina $\geq$ 1 mg/dL.

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Hipertensão Arterial grave (crise hipertensiva, pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 110 mmHg):

- Usar anti-hipertensivos de ação rápida (ver quadro abaixo), com o propósito de diminuir a pressão arterial em 15% a 25% (PAS=140-150 mmHg, PAD=90- 100 mmHg). Impedir quedas bruscas de pressão arterial em razão aos riscos maternos (acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio) e fetais (redução da perfusão uteroplacentária).
- Análise fetal por meio da ausculta dos batimentos cardíacos fetais e cardiotocografia (quando acessível). De acordo com as respostas pode ser fundamental, a suspensão da gestação. Nesta situação, é recomendado administração de corticóide de acordo com esquemas apresentados para maturação pulmonar fetal em gestações com idade gestacional menor que 34 semanas.

Pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica, iminência de eclâmpsia e eclâmpsia:

- É recomendado sulfato de magnésio a fim de prevenir e recorrência de convulsões na eclâmpsia. Utilizar nos episódios de iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP (hemólise, alteração das enzimas do fígado e plaquetopenia) e pré- eclâmpsia com agravamento clínico e/ou laboratorial, englobando hipertensão arterial de difícil controle.

- Durante a administração de sulfato de magnésio, sem levar em conta o esquema utilizado, necessitam ser realizados controles frequentes para precaução de sinais de intoxicação por magnésio ou de contraindicações para administração da próxima dose: depressão respiratória (frequência respiratória menor que 15 irpm), diurese menor que 25ml/h, reflexo patelar ausente.

- O tratamento por intoxicação de sulfato de magnésio deve ser tratada com infusão intravenosa lenta de solução de gluconato de cálcio (1 ampola a 10%).

CONTEÚDO DA CAIXA

1. **Protocolo/checklist:** 1 fluxograma e 1 checklist para anotar data de vencimento e/ou troca, com campo para assinatura, plastificado tipo conferência.

2. **Anti-hipertensivos de ação rápida:**

MEDICAMENTO	DOSAGEM	OBSERVAÇÕES/ EFEITOS ADVERSOS
Nifedipina Comprimidos 10mg • Bloqueador de canal de cálcio • Ação máxima em 30-40 minutos	• 1 comprimido 10 mg VO (ação rápida) • Avaliar PA em 30 minutos, se necessário repetir a dose (no máximo 30mg)	• Efeitos adversos: cefaleia, taquicardia • Uso em associação com sulfato de magnésio pode, raramente, causar hipotensão
Hidralazina • Ampola 20 mg/ml • Relaxante arteriolar direto	• 1 ampola diluída em 19 ml de Água destilada (1mg/mL) • Fazer 5 ml (5mg) em bolus (EV) • Observar PA a cada 20 minutos, se necessário repetir (dose máxima de 30mg)	• Efeitos adversos: taquicardia, cefaleia, rubor facial

Nitroprussiato de Sódio • Ampola 50mg/2ml • Vasodilatador arterial e venoso potente • Uso preferencial em UTI	• Diluir ampola (50mg/2mL) em SG5% 248mL = 200mcg/mL • Dose 0,5-10mcg/kg/min em bomba de infusão contínua • Ajuste da dose a cada 10 minutos	• Hipotensão • Uso restrito a casos graves e de difícil controle devido a risco de óbito fetal
--	--	---

3. Sulfato de magnésio (MgSO₄), apresentações:

- MgSO₄ 50% – ampola com 10 mL contém 5g de magnésio;
- MgSO₄ 20% – ampola com 10 mL contém 2g de magnésio;
- MgSO₄ 10% – ampola com 10 mL contém 1g de magnésio.

Duas formas de administração do sulfato de magnésio:

• **Pritchard:** necessita, obrigatoriamente, de ampolas a 50%; não precisa de bomba de infusão contínua;

- **Zuspan:** realizado exclusivamente por via intravenosa; requer bomba de infusão;

Esquema de Pritchard	
Dose de Ataque	Dose de Manutenção
Dilua 4g, podendo ser: • 8 ml a 50%; • 2 ampolas a 20%; • 4 ampolas a 10%. Em: SF 0,9% 100 ml, via IV, infusão em 20 min + 10g IM (5g em cada nádega) = 2 ampolas a 50%, uma em cada nádega.	5g (1 ampola a 50%, 10 ml) em injeção profunda, no glúteo, a cada 4 horas, alternando os lados
Esquema de Zuspan	
Dose de Ataque	Dose de Manutenção

Dilua 4g, podendo ser: • 8 ml a 50%; • 2 ampolas a 20%; • 4 ampolas a 10%. Em: SF 0,9% 100 ml, via IV, infusão em 20 min (bomba de infusão)	Dilua 5g, podendo ser: • 1 ampola a 50%; • 25ml a 20%; • 50ml a 10%; Em: SF 0,9% 500ml em Infusão de 1g/h (bomba de infusão)
Antídoto para intoxicação por sulfato de magnésio	
Gluconato de cálcio a 10% (1 amp 10mL = 1g) – aplicar IV lentamente	

Observações:

*Aos casos de eclâmpsia, ocorrendo nova convulsão independentemente dos esquemas acima, administrar mais 2g de sulfato de magnésio IV em bolus e fazer manutenção a 2g/h em bomba de infusão.

*Se ainda assim não houver estabilização das convulsões, cogitar diagnósticos diferenciais (por exemplo, AVC) com exame de imagem (tomografia computadorizada).

*Continuar a sulfatação por 24 horas após o parto ou após o último episódio convulsivo.

ATENÇÃO:

A utilização do sulfato de magnésio em unidades de baixa complexidade, é de preferência o esquema intravenoso + intramuscular (Pritchard), dado que ajuda a transferência para uma unidade de maior complexidade ou para a UTI, contanto que a condução das pacientes em uso de sulfato de magnésio deve ser intensivo, com rigorosa monitorização materno- fetal de sinais vitais e parâmetros para manutenção da terapia. O risco de intoxicação por esse medicamento é baixo. Antes de transferir, certifique-se que:

- Veículo e aporte de oxigênio adequados para o transporte estejam disponíveis;
- Acesso venoso e hidratação controlada estejam instalados;
- Terapia anticonvulsivante tenha sido realizada (se grandes distâncias e sem condições de uso de bombas de infusão = sulfato de magnésio dose de ataque pelo Esquema de Pritchard IV + IM, para reduzir risco de infusão intempestiva durante o transporte - OMS, 2011);

- Anti-hipertensivos de emergência estejam preparados;

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

- Médico e enfermeiro acompanhem a transferência;
- Transporte seguro com recurso de suporte de vida (material para intubação, ventilação e reanimação) esteja disponível.

