

PROTOCOLO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA E PRINCIPAIS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Belo Horizonte
2010





PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

março de 2010

PREFEITO
Marcio Lacerda

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Marcelo Gouvêa Teixeira

SECRETÁRIA ADJUNTA MUNICIPAL DE SAÚDE
Susana Maria Moreira Rates

GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA
Maria Luisa Fernandes Tostes

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Fórum de Obstetrícia da Comissão Perinatal de Belo Horizonte e Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais

Carlos Nunes Senra
Frederico José Amedee Peret
Francisco Lírio Ramos Filho
Gisele Cordeiro Maciel
Henrique Vítor Leite
Humberto Scucato Madeira
Inessa Beraldo de Andrade Bonomi
João Batista M. C. Lima
Liliane Cristina Rodrigues Augusto
Marcel Henrique Coelho de Abreu
Mario Dias Corrêa Junior
Maria do Rosário P. Gonçalves
Raquel Pinheiro Tavares
Rosângela Durso Perillo
Sandro Luís Ribeiro e Silva
Sônia Lansky
Virgílio José Queiroz

Parceria

Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais

Colaboração

Vera de Oliveira Nunes Figueiredo
(Política Nacional de Humanização – MS)

Fotos da capa:

<http://www.sxc.hu> (esquerda)

Arquivo da Comissão Perinatal (centro e direita)

AGRADECIMENTOS

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte agradece a todos os profissionais que participaram da elaboração e revisão deste Protocolo.

Apresentação

A Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em parceria com a Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG) e as maternidades públicas de Belo Horizonte, buscando reduzir a mortalidade materna em Belo Horizonte, humanizar o atendimento e facilitar o acesso da mulher no ciclo gravídico puerperal aos serviços de saúde, além de melhorar o processo de trabalho nas maternidades, apresenta a proposta de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas maternidades do SUS-BH.

Este foi um trabalho construído de forma responsável e participativa, com a elaboração conjunta dessa proposta, discussão e socialização por meio de oficinas de trabalho envolvendo as maternidades, a atenção básica de saúde, os conselhos de saúde, entidades profissionais e o movimento social organizado, que pode influenciar de maneira positiva o cuidado em saúde, para os usuários e profissionais da assistência.

Assim, os profissionais da rede de assistência terão à sua disposição para consulta, material técnico baseado na melhor evidência disponível na literatura mundial, organizado em forma de protocolo, que é um guia prático com recomendações para avaliação e condutas imediatas. Propõe-se apoiar e aprimorar o processo de trabalho nas maternidades, além de propiciar maior integração entre a atenção básica de saúde e a atenção hospitalar, com a definição das atribuições e responsabilidades e estreitando as relações para a consolidação e qualificação da linha de cuidado perinatal integral na cidade.

Acreditamos assim, que Belo Horizonte avança mais um passo na direção da qualificação e humanização da assistência, visando a melhor condição de trabalho e ofertando melhor cuidado em saúde, promovendo a vida das mulheres e bebês da cidade.

Marcelo Gouvêa Teixeira
Secretário Municipal de Saúde



Sumário

1. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
1.1. INTRODUÇÃO.....	11
1.2. OBJETIVOS	12
1.3. BENEFÍCIOS	12
1.4. QUEM FAZ	12
1.5. A QUEM SE DESTINA	13
1.6. RECOMENDAÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS MATERNIDADES	13
1.7. COMO SE APLICA.....	14
1.8. INDICADORES.....	15
1.9. FLUXOGRAMA DO ACCR NA OBSTETRÍCIA.....	16
1.10. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - QUADRO SÍNTESE.....	17
1.11. INSTRUMENTO PARA O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	19
1.12. ANEXO 1	24
1.13. ANEXO 2	25
1.14. ANEXO 3	26
2. PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO DAS PRINCIPAIS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS	
2.1. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ	
2.1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA	27
2.1.1.1. CONCEITO	27
2.1.1.2. FORMAS CLÍNICAS.....	27
2.1.1.3. CARACTERÍSTICAS DE ALTO RISCO	27
2.1.2. PRÉ-ECLÂMPSIA / ECLÂMPSIA	28
2.1.2.1. CONCEITO	28
2.1.2.2. FORMAS CLÍNICAS.....	28
2.1.2.3. CONDUTA EM REGIME HOSPITALAR	28
2.1.3. ECLÂMPSIA	30
2.1.4. HELLP SÍNDROME	30
2.1.4.1. CONDUTA EM REGIME AMBULATORIAL.....	30
2.1.4.2. CONDUTA PÓS-PARTO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS	32
2.2. PROTOCOLO DE SEPSE GRAVE NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO	
2.2.1. SEPSE.....	33
2.2.1.1. VARIÁVEIS GENÉRICAS	33
2.2.1.2. VARIÁVEIS INFLAMATÓRIAS.....	33
2.2.1.3. OUTRAS VARIÁVEIS	33

2.2.2. SEPSE GRAVE	33
2.2.2.1. VARIÁVEIS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA	33
2.2.2.2. VARIÁVEIS DE PERFUSÃO TECIDUAL	33
2.2.2.3. VARIÁVEIS HEMODINÂMICAS	34
2.2.3. CHOQUE SÉPTICO	34
2.2.3.1. CONDUTA - AVALIAÇÃO INICIAL	34
2.2.3.2. CONCLUSÃO	35
2.2.3. ANEXOS	36
2.2.3.1. TABELA DE EQUIVALÊNCIA CRISTALÓIDE / COLÓIDE	36
2.2.3.2. EXAMES SOLICITADOS NA SUSPEITA DE SEPSE GRAVE	36
2.2.3.3. AMINAS VASOATIVAS	36
2.3. HEMORRAGIA PUERPERAL	
2.3.1. CONCEITO	37
2.3.2. FATORES DE RISCO	37
2.3.3. PREVENÇÃO	37
2.3.4. CAUSAS: “4 T”	37
2.3.5. CONDUTA GERAL	37
2.3.5.1. MEDIDAS RESSUSCITATIVAS IMEDIATAS	38
2.3.5.2. METAS PARA MONITORIZAÇÃO	38
2.3.5.3. INDICADORES DE RESPOSTA CLÍNICA E POTENCIALIDADE CIRÚRGICA	38
2.3.5.4. AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS DO ATENDIMENTO PRIMÁRIO DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO	39
2.3.6. MANEJO ESPECÍFICO: IDENTIFICAR A CAUSA ESPECÍFICA	39
2.3.6.1. ATONIA UTERINA	39
2.3.6.2. INVERSÃO UTERINA	40
2.3.6.3. RUPTURA UTERINA	40
2.3.6.4. LACERAÇÃO CERVICAL E VAGINAL	40
2.3.6.5. RETENÇÃO PLACENTÁRIA	41
2.3.6.6. COAGULOPATIAS	41
2.4. ABORTAMENTO	
2.4.1. INCIDÊNCIA	42
2.4.2. FORMAS CLÍNICAS	42
2.4.3. MÉTODOS CIRÚRGICOS E MEDICAMENTOSOS PARA ESVAZIAMENTO DA CAVIDADE UTERINA PÓS-ABORTAMENTO	42
2.4.3.1. MÉTODOS CIRÚRGICOS	42
2.4.3.2. INDUÇÃO MEDICAMENTOSA	44
2.4.4. ABORTAMENTO INCOMPLETO INFECTADO	44
2.4.4.1. ESQUEMA POSOLÓGICO DE ANTIMICROBIANOS NO ABORTAMENTO INFECTADO	45
2.4.4.2. PROFILAXIA DA ISOIMUNIZAÇÃO PELO FATOR RH PÓS-ABORTAMENTO	45

2.5. GRAVIDEZ ECTÓPICA	
2.5.1. CONCEITO.....	47
2.5.2. INCIDÊNCIA.....	47
2.5.3. LOCALIZAÇÃO.....	47
2.5.4. DIAGNÓSTICO.....	47
2.5.5. EXAMES COMPLEMENTARES.....	48
2.5.6. TRATAMENTO.....	48
LEITURA RECOMENDADA.....	51

1. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1.1. INTRODUÇÃO

Acolhimento é, antes de tudo, uma diretriz política e operacional do SUS. É postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção. Traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (MS/PNH, 2006).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, concretizar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/ gravidade/ risco ou vulnerabilidade de cada usuário. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade.

O ACCR permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços. No entanto, não se pode focar apenas a avaliação de risco, pois perde-se potência de ação de saúde. Tampouco pode ser considerado prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde: o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo.

A portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde coloca que o ACCR "... deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento". A classificação de risco deve ser um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Neste entendimento, o ACCR configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede. Tem se mostrado um dispositivo potente como reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e também como disparador de outras mudanças como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, a inclusão dos cuidadores nos Projetos Terapêuticos Singulares, a participação de trabalhadores e usuários na gestão.

A estratégia de implantação da sistemática do ACCR possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a re-significar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois a produção de saúde é, necessariamente, um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, seqüelas e

internações. É uma tecnologia capaz de acolher a mulher no ciclo gravídico puerperal e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência nos hospitais e um desafio para a construção de projeto de redes aliadas de defesa da vida.

1.2. OBJETIVOS

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de urgência/emergência dos hospitais.
- Organizar o processo de trabalho e ambiência hospitalar.
- Melhorar a informação para as usuárias e seus familiares sobre sua situação de saúde e sua expectativa de atendimento e tempo de espera.
- Classificar, mediante protocolo, as queixas das usuárias que demandam os serviços de urgência/emergência dos hospitais, visando identificar as que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.
- Fomentar a rede de atenção de saúde, articulando a atenção básica e maternidades com vistas à atenção integral.

1.3. BENEFÍCIOS

Para as pacientes

- Atendimento agilizado para os casos de maior risco com diminuição do tempo de espera para os casos agudos e os que demandam urgência, principalmente.
- Informação sobre o tempo de espera aos usuários e familiares.
- Melhoria da qualidade do atendimento.

Para os profissionais

- Racionalização do processo de trabalho.
- Melhoria da eficácia e efetividade do serviço.
- Otimização e valorização do trabalho e trabalhador da saúde, incluído na construção das propostas.
- Melhor integração da equipe e envolvimento de todos os profissionais de saúde.
- Aumento do grau de satisfação dos profissionais de saúde, diminuição da ansiedade.

1.4. QUEM FAZ

O ACCR deve ser feito por uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

São consideradas habilidades importantes a capacidade de comunicação, boa interação com os demais profissionais da equipe, usuários e familiares, paciência, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, discricção, ética e solidariedade.

1.5. A QUEM SE DESTINA

Mulheres no ciclo gravídico puerperal que procuram as maternidades do sistema de saúde da rede SUS no município de Belo Horizonte, no momento definido pela mesma como de necessidade aguda ou de urgência.

1.6. RECOMENDAÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS MATERNIDADES

- Realização do acolhimento imediato da mulher.
- Priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada, considerando-se os fatores científicos e humanos.
- Oferta de ambiente em que a paciente e seu acompanhante se sintam confortáveis e acolhidos enquanto esperam por atendimento.
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico (sala para o ACCR equipada com Sonar, aparelho de PA, termômetro de ouvido, relógio de parede, mesa, cadeira, escala da dor).
- Participação ativa de todos os profissionais envolvidos com a assistência.
- Sensibilização e qualificação de todos os profissionais da instituição, da recepção à direção, enfermagem, médicos, serviço social, orientadores de fluxo, estagiários, porteiros, segurança, etc.
- Envolvimento do Conselho Local de Saúde.
- Informação para a usuária e familiares e esclarecimento sobre todos os procedimentos (classificação de risco, medicações, observação clínica, exames, encaminhamento etc).
- Identificação dos profissionais (verbalmente e por crachá) pelas pacientes.
- Identificação das pacientes pelo nome.
- Oferta das práticas baseadas no modelo de humanização do parto e nascimento.
- Oferta de assistência por equipe multidisciplinar (medicina, enfermagem e, se necessário, psicologia, serviço social).
- Garantia de privacidade durante todo o atendimento.
- Utilização do instrumento de ACCR por enfermeiro, favorecendo o atendimento individualizado e ágil (ANEXO 3).
- Estabelecimento de fluxos e protocolos de atendimento.
- Promoção da linha de cuidado integral com vinculação da assistência à rede pública.
- Atuação segundo normas de referência e contra-referência.
- Promoção de reuniões periódicas com o Distrito e Unidades Básicas de Saúde.
- Solicitação de vaga para transferência pela Central de Internação quando necessário, com transporte responsável.
- Garantia de atendimento prioritário para vítimas de violência.
- Avaliação contínua do processo de atendimento para verificar se os objetivos estão sendo alcançados e para promover reajustes necessários.
- Acompanhamento gerencial feito através de indicadores (por exemplo, número de atendimentos diários, perfil da clientela e horários de pico).
- Monitoramento contínuo a partir de realizadas reuniões com os profissionais buscando a construção de indicadores de satisfação dos profissionais envolvidos.
- Avaliação da satisfação da usuária das maternidades.

