

Estado de São Paulo

Seção I

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 192 – DOE – 05/10/21 - seção 1 – p.158

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Republicação da Deliberação CIB nº 123, de 28-09-2021, publicada em 29/09/2021 pela alteração no Fluxograma: Manejo da SEPSE na gestação.

Considerando a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 3, de 17/10/2017, em seu Anexo II – Rede Cegonha, Art. 2º, inciso V, que tem como princípio a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, homens, jovens e adolescentes;

Considerando a Resolução RDC nº 36, de 03/06/2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

Considerando a Portaria nº 344, de 12/05/1998, que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;

Considerando a Portaria CVS - 2, de 14/03/2005, que dispõe sobre a comercialização e o controle da substância misoprostol e de medicamentos que a contêm e dá providências correlatas;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 2, de 28/09/2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) – TÍTULO III Das normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) – TÍTULO V Do Custeio da Assistência Farmacêutica;

Considerando a Portaria nº 3.193, de 09/12/2019, que altera a Portaria de Consolidação nº 06 GM/MS, de 28/09/2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP, em sua 315ª reunião ordinária realizada em 23/09/2021, aprova a Nota Técnica CIB – Orientações para Montagem das Caixas de Emergências, nas instituições com atendimento a mulheres gestantes e puérperas (hospitais e maternidades), no âmbito do Estado de São Paulo, conforme Anexo I.

ANEXO I

NOTA TÉCNICA CIB

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM DAS CAIXAS DE EMERGÊNCIAS, NAS INSTITUIÇÕES COM ATENDIMENTO A MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS (HOSPITAIS E MATERNIDADES), NO ÂMBITO DO ESTADO DE SÃO PAULO.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL: para montagem dos três tipos de caixas de emergências:

1.1 Dimensões das caixas e material:

- Caixa plástica transparente de **19 litros** (volume).

1.2 Identificação do tipo de caixa e sua cor:

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

Localização na instituição: pronto-atendimento, pré-parto, centro cirúrgico e obstétrico, unidade de internação (alojamento conjunto) 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: Enfermagem

Autorizada reprodução por: Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-MATER. Procedimento Operacional da Enfermagem Geral (PO-TE ENF: 011): Técnica de Checagem dos Kits de Urgência Obstétrica. Ribeirão Preto: Sistema Qualis de Gestão da Qualidade / Módulo Gestão de Documentos; 2021.

A. CAIXA DE EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

As síndromes hipertensivas na gestação são consideradas de grande importância para a questão de saúde pública, pois suas repercussões representam a terceira causa de mortalidade materna no mundo e a primeira no Brasil. São classificadas em: hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hipertensão arterial crônica com sobreposição de pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional. No Brasil, a prevalência de pré-eclâmpsia é de 3% a 10% das gestações.

A morbidade associada à pré-eclâmpsia e eclâmpsia inclui acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, coagulopatias e insuficiências renal, cardíaca e/ou hepática, podendo culminar com óbito materno e/ou fetal.

A gravidade da pré-eclâmpsia leva em consideração a presença de sinais e/ou sintomas de deterioração clínica, nas quais os principais parâmetros são:

- Crise hipertensiva: pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 160mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 110mmHg;
- Sinais de iminência de eclâmpsia: cefaleia, escotomas, fotofobia, fosfenas, hiperreflexia, dor epigástrica e/ou no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos;
- Eclâmpsia: convulsões tônico-clônicas ou coma em pacientes com pré-eclâmpsia, a qual pode ser o primeiro sinal dessa síndrome hipertensiva;
- Síndrome HELLP: hemólise aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia em pacientes com pré-eclâmpsia;
- Oligúria: diurese menor que 500 ml/24h;

- Insuficiência renal aguda: creatinina sérica maior ou igual a 1, 2mg/dL;
- Dor torácica;
- Edema agudo de pulmão.

