



I Simpósio Estadual de Prevenção do Óbito Materno e Infantil'

Vigilância do Óbito Materno e Infantil - SES/MS

30 de maio de 2023

ADRIANA DIAS

Enfermeira gestora de saúde

Coordenadora do Grupo de Enfrentamento à morte materna, infantil e fetal de São Paulo

Vice – presidente do Comitê de vigilância à morte materna, infantil e fetal de São Paulo

Membro do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha de São Paulo

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Atualmente não recebo qualquer forma de pagamento ou auxílio financeiro de entidade pública ou privada para pesquisa ou desenvolvimento de métodos diagnósticos e terapêuticos ou ainda, honorários como consultor de indústria farmacêutica.

A mortalidade materna ainda evidencia as desigualdades de gênero, nas questões de acesso, o caráter prevenível, considerando a importância de se estabelecer ações intersetoriais que garantam a qualidade do acesso à saúde a toda população.



OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

17 OBJETIVOS PARA TRANSFORMAR NOSSO MUNDO

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



UM NOVO OBJETIVO GLOBAL PARA REDUZIR AS MORTES MATERNAS

216 mulheres morreram a cada 100.000 nascidos vivos em 2015



Objetivo: < **70 mortes** para cada 100.000 nascidos vivos em **2030**

Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.1

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESP

Objetivo: < **35 mortes** para cada 100.000 nascidos vivos em **2023**

WHO, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), World Bank Group e United Nations Population Division, 2015

3 SAÚDE E BEM-ESTAR



Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todos em todas as idades.

01

- Rede de serviços e cuidado

02

- Saúde Reprodutiva – materna, neonatal , infantil

03

- Parto seguro e respeitoso

Ações redução da mortalidade materna, infantil e fetal

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL





Atuação dos Comitês de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal

NACIONAL

GESTÃO INFORMAÇÃO SIM - SINASC, NORMATIZAÇÃO TÉCNICA (INSTRUMENTOS E FLUXOS) RETROALIMENTAÇÃO DADOS.

ESTADUAL

SISTEMA INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS (NOTIFICANTE) ENVIO NÍVEL FEDERAL, ANÁLISE DOS DADOS, RETROALIMENTAÇÃO, DIVULGAÇÃO INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS, **EXECUÇÃO DAS AÇÕES**

REGIONAIS

OBRIGATORIEDADE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÕES;
RECOMENDAÇÕES CONJUNTAS ACIONANDO COMITÊS REGIONAIS, MUNICIPAIS E INSTITUCIONAIS;
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO;
APOIO DIRETO COMITÊ ESTADUAL;
TRABALHO ARTICULADO;

MUNICIPAIS

INSTITUCIONAIS



Grupo de Enfrentamento à Morte Materna, Infantil e Fetal
CCD/SES SP



Redes Temáticas de atenção à Saúde - São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010)

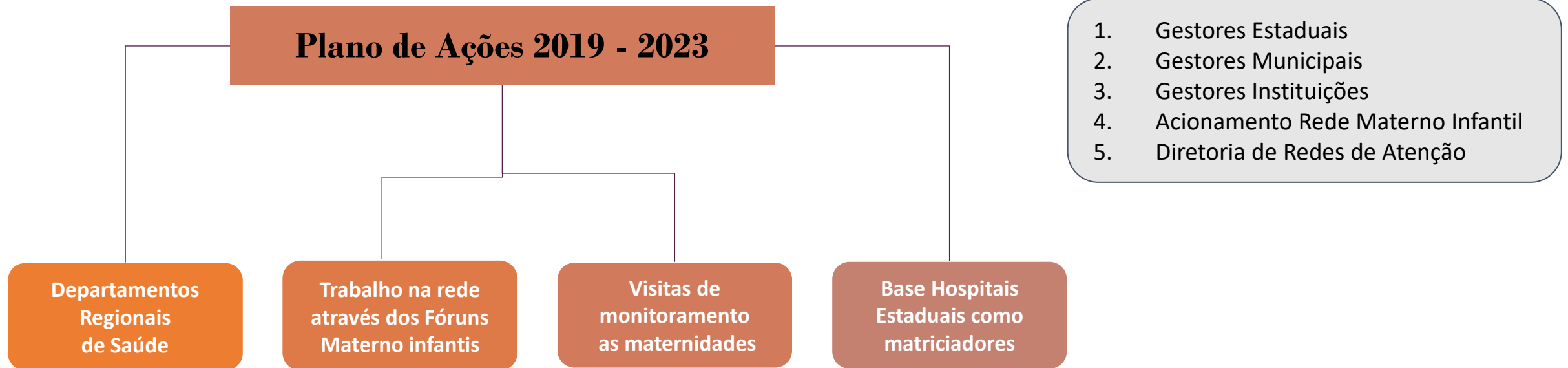
Rede de Atenção às Gestantes, puérperas e Recém nascidos