1.7. COMO SE APLICA

É um processo dinâmico de identificação das mulheres que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Ao chegar à maternidade demandando necessidade aguda ou de urgência, a usuária é acolhida pelos funcionários da **portaria/recepção ou estagiários** e encaminhado para confecção da ficha de atendimento (ANEXO 3).

Após a sua identificação, a usuária é encaminhada ao espaço destinado ao Acolhimento com Classificação de Risco onde será aferido os dados vitais pela **equipe de enfermagem** e será acolhida pelo **enfermeiro** (devidamente treinado para esta prática), apoiado pelo **médico** que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica a usuária em:

- **1º Grupo – Prioridade Máxima (Vermelha)** - Emergência
Atender imediatamente encaminhar diretamente para atendimento médico, no Pré-parto ou Bloco Obstétrico.
- **2º Grupo – Prioridade I (Laranja)** - Muito Urgente
Atender em até 10 minutos e encaminhar para consulta médica priorizada.
- **3º Grupo – Prioridade II (Amarelo)** - Urgente
Atender em até 30 minutos e encaminhar para consulta médica priorizada. Reavaliar periodicamente.
- **4º Grupo – Prioridade III (Verde)** - Pouco urgente
Atender em até 120 minutos e encaminhar para consulta médica sem priorização. Informar expectativa do tempo de atendimento e reavaliar periodicamente. Pacientes classificados como VERDE podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.
- **5º Grupo – Prioridade IV (Azul)** - Não urgente
Atender em até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para a Atenção Básica (UBS). Pacientes classificados como AZUL poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência (ANEXO 2) ou terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde.

Todos os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela equipe médica.

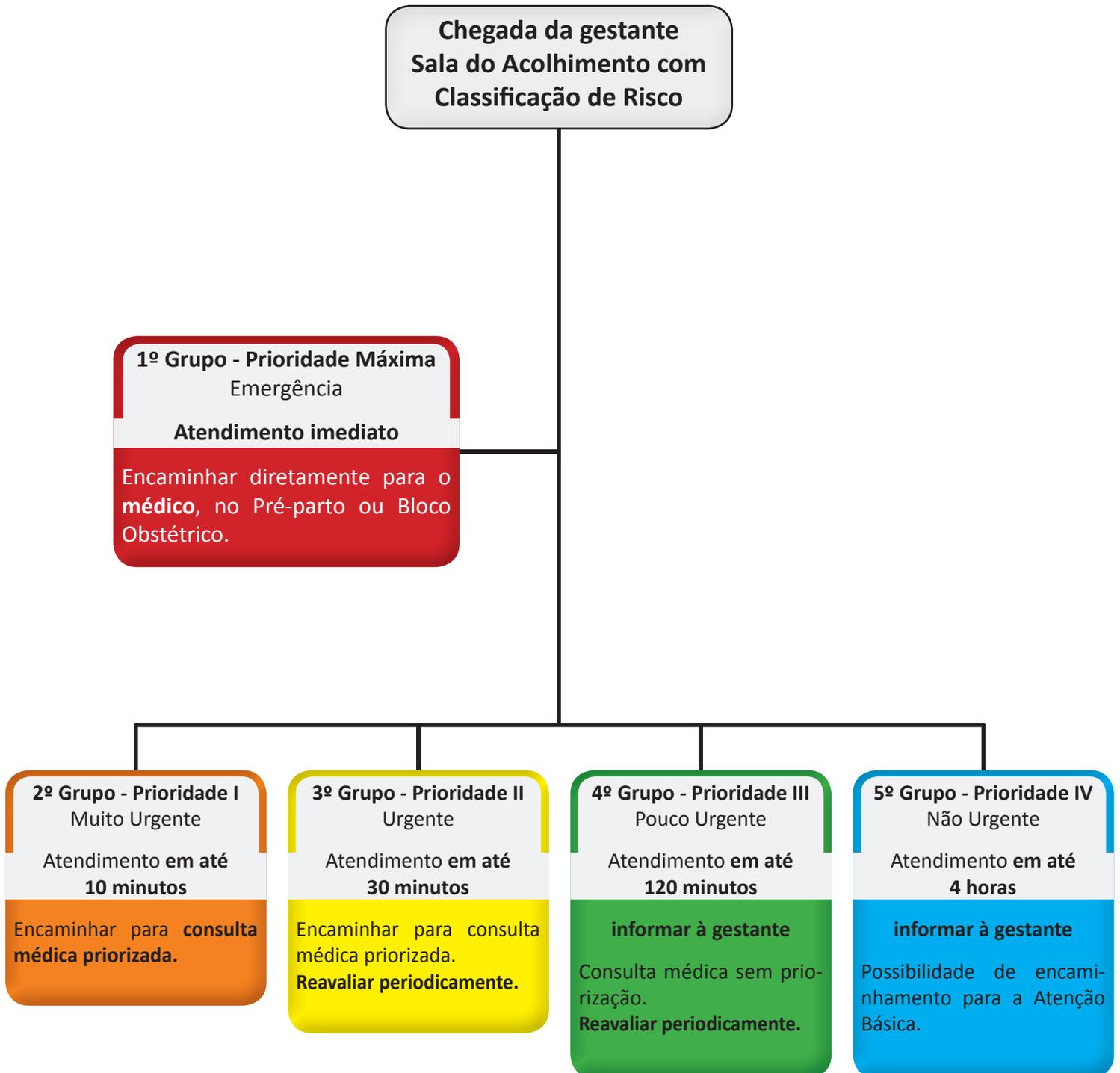
Observação importante: Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade Básica de Saúde de referência.

1.8. INDICADORES

Propõe-se que sejam avaliados, entre outros, os seguintes indicadores:

1. Projeto de ACCR implementado, contemplando etapas de discussão com as equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos.
2. Projeto de integração com a Atenção Primária a Saúde implantado, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis pelo acompanhamento.
3. Procedimento e normas documentadas conhecidas por todos os trabalhadores sobre encaminhamentos de usuários para outros serviços, em caso de impossibilidade de internação no serviço.
4. Percentual de usuários segundo classificação de gravidade: VERMELHO, LARANJA, AMARELO, VERDE e AZUL.
5. Tempo de espera entre a chegada do paciente até a classificação, tempo de espera entre a classificação e o atendimento médico e de permanência de acordo com a classificação.
6. Proporção de mulheres e neonatos com agendamento e atendimento assegurado pelas maternidades na atenção básica – puerpério, saúde da criança – 5º dia Saúde Integral.

1.9. FLUXOGRAMA DO ACCR NA OBSTETRÍCIA



1.10. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - QUADRO SÍNTESE

- Convulsão em atividade.
- Hipotensão (PAS \leq 80 mmHg).
- Taquicardia (\geq 120 bpm).
- Bradicardia (\leq 45 bpm).
- Pele fria, palidez acentuada / perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural.
- Insuficiência respiratória
Incapacidade de falar / Fala entrecortada.
Cianose.
FR \leq 10 irpm.
FR \geq 32 irpm.
Respiração agônica / Dispneia extrema / Fadiga muscular.
Uso de musculatura acessória.
- Alteração do estado de consciência
Não-responsiva / Déficit cognitivo / Confusão mental.
Letargia / Agitação / Paralisia.
Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem.
- Trabalho de parto em período expulsivo.
- Gestante com hemorragia genital e / ou dor aguda (\geq 8 / 10).
- Prolapso de cordão.
- Exteriorização de partes fetais pelos genitais.
- Pós parto imediato (mãe e criança): parto no trajeto ou domiciliar.

Prioridade Máxima - Emergência
Atendimento médico imediato no pré-parto
/ bloco obstétrico / sala de emergência

- Gravidez > 20 semanas
Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos).
Queixa de ausência de movimentos fetais nas últimas 24h.
- Gestante ou puérpera com
Hipertensão com PA \geq 160 x 100 mmHg.
Hipertensão com PA \geq 140 x 100 mmHg e queixa de : cefaléia, epigastralgia e/ou alterações visuais.
- Febre
Tax \geq 40 °C ; toxemia; alteração mental importante.
- Doença psiquiátrica com rigidez de membros.
- Relato de convulsão em pós comicial.
- Dor abdominal aguda, de forte intensidade (8-10/10) na suspeita de gravidez associada a náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital.

Prioridade I - Muito Urgente
(Atender em até 10 minutos
e encaminhar para consulta
médica prioritizada)

- Hipertensão em gestante ou puérpera.
PA \geq 140 x 90 mmHg e $<$ 160 x 110 mmHg.
- Gestante com sangramento genital e / ou dor.
Dor (\geq 4 / 10 e \leq 8 / 10).
Sem repercussões hemodinâmicas.
- Êmese ou hiperemese.
Sinais de desidratação como: letargia, mucosas secas, turgor pastoso.
- Paciente com ou sem confirmação de gravidez e puérpera.
Febre (TAX \geq 38,5 °C e $<$ 40 °C).
- Queixa ligada à amamentação.
Hiperemia, dor e febre.
Sinais de abscesso.
- Situações especiais.
Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico e com diagnóstico de urgência.
Vítima de violência.
- Paciente não grávida com corrimento genital associado a dor e febre.

Prioridade II - Urgente

Atender em até 30 minutos
Encaminhar para consulta médica priorizada
Reavaliar periodicamente

- Gestantes com febre:
TAX $<$ 38,5 °C.
- Êmese ou hiperemese (sem sinais de desidratação).
- Dor abdominal aguda:
De moderada a leve intensidade ($<$ 4 / 10).
Sem contrações - avaliar dinâmica uterina.
- Queixas urinárias: algúria, disúria, febre.
- Sintomas gripais (sem dispnéia).
- Avaliação de ferida operatória (com suspeita de infecção superficial).
- Sinais de Bartholinite.
- Gestante do pré-natal de alto risco.
Sem queixas que demandem atendimento de urgência.
- Queixas ligadas à amamentação:
Ingurgitamento mamário.
Qualquer dificuldade ligada à amamentação.
- Gestantes com queixa de perdas de líquido.
- Risco Social: encaminhar ao Serviço Social - exceto vítimas de violência
Gestante de risco habitual com queixas não sanadas no Centro de Saúde
Encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de urgência.
Gestantes escoltadas.

Prioridade III - Pouco urgente

Atender em até 120 minutos
Encaminhar para consulta médica sem priorização
Informar expectativa do tempo de atendimento
Reavaliar periodicamente

- Consultas de baixa complexidade:
Consulta pré-natal de risco habitual sem procura prévia à Unidade básica de Saúde.
Questões sociais sem acometimento clínico.
Curativos.
Trocas ou requisição de receitas.
Dor pélvica crônica ou recorrente.
Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (para diagnóstico de gravidez).
Irregularidades menstruais, hipermenorréia / menorragia sem alteração de dados vitais, ou seja, sangramento genital que não configure urgência.
Problemas com contracepção oral/injetável.
Retirada de DIU ainda que com fio não visível.
Avaliação cirúrgica.
Retirada de pontos.
Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo.
Exame preventivo.
Solicitação de atestado médico/licença-maternidade.

