

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FEBRASGO



URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MATERNAS

DIAGNÓSTICO E CONDUTA EM SITUAÇÕES DE RISCO DE MORTE MATERNA

AGE
HB1322.5
B823ur
2ed,e.3
2000

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MATERNAS

Guia para diagnóstico
e conduta em situações
de risco de morte materna

5

2ª EDIÇÃO
FEBRASGO
MINISTÉRIO DA SAÚDE

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MATERNAS

**Guia para diagnóstico
e conduta em situações
de risco de morte materna**

1ª EDIÇÃO - MAIO - 2000

Autores:

- Alfredo de Almeida Cunha
- Arnaldo Afonso Alves de Carvalho
- Bartholomeu Penteado Coelho
- HÉlvio Bertolozzi Soares
- Ivete Cristina Teixeira Canti
- Janine Schirmer
- José de Ribamar P. França
- Krikor Boyaciyán
- Maria Melisande Diógenes Pires
- Renato Passini Júnior
- Ricardo Fescina
- Sérgio Martins Costa
- Suzanne Serruya

Colaboradores

- Aníbal Faúndes
- Dorival Antonio Vitorello
- Iracema de Mattos Paranhos Calderon
- José Geraldo Lopes Ramos
- Marcus Vasconcelus
- Marilza Vieira Cunha Rudge
- Mary Angela Parpanelli
- Regina Viola
- Ronaldo Seligman
- Rui Gilberto Ferreira
- Sérgio Eduardo Costa Sampaio

Ministério da Saúde © 2000

É permitida a reprodução total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 35.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

Ministério da Saúde

Área Técnica da Saúde da Mulher

Esplanada dos Ministérios, Bl. G, 6º andar

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Tel.: (0xx61) 223-5591

Fax: (0xx61) 322-3912

E-mail: tania.lago@saude.gov.br

2ª EDIÇÃO - OUTUBRO 2000 - TIRAGEM: 15.000 EXEMPLARES

Edição revisada:

- Renato Passini Júnior
- Sérgio Martins Costa
- Suzanne Serruya

Urgências e Emergências Maternas: gula para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher.
Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição.

119 p.

1. Gravidez de alto risco. 2. Puerpério. 3. Urgências médicas. I. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.

APRESENTAÇÃO

As altas taxas de mortalidade materna representam um desafio à saúde pública em nosso país. Ao não se garantir o acesso seguro ao evento da maternidade, impõe-se às mulheres o mais sério limite ao exercício dos direitos reprodutivos e, portanto, à condição de cidadania.

Embora o risco de óbito tenha se reduzido no Brasil com a ampliação do acesso ao pré-natal e ao parto institucional, ainda há muito a fazer.

Para evitar a morte de muitas mulheres, é fundamental o pronto e adequado atendimento às emergências obstétricas. O Guia de Urgências e Emergências Maternas irá contribuir, com certeza, para garantir à gestante uma assistência mais efetiva.

JOSÉ SERRA
Ministro da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1. INFECÇÕES.....	13
1.1. Abortamento infectado.....	13
1.2. Pielonefrite aguda	18
1.3. Corioamnionite.....	20
1.4. Seps e choque séptico	22
1.5. Infecção puerperal.....	26
1.6. Pneumonia	30
1.7. Malária	31
2. HIPERTENSÃO ARTERIAL	35
2.1. Hipertensão arterial aguda	35
2.2. Eclâmpsia	38
2.3. Síndrome HELLP	42
2.4. Anestesia da paciente com HAS	45
3. HEMORRAGIAS	49
3.1. Placenta prévia e acretismo placentário.....	49
3.2. Descolamento prematuro da placenta e coagulação intravascular disseminada.....	52
3.3. Rotura uterina	58
3.4. Hemorragia puerperal.....	60
3.5. Choque hemorrágico - Regras para reposição de volume e correção das coagulopatias.....	62
3.6. Fígado gorduroso agudo.....	65
3.7. Hemorragia intracraniana	67
4. CARDIOPATIAS	71
4.1. Edema agudo de pulmão.....	71
4.2. Hipertensão pulmonar.....	73
4.3. Infarto agudo do miocárdio	74
4.4. Endocardite bacteriana	77
5. DISTÚRBIOS TROMBOEMBÓLICOS	79
5.1. Trombose venosa profunda	79
5.2. Embolia pulmonar.....	82
5.3. Embolia amniótica.....	89
5.4. Anticoagulação profilática na gravidez	92

6. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	95
7. ASMA AGUDA GRAVE	103
8. CETOACIDOSE DIABÉTICA.....	105
9. ESTADO DE MAL EPILÉPTICO	111
10. APÊNDICES	113
A. Guia Terapêutico	113
B. Terapêutica com Componentes Sangüíneos	117
C. Tabela de Uso de Medicacões Parenterais Usadas no Tratamento de Crise Hipertensiva	119

MORTE MATERNA NO BRASIL

Durante muito tempo, o óbito materno¹ foi considerado um fato natural e inerente à condição feminina. No entanto, cerca de 98% desses óbitos seriam evitáveis caso fossem asseguradas condições dignas de vida e de saúde à população.

A comparação entre as taxas de mortalidade materna em países desenvolvidos da Região das Américas – tais como Canadá e Estados Unidos, cujos valores são inferiores a nove óbitos por 100.000 nascidos vivos – e a de países como Brasil, Bolívia, Peru e Paraguai – com valores superiores a 100 óbitos por 100.000 – evidencia a disparidade entre esses dois blocos. Entretanto, países em desenvolvimento dessa região, como Cuba e Costa Rica, apresentam taxas de mortalidade materna substancialmente inferiores, demonstrando que a morte materna pode ser um indicador da determinação política de garantir a saúde da população.

No Brasil, assim como nos países em desenvolvimento, a mortalidade materna é subenumerada. As causas para tal estão vinculadas à existência de cemitérios clandestinos, à ocorrência de partos domiciliares em áreas rurais, à dificuldade de acesso aos cartórios, ao desconhecimento da população quanto à importância do atestado de óbito como instrumento de cidadania e ao preenchimento inadequado das declarações de óbito (D.O).

Além disso, a permanência da desigualdade social entre homens e mulheres torna a declaração do óbito feminino um documento sem importância imediata do ponto de vista legal, pois as mulheres mais expostas ao risco de morrer são as de baixa renda ou da zona rural, que não têm herança nem benefícios previdenciários assegurados.

Em 1997, a razão de morte materna no país, obtida a partir de óbitos declarados, foi de 51,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Nas regiões Sul e Sudeste esses valores foram respectivamente de 72,8 e 57,7, enquanto nas regiões Nordeste e Norte foram de 39,9 e 36,9 respectivamente.

¹ Define-se o óbito materno como aquele ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, por qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não por causas acidentais ou incidentais.

Essa variação decorre, certamente, da maior cobertura e melhor qualidade do registro de óbitos, aliadas à investigação de óbitos femininos em idade fértil no Sul e Sudeste.

Em 1997, foram registrados em todo o país 1.787 óbitos maternos. Infelizmente, não é possível estimar o número de óbitos não registrados e os mal declarados, pela ausência de pesquisas recentes capazes de determinar a real magnitude da mortalidade materna em cada macrorregião do país.

Quanto às causas de morte materna, predominam as obstétricas diretas² (74%), e entre essas, a eclâmpsia, hemorragias, infecção puerperal e aborto. A maioria desses óbitos é evitável mediante uma boa assistência no pré-natal, parto, puerpério e urgências e emergências maternas.

