



PROTOCOLO DE ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE

PRÉ PARTO, PARTO E PÓS PARTO

Hospital Regional do Oeste de Santa Catarina

Chapecó - SC, outubro de 2018

FICHA TÉCNICA

Diretor Presidente

Severino Teixeira da Silva Filho

Diretor Clínico

Sérgio Casagrande

Direção de Enfermagem

Tania T. Zunkowski

Autores:

Deisi Deotti Tasca

Fernanda Didoné Piovezana Giacomazzi

Mariana Favero Colombi

Maria Del Pilar Telesca Valente

Percy Ezra Rengifo Vasquez

Paulo Ferreira Junior

Raulério de Campos Papini

FICHA CATALOGRÁFICA

Organizadores

Nome completo dos organizadores do protocolo, sua titulação e função institucional.
ex. Direção, Chefia, Coordenador da comissão Educação Permanente/ Educação
Continuada...

Revisor do HRO

Nome do Responsável Coordenação Educação Permanente

Validação Interna

Comissão ou setor que validou

Ilustração: setor de comunicação ou serviço externo- nome completo

LISTA DE SIGLAS

HRO – Hospital Regional do Oeste

OMS – Organização Mundial da Saúde

RN – Recém Nascido

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

PS – Pronto Socorro

CO - Centro Obstétrico

DUM – Data da Última Menstruação

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

MAP - Monitorização anteparto

PPP - Pré-parto, Parto e Puerpério imediato

TTPA - Tempo de tromboplastina parcialmente ativada

IV – Intravenoso

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Critérios para diferenciar entre trabalho de parto verdadeiro e falso16

Figura 2 - Score de Bishop17

Figura 3- Período expulsivo do trabalho de parto24

Figura 4- Manobra de Ritgen26

Figura 5 - Manobra de Leopold47

Sumário

LISTA DE SIGLAS	4
LISTA DE IMAGENS	5
1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL:	9
3 ASSISTÊNCIA À MULHER	10
3.1 Avaliação inicial / Admissão	10
3.2 Centro Obstétrico	11
3.3 Exame Físico	13
3.4 Exames Complementares	14
3.5 Definição de Conduta	14
4 DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO	15
4.1 Definição de fase ativa do trabalho de parto	15
Figura 1 – Critérios para diferenciar entre trabalho de parto verdadeiro e falso	16
Figura 2 - Score de Bishop	17
5 Internação da paciente	17
6 Assistência ao primeiro período do parto – Dilatação	18
6.1 Indução do trabalho de parto	21
7 PARTOGRAMA	22
8 ASSISTÊNCIA AO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO EXPULSIVO	23
Figura 3 - Período expulsivo do trabalho de parto	24
Figura 4 - Manobra de Ritgen (Cunningham et al., 1997)	26
9 DEQUITAÇÃO - TERCEIRO PERÍODO DO PARTO	27
9.1 Revisão da placenta, dos anexos e do canal de parto	28
10.1 Hemorragias pós parto	29
10.1.1 Após identificação e ou suspeita de hemorragia pós parto	30

11 PARTO CESÁREA	31
12 ASSISTÊNCIA NA FASE PUERPERAL	34
13 ASSISTÊNCIA IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO	35
14 ABC DA REANIMAÇÃO NEONATAL	37
15 ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO FISIOLÓGICO	37
16 ALTA HOSPITALAR	38
17 PUERPERIO PATOLÓGICO	38
17.1 Fatores predisponentes	39
17.2 Diagnóstico	40
17.3 Tratamento	40
17.3.1 Antibioticoterapia sob internação hospitalar	40
17.3.2 Observações	41
17.4 Acompanhamento	41
17.4.1 Falha terapêutica	41
17.4.2 Tratamento cirúrgico	42
18 OUTRAS CONDIÇÕES	42
18.2 Alterações mamárias	43
18.3 Blues puerperal	44
18.4 Depressão pós parto	44
18.5 Psicose puerperal	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXO	146

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a assistência obstétrica deve ter como objetivo manter mãe e RN saudáveis no processo de nascimento, com o mínimo de intervenções possíveis e compatíveis com a segurança.

Dentre os principais cuidados assegurados pela estratégia da Rede Cegonha estão garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério, e, às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2012a). Nosso objetivo é privilegiar o bem-estar da mulher e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, garantindo às mulheres e às crianças vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança e dignidade (BRASIL, 2012 em Protocolo Bahia, 2014).

O Hospital Regional do Oeste é um serviço de referência para a região Oeste de Santa Catarina, com uma área de abrangência de 138 municípios. A assistência prestada para mulheres em todo o processo de trabalho de parto e puerpério, chega a somar 7200 atendimentos ao ano, cerca de 3000 nascimentos ao ano, além de internações neonatais, consultas eletivas e assistência primária.

Este protocolo visa o atendimento humanizado por meio de ações e procedimentos, para as boas práticas do trabalho de parto e manejo do parto e será utilizado pelas unidades: Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico, Maternidade, UTI Neonatal e Berçário. Os profissionais envolvidos na prestação de serviço que utilizarão este protocolo serão: médicos obstetras, residentes em obstetrícia e ginecologia, médicos pediatras, enfermeiros obstetras, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, anestesistas, psicólogos e assistentes sociais.

O foco deste documento está na assistência do trabalho de parto e parto de baixo risco. Situações de alto risco serão citadas, mas a conduta depende de cada situação específica, sempre prezando pela humanização e bem estar materno-fetal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Manter a assistência qualificada e humanizada ao trabalho de parto e parto no Centro Obstétrico do Hospital Regional do Oeste, bem como os cuidados com o recém nascido e pós parto, garantindo o bem estar do binômio e consequente da família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Padronizar atendimento humanizado à gestante em trabalho de parto;
2. Identificar/diagnosticar riscos gestacionais possíveis;
3. Realizar avaliação clínico-obstétrica com diagnóstico do trabalho de parto;
4. Sistematizar rotina de admissão de parturientes, com elaboração de plano de cuidados, de acordo com perfil e necessidade da gestante/parturiente;
5. Potencializar assistência multiprofissional ao trabalho de parto e parto, principalmente os casos de baixo risco; As gestantes de alto risco seguirão basicamente o mesmo protocolo mas com as condutas específicas para cada situação;

3 ASSISTÊNCIA À MULHER

O parto pode ser tanto um processo naturalmente fisiológico, como profundamente complexo e disfuncional (FREITAS, et al, 2016). Para muitas mulheres, o trabalho de parto é um momento de medo, incerteza, excitação e ansiedade, assim como de antecipação. A mudança do ambiente familiar para o ambiente hospitalar, pode contribuir para estes anseios, portanto, é essencial fornecer tudo que for necessário para assegurar que a mãe e o recém-nascido recebam os cuidados mais seguros e humanizados possíveis (LUZES, 2007; FREITAS, et al, 2016).

É importante lembrar que a preparação para o parto deve iniciar no pré-natal, ainda nas unidades básicas de saúde, através da familiarização com os sinais e sintomas, orientações sobre as vantagens do parto normal, bem como as indicações de parto operatório, deixando a gestante mais tranquila e preparada quando o momento chegar.

No sentido de harmonizar esse processo, a filosofia de cuidados deve enfatizar o respeito, assim como as suas escolhas, conciliando os desejos e anseios da mulher com as melhores técnicas assistenciais que devem ser flexíveis e que garantam autonomia e promovam o autocuidado.

3.1 Avaliação inicial / Admissão

Toda gestante que procura o serviço de saúde, no Hospital Regional do Oeste (HRO), deve ser devidamente acolhida e classificada de acordo com o seu risco, conforme protocolo de Manchester, realizado no Pronto Socorro (PS), e quando acima de 14 semanas, será encaminhada para avaliação no Centro Obstétrico.

Com idades gestacionais mais precoces, a avaliação inicial é feita pelo clínico no Pronto Socorro, e quando necessário encaminhada para avaliação obstétrica.

Tratando-se de um hospital escola, durante vários momentos do atendimento, existe uma equipe multidisciplinar, composta também por médicos residentes,

acadêmicos de medicina e de enfermagem e os mesmos participam das práticas e atendimentos sob supervisão.

Na sala de avaliação do Centro Obstétrico a gestante é recebida pela equipe de enfermagem, médico residente/ médico plantonista para a avaliação.

Inicialmente a avaliação é feita somente com a paciente, e após o atendimento os dados serão repassados ao acompanhante se assim for o desejo da paciente.

Quando menor de idade, entre 14 anos e 18 anos, o atendimento é feito com acompanhante apenas se a gestante assim desejar (respeitando o sigilo médico, código de ética médico e Estatuto da Criança e do Adolescente). Quando menor de 14 anos, o atendimento deve ser realizado na presença de acompanhante responsável maior de idade.