Prioridade IV- Não urgente

Atender em até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para a Atenção Básica (UBS)

1.11. INSTRUMENTO PARA O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1º Grupo Prioridade Máxima (Vermelha) - Emergência

1. Mulheres com ou sem confirmação de gravidez:

- Convulsão em atividade.
- Hipotensão (PAS \leq 80 mmHg).
- Taquicardia (\geq 120 bpm).
- Bradicardia (\leq 45 bpm).
- Pele Fria, palidez acentuada / Perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural.

1.1. Insuficiência Respiratória.

- Incapacidade de falar / Fala entrecortada.
- Cianose.
- FR \leq 10 irpm.
- FR \geq 32 irpm.
- Respiração Agônica / Dispneia Extrema / Fadiga muscular.
- Uso de Musculatura Acessória.

2. Gestante com:

2.1. Alteração do estado mental:

- Não-responsiva / Déficit Cognitivo / Confusão mental.
- Letargia / Agitação / Paralisia.
- Intoxicação exógena.
- Hipoglicemia (fazer glicemia capilar) com sudorese e/ou alteração do nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispneia.
- Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem.

2.2. Trabalho de parto.

- Período expulsivo.

2.3. Hemorragia genital e / ou dor aguda.

- (\geq 8 / 10).

2.4. Prolapso de cordão.

2.5. Exteriorização de partes fetais pelos genitais.

2.6. Pós parto imediato (mãe e criança) – Parto no trajeto ou domiciliar.

2º Grupo Prioridade I (Laranja) - Muito Urgente

1. Gravidez > 20 semanas.
 - Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos).
 - Ausência de Movimentos Fetais.

2. Gestante ou puérpera.
 - 2.1. Hipertensão com PA \geq 160 x 100 mmHg.

 - 2.2. Hipertensão com PA \geq 140 x 100 mmHg com:
 - Cefaléia.
 - Epigastralgia.
 - Alterações visuais.

 - 2.3. Febre.
 - TAX \geq 40 °C.
 - Toxemia.
 - Alteração mental.

 - 2.4. Doença psiquiátrica com rigidez de membros.

 - 2.5. Relato de convulsão em pós comicial.

3. Não gestante com dor abdominal aguda, de forte intensidade (8-10/10) associada à náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital com suspeita de gravidez.

3º Grupo Prioridade II (Amarelo) - Urgente

1. Hipertensão em gestante ou puérpera.
 - PA \geq 140 x 90 mmHg e $<$ 160 x 100 mmHg.
2. Gestante com:
 - 2.1. Sangramento genital e / ou dor.
 - Dor (\geq 4 / 10) e (\leq 8 / 10).
 - Sem repercussões hemodinâmicas.
 - 2.2. Êmese ou hiperêmese.
 - Sinais de desidratação como:
 - Letargia.
 - Mucosas Secas.
 - Turgor Pastoso.
3. Paciente com ou sem confirmação de gravidez e puérpera.
 - Febre (TAX \geq 38,5 °C e $<$ 40 °C).
4. Queixa ligada à amamentação.
 - Hiperemia, dor e febre.
 - Sinais de abscesso.
5. Situações Especiais.
 - Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico e com diagnóstico de urgência.
 - Vítima de violência.
6. Paciente não grávida com corrimento genital associado a dor e febre.

4º Grupo Prioridade III (Verde) - Pouco Urgente

1. Gestantes com febre.
 - TAX < 38,5 °C.
2. Êmese ou hiperêmese.
 - Sem sinais de desidratação.
3. Dor abdominal aguda.
 - De moderada a leve intensidade (< 4 / 10).
 - Sem contrações – avaliar dinâmica uterina.
4. Queixas urinárias.
 - Algúria.
 - Disúria.
 - Febre.
5. Sintomas Gripais.
 - Sem dispnéia.
6. Avaliação de Ferida Operatória.
 - Com suspeita de infecção superficial.
7. Sinais de Bartholinite.
8. Gestante do Pré-natal de Alto Risco.
 - Sem queixas que demandem atendimento de urgência.
9. Queixas ligadas à Amamentação.
 - Ingurgitamento mamário.
 - Qualquer dificuldade ligada à amamentação.
10. Gestantes com queixa de perdas de líquido.
11. Risco Social.
 - Encaminhar ao Serviço Social (exceto casos de vítima de violência).
 - Gestante de Risco Habitual.
 - Queixas não sanadas no Centro de Saúde.
 - Encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de urgência.
 - Gestantes escoltadas.

5º Grupo Prioridade IV (Azul) - Não Urgente

1. Consultas de baixa complexidade.

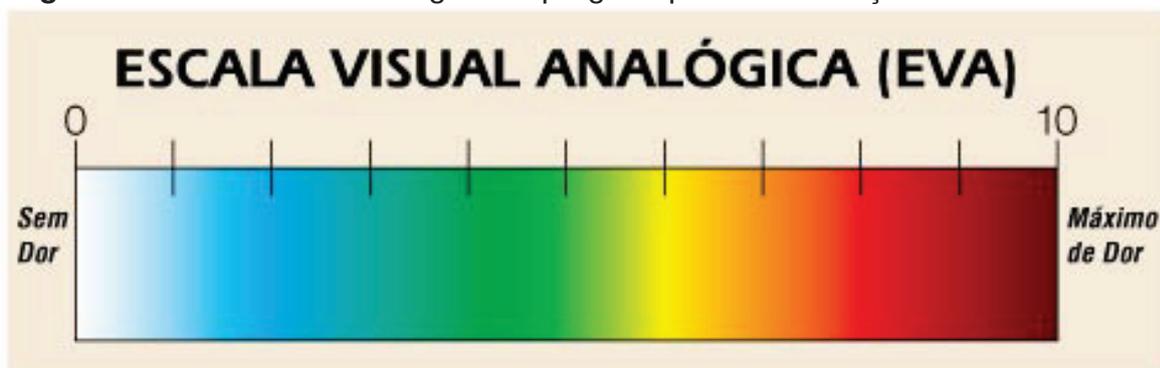
- Consulta pré-natal sem procura prévia a Unidade Básica de Saúde.
- Questões sociais sem acometimento clínico.
- Curativos.
- Trocas ou requisição de receitas.
- Dor pélvica crônica ou recorrente.
- Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (para diagnóstico de gravidez).
- Irregularidades menstruais, hipermenorréia/menorragia sem alteração de dados vitais, ou seja, sangramento genital que não configure urgência.
- Problemas com contracepção oral/injetável.
- Retirada de DIU ainda que com fio não visível.
- Avaliação cirúrgica.
- Retirada de pontos.
- Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo.
- Exame preventivo.
- Solicitação de atestado médico.

1.12. ANEXO 1

ESCALA DE DOR (referência)

- O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade de sensação.
- Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.

Figura 1. Escala visual analógica empregada para mensuração da dor.



Dor leve = 1 a 3 / 10

Dor moderada = 4 a 7 / 10

Dor intensa = 8 a 10 / 10

1.13. ANEXO 2

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

NOME: _____

No dia e horário informados abaixo, o paciente supracitado foi recepcionado, acolhido e classificado no _____ (nome do Hospital).

No momento do atendimento, não foi observada nenhuma queixa clínica ou alteração de dados vitais que demande atendimento de urgência, motivo pelo qual encaminhamos para atendimento na Unidade Básica de sua referência para ser acolhida e agendado um atendimento. Salientamos que os dados classificatórios são relativos ao dia e horário informados, devendo o paciente dirigir-se ao local de referenciamento o quanto antes.

Encaminhado ao Centro de Saúde: _____

Assinatura / carimbo: _____

DATA DO ATENDIMENTO: _____

HORA DO ATENDIMENTO: _____

1.14. ANEXO 3

FICHA DE ACOLHIMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

NOME: _____ IDADE: _____

REGISTRO: _____ DATA: ___/___/___

HORÁRIO DE CHEGADA: ___:___H

HORÁRIO DO ACOLHIMENTO: ___:___H

HORÁRIO DO ACOLHIMENTO MÉDICO: ___:___H

BREVE HISTÓRIA OBSTÉTRICA: G__P__A__ (PN= ___/PC= ___)

DUM: ___/___/___ IG: ___sem ___ dias DPP: ___/___/___

OUTROS: _____

SITUAÇÃO/QUEIXA: _____

USO DE MEDICAMENTOS:

DADOS VITAIS: PA= ___x___ mmHg FC= ___bpm FR= ___ipm TAX= ___°C

BCF (bpm): _____ MF (+/-): _____ SANGRAMENTO VAGINAL (Sim/Não): _____

CONTRAÇÕES UTERINAS (Sim/Não): _____ PERDA DE LÍQUIDO (Sim/Não): _____

DOR: _____/10

CLASSIFICAÇÃO:

() VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____

2. PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO DAS PRINCIPAIS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

2.1. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ

2.1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

2.1.1.1. CONCEITO

- a. **Hipertensão:** identificação de níveis pressóricos $\geq 140 \times 90$ mmHg, em pelo menos duas tomadas com intervalo de seis horas ou mais.
- b. **Hipertensão arterial crônica (HAC):** presença de hipertensão persistente, de qualquer etiologia, fora da gestação ou antes da 20ª semana de gestação, na ausência de doença trofoblástica gestacional. O diagnóstico de HAC poderá ser feito de forma retrospectiva quando a hipertensão persiste além de seis semanas após o parto.

2.1.1.2. FORMAS CLÍNICAS

	Leve	Moderada	Grave	Maligna
PAS	140-50 mmHg	150-160 mmHg	≥ 160 mmHg	≥ 160 mmHg
PAD	90-99 mmHg	100-109 mmHg	≥ 110 mmHg	≥ 110 mmHg
PAM	< 105 mmHg	105-129 mmHg	≥ 130 mmHg	≥ 130 mmHg
*Área cardíaca	Normal	Aumentada	Muito aumentada	Muito aumentada
*ECG	Normal	HVE	HVE e isquemia	HVE e isquemia
*Fundoscopia	Normal ou alterações mínimas	Alterações espásticas e escleróticas	Alterações espásticas e escleróticas, hemorragias ocasionais, exsudatos	Hemorragia e exsudatos, papiledema
*Clareamento de Creatinina	≥ 125 ml/min	90-120 ml/min	< 90 ml/min	decrecente
*Creatinina sérica	$\leq 0,8$ mg/dl	0,9-1,4 mg/dl	$\geq 1,5$ mg/dl	crescente
*Sintomas/Sinais	Ausentes	Ausentes	Cefaléia, palpitação, oligúria	Cefaléia, palpitações, dor precordial, sinais de encefalopatia e/ou ICC, hematúria

* As alterações descritas nem sempre estão presentes em sua totalidade

2.1.1.3. CARACTERÍSTICAS DE ALTO RISCO

Hipertensão grave: PS ≥ 160 mmHg e/ou PD ≥ 110 mmHg OU Hipertensão leve associada a: idade materna acima de 40 anos, duração da hipertensão > 4 anos, pré-eclâmpsia prévia, doença renal de qualquer etiologia, cardiomiopatia, coarctação da aorta, retinopatia, Diabetes (classe B a F), perda fetal prévia, doença do colágeno associada a comprometimento vascular, Síndrome de anticorpos fosfolípidos.

2.1.2. PRÉ-ECLÂMPسيا / ECLÂMPسيا

2.1.2.1. CONCEITO

Síndrome específica da gestação, que ocorre em geral após a 20ª semana de gravidez, caracterizada pela presença de hipertensão (mesmos critérios definidos no item HAC) e proteinúria (excreção urinária de proteínas > 0,3 gramas em volume de 24 horas ou análise em amostra única mostrando pelo menos 1 +, na ausência de infecção urinária).