Grupo de Enfrentamento à Morte Materna, Infantil e Fetal
CCD/SES SP



Grupo de Enfrentamento à Morte Materno Infantil e fetal de São Paulo



MPF – Qualificação Assistência Materno infantil - C 1.34.001.007752/2013-81
MPF - Mortalidade Materna - IC 1.34.001.007057.2019-12

Estratégia de trabalho na Rede Materno Infantil para o Estado de São Paulo



Grupo de Enfrentamento à Morte
Materna, Infantil e Fetal
CCD/SES SP



COMITÊ ESTADUAL DE VIGILÂNCIA À MORTE
MATERNA, INFANTIL E FETAL DE SÃO PAULO

Rede Hospitalar

Atenção Primária

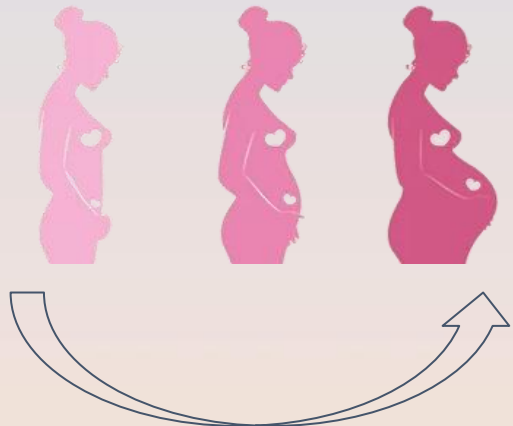
Monitoramento das regiões

**Departamentos e
Coordenadorias Regionais**

**Vigilância Sanitária e
Epidemiológica**

Comitês de Vigilância

Apoiadores de território



**Referência e
Contrarreferência**

Rede Especializada

Secretaria Estadual e Municipal

Rede de serviço InterSetorial

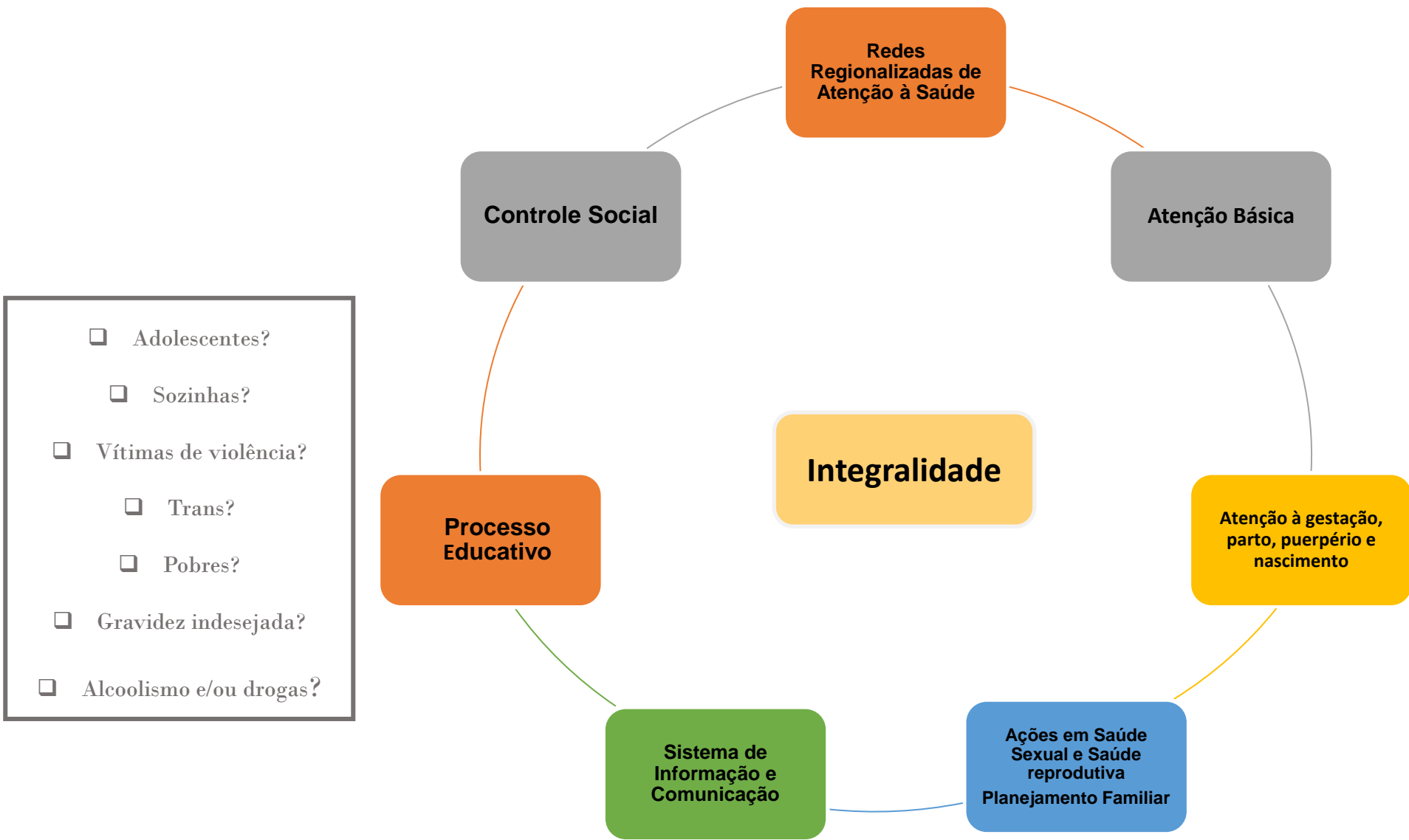
Planejamento

Articulação em Rede

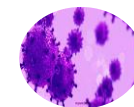


**GRUPO DE ENFRENTAMENTO À
MORTE MATERNA, INFANTIL E
FETAL DE SÃO PAULO
CCD/ SESSP**

