

ROTINAS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

GINECOLOGIA

LEUCORRÉIA

INTRODUÇÃO

As leucorréias constituem uma situação clínica dentro da ginecologia, que podem se traduzir em complicações tanto na especialidade já citada como também no ciclo gravídico-puerperal, assim como na fase infanto-puerperal.

Nos dias atuais, tem a responsabilidade pelo grande número de consultas, o que indica minuciosa investigação diagnóstica, pela importância de gerarem complicações dentre estas a infertilidade e a persistência de doenças sexualmente transmissíveis. Os agentes desencadeantes do quadro estão entre fungos, vírus, bactérias, dentre outros, na atualidade as infecções vaginais mais comuns são a vaginose bacteriana, a tricomoníase e a candidíase, que passaremos a fazer considerações sobre etiopatogenia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

VAGINOSE BACTERIANA

É, sem sombra de dúvidas, a responsável pelo maior número de casos de corrimento em mulheres na idade de procriação; os agentes etiológicos desencadeadores são: *Cardenera vaginallis*, micoplasmas, bactérias anaeróbias e *mobilluncus sp.*, que podem trazer complicações como a doença inflamatória pélvica, o parto prematuro, corioamnionip, dentre outros. É pouco freqüente na pós-menopausa e infância.

Etiopatogenia

Não há explicação na atualidade para os mecanismos que implicam no desequilíbrio da flora vaginal fisiológica que tem como consequência o aumento das bactérias anaeróbias, micoplasmas, *Gardenera vaginallis* e *mobilluncus sp.*, implicando na redução de lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio. É assertiva a maior alcalinização do pH vaginal e aumento na produção de aminas, dentre estas, a cadaverina, o odor fétido é uma freqüente, devido à volatilização das aminas.

Quadro Clínico

O sintoma mais comum é o odor desagradável semelhante a peixe; o corrimento vaginal está presente em torno de 70% dos casos, geralmente branco-acinzentado; quando presentes sinais inflamatórios locais podem sugerir associação com cândida, assim como quando presentes a disúria e dispareunia.

Diagnóstico

O diagnóstico de vaginose bacteriana toma corpo dentro dos parâmetros sugeridos por Amsel¹, quais sejam:
PH vaginal maior ou igual a 4,5.
Presença de corrimento vaginal fluido, branco-acinzentado.
Teste das aminas positivo.
Presença de "células chave", também denominadas cloe-cells, no exame bacterioscópico com coloração pelo método de Gram.

O diagnóstico é feito na presença de pelo menos três dos critérios assentados acima.

Tratamento

As opções terapêuticas têm o foco objetivo na restauração da flora vaginal fisiológica e na eliminação ou diminuição das bactérias patogênicas, e são as que se seguem:

a) Derivados imidazólicos :

Metronidazol: 400mg por via oral de 08/08 hs durante 5 a 7 dias.

Metronidazol: 2,5g por via oral em dose única.

Tinidazol: 2,0g por via oral, dose única.

Secnidazol: 2,0g por via oral, dose única.

Metronidazol gel : 01 aplicador vaginal (5 g durante 7 dias).

Durante o uso dos imidazólicos, a ingestão de álcool é proibida. Os efeitos colaterais de maior freqüência são náusea, vômitos e anorexia.

b) Clindamicina:

Clindamicina: 300mg por via oral de 12/12hs durante 7 dias.

Clindamicina: 01 aplicador vaginal (5 g durante 7 dias).

Durante o uso pode haver ocorrência de náuseas e diarreia.

c) Tianfenicol granulado:

Tianfenicol granulado: 2,5g por via oral, uma vez ao dia durante dois dias.

Tianfenicol cápsulas: 2,5g por via oral (5 cápsulas de 500mg), uma vez ao dia durante dois dias.

O tratamento para a vaginose bacteriana é preconizado também para os parceiros das mulheres portadoras da patologia.

CANDIDÍASE

A candidíase vulvovaginal ocupa o segundo lugar entre as vulvovaginites mais frequentes. O agente fúngico mais frequente no trato genital é a *Cândida albicans*, responsável por 90% dos casos de candidíase. Estudos de prevalência demonstraram que 44% de mulheres saudáveis podem apresentar cultura vaginal positiva para a *Cândida sp.*

Etiopatogenia

Atualmente já foram identificadas mais de 100 espécies de *Cândida* patogênicas e não-patogênicas para os seres humanos. A mais frequentemente isolada em diferentes sítios é a *Cândida albicans*, mas encontram-se também: *C. glabrata*, *C. kru* e *C. guilliermondi*.

Pode-se citar como fatores de virulência do fungo: capacidade de adesão e invasão nos tecidos do hospedeiro. E, a *Cândida albicans* é a que possui maior capacidade de adesão dentre as espécies de *Cândida*.

Demais fatores que predispoem o desenvolvimento dos fungos no trato genital feminino:

Gravidez;

Aumento de glicogênio nas células epiteliais (altos níveis hormonais).

Uso de contraceptivos de alta dosagem (mecanismo similar ao da gravidez);

Antibioticoterapia;

Estados de imunossupressão.

Quadro Clínico

O principal sintoma é o prurido vulvar; o corrimento branco, quando presente, em geral é inodoro, de aspecto caseoso. Observa-se também no exame ginecológico: hiperemia e edema vulvares, fissuras e maceração local (casos mais intensos). Dependendo da intensidade da infecção, podem ser referidos ardor vulvar, disúria e dispareunia.

Diagnóstico

Exame microscópico a fresco;

Bacterioscopia com coloração pelo método de Gram;

Cultura em meio específico.

O padrão-ouro para diagnóstico da candidíase vaginal é a identificação de hifas ou esporos no exame a fresco, bacterioscopia pelo método de Gram ou cultura.

Tratamento

a) Derivados imidazólicos tópicos:

Nitrato de Isoconazol: creme 1%, 5g ao dia ou óvulo vaginal de 600mg em dose única.

Terconazol: creme a 0,8%, 5g ao dia, durante 5 dias.

Tioconazol: creme a 6,5%, 5g em uma única aplicação vaginal.

Clotrimazol: creme a 1%, 5g ao dia por 5 dias.

Miconazol: creme a 2%, 5g ao dia por 5 dias.

Butoconazol: creme a 2%, 5g ao dia por cinco dias.

Nistatina 100.000 UI creme vaginal durante 14 dias.

b) Derivados imidazólicos sistêmicos:

Fluconazol :150mg em dose única

Cetoconazol: 2 comprimidos de 200mg , dose única, 1 vez ao dia por 5 dias.

Itraconazol: 2 comprimidos de 100mg , dose única, 12/12hs por um dia.

Orientações necessárias: vestuário e higiene íntima adequados; não realizar ducha vaginal e redução na ingestão de hidratos de carbono.

Nos casos de candidíase recorrente, isto é, 4 ou mais episódios devidamente comprovados no período de um ano, deve-se investigar fatores de risco, dentre estes o diabetes mellitus e estados de imunossupressão.

O tratamento para o parceiro sexual deverá ser instituído nos casos comprovados de candidíase vulvovaginal recorrente.

TRICOMONÍASE

A infecção por *Trichomonas vaginalis* é um ente clínico comum, responsável pelo quadro de vulvovaginite, assim como facilita a infecção do trato genital superior por outros agentes e, podendo ser um fator adicionado no que diz respeito à transmissão/aquisição do HIV.

É uma doença de transmissão sexual, sendo maior do homem para a mulher.

Etiopatogenia

O *Trichomonas vaginalis* é um parasita flagelado com grande capacidade de ascensão para o trato genital superior. Deve-se preconizar como medida preventiva o uso de métodos de barreira, levando-se em conta que até o momento o conhecimento é mínimo sobre as medidas necessárias que visem evitar a infecção pelo parasita.

Outro aspecto relevante da infecção por *Trichomonas vaginalis* é a capacidade de ascensão do mesmo para o trato genital superior , veiculando outros agentes patogênicos como micoplasmas, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, causando infecções mais graves. Também existe possibilidade de veiculação de articular virais.