2.1.2.2. FORMAS CLÍNICAS

	Leve	Moderada	Grave	Eclâmpsia
PAS	140-150 mmHg	150-160 mmHg	≥ 160 mmHg	em geral > 160 mmHg
PAD	até 90 mmHg	90-100 mmHg	> 100 mmHg	em geral > 100 mmHg
PAM	< 106 mmHg	106-126 mmHg	> 126 mmHg	
Proteinúria	até 0,3 g/24h Negativa (fita)	0,3 a 2,0 g/24h + ou ++ (fita)	> 2,0 g/24h ++ ou +++ (fita)	em geral, > 2,0 g/24h
Volume urinário	Normal	Normal	< 600 ml/24h	Geralmente oligúria
Sintomas	Ausentes	Ausentes	Cefaléia, epigastria, escotomas	Convulsões, coma
Outros achados	-	-	Hemólise, plaquetopenia, elevação de enzimas hepáticas	CIVD, IRA, AVE, pneumonia aspiração

OBS.: Este protocolo adota, para fins didáticos, a classificação utilizada pelo Dr. Mário Dias Corrêa

2.1.2.3. CONDUTA EM REGIME HOSPITALAR

Terapia Anti-hipertensiva

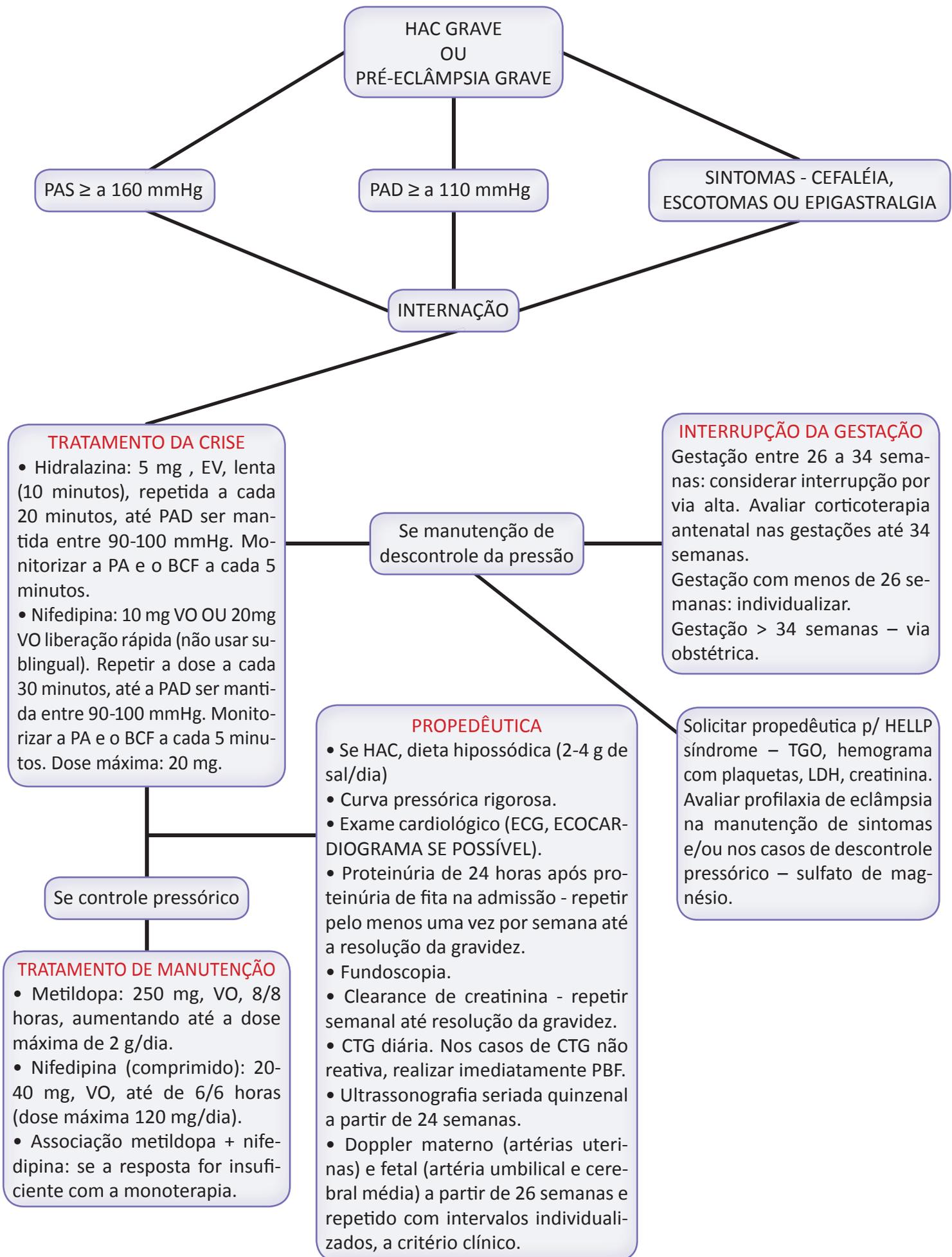
O anti-hipertensivo venoso de escolha é a Hidralazina. Cada ampola de 1 ml contém 20 mg de Hidralazina: diluir 1 ml de Hidralazina (20 mg) em 19 ml de água destilada. Cada 1 ml da solução contém 1 mg de hidralazina). Administrar 5 ml (5 mg) a cada 20min, até controle pressórico, sob supervisão médica com avaliação de BCF e PA após administração. Dose máxima: 20 mg.

Corticoterapia

Considerar uso de corticóide antenatal para maturação pulmonar entre 26 e 34 semanas, quando houver indicação de interrupção da gravidez (CIUR grave, oligodrômio acentuado, agravamento clínico materno, vitalidade fetal comprometida (PBF ≤ 4, diástole zero ou reversa de doppler de artéria umbilical, centralização de fluxo à dopplervelocimetria).

Profilaxia de Eclâmpsia

Esquema padrão de sulfato de magnésio – diluir 40ml de sulfato de magnésio 50% em 460 ml de soro fisiológico 0,9% e manter em bomba de infusão contínua (BIC) a 50 ml/h e considerar como esquema em bolus alternativo (8 ml de sulfato de magnésio a 50% em 12 ml de água destilada, EV, lentamente (10min) - Manutenção: repetir a dose de ataque a cada 4 a 6 horas se reflexo patelar presente, diurese superior a 30 ml/h, frequência respiratória ≥ 16 irpm). Antídoto: Gluconato de cálcio 10 ml de solução a 10% EV.



2.1.3. ECLÂMPSIA

- Internação com observação constante
- Controle de convulsões: Sulfato de Magnésio (idem forma grave) OU hidantal como esquema alternativo, principalmente em casos de crises convulsivas recorrentes.
- Cuidados Gerais - ABC
- Suspende dieta oral
- Contenção e proteção da paciente durante as convulsões
- Manter vias aéreas permeáveis: cânula de Gedel, aspirar com frequência a orofaringe
- Sondagem vesical em sistema fechado (avalizar diurese e balanço hídrico)
- Manter veia de bom calibre para perfusão de líquidos e medicamentos
- Monitorização cardíaca e oximetria de pulso maternos
- Oxigênio úmido a 6 litros/minuto
- Antibiótico profilático (quando indicado)
- Monitorização fetal contínua (CTG)
- Solicitar propedêutica p/ HELLP síndrome (20% associação)
- Interrupção da gravidez após estabilização materno-fetal
- Avaliar transferência da paciente para centro de terapia intensiva

2.1.4. HELLP SÍNDROME

- Solicitar TGO, hemograma com plaquetas, LDH e lembrar de solicitar creatinina para avaliação de função renal.
- Avaliar transfusão de plaquetas (objetivo de alcançar número de plaquetas > 100.000).
Indicações:
abaixo de 30.000 plaquetas - Absoluta
abaixo de 50.000 plaquetas - Em caso de procedimento cirurgico / parto
distúrbio de coagulação / hemorragia
- Avaliar transferência da paciente para centro de terapia intensiva.

2.1.4.1. CONDUTA EM REGIME AMBULATORIAL

Hipertensão Arterial Crônica

A) Forma leve

- Repouso domiciliar: períodos de pelo menos 1 hora pela manhã e à tarde, decúbito lateral esquerdo.
- Controle pré-natal a cada três semanas até 28 semanas, a cada duas semanas entre 28 e 34 semanas e semanal após 34 semanas (ou individualizar).
- Dieta contendo pelo menos 90 g de proteína/dia e 4-6 g de sal/dia (1 tampinha de caneta = 1 g de sal).
- Medida semanal da PA em nível ambulatorial ou domiciliar (após 20min de repouso).
- Contagem dos movimentos fetais nos períodos de repouso (mobilograma).
- Solicitar ECG, creatinina, ácido úrico, proteinúria de 24 horas, clearance de creatinina e fundoscopia na 1ª consulta.
- CTG semanal a partir da 34ª semana de gestação.

- Ultra-sonografia seriada:
 - 1º trimestre; determinação da IG pelo CCN.
 - 2º trimestre (20-22 semanas): morfológico.
 - 28-30 semanas: crescimento e vitalidade.
 - 34-35 semanas: crescimento e vitalidade.
- Doppler de artérias uterinas com 26 semanas.
- Doppler arterial fetal a partir de 32-34 semanas.
- Aguardar trabalho de parto espontâneo ou programar interrupção em caso de descontrolo pressórico ou associação com pré-eclâmpsia.

B) Forma moderada

- Repouso domiciliar frequente: no mínimo 2 horas, por pelo menos dois períodos durante o dia.
- Controle pré-natal a cada três semanas até 26 semanas, quinzenal entre 26 e 34 semanas e semanal após 34 semanas.
- Dieta como na forma leve.
- Medida semanal da PA em nível ambulatorial ou domiciliar.
- Contagem dos movimentos fetais nos períodos de repouso.
- Solicitar todos exames citados na forma leve.
- Ultrassonografia seriada a partir de 30 semanas, com intervalo de 3-4 semanas (crescimento e vitalidade).
- CTG semanal a partir de 32 semanas.
- Doppler arterial fetal, quinzenal, a partir de 32 semanas.
- Induzir o parto ou programar interrupção via alta (nos casos indicados) na gestação a termo.

C) Forma grave e maligna – VIDE ORGANOGRAMA.

Farmacoterapia

Objetivo

- Pacientes **sem** lesão de órgão-alvo: manter PAD \leq 100 mmHg.
- Pacientes **com** lesão de órgão-alvo ou hipertensão de alto risco: manter PAD entre 80 e 90 mmHg.

Controle medicamentoso ambulatorial

- Metildopa: 250 mg, VO, 8/8 horas, aumentando até a dose máxima de 2 g/dia.
- Nifedipina (comprimido): 20-40 mg, VO, até de 6/6 horas (dose máxima 120 mg/dia).
- Associação metildopa + nifedipina: se a resposta for insuficiente com a monoterapia.
- Outras opções terapêuticas: Amlodipina, Verapamil, Diltiazem, Propranolol, Atenolol, Hidroclorotiazida

PRÉ-ECLÂMPSIA

A) Forma Leve

- Acompanhamento ambulatorial de 2/2 semanas OU semanal de acordo com idade gestacional.
- Repouso domiciliar em decúbito lateral.
- Dieta normossódica e hiperprotéica (> 80 g/dia).
- Exames: proteinúria de fita, dosagem de ácido úrico, fundo de olho, creatini-

na. Os exames deverão ser repetidos, imediatamente, em caso de qualquer sinal de agravamento materno quando necessário.

- Avaliação da vitalidade fetal: habitual.
- Aguardar trabalho de parto espontâneo.

B) Forma Moderada

- Acompanhamento ambulatorial semanal.
- Exames solicitados, além dos anteriores: Hematócrito, enzimas hepáticas (TGO), plaquetas, ácido úrico, creatinina, proteinúria de 24 horas semanais.
- Ultrassonografia (crescimento fetal, volume de LA, PBF) no momento do diagnóstico e repetir a cada 2 semanas.
- Cardiografia basal semanal. PBF se CTG hiporreativa ou não reativa.
- Dopplervelocimetria arterial materna e fetal a cada 2 semanas.
- Induzir o parto ou programar interrupção via alta (nos casos indicados) na gestação a termo.

