

CENTRO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL
EM SAÚDE

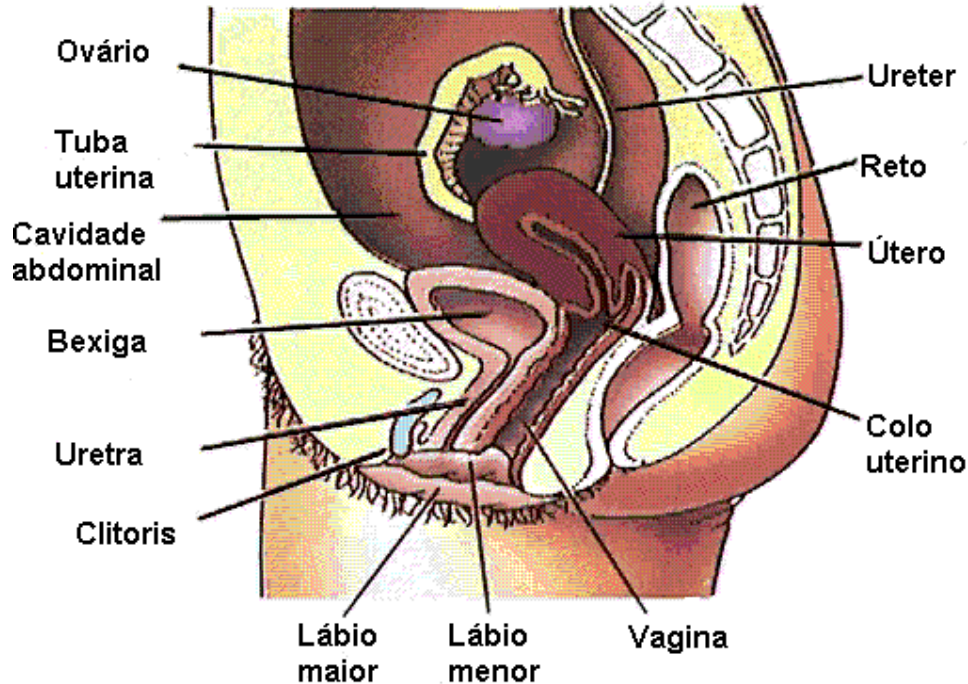


ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

A
U
X
I
L
I
A
R
D
E
E
N
F
E
R
M
A
G
E
M

ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Obstetrícia: Ramo da medicina que presta assistência à mulher durante a gestação, parto e puerpério.



SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

O sistema reprodutor feminino é composto por: 2 ovários, 2 tubas uterinas, 1 útero e vagina.

Órgãos genitais externos: vulva, monte púbico, lábios maiores e lábios menores.

FISIOLOGIA

Após o ato sexual o espermatozóide encontra-se com o óvulo, resultando no zigoto que sofrerá várias divisões celulares até a fase de embrião. Por volta do quinto dia após a fecundação e se fixa na mucosa uterina. Originando o embrião e anexos embrionários: placenta, cordão umbilical e membranas fetais.



Ovulação: Consiste na liberação do óvulo. Ocorre aproximadamente no meio dos 28 dias em um ciclo menstrual regular (14º dia). A mulher apresenta saída de muco pela vagina de consistência clara, sem cor e sem cheiro, onde a mesma também pode apresentar maior desejo sexual.

Menstruação: Eliminação do revestimento interno do útero ocorre quando não há fecundação, ou seja, descamação das paredes do endométrio.

Fase Pré – ovulatória / Proliferativa: Começa com a menstruação seguida por dias em que o colo do útero produz muco. A vagina fica mais úmida.

Fase Pós – ovulatória: Ocorre a diminuição da umidade da vagina, o útero tem contrações sentidas pela mulher como cólicas, iniciando assim uma nova menstruação, o que define o começo de um novo ciclo.

TERMINOLOGIAS

Concepção: fertilização.

Gestação: gravidez.

Para: refere-se ao número de partos.

Gesta: número de gestações.

Parturiente: mulher que está em trabalho de parto.

Menarca: primeira menstruação.

Menopausa: última menstruação.

Nutriz: mulher que amamenta.

Puérpera: mulher no pós parto.

Colo Pérvio: colo com dilatação.

Colo Impérvio: colo sem dilatação.

Puerpério: período pós parto.

ANEXOS EMBRIONÁRIOS

PLACENTA

Órgão formado por tecido materno e fetal tendo a função de comunicação entre a mãe e o feto permitindo trocas materno-fetais.

A face materna da placenta é de coloração vinhosa e encontra-se aderida ao útero.

A face fetal é de coloração cinza-azulada, brilhante onde se insere o cordão umbilical.



FUNÇÕES:

Barreira:

- Impede o contato direto do sangue materno com o sangue fetal.
- Impede a passagem de substâncias nocivas e microorganismos.

Secreção de hormônios:

- Estrogênio: controle de ovulação e características femininas.
- Progesterona: produzido durante a gravidez.
- HCG (Hormônio Coriônico Gonadotrofina Humana).

Comunicação materno-fetal:

- Substâncias nutritivas e restos metabólicos.
- Troca gasosa.

CORDÃO UMBILICAL

Composto de duas artérias e uma veia é o canal de comunicação entre a mãe e o feto.