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).
- Utilizar anti-hipertensivos de ação rápida (ver quadro abaixo), com o objetivo de reduzir a pressão arterial em 15% a 25% (PAS=140-150 mmHg, PAD=90-100mmHg). Evitar quedas bruscas de pressão arterial devido aos riscos maternos (acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio) e fetais (redução da perfusão uteroplacentária).
- Avaliação fetal por meio da ausculta dos batimentos cardíacos fetais e cardiotocografia (quando disponível). Dependendo dos resultados pode ser necessária interrupção da gestação. Neste caso, recomenda-se administração de corticoide conforme esquemas preconizados 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:

- Recomenda-se sulfato de magnésio para prevenção e recorrência de convulsões na eclâmpsia. Usar nos casos de iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP (hemólise, alteração das enzimas do fígado e plaquetopenia) e pré-eclâmpsia com deterioração clínica e/ou laboratorial, incluindo hipertensão arterial de difícil controle.
- Durante a administração de sulfato de magnésio, independentemente do esquema utilizado, devem ser feitos controles periódicos para vigilância de sinais de intoxicação pelo 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.
- A intoxicação por 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 <ul style="list-style-type: none"> • Bloqueador de canal de cálcio • Ação máxima em 30-40 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 comprimido 10 mg VO (ação rápida) • Avaliar PA em 30 minutos, se necessário repetir a dose (no máximo 50mg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos adversos: cefaleia, taquicardia • Uso em associação com sulfato de magnésio pode, raramente, causar hipotensão
Hidralazina <ul style="list-style-type: none"> • Ampola 20 mg • Relaxante arteriolar direto 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ampola diluída em 19 ml de Água destilada (1mg/mL) • Fazer 5 ml (5mg) em bolus (EV) • Observar PA a cada 20 minutos, s/n repetir (dose máxima de 30mg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos adversos: taquicardia, cefaleia, rubor facial
Nitroprussiato de Sódio <ul style="list-style-type: none"> • Vasodilatador arterial e venoso potente • Uso preferencial em UTI 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão • Uso restrito a casos graves e de difícil controle devido a risco de óbito fetal

3. Sulfato de magnésio (MgSO₄), apresentações:

- Ampolas com concentração de 50% com 10 ml (=5g de MgSO₄/ampola)
- Ampolas com concentração de 20% com 10 ml (=2g de MgSO₄/ampola)
- Ampolas a 10% com 10 ml (=1g de MgSO₄/ampola)

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
4g (8 ml a 50% ou 4 ampolas a 10%) diluídas em SF 0,9% ou SG 5% 100 ml - IV em 20 min + 10g IM - 1 amp a 50% em cada glúteo	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
4g (8 ml a 50% ou 4 ampolas a 10%) diluídas em SF 0,9% ou SG 5% 100 ml, via IV, infusão em 20 min	5 g (1 ampola a 50%, 10 ml) + 490mL de SG 5% (diluição de 1g em 100 ml) ou 10g (10 ampolas a 10%) + 400 ml de SG 5% (diluição de 2g em 100 ml): Infusão de 1-2g/h (bomba de infusão)
Antídoto para intoxicação por sulfato de magnésio	
Gluconato de cálcio a 10% (1 amp 10mL = 1g) – aplicar IV lentamente	

Observações:

- Se houver nova convulsão apesar 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 controle das convulsões, considerar diagnósticos diferenciais (por exemplo, AVC) com exame de imagem (tomografia computadorizada).
- Manter a sulfatação por 24 horas após o parto ou após a última crise convulsiva.

ATENÇÃO:

O esquema preferencial de utilização do sulfato de magnésio em unidades de baixa complexidade é o intravenoso + intramuscular (Pritchard), pois facilita a transferência para uma unidade de maior complexidade ou para a UTI, uma vez que o manejo 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:

- A comunicação de todos os detalhes do caso para unidade de destino esteja adequada;
- 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;
- Médico e enfermeiro acompanhem a transferência;
- Transporte seguro com recurso de suporte de vida (material para intubação, ventilação e reanimação) esteja disponível.

ITENS PARA CAIXA DE EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA:

ITEM	QUANTIDADE
Checklist	1
Abocath 20	1
Abocath 18	1
Abocath 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 ml	10 Ampolas
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

Autorizada reprodução por: 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.

<ul style="list-style-type: none"> • Kit de avaliação laboratorial de comprometimento sistêmico – Emergência Hipertensiva <ul style="list-style-type: none"> • (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);

B. CAIXA DE EMERGÊNCIA HEMORRÁGICA

A hemorragia pós-parto (HPP) ocorre em 5% a 10% das gestações e é a principal causa de morte materna no mundo e a segunda no Brasil. A maioria dos óbitos por HPP pode ser evitada pelo uso profilático de uterotônicos no terceiro período do parto e tratamento apropriado.