* A comunicação de todos os detalhes do caso para unidade de destino esteja adequada;

Itens para caixa de emergência hipertensiva:

ITEM	QUANTIDADE
Checklist	1
Cateter intravenoso 20	1
Cateter intravenoso 18	1
Cateter intravenoso 16	1
Torneirinha 3 vias	2
Seringa 20ml	3
Seringa 10ml	5
Seringa 5ml	3
Tubo Roxo	1
Tubo Amarelo	2
Copo Coletor Estéril	1
Agulha de Aspiração	5
Agulha 25x8	5
Soro Fisiológico 0,9% 10ml	5
Água Destilada 10ml	5
Almotolia de Álcool	1
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	1
Equipo Simples	1
Equipo de Bomba de Infusão	1
Kit-Hidralazina:	
Cloridrato de Hidralazina 20mg/ml	1 Ampola
Seringa 20ml / Agulha de Aspiração	1 / 1
Soro Fisiológico 10ml (2 amp)	2
MgSO₄ – Sulfato de Magnésio	10 Ampolas
Concentrações: 10%, 20% e 50%	(de cada)

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

Kit Gluconato de Cálcio: Gluconato de Cálcio 10 ml	1
Seringa 10 ml / Agulha de Aspiração	1/1
Kit Sondagem Vesical de Demora: Sonda Foley nº14	1
Bolsa Coletora de Diurese	1
Gaze Estéril / Seringa 10 ml / AD 10ml	1 / 1 / 1
Clorexidine Aquosa	1
Luva Estéril	1
Kit Cateterismo	CME
Luva de Procedimento	8 Pares
Máscara com Reservatório e Umidificador	1 Kit
Kit de avaliação laboratorial de comprometimento sistêmico – Emergência Hipertensiva	
(1 tubo amarelo, 1 tubo roxo, 1 frasco coletor de urina)	
•Tubo Amarelo Creatinina, ureia, bilirrubinas, TGO (AST), TGP (ALT)*	
• Tubo Roxo Hemograma com plaquetas	
• Copo Coletor Urina 1 ou RPC – Relação proteína / creatinina urinárias**	

TGO (AST) – transaminase oxalacética (aspartato aminotransferase); **TGP** - transaminase pirúvica (alanina aminotransferase);

TGP (ALT) – não é imprescindível para o diagnóstico e manejo da emergência hipertensiva (pode ser dispensada de acordo com a disponibilidade e protocolo institucional);

****RPC** – relação proteína/creatinina urinárias: a realização da RPC dependerá da disponibilidade e viabilidade de cada laboratório (se não for possível sua realização, considerar a análise de proteinúria pela urina tipo 1);

AJUDA / AVALIAÇÃO INICIAL
Verbalização clara do diagnóstico para equipe / comunicar ao acompanhante; Chamar obstetra / hospitalista / enfermeiro e técnico de enfermagem imediatamente.
BÁSICO / MEDIDAS GERAIS INICIAIS
Cateterização de 2 acessos calibrosos (16 ou 14); Oxigenoterapia: (8-10 L/min.) em máscara facial; Monitorização materna contínua; Exames para pesquisa de Síndrome HELLP: hemograma (PLAQUETAS) / enzimas hepáticas /bilirrubinas Exames para PRÉ-ECLÂMPsia: creatinina, proteinúria ou relação proteína/creatinina urinária, amostra isolada de urina (nos serviços que não é possível realizar proteinúria); Realizar sondagem vesical de demora para monitorar diurese. Em caso de Eclâmpsia: Proteger vias aéreas com cânula de Guedel; Virar a cabeça da paciente de lado, evitando aspiração;
PROTEÇÃO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SULFATO DE MAGNÉSIO 50%)
Dose de ataque IV (usada nos dois esquemas): MgSO ₄ 50% (1 ampola de 10 mL contém 5g de MgSO ₄ .) Diluir 8 mL de MgSO ₄ 50% (4g) em 12 mL de água destilada ou SF 0,9%. A concentração final terá 4g/20 mL. Infundir a solução IV lentamente (15-20 minutos). Outra possibilidade: diluir 8 mL em 100 de SF 0,9%. Infundir em bomba de infusão contínua a 300 mL/h. Assim o volume total será infundido em torno de 20 minutos. Preparação da dose de manutenção no esquema de Pritchard: Aplicar 1 ampola de MgSO ₄ -50% (5g de MgSO ₄) IM a cada 4 horas. Preparação da dose de manutenção no esquema de Zuspan: Diluir 10 mL de MgSO ₄ 50% (1 ampola) em 490 mL de soro fisiológico a 0,9%. A concentração final terá 1g/100 mL. Infundir a solução por via intravenosa na velocidade de 100 mL por hora (1g/h). Antídoto: Gluconato de cálcio 10% - 1g por via endovenosa – 10mL – administrado lentamente.
DROGAS DE CONTROLE DE CRISE HIPERTENSIVA

- Hidralazina: Diluir uma ampola (1mL- 20 mg) em 19 mL de água destilada e fazer 5mL se pressão arterial diastólica maior que 110 mmHg. Repetir a cada 20 min se manutenção de pressão arterial diastólica maior que 110 mmHg. Dose máxima: 30mg. ou - Nifedipina (cápsula – 10mg): 10mg, VO. Repetir 10 ou 20mg, a cada 20 minutos, VO. Dose máxima: 50mg;
Após controle da urgência, iniciar drogas anti-hipertensivas de manutenção via oral.

EXAMES LABORATORIAIS E REAVALIAÇÃO CLÍNICA

Checagem de resultados laboratoriais;

Discutir seguimento clínico ou resolução da gestação de acordo com as condições maternas e fetais.

B. CAIXA DE EMERGÊNCIA HEMORRÁGICA

A hemorragia pós-parto (HPP) é a principal causa de morte materna no mundo e a segunda no Brasil. O uso profilático de uterotônicos no terceiro período do parto corresponde a uma estratégia de **prevenção da maioria dos óbitos por HPP**.

Por definição, hemorragia corresponde a perda sanguínea maior de **500ml após parto vaginal** e **1000ml após cesariana**, nas primeiras 24 horas, ou ainda qualquer perda sanguínea capaz de gerar instabilidade hemodinâmica. Tem-se que uma perda maciça é aquela que ocorre com um volume maior de 2000ml, com necessidade de transfusão de 4 ou mais unidades de concentrado de hemácias (1200 ml); redução de hemoglobina maior ou igual a 4g/dL; desenvolvimento de distúrbio de coagulação.

A HPP que ocorre **nas primeiras 24 horas após o parto** é classificada como **primária**; já aquela que ocorre entre **24 horas e seis semanas** pós-parto é classificada como **secundária**.

Quanto à etiologia, destacam-se 4 causas: tônus, trauma, tecido e trombina. A atonia uterina é a maior das causas, correspondendo a 70% delas. Lacerações (cervical, vaginal e perineal), hematoma, inversão/ruptura uterina, correspondem a 19%. Retenção de tecidos placentários, refletem 10% das HPP. Por fim, as coagulopatias representam 1% das causas de HPP.

Para reduzir a morbimortalidade por HPP, instituiu-se o conceito de “hora de ouro”, por meio do qual implementa-se intervenções em tempo oportuno, uma vez que a taxa de sobrevivência é reduzida após esse tempo. O tratamento precoce objetiva evitar a tríade de hipotermia, coagulopatia e acidose, sendo elas preditoras do choque hipovolêmico.

Algumas mulheres possuem condições que representam maior risco e exigem atenção

redobrada no terceiro período do parto, sendo elas: obesidade materna, hipertensão materna, distúrbios placentários, superdistensão uterina, grandes múltiparas, corioamnionite.

Identificando fatores de risco

A identificação de fatores de risco deve ocorrer em todo processo de cuidado, tanto no pré-natal quanto na admissão para assistência ao parto.

Fatores de Risco para HPP

ANTEPARTO	INTRAPARTO
História pregressa de HPP	Trabalho de parto prolongado
Distensão uterina (gemelar, polidrâmnio, macrossomia)	Trabalho de parto taquitócico
Distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos	Laceração vaginal de 3º/4º graus
Uso de anticoagulantes	Prolongamento de episiotomia
Cesariana prévia com placenta anterior (risco acretismo)	Placentação anormal (acreta, prévia)
Placentação anormal confirmada (prévia ou acretismo)	Descolamento Prematuro de Placenta
Grande múltipara (≥ 4 partos vaginais ou ≥ 3 cesarianas)	Parto induzido
Elevação dos níveis pressóricos na gestação (Pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, hipertensa crônica)	Corioamnionite
Anemia na gestação	Parada de progressão do polo cefálico
Primeiro filho após os 40 anos	Parto instrumental (fórceps, vácuo)

Adaptado de: Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018

Da mesma forma, a estratificação de risco durante a internação deve ocorrer em toda instituição com atendimento ao parto e puerpério. Tratando-se de uma ferramenta valiosa e a primeira ação no combate à morte materna por causa hemorrágica.