Estratégia de trabalho na Rede Materno Infantil para o Estado de São Paulo



Grupo de Enfrentamento à Morte Materna, Infantil e Fetal
CCD/SES SP



Estratégias de redução de MM - "The three delays Model"



1ª

DECISÃO DA MULHER E SUA REDE DE APOIO

2ª

CHEGAR A UNIDADE DE CUIDADOS ADEQUADOS

3ª

RECEBER CUIDADOS ADEQUADOS INSTITUIÇÃO
DE REFERÊNCIA

1ª

HIPERTENSÃO ADTERIAL ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ

2ª

HEMORRAGIAS

3ª

SEPSE

4ª

ABORTOS INSEGUROS

Diário Oficial

Estado de São Paulo

Palácio dos Bandeirantes

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

Poder Executivo

Seção I

Nº 125 - DOE de 28/06/22 - Seção 1 – p.38

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Deliberação CIB nº 60, 27-06-2022

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;

(Fica revogada a Deliberação CIB 123, de 28/09/2021, publicada em 29/09/2021).

[A Nota Técnica estará disponível no Portal da SES/SP, no endereço eletrônico:
https://bit.ly/deliberacaoCIB_60_2022](https://bit.ly/deliberacaoCIB_60_2022)

NOTA TÉCNICA CIB

Deliberação CIB 60, de 27.06.2022, publicada em 27.06.2022.