Define-se HPP como qualquer perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou maior que 1000 ml após parto cesariana, nas primeiras 24 horas pós-parto, ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica.

HPP maciça é o sangramento, nas primeiras 24 horas pós-parto, independentemente da via de parto, com qualquer das seguintes características: volume maior que 2000 ml; necessidade de transfusão de maior ou igual a 4 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 entre 24 horas e seis semanas pós-parto é classificada como HPP secundária e tem como causas mais frequentes infecção puerperal, doença trofoblástica gestacional, retenção de tecidos placentários e distúrbios hereditários de coagulação.

Etiologia da HPP

O mnemônico dos “4 Ts” destaca as quatro principais causas de HPP:

TÔNUS – Atonia uterina. Corresponde a 70% das causas de HPP.

TRAUMA – Lacerações (cervicais, vaginais, perineais), hematomas, inversão/ruptura uterina. Causam 19% das HPP.

TECIDO – Retenção placentária, restos placentários pós-dequitação; corresponde a 10% das HPP.

TROMBINA - Coagulopatias. Envolvidas em 1% da HPP.

“Hora De Ouro” na HPP

O conceito de “Hora de Ouro” foi adotado em obstetrícia com o intuito de reduzir a morbimortalidade por HPP por meio de intervenção precoce, agressiva e oportuna, uma vez que a taxa de sobrevivência é muito reduzida após esse intervalo. O controle do sítio de sangramento é a medida mais eficaz no tratamento da HPP. O objetivo do tratamento precoce da HPP é evitar a “tríade letal do choque hipovolêmico”: hipotermia, coagulopatia e acidose.

Conduta inicial da HPP – medidas gerais

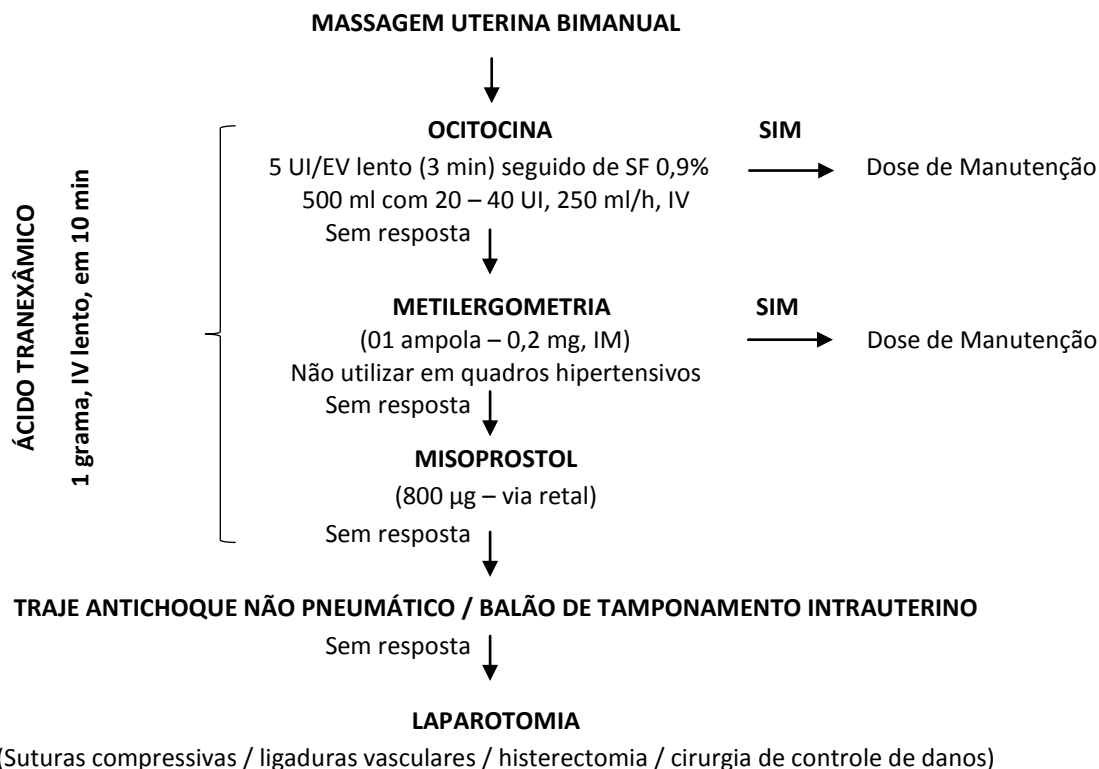
- Solicitar ajuda
- Massagem uterina
- Acessos intravenosos calibrosos bilateralmente (jelcos 14 ou 16)
- Coleta de exames

