

CAPÍTULO 19

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS E TRAUMA NA GESTANTE

1. Emergência Obstétrica

No decurso da gravidez, algumas intercorrências podem ameaçar a vida da mãe e/ou da criança, configurando situações de emergência que exijam a intervenção do socorrista. Além disso, socorristas podem ser acionados para assistir ao trabalho de parto normal, desencadeado na via pública. Isso justifica prepará-los para atuar nas emergências obstétricas: parto normal, parto prematuro e abortamento.

2. Definições

- **Obstetrícia** – É a especialidade médica que cuida da gestante desde a fecundação até o puerpério (pós-parto). Envolve três fases:
- **Gravidez:** da concepção ao trabalho de parto
- **Parto:** período durante o qual a criança e a placenta são expelidos do corpo da mãe para o mundo exterior.
- **Pós-parto (puerpério):** período no qual os órgãos de reprodução restauram suas condições e tamanhos primitivos, durando aproximadamente seis semanas.

3. Estruturas Próprias da Gravidez

São formadas somente na gestação, juntamente com o feto.

3.1. Âmnio (Bolsa D'água):

Saco fino e transparente que mantém o feto suspenso no líquido amniótico. Este saco é limitado por uma membrana macia, escorregadia e brilhante. O espaço preenchido pelo líquido amniótico (bolsa amniótica) é frequentemente chamado de bolsa d'água. Nela é que a criança fica, movendo-se e flutuando.

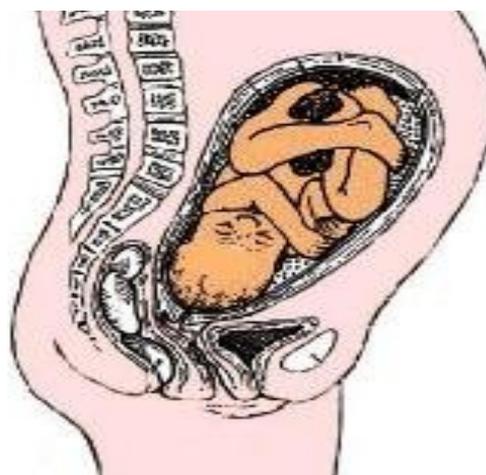
3.1.1. Funções mais Importantes do Líquido Amniótico:

- Proteger o feto contra pancadas;
- Permitir liberdade de movimentos ao feto;
- Manter a temperatura fetal (isolante térmico);
- Ajudar a alargar o canal vaginal no trabalho de parto, de modo a facilitar o nascimento;
- Limpar o canal do parto (quando as membranas se rompem), lavando-o e lubrificando-o.

3.2. Placenta

No terceiro mês de gestação, outra importante estrutura estará formada: a placenta, que é uma estrutura carnosa, em forma de prato. No final da gravidez, ela mede cerca de 20 cm de diâmetro e 2,5 cm de espessura. Assim como uma árvore emite raízes que agregam entre si certa porção de terra, assim também os ramos projetados pela estrutura destinada a nutrir o feto se apropriam de fina camada do leito uterino, formando a placenta, órgão que supre o feto de alimentos e oxigênio, como as raízes e a terra nutrem a planta. A placenta a termo pesa cerca de meio quilo. De superfície macia e brilhante, deixa ver grande número de vasos sanguíneos.

Fig 19.1 – Feto no útero



3.3. Cordão Umbilical

A placenta e a criança estão conectadas por meio do cordão umbilical. Ligado ao centro da placenta, o cordão vai até a parede abdominal da criança, onde penetra (umbigo). Ele tem mais ou menos 50 cm de comprimento e 2 cm de diâmetro. Contém duas artérias e uma veia de grosso calibre, enroladas uma sobre a outra e protegidas contra a pressão por uma substância transparente, azul-esbranquiçada, gelatinosa, denominada geléia de Wartton. Fig. 1 - Útero gravídico

4. Parto Normal

É O processo pelo qual a criança é expelida do útero, compreendendo três períodos: dilatação, expulsão e dequitação da placenta.

4.1. Período de Dilatação

Primeiro período do trabalho de parto, que começa com os primeiros sintomas e termina com a completa dilatação do canal vaginal. O sinal mais importante neste período de dilatação são as contrações do útero, que fazem com que o colo se dilate de 0 (zero) a 10 (dez) centímetros.