Se confirmado motivo de internação, reconhecendo a importância da humanização na assistência, a nossa Instituição garante a todas as gestantes admitidas um acompanhante de livre escolha, em tempo integral, seja para tratamento clínico ou para o trabalho de parto; Como também lhe é assegurado durante o trabalho além do acompanhante, sua doula caso queira. O acompanhante pode permanecer durante o parto, pós parto imediato e no leito.

3.2 Centro Obstétrico

“É dever e direito da paciente portar em mãos o documento de pré-natal e pelo menos um documento com foto que confirme sua identidade, evitando erros ou fraudes; A não portabilidade do cartão pré-natal, não inviabilizará o atendimento, porém sempre que possível será solicitado que o familiar consiga as informações e documentos necessários, melhorando a qualidade da assistência, bem como minimizando riscos”.

Se a mãe não traz cartão de pré-natal, deve constatar-se se fez controle, número de consultas efetuadas e qualquer informação complementar referente ao mesmo.

- Chamar a paciente pelo nome

- Apresentar-se para a paciente e acompanhante
- Evoluir o horário da chegada ao setor, priorizando os atendimentos de urgência (conforme princípio da equidade do SUS)
- Realizar cálculo da idade gestacional, através da DUM e pela primeira ultrassonografia registrada (podendo ser realizada pelo discograma ou pelo aplicativo do Ministério da Saúde)
- Avaliar cartão pré-natal, exames laboratoriais e de imagem, número de consultas, ganho de peso, idade materna, tipagem sanguínea;
- Verificar resultados dos exames, principalmente as sorologias, anotar resultados e tratamentos realizados
- Verificar se houve pesquisa de Estreptococo do Grupo B quando acima de 35 semanas de gestação
- Anamnese detalhada
- Questionar queixa principal da gestante e registrar;
- Questionar referente a gestações anteriores e desfechos (parto, cesarea ou aborto, prematuridade, baixo peso, macrossomia, placenta retida, hemorragia pós-parto, entre outros)
- Pesquisar comorbidades, intercorrências na gestação atual, uso de medicações e alergias
- Questionar se há perda de líquido amniótico, sangramento, muco; precisar o horário de início da perda sempre que possível, persistência e características do líquido
- Questionar sobre a percepção da movimentação fetal
- Questionar sobre a presença de contrações – quando iniciou, frequência e intensidade
- Investigar sinais e sintomas incomuns, para classificar o risco desta paciente, desde sinais vitais, como sinais de sepse, náuseas, iminência de eclampsia dentre outros. Estar atento as complicações
- Pedir que a paciente vá se despir para o exame físico (em ambiente separado, no banheiro para melhor privacidade) e fornecer lençol ou avental para a saída da mesma até a sala de exames

3.3 Exame Físico

O exame clínico e físico deve ser efetuado pelo obstetra, médico residente ou enfermeira (em alguns casos com acadêmicos na presença do preceptor responsável):

- Avaliar o estado geral da gestante, tanto físico como psíquico e funções vitais
- Verificar sinais vitais (geralmente aferidos da chegada ao pronto socorro, podendo necessitar confirmação) – Pressão arterial, temperatura, pulso, frequência respiratória
- Medir altura uterina com auxílio de fita métrica
- Manobras de Leopold para avaliação da posição: apresentação, situação e insinuação fetal (ANEXO 1)
- Observar movimentos fetais
- Auscultar batimentos cardíacos fetais (BCF), com auxílio de sonar doppler ou Pinard – determinar vitalidade e bem-estar fetal
- Dinâmica uterina: determinar a presença de contrações, através do exame físico, clínico
- Deve ser realizada com a mão estendida no fundo uterino, sobre a região abdominal da paciente, sem estimulá-lo, durante pelo menos 10 minutos e auscultar o BCF simultaneamente o tempo todo, identificando alterações antes, durante e depois da contração
- Determinar tono, frequência das contrações em 10 minutos, intensidade e duração de cada uma delas
- Atentar para as alterações do BCF
- Exame especular do colo uterino, sempre que houver queixa de sangramento, perdas líquidas ou condições que inviabilizem o toque vaginal (como placenta prévia por exemplo)
- Inspeção vaginal: dependendo da queixa da paciente, este exame é sempre importante na busca de lesões, secreções anormais, alterações

- Toque vaginal com luvas (sempre que indicado para avaliação da modificação da cérvix, lesões em partes moles, progressão da descida, apagamento, variedade de posição fetal etc)
- O exame é realizado em posição ginecológica (litotomia)
- Avaliar membros superiores e inferiores
- Exame clínico voltado para a queixa da paciente, por exemplo: oroscopia, ausculta pulmonar, entre outros

3.4 Exames Complementares

- Amnioscopia: exame que pode ser realizado na sala de admissão, na tentativa de avaliação da cor do líquido amniótico, quando bolsa íntegra; Só pode ser realizado na vigência de dilatação cervical; Indicação e conduta obstétrica
- Cardiotocografia: indicada em casos específicos, gestantes com fatores de risco, alterações na frequência cardíaca ou tônus uterino detectados durante o exame físico
- Não há necessidade de fazer cardiotocografia em todas as pacientes que chegam ao setor de obstetrícia, apenas nos casos onde há indicação obstétrica ou gestantes de alto risco, dependendo da idade gestacional, geralmente acima das 30 semanas
- Ultrassonografia obstétrica/ Ultrassonografia obstétrica com doppler/ Perfil Biofísico fetal: são exames complementares, solicitados em situações de risco ou suspeita de alterações no exame obstétrico ou acompanhamento de comorbidades gestacionais já conhecidas

3.5 Definição de Conduta

Baseado nos sinais e sintomas coletados na anamnese e exame físico, deve-se classificar a gestante em baixo ou alto risco, e definir se a mesma se encontra ou não em trabalho de parto.

“Qualquer sintoma sugestivo de infecção grave, infecção ovular, pneumopatia, abdome agudo, ou sepsis (se a febre está associada a outros sinais de choque), tromboflebite: **Seguir protocolo de sepse da instituição**”.

4 DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO

“O diagnóstico de trabalho de parto é um processo dinâmico, e compreende o período que vai desde o início das contrações uterinas regulares, associadas ao apagamento e à dilatação cervical, até a expulsão do concepto e da placenta (FREITAS et al)”.

A gestante só deve ser admitida quando estiver na fase ativa do trabalho de parto. As mulheres que não satisfizerem os critérios deverão ser orientadas sobre a sua situação e, se residirem próximo ao Hospital, deverão retornar às suas casas e retornarem quando houver intensificação da frequência e intensidade das contrações uterinas.

Contrações irregulares, sem apagamento cervical, não consistem em indicação para cesárea, mesmo que a gestante tenha comparecido outras vezes ao serviço. Muitas vezes o profissional é questionado pela paciente e pelo familiar pela conduta expectante. Porém, sabe-se que o diagnóstico incorreto de trabalho de parto consiste em um dos principais fatores de risco para o término em cesariana.

Existem também situações específicas onde o avaliador detecta outras alterações associadas, como riscos maternos e fetais, que devem ser evoluídos em prontuário, mesmo que a paciente não esteja em franco trabalho de parto, justificando internação precoce e/ou intervenção.

4.1 Definição de fase ativa do trabalho de parto

Fase latente do trabalho de parto: Dilatação lenta do colo uterino (<1cm/h), contrações irregulares. Esta fase não há necessidade de internação. Pode também ser chamada de falso trabalho de parto ou pródromos.

Fase ativa do trabalho de parto: Velocidade de dilatação do colo uterino >1cm/h, a partir dos 4 aos 10cm + padrão regular de contrações.

Colo cervical estiver dilatado 3-4 cm e 80 a 90 % apagado em uma primípara ou 4-5 cm e 70 a 80 % apagado em uma múltípara, mais contrações regulares (cerca de 3 contrações de aproximadamente 30 segundos no intervalo e 10 minutos)

Se houver duvida entre fase ativa ou latente, a paciente permanecerá em regime de observação por 2 a 3 horas para se confirmar o progresso do parto.

A figura 1 abaixo extraída de FREITAS et al, apresenta a diferenciação entre trabalho de parto verdadeiro e falso.