ORIENTAÇÕES PARA MONTAGEM DAS CAIXAS DE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS, 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

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS – PACOTES DE ATENDIMENTO



EMERGÊNCIAS
HIPERTENSIVAS

- ✓ Contextualização – capacitação equipes
- ✓ Protocolos de resposta rápida
- ✓ Checklist



HEMORRAGIA

- ✓ Acesso as medicações e materiais
- ✓ Gestão de atendimento – especificidade
- ✓ Elaboração de indicadores



SEPSE

- ✓ Acompanhamento
- ✓ Desvio das ações

CAIXAS DE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Principais causas de MM no Brasil

Emergências Hipertensivas 1ª causa

Hemorragia Pós-Parto 2ª causa

Sepse 3ª causa

Caixas de emergência – indispensáveis pois contém todos **medicamentos** - materiais que deverão ser utilizados.

Capacitação para os equipamentos hospitalares



EMERGENCIA HIPERTENSIVA

CÓDIGO LARANJA



IMINÊNCIA DE ECLAMPSIA/ECLAMPSIA

Crise hipertensiva associada a cefaleia, escotomas, epigastralgia

HELPP SINDROME – Eclampsia grave com hemólise

Crise hipertensiva associada plaquetopenia, alterações de enzimas hepáticas, hemólise

CIVD – Rotura hepática, insuficiência renal, insuficiência respiratória, AVCH

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA SEM SINASI DE PRÉ ECLAMPSIA

CAIXA DE EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

CÓDIGO LARANJA

Conteúdo da caixa:

1. Protocolo/checklist: 1 fluxograma e 1 checklist com espaço para anotar data de vencimento e/ou troca, 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	<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 Ampola 20 mg; Relaxante arteriolar direto	<ul style="list-style-type: none"> 1 ampola (20mg/mL) diluída em 19 ml de água destilada (solução final: 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 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).



EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

CÓDIGO LARANJA

- **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	



Transporte e sua importância

ITENS PARA CAIXA DE EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA:

ITEM	QUANTIDADE
Checklist (anexo 1)	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 Seringa 20ml / Agulha de AspiraçãoSoro Fisiológico 10ml (2 amp)	1 Ampola 1 / 1 2
MgSO4 – Sulfato de Magnésio – 10 ml	10 Ampolas
Kit Gluconato de Cálcio: Gluconato de Cálcio 10 ml Seringa 10 ml / Agulha de Aspiração	1 1/1
Kit Sondagem Vesical de Demora:Sonda Foley nº14 Bolsa Coletora de Diurese Gaze Estéril / Seringa 10 ml / AD 10mlClorexidine Aquosa Luva Estéril Kit Cateterismo	1 1 1 / 1 / 1 1 1 CME
Luva de Procedimento	8 Pares
Máscara com Reservatório e Umidificador	1 Kit

Kit de avaliação laboratorial de comprometimento sistêmico – Emergência Hipertensiva

Tubo Roxo	Hemograma com plaquetas Urina 1 ou RPC –
Copo Coletor	Relação proteína / creatinina urinárias**
Tubo Amarelo	Creatinina, ureia, bilirrubinas, TGO (AST), TGP (ALT)*



HEMORRAGIA PÓS PARTO

FATORES DE RISCO

**HEMORRAGIA PÓS-PARTO ANTERIOR;
USO PROLONGADO DE SULFATO DE MAGNÉSIO OU OCITOCINA;
GESTAÇÃO MULTIPLA;
PLACENTA PRÉVIA;
ACRETISMO PLACENTÁRIO;
HEMATÓCRITO INFERIOR A 30%
RETENÇÃO PLACENTÁRIA
TRABALHO DE PARTO PROLONGADO DE TERCEIRO ESTÁGIO (definido como descolamento de
placenta por mais de 30 minutos)
BEBÊS GRANDES
HIPERTENSÃO
HIPOVOLEMIA
INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**