C) Forma Grave – VIDE ORGANOGRAMA

2.1.4.2. CONDUTA PÓS-PARTO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

OBJETIVO – liberar alta hospitalar quando PAD < 100 mmHg e/ou PAS < 150 mmHg com ou sem necessidade de uso de anti-hipertensivos.

Caso a paciente mantenha esses níveis pressóricos sem uso de medicação:
Alta hospitalar.

Controle ambulatorial com intervalos semanais e sem medicamentos. Estabilizando-se a PA, controle de duas em duas semanas.

Caso a paciente mantenha níveis de PAD > 100 mmHg e/ou PAS > 150 mmHg.

Manter a puérpera internada e iniciar:

Nifedipina 10 a 20 mg de 12/12h (dose máxima de 80mg/dia) **E/OU**

Captopril 25 mg de 8/8h (dose máxima 150 mg/dia) **E/OU**

Propranolol 40 mg de 12/12h (dose máxima de 240 mg/dia) **E/OU**

Hidroclorotiazida 25 mg/dia.

Quando a PAD ≤ 100 mmHg e/ou PAS ≤ 150 mmHg - alta hospitalar com controle em 3 e 7 dias, depois controle semanal. Estabilizando-se a PA, controle de duas em duas semanas.

Avaliar a possibilidade de suspensão progressiva do hipotensor nos casos de pré-eclâmpsia.

Puérperas com diabetes ou cardiomiopatia poderão ser melhor controladas com inibidores de conversão da angiotensina.

- Nas pacientes que já estavam em uso de hipotensor na gestação, avaliar a necessidade ou não de mudança da terapêutica.
- As puérperas que permanecerem hipertensas ou em uso de hipotensor após oito semanas do parto deverão ser encaminhadas para controle na clínica médica.

2.2. PROTOCOLO DE SEPSE GRAVE NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

2.2.1. SEPSE

É definida como a presença confirmada ou suspeita de infecção, associada a pelo menos duas das variáveis abaixo (> 2):

2.2.1.1. VARIÁVEIS GENÉRICAS

- Febre (temperatura central > 38,3 °C) ou hipotermia (temperatura central < 36 °C).
- Frequência cardíaca > 90 bpm/min.
- Taquipnéia.
- Alterações do estado mental.
- Edema importante ou balanço hídrico > 20 ml/kg em 24 horas.
- Hiperglicemia > 150 mg/dl na ausência de diabetes.

2.2.1.2. VARIÁVEIS INFLAMATÓRIAS

- Leucocitose >12.000/mm³ ou leucopenia < 4.000/mm³ ou > 10% formas jovens.
- Proteína C reativa > acima 2 x.

2.2.1.3. OUTRAS VARIÁVEIS

- Saturação venosa de O₂ > 70% na gasometria venosa .

2.2.2. SEPSE GRAVE

É a sepsse associada à disfunção orgânica, hipoperfusão ou hipotensão.

2.2.2.1. VARIÁVEIS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA

- Hipoxemia arterial (PaO₂/FiO₂ < 300).
- Oligúria aguda (débito urinário < 0,5 ml/Kg/h).
- Creatinina > 2,0 mg/dl – na gestação considerar acima de 1,2 mg%.
- Alterações da coagulação (RNI > 1, 5 ou PTTa > 60s), plaquetopenia (plaquetas < 100.000/mm).
- Hiperbilirrubinemia (BT > 2.0 mg/dl).
- Acidose.

2.2.2.2. VARIÁVEIS DE PERFUSÃO TECIDUAL

- Hiperlactatemia (> 2 mmol/l).

2.2.2.3. VARIÁVEIS HEMODINÂMICAS

- Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg, PAM < 70 mmHg ou queda na PAS > 40 mmHg).

2.2.3. CHOQUE SÉPTICO

É a falência circulatória aguda sem outra causa provável. Falência circulatória aguda é a hipotensão arterial persistente (PAS < 90 , PAM < 60 ou queda na PAS > 40 mmHg), apesar de expansão volêmica adequada.

2.2.3.1. CONDUTA - AVALIAÇÃO INICIAL

A) A HISTÓRIA É SUGESTIVA DE INFECÇÃO AGUDA?

- Pneumonia.
- ITU.
- Infecção abdominal.
- Sangramento genital anormal, parada súbita da eliminação de lóquios.
- Inflamação de partes moles ou pele.

B) HÁ PELO MENOS 2 SINAIS OU SINTOMAS SUGESTIVOS DE INFECÇÃO RECENTE?

- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Calafrios com tremores.
- Taquicardia.
- Taquipnéia.
- Hipotensão.
- Involução uterina anormal, dilatação cervical anormal para o puerpério.
- Hiperemia cutânea, perda de sensibilidade cutânea em ferida cirúrgica.

Se em A ou B das questões acima a resposta foi sim deve-se suspeitar de infecção:

Solicite ácido láctico, hemoculturas (2 amostras), leucograma, bioquímica básica, bilirrubinas e outros exames conforme o quadro clínico; exames de imagem, urina, PCR e gasometria arterial e venosa.

C) FOI ENCONTRADO ALGUM CRITÉRIO DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA AGUDA NÃO RELACIONADO AO SÍTIO INICIAL DA INFECÇÃO COMO:

- Encefalopatia aguda.
- Hipotensão.
- Hipoxemia SpO₂ < 90% em ar ambiente.

- Creatinina > 2 mg/dl ou débito urinário < 0,5 ml/kg/h por > 2 horas.
- Bilirrubina > 2 mg/dl.
- Contagem de plaquetas < 100.000.
- Lactato > 2 mmol/l.

2.2.3.2. CONCLUSÃO

Se houver suspeita de infecção, isto é, A e/ou B = sim associado à C = sim, conclui-se por sepse grave.

TRATAMENTO INICIAL

- Deve ser alcançado o mais rápido possível e finalizado nas PRIMEIRAS 6 HORAS.
- Solicitar vaga em CTI e inicie as medidas iniciais.
- Verificar se foi realizado lactato sérico, hemoculturas (2 amostras) antes da administração de antibióticos.
- Providenciar a instalação de um cateter central e pressão intra-arterial (monitorização invasiva).
- Iniciar antibióticos de amplo espectro dentro das primeiras horas do diagnóstico: 3 horas paciente no setor de emergência ou 1 hora se a paciente estiver já internada do hospital conforme protocolo do hospital e serviço de controle de infecções hospitalares.
- Hipotensão ou lactato > que 4 mmol/l, iniciar infusão de líquidos com bolus de 20 ml/Kg de cristalóides ou equivalente de colóides. As reinfusões de líquidos necessárias devem ser de 500-1.000 ml de volume a cada 30-60 minutos até correção do processo (avalizar PVC e diurese).
- Indicar uso de drogas vasoativas (dopamina ou noradrenalina) para os pacientes que persistem com hipotensão apesar da infusão volêmica e ou que já estejam com diagnóstico prévio de choque séptico. A infusão de dobutamina será necessária na suspeita de comprometimento cardíaco importante.
- Manter a pressão venosa central (PVC) acima de 8 mmHg com infusões adicionais de volume. O acesso venoso central e o intra-arterial são necessários quando o paciente persiste hipotenso a partir das infusões iniciais de volume e quando da necessidade de uso de drogas vasoativas:
 - Manter a saturação venosa central (SvcO₂) > 70%, ou SvO₂ > 65%. Este parâmetro é alcançado com as infusões volêmicas repetidas, uso de amins vasoativas (avaliar o uso de dobutamina). No paciente com sepse grave o nível de hemoglobina tolerável é de até 7 mg/dl. Caso contrário, está indicado hemotransfusão.
 - Após estabilização do quadro clínico, proceda com o controle cirúrgico do foco infeccioso – caso houver – o que deve ser alcançado no máximo em 12 a 24 horas.

2.2.3. ANEXOS

2.2.3.1. TABELA DE EQUIVALÊNCIA CRISTALÓIDE / COLÓIDE

- Solução Salina Normal 0,9% 20 ml/kg.
- Ringer Lactato 20 ml/kg.
- Albumina 0,24 g/kg.
- Albumina 4-5% 5,2 ml/kg.
- Albumina 20-25% 1,1 ml/kg.
- Hetastarch 0,29 g/kg.
- Hetastarch 3% 9,7 ml/kg.
- Hetastarch 6% 4,8 ml/kg.
- Hetastarch 10% 2,9 ml/kg.
- Pentastarch 0,30 g/kg.
- Pentastarch 10% 3 ml/kg.

2.2.3.2. EXAMES SOLICITADOS NA SUSPEITA DE SEPSE GRAVE

- Ácido láctico/lactato.
- Hemoculturas (2 amostras) (3 ou 4 se em uso de antimicrobianos).
- Hemograma.
- Gasometria arterial e venosa.
- Bioquímica básica (bilirrubinas, PCR, glicemia, uréia, creatinina).
- Bioquímica complementar (aminotransferases oxalacética e pirúvica, sódio, potássio, urinálise, amilase, lípase).
- Bacteriologia de urina, coleções e secreções.
- Cultura de outros focos: secreções, pontas de cateter etc (se necessário).

2.2.3.3. AMINAS VASOATIVAS

- **Noradrenalina** - dose 2 a 30 μ c/min - apresentação com solução injetável de 1 mg/ml.
- **Como usar** – diluir 2 ampolas em 250 ml de solução = 32 μ c/ml.
- Iniciar a infusão na velocidade de 5 ml/h ou 2,6 μ c/min em bomba de infusão contínua.

2.3. HEMORRAGIA PUERPERAL

2.3.1. CONCEITO

Perdas sanguíneas acima de 500 ml nas primeiras 24 horas após o parto ou, clinicamente, aquelas capazes de causar instabilidade hemodinâmica. Podem levar a sérias complicações maternas, com alta taxa de mortalidade.

2.3.2. FATORES DE RISCO

Anteparto	Intraparto
Pré-eclâmpsia	Prolongamento do 3º período do parto (acima de 30 minutos)
Nuliparidade	Episiotomia médio lateral
Multiparidade	Parada de descida
Hemorragia pós-parto prévia	Lacerações pélvicas: cervical, vaginal e perineal
Parto cesariana prévio	Parto instrumentado: fórceps e vácuo extrator Condução do trabalho de parto

2.3.3. PREVENÇÃO

- Correção da anemia durante o pré-natal.
- Evitar episiotomia rotineiramente.
- Manejo ativo do 3º período do parto: uso de ocitocina (10 unidades IM) após extração fetal, clampeamento precoce do cordão (em 30 segundos) e tração controlada do cordão umbilical.
- Observar atentamente o 4º período do parto, reexaminando os sinais vitais das pacientes.

2.3.4. CAUSAS: “4 T”

- **Tônus uterino** (atonía uterina)
- **Trauma** (lacerações cervicais, vaginais e perineais; hematomas pélvicos; inversão uterina; ruptura uterina)
- **Tecido** (retenção de tecidos placentários; invasão placentária)
- **Trombina** (coagulopatias)

2.3.5. CONDUTA GERAL

Reconhecer a perda excessiva de sangue após o parto é crucial. Uma mulher saudável pode perder de 10% a 15% do seu volume de sangue antes de apresentar queda da pressão arterial sanguínea. O achado inicial normalmente é uma discreta elevação na frequência de pulso. Quando há queda da pressão arterial sanguínea, a perda de sangue da mulher é de pelo menos 30% do seu volume circulante. Por isso, a avaliação apenas dos sinais vitais para diagnóstico e gravidade das hemorragias pós-parto pode ser um erro. A terapia compreende, portanto, as medidas ressuscitativas e o tratamento direto da causa da hemorragia.