TABELA 21.1 Critérios para diferenciar entre trabalho de parto verdadeiro e falso

Parâmetros	Verdadeiro	Falso
Contrações	Regulares	Irregulares
Intervalos	Gradativamente decrescentes	Irregulares
Duração	Aumento gradativo	Irregular
Intensidade	Aumento gradativo	Irregular
Alterações cervicais	Dilatação e apagamento progressivo	Sem alterações
Descida da apresentação	Progressiva	Sem alteração
Localização da dor	Costas e abdome	Apenas no abdome
Efeitos da sedação	As contrações não cessam	As contrações cessam

Figura 1 – Critérios para diferenciar entre trabalho de parto verdadeiro e falso

Outra forma de avaliação é através do Score de Bishop, também utilizado na definição do método de escolha para indução do trabalho de parto (figura 2).

Parâmetros	Pontos			
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	5/+
Apagamento (%)	0-30	40-50	60-70	>70
Consistência	Endurecido	Médio	Amolecido	
Posição (Colo)	Posterior	Central	Anterior	
Plano (De Lee)	-3	-2	-1/0	+1/+2

Figura 2 - Score de Bishop

5 Internação da paciente

O momento da internação depende de cada caso e a conduta é individualizada, principalmente baseando-se nos dados coletados na anamnese e exame físico, bem como os fatores de risco apresentados, que justifiquem antecipar ou não o momento da internação.

Deverá ser assistida segundo normas de alto risco, a parturiente que apresentar uma ou mais das seguintes particularidades:

- Parto induzido
- Trabalho de parto disfuncional
- Hipertensão materna
- Hemorragia
- Gestação pós-data (41 semanas ou mais)
- Diabetes
- Gestação múltipla
- Prematuridade
- Oligohidrânio
- Crescimento Intrauterino Restrito

- Cardiopatias
- Lúpus
- Anormalidades da frequência cardíaca fetal
- Mecônio moderado a espesso
- Apresentações anômalas
- Cardiopatia congênita fetal
- Pelve estreita ou assimétrica
- Desproporção feto-pélvica suspeita ou evidente
- RPM > 24 horas ou com sinais de infecção ou < 37 semanas
- Septos vaginais (transversos, estenóticos) e outros obstáculos do canal de parto (tumor prévio, grandes cistos, estenoses vaginais).
- Outras condições, agudas ou crônicas, da mãe e da criança

6 Assistência ao primeiro período do parto – Dilatação

No Brasil o Ministério da Saúde preconiza a realização de testes rápidos no momento da internação da gestante. Portanto no HRO, são realizados testes rápidos para HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C.

- Anamnese detalhada conforme acima descrito
- Exame físico geral e obstétrico conforme acima descrito
- Definição da vitalidade e bem-estar fetal
- Definição da apresentação fetal (cefálico, pélvico, podálico, transverso) e insinuação
- Registrar os dados no prontuário
- Orientar a paciente e familiar sobre o trabalho de parto
- Familiar vai até o setor de internação para formalizar a admissão hospitalar; Quando não há acompanhante presente, a equipe de internação vem até o setor para recolher os dados necessários;
- Encaminhar a paciente e acompanhante para o leito dentro do Centro Obstétrico

- Fornecer para a gestante vestimenta folgada e limpa
- Explicar sobre as condutas e o respeito com os demais pacientes em trabalho de parto, evitando constrangimentos
- Sinais vitais são monitorizados de rotina a cada 1 ou 2 horas, ou antes se necessário
- Verificação do BCF a cada 30 minutos
- A cada 2 horas (120 minutos) é realizado dinâmica uterina – avaliação da contratilidade, intensidade e frequência das contrações
- Toque vaginal para avaliação da progressão é realizado a cada 2 horas
- O toque vaginal pode ser realizado antes se desejo da paciente, suspeita de dilatação completa
- Atentar para fatores e aparecimento de sinais de risco (sangramento importante, bradicardia fetal, taquicardia persistente, mal-estar materno, etc)
- Oferecer métodos não farmacológicos de alívio da dor, disponíveis na Instituição: bola suíça, banquinho em formato de U, massageador de madeira (carrinho), escada de ling, chuveiro (hidroterapia), deambulação/mudança de decúbito
- Quando possível oferecer alimentos líquidos durante todo o trabalho de parto ativo
- Pode ser suspensa alimentação nos casos onde houver necessidade ou suspeita de falta da progressão – orientar a paciente
- Promover a participação ativa da parturiente e membro do grupo familiar que a acompanha
- Fornecer apoio psíquico-físico à mulher
- Não iniciar medicações para indução ou analgesia de rotina, apenas quando a pedido da paciente, ou indicação médica
- A paciente deve ser devidamente informada sobre toda e qualquer intervenção
- Utilização de ocitocinas somente nos casos selecionados
- Estimular micção espontânea
- Sempre que possível permitir que a paciente adote posições favoráveis para o trabalho de parto, bem como para o período expulsivo, desde que não traga riscos para o bem-estar fetal

- Se a posição adotada for deitada, orientar decúbito lateral esquerdo, pois melhora o retorno venoso e conseqüentemente aporte sanguíneo para o feto
- O período expulsivo pode ser realizado em decúbito dorsal, cócoras ou demais posições conforme desejo da paciente. Pode ser realizado no leito, ou na sala de parto.
- Quando detectado alterações que indiquem cessar o trabalho de parto e interrupção imediata por via cirúrgica, explicar para paciente e acompanhante em termos leigos
- Evitar manobras e intervenções desnecessárias
- A amniotomia não é rotina; Porém se detectado a necessidade de realização, para correção de trabalho de parto prolongado por exemplo, deve ser discutido e explicado para a paciente, realizando com seu consentimento apenas
- Na presença de mecônio, o obstetra irá quantificar, definir o risco, e avaliar a possibilidade de manter ou não o trabalho de parto, ou parto cirúrgico e deve ser explicado para a paciente
- Episiotomia não é rotina; Tem suas indicações e a paciente deve ser informada sobre as indicações, bem como realizado somente após anestesia local
- Quando indicado uso de fórceps, comunicar a paciente corretamente
- Promover contato precoce pele a pele após o nascimento, se não houver contra-indicação
- Auxiliar e incentivar o aleitamento materno
- Não dispomos no serviço de rotina pelo SUS a anestesia peridural; Quando possível, durante estágio da equipe de anestesia, é oferecido a paciente, esclarecido as vantagens e desvantagens e realizado através de punção peridural conforme técnica e monitoramento da equipe de anestesia

“Nesta instituição não é realizado enema nem tricotomia de rotina! Entretanto, se a mulher manifestar desejo de sua realização, depois de informada, o mesmo deverá ser realizado”.

Se houver sintomas ou sinais sugestivos de pré-eclâmpsia grave, choque, transtorno cardiovascular ou febre alta, deve-se considerar esta situação como de

alto risco. Neste caso avaliar o progresso do trabalho de parto para decidir o tipo de assistência adequada. A mesma conduta se deverá adotar se as manobras indicadas não corrigem a situação, se associam a transtornos da FCF ou a hipertonia uterina.

6.1 Indução do trabalho de parto

“Indução do trabalho de parto, ou simplesmente indução do parto, é a estimulação artificial da dinâmica uterina antes do início espontâneo do trabalho de parto, com o objetivo de atingir parto vaginal (FREITAS et al, 2017)”, está indicada quando os riscos maternos e/ou fetais de manter a gestação são superiores aos benefícios, na ausência de contra-indicação ao parto vaginal.

Como rotina, no HRO, concordando com a literatura, a indução do trabalho de parto em gestações de baixo risco, se dá a partir das 41 semanas de gestação, após verificação do bem estar fetal e respeitando o desejo da paciente, explicando os riscos e benefícios da mesma e alternativas nos casos de recusa da indução.

Explicar como será o processo de indução adotado, após anamnese e exame físico detalhado, podendo utilizar o Score de Bishop para emprego do método de indução.

Não há como afirmar para a paciente que a indução terá sucesso, e esta deve ser feita em ambiente intrahospitalar, com monitorização regular dos sinais vitais maternos e fetais.

Somente após esclarecidos todos estes aspectos e outras eventuais dúvidas, pelo médico assistente, plantonista ou médico residente, a gestante dará seu consentimento para a equipe e este deve ser registrado no prontuário médico, ciente que esse processo pode levar mais de 24 horas, e algumas vezes aplicado mais de um dos métodos acima descritos.

Dos métodos disponíveis: dilatação mecânica com sonda Foley, misoprostol via vaginal ou oral e ocitocina intravenosa. Cada um deles possui critérios para uso e deve-se respeitar as contra-indicações específicas de cada método de indução.