- 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 e 01 check list (anexo 2) 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
Three-way + extensor	02 unidades
Ocitocina (5UI/1 mL)	08 ampolas
Metilergometrina (0,2 mg/mL)	02 ampolas de 1 mL
Misoprostol 200mcg/cp	04 comprimidos
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
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

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

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.

Misoprostol

O Misoprostol é um medicamento análogo sintético da prostaglandina E1 com ação de maturação do colo uterino e contração da musculatura uterina. Na assistência à saúde da mulher, é utilizado para indução do parto, abortamento, interrupção da gestação, profilaxia e tratamento da hemorragia pós-parto. A utilização racional do Misoprostol contribui para boa prática clínica no tratamento farmacológico e tem indicação nos 3 (três) trimestres de gestação e no pós-parto.

Com o objetivo de melhorar a Saúde Materna e os preceitos fundamentais da Rede Cegonha, a Coordenação da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (COSMU/MS) e a Área Técnica da Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ATSM/SP) entendem que a compra centralizada dos medicamentos Misoprostol 25 mcg e 200 mcg é estratégica e que sua utilização deve obedecer ao Protocolo do Uso do Misoprostol em Obstetrícia.

O Protocolo atual para utilização de Misoprostol em Obstetrícia (**Figura 2**) está disponível em: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-03/FIGO%20Dosage%20Chart%20%20-%20PORTUGUESE.pdf>

Figura 2 – Protocolo da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) para uso de misoprostol na gestação. No Brasil, não há liberação do medicamento por via oral ou sublingual. No item em que se lê esta recomendação para hemorragia pós-parto, deve-se considerar a utilização via retal.

 MISOPROSTOL SOZINHO REGIMES RECOMENDADOS 2017			
< 13 semanas de gestação	13–26 semanas de gestação	> 26 semanas de gestação ⁹	Uso pós-parto
Interrupção da gravidez^{a,b,1} 800 µg VSI a cada 3 horas ou VV*/VB a cada 3–12 horas (2–3 doses)	Interrupção da gravidez^{1,5,6} 13–24 semanas: 400 µg VV*/VSI/VB a cada 3 horas ^{a,c} 25–26 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas ^f	Interrupção da gravidez^{1,5,9} 27–28 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas ^g > 28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB a cada 6 horas	Profilaxia da hemorragia pós-parto (HPP)^{1,2,10} 600 µg VO (x1) ou prevenção secundária da HPP^{1,11} (perda de sangue aprox. ≥ 350 ml) 800 µg VSI (x1)
Aborto retido^{c,2} 800 µg VV* a cada 3 horas (x2) ou 600 µg VSI a cada 3 horas (x2)	Morte fetal^{4,9,1,5,6} 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4–6 horas	Morte fetal^{2,9} 27–28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas ^f > 28 semanas: 25 µg VV* a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas ^h	Tratamento da HPP^{1,2,10} 800 µg VSI (x1)
Aborto incompleto^{a,2,3,4} 600 µg VO (x1) ou 400 µg VSI (x1) ou 400–800 µg VV* (x1)	Aborto inevitável^{a,2,3,5,6,7} 200 µg VV*/VSI/VB a cada 6 horas	Indução do parto^{h,2,9} 25 µg VV* a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas	
Preparação cervical para aborto cirúrgico^d 400 µg VSI 1 hora antes do procedimento ou VV* 3 horas antes do procedimento	Preparação cervical para aborto cirúrgico^a 13–19 semanas: 400 µg VV 3–4 horas antes do procedimento > 19 semanas: tem que ser combinado com outras modalidades		