São escassos os mecanismos de defesa do hospedeiro e sobre os fatores que desencadeiam o processo infeccioso. Portanto, além da prevenção através do uso de métodos de barreira, pouco se conhece sobre outras maneiras de se evitar a infecção pelo parasita.

Quadro Clínico

Sintomas:

Corrimento vaginal (coloração amarelada ou amarelo-esverdeada, bolhoso e, às vezes odor fétido).

Ardor e irritabilidade vaginal.

Disúria.

Polaciúria

Dispareunia

Hiperemia e edema vulvares.

Colo com aspecto "tigróide" à colposcopia, após a aplicação de lugol.

Diagnóstico:

Exame a fresco do conteúdo vaginal

Bacterioscopia com coloração pelos métodos de Gram ou Giemsa

Culturas em meios específicos

Técnica de biologia molecular

Tratamento

a) Derivados imidazólicos:

Metronidazol: 500mg, via oral ,12/12hs durante 7 dias.

Secnidazol ou Tinidazol: 2g, via oral em dose única.

Associação: metronidazol em gel a 0,75% , um aplicador vaginal(5g) ao deitar durante 7 dias.

O tratamento dos parceiros é obrigatório porque o homem funciona como reservatório da infecção.

A falha terapêutica pode estar associada a reinfeção por falta de tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is). Outra possibilidade é a presença de cepas menos sensíveis aos derivados imidazólicos.

OBSTETRÍCIA

ROTINAS DE ADMISSÃO

ANAMNESE CUIDADOSA:

A leitura interpretação do cartão pré-natal é fundamental para avaliação do risco obstétrico-neonatal.

O interrogatório é o complemento da leitura do cartão pré-natal e se devem avaliar sintomas do trabalho de parto.

Os antecedentes familiares, pessoais, obstétricos e a evolução da gravidez atual são de grande importância para avaliação de risco do parto.

EXAME FÍSICO:

Inspeção: verificação do estado geral, das mucosas, da presença de edemas e das perdas transvaginais.

Palpação: mensuração do fundo uterino, identificação das contrações uterinas (frequência, duração, intensidade), avaliação do tônus uterino, realização das manobras de Leopold (situação, apresentação, posição e insinuação fetal)

Ausculta: identificação dos bcf, através do sonar, antes, durante e após as contrações. Caso não existam contrações, realizar o TESS (gestação acima de 30 semanas)

Toque-bidigital: verificação das características do colo (apagamento, consistência e dilatação), integridade das membranas, altura da apresentação e variedade de posição. Avaliação da proporcionalidade feto-pélvica (pelvi-grafia interna).

Sinais vitais: verificação por parte da enfermagem de PA, pulso e temperatura axilar.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Toda paciente avaliada terá obrigatoriamente um diagnóstico provisório ou definitivo.

INTERNAÇÃO:

Solicitação à informática para internar através do preenchimento integral da ficha de internação perinatal

Preparo da paciente (banho e vestimenta apropriada). Não deve fazer parte dos cuidados de internação a tricotomia e o enema. Em caso de excesso de pelos fazer aparação dos mesmos com tesoura, nunca usar gilete.

Solicitação de tipagem sanguínea e VDRL para todas as pacientes. Teste Rápido p/ HIV quando não constar no cartão de Pré-natal

Não havendo necessidade de internação será preenchida apenas a GAE (Guia de Atendimento de Emergência)

AMNIORREXE PREMATURA

DIAGNÓSTICO:

Anamnese dirigida para datar a gestação e bem conhecer a perda líquida (tempo, quantidade, coloração, odor, presença de grumos, etc.)

Exame especular - verificar perda espontânea de líquido ou através de manobras. Em casos suspeitos fazer teste do pH.

CONDUTA:

Confirmada a amniorrexe encaminhar para ecografia afim de avaliar quantidade de líquido remanescente, idade gestacional, apresentação, peso e bem estar fetal

Confirmada a amniorrexe e a idade gestacional, se houver presença de infecção, sofrimento fetal ou trabalho de parto: conduta - interrupção da gestação (via alta ou baixa de acordo com a indicação obstétrica).

Na ausência da infecção, bem estar fetal preservado e idade gestacional igual ou superior a 34 semanas: conduta - interrupção da gestação

Na ausência de infecção, ausência de trabalho de parto, bem estar fetal preservado e idade gestacional entre 22 e 33 semanas: conduta - internar para observação e posteriormente encaminhar à enfermaria de alto risco.

Idade gestacional abaixo de 22 semanas

Indicar interrupção da gestação com consentimento materno

Orientar a paciente quanto aos riscos maternos e fetais

IMPORTANTE:

Na suspeita de amniorrexe em gestações abaixo de 34 semanas, o toque vaginal está absolutamente proscrito, na ausência de trabalho de parto.

Uso de antibiótico profilático só se justifica quando se decide pela interrupção da gestação.

Contra indicado o uso de uterolíticos.

Corticoterapia em dose única em gestações de 27/34sem, sem sinais de infecção.

Obs. Somente nos casos em que houver grande possibilidade de evoluir para interrupção da gestação.

TRABALHO DE PARTO PREMATURO**DIAGNÓSTICO:**

Idade gestacional abaixo de 37 semanas

Contrações efetivas de trabalho de parto: padrão contrátil mínimo persistente (5 metrossístoles em 1 hora com duração maior que 20 segundos)

Ao toque: modificações cervicais (encurtamento, apagamento, centralização e dilatação). Encaixe precoce da apresentação.

CONDUTA:

Feto vivo e sinais claros de trabalho de parto prematuro.

Internar em observação, inibir com uterolítico, corticoterapia em gestações com menos de 34 semanas e mais de 27 semanas) e solicitação de exames (EAS, hemograma, exame especular). Após avaliação e visto inibição das contrações, acompanhamento na enfermaria de alto risco. Avaliar bem estar fetal com CTG e/ou US Doppler, em caso de alterações do bem estar fetal, não inibir.

Feto vivo padrão contrátil mínimo, sem sinais claros de trabalho de parto.

Encaminhar para observação, repouso em decúbito lateral esquerdo e sedação. Remissão dos sintomas – alta. Persistência ou agravamento do quadro – Conduta idêntica a de sinais claros de trabalho de parto prematuro

Contra-indicação para inibição:

Amniorrexe

Morte fetal

Infecção intra-útero (clínica e/ou leucograma acima 20.000)

Patologias maternas graves

Malformações fetais

Colo com dilatação acima de 4 cm

Hemorragias do 3º trimestre

Sofrimento fetal

Oligoâmnio acentuado (bolsão menor que 2.0 cm)

Contra-indicação para corticoterapia:

Infecção

Diabetes de difícil controle

Hipertensão arterial grave

Maturidade pulmonar comprovada

Gestação com menos de 26 semanas e mais de 34

Esquema de útero-inibição:

- Inibina (isoxsuprina - ampolas de 2ml com 10 mg) _____ 10 ampolas

Soro glicosado a 5% _____ 500 ml

Associar e aplicar 20 gts por minuto.

ou

Aerolin (salbutamol - ampolas de 1ml com 0,5 mg) _____ 10 ampolas

Soro glicosado a 5% _____ 500ml

Associar e aplicar EV 20 gts por minuto

Obs.: Reajustar a dose a cada 10 minutos, controlar rigorosamente a freqüência cardíaca materna, fetal, pressão arterial e dinâmica uterina.

Esquema de Corticoterapia:

Betametasona (celestone soluspan) _____ 12 mg IM de 24 em 24 horas 2 doses

Obs.: caso haja indicativos de iminência de solução para o parto, optar pelo esquema de:

Dexametasona _____ 6 mg IM de 12/12 horas (4 doses)

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG)

DIAGNÓSTICO:

Hipertensão arterial após 20ª semana de gestação, sem edema e sem proteinúria= Doença hipertensiva gestacional, observar dados da história clínica perinatal.

Hipertensão arterial após a 20ª semana de gestação acompanhada de edema e/ou proteinúria. Pré-eclâmpsia Observar dados da história clínica e carnê perinatal.

PA igual ou superior a 140x90 e menor que 160x110 = pré-eclâmpsia leve

PA igual ou superior a 160x110 e/ou cefaléia, escotomas, dor epigástrica em barra = pré-eclâmpsia grave.