As contrações uterinas são reconhecidas pela dor tipo cólica referida pela gestante e pelo endurecimento do útero, perceptível à palpação do abdômen.

5. Cuidados de Emergência

Tranqüilize a gestante. Demonstre uma atitude alegre, simpática e encorajadora para com ela.

Observe e anote as características das contrações: frequência, duração e intensidade. A presença do "sinal" (tampão mucossanguinolento, sem sangramento vivo em quantidade substancial) sugere estar havendo rápido desenvolvimento para o parto, particularmente se associado a freqüentes e fortes contrações.

Insista para que a paciente não faça força e, em vez disso, encoraje-a para que respire ofegantemente durante as contrações (respiração de "cachorrinho cansado"). Durante o primeiro período do trabalho, as contrações uterinas são involuntárias e destinam-se a dilatar o colo uterino e não a expulsar o feto. Fazer força, além de ser inútil, leva à exaustão e pode rasgar (dilacerar) partes do canal do parto. Se você reconhecer que a mãe está no primeiro período do trabalho de parto, prepare-a para transporte ao hospital.

5.1. Período de Expulsão

- A paciente começa a fazer força espontaneamente.
- Há repentino aumento nas descargas vaginais. Algumas vezes os líquidos são claros, com leve sangramento. Isso indica que a cabeça da criança está passando através do canal do parto, já completamente dilatado.
- A paciente tem a sensação de necessidade de evacuar, sintoma decorrente da pressão exercida pela cabeça do feto no períneo e, conseqüentemente, contra o reto.
- As membranas rompem-se e extravasam líquido amniótico. Embora a "bolsa" possa romper-se a qualquer hora, é mais freqüente seu rompimento no começo do segundo período.
- A abertura vaginal começa a abaular-se e o orifício anal a dilatar-se (fig. 2.a). Es-

ses são sinais tardios e anunciam que o aparecimento da criança poderá ser observado a qualquer nova contração. Episódios de vômito a essa altura são frequentes. Caso haja vômito, cuide para não ocorrer aspiração e obstrução da via aérea.

- Coroamento: a abertura vaginal ficará abaulada e o pólo cefálico da criança poderá ser visto. Isso é o coroamento, o último sintoma antes que a cabeça e o resto da criança nasçam. (fig. 2.b e 3.c).