Geralmente em situações de colo uterino desfavorável (Score de Bishop <6), indicamos o uso de misoprostol 25mcg via vaginal para amadurecimento cervical, com intervalos de 4 a 6 horas por até 24 horas. Nos demais casos é utilizado

ocitocina intravenosa em doses pgressivas até o máximo de 120ml/h (Solução: soro glicosado 5% 500ml + ocitocina 5UI), até atingir contrações regulares.

Durante a indução podem ser necessários condutas adicionais, como amniotomia, mudança de decubito, avaliação fetal, cardiotocografia e/ou intervenção cirurgica quando falhas.

CONTRA-INDICAÇÕES PARA INDUÇÃO DO PARTO

“Todas as contra-indicações ao parto por via vaginal são contra-indicações à indução do parto!”

- Duas ou mais cesarianas prévias ou incisão ou UMA cesariana prévia com incisão corporal;
- Incisão uterina transmural prévia (miomectomia)
- Infecção herpética ativa;
- Placenta prévia ou vasa prévia;
- Prolapso de cordão ou apresentação com cordão umbilical prévio
- Situação fetal transversa ou apresentação pélvica
- Carcinoma invasivo do colo uterino
- Monitorização anteparto (MAP) categoria III ou não tranquilizadora

7 PARTOGRAMA

No sentido de se avaliar o progresso do trabalho de parto de forma mais objetiva, bem como de se adotar condutas mais uniformes nos desvios da normalidade do mesmo, vários autores, incluindo a OMS (Organização Mundial de Saúde), desenvolveram gráficos nos quais se registram os dados referentes à evolução do trabalho de parto, principalmente a dilatação, comparando-se estes dados com curvas de evolução normal, chamadas curvas de alerta, já constantes dos mesmos. Estes gráficos servem de orientação ao profissional que assiste ao parto, informando-o do momento adequado para se adotar condutas visando a correção dos desvios da normalidade.

Os valores de duração da dilatação a partir dos 4-5 cm até a dilatação completa foram obtidos de duas investigações prospectivas realizadas pelos

investigadores do CLAP em maternidades da América Latina. De acordo com esses dois estudos, os investigadores definiram que a curva de dilatação cervical se processa de forma ascendente, de início com menor velocidade. No final essa velocidade aumenta, ou seja, o parto se desenvolve mais rapidamente a partir dos 4-5 cm de dilatação. A diferenciação na velocidade da dilatação cervical caracteriza a Fase de latência (inicial) e a Fase Ativa (final), de interesse na evolução do trabalho de parto e na construção do partograma.

Há gráficos disponíveis para construção do partograma no setor, e estes ficam sempre junto a cabeceira da paciente que encontra-se em trabalho de parto, devidamente identificados com os dados da mesma, facilitando os registros de avaliações.

8 ASSISTÊNCIA AO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO EXPULSIVO

O período expulsivo, ou seja, o segundo período do parto, inicia-se com a dilatação total da cérvix termina com a expulsão do feto. Caracteriza-se por esforços expulsivos maternos (puxos) e sensação de preenchimento retal com desejo de evacuar, decorrente da pressão da apresentação fetal sobre reto e músculos do assoalho pélvico.

É a fase de mudanças no comportamento materno - a mãe tornase vulnerável e dependente daquele que a assiste. E também o período de aumento dos riscos fetais - a compressão do polo cefálico na passagem pelo canal de parto, associada à diminuição da circulação útero-placentária, pelas contrações uterinas mais intensas e frequentes, favorece a hipóxia e a acidose fetal. Impõe-se, portanto, a monitorização efetiva do bemestar fetal.

A caracterização deste período a partir da dilatação cervical completa e anatômica pode ou não coincidir com a fase de expulsão fetal. Às vezes, a dilatação está completa e só alguns minutos mais tarde e que se iniciam os esforços expulsivos. Em outras, os puxos maternos ocorrem antes de completada a dilatação.

Segundo Friedman (1978), o período pélvico, que corresponde ao período expulsivo clássico, inicia-se com a descida da apresentação e, a partir daí, complementam-se os fenômenos mecânicos do parto: rotação interna,

desprendimento cefálico, rotação externa e desprendimento do ovóide córmico (Figura 3).

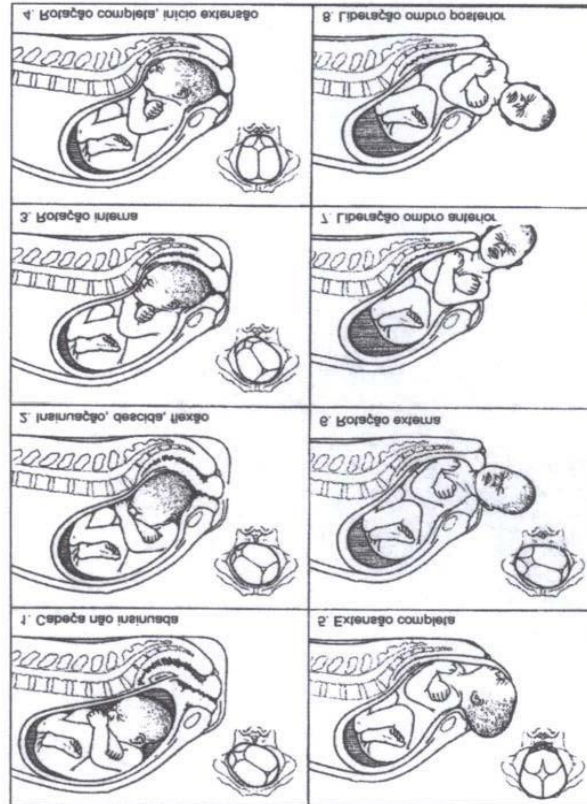


Figura 3- Período expulsivo do trabalho de parto

No Hospital Regional do Oeste, os partos são conduzidos e atendidos tanto no leito “PPP” (**pré-parto, parto e puerpério imediato**), e quando necessário encaminhadas para sala de parto, em casos mais complicados, ou quando há necessidade de suturas ou revisão mais detalhada do trajeto pélvico, pois a mesma é equipada com focos e materiais necessários, bem como perneiras adequadas para o posicionamento da paciente.

A transferência da parturiente do pré-parto para a sala de parto no período expulsivo, não é rotina nesta instituição. O pré-parto e parto podem ser atendidos na mesma sala.

Durante o período expulsivo e puxos:

- Posicionar a paciente da maneira desejada sempre que possível
- Tranquilizar o casal/ família
- Repassar as informações de forma clara, utilizar termos que não firam o psicológico da paciente
- Frases de incentivo e apoio
- Estimular a participação do acompanhante, conversando e fazendo massagens ou auxiliando no posicionamento
- Evitar toques vaginais fora da contração
- Evitar intervenções cirúrgicas locais ou manobras desconfortáveis
- Estar atento as complicações possíveis
- Monitorar bem estar-fetal com ausculta do BCF a cada 5 a 10 minutos
- Estimular respiração controlada
- Realizar as manobras para desprendimento fetal
- Ser paciente com os anseios da paciente, que está passando por este momento tão especial
- Garantir a privacidade da paciente mantendo cortinas e portas fechadas
- Estar concentrado durante todas as manobras para melhor assistência e resolução precisa dos problemas ou distocias apresentadas
- Promover contato pele a pele e clampeamento tardio do cordão umbilical após o nascimento

“A média do período expulsivo, desde que determinado bem-estar fetal, é de 2 horas para primíparas sem analgesia (3 horas com analgesia peridural) e até 1 hora para multíparas sem analgesia (2 horas com analgesia peridural)”.

A lesão de períneo é um dos traumatismos mais frequentes durante o parto, mesmo em partos e trabalhos de parto com evolução normal. Várias técnicas e práticas visam reduzir os danos ou alterá-los a um grau manejável.

Normalmente a técnica de proteção do períneo durante a expulsão do polo cefálico - os dedos de uma das mãos (geralmente a direita) apoiam o períneo, enquanto a outra mão faz leve pressão sobre a cabeça para controlar a velocidade de coroamento, tentando evitar ou reduzir os danos aos tecidos perineais. Essa técnica é conhecida como Manobra de Ritgen - (Figura 4).

Com a atualização da literatura e protocolos, a episiotomia não é também um procedimento rotineiro neste serviço, e tem seu uso restrito. Mas sua indicação é obstétrica, devendo a paciente ser avisada nos casos em que houver necessidade.

Não há como prever de fato a necessidade ou não de utilizá-la, pois a decisão se dá durante o período expulsivo quando bem indicada, porém, tenta-se manter o mínimo de procedimentos invasivos no organismo materno. A OMS (1996) avalia que determinadas situações, como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo laceração de terceiro grau em parto anterior) podem ser bons motivos para a indicação da episiotomia num parto, até então de evolução normal.