Considerar como pré eclâmpsia grave sempre que PAD>90mmhg + sintomas.

DHEG com presença de convulsões = eclâmpsia

CONDUTA:

Hipertensão Gestacional – solicitar exames (EAS, hemograma, plaquetas, TGO, TGP, HDL, creatinina, uréia, ácido úrico bilirrubinas) , iniciar anti-hipertensivo (metildopa) e encaminhar para controle ambulatorial

Pré-eclâmpsia leve – solicitar exames (EAS, hemograma, plaquetas, TGO, TGP, HDL, creatinina, uréia, ácido úrico bilirrubinas) orientar marcação de consulta no ambulatório de alto risco através do Centro de Saúde em formulário específico

Pré-eclâmpsia grave em trabalho de parto - internar para resolução do parto.

Pré-eclâmpsia grave sem trabalho de parto - internar no pré-parto para período de observação (repouso de 6 horas e evitar sedação com fenobarbital). Pedidos de exames laboratoriais: creatinina, uréia, ácido úrico, hc, plaquetas, tgo/tgp, bilirrubinas e EAS. Avaliar idade gestacional (ecografia). Avaliar bem estar fetal (US Doppler e/ou CTG basal). Reavaliação de vitalidade fetal de 2/2 horas. Havendo sinais clínicos de eminência de eclâmpsia iniciar sulfato magnésio.

Eclâmpsia - Presença de convulsões-internar para resolução do parto e de imediato fazer:

1. Deixar paciente em céfalo declive para sucção da orofaringe e administração de oxigênio
2. Introduzir cânula de guedel para evitar trauma na língua
3. Contenção da paciente no leito
4. Venóclise com retirada de sangue para exames e aplicação de medicação parenteral
5. Cateterização vesical com sonda de foley
6. Monitorização de PA, pulso e respiração
7. Prescrever sulfato de magnésio

A) Dose de ataque - diluir 4g de sulfato de magnésio (8ml de ampola de 10 ml a 50%) em 100ml de soro glicosado a 5% e infundir IV durante 10 minutos.

B) Dose de manutenção - diluir 5 gramas de sulfato de magnésio (10ml de ampola de 10ml a 50%) em 500 ml de soro glicosado a 5%, infundir IV, 33 gotas por minuto. Controlando reflexo patelar, respiração e diurese.

8. Manter gluconato de cálcio 10mg - 10ml já preparado para pronto uso.

9. Interrupção da gestação após paciente estabilizada

GESTAÇÃO PROLONGADA

CONCEITO:

Gestação que iguala ou ultrapassa 42 semanas de duração.

DIAGNÓSTICO:

Investigar: data da última menstruação, início da movimentação fetal, início da auscultação do bcf. Cartão pré-natal, altura uterina seriada e primeira ecografia.

CONDUTA:

Erro de data - orientar para ambulatório do Centro de Saúde

Pós-datismo suspeito - realizar TESS (Teste de Estímulo Sonoro Simplificado), CTB e Ecografia. Resultados normais - encaminhar ao ambulatório de Alto Risco através do Centro de Saúde. Resultados **confirmativos** de vitalidade fetal comprometida - internar para resolução.

Pós-datismo confirmado - internar para interrupção da gestação pela via de parto de acordo com avaliação da vitalidade fetal e condições obstétricas.

PLACENTA PRÉVIA

DIAGNÓSTICO:

Sangramento vermelho rutilante, aparecimento súbito, indolor. Não fazer toque. Exame especular. Caso permaneça dúvida, solicitar ecografia.

CONDUTA:

Gestação abaixo de 36 semanas, feto vivo e sangramento de pequena monta: internar para observação e posterior encaminhamento ao Setor de Alto Risco.

Gestação acima de 36 semanas e/ou sangramento de grande monta e/ou sofrimento fetal e/ou morte fetal e/ou trabalho de parto: internar para resolução acionando o banco de sangue.

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

DIAGNÓSTICO:

Sangramento vaginal de variável intensidade e geralmente com coloração escura. Hipertonia e hipersensibilidade uterina, ausculta fetal ao Sonar geralmente inaudível. Solicitar ecografia na Emergência.

CONDUTA:

Internar para resolução. Avaliação cuidadosa dos sinais para detecção precoce do choque. Cateterização de uma veia. Solicitação de exames de urgência (série vermelha, contagem de plaquetas, tempo de sangramento) acionar banco de sangue.

HEMORRAGIAS DO 1º TRIMESTRE DA GESTAÇÃO

ABORTAMENTO:

É a interrupção da gestação até 22 semanas completas ou, se a idade gestacional for desconhecida, com produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16,5 cm. (OMS e FIGO).

DIAGNÓSTICO:

Hemorragia de pequeno porte, com ou sem cólicas, colo fechado = ameaça de abortamento;

Hemorragia de grande porte, com ou sem cólicas, colo fechado ou apagado = aborto inevitável;

Hemorragia de pequeno ou grande porte, colo aberto e presença de partes ovulares no canal cervical ou na vagina = aborto incompleto;

Hemorragia de pequeno ou grande porte, colo aberto ou fechado, presença ou não de partes ovulares no canal cervical ou na vagina, sinais evidentes de morte de concepto (doptone ou ecografia), eliminação de secreção vaginal fétida, hipertermia, taquiesfigmia = aborto infectado;

Ausência de perda sangüínea, sem cólicas, colo fechado e sinais evidentes de morte do concepto = aborto retido.

Obs. Utilizar Ecografia na Emergência sempre que houver dúvida da vitalidade fetal

CONDUTA:

Ameaça de abortamento.

Não internar, orientar repouso e no caso de cólicas prescrever antiespasmódicos.

Aborto inevitável, aborto incompleto e aborto retido.

Internar para esvaziamento uterino.

Aborto infectado.

Internar para esvaziamento uterino imediato sendo prescrito antes:

Penicilina cristalina (5 milhões UI IV 4/ 4 horas)

+

Gentamicina (1mg/kg peso IM ou IV 8/8 horas)

+

Metronidazol (500 mg IV 6/6 horas) ou Clindamicina (600 mg IV 6/6 horas)

GRAVIDEZ ECTÓPICA (TUBÁRIA)

DIAGNÓSTICO:

“Mulher em fase de florescência sexual, com anomalia menstrual (atraso ou pequena hemorragia), suspeita de gravidez, que é vítima de um insulto abdominal agudo, do tipo hemorrágico, deve ter uma rotura ou aborto tubário, até prova contrária”. Somados a suspeita tem-se”:

Sintomas: dor lancinante, aguda no hipogástrio ou fossa ilíaca direita surgida inopinadamente; sinais de hemorragia interna (palidez, estado vertiginoso, sudorese, pulso fino e rápido, hipotensão).

Exame ginecológico: útero com indícios ou não de gravidez inicial, hiperestesia do fundo do saco vaginal posterior com sensação de ocupação do mesmo. Empastamento ou tumor de contornos pouco nítido na zona anexial.

Exames complementares para o diagnóstico:

Ultra-sonografia transvaginal : poderá confirmar ou suspeitar o diagnóstico

Hematócrito, hemoglobina e teste de gravidez.

Punção do fundo do saco do Douglas: poderá confirmar o diagnóstico.

Confirmado o diagnóstico: internar, providenciar laparotomia de urgência e acionar o Banco de Sangue para provável necessidade de hemotransfusão.

REMOÇÃO

É o encaminhamento de paciente de uma Unidade de Saúde para outra por indicação e solicitação médica do obstetra assistente, tendo garantido previamente o atendimento na unidade receptora.

TIPOS DE REMOÇÃO:

Falta de vagas: quando atendido o paciente e indicado sua internação verifica-se a inexistência absoluta de leito.

Compulsória: quando examinado o paciente e vista a indicação de internação, vê-se que no local do atendimento não existem, por não estarem previstas, condições técnicas para tratamento do caso.

CONDUTA:

Decidida à necessidade de remoção, devem-se seguir as seguintes etapas:

Entrar em contato telefônico com a Unidade de Saúde mais próxima, identificar o médico que atendeu, explicar sucintamente o caso a ser removido e receber a resposta afirmativa da condição de receber o paciente.

