

Protocolo de Regulação de Urgência e Emergência Materno-Infantil no Estado do Ceará

**Fortaleza-CE
Dezembro, 2021**

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Marcos Antônio Gadelha Maia

Secretário da Saúde do Estado do Ceará

LucieneAlice da Silva

Secretária Executiva de Política de Saúde (SEPOS)

Lívia Maria de Castro

Secretária Executiva Administrativo-Financeira (SEFIN)

Ricristhi Gonçalves de Aguiar Gomes

Secretária Executiva de Vigilância e Regulação em Saúde (SEVIR)

Sandra Gomes de Matos Azevedo

Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI)

Tânia Mara Coelho

Secretária Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)

Equipe de elaboração

Luiz Guilherme Pinheiro Costa

Orientador da Célula de Regulação do Sistema de Saúde

Colaboração:

Magda Moura de Almeida

Pedro Sabóia Neto

Zeus Peron Barbosa do Nascimento

Representantes das Unidades de Saúde- Obstetrícia/Neonatal

Hospital Geral Dr César Cals - HGCC: Pedro Saboia Neto

Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar - HMJMA: Lucas Nogueira

Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS: Juliana Barros Mendes

Hospital Geral Dr Waldemar de Alcântara - HGWA: Thaís Lobo Herzer

Hospital Geral de Fortaleza - HGF: Shirley Bede Bruno.

Hospital e Maternidade Dra Zilda Arns Neumann - H. MULHER: Tatiana Nobre Souza.

Hospital Distrital Gonzaga Mota - BARRA DO CEARÁ: Mário Sampaio Jales

Hospital Distrital Gonzaga Mota - MESSEJANA: Soraia Silva Vasconcelos.

Hospital Nossa Senhora da Conceição - HNSC: Marcos Aurélio Silva Medeiros.

Hospital São Camilo / Cura d'Ars - Mozrt Ney Rolim Teixeira Henderson

Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC: Zeus Peron Barbosa do Nascimento

Comitê de Mortalidade Materno Infantil: Liduína Rocha

Revisão Técnica

Emília Alves deCastro – Coordenadora de Regulação e Controle do Sistema de Saúde (CORAC/SEVIR)

Colaboração

Luciene Alice da Silva – Secretária Executiva de Políticas de Saúde (SEPOS/SESA)

Apresentação

A disponibilidade do **Protocolo de Regulação de Urgência e Emergência Materno Infantil** é mais uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará por meio da Secretaria Executiva de Vigilância e Regulação em Saúde (SEVIR), Coordenação de Regulação dos Sistemas de Saúde (CORAC), para apoiar à Rede Materno Infantil, maternidades e serviços de obstetrícia, em todo o Estado do Ceará, visando à ampliação do acesso, à qualificação e o Cuidado Integral.

Trata-se de um instrumento norteador de procedimentos a serem adotados na área da Obstetrícia/Neonatal, por todas instituições no Estado do Ceará, com o objetivo de harmonizar condutas entre os profissionais de saúde que atuam na área, possibilitando mais segurança na tomada de decisão clínica, baseando-se em evidências científicas e práticas em serviço.

Os motivos de encaminhamento selecionados para a composição desse protocolo são os mais prevalentes para a especialidade Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) no Ceará. Contudo, outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Reforçamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas e inseridas no sistema de regulação FASTMEDIC para avaliação do médico regulador.

A elaboração deste protocolo foi um processo de construção coletiva, que contou com a colaboração dos profissionais que atuam na Obstetrícia/Neonatal no Estado.

O resultado de parâmetros clínicos e exames complementares é informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e deve ser descrito com resultados anexados quando disponível. A solicitação de exames consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não devem impedir a solicitação e regulação da paciente.

De acordo com ofício 1329/2021 da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e pactuação realizada, os hospitais e maternidades devem preencher formulário eletrônico disponível no Google drive no endereço

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1KalkjqkoOAuo6UfHgwCxDMISfejbrCioXWxUYf6LnQ/edit?usp=sharing>, 2 (duas) x ao dia (9h e 21h), com informações referente a capacidade instalada e taxa de ocupação.