2.3.5.1. MEDIDAS RESSUSCITATIVAS IMEDIATAS

- Pedir ajuda.
- ABC's (manter vias aéreas pérvias, padrão respiratório adequado e estabilidade hemodinâmica).
- Providenciar 2 acessos venosos periféricos calibrosos – jelco 14 a 16 G- para reposição volêmica com cristalóides.
- Iniciar reposição volêmica com cristalóides: 2.000 a 3.000 ml ou 20ml/kg de peso; solução de ringer lactato ou fisiológica a 0,9%, de preferência aquecidos.
- Oferecer oxigênio por máscara ou cateter nasal.
- Realizar **testes laboratoriais iniciais**: tipagem sanguínea, hemograma e coagulograma.
- Passar sonda vesical de demora para monitorização da diurese.
- Prevenir hipotermia com uso de solução aquecida a 36 graus e cobertor térmico.
- Avaliar a resposta clínica de forma contínua – pressão arterial, pulso, frequências cardíaca e respiratória, estado de consciência, volume urinário e saturação de oxigênio pela oximetria de pulso, pois a resposta do paciente indica a conduta clínica e ou cirúrgica subsequente.
- Reserva de hemocomponentes.

2.3.5.2. METAS PARA MONITORIZAÇÃO

- 1) Pressão arterial média acima de 90 mmhg
- 2) Frequência cardíaca igual ou abaixo de 90 bpm
- 3) Frequência respiratória acima de 12 e abaixo de 18 irpm
- 4) Diurese igual ou acima de 25 ml hora
- 5) Saturação de oxigênio por oximetria igual ou acima de 95%

2.3.5.3. INDICADORES DE RESPOSTA CLÍNICA E POTENCIALIDADE CIRÚRGICA (veja o quadro a seguir)

- 1) Paciente com resposta clínica rápida a infusão de cristalóides – **manter monitorização.**
- 2) Paciente com reposta clínica inicial e deterioração posterior – **considerar cirurgia e/ou diagnóstico diferencial.**
- 3) Paciente com ausência de resposta clínica – **considerar cirurgia imediata.**

2.3.5.4. AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS DO ATENDIMENTO PRIMÁRIO DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

Resposta rápida	Resposta Transitória	Resposta mínima ou ausente
< 20% perda sanguínea	20% a 40% perda sanguínea	> 40% perda sanguínea
Responde à reposição de cristalóides	Deteriora após reposição inicial	Não responde à reanimação volêmica
Manter monitorização	Reposição de cristalóides e sangue	- Reposição de cristalóides e sangue - Excluir choque hipovolêmico não hemorrágico
Manter monitorização	- Se melhora parcial: avaliar possibilidade de cirurgia - Se hemorragia contínua: cirurgia	Cirurgia imediata

2.3.6. MANEJO ESPECÍFICO: IDENTIFICAR A CAUSA ESPECÍFICA

2.3.6.1. ATONIA UTERINA

- 70% dos casos.
- Massagem bimanual do útero (Método de Hamilton): mão esquerda introduzida na vagina e, através do fundo de saco anterior, impulsiona o útero de encontro à mão direita, externa, que, pelo abdome, vai massagear o órgão, trazendo-o vigorosamente, em sentido oposto.
- Uso de drogas para estimular as contrações uterinas: **ocitocinas, metilergonovina, prostaglandinas e misoprostol**
 - **Ocitocina** (droga de escolha): 10 unidades pós parto imediato IM (profilaxia). Manter 10 a 40 unidades em 1 litro de Ringer lactato EV a 250 ml/h (tratamento).
Efeitos colaterais: vasodilatação transitória e hipotensão (EV) e intoxicação hídrica, devido aos efeitos anti-diuréticos.
 - **Metilergonovina**: contração tetânica; 0,2 mg IM.
Efeitos colaterais: hipertensão e vasoconstrição periférica.
Contra-indicações: hipertensão e pré-eclâmpsia
 - **Prostaglandina**: 15-metil prostaglandina F2alfa.
0,25 mg IM ou intramiometrial = máximo 2 mg (8 doses a cada 15 minutos).
Efeitos colaterais: náuseas, vômitos, diarreia, hipertensão, cefaléia, febre.
Contra-indicações relativas: asma, hipertensão, doenças pulmonar e cardíaca.
 - **Misoprostol**: 800 a 1.000 mcg VR.
- **Procedimentos cirúrgicos**: Técnica de B-Lynch (figura 1), desvascularização uterina pela Técnica de O'Leary (figura 2 e 3) (ligadura da artéria uterina, ligadura da artéria útero-ovárica), ligadura da artéria ilíaca interna (hipogástrica) e histerectomia (como última opção).

FIGURA 1 - Técnica de B-Lynch

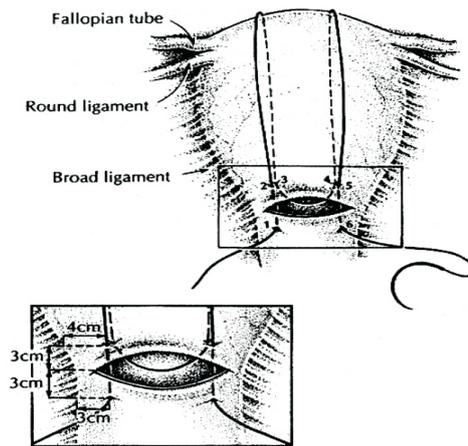
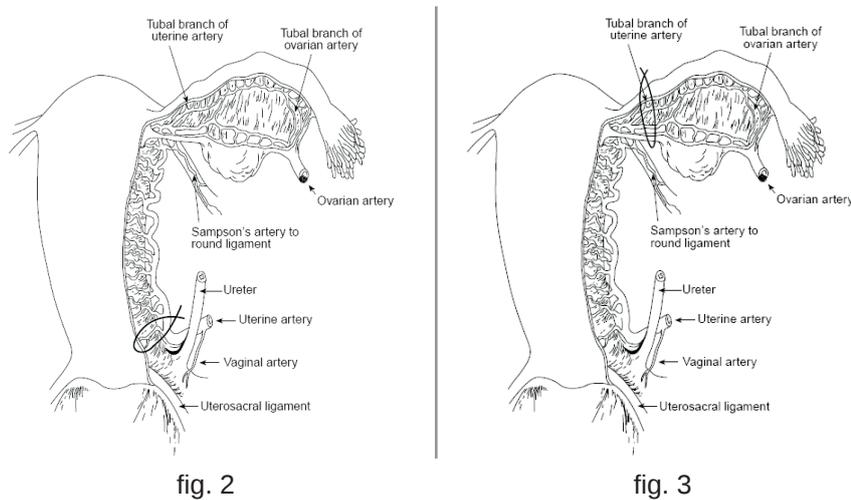


FIGURA 2 e 3 - Técnica de O'Leary



2.3.6.2. INVERSÃO UTERINA

- Rara.
- Suspeita de choque desproporcional à perda sanguínea.
- Observar reflexo vasovagal: bradicardia e hipotensão = 0,5 mg IV de atropina e reposição volêmica.
- Reposicionar o útero imediatamente.

2.3.6.3. RUPTURA UTERINA

- Associação com cirurgia uterina prévia.
- Suspeitar se: bradicardia fetal, sangramento vaginal, dor abdominal, taquicardia materna, sinais de choque desproporcional à perda sanguínea.

2.3.6.4. LACERAÇÃO CERVICAL E VAGINAL

- 20% dos casos.
- Hemostasia e reparação das lesões e da episiotomia.
- Observar hematomas e tratar.

2.3.6.5. RETENÇÃO PLACENTÁRIA

- 10% dos casos.
- **Fatores de risco:** histórias de parto cesáreo, placenta prévia, retenção placentária, dilatação e curetagem uterina; idade materna avançada; multiparidade.
- **Anomalias:**
 - 1) **PLACENTA ACRETA:** adere ao miométrio.
 - 2) **PLACENTA INCRETA:** invade o miométrio.
 - 3) **PLACENTA PERCRETA:** penetra o miométrio, até a serosa.
- **Conduta:**
 - a) Sob analgesia adequada, procede-se à **extração manual da placenta**.
 - b) Identifica-se o plano de clivagem entre a placenta e a parede do útero e com os dedos retira-se a placenta, o mais intacta possível. Examina-se a placenta e a cavidade uterina, faz-se a limpeza da cavidade uterina e inicia-se ocitocina após a remoção total.
 - c) Se não houver plano de clivagem, a remoção deverá ser cirúrgica: curetagem, considerando o acretismo placentário.
 - d) Se não se controlar o sangramento com a curetagem, realizar histerectomia.
 - e) Nas placentas percretas a conduta conservadora é bem sucedida. Consiste em deixar a placenta em seu lugar ou usar metotrexate oral semanalmente, até que o nível de beta-HCG negativo.

2.3.6.6. COAGULOPATIAS

- **Causas:**
 - 1) Púrpura trombocitopênica idiopática.
 - 2) Púrpura trombocitopênica trombótica.
 - 3) Doença de Von Willebrand; Hemofilia.
 - 4) Uso de aspirina.
 - 5) Pré-eclâmpsia grave.
 - 6) Descolamento prematuro de placenta.
 - 7) Morte fetal intra-útero Embolia amniótica.
 - 8) Sepses.
- **Conduta:**
 - a) Solicitar coagulograma e fibrinogênio.
 - b) Correção de distúrbios de coagulação.
- **Fatores de risco:**
 - a) Pacientes instáveis.
 - b) Hemorragia persistente apesar do tratamento cirúrgico.
 - c) Pacientes com indicação cirúrgica e ou de procedimentos invasivos.
- **Metas iniciais:**
 - 1) **Manter fibrinogênio acima de 100 mg/dL.**
Cada unidade de plasma fresco congelado (250 ml) aumenta o fibrinogênio em 10 mg/dL.
 - 2) **Manter plaquetas acima de 50.000/ml.**
Cada unidade de plaqueta aumenta a contagem em 5.000 /ml.
 - 3) **Manter hematócrito próximo de 30%.**
Cada bolsa de concentrado de hemácias (300 ml) eleva a porcentagem em 3 pontos.

2.4. ABORTAMENTO

Abortamento é a interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal que de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde significa a interrupção de uma gestação abaixo de 22 semanas e/ou com peso fetal inferior a 500 gramas.

2.4.1. INCIDÊNCIA

Aproximadamente 22% de todas as gestações detectadas pela dosagem de gonadotrofina coriônica humana (hCG) evoluem para abortamento.

A taxa de perda clinicamente detectável é cerca de 10% a 12% das gestações. A maioria destas ocorre antes de oito semanas. Apenas 3% das gestações são perdidas após nove semanas e 1% após 16 semanas. Cerca de 4% das mulheres podem ser acometidas por duas ou mais perdas.

2.4.2. FORMAS CLÍNICAS

Os abortamentos espontâneos podem ser classificados em cinco grupos:

- Ameaça de abortamento e abortamento iminente;
- Abortamento inevitável;
- Abortamento em evolução, abortamento completo e abortamento incompleto;
- Abortamento frustrado/ retido/ *Missed abortium*;
- Abortamento habitual.

O diagnóstico diferencial das formas clínicas está resumido na TABELA 1

2.4.3. MÉTODOS CIRÚRGICOS E MEDICAMENTOSOS PARA ESVAZIAMENTO DA CAVIDADE UTERINA PÓS-ABORTAMENTO

2.4.3.1. MÉTODOS CIRÚRGICOS

Consiste na remoção cirúrgica dos produtos da gravidez através da cérvix dilatada. A incidência de complicações como a perfuração uterina, laceração cervical, hemorragia, remoção incompleta e infecção pode aumentar após o primeiro trimestre. Por essa razão, indica-se o esvaziamento primário da cavidade uterina por curetagem e/ou aspiração manual intra-uterina (AMIU) para gestações até 11 semanas. A partir de 14 semanas de idade gestacional é necessário aguardar a expulsão do feto, que pode ser induzida por técnicas medicamentosas, antes de proceder-se a curetagem uterina. Entre 12 e 14 semanas os casos devem ser individualizados.

Nos casos em que se faz necessária a dilatação do colo uterino antes da curetagem, devemos utilizar os dilatadores Denniston (jogo de 5 bastões cônicos), pelo menor risco de perfuração uterina, na ausência dos mesmos, podemos usar as Velas de Hegar (cilindros metálicos com diâmetros variáveis). Ambos os modelos de dilatadores são introduzidos na cérvix em ordem crescente de diâmetro até que se obtenha a dilatação necessária para a realização da curetagem uterina. Esse procedimento deve ser realizado sob anestesia. Após a dilatação realiza-se o esvaziamento da cavidade uterina através da AMIU ou curetagem.