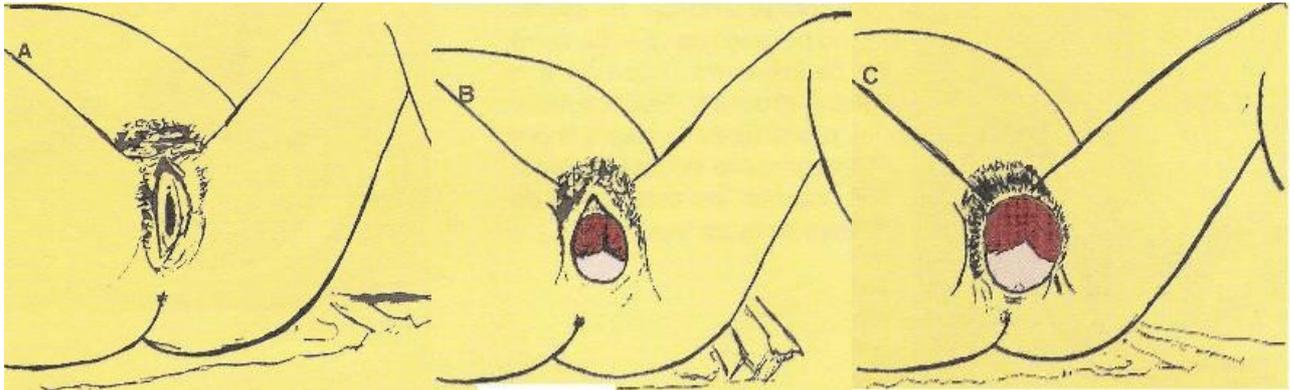


Fig 19.2 – Cabeça coroando

- Deixe o bebê sobre o abdômen da mãe, em decúbito lateral, com a cabeça rebaixada, para drenar fluidos contidos na via aérea.
- Limpeza das vias aéreas: limpe a boca por fora, com compressas de gaze; enrole a gaze no dedo indicador para limpar por dentro a boca do recém-nascido (RN), sempre delicadamente, tentando retirar corpos estranhos e muco. Para aspirar líquidos, utilizar uma seringa (sem agulha). Certifique-se de retirar previamente todo o ar da seringa a ser introduzida na boca ou no nariz do RN. Observe que o RN respira primeiramente pelo nariz, daí ser sua desobstrução tão importante quanto a da boca. As manobras de desobstrução da via aérea devem ser feitas sempre, independentemente de o RN conseguir respirar de imediato ou não.
- Estimule a criança, friccionando-a com a mão. Não bata na criança. Pode fazer cócegas nas plantas dos pés, com o dedo indicador. Manter a criança em decúbito lateral esquerdo para as manobras de estimulação.
- Quando a criança começar a respirar, volte sua atenção para a mãe e o cordão umbilical. Caso as vias aéreas tenham sido desobstruídas e o RN não tenha começado a respirar, inicie manobras de ressuscitação.
- Faça respiração artificial sem equipamentos: respiração boca-a-boca ou boca-nariz-boca. Faça uma ou duas aerações. Caso a criança consiga respirar sozinha,

deixe que o faça. Caso contrário, institua RCP. Continuar até que a criança comece a respirar ou que um médico ateste o óbito. Transporte a criança a um hospital o quanto antes. 10. Depois que a criança estiver respirando, concentre sua atenção no cordão umbilical.

- Amarre (clampeie) o cordão com cadarço (fio) estéril ou pinça hemostática, a aproximadamente 15 a 20 cm do abdômen do RN. Os cordões para a ligadura devem ser feitos de algodão. A aproximadamente 2,5 cm do primeiro cordão, amarre o segundo. Use nós de marinheiro (antideslizantes) e ponha no final três nós de segurança.
- Corte o cordão umbilical entre os dois *clamps*, usando material estéril (tesoura ou bisturi). Envolve a criança em lençol limpo e cobertores e passe-a ao cuidado de um colega. A criança deve ser mantida em decúbito lateral, com a cabeça levemente mais baixa que o resto do corpo.

6. Dequitação Placentária

O terceiro período estende-se desde a hora em que a criança nasce até a eliminação da placenta, que normalmente acontece em até 30 minutos. Junto com ela vem uma a duas xícaras de sangue. Não se alarme, porque é normal. Não puxe a placenta: aguarde sua expulsão natural. Retirada, guardar a placenta numa cuba ou envolta em papel ou compressa, e levá-la ao hospital, juntamente com a mãe e a criança, para ser examinada quanto à possibilidade de algum pedaço ter ficado na cavidade uterina. Uma compressa estéril pode ser colocada na abertura vaginal após a saída da placenta.

Depois da dequitação placentária, palpe o útero pela parede abdominal. Se ele estiver muito frouxo e relaxado e houver sangramento vaginal, massageie suavemente o abdômen da parturiente, comprimindo-lhe o útero. Isso ocasionará sua contração e retardará a saída de sangue. Continue a massagear o útero até senti-lo firme como uma bola de futebol.

7. Passos Finais no Parto de Emergência

Leve a mãe a um hospital pelas seguintes razões:

- A criança deve passar por exame médico geral.
- A mãe também deve ser examinada por médico, que se encarregará de verificar

possíveis lace rações no canal do parto.

- Os olhos do RN devem ser bem cuidados para prevenir infecção. Colírio de nitrato de prata é aplicado pelo médico costumeiramente.
- O cordão umbilical deve ser examinado por especialista.
- Mãe e filho devem ser observados por um período de tempo.



Fig 19.1 – Clampagem do cordão umbilical

8. Partos com Dificuldades

8.1. Criança invertida (sentada) – diagnóstico

A criança apresenta-se "invertida", surgindo as nádegas antes da cabeça. Em parto normal, a criança começa a respirar tão logo o tórax nasça ou dentro de breve espaço de tempo. No parto de nádegas, o tórax sai primeiro que a cabeça, sendo impossível a inspiração, pois as vias aéreas estão bloqueadas dentro do canal vaginal.