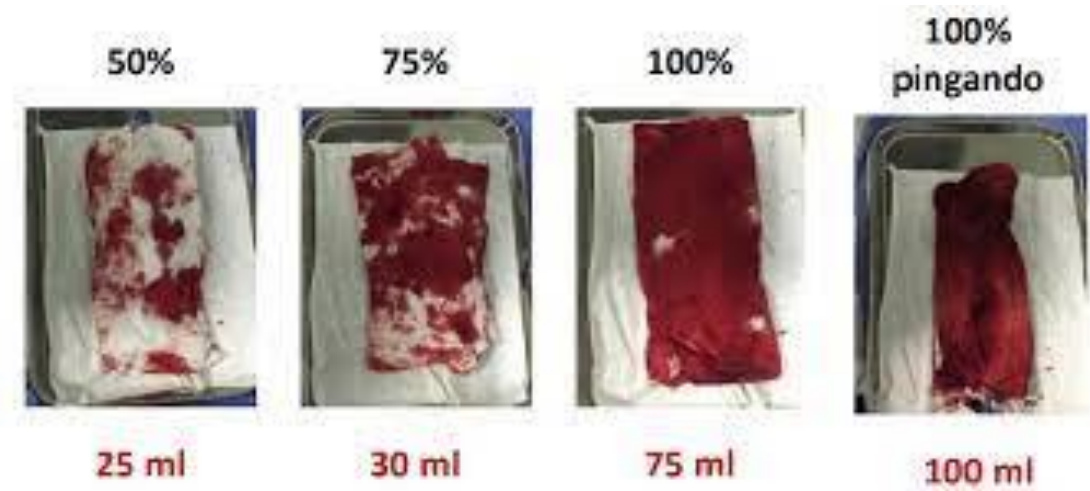
HEMORRAGIA PÓS PARTO

IDENTIFICAÇÃO – DIAGNÓSTICO

PERDA SANGUÍNEA SUPERIOR
A 500 ML –PARTO VAGINAL
A 1000 ML – PARTO CIRÚRGICO



QUALQUER VOLUME QUE SEJA CAPAZ
DE CAUSAR INSTABILIDADE
HEMODYNAMICA





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



CAIXA DE HEMORRAGIA PÓS PARTO

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
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
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
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



ADMINISTRAÇÃO DO MISOPROSTOL

 MISOPROSTOL SOZINHO REGIMES RECOMENDADOS 2017			
< 13 semanas de gestação	13–26 semanas de gestação	> 26 semanas de gestação ⁸	Uso pós-parto
Interrupção da gravidez^{a,b,1} 800 µg VSI a cada 3 horas <u>ou</u> 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,e} 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)^{i,2,10} 600 µg VO (x1) <u>ou</u> prevenção secundária da HPP^{j,11} (perda de sangue aprox. ≥ 350 ml) 800µg VSI (x1)
Aborto retido^{c,2} 800 µg VV* a cada 3 horas (x2) <u>ou</u> 600 µg VSI a cada 3 horas (x2)	Morte fetal^{e,g,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 <u>ou</u> 25 µg VO a cada 2 horas ^h	Tratamento da HPP^{k,2,10} 800 µg VSI (x1)
Aborto incompleto^{a,2,3,4} 600 µg VO (x1) <u>ou</u> 400 µg VSI (x1) <u>ou</u> 400–800 µg VV* (x1)	Aborto inevitável^{e,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 <u>ou</u> 25 µg VO a cada 2 horas	
Preparação cervical para aborto cirúrgico^d 400 µg VSI 1 hora antes do procedimento <u>ou</u> 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 Perriit 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 surgir 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 expelida 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 prévia ou cicatriz 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 exitocina 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



HEMORRAGIA PÓS PARTO

Segue "Receituário" padrão indicado para o Estado de São Paulo, conforme critérios da FIGO.