Preencher a Ficha de Remoção, fazendo um Resumo Clínico do caso, não esquecendo de anotar a hora da remoção, o nome do médico contatado que irá receber o paciente, assinar e carimbar a ficha.

Fazer contato com o setor de Transporte do Hospital e solicitar ambulância para remoção.

IMPORTANTE:

A remoção além de um ato médico é também um ato administrativo e, portanto tem que obrigatoriamente ser autorizado por médico Staff do plantão.

Ter sempre em mente que resguardada a Urgência Médica, o paciente removido tem prioridade de atendimento sobre os outros.

A remoção compulsória precisa de contato prévio, mas independe da existência de vaga para sua realização.

ROTINA DO PRÉ - PARTO ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE PARTO NORMAL

RECEPÇÃO

A parturiente é recebida pela enfermagem, encaminhada para um dos leitos do PPP (pré-parto, parto, e pós – parto) identifica no prontuário o registro dos sinais vitais, o preenchimento completo da Ficha de Internação Perinatal e do Partograma.

POSIÇÃO DA PARTURIENTE

A parturiente escolhe a posição que lhe for mais confortável durante o período de dilatação, entretanto a equipe de saúde deverá estimular a deambulação, a posição supina ou sentada, evitando o decúbito dorsal. Com estas posturas almeja-se:

- Facilitar o retorno venoso ao coração direito da mãe
- Encurtar o período de dilatação
- Tornar mais suportável as contrações dolorosas

BOLSA DAS ÁGUAS:

Deixar que as membranas ovulares se rompam espontaneamente. Só praticar amniotomia quando for de extrema importância, para avaliação do bem-estar fetal a análise do líquido amniótico. Com a integridade das membranas assegura-se:

- Melhor proteção da cabeça fetal na passagem do canal parturitivo
- Diminuição do risco potencial de infecção neonatal e puerperal
- Diminuição da possibilidade de oclusão dos vasos umbilicais durante a contração uterina
- Melhor preparo do canal do parto para o período expulsivo

ACELERAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO NORMAL

O uso de amniotomia ou de ocitócico com finalidade de apressar o trabalho de parto normal deve ser totalmente proscrito. A aceleração com ocitócico está comprovado, traz freqüentemente os seguintes inconvenientes:

- Aumento maior que o necessário da intensidade e freqüência da contração com aumento do tônus uterino
- Diminuição da circulação materna para placenta e conseqüente menor aporte de oxigênio, devido ao aumento do tônus, favorecendo o sofrimento fetal
- Encurtamento do período de dilatação e expulsivo, advindo como conseqüência, preparo insuficiente do canal do parto, aumentando a possibilidade de lacerações vulvo-perineais importantes
- Incidência muito maior de hemorragia pós-parto, por hipodinamia secundária.

PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA

A sua importância deve-se basicamente à simplificação da transmissão de um plantão para outro e para os diversos membros da equipe terem uma visão integral e rápida de toda evolução do primeiro período do trabalho de parto.

As anotações no partograma começam na fase ativa do trabalho de parto (dilatação mínima de 3cm e padrão contrátil mínimo de 2 contrações em 10 minutos) e os dados se conseguem através do exame da parturiente.

PALPAÇÃO:

Mãos espalmadas sobre o útero percebe-se a intensidade, duração e freqüência das contrações, além do tônus uterino. Assinala-se no partograma a freqüência (número de contrações em 10 minutos) no local determinado através de uma coluna cheia. As anormalidades dos outros parâmetros da contração deverão ser registradas na folha de evolução. A avaliação da dinâmica a princípio deverá ser feita a cada hora, sofrendo variação em cada caso específico.

AUSCULTA:

Feita com Pinard ou Doptone será demorada o suficiente para registrar a freqüência cardíaca fetal no intervalo da contração (freqüência basal), no ápice e na fase de relaxamento a fim de detectar Dips. Será registrado no partograma a freqüência basal com um ponto no respectivo local e hora. A presença de Dip será marcada no gráfico através de uma seta que vai da freqüência basal até a queda máxima do BCF anotando ao lado em algarismos romanos conforme seja DIP I ou DIP II. O registro simplesmente de um ponto fica caracterizado que foi pesquisado e não encontrado DIP. Os batimentos cardíacos fetais serão avaliados e anotados no mínimo a cada hora, podendo de acordo com o caso clínico se aconselhar avaliações mais próximas.

TOQUE:

No que diz respeito ao colo, deve avaliar, grau de dilatação (em cm) consistência (dura, média, amolecida), grau de apagamento (em %) e a posição (anterior, posterior ou centralizado). A avaliação é feita

no ápice da contração. O grau de dilatação será assinalado com X sobre o cruzamento das linhas que correspondem à hora do exame e o número quantitativo da dilatação, Em relação à “descida da apresentação” será avaliada pelos planos de De Lee e marcada com “O” no local correspondente ao plano de apresentação e a hora, adicionando-se a variedade de posição, registrando-se dentro da circunferência, com uma indicação do ponto de referência. A presença ou não de bossa serosangüínea será assinalada no local respectivo a moldagem com:

“o” sem bossa

+ ou ++ - conforme o tamanho da bossa

O estado da bolsa das águas (no local indicado no partograma) será marcado da seguinte maneira:

I	Íntegra
At	Amniotomia
Ar	Amniorrexe
C	Líquido claro
M	Líquido meconial
S	Líquido sangüíneo

O toque será realizado com todos os cuidados de assepsia e de maneira minuciosa a fim de proporcionar boa avaliação e assim reduzir ao mínimo indispensável sua realização. O número excessivo de toques aumenta o risco de infecção, provoca edema de colo, de vulva e vagina, além de elevar o sofrimento materno.

AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS MATERNOS:

Obedecerá a prescrição médica de acordo com as condições da parturiente e será registrado no local e hora determinado no partograma.

ACOMPANHAMENTO DE CASOS ESPECIAIS

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

CONCEITO: É o uso de meios artificiais para provocar o início do trabalho de parto.

INDICAÇÕES:

Amniorrexe prematura após 34 semanas;
Feto com malformação incompatível com a vida;
Feto morto;
Doenças sistêmicas que com a evolução da prenhez ameaça a vida da gestante;
Casos de infecção intraparto.

CONTRA-INDICAÇÕES:

Desproporção céfalo-pélvica;
Apresentações anômalas;
Placenta prévia total;
Operação anterior sobre a musculatura uterina;
Sofrimento fetal
Placenta prévia total;
Operação anterior sobre a musculatura uterina;
Sofrimento fetal

MÉTODO:

Soro glicosado 5% _____ 500ml
Ocitocina 5 UI _____ 01 ampola

Associar e aplicar 10 gotas por minuto IV, através de bomba de infusão. Caso não haja resposta após 2 horas, aumentar o gotejamento para 15 gotas por minuto por mais duas horas.

Ainda não havendo resposta fazer nova avaliação da indicação da indução, ou interrupção por via alta, ou utilização de misoprostol (comprimido vaginal ou intracervical) para melhorar as condições do colo, ou fazer repouso e repetir o esquema de ocitocina no dia seguinte.

AMNIORREXE PREMATURA

SERÃO INTERNADOS NO PRÉ-PARTO OS CASOS DE:

1. Idade gestacional igual ou acima de 34 semanas com bem estar preservado:

CONDUTA: havendo viabilidade do canal parturitivo e estática fetal favorável induzir o trabalho de parto com ocitocina e fazer antibiótico profilático caso se avalie que o parto não aconteça antes das 24 horas da amniorrexe.

2. Idade gestacional entre 30 e 34 semanas com sinais de infecção, bem estar fetal preservado, colo anterior e apagado, estática fetal favorável

CONDUTA: espera-se 12 horas o início do trabalho de parto espontâneo, na falta dessas condições fazer opção pela via alta. Iniciar antibioticoterapia

3. Idade gestacional igual ou acima de 30 semanas com bem estar fetal comprometido:

CONDUTA - via alta.