TABELA 1 - Diagnóstico diferencial entre as formas clínicas de abortamentos.

Forma Clínica	Hemorragia	Cólicas	Útero	Colo	Ultra-sonografia
Ameaça de abortamento	Pouco volumosa	Pouca intensidade	Volume proporcional ao esperado para a IG	Fechado	Variável
Abortamento iminente	Moderada com sangue vivo	Média a grande intensidade	Volume proporcional ou ligeiramente inferior à idade gestacional	Entreaberto	Saco gestacional desprendendo, colo com dilatação
Abortamento inevitável	Volumosa associada com perda de líquido amniótico	Intensas	Volume proporcional ou ligeiramente inferior à idade gestacional	Presença de dilatação cervical	Diminuição do líquido amniótico, alterações sugestivas de infecção
Abortamento incompleto	Abundante com restos ovulares	Média a grande intensidade	Volume menor que o esperado para a idade gestacional	Entreaberto	Restos ovulares
Abortamento completo	Pequeno volume ou inexistente Eliminação do concepto e Anexos	Ausente	Volume menor que o esperado para a idade gestacional	Fechado	Ausência de conteúdo intracavitário
Abortamento infectado	Pequeno, opalescente e com restos ovulares	Intensas e acompanhadas de febre e outros sintomas a depender da fase	Volume variável com consistência amolecida, mobilidade reduzida	Entreaberto	Variável
Abortamento retido	Não	Não	Menor que o esperado	Fechado	CCN maior ou igual a 5 mm sem BCF
Ovo anembrionado	Não	Não	Menor que o esperado	Fechado	Saco gestacional > 16 mm sem embrião ou vesícula vitelina

2.4.3.2. INDUÇÃO MEDICAMENTOSA

Ocitocina: É possível a indução de abortamentos no segundo trimestre de gestação com altas doses de ocitocina administrada em pequenos volumes de solução intravenosa. Segundo o protocolo do ACOG prepara-se a solução com 200 unidades de ocitocina (40 ampolas) em 500ml de soro fisiológico ou Ringer. O gotejamento deve ser de 50 ml/hora (20.000 mU/hora) o que resultará numa dose aproximadamente 10 vezes maior que a dose máxima preconizada para a indução do parto com o feto vivo (1.800 mU/hora).

O risco de intoxicação hídrica é maior com altas doses de ocitocina, e a paciente deve ser monitorizada com uma dosagem de íons diária enquanto estiver recebendo esse regime.

Prostaglandinas: Disponíveis sob forma de comprimidos com 200 µg (miso-prostol, prostaglandina E1) que devem ser administrados por via vaginal a cada 6 horas até a expulsão fetal

Antibióticoprofilaxia Pós-Abortamento Incompleto: Não há evidências suficientes para recomendar antibiótico profilaxia de rotina pós-abortamento incompleto sem sinais ou sintomas de infecção.

2.4.4. ABORTAMENTO INCOMPLETO INFECTADO

O abortamento infectado decorre da eliminação incompleta do ovo, embrião ou placenta, que determinam a manutenção da abertura do canal cervical, favorecendo a ascensão de bactérias da flora vaginal e intestinal à cavidade uterina, em um processo denominado progressão aeróbio-anaeróbia. É mais comum em abortamentos instrumentais provocados, mas não é exclusivo destes.

O diagnóstico baseia-se na presença de dor hipogástrica e à mobilização do colo uterino, febre e corrimento vaginal com odor fétido. Por vezes há relato de sangramento vaginal prolongado ou tentativa de interrupção voluntária da gravidez.

O abortamento infectado pode ser subdividido em **três estágios** conforme a extensão do processo e gravidade clínica:

- **Tipo I:** É o mais comum, localizado apenas na cavidade uterina e decídua; observamos o útero aumentado de volume com o canal cervical pérvio, por onde flui secreção piosanguínea. O estado geral da paciente está preservado e inexistem sinais de resposta inflamatória sistêmica e irritação peritoneal;
- **Tipo II:** A infecção pode progredir para o miométrio, paramétrios, anexos e peritônio agravando-se o quadro clínico. Há presença de febre elevada, taquicardia, íleo parálítico, e dor abdominal. O exame físico pode demonstrar defesa abdominal, toque vaginal extremamente doloroso e empastamento dos paramétrios;
- **Tipo III:** Caracterizado pelo quadro grave e com alta morbidade e mortalidade caracterizado por resposta inflamatória sistêmica acentuada e sepsis intrabdôminal.

No **tipo I** o tratamento do abortamento incompleto infectado consiste na remoção do foco infeccioso por meio de curetagem uterina com uso simultâneo de antibióticos endovenosos com cobertura para os germes mais freqüentes nesse tipo de infecção: gram-negativos e anaeróbios. Recomenda-se inicialmente aminoglicosídeo

(gentamicina ou ampicilina) associado a um anaerobicida (geralmente metronidazol ou clindamicina). O esquema deve ser prescrito independente da gravidade do quadro clínico.

No **tipo II** com propagação para o miométrio e peritônio a curetagem não mais soluciona o problema, sendo necessária a abordagem cirúrgica. Exames laboratoriais são necessários para estimar o grau de acometimento sistêmico da infecção: leucograma, lactato, função renal e hepática, coagulograma, radiografia de tórax/abdome e ultra-sonografia. Em casos com acometimento pélvico extenso realiza-se a drenagem dos abscessos através do fundo de saco posterior ou via abdominal, dependendo da sua localização ultra-sonográfica e/ou per-operatória. O uso de antimicrobianos está também indicado.

No **tipo III** além da abordagem cirúrgica é necessário a monitorização e controle da paciente em unidade de tratamento intensivo (ver protocolo de sepse)

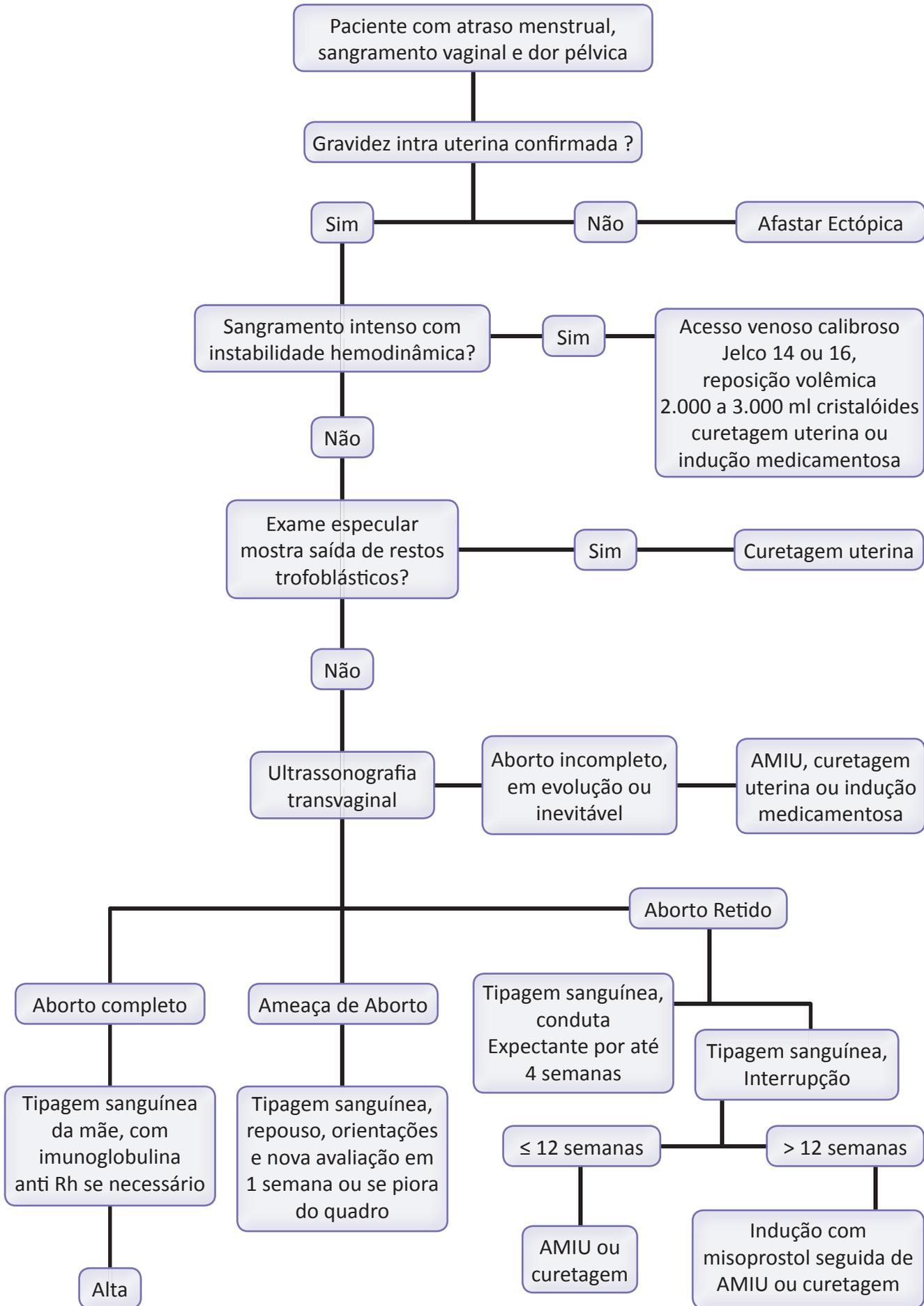
2.4.4.1. ESQUEMA POSOLÓGICO DE ANTIMICROBIANOS NO ABORTAMENTO INFECTADO

- **CLINDAMICINA:** 600 mg, EV, de 8/8 horas ou Metronidazol 500 mg de 8 em 8 horas EV + **GENTAMICINA:** 5 mg/kg, EV, dose única diária.
OBS.: Esquema preconizado pelo CDC para CLINDAMICINA: 900 mg, EV, de 8/8 horas
- Após 48 horas afebril, suspender esquema venoso e avaliar alta sem uso de medicação.
- OBS.: Nos casos de persistência de febre após 72 horas de iniciado antimicrobiano, está indicado a nova investigação diagnóstica e discussão do esquema de antimicrobiano.

2.4.4.2. PROFILAXIA DA ISOIMUNIZAÇÃO PELO FATOR RH PÓS-ABORTAMENTO

Após qualquer uma das formas clínicas de abortamento devemos realizar a tipagem sanguínea da mãe. Caso a mãe seja Rh(D) negativo, devemos realizar o teste de Coombs indireto. Se este se mostrar negativo e o pai for Rh(D) positivo ou desconhecido devemos realizar a profilaxia da isoimunização Rh(D) através da imunoglobulina anti-Rh(D) 50 mcg por via intramuscular. Na ausência da dose de 50 mcg, a dose de 300 mcg poderá ser empregada.

FLUXOGRAMA DE ABORDAGEM DA PACIENTE COM SUSPEITA DE ABORTAMENTO



2.5. GRAVIDEZ ECTÓPICA

2.5.1. CONCEITO

Gestação em que o ovo se implanta e desenvolve-se fora da cavidade uterina.

2.5.2. INCIDÊNCIA

Variando entre 9,6 e 26,4 para cada 1.000 nascidos vivos. A coexistência da gravidez intra-uterina com a ectópica (gestação heterotópica) ocorre em 1 para 3.889 gestações.

2.5.3. LOCALIZAÇÃO

Localizações mais frequentes:

- **Tubária:** 98,3%
 - Ampular: 79,6%
 - Ístmica: 12,3%
 - Fimbrial: 6,2%
 - Intersticial: 1,9%
- **Abdominal:** 1,4%
- **Ovariana:** 0,15%
- **Cervical:** 0,15%

2.5.4. DIAGNÓSTICO

Queixas

- Dor pélvica.
- Sangramento vaginal.
- Atraso menstrual.