INSERIR LOGO HOSPITAL INSERIR NOME DO HOSPITAL E ENDEREÇO



RECEITUÁRIO DE MEDICAMENTO SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL
RECEITUÁRIO DE USO HOSPITALAR
 Portaria nº 3.948/2013

Paciente: _____
 Registro hospitalar: _____ Clínica: _____ Leito: _____
 Endereço residencial completo: _____
 RG: _____

MEDICAMENTO SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL - USO HOSPITALAR - 2011 ADAPTADO PARA A ADMINISTRAÇÃO DE FARMACOS EM SUJEITOS COM DEFICIÊNCIA DE AUDIÇÃO VISUAL			
< 13 semanas de gestação	13-20 semanas de gestação	> 20 semanas de gestação	Uso pós-parto
Interrupção da gravidez () 4 cp de 200 mg via vaginal a cada 3 horas (2-3 doses) () CID 10.D04 sobre legal () CID 10.D05	Interrupção da gravidez () < 13-20 semanas: 2 cp de 200mg via vaginal a cada 3 horas () > 25-30 semanas: 1 cp de 200mg via vaginal a cada 4 horas () CID 10.D05	Interrupção da gravidez () > 27-28 semanas: 1 comprimido de 200mg via vaginal a cada 4 horas () > 28 semanas: 4 comprimidos de 25mg via vaginal a cada 6 horas () CID 10.D05	Profilaxia de hemorragia pós-parto (IPP) () 3 cp de 200 mg via oral (x1) () CID 10.D07.1
Aborto realizado () 4 cp de 200 mg via vaginal a cada 3 horas (x2) () CID 10.D03.1 abortifacile	Morte fetal () 1 cp de 200 mg via vaginal a cada 4-6 horas () CID 10.P99	Interrupção da gravidez () > 27-28 semanas: 4 cp de 25mg via vaginal a cada 4 horas () > 28 semanas: 1 cp de 25mg via vaginal a cada 6 horas () CID 10.D05	Tratamento de IPP () 4 cp de 200 mg via oral (x1) () CID 10.D07.1
Aborto incompleto () 2 a 4 cp de 200mg Via vaginal (x1) () CID 10.D03.4	Aborto inevitável () 1 cp de 200 mg via vaginal a cada 6 horas () CID 10.D04	Indução de parto () 1 cp de 25mg via vaginal a cada 6 horas () CID 10.D03.0 Indução () CID 10.P99 Indu. morte () CID 10.D12 pós. parto e	Preparado cervical pré-aborto cirúrgico () < 13-19 semanas: 2 cp de 200mg via vaginal 3-4 horas (antes do procedimento) > 19 semanas: sem que ser combinado com outros medicamentos

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

DISPENSACAO HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO EM 24 HORAS

Data	Descrição / Medicamento	Medicamento	Liberação para	Responsável por controle de uso hospitalar (de) (assinatura(s))
/ /		:		
/ /		:		
/ /		:		
/ /		:		
/ /		:		

INIBICORRÊNCIA

Preencher o quadro abaixo somente em caso de devolução

Declaro que estou devolvendo ao serviço de farmácia _____ (_____) comprimido(s) de Misoprostol _____ mg visto que _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____

Campo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

Visto da farmácia



CAIXA DE HEMORRAGIA PÓS PARTO

Hemorragia Pós-Parto 2ª causa de MM no Brasil
Caixa de Hemorragia Pós parto – indispensável pois contém
todo material que deverá ser utilizado.