4. Idade gestacional abaixo de 30 semanas com sinais de infecção:

CONDUTA: indução com ocitocina e amadurecimento cervical com misoprostol?

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Serão internadas no pré-parto as parturientes com gestação abaixo de 37 semanas, quando houver:

Sinais claros de trabalho de parto, colo com dilatação igual ou acima de 4cm.

CONDUTA:

1. As indicações de cesarianas no prematuro são mais liberais;
2. Ausculta fetal mais freqüente;
3. Proibição do uso de sedativos e anestésicos;
4. Desaconselhado o uso de ocitócicos e amniotomia para apressar o parto.

Sinais claros de trabalho de parto, gestação igual ou abaixo de 34 semanas e colo com dilatação menor de 4 cm.

CONDUTA:

1. Inibir com uterolítico
2. Fazer corticoterapia
3. Avaliar vitalidade fetal
4. Encaminhar ao Setor de Alto Risco, se houver remissão dos sintomas.
5. Permanecer acompanhando o trabalho de parto na persistência ou agravamento do quadro.

ASSISTÊNCIA À DILATAÇÃO NA APRESENTAÇÃO PÉLVICA

Observar na assistência:

- Manutenção de membranas íntegras;
- Manutenção de paciente no leito para evitar rotura das membranas
- Presença de mecônio não deve ser motivo de pânico
- Não usar ocitócico
- Uma boa avaliação da proporcionalidade feto pélvica (pelvigrafia interna e ecografia)

Fatores desfavoráveis para o parto normal:

- Primiparidade
- Má história obstétrica, partos difíceis
- Pelve contraída

Rotura prematura de membranas
Qualquer patologia que leve ao sofrimento fetal crônico (diabetes, hipertensão, etc.)
Placenta prévia de qualquer grau
Hiperextensão da cabeça
Feto grande - maior que 3.500g e dbp superior a 9,5 cm
Pélvica modo de pés
Prematuridade
Trabalho de parto lento

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

Serão internadas no pré-parto:
Pré-eclâmpsia leve em trabalho de parto

CONDUTA: Acompanhamento como trabalho de parto normal, dando uma maior ênfase à vigilância do bem estar fetal, por ser patologia que favorece o sofrimento fetal.

Pré-eclâmpsia grave com idade acima de 34 semanas sem trabalho de parto.

CONDUTA: via alta.
Pré-eclâmpsia grave em trabalho de parto

CONDUTA: Bem estar fetal preservado, acompanha-se o trabalho de parto com monitorização do feto (cardi-otocografia) e da mãe (sinais vitais de 1/1 hora) e prescrição do sulfato de magnésio. Havendo qualquer sinal de comprometimento do bem estar fetal (bradicardia, dip II, líquido amniótico significativamente diminuído, mecônio) interrupção pela via alta.

ECLÂMPSIA

CONDUTA: Após os cuidados indicados na internação, estando o feto vivo, e sem previsão de parto rápido, providenciar a interrupção da gestação por via alta com urgência. Nos casos de trabalho de parto avançado ou feto morto, optar pela via baixa e acompanhamento com sulfato de magnésio por até 24 horas

GESTAÇÃO PROLONGADA

Serão acompanhadas no pré-parto:
Gestação prolongada confirmada em trabalho de parto e bem estar fetal preservado

CONDUTA: Acompanhamento com monitorização do bem estar fetal, pois esta entidade tem uma maior frequência de insuficiência placentária.

Gestação prolongada confirmada, com diminuição significativa do líquido amniótico, ou bem estar fetal comprometido, indicar a interrupção pela via alta.

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Feito o diagnóstico no pré-parto, sem perspectiva de um parto imediato: indica-se a cesariana com urgência, cateterizar uma veia, acionar o banco de sangue e solicitar: série vermelha, contagem de plaquetas e tempo de sangramento.

No caso de previsão de parto rápido, ou feto morto sem sinais de grande perda sangüínea, faz-se à opção pela via baixa, com vigilância intensiva dos sinais vitais maternos e avaliação dos índices de coagulação maternos.

PLACENTA PRÉVIA

Irão para o pré-parto:
Gestantes com placenta prévia e sangramento abundante

CONDUTA: Interrupção por via alta em qualquer idade gestacional após 20 semanas.

Gestantes com placenta prévia e sangramento mesmo de pequena monta, mas que estejam com mais de 35 semanas.

CONDUTA: Interrupção por via alta

Parturientes com placenta prévia lateral, cabeça insinuada e pouco sangramento.

CONDUTA: Acompanhamento para parto normal.

Observação: Em qualquer destas situações o banco de sangue deve ser acionado previamente.

ROTINAS DA SALA DE PARTO ASSISTÊNCIA AO PERÍODO EXPULSIVO DE PARTO CEFÁLICO

Objetivo:

- Detectar e avaliar desvios dos limites fisiológicos do período expulsivo
- Prevenir traumatismo obstétrico
- Prevenir hipóxia fetal

Preparação:

- Roupa limpa
- Instrumental estéril para atenção ao parto
- Lavagem das mãos
- Assepsia perineal
- Campos estéreis

Posição da parturiente:

- Semi-sentada - recostada na cama de parto com uma angulação de 110 a 120 graus.
- Sentada - recostada na cama de parto com uma angulação de 90 graus.
- Cócoras - melhor posição devido às vantagens: (?)

Obs.: Deve-se evitar a posição de litotomia ou ginecológica clássica. por trazer mais desvantagens para mãe e para o feto.

Controles da FCF durante o período expulsivo:

Ausculta a cada 5 minutos entre as contrações. É normal quedas de até 100 a 110 bpm devido à compressão cefálica. Quando abaixo de 100 bpm e mantido entre os puxos, sugere sofrimento fetal e se indica cesariana com urgência.

Puxos:

Os esforços expulsivos (puxos) devem ser espontâneos e a parturiente não deve ser induzida a prolongá-los.

Manobra de Kristeller:

Manobra totalmente condenada e sem nenhuma indicação que a justifique. “É procedimento grosseiro, desagradável, que contraria os preceitos da arte de partejar. Não raras vezes, injuria órgãos intracavitários maternos, além de exercer ação deletéria sobre o feto”.

Episiotomia:

Indicada quando se pretende evitar lacerações graves. Lembrar que favorece lacerações: parto em posição supina, pouca elasticidade dos tecidos, o tamanho fetal e a velocidade da expulsão.

Oportunidade: deverá ser efetuada no momento da distensão perineal pela apresentação, nunca antes. A episiotomia precoce interfere negativamente na rotação interna da cabeça.

Técnica: Incisão médio-lateral, direita ou esquerda. Anestesia local utilizando novocaína a 1%. Deve-se utilizar preferencialmente tesoura reta.

Desprendimento da apresentação:

Colocar a mão direita com uma compressa sobre o períneo e apoiar sobre a apresentação para que a deflexão se realiza lentamente, distendendo progressivamente os tecidos.

Ligadura do cordão umbilical:

Espera-se que cessem os batimentos funiculares e se coloca uma pinça de Kocher a uns 5 cm de sua inserção umbilical, uma segunda pinça é colocada a 5cm distante da primeira e se secciona entre ambas com uma tesoura. O recém-nascido é colocado ao lado mãe que recebe ajuda e orientação da enfermagem para iniciar a amamentação.

Episiorrafia:

Oportunidade: Enquanto se dá os primeiros cuidados ao recém-nascido e este já está junto com a mãe, aguarda-se o delivramento para só então iniciar a episiorrafia

Delivramento: normalmente o delivramento se dá espontaneamente, entre 5 e 30 minutos depois do parto.

São sinais de desprendimento placentário:

Reaparecimento das contrações

Ausência de elevação do cordão após se elevar o útero

Falta de movimento, ao palpar o fundo uterino pelo abdome, quando se traciona o cordão (sinal do pescador).

Para evitar retenção de restos placentários ou de membranas, deve-se adotar uma atitude expectante:

Não tracionar o cordão nem tentar apressar o delivramento.

Uma vez constatado o desprendimento da placenta, efetuar uma tração suave e sustentada.