Referências

- a WHO Clinical practice handbook for safe abortion, 2014
- b von Hertzen et al. Lancet, 2007; Sheldon et al. 2016 FIAPAC abstract
- c Gemzell-Danielsson et al. IJGO, 2007
- d Sääv et al. Human Reproduction, 2015; Kapp et al. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010
- e Dabash et al. IJGO, 2015
- f Peritt et al. Contraception, 2013
- g Mark et al. IJGO, 2015
- h WHO recommendations for induction of labour, 2011
- i FIGO Guidelines: Prevention of PPH with misoprostol, 2012
- j Raghavan et al. BJOG, 2015
- k FIGO Guidelines: Treatment of PPH with misoprostol, 2012

Notas

- 1 Se a mifepristona estiver disponível (preferencial), siga o regime posológico prescrito para mifepristona + misoprostol
- 2 Incluído na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS
- 3 No caso de aborto incompleto/inevitável, a mulher deve receber um tratamento baseado em seu tamanho uterino e não na idade gestacional determinada por data da última menstruação (DUM)
- 4 Deixar surtir efeito durante 1 ou 2 semanas exceto no caso de hemorragia excessiva ou infecção
- 5 Pode ser administrada uma dose adicional caso a placenta não tenha sido expulsa 30 minutos após a expulsão fetal
- 6 Vários estudos limitaram a dosagem a 5 doses; a maioria das mulheres apresentaram expulsão total antes da utilização das 5 doses, mas outros estudos continuaram para além das 5 doses e obtiveram uma taxa de sucesso total superior sem problemas de segurança
- 7 Incluindo rotura das membranas quando parto for indicado
- 8 Seguir o protocolo local no caso de cesárea previa ou calcitra uterina transmurais
- 9 Se apenas estiverem disponíveis comprimidos de 200 µg, podem ser preparadas doses inferiores dissolvendo-os em água (ver www.misoprostol.org)
- 10 Se não estiver disponível oxitocina ou se as condições de conservação forem inadequadas
- 11 Opção para programas comunitários

Via de administração

VV: via vaginal
VSI: sublingual (por baixo da língua)
VO: oral
VB: bucal (entre a bochecha)

* Evitar VV (via vaginal) no caso de hemorragia e/ou sinais de infecção

A via retal não está incluída como via recomendada devido ao perfil farmacocinético não estar associado à melhor eficácia por esta via.

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

C. CAIXA EMERGÊNCIA – SEPSE

Sepse materna é uma condição potencialmente fatal, definida pela Organização Mundial da Saúde em 2017 como a “disfunção orgânica resultante de infecção durante a gravidez, parto, pós-aborto ou pós-parto”. É uma síndrome caracterizada por uma resposta

inflamatória exacerbada e desregulada do organismo a uma infecção. No Brasil os casos de sepse respondem por cerca de 25% da ocupação dos centros de terapia intensiva, com uma alta mortalidade (em torno de 65%), segundo dados do Instituto Latino-Americano de Sepse (www.ilas.org.br).

Além de causarem 11% das mortes maternas, as infecções complicam o quadro clínico materno em outros agravos de saúde que causam morte materna. As infecções podem ser de origem obstétrica (corioamnionite, infecção puerperal, aborto infectado, tromboflebite pélvica) ou não obstétrica (resultando de infecções que acometem outros sítios): pielonefrite, pneumonia, fascite, apendicite, colecistite). Incluem-se também as infecções hospitalares: infecção urinária associada ao cateter, pneumonia por utilização de respirador, infecção de sítio cirúrgico.

Diagnóstico

O diagnóstico de sepse é predominantemente 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)⁷, 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 de pós-parto. Uma pontuação maior ou igual a 2 (dois) deve indicar suspeita de sepse.

Escore omqSOFA 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, Rubinfeld 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 caracterização de 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 omSOFA 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, Cooper-Smith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubinfeld 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, 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.