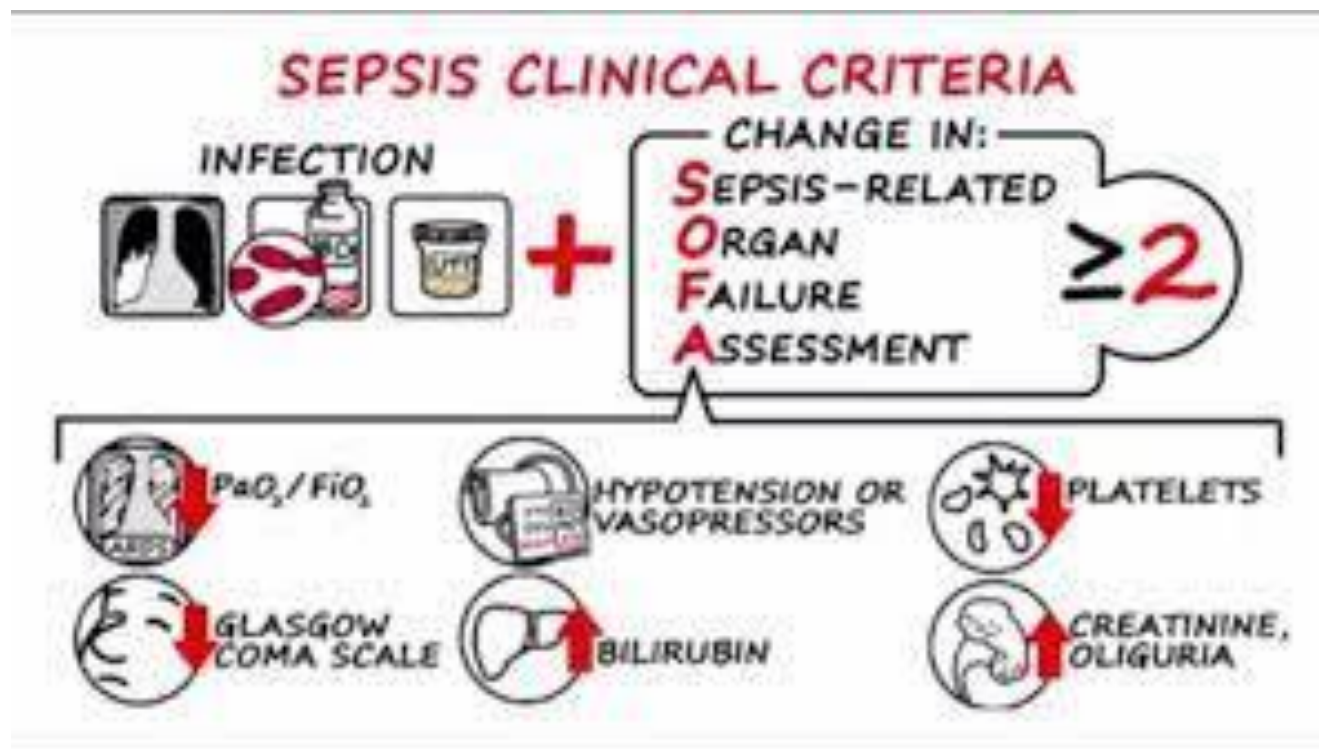


Capacitação para os equipamentos hospitalares

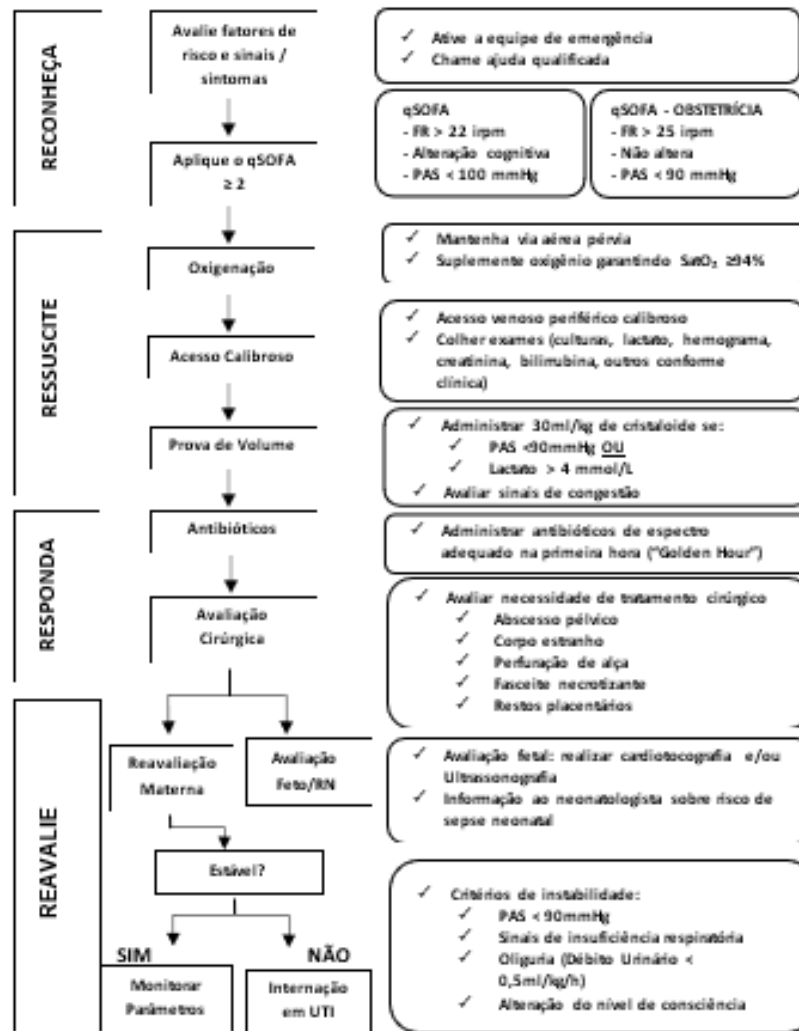
SEPSE

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)

Pense. Pode ser
sepse?



FLUXOGRAMA: MANEJO DA SEPSE NA GESTÃO



Adaptado de: Bowyer L, Robinson HL, Barrett H, Crozier TM, Giles M, Idel J, Lowe S, Lust K, Marnoch CA, Morton MR, Said J, Wang M, Makris A.

SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2017;57(5):540-551

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
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
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



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 frascoscoletores 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.

DIAGNOSTICANDO A SEPSE

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, 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 Feb 23;315(8):801-10.

Pense. Pode ser
sepse?



SUGESTÕES DE TRATAMENTO SEPSE



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.
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

CHECKLIST DE 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 para 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 respeitadas e de apoio mútuo?

A equipe acolheu adequadamente a paciente e o(a) acompanhante?



Estratégias de Implementação



EMERGÊNCIAS
HIPERTENSIVAS

Fóruns virtuais
Reuniões multidisciplinares
Capacitações
Protocolos de atendimento