Pode-se facilitar o desprendimento das membranas rodando a placenta sobre seu eixo. Terminado o delivramento se procederá a um exame minucioso da placenta: observa-se primeiro sua face fetal em seguida expõe-se à face materna, examinando-a cuidadosamente, colocando-a sobre uma superfície plana, a fim de se reconhecer sua integridade. O exame das membranas compreende a observação do orifício de rotura, tratando de se reconstituir a bolsa amniótica.

Caso ultrapasse os 30 minutos sem o delivramento espontâneo ou aconteça no período de espera hemorragia abundante, aciona-se o anestesista e o banco de sangue e realiza-se a retirada manual da placenta.

Prescrição pós-parto:

A princípio não se vê necessidade de prescrição medicamentosa no pós-parto. Como a episiorrafia em algumas pacientes torna-se incômoda, sugere-se analgésico via oral no período das primeiras 24 horas e a dieta deve ser branda.

Obs. Não se deve prescrever uterotônico no pós-parto, exceção feita aos casos de comprovada hipotonia uterina, subinvolução patológica uterina ou se por motivo relevante o recém-nascido não puder estar sugando o seio materno.

Assistência pós-delivramento:

É o período de 2 horas após o delivramento. Neste período ocorrem a grande maioria das hemorragias pós-parto. Deve-se deixar a paciente em local onde se possa fazer vigilância, ainda no PPP, devendo permanecer já acompanhada do recém-nascido. A cada 30 minutos se avalia:

Pressão arterial e pulso materno

Uma boa retração uterina

Globo de segurança de Pinard

Sangramento genital

CONDUTA:

Se tudo for normal, a puérpera e seu filho serão enviados ao alojamento conjunto. Se o útero não se contrair e reaparecer sangramento, massagear-se-á o fundo uterino tantas vezes seja necessário para estimulá-lo. Se apesar da massagem, o útero não se contrai, prescrever soro glicosado a 5% dissolvido ocitocina 10 U. , 20 gt/min IV e metil ergonovina IM. Se o útero se contrair e continuar sangrando, acionar banco de sangue e anestesista para ser realizada uma revisão do canal do parto.

ASSISTÊNCIA AO PERÍODO EXPULSIVO DE CASOS ESPECIAIS PARTO PÉLVICO

Além dos cuidados comuns á assistência de todo período expulsivo, no parto pélvico, pelas suas peculiaridades e risco, merece alguns cuidados especiais, que não podem ser esquecidos, para que se evite o quadro mais dramático da obstetrícia, que é a cabeça derradeira. Para isto se deve observar:

- Assistência prestada em mesa de parto, nunca em cama

- Chegada da parturiente na sala de parto com colo totalmente dilatado e apresentação afluando a vulva

- Posição da paciente na mesa de parto dentro do Centro Cirúrgico Obstétrico, com nádegas estendidas pouco além da extremidade da mesa

- Bexiga deve estar vazia

- Instituir infusão endovenosa de soro fisiológico

- Exigir presença de anestesista, auxiliar e neonatologista na sala

- Fórcipe de Piper e compressas na mesa

-Episiotomia ampla no momento da propulsão do períneo
 -Nenhuma intervenção (a não ser a episiotomia) até o corpo ter se desprendido ao nível do umbigo (Neste momento se inicia a conduta ativa do obstetra, faz-se à alça do cordão e se espera os desprendimentos espontâneos das espáduas, que deve acontecer rapidamente. Caso assim não aconteça: envolver a nádega com uma compressa cingi-las a altura da raiz das coxas, aplicando os polegares sobre as fossetas correspondentes as espinhas ilíacas póstero-superiores. Rotação do concepto no sentido de seu eixo, orientando o bi-acromial em um dos diâmetros oblíquos da bacia. Tracionar o tronco fortemente para baixo, enquanto um auxiliar faz impulsão transabdominal. Desprender o ombro anterior e o braço. A seguir a oscilação do feto para cima libertará a espádua posterior. Para liberação da cabeça, continuar prendendo a cintura pélvica da mesma maneira e tracionar o tronco para baixo, até se perceber que o occipito acha-se sob o púbis. Com a mão esquerda prender os pés do feto e continuando a tração). elevar o tronco para o alto, enquanto que com os 2 dedos da mão direita colocados na base da língua faz-se a flexão da cabeça. Este tempo é ajudado pelo auxiliar que com punhos fechados faz força sobre o púbis no sentido antero-posterior para ajudar na flexão.

CABEÇA DERRADEIRA

Técnica de aplicação do fórcepe de Piper:

Os pés do feto são pegos por um assistente, sendo elevado o corpo. Afastam-se os braços, e junta-os posteriormente com o uso de uma toalha dobrada. Coloca-se a mão direita na vagina direcionando-se a colher esquerda sobre o osso parietal. A colher direita do fórcepe é então aplicada tendo a mão esquerda como guia. As colheres situam-se no diâmetro occipitomentoniano sobre cada orelha. Faz-se tração para fora até que a nuca se coloque no ângulo subpúbico. A direção então é mudada no sentido da flexão da cabeça que vai se desprendendo através de face e frente.

ROTINA DE ESVAZIAMENTO UTERINO PÓS-ABORTAMENTO

Os casos de abortamento inevitável, abortamento incompleto, aborto retido e aborto infectado com idade gestacional igual ou abaixo de 12 semanas e colo com dilatação inferior a 12 mm deve-se dar prioridade ao esvaziamento por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU).

A curetagem uterina fica reservada para os casos de necessidade imediata de esvaziamento com idade gestacional maior que 12 semanas e/ou dilatação superior a 12 mm..

Após AMIU, quando não houver complicação e o procedimento não necessitar de anestesia geral ou forte sedação a alta da paciente poderá ser dada depois de 2 horas. Caso precise ficar internada, todos os casos de abortamento ficarão em enfermarias específicas na Ginecologia.

ROTINA DE CESARIANA

PREPARO:

Esvaziamento da bexiga espontaneamente ou através de sonda de alívio, antes da paciente ser levada para sala . Limpeza do campo cirúrgico com detergente adequado.

TÉCNICA:

Anti-sepsia da Região Abdominal - É a anti-sepsia rigorosa da região abdominal, assim como sua proteção adequada, utilizando-se de campos e compressas esterilizados.

Opção pela incisão transversa suprapúbica ou Pfannenstiel, por ser mais anatômica, menor incidência de hérnias e eventrações, permite deambulação mais precoce e resultados estéticos melhores. A incisão mediana infra-umbilical fica reservada para os casos da existência de incisão mediana anterior , casos em que se necessite de um campo operatório mais amplo (tumorações uterinas, indicações previsíveis de histerectomia durante o ato operatório, etc), doenças hipertensivas e de patologias que de alguma maneira altere a crase sanguínea. Optado pela incisão a Pfannenstiel, secciona-se os tecidos 2 a 3cm acima da linha que passa pela sínfise púbica, comprometendo pele e tecido celular subcutâneo, em extensão suficiente para passagem sem dificuldades do concepto. Lembrar que uma incisão pequena pode significar estética para mãe e Apgar baixo para o feto. Pinçamento e laqueadura dos vasos sanguíneos atingidos.

Secção da aponeurose: Mantém-se a direção transversal e a incisão deve ser maior que a da pele e do subcutâneo, usando-se afastadores de Farabeuf para facilitar o prolongamento. A aponeurose será em seguida bem descolada para cima, em seu retalho superior, usando-se a tesoura na linha branca e a dissecação romba lateralmente. Proceder-se a seguir e semelhantemente com o retalho aponeurótico inferior.

Afastamento dos músculos reto-abdominais: Os músculos são separados um do outro por simples divulsão digital.

Abertura do peritônio parietal: Eleva-se o peritônio com duas pinças anatômicas e faz-se uma pequena incisão com o bisturi. É preciso muito cuidado para não se lesar bexiga ou alças intestinais. Completa-se a abertura longitudinal com tesoura, procurando-se visualizar previamente, as estruturas abdominais.

Abertura do peritônio visceral: Coloca-se valva de Doyen, supravesical. Incisão transversa do peritônio visceral, à altura da prega vesico uterina e pequeno desnudamento do segmento inferior, digitalmente.