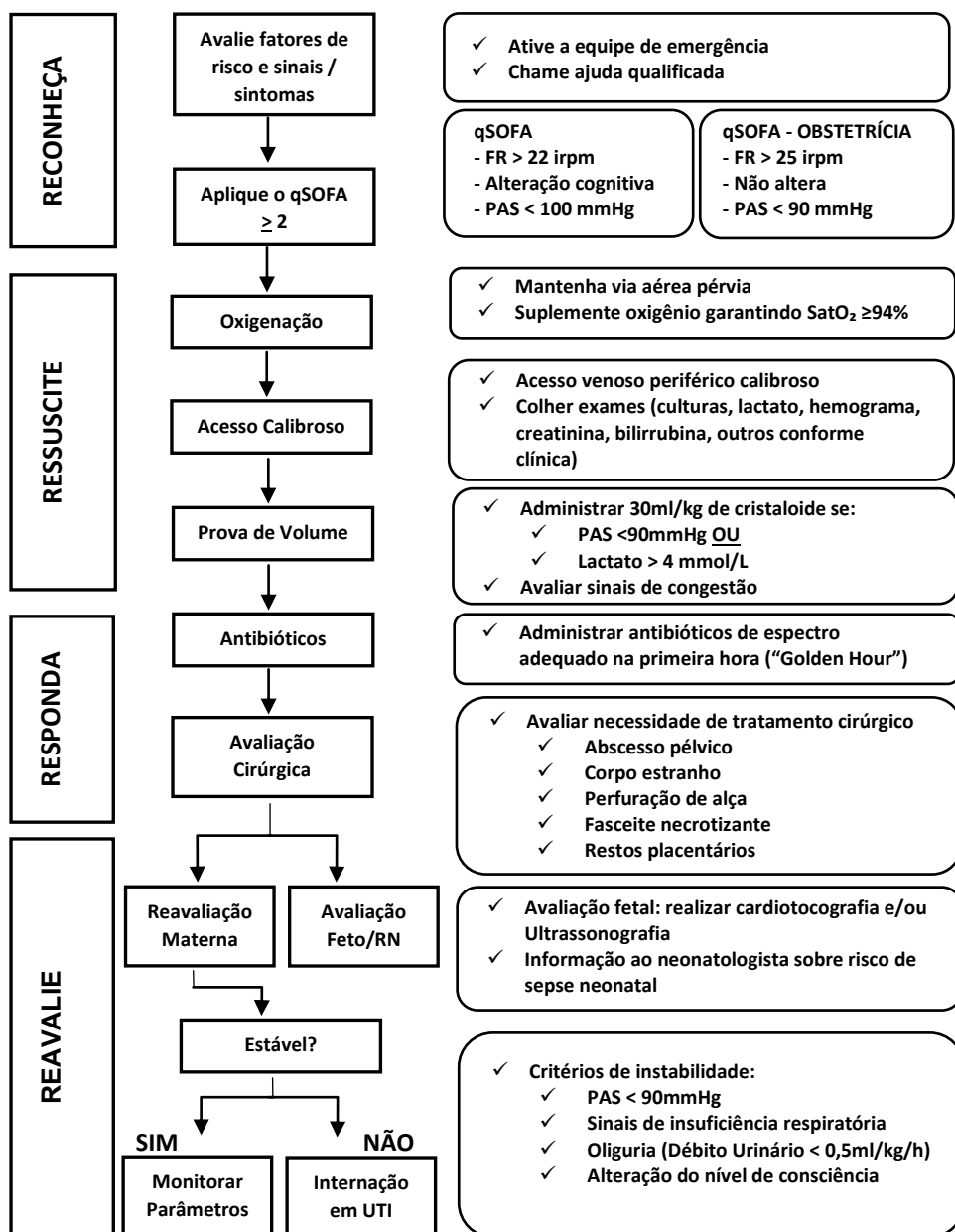
Causas comuns de sepse e esquema de antibiótico sugerido para o tratamento

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

CAUSAS	MICRO-ORGANISMO	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.
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 metilina, 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 metilina, 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

ITENS PARA CAIXA DE SEPSE:

Item	Quantidade
Checklist (anexo 3)	01
Termômetro digital	01
Cateter Intravenoso (Jelco) nº 14	01
Cateter Intravenoso (Jelco) nº 16	01
Cateter Intravenoso (Jelco) 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
Mascara 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
Luvas Estéreis	02 pares
Atadura de Gazes Estéreis	02
Solução Clorexidina Aquosa	01
Eletrodos descartáveis	05
Luvas de procedimento	08 pares
Almotolia de álcool	01
Bolas de algodão	01

Autorizada reprodução por: 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.

Kit de avaliação laboratorial de comprometimento sistêmico – Sepse 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

Autorizada reprodução por: 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.