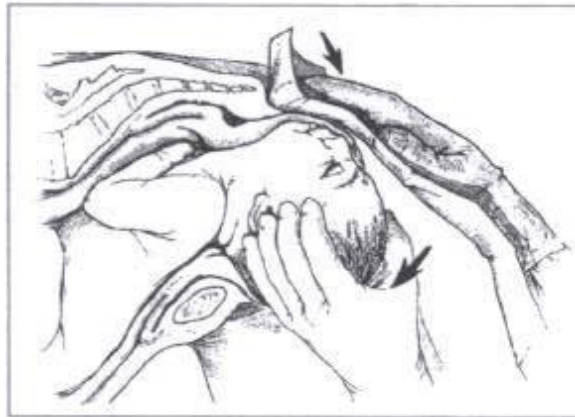


Figura 4- Manobra de Ritgen

Nos Estados Unidos, onde se observa um grande número de partos, 50 a 90% das primíparas são submetidas à episiotomia, o que torna essa técnica o ato cirúrgico mais frequente daquele país. Muitos centros são mais conservadores quanto ao uso da episiotomia.

Quando necessária, a imensa maioria das episiotomias, é médiolateral e a minoria mediana. As episiotomias medianas são suturadas com mais facilidade e têm a vantagem de melhor cicatrização, entretanto, as médio-laterais são melhores na proteção do esfíncter anal e reto.

Nos casos de distocia de ombros, algumas manobras podem ser aplicadas: abdução ampla das pernas e flexão completa sobre a coxa e o abdome materno; rotação manual do ombro posterior do feto para anterior e, se necessário, pressão

supra-púbica praticada por um auxiliar diretamente sobre a sínfise púbica materna. A equipe deve estar atenta para a necessidade destas manobras, pois elas podem ser necessárias mesmo em partos até então de baixo risco.

A ligadura do cordão umbilical (clampeamento) pode ser realizada de imediato ou momentos após o nascimento. No HRO, presamos pelo clampeamento tardio do cordão umbilical, pelo menos acima de 1 a 3 minutos do nascimento, ou quando o cordão parar de pulsar.

As indicações de clampeamento precoce de cordão se relacionam a gestações e partos de risco, como por exemplo: sensibilização Rh, parto prematuro com sofrimento fetal ou depressão neonatal grave, parto gemelar e mulher HIV positivo. Nesses casos, seguindo recomendações da OMS, o clampeamento tardio pode causar complicações e deve ser evitado.

A avaliação da necessidade de clampeamento imediato ou não do cordão umbilical, se dá principalmente pelo pediatra, juntamente no leito ou na sala de parto ou cesárea, que observa os principais sinais do recém-nascido, determinando que há necessidade de reanimação ou demais condutas imediatas após o nascimento que impeçam o clampeamento tardio.

Portanto, imediatamente após o nascimento, deve-se verificar as condições do recém-nascido. Isso é parte integrante da assistência ao parto normal e a OMS enfatiza a importância de uma abordagem unificada à assistência materna e neonatal.

9 DEQUITAÇÃO - TERCEIRO PERÍODO DO PARTO

Os principais riscos maternos durante a dequitação (expulsão da placenta), são a hemorragia durante ou após essa separação e a retenção de restos placentários. Pode ser realizada de forma passiva, aguardando o desprendimento das membranas (este pode aumentar o risco de hemorragias), ou ativa, através da tração controlada do cordão envolve a tração do cordão, combinada com contrapressão sobre o corpo uterino na direção cefálica, feita pela mão oposta colocada logo acima da sínfise púbica.

A hemorragia pós-parto é uma das principais causas de mortalidade materna e a maioria desses casos ocorre em países em desenvolvimento. A incidência de hemorragia pós-parto e de retenção de restos placentários aumentam frente a alguns fatores predisponentes, tais como gestação múltipla, polidrâmnio, trabalho de parto complicado (distocias) ou parto vaginal operatório. Também o risco é aumentado quando a parturiente tem antecedentes prévios dessas intercorrências. Embora seja possível selecionar as mulheres de risco, mesmo em gestações de baixo risco e partos de evolução normal, podem-se observar hemorragias severas e retenção placentária.

A administração profilática de ocitocina é usada em vários momentos durante o terceiro período do parto, para evitar tais complicações. Seguindo estas evidências, na maioria dos casos de parto vaginal, este serviço utiliza ocitocina, aplicada por via intramuscular, na dose de 10UI, imediatamente após o clampeamento do cordão umbilical ou imediatamente após a dequitação.

9.1 Revisão da placenta, dos anexos e do canal de parto

O exame da placenta e anexos presta-se, também, para o diagnóstico de eventuais anormalidades: infartos, hematomas, inserção anormal de cordão e artéria umbilical única, relacionada a malformações fetais. A revisão deve ser feita antes de desprezar a placenta, após certificar-se que não há sangramento materno ativo.

Recomenda-se, entretanto, a revisão do canal de parto para o diagnóstico de possíveis lacerações de trajeto.

10 QUARTO PERÍODO DO PARTO - PRIMEIRA HORA PÓS PARTO

Inicia logo após a expulsão da placenta e se estende até a primeira hora pós parto; Esta primeira hora deve ser monitorada rigorosamente pelo risco de hemorragia no período, podendo levar ao choque materno.

- Após a dequitação e revisão das membranas placentárias, iniciar revisão do canal de parto

- A revisão pode ser apenas com inspeção, ou pode ser necessário uso de espelho e afastados dependendo da natureza da laceração
- Suturar as lacerações presentes
- Descartar laceração de colo
- Fazer toque bimanual para certificar-se da contração uterina e controle do sangramento - globo de segurança de Pinard
- Manter a paciente no centro obstétrico durante a primeira hora
- Garantir o direito de acompanhante durante todo o quarto período
- Monitorar os sinais vitais e nível de consciência da paciente
- Sempre que possível alojamento conjunto e permitir e estimular amamentação, bem como vínculo materno com o recém nascido na primeira hora pós parto ou cesária
- Orientar paciente e familiar sobre as técnicas de amamentação, estimulando a pega
- Observar o volume do sangramento vaginal
- Encaminhar para o quarto após a primeira hora se não houverem intercorrências
- Na maternidade, 1 acompanhante tem o direito de permanecer em tempo integral com a puérpera
- Orientar sobre a lavagem de mãos e cuidados com o recém nascido

10.1 Hemorragias pós parto

A hemorragia pós-parto é uma das cinco maiores causas de morbidade e mortalidade materna em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, é a principal causa de morte. Sua ocorrência é pouco previsível apesar de haver fatores de risco associados. É umas das emergências obstétricas do período puerperal e pode ter rápida evolução para quadros de gravidade extrema, como choque hemorrágico e morte.

A deficiência da contração uterina é o fator etiológico mais prevalente, sendo seguido por alterações da placenta e suas membranas, lesões de trajeto no canal de parto e distúrbios de coagulação. A variação da prevalência de acordo com o

manejo do terceiro período do trabalho de parto reforça a importância de medidas preventivas.

O diagnóstico inicial do quadro pode ser difícil e o tratamento da hemorragia pós-parto envolve medidas clínicas, medicamentosas e cirúrgicas. Demoras na correção da hipovolemia, no diagnóstico e tratamento de deficiências de coagulação e em medidas cirúrgicas de controle do sangramento são fatores evitáveis na maioria das mortes maternas causada por hemorragia.

A hemorragia pós-parto pode ser definida como a perda sanguínea após o parto maior ou igual a 500 ml. A perda igual ou superior a 1000 ml é definida como hemorragia pós-parto grave.

A hemorragia presente nas primeiras 24 horas após o parto é denominada hemorragia primária ou imediata, e entre 24 horas e 12 semanas, hemorragia pós-parto secundária ou tardia .

Solicitar exames laboratoriais: hemoglobina e hematócrito (para estimar volume da perda sanguínea) e coagulograma, tempo de coagulação (para rastreamento de coagulopatias).