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

Estratificação do risco para HPP

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Ausência de cicatriz Uterina Gravidez única ≤ 3 partos vaginais prévios Ausência de distúrbio de coagulação Sem história de HPP	Cesariana ou cirurgia uterina prévia Pré-eclâmpsia leve Hipertensão gestacional leve Superdistensão uterina (Gestação múltipla, polidramnio, macrossomia fetal) ≥ 4 partos vaginais Corioamnionite História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica Obesidade materna (IMC $> 35\text{kg/m}^2$)	Placenta prévia ou de inserção baixa Pré-eclâmpsia grave Hematócrito $< 30\%$ + fatores de risco Plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$ Sangramento ativo à admissão Coagulopatias Uso de anticoagulantes Descolamento prematuro de placenta Placentação anômala (acretismo) Presença de ≥ 2 fatores de médio risco

Adaptado de: Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018

Condutas preventivas com base na estratificação de risco para HPP

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Manejo ativo do 3º estágio	Manejo ativo do 3º estágio	Manejo ativo do 3º estágio
Observação rigorosa por 1-2 horas	Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado*	Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado*
Estímulo a presença do acompanhante para detectar sinais de alerta	Estímulo a presença do acompanhante para detectar sinais de alerta	Estímulo a presença do acompanhante para detectar sinais de alerta
	Identificação Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G) Tipagem sanguínea	Identificação Acesso venoso periférico (Jelco 16G) Tipagem sanguínea

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

	Hemograma	Hemograma Prova cruzada Reserva de sangue (2 bolsas de Concentrado de Hemácias)
--	-----------	---

* Sala de recuperação; leitos de pré-parto; sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP); leito de cuidados intermediários. EVITAR LOCAIS ONDE NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE MONITORAMENTO RIGOROSO.

Adaptado de: Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018

Prevenção da HPP

As medidas de prevenção da HPP devem ser incorporadas na rotina de todos os profissionais que assistem pacientes em trabalho de parto. A ocitocina após o parto constitui a principal ação de prevenção da HPP, podendo reduzir em mais de 50% os casos de HPP por atonia uterina. Assim, os locais onde ainda não se utiliza a ocitocina profilática de forma rotineira após todos os partos devem inserir tal prática imediatamente em seus protocolos de prevenção da HPP. Abaixo, encontram-se esquemas de ocitocina para prevenção da HPP.

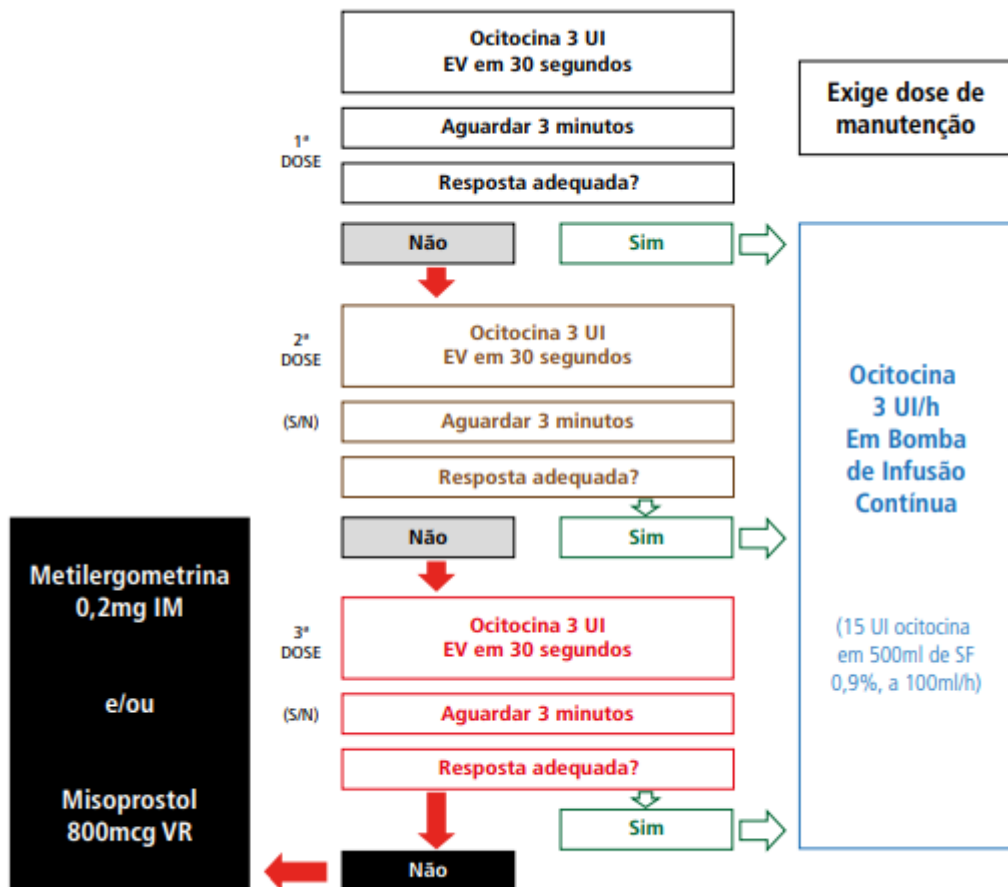
PARTO VAGINAL	10 UI de ocitocina, via intramuscular, logo após ao nascimento
CESARIANA	10 UI de ocitocina, via intramuscular, logo após o nascimento Opções de profilaxia endovenosa 1. Esquema endovenoso de ocitocina da “Regra dos 3” ou 2. Esquema endovenoso de 5UI de ocitocina em infusão lenta por 3 minutos, seguido de dose de manutenção (20 UI de ocitocina diluídas em 500 mL de SF0,9% à 125ml/h) por 4 a 12 horas, em bomba de infusão contínua.

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

	Obs.: os esquemas endovenosos profiláticos de ocitocina exigem dose de manutenção em bomba de infusão contínua
--	--