Pretende-se com a aplicação desse Protocolo, evitar a peregrinação de mulheres nos serviços de Atenção Obstétrica e demoras que possam resultar em desfechos desfavoráveis, viabilizar o acesso qualificado, sobretudo, contribuir para organização dos serviços de urgência obstétrica e impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Marcos Antônio Gadelha Maia
Secretário da Saúde do Estado do Ceará

1. Condições Clínicas

Em atendimento as diretrizes e objetivos estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são:

- I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:
 - a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo);
 - b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

2. Condições Clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência Ginecológica

1. Suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia ;
2. Crise hipertensiva (PA sistólica \geq 160 mmHg ou PA diastólica \geq 110 mmHg)
3. Anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica;
4. Doença falciforme com crise algica ou outros sinais de gravidade
5. Presença de citopenias concomitantes com critérios de gravidade
6. Qualquer manifestação hemorrágica;
7. Trombocitopenia assintomática e valor de plaquetas inferior a 30 mil/mm³;
8. Trombocitopenia associada a:

- ❖ Aumento da pressão arterial (PA sistólica \geq 140 mmhg ou PA diastólica \geq 90 mmhg); ou
 - ❖ Presença de anemia hemolítica; ou
 - ❖ Elevação de transaminases ou provas de função hepática; ou
 - ❖ Perda de função renal (elevação de creatinina prévia, proteinúria)
9. Isoimunização RH com feto apresentando achados ecográficos de anemia
 10. Sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular)
 11. Suspeita de trabalho de parto pré-termo (contrações regulares e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas)

Pacientes em período expulsivo não devem ser inseridas na regulação para transferência, devendo ter atendimento adequado ao parto, e somente depois de finalizada a assistência ao parto e ao recém nascido, se houver necessidade, a solicitação deve ser inserida no sistema de regulação para transferência.

3- Alterações ecográficas na gestação indicadoras de remoção de Urgência/Emergência

1. Crescimento intra-uterino restrito (para avaliação de bem-estar fetal). - Para o diagnóstico da restrição de crescimento se faz necessário o uso de doppler, então eu escalonaria pelo tipo de restrição.
2. Hidropsia fetal e anemia fetal diagnosticada pelo doppler
3. Placenta prévia com sangramento;
4. Polidrâmnio sintomático (dor, dispneia) (indicação materna)

OLIGOHIDRAMNIA NÃO É URGÊNCIA!

Os casos de oligohidramnia associados com outras patologias devem ser conduzidas de acordo com os protocolos de cada patologia. As indicações para antecipação do parto em mulheres com oligoamnio atribuível a condição materna ou fetal dependem do manejo de cada condição específica.

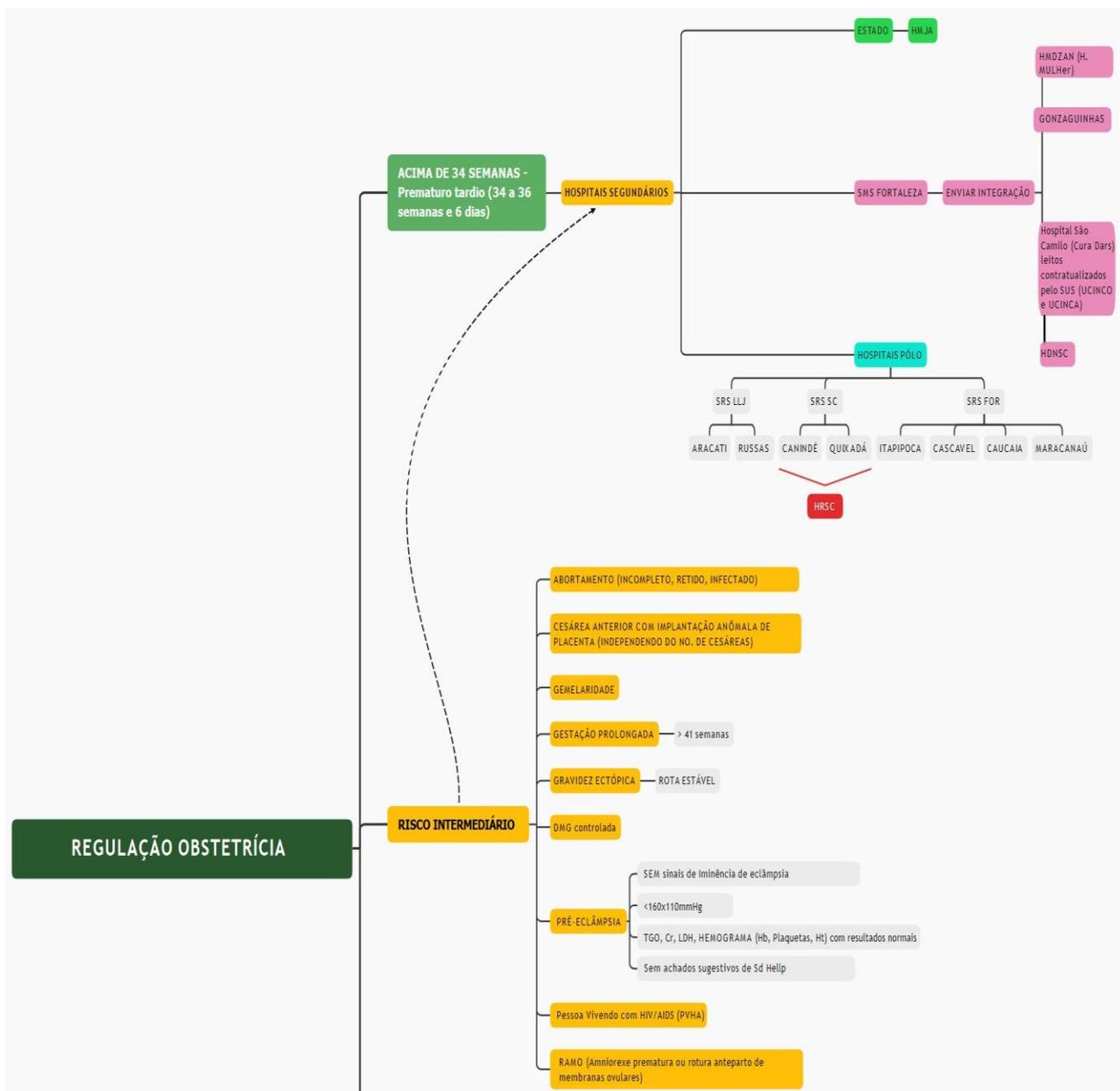
Check List para Estratificação de Risco RN