10.1.1 Após identificação e ou suspeita de hemorragia pós parto

- Chamar ajuda
- Avaliar vias aéreas, respiração e circulação (ABC)
- Monitorizar parâmetros clínicos cuidadosamente
- Acesso venoso calibroso
- Infusão de cristalóides
- Sondagem vesical para controle de diurese
- Revisão do canal de parto e correção de lacrações possíveis de sangramento
- Massagem uterina bimanual vigorosa
- Identificar/ pesquisar rapidamente a causa do sangramento, para manejo específico de controle
- Administração de ocitócinos, até máximo de 40UI

- Se não houver diminuição do sangramento, administrar Methergim IM (apenas se a causa não for retenção placentária), até 2 doses com intervalo de 30 minutos entre elas
- Se não houver diminuição do sangramento, aplicar misoprostol 200mcg via retal (até 800 a 1000mcg)
- Se ainda assim permanecer com sangramento ativo, encaminhar paciente para histerectomia
- Pode haver necessidade de transfusão
- Sempre que possível, manter paciente e familiar informados sobre os procedimentos adotados, de forma objetiva explicar os riscos e gravidade, justificando o uso de medicações e intervenções. Mas dada a gravidade da situação, priorizar o atendimento a puerpera!
- Durante o tratamento da hemorragia pós-parto, a mulher deve ser rotineiramente reavaliada quanto ao seu quadro clínico geral, alterações de sinais vitais e receber suporte hemodinâmico constante
- Avaliação e preparo para transferência da paciente para local de maior complexidade no caso de falha no controle do sangramento

Mesmo após a resolução do evento hemorrágico imediato, há possibilidade de seqüelas decorrentes da hipoperfusão tecidual e hipovolemia do choque, como insuficiência renal, disfunção respiratória e outros danos por isquemia aguda. O aumento fisiológico da perfusão tecidual global na mulher grávida, decorrente das maiores demandas de oxigênio específicas do organismo materno, faz com que reduções abruptas da circulação tecidual ocasionem grandes danos, ainda que o evento seja transitório.

Além da lesão orgânica direta, os procedimentos adotados para o tratamento do choque hemorrágico podem levar a diversas seqüelas indiretas pulmonares, neurológicas, reprodutivas, nutricionais e psicológicas

11 PARTO CESÁREA

“A cesárea é uma laparotomia que, quando bem indicada, tem seu papel na diminuição da morbidade e mortalidade materna e perinatal”.

A cesárea é um procedimento cirúrgico que tem papel fundamental na obstetrícia moderna como redutor da morbidade e mortalidade perinatal e materna. Apresenta uma frequência muito elevada no Brasil e isso tem sido responsável por uma banalização do procedimento, como se fosse simples e isento de possíveis complicações.

O parto por cesárea é uma laparotomia que exige uma série de cuidados clínicos, técnicos e anestésicos e que se associa também a algumas complicações que devem sempre ser ponderadas antes da indicação. Deve, portanto, ser decidido por critérios estritamente clínicos e obstétricos.

Quando bem indicado e realizado, também é um parto humanizado na medida em que a indicação visa minimizar agravos à mãe e ao feto.

O motivo da indicação deve ser explicado para a paciente e registrado em prontuário e/ou partograma.

Mesmo com a indicação precisa, o risco de complicações deve ser colocado para a paciente.

O acompanhante pode permanecer com a paciente durante o procedimento e sempre que possível, acompanhar o atendimento do recém-nascido.

O método anestésico de escolha é a raquianestesia, porém existem algumas condições onde se faz necessário anestesia geral. A sedação da paciente após o nascimento do bebê se dá apenas se for por desejo da paciente.

Para a realização da cesariana, a posição adotada é o decúbito dorsal horizontal;

Pela possibilidade de hipotensão (pela compressão uterina sobre a veia cava inferior), pode ser necessária lateralização do útero, até que o procedimento inicie;

Inicialmente as mãos da paciente ficam fixas as braçadeiras para evitar contaminação do campo cirúrgico. Após o nascimento do bebê, as mãos podem ser soltas para o contato, e mantidas assim se a paciente estiver tranquila e orientada a não contaminar a cirurgia;

Não há necessidade de tricotomia, desde que não atrapalhe a incisão. Se necessária, fazer apenas com o consentimento da paciente e no local em questão.

Antissepsia do campo cirúrgico com clorexidine alcoólica.

A incisão habitual é a transversa supra-púbica, conforme técnica de Pffanestiel. A incisão infra-umbilical mediada tem suas indicações, principalmente quando há risco de sangramento maior (como por exemplo a síndrome de HELLP).

A histerotomia rotineiramente é a segmentar transversa arciforme. Porém alguns casos podem demandar incisão longitudinal ou segmento-corporal. A escolha da incisão deve ser registrada em prontuário, na descrição cirúrgica.

As indicações de clampeamento precoce de cordão são as mesmas do parto vaginal.

A técnica operatória é realizada conforme a experiência do profissional, sempre preservando as estruturas maternas com cuidado.

Como a cesárea é tida como cirurgia potencialmente infectada, tanto nas eletivas ou em trabalho de parto, independentemente da integridade das membranas, recomenda-se antibioticoterapia profilática.

Rotineiramente, se a paciente não está utilizando nenhum antibiótico antes do procedimento por algum motivo específico, é realizado o antibiótico profilático, em apenas uma dosagem, imediatamente após o clampeamento do cordão.

Recomenda-se, portanto, o uso de uma cefalosporina de primeira geração (cefazolina ou cefalotina, 2 g endovenoso) ou ampicilina (2 g endovenosa).

A antibioticoterapia curativa é indicada apenas nos casos com um diagnóstico confirmado ou clinicamente suspeito de infecção.

A analgesia pós cirúrgica deve respeitar as alergias e comorbidades da paciente, com o objetivo de mantê-la o mais confortável possível, facilitando os cuidados com o recém nascido posteriormente.

A sondagem vesical geralmente é realizada antes da laparotomia, para evitar traumas vesicais. Também auxilia no controle da diurese. Pode ser retirada cerca de 6 a 8 horas após, ou mais tarde quando houver necessidade.

A amamentação deve ser estimulada ainda na sala de recuperação, e quando não houver contra-indicações, o recém nascido permanece com a mãe no leito.

Assim que possível, cerca de 8 horas após, ou após retorno dos ruídos hidroaéreos, deve-se retornar a alimentação. Inicialmente dieta líquida e se boa aceitação passar para sólida algumas horas depois.

Recomendar deambulação precoce para evitar eventos tromboembólicos.

12 ASSISTÊNCIA NA FASE PUERPERAL

A mulher tem necessidades de atenção física e psíquica.

A puérpera deve ser chamada pelo nome e não deve ser tratada como um número que corresponda ao seu leito ou enfermaria.

Lembrar de não concentrar todas as atenções apenas na criança, pelo risco de que isso seja interpretado como desprezo às suas ansiedades ou queixas maternas.

Avaliação clínica rigorosa, sendo os achados transcritos para o prontuário, de forma clara e obedecendo a uma padronização.

- Apresentar-se para a paciente e acompanhante
- Aferir SSVV de 6/6 horas ou intervalos menores quando necessário.
- Orientar cuidados com a higiene pessoal, com o objetivo de esclarecer dúvidas e tabus.

- Nos casos de parto por cesariana, proteger o curativo e renova-lo no primeiro dia, sendo a partir do 2º dia poderá permanecer descoberta a ferida ou conforme a indicação de cada profissional, descrito na prescrição médica

- Estimular a deambulação o mais precoce possível.
- Orientar os cuidados com as mamas (higiene, banho de sol) com o objetivo de evitar as fissuras e rachaduras.

- Estimular o aleitamento materno (orientações e apoio), para promover o aleitamento materno por mais tempo possível.

- Realizar e orientar a ordenha manual quando necessário, com o objetivo de evitar o ingurgitamento das mamas;

- Verificar a involução uterina, com o objetivo de diagnóstico precoce de atonia uterina

- Realizar exame cuidadoso do abdome como um todo atentando para a identificação de vísceras aumentadas e ou dolorosas, sendo necessário atentar para a ausculta dos ruídos hidroaéreos

- Verificar quantidade, aspecto dos lóquios, com o objetivo de diagnóstico precoce de hemorragia

- Verificar e anotar presença e/ou ausência das eliminações (diurese e evacuação)

- Inspecionar local da incisão cirúrgica se cesárea, em busca de sinais de infecção, e períneo em busca de infecção e hematomas em seu tratamento precoce
- Orientar a lavagem do períneo a cada episódio de evacuação ou micção para evitar infecção.
- Orientar a lavagem da incisão cirúrgica com água e sabão e secar bem no momento do banho (cesárea), com objetivo de prevenir infecção
- Inspecionar atentamente membros inferiores, com o objetivo de reconhecer o aparecimento de trombozes venosas, atentar para relatos de dores nos membros inferiores e edema súbito
 - Estimular a ingestão de líquido e dieta alimentar balanceada
 - Orientar a abstinência sexual durante 45º dias
 - Encaminhar ou realizar planejamento familiar, prevenindo assim uma gravidez indesejada e em um curto período de tempo entre as gestações
 - Orientar que a paciente agende consulta médica de retorno em 1 semana
 - Orientar os cuidados com RN (banho, eliminações, troca de fraldas, sono e repouso, coto umbilical, amamentação)
 - Orientar os cuidados com o coto umbilical, com a finalidade de esclarecer dúvida e tabus, e prevenir o risco de infecção
 - Promover vínculo mãe-bebe-pai
 -

13 ASSISTÊNCIA IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO

Todos os procedimentos habituais devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho (Ministério da Saúde 2001).