Adaptado de: Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018



Adaptado de Balki & Tsen, 2014. EV =endovenoso; IM = intramuscular

Conduta inicial da HPP – medidas gerais

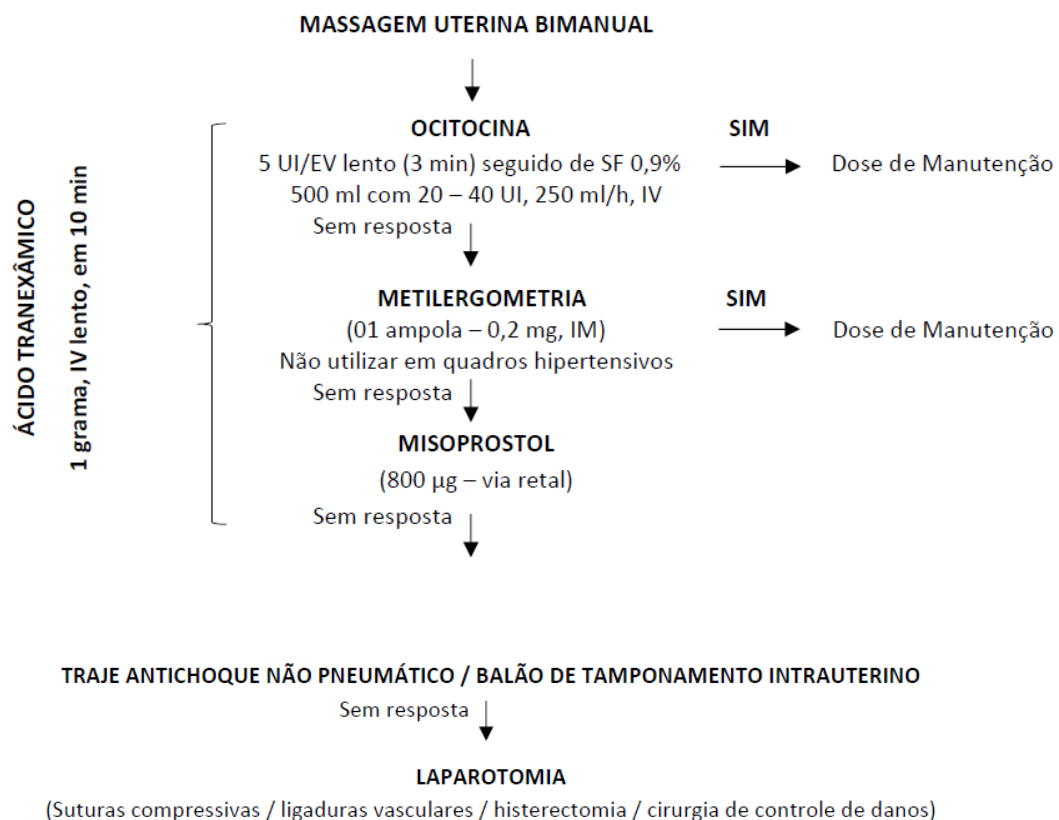
- Solicitar ajuda
- Massagem uterina
- Acessos intravenosos calibrosos bilateralmente
- Coleta de exames: hemoglobina, hematócrito, coagulograma e amostra sanguínea para prova cruzada
- Reserva de hemoderivados
- Soro fisiológico ou Ringer Lactato aquecidos (máx. 1500 ml)
- Oxigênio (máscara facial a 8 -10L por min)

- Prevenir hipotermia (manta térmica, cobertores, soro aquecido).
- Sonda vesical de demora
- Avaliação de sinais clínicos e sinais vitais

Tratamento específico – Atonia Uterina

O tratamento medicamentoso é essencial no manejo da atonia uterina (**Figura 1**). As drogas utilizadas são ocitocina (endovenosa), metilergometrina (intramuscular – contraindicada em pacientes com hipertensão arterial), misoprostol (via retal) e ácido tranexâmico (endovenosa).

Figura 1 – Fluxograma de manejo da atonia uterina.



Adaptado de: Tavares AB, Avila AN, Santos ACCC, Vitoy B, Mucio B, Paganoti CF, Moisés ECD, Cirolini E, Oliveira ECG, Osanan GC, Padilla H, Silva HC, Meyer JF, Vieira LB, Reis MI, Magalhaes PPR, Francisco RPV, Delfino SM, Quintana SM, Medeiros SCG, Dutra TMLS. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2018. 80p.

ITENS PARA CAIXA DE EMERGÊNCIA NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO:

ITEM	QUANTIDADE
Protocolo / check list	01 Fluxograma, 01 checklist (anexo 2) e 01 checklist dos itens disponíveis no Kit (plastificados)
Soro Fisiológico 0,9%	02 frascos de 500 mL
Ringer Lactato	02 frascos de 500 mL
Equipo de soro	02 unidades
Torneira de 3 vias + extensor	02 unidades
Ocitocina* (5UI/1 mL)	08 ampolas
Metilergometrina (0,2 mg/mL)	02 ampolas de 1 mL
Misoprostol 200mcg/cp	04 comprimidos
Ácido tranexâmico 250mg/5mL	04 ampolas de 5 mL
Cateter intravenoso calibre 16 ou 14	02 unidades de cada
Cateter intravenoso calibre 18	02 unidades de cada
Seringas 5 mL	02 unidades de cada
Seringas 20 mL	02 unidades de cada
Agulhas descartáveis 40x12 mm	04 unidades de cada
Agulhas descartáveis 25x8 mm	04 unidades de cada
Máscara facial de oxigênio + extensão	01 unidade de cada
Cateter vesical de demora + coletor urinário fechado	02 unidades de cada
Termômetro	01 unidade
Manta térmica aluminizada adulto	01 unidade
Balão de tamponamento intrauterino*	01 unidade
Material para confecção de balão artesanal	1 preservativo masculino sem lubrificante; 1 Sonda Foley Nº 20 de duas vias; 1 fio cirúrgico; Soro fisiológico 250ml; Seringa luer slip; 1 tesoura; 1 pinça Kelly reta.

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

Tubos de coleta de sangue	06 unidades de cada: Tampa amarela/vermelha (soro) Tampa roxa (EDTA) Tampa azul (citrato de Sódio) Tampa cinza (fluoreto) Seringa para gasometria
Facilitadores	Pedido de exames já preenchidos e pré-aprovados

*Ocitocina é necessário estar refrigerada em uma geladeira no setor ou com caixa térmica com protocolo de troca dos gelos artificiais rígidos.

*Se balão de tamponamento não estiver disponível, disponibilizar no kit o material necessário para confecção de balão artesanal.

OBS: O Traje Antichoque Não-Pneumático, caso haja na instituição, deve estar próximo a caixa de emergência.

Adaptado de: Tavares AB, Avila AN, Santos ACCC, Vitoy B, Mucio B, Paganoti CF, Moisés ECD, Cirolini E, Oliveira ECG, Osanan GC, Padilla H, Silva HC, Meyer JF, Vieira LB, Reis MI, Magalhaes PPR, Francisco RPV, Delfino SM, Quintana SM, Medeiros SCG, Dutra TMLS. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2018. 80p.

CHECKLIST: SEQUENCIAMENTO DO ATENDIMENTO DA HEMORRAGIA PUERPERAL – HPP

A. AJUDA / AVALIAÇÃO INICIAL
Verbalização clara do diagnóstico para equipe / comunicar ao acompanhante
Chamar obstetra / hospitalista / enfermeiro e técnico de enfermagem imediatamente
Estimar gravidade da perda volêmica inicial (sinais vitais, índice de choque, perda sanguínea)
Avaliação rápida da etiologia (tônus, tecido, trauma e trombina)
B. BÁSICO / MEDIDAS GERAIS INICIAIS
Cateterização de 2 acessos venosos calibrosos (J 14 ou 16) e iniciar infusão SF0,9%

Fornecer oxigenioterapia em máscara facial (8-10L/min)
Elevação dos membros inferiores (Tremdelemburg)
Monitorização materna contínua
Sondagem vesical de demora
Avaliar necessidade de antibioticoterapia
Solicitar exames: hemograma, ionograma, coagulograma, fibrinogênio, prova cruzada. Casos graves: lactato, gasometria
C. CONTROLE DA VOLEMIA / REPOSIÇÃO VOLÊMICA
Estimar gravidade da perda volêmica (IC maior ou igual a 0,9 – avaliar necessidade de transfusão)
Cristaloide – reavaliar resposta clínica da paciente a cada 500mL infundidos
Transfusão – se instabilidade hemodinâmica e considerar após 1500mL de cristalóide e HPP grave
D. DETERMINAR ETIOLOGIA: 4T – TÔNUS, TECIDO, TRAJETO, TROMBINA
Determinar tônus uterino – palpação uterina
Revisão da cavidade uterina – restos placentários
Revisão do canal do parto – lesão/hematoma: vagina, colo, segmento uterino
Avaliar antecedente para coagulopatia
E. ESPECÍFICOS E ADJUVANTES: TRATAMENTOS
Tratar causa da hemorragia – vide fluxograma
Tratamento adjuvante – ácido tranexâmico 1g, EV, lento, em 10 minutos
F. FOCO NA ATONIA: SE ATONIA CONFIRMADA, ASSOCIADA OU ENQUANTO SE PROCURA OUTRO FOCO NAS PRIMEIRAS 3 HORAS
Compressão uterina bimanual – imediatamente, enquanto aguarda medicação
Ocitocina – 5UI EV lento + 20UI (4 ampolas) diluídas em 500mL SF0,9% a 250mL/h
Metilergometrina – 1 ampola 0,2mg IM
Misoprostol – 800mcg via retal
Ácido tranexâmico 1g, EV lento, em 10 minutos, logo após o início do sangramento e em concomitância com os uterotônicos, dentro das primeiras 3h
Balão de tamponamento intrauterino – se falha do tratamento medicamentoso
G. GERAL: AVALIAÇÃO PÓS-ABORDAGEM INICIAL
Reavaliação da hemorragia e do estado hemodinâmico da paciente (IC)