TÉCNICA:

Histerotomia Segmentar - Punção do segmento inferior, na linha média, com pinça de Kelly, aberta a seguir. A brecha permitirá a penetração de um dos dedos indicadores, que a ampliará, para passagem do outro. Em movimento centrífugo aumentar-se-á a abertura que toma naturalmente a direção curvilínea, imposta pela textura regional, que assim, não secciona e sim separa fibras.

Obs.: A histerotomia segmentar terá sempre a preferência na maioria dos casos. Entretanto a Histerotomia Longitudinal Corporal será escolhida, como indicação formal nas seguintes condições:

1. Gestações antes do termo sem trabalho de parto

2. Placenta baixa

3. Feto em situação transversa

4. Condições que dificultam o acesso ao segmento inferior (bexiga anormalmente inserida, pedículos varicosos, tumores na região segmentar, etc)

5. Morte materna com feto vivo

Extração fetal: Retira-se a valva de Doyen, introduz-se a mão entre o púbis e a apresentação, e a cabeça do feto é orientada a colocar o occipital voltado para incisão. Através do abdome materno o auxiliar comprime o fundo uterino e a mão do operador funciona como alavanca.

Obs.: Caso se tenha dificuldade na extração, o que acontece geralmente quando a apresentação está móvel, desloca-se o polo cefálico para um dos lados do útero e apanham-se os membros inferiores do feto, provocando uma rotação dentro da cavidade uterina. Persistindo a impossibilidade, amplia-se a abertura uterina com incisão em T invertido.

Remoção da placenta: Levanta-se os lábios da incisão utilizando-se pinças não traumatizantes tipo Allis e coloca-se compressas nos bordos inferior e laterais da incisão, a fim de se evitar ao máximo a drenagem de líquidos para cavidade abdominal. A seguir, faz-se a extração manual da placenta, cuidando-se para que não fiquem cotilédones placentários ou fragmentos de membrana.

Histerorrafia: Enquanto o auxiliar traciona as pinças colocadas nas bordas do útero, oferecendo-as à síntese, enceta-se sutura contínua ou pontos separados, de catgut 0 cromado. Há de evitar-se atingir a mucosa (decídua), cuidando de fazer a agulha penetrar e sair das paredes do segmento inferior sem transfixar a camada interna.

Peritonização do Segmento Inferior: A região do segmento uterino aberto é suturada e recoberta as custas do peritônio vésicouterino, utilizando-se chuleio com catgut 00 simples, cuidando-se sempre para não atingir as paredes vesicais.

Limpeza da Cavidade Abdominal: É o momento de se providenciar para que sangue e líquido amniótico, não fiquem retido na cavidade abdominal. Com compressas umedecidas em soro fisiológico aquecido, procura-se extrair estes líquidos. Aproveita-se este tempo para fazer um inventário da cavidade abdominal, e confirmar a retração uterina e ausência de sangramento no local da histerotomia.

Sutura do Peritônio Parietal: O fechamento do peritônio parietal se faz com sutura contínua de cat-gut 00 simples

Aproximação dos músculos reto-abdominais: aproximam-se as bordas internas dos músculos com pontos em U de cat-gut 00 simples sem apertar.

Fechamento da aponeurose: é o tecido que exige maior apuro no seu fechamento. Para isto usa-se sempre pontos separados de cat-gut 0 cromado, Vicryl ou Seda.

Aproximação do tecido celular subcutâneo: Faz-se com pontos separados de cat-gut 00 simples.

Sutura da Pele: Pontos simples ou Donatti, utilizando fio fino inabsorvível (seda ou nylon).

PRESCRIÇÃO

Hidratação: Fazer de 1500 a 2000 ml de soluto glicosado a 5% , intravenoso, 60 gotas/minuto.

Antibioticoterapia:

Profilática: Nos casos de mais de 12 horas de amniorrexe

Cefazolina: 01g. EV durante o ato cirúrgico e 04h após.

Curativo: Nos casos comprovados de corioamnionite

Cefoxitina: 02 g. EV gota a gota durante o ato cirúrgico e EV 6/6h.

Analgésicos: Meperidina 50 mg + metoclopramida 10 mg associar e aplicar IM logo após a cirurgia e 4h após.

Dieta: Permanecer com dieta zero até 4h, passando a líquido pastosa logo depois.
Verificação de sinais vitais - temperatura, pulso, pressão e respiração de 4/4 horas
Verificação de sangramentos anormais.

ROTINA SALA DE RECUPERAÇÃO

A Sala de Recuperação é o setor do Centro Obstétrico que recebe as pacientes logo após o ato anestésico cirúrgico, e ali permanecem até que não mais necessitem de observação ou cuidados intensivos (médicos ou enfermagem) para assegurar a normalidade de processos recém-alterados, isto é, até a estabilização dos sinais vitais e plena posse da consciência.

COMPOSIÇÃO:

Pessoal de enfermagem especialmente treinado e experiente
Oxigenioterapia e sucção de emergência
Fluidos parenterais e disponibilidade de sangue
Medicação de suporte
Hipno-analgésicos e sedativos
Equipamento de emergência para ventilação pulmonar
Equipamento de emergência para reanimação cardíaca
Supervisão médica contínua a qualquer momento.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO:

De um modo geral todas as pacientes que recebem anestesia geral ou anestesia condutiva (raque, peridural, etc) passam pela sala de recuperação. Quando o recém-nascido não apresenta patologia, é admitido juntamente com a mãe permanecendo junto à mesma, e estando a paciente lúcida, estimula-se a amamentação.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

A administração da enfermagem está sob a responsabilidade direta da enfermeira responsável pelo Centro Obstétrico. Os cuidados de rotina são:

Determinação de PA, pulso e respiração deve ser feita de 15 em 15 minutos desde a admissão até a recuperação total da consciência e reflexos (movimento das pernas em caso de raque e peridural) e de 30 em 30 minutos daí por diante.

A temperatura deve ser tirada na admissão e daí por diante de 30 em 30 minutos.

A posição da paciente deve ser mudada com frequência, desde que não haja contra-indicação.

Tosse, respiração profunda e movimentos no leito devem ser encorajados.

As infusões venosas devem ser verificadas frequentemente para surpreender possível infiltração, hematoma, entupimento do gotejamento, etc).

A enfermagem deve envidar esforços para a paciente urinar espontaneamente. Distensão da bexiga deve ser evitada.

Os curativos devem ser verificados frequentemente.

As vias aéreas (boca, nariz, faringe, laringe) devem ser mantidas livres de obstruções por queda de língua ou secreções.

CRITÉRIOS DE ALTA:

Consciência e lucidez

Vias aéreas mantidas livres sem auxílios mecânicos

Respiração adequada com excursões regulares, profundas e silenciosas.

Reflexos de tosse e de deglutição presentes e ativos

Parâmetros circulatórios (pulso e pressão arterial) estáveis e próximos dos níveis pré-operatórios.

Aspecto satisfatório da pele, mucosas e leitos ungueais

Superfície corporal quente e úmida.

Nos casos de raque ou peridural a recuperação dos reflexos motor e sensitivo dos membros inferiores.

ROTINAS DAS ENFERMIARIAS DE PUERPÉRIO

VISITA OBSTÉTRICA DIÁRIA

DO EXAME FÍSICO

Sinais vitais (pulso, temperatura, pressão arterial, estado das mucosas e hidratação)

Condições do aparelho digestivo e urinário (eliminação -fisiológica: urina e fezes).

Membros inferiores, atentando para os sinais precoces de enfermidade tromboembólica (flebite)

Involução uterina e características da cicatriz operatória quando o parto for cesáreo.

Estado dos genitais externos: higiene, cicatriz da episiorrafia, presença de edemas e hematomas.

Características dos lóquios (cor, odor, fluxo)

Estado das mamas (consistência, temperatura, conformação dos mamilos, cuidados com a higiene, sinais de apojadura)

Realização de atividades educativas quanto ao estímulo á amamentação.

PRESCRIÇÕES

Dieta = no parto cesáreo, liberar dieta branda após 12 horas, no parto normal liberar a dieta logo na chegada da enfermaria.

Analgésico = caso haja queixa de dor, prescrever dipirona gotas até de 6 / 6 horas.