Hoje na Associação Hospitalar Leonir Vargas Ferreira, é rotina a realização em partos normais no leito, na presença do acompanhante de escolha da paciente e humanização do contato e atendimento tanto materno quanto infantil.

Em toda sala de parto deve estar presente pelo menos um profissional capacitado a reanimar de maneira rápida e efetiva, mesmo quando se espera um RN saudável (Ministério da Saúde, 2001)

A equipe de recepção do RN deverá realizar os seguintes procedimentos:

- Preencher a ficha do RN com dados da história familiar e materna, progressos e atuais, e do trabalho de parto;
- Imediatamente após o nascimento realizar contato pele a pele do RN com a mãe
- Aguardar de 1 a 3 minutos para o clameamento do cordão umbilical (apenas não é realizado em casos de mães HIV positivo ou quando identificado risco para o recém-nascido, determinando clameamento imediato a pedido do pediatra).
- Dispor sobre a mesa de atendimento do RN o material necessário para o atendimento (berço aquecido, ar comprimido, oxigênio, látex, luvas, clampe umbilical, etc)
- Colocar 2 pulseiras de identificação no RN, ainda no leito ou sala de parto; Deve conter nome da mãe, data, hora e sexo do bebê e fixar no antebraço e tornozelo.
- Em partos múltiplos, a ordem de nascimento deverá ser especificada nas pulseiras através de números (1, 2, 3, 4, ou A, B, C etc.)
- Manter disponível, para qualquer emergência, o material e medicação para reanimação;
- Receber o RN, secá-lo e colocar em campo estéril e aquecido sob o calor radiante;
- Conforme prescrição médica, pingar nitrato de prata a 1% ,uma gota em cada olho e administrar Vitamina K 1mg IM (intra muscular), no músculo anterior da coxa do RN.
- Colocar o RN para mamar imediatamente ao finalizar as medidas de atendimento após o nascimento;
- Realizar peso, estatura, perímetro cefálico e registrar no prontuário e na carteirinha do RN;
- Encaminhar para o Laboratório as amostras de sangue colhidas do cordão para tipagem sangüínea e sorologias;
- Registrar o Apgar fornecido pelo Pediatra após avaliação.
- Exame físico inicial do RN, registrar as anormalidades e ou malformações.

14 ABC DA REANIMAÇÃO NEONATAL

A - Manter as vias aéreas pérvias

- Posicionar a cabeça e o pescoço do RN, mantendo-o em ligeira extensão
- Aspirar boca e narinas. Traquéia, se o líquido for meconial; e – Intubação traqueal, se necessário

B - Iniciar a respiração

- Com estímulo tátil ou, se necessário, ventilação com pressão positiva (VPP) através de balão ou aparelho de ressuscitação, utilizando máscara ou tubo endotraqueal

C - Estabelecer e manter a circulação

- Massagem cardíaca
- Medicacões

15 ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO FISIOLÓGICO

É o período de 6 a 8 semanas que se inicia após o parto, vaginal ou cesariano, com a expulsão da placenta. É uma fase ativa na qual acontecem fenômenos de natureza hormonal, psíquica e metabólica, marcada pelo retorno dos órgãos reprodutivos e pela readaptação do organismo feminino, alterado pela gestação e pelo parto, à situação pré-gravídica.

FASES DO PUERPÉRIO:

- IMEDIATO: 1º-10º DIA
- TARDÍO: 10º-45º DIA
- REMOTO: > 45º DIA

A involução uterina ocorre após a dequitação da placenta, e ao término de 5 e 6 semanas o útero atinge seu tamanho normal. O peso uterino após o parto é de 1.000gr, uma semana depois é de 500gr e no final do puerpério é de 40 a 60 gr.

A hemorragia na zona de inserção da placenta e os produtos da cavidade uterina formam os lóquios:

- Rubro: Apresenta-se sanguinolentos, logo após o parto.
- Fusco: Tornam-se escuros ao fim de dois dias.

- Flavo: Após período de dez dias adquirem coloração amarelada.
- Alvo: Aos poucos tornam-se brancos ou serosos.

Qualquer patologia no endométrio, colo uterino ou vagina, altera as características dessa secreção, tanto na cor, como quantidade e odor. Processos infecciosos, conferem-lhe caráter purulento, com odor característico.

A vagina requer algum tempo para se recuperar da distensão que sofreu, raramente voltando a condição de nulípara, as pregas vaginais reaparecem ao final da 3º semana; o hímen fica representado por pequenos restos de tecidos, que cicatrizados convertem-se nas carúnculas.

Imediatamente após a dequitação da placenta, o colo apresenta-se flácidos com limites mal delimitados. Mas no final da primeira semana, torna-se tão estreito, que dificilmente admite um dedo.

16 ALTA HOSPITALAR

Conforme o Ministério da Saúde, deve ser solicitado exame VDRL materno antes da ala hospitalar.

Não se deve dar alta a puérpera sem conhecimento da classificação sanguíneas da mãe. Naquelas com o fator Rh negativo, não sensibilizadas e com recém nascidos Rh positivo e Coombs negativo, utiliza-se a imunoglobulina anti-D, nas primeiras 72 horas.

Nas puérperas que estão bem e não apresentam anormalidades, a alta pode ser consentida após as primeiras 24 horas no parto, e nas submetidas a cesárea, com 48 horas.

Na alta hospitalar deixar para a paciente analgesia adequada, orientações verbais e se precisar por escrito, licença maternidade (se ainda não encaminhada) e orientações quanto a retirada de pontos e retorno ao pré-natal para revisão.

A licença paternidade é direito do pai, e pode ser encaminhada com o registro de nascimento do bebê.

17 PUERPERIO PATOLÓGICO

São complicações que se instalam após o terceiro período de trabalho de parto até algumas semanas pós-parto:

- Hemorragias pós-parto
- Infecções
- Doenças tromboembólicas
- Alterações das mamas das lactentes
- Depressão pós-parto.

Podem também ser alterações febris:

- Endometrite
- Parametrite
- Anexites
- Pelvipерitonite
- Sepses
- Infecções de episiotomia
- Infecções de parede abdominal e celulite

A definição padrão de febre puerperal é a presença de temperatura axilar maior ou igual a 38°C, ocorrendo em 2 dias consecutivos nos 10 primeiros dias pós parto excluindo as primeiras 24 horas.

17.1 Fatores predisponentes

- Parto cesariana
- Ruptura prematura das membranas
- Parto vaginal prolongado e traumático
- Hemorragia ante, intra e pós-parto
- Placentação baixa
- Condições socioeconômicas precárias
- Retenção de restos ovulares
- Circlagem do colo uterino
- Monitorização interna
- Idade materna

17.2 Diagnóstico

O diagnóstico é clínico, com sinais e sintomas para cada caso específico; laboratorial, com leucograma maior que 20.000 com desvio para esquerda, sumário de urina, urocultura, hemocultura e USG na suspeita de restos ou abscessos pélvicos.

17.3 Tratamento

Cada uma das alterações deve seguir protocolos específicos conforme a literatura. Baseiam-se principalmente em orientação de forma clara, antibioticoterapia e manutenção da estabilidade respiratória e cardíaca da paciente, bem como avaliação da necessidade de reinternação hospitalar.

17.3.1 Antibioticoterapia sob internação hospitalar

Esquema 1 – Intravenoso, 7-10 DIAS

-CLINDAMICINA 600 A 900MG A CADA 6 OU 8 HORAS
OU METRONIDAZOL 500MG 8/8 HORAS

Associado a

-GENTAMICINA 240MG 1X AO DIA (Alternativa: amicacina 15mg/Kg dia cada 8 ou 12 horas)

Esquema 2 - Intravenoso, 7-10 DIAS

-CLINDAMICINA 600 A 900MG A CADA 6 OU 8 HORAS
OU METRONIDAZOL 500MG 8/8 HORAS

Associado a

-GENTAMICINA 240MG 1X AO DIA (Alternativa: amicacina 15mg/Kg dia cada 8 ou 12 horas)

Associado a

AMPICILINA 500MG A 1G DE 6/6 HORAS (Alternativa: Penicilina)

17.3.2 Observações

- Metronidazol: efetivo contra anaeróbicos, mas pouco atuante para GRAM Positivos, bacilos aeróbicos GRAM Negativos;
- Aminoglicosídeos: efetivo contra bacilos aeróbicos GRAM Negativos;
- Penicilina: atinge cocos GRAM Positivos aeróbicos.