Transfusão de hemocomponentes, caso seja necessário (basear-se na clínica da paciente)
Evitar hipotermia. Temperatura axilar 15/15 minutos na 1ª hora. Manta térmica ou cobertores. Soro aquecido.
Se falha do tratamento conservador: avaliar tratamento cirúrgico
H. AVALIAR TRATAMENTO CIRÚRGICO/LAPAROTOMIA
Sutura compressiva – B-Lynch, Cho
Ligadura de vasos – artérias uterinas, ovarianas, hipogástricas
Histerectomia
UTI de acordo com a gravidade

Adaptado de: Tavares AB, Avila AN, Santos ACCC, Vitoy B, Mucio B, Paganoti CF, Moisés ECD, Cirolini E, Oliveira ECG, Osanan GC, Padilla H, Silva HC, Meyer JF, Vieira LB, Reis MI, Magalhaes PPR, Francisco RPV, Delfino SM, Quintana SM, Medeiros SCG, Dutra TMLS. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2018. 80p.

C. CAIXA EMERGÊNCIA - SEPSE

A sepse materna é definida como a condição grave e ameaçadora da vida, com disfunção orgânica resultante de infecção durante a gestação, o parto, o pós - aborto ou o puerpério. Atualmente, é a terceira maior causa de morbidade e mortalidade materna. É muito importante reconhecer rapidamente e iniciar o tratamento de forma imediata. Todas as equipes envolvidas em quaisquer etapas do cuidado obstétrico devem estar informadas, de modo a reconhecer precocemente e instituir terapia imediatamente.

Os focos mais comuns de infecção são genital, urinário e pulmonar. É importante lembrar que a cirurgia cesariana um fator de risco para sepse materna, devido a infecções relacionadas ao ato operatório.

Grande parte dos casos é possível intervir precocemente, com adequadas práticas de prevenção e controle de infecção, como antibioticoprofilaxia cirúrgica, limpeza e esterilização de materiais, higienização das mãos nos cinco momentos, adequação de hábitos de vida, controle de peso, imunização, rastreamento e profilaxia de infecções urinárias de repetição na gestação. Os agentes etiológicos mais comuns são bacilos Gram-negativos (principalmente *Escherichia coli*), estreptococos, estafilococos e anaeróbios. Os vírus respiratórios são de

enorme importância, como mostrou a pandemia de influenza A H1N1 em 2009, e vem mostrando a pandemia da Covid-19.

Diagnóstico

O diagnóstico de sepse é clínico. A triagem na suspeita de sepse é feita pela aplicação do instrumento de rastreamento “Avaliação sequencial rápida de falência orgânica” (do inglês Quick Sequential Organ Failure Assessment q-SOFA), que usa três critérios clínicos (frequência respiratória, nível de consciência e pressão arterial sistêmica) para identificar as pacientes com pior prognóstico para mortalidade intra- hospitalar. Devido às alterações fisiológicas da gestação, o escore foi adaptado para o omqSOFA (obstetric modified quick SOFA - omqSOFA) para ser utilizado a partir da 22ª semana de idade gestacional e até o sétimo dia pós-parto. Uma pontuação maior ou igual a 2 (dois) deve indicar suspeita de sepse.

Escore omq-SOFA para triagem de sepse em gestantes e puérperas até uma semana pós-parto:

Parâmetro	Pontuação: 0	Pontuação: 1
Pressão sistólica	≥ 90mmHg	< 90mmHg
Frequência respiratória	< 25 IR/min	≥ 25 IR/min
Alteração do estado de consciência	Alerta	Não alerta

IR/min – incursões respiratórias por minuto

Adaptado de: Bowyer L, Robinson HL, Barrett H, Crozier TM, Giles M, Idel I, Lowe S, Lust K, Marnoch CA, Morton MR, Said J, Wong M, Makris A. SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2017;57(5):540-551 Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10.

Após identificação de rastreio inicial positivo pelo omqSOFA, o diagnóstico da sepse deve ser confirmado pela disfunção orgânica secundária à infecção, que é caracterizada pelo aumento de pelo menos dois pontos no instrumento “Avaliação sequencial de falência orgânica” (do inglês Sequential Organ Failure Assessment – SOFA), ferramenta que

também já foi adaptada para a obstetrícia, incluindo parâmetros clínicos e laboratoriais. Nesse escore, deve-se considerar o diagnóstico de sepse quando ocorre aumento de 2 (dois) ou mais pontos em consequência de processo infeccioso.

Escore om-SOFA para diagnóstico de sepse em gestantes e puérperas até uma semana pós-parto

Parâmetro	Pontuação		
	0	1	2
PaO ₂ / FIO ₂	≥ 400	300 a 400	<300
Plaquetas X 10 ³ / mm ³	≥ 150	100 – 150	<100
Bilirrubinas (mg/dL)	≤ 1,17	1,17-1,87	>1,87
PAM (mmHg)	> 70	<70	Drogas vasoativas
Consciência	Alerta	Desperta ao estímulo vocal	Desperta somente a estímulo físico ou dor
Creatinina (mg/dL)	≤ 1,0	1,0-1,36	≥1,36

FIO₂- fração de inspiração O₂; PaO₂- pressão parcial de O₂; PAM - pressão arterial média

Adaptado de: Bowyer L, Robinson HL, Barrett H, Crozier TM, Giles M, Idel I, Lowe S, Lust K, Marnoch CA, Morton MR, Said J, Wong M, Makris A. SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2017;57(5):540-551 Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10.

Choque séptico é definido pela presença de três critérios:

- Critérios clínicos de sepse;
- Apesar de reanimação hídrica adequada, necessidade de drogas vasoativas para manter pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg;
- Lactato maior ou igual 2 mmol/L.

Tratamento

O tratamento da sepse deve ser imediato, com administração obrigatória de antibióticos de amplo espectro na primeira hora de atendimento (concebida como “hora de ouro”), pois cada hora de atraso aumenta a mortalidade materna em aproximadamente 8%.

As medidas iniciais incluem:

- Expansão volêmica de aproximadamente 30ml/kg com cristalóide, por acesso calibroso, se hipotensão ou lactato maior que 4mmol/L (com fracionamento e reavaliação clínica materna a cada 300 ml para evitar edema agudo de pulmão);
- Oxigênio suplementar para correção de hipóxia (alto fluxo de oxigênio);
- Profilaxia de tromboembolismo;
- Coleta de exames, incluindo duas hemoculturas e dosagem de lactato;
- Antimicrobianos intravenosos de amplo espectro levando em consideração a origem suspeita ou confirmada do foco infeccioso.
- Prescrição de vasopressor se pressão arterial média inferior a 65 mmHg.

Causas comuns de sepse e esquema de antibiótico sugerido para o tratamento

No tratamento de sepse na gravidez devemos ter em mente que a causa normalmente é polimicrobiana.