Ocitócicos = não é previsto o uso de ocitocina ou ergotínicos no puerpério. Seu uso terá que ser justificado por alguma patologia e descrito na folha de evolução

Antibióticos = Nos casos de infecção intraparto em que foi prescrito antibiótico terapêutico deve-se dar continuidade ao seu uso.

Deambulação = nos partos cesáreos iniciar após 8 horas

Nos partos normais início livre.

Curativo= retirar curativo para observação e deixar a descoberto

Sinais vitais = verificação de 6 / 6 horas

DA ALTA MÉDICA

Tempo de permanência - Parto normal = até 24 horas

Parto cesáreo = após 48 horas

Observação - A permanência maior ou menor depende não só do estado de saúde da mãe, como também do recém nascido. Entenda-se:

Se o recém-nascido estiver na UTI-Neonatal sem condições de ser amamentado a mãe permanecerá internada por 5 dias para receber orientação no sentido de efetivar a lactação. Após este período recebe alta e ficará na condição de mãe nutriz.

Se o recém nascido não tiver condição de alta, mas já pode ser amamentado pela mãe, esta receberá alta e acompanhará o filho no alojamento de casos especiais.

PRESCRIÇÃO

Não está prevista prescrição de medicamentos no momento da alta. Exceção feita para os casos de antibiótico terapêutico que deve continuar o uso.

PREENCHIMENTO DO CARTÃO DA GESTANTE

Condição indispensável para saída do Hospital. Preencher dados do parto e patologias que tenham acontecido no ciclo gravídico puerperal. Caso o Cartão se encontre no Berçário, compete ao Obstetra localizá-lo para preenchimento.

EXAMES COMPLEMENTARES

Conferir exames solicitados. Verificar resultados do VDRL e Rh fazendo prescrição quando necessário.

Puérpera Rh - com recém nascido Rh+ e Coombs negativo prescrever antes das 72 horas do parto:

Rhogam ————— 1 ampola IM

Puérpera com VDRL reagente em qualquer diluição, que não tenha ainda realizado tratamento, prescrever:

Penicilina Benzatina 2.400.000 ————— 1 ampola IM dose única juntamente com o esposo ou companheiro.

ORIENTAÇÕES :

Em casos de cesárea, retirar pontos após 7 dias no Centro de Saúde mais próximo da residência.

Marcar consulta de revisão do parto após os 30 dias no seu Centro de Saúde.

Fornecer o atestado médico de licença gestante a que tem direito quando trabalhadora.

Orientar sobre oportunidade para reinício de atividades sexual e anticoncepção.

Explicar a paciente conteúdo de receita médica que acaso tenha sido fornecida

PATOLOGIAS MAIS COMUNS NO PUERPÉRIO

MASTITE

Ocorre geralmente nas primeiras 2 a 4 semanas após o parto, quase sempre unilateral. Mama vermelha, dolorida, quente, podendo ou não haver secreção de pus. A nutriz apresenta-se com mal estar, dores pelo corpo, cefaléia e anorexia.

MASTITE LEVE

Processo inflamatório em fase inicial, com pouca intensidade dos sinais flogísticos locais. Não há eliminação de pus pelos mamilos.

CONDUTA

Amamentação a livre demanda
Uso de analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios
Uso de penicilina ou oxacilina
Elevação da base da mama
Ordenha manual no intervalo das mamadas
Não indicar drogas supressoras da lactação

MASTITE AVANÇADA

O processo inflamatório apresenta-se mais arrastado, com intensificação dos sinais flogísticos, e já se nota eliminação de pus pelos poros mamilares.

CONDUTA:

Solicitação de ecografia - indicará presença e localização de abscesso. Serve também para acompanhamento após tratamento.

Solicitação de cultura

TRATAMENTO:

1. Sem abscesso - o mesmo da mastite leve + supressão da amamentação enquanto não houver redução da eliminação do pus

2. Com abscesso - o mesmo da mastite sem abscesso + calor local até o momento apropriado para drenagem que é quando os abscessos estão bem formados.

DRENAGEM CIRÚRGICA

TÉCNICA

Anestesia geral ou bloqueio intercostal
Incisão cutânea conforme localização do abscesso, obedecendo às linhas de tensão de langer (sendo portanto circulares)

Exploração da cavidade do abscesso no sentido radial
Exploração de todas as lojas, inicialmente com pinças de Kelly e a seguir digitalmente.
Lavagem exaustiva do local com soro fisiológico e solução de iodo-povidine
Debridamento de tecidos se necessário
Colocação de dreno de Penrose no leito cirúrgico.

ABCESSO DE PAREDE OU DE EPISIORRAFIA

QUADRO CLÍNICO: Bordos apostos da ferida tornam-se vermelhos, acastanhados e endurecidos. Muitas vezes apresentam-se necróticos, levando a exsudação de material sanguíneo e purulento podendo ocorrer deiscência completa da ferida. Uma vez que a drenagem seja eficaz a temperatura permanece sempre abaixo de 38°C.

CONDUTA:

Drenagem e retirada dos pontos, se possível logo na internação. A ferida deve permanecer aberta.
Limpeza da ferida com soro fisiológico e colheita de material para cultura.
Analgésicos em caso de dor
Uso de antibióticos - abster-se do seu uso quando o processo estiver localizado.
Curativo diário limpando a ferida com soro fisiológico e povidine tópico.
Indicar o fechamento da ferida quando desaparecerem os sinais flogísticos e começar a surgir sinais de granulação.

ENDOMIOMETRITE

Quadro clínico: Os sinais de infecção surgem logo nos primeiros dias do parto; fatores predisponentes presentes (amniorrexe prematura, trabalho de parto demorado com excesso de toques, anemia, hipoproteinemia, etc); febre acima de 38,5°C; útero sub-involuído, amolecido e doloroso a mobilização; loquiação purulenta e fétida.ü

CONDUTA :

Cultura da loquiação, especificando pedido para anaeróbio.

Solicitação de hemograma

Analgésicos

Antibióticos:

Penicilina cristalina 5.000.000 EV de 6/6 horas (Clindamicina)

Gentamicina 60 mg ————— IM de 8/8 horas

Obs. caso não haja melhora clínica e laboratorial após 72 horas , suspeitar da existência de coleção purulenta no cavo abdominal e acrescentar:

Metronidazol(flagyl) 500mg (IV) de 8/8 horas.

PARAMETRITE

Infecção do tecido conjuntivo fibro-aureolar parametrial, decorrente geralmente de laceração do colo e vagina, propagando-se o germe por via linfática. Não sendo tratado a tempo o processo evolui para supuração e flutuação, transformando-se em abscesso do paramétrio.

QUADRO CLÍNICO:

Temperatura de 38,5 a 39,5°C, por mais de 10 dias após parto, com remissão matutina.

Toque genital mostra fundos de saco laterais muito dolorosos e endurecidos.

Nos casos de abscessos , comprovação pela ecografia.

CONDUTA:

O mesmo da endometrite, com exceção para os casos de abscesso intracavitário onde está indicado a laparotomia para drenagem.

PELVIPERITONITE

QUADRO CLÍNICO:

Dor intensa e defesa muscular no baixo ventre

Febre alta(40°C), perturbação funcional do intestino, pulso rápido, sinal de blumberg positivo, vômitos.

Dor intensa ao toque do fundo de saco posterior.

CONDUTA:

Cobertura antibiótica em altas doses penicilina cristalina 5.000.000 u (EV) de 4/4 horas

Gentamicina 80mg ————— EV de 8/8 horas

Metronidazol 500mg —————EV de 8/8 horas

Laparotomia:

Aspiração do exsudato livre

Seleção de material para cultura

Incisão dos focos sépticos, explorando não só a pelve como também o espaço subdiafragmático.

Lavagem da cavidade peritoneal com soro fisiológico morno antes de fechar a cavidade abdominal, deixar drenos nas fossas ilíacas.

Importante - indica-se a histerectomia, quando se percebe que a matriz é o principal foco da infecção ou quando pelo quadro clínico se suspeita de infecção por clostridium (icterícia, CIVD, insuficiência renal)