17.4 Acompanhamento

- Evitar o uso terapêutico da droga utilizada na antibioticoterapia profilática;
- A febre deve desaparecer em 24 horas do início da antibioticoterapia;
- Manter terapia IV até 48 horas após o último pico febril;
- A manutenção de febre por um período superior a 48 horas indica falha terapêutica;

17.4.1 Falha terapêutica

- Reavaliar a paciente clinicamente afastando outras causas de febre (abscessos, infecção da ferida operatória, tromboflebite pélvica);
- Excluindo tromboflebite pélvica: teste com a heparina – 5.000 UI subcutânea, cada 6 horas (manter TTPA em 1,5 a 2 vezes seu valor médio). Após 48 horas a paciente deve estar sem febre;
- Manutenção da febre após 48 horas da utilização da heparina e afastada indicação cirúrgica, paciente sem comprometimento do estado geral, ampliar a cobertura antibiótica:

VANCOMICINA – 1,0 g IV a cada 12 horas;

CEFTRIAXONA (ROCEFIM) – 1,0 A 2,0 g IV cada 12 horas;

Tempo de tratamento de 14 a 21 dias.

17.4.2 Tratamento cirúrgico

- As intervenções cirúrgicas devem ser realizadas 4 A 6 horas após o início da antibioticoterapia e da administração de ocitócicos.
- Drenagem de abscessos perineais ou da cicatriz cesárea
- Curetagem uterina, nos casos de persistência de restos placentários
- Culdotomia posterior, nos casos de abscessos de fundo de saco vaginal, inserir dreno de Penhouse que deverá permanecer por cerca de 48 horas
- Laparotomia, para drenagem de abscessos abdominais múltiplos, para realização de salpingectomia nos casos de piossalpinge, para histerectomia nos casos resistentes ao tratamento com antibióticos e quando há infecções por Clostridium.

18 OUTRAS CONDIÇÕES

18.1 Trofoflebite séptica pélvica formas

- **Forma clínica I:** febre persistente apesar da antibioticoterapia, dor pélvica ausente ou mal localizada, achados mínimos ou vagos ao exame pélvico.
- **Forma Clínica II:** tromboflebite de veia ovariana, temperatura normal ou elevada, massa palpável dolorosa em aproximadamente 50% dos casos.

TRATAMENTO

- Heparina em dose terapêutica: 5.000UI endovenosa, seguida de 700 a 2.000 UI por hora por 10 a 14 dias.
- Controle de TTPA cada 4 horas, após estabilização do TTPA e da dose, realizar controle diário;
- Nível terapêutico será atingido quando o TTPA se elevar em 1,5 a 2 vezes o valor médio;

- Nas pacientes com embolia pulmonar manter a anticoagulação por 3 a 6 meses, substituindo a heparina por anticoagulantes orais;
- Antibiótico anaerobicida: clindamicina ou metronidazol.
- Ligadura da veia cava e/ou ovariana: nos casos de embolização pulmonar recidivante.

Complicações do tratamento: hemorragia e trombocitopenia.

18.2 Alterações mamárias

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

- Estimular a sucção do RN
- Praticar ordenha manual quantas vezes necessário; compressas de água fria
- Sustentação adequada das mamas

FISSURAS DE MAMILOS

- Prevenção inicia-seno pré-natal orientando massagens nos mamilos, exposição das mamas ao sol e evitar o uso de cremes e pomadas
- Após o nascimento do RN orientar a “boa pega” e evitar o ingurgitamento mamário
- Manutenção da amamentação
- Evitar limpeza excessiva dos mamilos
- Realizar ordenha das mamas evitando ingurgitamento

MASTITE

- A amamentação da mama contra-lateral deverá ser mantida;
- Evitar a suspensão da amamentação na mama acometida;
- Manter a ordenha manual;
- Usar compressas frias;

- Antibioticoterapia com Cefalexina 500mg VO 6/6h por 10 a 14 dias.
- Se houver formação de abscessos deve ser indicada a drenagem cirúrgica;

18.3 Blues puerperal

Alteração do humor auto-limitada que não afeta a disposição para as atividades da paciente;

Tem início no 4º ou 5º dia pós parto e dura no máximo duas semanas; o tratamento básico é o suporte familiar e médico não sendo necessário o uso de medicação.

18.4 Depressão pós parto

Alteração do humor importante, pessimismo, perda do prazer e do interesse nas atividades cotidianas, insônia ou hipersonia, anorexia ou hiperfagia, sentimento de culpa, auto-reprovação e suicídio;

Aparece até 3 meses pós parto e pode durar de semanas a meses; para que se faça o diagnóstico os sintomas devem ter pelo menos duas semanas de duração e geralmente apresentar piora progressiva, o tratamento deve ser feita com suporte familiar, psicoterapia e terapia medicamentosa.

18.5 Psicose puerperal

É uma emergência psiquiátrica, exige intervenção imediata com internamento hospitalar devido risco de suicídio e infanticídio, manifesta-se nas primeiras 4 semanas pós parto com paranóias e alucinações, o tratamento exige a participação de especialista psiquiátrico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. 2001.

Assistência ao Parto e Nascimento, Hospital Sofia Feldmam, Guia de Práticas Assistências, 2007.

Rede cegonha Portaria N 1459 de 2011, institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha.

Freitas, rotinas em obstetrícia, 7ª EDIÇÃO, CAP 21 –Assistência ao parto.

Freitas, rotinas em obstetrícia, 7ª EDIÇÃO, CAP 22 –Indução do trabalho de parto.

Zugaib, obstetrícia, 3ª EDIÇÃO, CAP 16 –Fases clínicas do parto.

Zugaib, obstetrícia, 3ª EDIÇÃO, CAP 18 –Mecanismos do parto.

ANEXO 1

MANOBRAS DE LEOPOLD

Primeira manobra: Palpa-se o fundo uterino procurando identificar o pólo fetal que o ocupa. Normalmente encontram-se as nádegas. O rebote cefálico nesse nível indica apresentação pélvica que deve ser confirmada através do exame genital.

Segunda manobra: Palpa-se os flancos da mãe para se determinar a situação e posição do dorso fetal. Nos casos de situação transversa palpam-se os pólos.

Terceira manobra: Permite palpar o pólo fetal que se apresenta, que normalmente é o cefálico. Isto pode ser confirmado pela manobra do rechaço e pelo exame genital.

Quarta manobra: Permite avaliar o encaixamento da apresentação na pelve e a flexão. Se os dedos são introduzidos em uma escavação vazia, deve suspeitar-se de situação transversa.

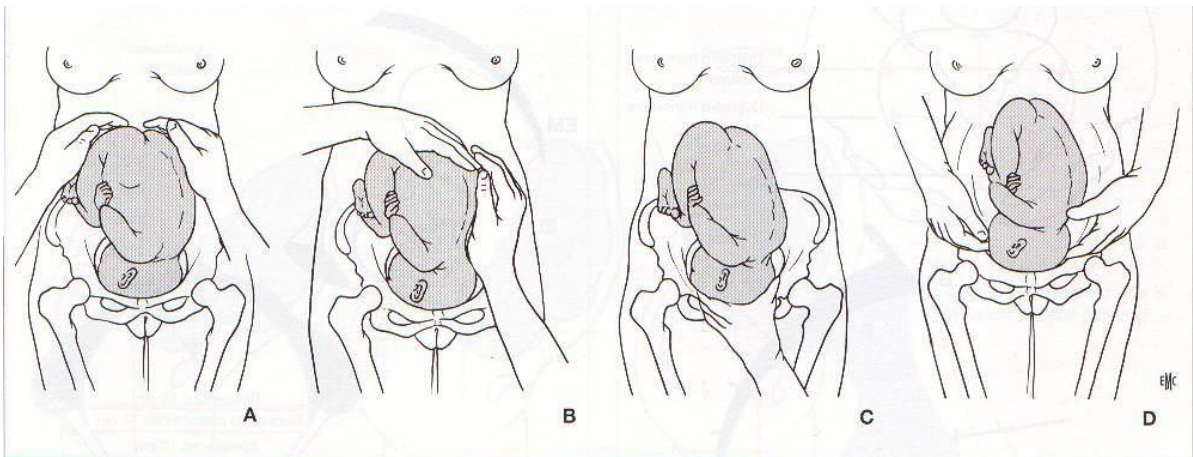


Figura 5 - Manobra de Leopold