CAUSAS	MICROORGANISMO	TRATAMENTO SUGERIDO
Endometrite ou Corioamnionite	Polimicrobiana	Esquema 1: Clindamicina 900 mg IV de 8 em 8 horas (ou 600 mg IV de 6 em 6 horas); Gentamicina 1,5 mg/kg IV de 8 em 8 horas (ou 3,5-5,0 mg/kg em dose única diária); Esquema 2: Ampicilina 2g IV de 6 em 6 horas ou penicilina G cristalina: 5 milhões de ataque + 2,5 milhões UI IV de 4 em 4 horas; Gentamicina 1,5 mg/kg IV de 8 em 8 horas (ou 3,5-5,0 mg/kg em dose única diária); Metronidazol 500 mg IV de 8 em 8 horas.

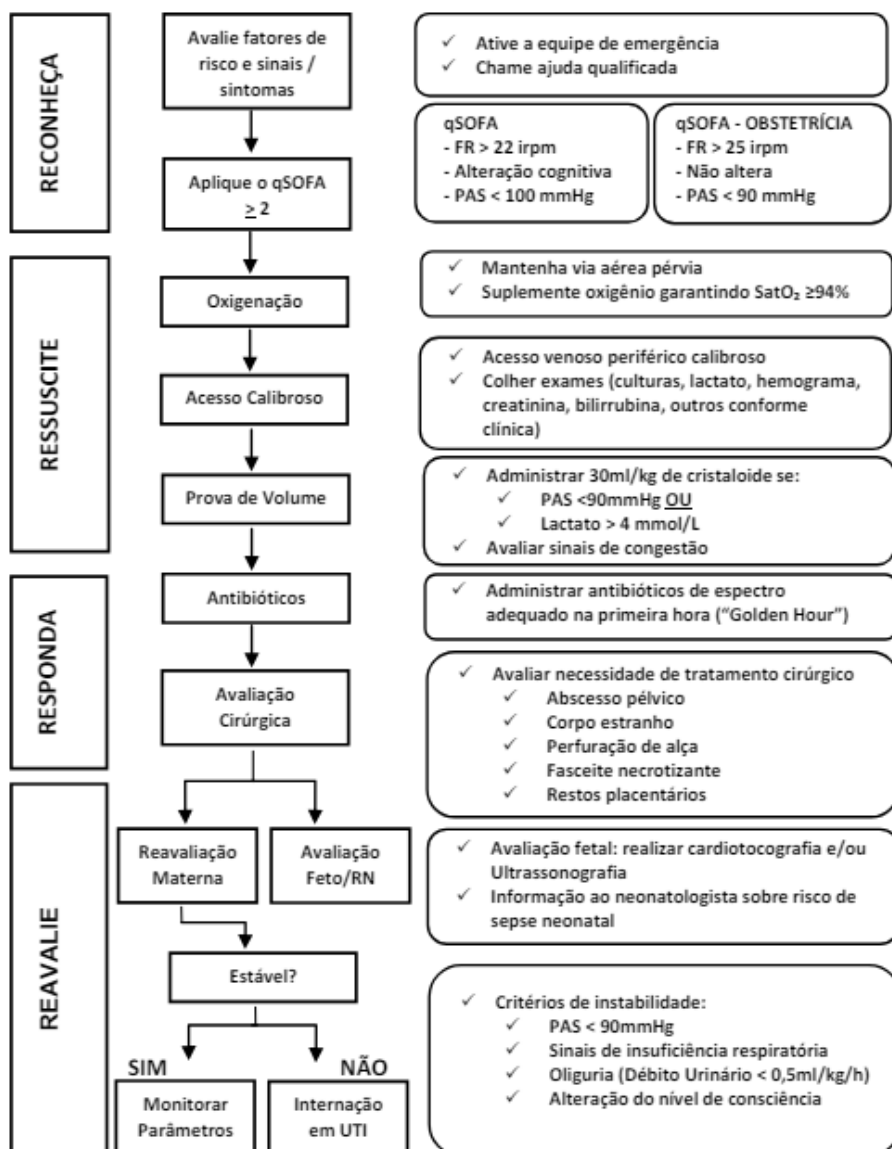
ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

Infecção do trato urinário	<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Proteus</i> , e gram-positivo, incluindo <i>S. agalactiae</i> .	Ceftriaxone 1-2 g a cada 24 h
Pneumonia comunitária	<i>S. pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>	Ceftriaxone 1-2 g por dia (ou Cefotaxima 1-2 g a cada 8 h) + Claritromicina 500 mg, intravenoso, de 12/12h; Antiviral*: Oseltamivir 75 mg via oral a cada 12 h; * Devido ao alto risco de complicações nas gestantes e puérperas
Aborto séptico	Polimicrobiana	Seguir antibioticoterapia de endometrite/corioamnionite
Infecção de ferida operatória Ou Mastite	<i>Staphylococcus sp*</i> , <i>Streptococcus sp</i>	Oxacilina 2,0g a 3,0g EV 6/6 horas + Clindamicina 900 mg IV de 8 em 8 horas (ou 600 mg IV de 6 em 6 horas); *se <i>S. aureus</i> resistente a meticilina, usar Vancomicina
Fasceíte necrotizante	Polimicrobiana	Desbridamento cirúrgico + terapia antimicrobiana de amplo espectro: Ampicilina/Sulbactam 1,5 a 3,0g EV 6/6 horas OU Piperacilina/Tazobactam 4,5g EV 8/8 horas OU Ertapenem 1,0g EV 1x/dia
Síndrome do choque tóxico	<i>S aureus*</i>	Oxacilina 2,0g a 3,0g EV 6/6 horas + Clindamicina 900 mg IV de 8 em 8 horas (ou 600 mg IV de 6 em 6 horas); *se <i>S. aureus</i> resistente a meticilina, usar Vancomicina

Adaptado de: Albright CM, Mehta ND, Rouse DJ, Hughes BL. Sepsis in Pregnancy: Identification and Management. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2016;30(2):95-105

FLUXOGRAMA: MANEJO DA SEPSE NA GESTAÇÃO



Adaptado de: Bowyer L, Robinson HL, Barrett H, Crozier TM, Giles M, Idel I, Lowe S, Lust K, Marnoch CA, Morton MR, Said J, Wong M, Makris A. SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2017;57(5):540-551

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

ITENS PARA CAIXA DE SEPSE:

Item	Quantidade
Checklist (anexo 3)	01
Termômetro digital	01
Cateter Intravenoso nº 14	01
Cateter Intravenoso nº 16	01
Cateter Intravenoso nº 18	01
Torneirinhas 3 vias	02
Seringa descartável 20 ml	03
Seringa descartável 10 ml	05
Agulha descartável para aspiração	05
Scalp nº 21	01
Scalp nº 23	01
Agulha descartável nº 25X8	05
Seringa Gasometria	02
Tubo coleta tampa roxa	01
Tubo coleta tampa amarela	02
Tubo coleta tampa azul	01
Frasco de Hemocultura	02
Swab	02
Copo coletor estéril	02
Soro fisiológico 0.9% 10 ml	05
Solução Ringer Lactato 500 ml	02
Equipo descartável Simples	02
Máscara de Oxigênio com Reservatório	01
Frasco Umidificador de Oxigênio	01
Sonda Vesical de Demora	01
Coletor de urina estéril	01
Água Destilada 10 ml	01
Luvax Estéreis	02 pares
Atadura de Gazes Estéreis	02
Solução Clorexidina Aquosa	01

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

Eletrodos descartáveis	05
Luvras de procedimento	08 pares
Almotolia de álcool	01
Bolas de algodão	01