CHECKLIST – MANEJO DE URGÊNCIA HIPERTENSIVA

A. AJUDA / AVALIAÇÃO INICIAL
Verbalização clara do diagnóstico para equipe / comunicar ao acompanhante
Chamar obstetra / hospitalista / enfermeiro e técnico de enfermagem imediatamente
B. BÁSICO / MEDIDAS GERAIS INICIAIS
Cateterização de 2 acessos calibrosos (J 16 ou 14)
Proteger vias aéreas com cânula de Guedel
Virar a cabeça da paciente de lado, evitando aspiração
Oxigenoterapia: (8-10 L/min.) em máscara facial
Monitorização materna contínua
Exames para pesquisa de S. 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
C. PROTEÇÃO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SULFATO DE MAGNÉSIO 50%)
Dose de ataque
1. Esquema Pritchard (transporte): 4g IV (bolo), administradas lentamente (10 a 15 minutos) + 10g IM (5g em cada nádega).
ou
2. Esquema Zuspan: 4g IV (bolo), administradas lentamente (10 a 15 minutos).
Preparação da medicação: 1 ampola contém 10mL e 5g de sulfato de magnésio. Diluir 8mL de sulfato de magnésio a 50% (4g) em 12 mL de água destilada. Concentração final 4g/20mL. Infundir a solução por via intravenosa lentamente.
Dose de manutenção (24 horas após o parto ou última crise convulsiva)
1. Esquema Pritchard 5g IM (alternando a nádega), a cada 4h.
ou
2. Esquema Zuspan: 1 g/hora EV, em bomba de infusão contínua (BIC).
Preparação da medicação: 1 ampola (10mL, que contém 5g) diluído em 490mL de soro fisiológico a 0,9%. Concentração final 1g/100mL. Infundir a solução por via intravenosa na velocidade de 100mL por hora.
Condições de aplicabilidade: presença de reflexo (patelar), frequência respiratória (maior que 12mov/min.), diurese de 100mL /4 horas (25mL/hora).
Antídoto: Gluconato de cálcio 10% - 1g por via endovenosa – 10mL – administrado lentamente.
D. 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.
E. EXAMES LABORATORIAIS E REAVALIAÇÃO CLÍNICA
Checagem de resultados laboratoriais.
Discutir seguimento clínico ou resolução da gestação de acordo com as condições maternas e fetais

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

CHECKLIST – MANEJO INICIAL DA SEPSE

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 pra cálculo do SOFA (hemograma, gasometria, creatinina e bilirrubina)?
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 produtos para saúde da mulher – misoprostol 25mcg e misoprostol 200mcg – adquiridos pelo Ministério da Saúde serão encaminhados ao Almoxarifado Central da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica- SES/SP.

A distribuição será realizada pelo operador logístico do Almoxarifado Central da CAF-SES/SP aos estabelecimentos hospitalares.

Ainda, vale ressaltar que caso o Ministério da Saúde (MS) realize as entregas de forma parcelada ou irregular, haverá reflexo na distribuição no estado. As reposições trimestrais serão atendidas mediante estoque e não haverá entrega retroativa vez que o MS realiza apenas atendimento do período vigente.

As reposições trimestrais dos hospitais serão entregues nos endereços cadastrados no banco de dados da CAF-SES/SP. Caso exista necessidade de alteração do endereço de entrega, durante o exercício de 2021, o hospital deverá encaminhar manifestação formal através de ofício à CAF-SES/SP, por intermédio dos NAF-DRS-SES/SP, informando: nome do município, CNPJ e endereço atualizado.

O fluxo descrito nesta nota técnica passará a vigorar a partir do segundo semestre de 2021.

2. PROGRAMAÇÃO

O sistema informatizado que será utilizado para programação é o FARMANET - Saúde da Mulher.

A Programação será realizada anualmente e estabelecerá valores de referência para o ano vigente.

Os estabelecimentos hospitalares deverão validar as quantidades anuais conforme a necessidade e/ou particularidade do serviço.

Pedido de Reposição Trimestral

Os pedidos de reposição serão trimestrais, os hospitais poderão ajustar as quantidades conforme a necessidade no Sistema FARMANET - Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. Protocolo Misoprostol. 1ª edição, 2012.

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf

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

FEBRASGO – ATENDIMENTO INICIAL À ECLÂMPSIA. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/329-atendimento-inicial-a-eclampsia>

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

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.

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.

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

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

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

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.

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

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.

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.

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>)

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.

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Cooper-Smith 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.

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.

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.

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