8.1.1. Cuidados de emergência

Imediatamente após perceber que se trata de parto em posição "invertida", prepare-se para segurar a criança, deixando-a descansar sobre sua mão e antebraço, de barriga para baixo. Em determinado momento, pernas, quadril, abdômen e tórax estarão fora da vagina, faltando apenas a exteriorização da cabeça, o que pode ser, às vezes, demorado. Se isso acontecer, não puxe a cabeça da criança. Para evitar que ela seja asfixiada no canal do parto, crie passagem de ar segurando o corpo do RN com uma das mãos e inserindo os dedos indicador e médio da outra mão no canal vaginal da mãe, de tal maneira que a palma da mão fique virada para a criança. Corra os dedos indicador e médio ao redor do pescoço da criança até encontrar o queixo. Introduza os dois dedos abrindo espaço entre o queixo e a parede do canal vaginal. Quando encontrar o nariz, separe os dedos suficientemente para colocá-los um a cada lado do nariz e empurre a face, criando espaço pelo qual o ar possa penetrar. Mantenha os dedos nessa posição até a saída total da cabeça. Essa é a única ocasião em que o socorrista deverá tocar a área vaginal, naturalmente calçando luvas estéreis.

9. Apresentação Inicial de Pé ou Mão ou Cordão Umbilical

Cordão umbilical ou um pé ou uma mão saindo primeiro do canal de parto.

9.1. Cuidados de Emergência

Transporte rapidamente a mãe para um serviço de emergência, tomando especial cuidado para não machucar a parte exteriorizada (em prolapso). Não tente repor a parte em prolapso para dentro do canal.

Se um pé, ou mão, ou o cordão estiver para fora, cubra com material estéril (gaze, compressa ou toalha). No caso do cordão fora, seja ágil: a criança pode estar em perigo, causado pela compressão do cordão entre a cabeça e o canal de parto. Enquanto o cordão estiver comprimido, a criança não receberá quantidades adequadas de sangue e oxigênio.

No caso de prolapso do cordão, transporte a mãe em decúbito dorsal, com os quadris elevados sobre dois ou três travesseiros ou cobertores dobrados, e administre oxigênio. Isso fará com que a criança escorregue um pouco para dentro do útero e receba mais oxigênio. Se a mãe puder manter a posição genupeitoral (ajudada pelo socorrista), o resultado será ainda melhor. Essa posição é difícil de ser mantida durante o transporte, porém.

10. Asfixia pela Bolsa D'água

Esta é outra condição incomum de que o socorrista deve ter conhecimento: a criança pode ficar presa na bolsa d'água quando começa o trabalho de parto. Romper a bolsa d'água e retirá-la da frente da boca e do nariz. Cuidado ao romper a bolsa para não machucar o bebê. Puxe a superfície da bolsa antes de furá-la.

11. Trabalho de Parto com Cesariana Anterior

Ao interrogar a mãe, se descobrir que o parto anterior foi cesariana, prepare-se para a possibilidade de se romper a cicatriz da parede do útero, ocasionando hemorragia interna, que poderá ser grave. Transporte a mãe imediatamente ao hospital, fazendo antes o parto se o coroamento estiver presente.

12. Partos Múltiplos

O parto de gêmeos (dois ou mais bebês) não deve ser considerado, em princípio, uma complicação; em partos normais, será como fazer o de uma só criança a cada vez. Os partos sucessivos podem ocorrer com alguns ou muitos minutos de diferença. Depois

que a primeira criança nasceu, amarre o cordão como faria no parto simples. Faça o mesmo na(s) outra(s) criança(s).

Nascimentos múltiplos acontecem freqüentemente antes de a gestação ir a termo. Por isso, gêmeos devem ser considerados prematuros; lembre-se de mantê-los aquecidos.

13. Recém-nascidos Prematuros

Considerar a criança prematura se nascer antes de 7 meses de gestação ou com peso inferior a 2,5 Kg. Não perca tempo tentando pesar a criança; baseie o julgamento no aspecto e na história contada pela mãe. A criança prematura é bem menor e mais magra do que a levada a termo. A cabeça é maior comparada ao resto do corpo, mais avermelhada e recoberta por uma "pasta" branca.