**Kit de avaliação laboratorial de comprometimento sistêmico – Sepses em Adultos
(1 seringa heparinizada, 1 tubo amarelo, 1 tubo roxo, 1 tubo azul, 2 frascos de hemocultura, 2 frascos coletores de urina, 1 swab)**

Seringa heparinizada	Gasometria e lactato
Tubo amarelo	Creatinina, bilirrubinas, PCR (proteína C reativa)
Tubo roxo*	Hemograma
Tubo azul	Coagulograma
Frasco de hemocultura**	Hemocultura
Copo coletor***	Urina 1 e urocultura
Swab****	Cultura de secreção

Coletar 2 tubos roxos se houver necessidade de enviar lactato para laboratório externo; **Coletar 2 frascos em sítios diferentes; ***Copos específicos para cada exame; *Em caso de coleta de cultura de secreção**

CHECKLIST – MANEJO INICIAL DA SEPSIS

A. AVALIAÇÃO INICIAL
Verbaliza de forma clara a suspeita diagnóstica para a equipe?
Orienta e tranquiliza adequadamente o(a) acompanhante?
B. MEDIDAS GERAIS DE RESSUSCITAÇÃO
Oferece oxigênio suplementar através de máscara facial não reinalante com fluxo maior que 6mL/min?
Solicita cateterização de acesso venoso calibroso (nº 14 ou 16)?
Colhe exames para cálculo do SOFA (hemograma, gasometria, creatinina e bilirrubina)?

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

Orienta manter a paciente em monitorização multiparamétrica contínua?
Colhe lactato sérico?
Solicita sondagem vesical de demora para monitorização do débito urinário?
Prescreve expansão volêmica com 30ml/kg de cristalóide (pelo menos 1800mL)?
Avalia sinais congestivos antes de prescrever volume (ausculta torácica)?
C. TRATAMENTO DA INFECÇÃO
Colhe hemoculturas (duas amostras)?
Envia material da ferida cirúrgica para cultura?
Prescreve antimicrobiano endovenoso com espectro adequado (vancomicina OU oxacilina + clindamicina)?
Solicita imagem de abdome (tomografia ou ultrassom) para avaliação de complicação cirúrgica?
D. IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DO CHOQUE
Reavalia os parâmetros hemodinâmicos?
Verbaliza de forma clara a suspeita diagnóstica de choque séptico?
Indica punção venosa central para prescrição de drogas vasoativas?
Prescreve noradrenalina de forma correta (acesso central, bomba de infusão, dose correta)?
Indica a transferência da paciente para UTI?
E. ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE E COMUNICAÇÃO
O líder organizou adequadamente o trabalho?
A comunicação foi clara, concisa e precisa?
A equipe utilizou Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequadamente?
As atitudes da equipe foram respeitosas e de apoio mútuo?
A equipe acolheu adequadamente a paciente e o(a) acompanhante?

D. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1. Operacionalização

Os medicamentos misoprostol 25mcg e misoprostol 200mcg, do Programa de Saúde da Mulher, são adquiridos pelo Ministério da Saúde (MS) e encaminhados à LIM – Logística

Inteligente de Medicamentos, empresa de logística da SES, que realiza o armazenamento e distribuição dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Estadual de Mato Grosso do Sul.

A distribuição será realizada pela Coordenadoria Estadual de Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica (CAFBE/CGAF/DGAE/SES-MS) aos estabelecimentos hospitalares. A distribuição ocorrerá por demanda, para reposição do estoque, na qual os hospitais farão a solicitação dos medicamentos utilizando formulário Google, por meio do link: <https://forms.gle/jUY3P5ipMDsBFc2k7>. Na ocasião, os hospitais solicitantes devem preencher todos os dados requisitados no formulário, segundo relação abaixo:

- Identificação do hospital solicitante (nome, endereço);
- CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde);
- identificação do farmacêutico responsável pelo pedido;
- Quantitativo solicitado de misoprostol 25mcg e/ou misoprostol 200mcg, sempre considerando o envio da caixa fechada;

Deverão ainda anexar o Cadastro Especial de Misoprostol, emitido por autoridade sanitária competente, dentro da validade estabelecida e o Protocolo de Uso de Misoprostol da Instituição.

A liberação do medicamento ocorrerá conforme avaliação da Assistência Farmacêutica Estadual mediante avaliação do formulário eletrônico preenchido pela unidade hospitalar.

A cada nova solicitação, a prestação de contas constante no mesmo formulário eletrônico deverá ser enviada tomando como referencial o estoque utilizado após a última solicitação (nome da paciente, quantidade utilizada e justificativa de uso conforme indicações recomendadas pelo Ministério da Saúde ou Protocolos Institucionais).

2. Programação

O MS realiza trimestralmente um levantamento por meio de Formulário de Monitoramento, junto aos estados e municípios que recebem diretamente do Ministério da Saúde os medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher. Nessa programação, é relatado ao MS as informações de consumo fornecidas pela SES-MS, que deve conter a demanda dos municípios com população inferior a 500 mil habitantes, estabelecendo valores de referência para o ano vigente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRIGHT CM, MEHTA ND, ROUSE DJ, HUGHES BL. Sepsis in pregnancy: identification and Management. **J Perinat Neonatal Nurs**. 2016;30(2):95-105.

BOWYER L, ROBINSON HL, BARRETT H, *et al.*. SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**. 2017 Oct;57(5):540-551.

BRASIL. **Protocolo Misoprostol**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. 1ª edição, 2012. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf.

CENTRO de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-MATER. **Protocolo do Núcleo de Segurança do Paciente (PRO NPS 003)**: Código Amarelo – Protocolo de Atendimento à Sepse em Adultos. Ribeirão Preto: Sistema Qualis de Gestão da Qualidade / Módulo Gestão de Documentos; 2021.

CENTRO de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-MATER. **Protocolo do Núcleo de Segurança do Paciente (PRO NPS 002)**: Código Laranja – Protocolo de Atendimento às síndromes hipertensivas. Ribeirão Preto: Sistema Qualis de Gestão da Qualidade / Módulo Gestão de Documentos; 2021.

FEDERAÇÃO Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Atendimento Inicial à Eclâmpsia**. 2018. Disponível em:
<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/329-atendimento-inicial-a-eclampsia>.

FEDERAÇÃO Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Hemorragia pós-parto**. São Paulo: FEBRASGO; 2021 Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 36/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas.

INTERNATIONAL Confederation of Midwives, International Federation of Gynecology and Obstetrics. Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings. **Int J Gynecol Obstet** 2007;97(2):160–3

LALONDE A; International Federation of Gynecology and Obstetrics. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. **Int J Gynaecol Obstet**. 2012;117(2):108-18

MORRIS JL, WINIKOFF B, DABASH R, WEEKS A, FAUNDES A, GEMZELL-DANIELSSON K, KAPP N, CASTLEMAN L, KIM C, HO PC, VISSER GHA. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. **Int J Gynaecol Obstet**. 2017; 138(3): 363-366

PAGANOTI CF, MOISÉS ECD, NEVES FF, MATTAR R, FRANCISCO RPV, QUINTANA SM, BORGES VTM. **Curso teórico-prático das emergências obstétricas Sogesp**: manual de orientação para o curso teórico-prático de emergências obstétricas / [organização Cristiane Muniz Leal]. -- 1. ed. -- São Paulo: SOGESP - Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo, 2020. ISBN 978-85-68096-10-9

PORTAL de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Sepse:** sinais precoces de infecção. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/sepse-materna-sinais-precoces-de-infeccao/>.