Capilarização da informação
Apoio técnico
Monitoramento



HEMORRAGIA

Vigilância dados
Investigações
Discussões casos Morte Materna & Near Miss
Apresentação em ambiente de
pactuação/deliberativo
Recomendações
Cronograma de execuções
Monitoramento
Publicização dos dados



SEPSE

Desafios da Estratégia de Implementação



EMERGÊNCIAS
HIPERTENSIVAS

Gestão engajada

Diagnóstico situacional



HEMORRAGIA

Corresponsabilização

Mudança paradigmas - cultura



SEPSE

INTERVALO INTERPARTAL < 2 anos



Desafios da Manutenção da Estratégia de Implementação



EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

- Acesso à saúde
- Ações preventivas em saúde
- Detecção precoce de doenças com intervenção adequada



HEMORRAGIA

- Assistência ao parto por profissional qualificado
- Estrutura segura : reduz morbidade e infecção
- Profilaxia primária para hemorragia
- Tratamento precoce de possíveis complicações



SEPSE

INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS – PPP
 ANTECEDENTES GINECOLOGICOS
 CONTROLE SOCIAL



DISSEMINAÇÃO DE CONTEÚDO

Nossos conteúdos compõem o canal do Youtube da **Coordenadoria de Controle de Doenças (@ccd_ses_sp)** e possuem duas playlists direcionadas:



FÓRUM DE DISCUSSÕES NO MANEJO DO CICLO GRAVÍDICO PERPERAL E NEONATAL



FÓRUM DE DISCUSSÕES PARA ASSISTÊNCIA Á MULHER NOS CICLOS DE VIDA

Pelo direito à vida após o parto!

Contatos:

adidas@saude.sp.gov.br
adrianadidas.ses@gmail.com
11 30668843 - 989188131