13.1. Cuidados de Emergência

Necessitam de cuidados especiais; mesmo pesando próximo de um quilo têm maior chance de sobrevivência se receberem cuidados apropriados. O parto normal prematuro é conduzido como outro qualquer, mas os seguintes pontos são importantes nos cuidados com o bebê.

13.1.1. Temperatura Corporal

Agasalhar em cobertor e mantê-la em ambiente à temperatura de 37 graus centígrados. Uma incubadora pode ser improvisada, enrolando a criança em cobertor ou manta envolto(a) em uma folha de papel alumínio. Mantenha a face da criança descoberta até chegar ao hospital. Se o tempo estiver frio, ligue o aquecimento antes de introduzir o nenê na ambulância.

13.1.2. Vias Aéreas Livres

Mantenha suas vias aéreas sem muco ou líquidos. Use gaze esterilizada para limpar nariz e boca. Se usar seringa ou bulbo, certifique-se de esvaziar todo o ar antes de introduzi-los na boca ou nariz e aspire vagarosamente.

13.1.3. Hemorragias

Examine cuidadosamente o final do cordão umbilical, certificando-se de que não há sangramento (mesmo discreto). Caso haja, clampeie ou ligue novamente.

13.1.4. Oxigenação

Administre oxigênio, cuidadosamente. Uma "tenda" pode ser improvisada sobre a cabeça da criança com o fluxo de oxigênio dirigido para o topo da tenda e não diretamente para sua face. Oxigênio pode ser perigoso para prematuros. Usado dosadamente (15 a 20 minutos) trará mais benefícios que prejuízos.

13.1.5. Contaminação

A criança prematura é muito suscetível a infecções. Não tussa, espirre, fale ou respire diretamente sobre sua face e mantenha afastadas as demais pessoas. Incubadoras especiais para transporte de crianças prematuras estão disponíveis em algumas áreas. O serviço de emergência médica deve saber se esse equipamento está disponível, onde obtê-lo e como usá-lo.

14. Abortamento

O abortamento é a expulsão das membranas e do feto antes que ele tenha condições de sobrevivência por si só. Geralmente isso ocorre antes de 28 semanas de gestação. A gestação normal (ou a termo) dura 38 a 40 semanas.

14.1. Sinais e Sintomas

- Pulso rápido (taquiesfigmia)
- · Transpiração (sudorese)
- · Palidez
- · Fraqueza
- · Cólicas abdominais
- · Sangramento vaginal moderado ou abundante
- · Saída de partículas de pequeno ou grande tamanho pelo canal vaginal.

Em outras palavras, poderão estar presentes todos os sintomas de choque somados ao sangramento vaginal ou, o que é mais comum, somados a cólicas abdominais com sangramento vaginal.

15. Cuidados de Emergência

- Coloque a paciente em posição de choque;

- Conserve o corpo aquecido;
- Molhe seus lábios se ela tiver sede, não permitindo que tome água, pois poderá necessitar
- De anestesia no hospital;
- Não toque no conduto vaginal da paciente, para não propiciar infecção;
- Coloque compressas ou toalhas esterilizadas na abertura vaginal;
- Remova a parturiente para um hospital.

16. Trauma na Gestação

16.1. Introdução

A gestação apresenta modificações fisiológicas e anatômicas, que podem interferir na avaliação da paciente acidentada, necessitando os socorristas desse conhecimento para que realizem avaliação e diagnóstico corretos.

As prioridades do tratamento da gestante traumatizada são as mesmas que a da não-gestante. Entretanto, a ressuscitação e estabilização com algumas modificações são adaptadas às características anatômicas e funcionais das pacientes grávidas.

Os socorristas devem lembrar que estão diante de duas vítimas, devendo dispensar o melhor tratamento à mãe.

16.2. Alterações Anatômicas

Até a 12ª semana de gestação (3º mês), o útero encontra-se confinado na bacia, estrutura óssea que protege o feto nesse período.

A partir da 13ª semana, o útero começa a ficar palpável no abdômen e, por volta de 20 (vinte) semanas (5Q mês), está ao nível da cicatriz umbilical.

À medida que a gestação vai chegando ao final, o útero vai ocupando praticamente todo o abdômen, chegando ao nível dos arcos costais aí pela 36ª semana (9º mês).