<p>UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, assim considerados:</p>	<p>As UCINCo serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos nas seguintes condições:</p>
<p>Recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30% (trinta por cento)</p>	<p>Recém-nascido que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares;</p>
<p>Recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas;</p>	<p>Recém-nascido com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO₂) elevada (FiO₂ > 30%);</p>
<p>Recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte;</p>	<p>Recém-nascido com peso superior a 1.000g e inferior a 1.500g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso;</p>
<p>Recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral;</p>	<p>recém-nascido maior que 1.500g, que necessite de venóclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável;</p>
<p>Recém-Nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de cateter venoso central, ▪ Drogas vasoativas, ▪ Prostaglandina, ▪ Uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, ▪ Uso de ventilação mecânica e fração de oxigênio (fiO₂) maior que 30% (trinta por cento), ▪ Exsanguíneo transfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013) 	<p>Recém-nascido em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineo transfusão</p>
	<p>Recém-nascido submetido a procedimento de exsanguíneotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico;</p>
	<p>Recém-nascido submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN.</p>

Conteúdo mínimo que a solicitação de regulação obstétrica deve conter:

1. Idade gestacional	Data da última menstruação (DUM) ou ecografia precoce (US)
2. Presença de sinais de trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Contrações uterinas/ Dinâmica Uterina (DU) • Dilatação de colo uterino com toque vaginal (TV) • Rotura de membranas
3. Parâmetros de vitalidade fetal	<p>Batimento cardíaco fetal (BCF) e movimentação fetal (MF)</p> <p>Resultado de cardiografia e ecodoppler se disponível</p>
4. Descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes;	<p>Diagnóstico de hipertensão prévio a gestação (PAS x PAD).</p> <p>Se diabetes gestacional, descrição de controle glicêmico após 2 semanas do tratamento não farmacológico.</p>
5. Sintomas Gripais	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sim ou Não ❖ Resultados teste COVID
6. Sinais Vitais e suporte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pressão Arterial ▪ Saturação O₂ ▪ Frequência Respiratória (FR) ▪ Suporte Oxigênio/ Ventilação Mecânica ▪ Droga vasoativa ▪ Uso de antibiótico ▪ Diurese ▪ Acesso
<p>Exemplo: Gestante, IG 35 semanas, com queixa de dor em BV. Sem comorbidades.</p> <p>Ao Exame:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PA 130 X 80 mmHg FR 14 irpm SatO₂ 98% em ar ambiente. Sem uso de drogas vasoativas. ▪ BCF - 130 BPM ▪ MF - PRESENTE ▪ DU - IRREGULAR ▪ TV - COLO PÉRVIO 3 CM, APAGADO 80%, AP CEFALICA, BOLSA ÍNTEGRA ▪ HD - PRODROMOS DE TRAB PARTO 	

Fluxograma de Regulação de Urgência e Emergência Materno Infantil no Estado do Ceará



MENOR QUE 34 SEMANAS e ALTO RISCO