MEDIDAS NECESSÁRIAS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

• Planejamento familiar: prevenção da gravidez indesejada

O acesso a informações e aos métodos anticoncepcionais incluem-se entre os direitos básicos dos cidadãos, na medida em que auxiliam as pessoas a melhor adequar sua vida reprodutiva no contexto de um projeto de vida. Para uma grande parcela das mulheres brasileiras, o acesso ao planejamento familiar é mais do que isto: é questão vital, pois na ausência de condições materiais, conjugais e até existenciais para arcar com uma gravidez, recorrem ao aborto ilegal, e portanto, inseguro.

Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil demonstram que a razão entre as internações por aborto e as internações por parto varia de 1/10 a 4/10. Embora o número de internações por curetagem pós-aborto no SUS tenha diminuído de 342 mil em 1991 para 238 mil em 1998, a taxa de letalidade manteve-se a mesma.

O aborto representa a quarta causa de morte materna no país, mas em algumas capitais, é a mais freqüente.

A indução do aborto mediante práticas inseguras é sem dúvida a causa básica dessas mortes. No entanto, pesquisas têm demonstrado que mulheres nessa condição recebem muitas vezes tratamento desumano motivado pelo prejulgamento de profissionais de saúde, cuja demora em instituir o tratamento necessário contribui para o óbito.

² Causa obstétrica direta de morte materna é aquela resultante de complicações obstétricas do estado gestacional, de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações. Causa obstétrica indireta é aquela resultante de doença preexistente ou que se desenvolve durante a gravidez, não por causas diretas, mas agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

- **Assistência pré-natal: maior acesso e mais qualidade**

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 1996, aproximadamente 13% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Essa porcentagem foi de 9% nas regiões urbanas e 32% no meio rural. A menor cobertura foi encontrada no Nordeste (75%) e a maior no Estado do Rio de Janeiro (96%).

A pesquisa também mostrou que em 75% das gestações foram realizadas mais de quatro consultas, e que entre as mulheres que fizeram pré-natal, 50% realizaram seis ou mais consultas; isto é, o número mínimo de visitas necessário para um bom acompanhamento.

Quanto à época de início do pré-natal, o estudo mostra que 66% das gestantes brasileiras o fizeram adequadamente, isto é, no primeiro trimestre da gravidez, com diferencial de 73% na área urbana e 46% na área rural. Uma proporção menor de mulheres inicia o pré-natal nos primeiros três meses nas regiões Nordeste (52%) e Norte (56%).

A análise dos três parâmetros acima descritos indica que o acesso ao pré-natal é problema significativo para a população rural e da localizada nas regiões Norte e Nordeste. Demonstra ainda que a qualidade da assistência é deficiente em todo o país, pois mesmo em regiões com alta cobertura e concentração de consultas de pré-natal a mortalidade materna se mantém elevada.

Existem pelo menos três indicadores objetivos da má qualidade do atendimento pré-natal no país. O primeiro se refere à alta incidência de sífilis congênita (24/1.000 nascidos vivos no SUS), cuja prevenção depende do diagnóstico e tratamento durante a gravidez. O segundo, é o fato de a hipertensão específica da gravidez ser nossa causa mais freqüente de morte materna. O meio mais eficiente de redução desse tipo de morte está no adequado controle ao longo da gestação. O terceiro é que 37% das gestantes no Brasil não recebem nenhuma dose de vacinação antitetânica, segundo a PNDS-96.

Além disso, estudos mostram que as consultas são muito rápidas, fazendo com que possíveis anormalidades não sejam percebidas e impedindo que as mulheres possam manifestar suas queixas, dúvidas e medos intrínsecos à gravidez.

São fatores determinantes dessa situação: a dificuldade para fixar recursos humanos em unidades básicas de saúde, em função dos baixos salários e da carente infra-estrutura; a retaguarda laboratorial insuficiente para realizar os exames mínimos necessários, a descontinuidade da oferta de medicamentos básicos, como sulfato ferroso e ácido fólico. Por último, mas tão importante quanto os anteriores, é a atitude do profissional. Nenhum investimento material na

Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