Sinais

- Massa anexial palpável.
- Dor à palpação dos anexos.
- Útero de tamanho abaixo do esperado para idade gestacional.
- Sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão, taquicardia, hipotermia e sudorese) na presença de ruptura.

Diagnóstico diferencial

- Anexite.
- Cisto de ovário.
- Rotura de folículo ovariano e de corpo lúteo hemorrágico.
- Apendicite.
- Outros quadros abdominais.

2.5.5. EXAMES COMPLEMENTARES

Dosagem de beta-HCG

Na gestação de evolução normal o BHCG dobra a cada 48 a 72 horas

- Aumento de no mínimo 66% em 48 horas.
- Com valores acima de 1.000 a 2.000 UI (dependendo do aparelho e da experiência do examinador) obrigatoriamente o saco gestacional deverá ser visto dentro do útero pela ultrassonografia endovaginal. Se não for visto → suspeitar de ectópica.

Ultrasonografia

Sinais ultrassonográficos

- Ausência de gravidez intra-uterina.
- Massa anexial heterogênea.
- Presença de líquido no fundo de saco.

Culdocentese

Recomenda-se sua realização quando se suspeita da presença de sangue na cavidade abdominal e não se dispõe de ultra-sonografia.

Laparoscopia

Recurso propedêutico mais confiável no diagnóstico de prenhez tubária íntegra; nos casos duvidosos deve sempre ser realizada. Inconvenientes desse método propedêutico: agressivo, exigindo local, equipamento e pessoal adequados para realizá-lo, o que na prática nem sempre é possível.

2.5.6. TRATAMENTO

Terapêutica Cirúrgica

A terapêutica cirúrgica continua a ser o tratamento padrão da gravidez ectópica. Pode ser empregada como primeira escolha ou na falha do tratamento clínico ou da conduta expectante.

Caso a vídeo laparoscopia esteja disponível, deve ser usada preferencialmente.

Tipo de Cirurgia

Em casos de urgência, com sangramento importante e/ou instabilidade hemodinâmica, a laparotomia com salpingotomia deve ser sempre a opção.

Na video-laparoscopia e laparotomia, sempre que possível, pratica-se a salpingostomia linear contra-mesentérica – incisão linear na trompa com remoção do produto conceptual. A região da trompa que foi aberta pode ser suturada, cauterizada ou permanecer aberta.

Quando não existe a preocupação em manter a fertilidade, pode-se realizar a salpin-gectomia total ou parcial.

A ordenha tubária, não deve ser realizada, pois existe o risco de não se retirar todo o produto conceptual, resultando em gravidez ectópica persistente.

Tratamento Clínico

Pode ser tentado em casos bem seleccionados, com diagnóstico precoce. O metotrexato é a droga de escolha.

O metotrexato é um antagonista do ácido fólico que inibe a síntese de purinas e pirimidinas, interferindo na síntese de DNA e na multiplicação celular. O quadro abaixo indica quando tentar o tratamento clínico e suas chances de sucesso.

ÍNDICE DE ELITO-CAMANO

Parâmetros	Pontuação		
	0	1	2
β -HCG (mUI/ml)	> 5.000	1.500 – 5.000	< 1.500
Aspecto da imagem	Embrião vivo	Anel tubário	Hematosalpinge
Diâmetro da massa (cm)	> 3,0	2,6 – 3,0	< 2,5
Doppler colorido	Risco elevado	Risco médio	Risco baixo

Nota > 5 → 95% de sucesso no tratamento.

Nota ≤ 5 → Tratamento clínico contra-indicado.

Risco elevado: fluxo com IR < 0,45 em mais de 2/3 da massa.

Risco moderado: fluxo com IR < 0,45 em 1/3 a 2/3 da massa.

Risco baixo: fluxo com IR < 0,45 em menos de 1/3 da massa, ou fluxo com IR > 0,45, ou fluxo de alta resistência (diástole zero ou reversa), ou ausência de vascularização detectável.

Conduta Expectante

A conduta expectante é uma opção na prenhez tubária íntegra, em pacientes cuidadosamente seleccionadas e com critérios bem definidos. Isso é possível em 15 a 20% das gestações ectópicas. Ausência de dor ou sangramento genital, ausência de sinais de sangramento abdominal, níveis decrescentes de bHCG, sendo o inicial abaixo de 1.000 ul/ml, monitoração contínua da paciente com dosagens seriadas de bHCG a cada 48 horas, de hematócrito e ultra-sonografia transvaginal até o desaparecimento do bHCG. Com níveis persistentes ou em elevação de bHCG a paciente deve ser tratada com metotrexato ou cirurgia.

Taxas de sucesso:

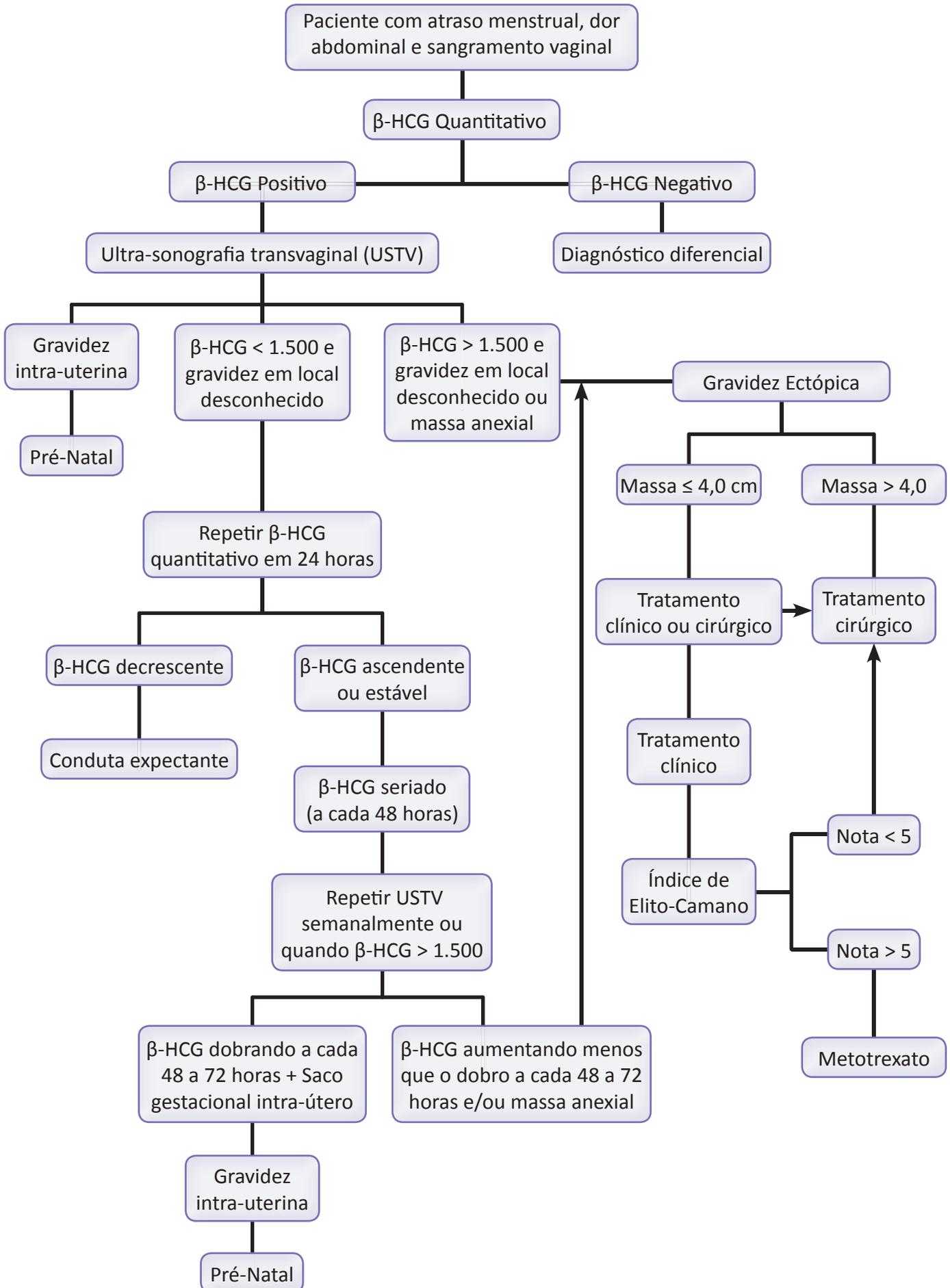
beta-HCG < 175 UI/ml → 96%.

beta-HCG entre 175 UI/ml e 1500 UI/ml → 66%.

beta-HCG > 1500 UI/ml → 21%.

Concentrações decrescentes de bHCG indicam gravidez em involução. Quando a dosagem sérica do bHCG indicar níveis decrescentes, a conduta expectante pode ser adotada. Níveis crescentes do bHCG ou aumento da massa anexial contra-indicam a conduta conservadora.

FLUXOGRAMA DE CONDUTA NA SUSPEITA DE GRAVÍDEZ ECTÓPICA



LEITURA RECOMENDADA

ABBÊS, C.; MASSARO, A. Acolhimento com Classificação de Risco. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, s.d.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA. Implantação de acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro de hospital do estado tipo OSS (Organização de Serviços de Saúde). Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo. Mogi das Cruzes, maio, 2007. Disponível em: http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/trabalho_accr_-_hospital_luzia_de_pinho_melo.doc. Acesso em 17 março 2010.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, Diretrizes de Classificação de Risco das Unidades de Pronto Atendimento. Coordenação de Urgência e Emergência. Proposta de Regulação da Porta de Entrada das Unidades de Urgência e Emergência de Belo Horizonte. Belo Horizonte: SMSA, 2002. 8p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 02 de novembro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/050050_FL.pdf. Acesso em: 11 set. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/docbase.pdf>. Acesso em 14 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: relatório de atividades 2003. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0148_m.pdf. Acesso em: 20 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF, 2006a. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_0294_FL.pdf. Acesso em: 9 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2006b. 44 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf. Acesso em: 13 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna./Ministério da Saúde, 2ªed. 2002; Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm>>.

BRASÍLIA, Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização, MS / 2004; Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm>>.

CAMELO, S. H. H. et al Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no Município de Ribeirão Preto. Rev. Latinoam. Enfermagem., n. 8, p. 30-37, 2000.

CORREAMD, MELO VH, AGUIAR RAP, CORREA Jr. MD. Noções Práticas de

- Obstetrícia. Cooperativa Editora e Cultura Médica, 13ª edição, 2004.
- FHEMIG – Manual de Protocolos Clínicos 2009
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES Jr., H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.
- GOLDIM, J. R. Triagem. 2001. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm> >. Acesso em: 02 abr. 2007.
- GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Classificação de risco. 2007. Disponível em: <http://gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39>. Acesso em: 5 out. 2007
- MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Urgência e Emergência – A Participação do Município. In: CAMPOS, C. R. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã Editora, 1998. Parte III, p.265-286.
- MANCHESTER TRIAGE SYSTEM (MTS); Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm> >.
- NORONHA, R. Projeto de Sistematização: atendimento contínuo, regular e escalonado na UPA Oeste. Belo Horizonte: UPA Oeste, 2003. 73p.
- PROJETO DE ACOLHIMENTO DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR MÁRIO GATTI. Campinas, SP, Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm> >.
- PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS DE BELO HORIZONTE; Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm> >.
- PROTOCOLO DE CONDUTAS DA MATERNIDADE OTTO CIRNE – Hospital das Clínicas da UFMG - 2007
- ROCHA, A. F. S. Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência Pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Dissertação. Belo Horizonte: Faculdade de Enfermagem da UFMG, 2005. 98f.
- SANTOS JÚNIOR, E. A. Violência no Trabalho: o retrato da situação dos médicos das Unidades de Pronto Atendimento da Prefeitura de Belo Horizonte. Dissertação. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2004. 145f.
- THE CANADIAN EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE & ACUIT SCALE (CTAS), versão 16, 1998; Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm> >.