O útero crescido fica mais evidente no abdômen e, conseqüentemente, ele e o feto, mais expostos a traumas diretos e possíveis lesões.

16.3. Alterações Hemodinâmicas

- **Débito cardíaco** – a partir da 10^a semana de gestação, há aumento do débito cardíaco (quantidade de sangue bombeada pelo coração) de 1,0 a 1,5 litro por minuto.
- **Batimentos cardíacos** – durante o 3^o trimestre, há aumento de 15 a 20 batimentos por minuto.
- **Pressão arterial** – no 2^o trimestre da gestação, há diminuição de 5 a 15 mmHg, voltando aos níveis normais no final da gravidez.

OBS.: A maioria das alterações é causada pela compressão do útero sobre a veia cava inferior, deixando parte do sangue da gestante "represada" na porção inferior do abdômen e membros inferiores.

16.4. Volume Sanguíneo

O volume de sangue aumenta de 40 a 50% do normal no último trimestre de gestação. Em função desse aumento, a gestante manifesta sinais de choque mais tardiamente, podendo, porém, o feto estar recebendo pouco sangue ("choque fetal").

16.5. Aparelho Gastrointestinal

No final da gestação, a mulher apresenta um retardo de esvaziamento gástrico, considerada sempre com "estômago cheio". Poderá ser necessário SNG (sonda nasogástrica) precoce. As vísceras abdominais no 3^o trimestre da gestação ficam deslocadas e comprimidas, estando "parcialmente" protegidas pelo útero, que toma praticamente toda a cavidade abdominal.

16.6. Aparelho Respiratório

Freqüência e dinâmica respiratórias não se alteram.

17. Diagnóstico e Conduta

17.1. Posição

Como no final da gestação o peso que o útero exerce sobre a veia cava inferior promove redução de 30 a 40% do débito cardíaco, a grávida deverá ser transportada em decúbito lateral esquerdo sempre que possível, a menos que tenha alguma contra-indica-

ção, como, por exemplo, suspeita de fratura de coluna ou bacia. Transportá-la, então, em decúbito dorsal, mas empurrar manualmente o útero para o lado esquerdo.

Esse cuidado no transporte é um dos detalhes mais importantes no atendimento à gestante traumatizada.

17.2. Avaliação e Tratamento

Sempre oferecer oxigênio suplementar com máscara a 12 litros/min. Cuidar com choque fetal, elevando os membros inferiores maternos, se necessário.

A reposição de volume (soro e sangue) deve ser precoce.

17.3. Situação de Útero e Feto

Avaliar sempre a sensibilidade uterina (dor), a altura e o tônus (se está contraído ou não).

OBS.: Normalmente o útero não dói à palpação e está sem contração (relaxado). Verificar a presença de movimentos fetais, que indicam feto vivo. A ausência pode significar comprometimento da saúde do feto.

Identificar sangramento ou perda de líquido vaginal, que indicam descolamento da placenta (sangue vivo) ou rotura de bolsa amniótica (líquido claro).

Nas roturas uterinas, temos verificado útero com deformidade ou até palpação de silhueta fetal (feto solto na cavidade abdominal). Hemorragia e choque são frequentes nesses casos, sempre indicando grande trauma à gestante.

Descolamento prematuro de placenta - hemorragia via vaginal, com dor e contração uterina, pode ser desencadeada pelo trauma.

OBS.: Em função da dilatação dos vasos pélvicos há maior chance de sangramento e hemorragia retroperitoneal.

ABCD é o tratamento indicado.

18. Cesariana no Pré-hospitalar

Realizá-la nos casos de mãe moribunda ou em óbito. O feto deve ser viável (após a 26ª semana), estando o útero entre a metade da distância da cicatriz umbilical e o rebordo costal.

Com a mãe mantida em RCP, realizar a incisão mediana, retirar o feto o mais rápido possível, reanimá-lo e transportá-lo a hospital que tenha UTI neonatal.

O fator mais importante de sobrevivência fetal é o tempo entre o óbito materno e a cesariana.

- **De 0 a 5 minutos** – excelente.
- **De 5 a 10 minutos** – razoável.
- **De 10 a 15 minutos** – ruim.
- **Acima de 15 minutos** – péssimo.