SINGER M, DEUTSCHMAN CS, SEYMOUR CW, SHANKAR-HARI M, ANNANE D, BAUER M, BELLOMO R, BERNARD GR, CHICHE JD, COOPERSMITH CM, HOTCHKISS RS, LEVY MM, MARSHALL JC, MARTIN GS, OPAL SM, RUBENFELD GD, VAN DER POLL T, VINCENT JL, ANGUS DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA**. 2016; 315(8): 801- 10.

SOCIETY for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Plante LA, Pacheco LD, Louis JM. **Sepsis during pregnancy and the puerperium**. SMFM Consult Series #47: Sepsis during pregnancy and the puerperium. Am J Obstet Gynecol 2019;220: B2–10.

TAVARES AB, AVILA AN, SANTOS ACCC, VITOY B, MUCIO B, PAGANOTI CF, MOISÉS ECD, CIROLINI E, OLIVEIRA ECG, OSANAN GC, PADILLA H, SILVA HC, MEYER JF, VIEIRA LB, REIS MI, MAGALHAES PPR, FRANCISCO RPV, DELFINO SM, QUINTANA SM, MEDEIROS SCG, DUTRA TMLS. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2018. 80p.

UNÇALP O, SOUZA JP, GÜLMEZOGLU M; World Health Organization. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage. **Int J Gynaecol Obstet**. 2013;123(3):254-6.

VOGEL JP, OLADAPO OT, DOWSWELL T, GÜLMEZOGLU AM. Updated WHO recommendation on intravenous tranexamic acid for the treatment of post-partum haemorrhage. **Lancet Glob Health**. 2018 Jan;6(1): e18-e19.

WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage: an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. **The Lancet**. 389(10084):2105-2116.

WORLD Health Organization. **Statement on Maternal Sepsis:** recognizing the need to foster new thinking and to catalyse greater action to address this important cause of maternal mortality. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254608/WHO-RHR-17.02-eng.pdf;jsessionid=D15F0F96EE28D7EE01BD276E1AF7C368?sequence=1>

World Health Organization. **WHO Recommendation on Tranexamic Acid for the Treatment of Postpartum Haemorrhage**. Geneva: World Health Organization; 2017

WORLD Health Organization. **WHO recommendations:** Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2018.

WORLD Health Organization. **WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020.

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

ANEXO II

MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	KIT COM 3 CAIXAS
AGUA CLARA	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA APARECIDA	1
AMAMBAI	HOSPITAL REGIONAL AMAMBAI	1
ANASTACIO	ABRAMASTACIO	1
ANAUROLANDIA	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS	1
ANGELICA	ABA	1
ANTONIO JOAO	HOSPITAL MUNICIPAL DR ALTAIR DE OLIVEIRA	1
APARECIDA DO TABOADO	HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA	1
AQUIDAUANA	HOSPITAL DA CIDADE	1
ARAL MOREIRA	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUZIA	1
BATAGUASSU	SANTA CASA DE BATAGUASSU	1
BATAIPORA	HOSPITAL SAO LUCAS	1
BELA VISTA	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULA	1
BODOQUENA	HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO SALES	1
BONITO	HOSPITAL JOAO BIGATON	1
BRASILANDIA	HOSPITAL JULIO MAIA	1
CAARAPO	HOSPITAL SAO MATEUS	1
CAMAPUA	SOCIEDADE DE PROT MAT INFANCIA DE CAMAPUA	1
CAMPO GRANDE	AAMI	1
CAMPO GRANDE	HRMS	1
CAMPO GRANDE	HUMAP-UFMS	1
CAMPO GRANDE	SANTA CASA	1
CARACOL	HOSPITAL BENEFICENTE RITA ANTONIA MACIEL GODOY	1
CASSILANDIA	SANTA CASA DE CASSILANDIA	1
CHAPADAO DO SUL	HOSPITAL MUNICIPAL DE CHAPADAO DO SUL	1

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

CORONEL SAPUCAIA	HOSPITAL MUNICIPAL CORONEL SAPUCAIA	1
CORUMBA	SANTA CASA DE CORUMBA	1
COSTA RICA	FUNDACAO HOSPITALAR DE COSTA RICA	1
COXIM	HOSPITAL REGIONAL DR ALVARO FONTOURA SILVA	1
DEODAPOLIS	HOSPITAL MUNICIPAL CRISTO REI	1
DOURADOS	HU-UFGD	1
DOURADOS	HOSPITAL EVANGELICO DR SRA GOLDSBY KING	1
ELDORADO	FUNDACAO HOSPITALAR DE ELDORADO TEREZINHA APARECIDA PIROLI	1
FATIMA DO SUL	HOSPITAL DA SIAS	1
FIGUEIRAO	HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA SILVERIA	1
GLORIA DE DOURADOS	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA GLORIA	1
GUIA LOPES DA LAGUNA	HOSPITAL EDELMIRA NUNES DE OLIVEIRA-ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS	1
IGUATEMI	HOSPITAL SAO JUDAS TADEU	1
INOCENCIA	HOSPITAL E MATERNIDADE DE INOCENCIA	1
ITAPORA	HOSPITAL MUNICIPAL LOURIVAL NASCIMENTO DA SILVA	1
ITAQUIRAI	HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ITAQUIRAI	1
IVINHEMA	HOSPITAL MUNICIPAL DE IVINHEMA	1
JARDIM	HOSPITAL MARECHAL RONDON	1
JATEI	HOSPITAL SANTA CATARINA	1
JUTI	HOSPITAL MUNICIPAL SANTA LUZIA	1
LAGUNA CARAPA	HOSPITAL MUNICIPAL DE LAGUNA CARAPA	1
MARACAJU	HOSPITAL SORIANO CORREA DA SILVA	1

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

MIRANDA	HOSPITAL MUNICIPAL DE MIRANDA RENATO ALBUQUERQUE FILHO	1
MUNDO NOVO	HOSPITAL BENEFICENTE DR BEZERRA DE MENEZES	1
NAVIRAI	HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI	1
NOVA ALVORADA DO SUL	HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCA ORTEGA	1
NOVA ANDRADINA	FUNDACAO SERVICOS DE SAUDE DE NOVA ANDRADINA FUNSAU NA	1
NOVO HORIZONTE DO SUL	HOSPITAL E MATERNIDADE NOVO HORIZONTE	1
PARANAIBA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARANAIBA	1
PARANHOS	HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	1
PEDRO GOMES	HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	1
PONTA PORA	HOSPITAL REGIONAL DR JOSE DE SIMONE NETTO	1
PORTO MURTINHO	HOSPITAL MUNICIPAL OSCAR RAMIRES PEREIRA	1
RIBAS DO RIO PARDO	HOSPITAL 19 DE MARCO	1
RIO BRILHANTE	HOSPITAL E MATERNIDADE DE RIO BRILHANTE	1
RIO NEGRO	HOSPITAL E MAT IDIMAQUE PAES FERREIRA	1
RIO VERDE DE MATO GROSSO	HOSPITAL GERAL PAULINO ALVES DA CUNHA	1
SAO GABRIEL DO OESTE	HOSPITAL MUNICIPAL JOSE VALDIR ANTUNES DE OLIVEIRA	1

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM E UTILIZAÇÃO DAS CAIXAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Nas instituições com atendimento a gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul

SELVIRIA	HOSPITAL MUNICIPAL DE SETE QUEDAS	1
SIDROLANDIA	SOCIEDADE BENEFICENTE DONA ELMIRIA SILVERIO BARBOS	1
SONORA	HOSPITAL RACHID SALDANHA DERZI	1
TACURU	HOSPITAL MUNICIPAL SAO SEBASTIAO	1
TRES LAGOAS	HOSPITAL REGIONAL DA COSTA LESTE MAGID THOME	1
TRES LAGOAS	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	1
VICENTINA	HOSPITAL MUNICIPAL MARIA DOS SANTOS BASTOS	1