Problemas que podem surgir relacionados ao cordão umbilical:

Cordão umbilical curto: pode causar descolamento da placenta e conseqüentemente ao sofrimento fetal.

Cordão umbilical longo: pode enrolar-se no pescoço do feto ou sofrer prolapso quando a bolsa amniótica se rompe.

MEMBRANAS FETAIS

As membranas fetais são denominadas corio e âmnio, formam a bolsa amniótica onde está contido o líquido amniótico.

FUNÇÕES:

- Protege o feto contra traumas.
- Serve de barreira contra infecções.
- O líquido impede a aderência do feto.
- Lubrifica o canal de parto.
- Mantém a temperatura corporal do feto.



ASPECTOS DO LÍQUIDO AMNIÓTICO

- claro: feto não maduro
- leitoso com grumos: feto não maduro
- esverdeado: sofrimento fetal
- amarelado: doença hemolítica
- castanho: morte fetal

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA GESTAÇÃO

- Amenorréia
- Mastalgia bilateral
- Hipertrofia das mamas
- Náuseas/vômitos/azia
- Linha nigra e cloasma
- Aumento do abdome
- Polaciúria
- Aumento da vascularização da vagina
- Aumento da rede venosa mamária
- Polidipsia

EXAMES LABORATORIAIS DIAGNÓSTICOS DE GRAVIDEZ

Urina – Identificar HCG

Sangue – Identificar HCG

USG – Identificar a imagem do feto

CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO (DPP)

Objetivo: Estimar o período provável para o nascimento.

- Calcula-se a DPP levando em consideração a duração média da gestação normal (40 semanas).
- Pode ser calculada com o gestograma .
- Outra forma de calcular **é somar 7 dias** ao primeiro dia da **última menstruação** e **subtrair 3 meses** ao mês que ocorreu a última menstruação (**ou somar 9** quando os meses forem: **janeiro, fevereiro ou março**) – Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte somando 1 ao final do cálculo do mês.



Exemplos:

Data da Última Menstruação (DUM): 13/09/2008

Data Provável do Parto (DPP): **20/06/2009** ($13+7=20$, $9-3=6$)

Data da Última Menstruação (DUM): 10/02/2009

Data Provável do Parto (DPP): **17/11/2009** ($10+7=17$, $2-9=11$)

Data da Última Menstruação (DUM): 27/01/2009

Data Provável do Parto (DPP): **03/11/2009** ($27+7=34-31=3$, $1+9+1=11$)

EXERCÍCIO:

Calcule a DPP (Data Provável do Parto):

DUM: 20/11/2012

DUM: 21/07/2011

DPP:

DPP:

DUM: 28/03/2012

DUM: 23/09/2012

DPP:

DPP:

DUM: 06/01/2010

DUM: 12/05/2011

DPP:

DPP:

DUM: 27/04/2012

DUM: 22/01/2011

DPP:

DPP:

DUM: 30/12/2011

DUM: 27/08/2011

DPP:

DPP:



CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

Objetivo: estimar a duração da gravidez/idade do feto.

A) Quando a data da última menstruação é conhecida e de certeza

Uso do calendário: somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta dividindo o total por sete (resultado em semanas).

Uso de disco (gestograma): colocar a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia d última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

B) Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu

Se o período foi no início, meio ou fim do mês considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, respectivamente, e proceder como no método anterior (A).

C) Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos

Quando não se sabe a data e período do mês o médico ou enfermeira determina por aproximação, pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal. O exame de ultrassonografia obstétrica é um meio de confirmação da idade gestacional.

Por exemplo: Se a data da última menstruação foi dia 11/03/2000 e a mulher descobriu que está grávida, para saber de quantas semanas ela está, deve-se contar o 1º dia de gravidez como sendo o dia em que veio a última menstruação, ou seja, no dia 11/03 e assim, no dia 16/04/2000 ela estaria com 5 semanas e 5 dias de gestação.

EXERCÍCIO:

Calcule a Idade Gestacional de acordo com o dia de hoje:

DUM: 12/05/2012

DUM: 05/04/2011

IG:

IG:

DUM: 22/07/2011

DUM: 29/06/2012

IG:

IG:



DUM: 08/02/2011

DUM: 29/06/2000

IG:

IG:

DUM: 22/10/2011

DUM: 19/12/2011

IG:

IG:

DUM: 17/07/2011

DUM: 03/09/2000

IG:

IG:

MODIFICAÇÕES NO ORGANISMO MATERNO

Postura e Deambulação: Centro de gravidade para frente, fazendo com que ela jogue o corpo para trás. Marcha Anserina.

Circulação: Sobrecarga circulatória.

Sangue: Aumento da produção de sangue para suprir no momento do parto. O plasma é diluído, levando uma anemia.

Sistema Urinário: Há desvio dos ureteres, ocorre uma diminuição da motilidade da uretra e diminuição da capacidade da bexiga.

Estômago: Sofre rotação para direita, diminuição do suco gástrico ocasionando pirose e diminuição da motricidade.

Intestino: Há desvio para cima, ocorre diminuição da motricidade, causando constipação.

PRINCIPAIS DESCONFORTOS DA GESTAÇÃO

Náuseas/ Vômito/ Azia

- Orientar a gestante a fracionar a dieta, comendo de 3 em 3 horas.
- Orientar para que a gestante evite frituras, café, chá preto e alimentos gordurosos.
- Orientar evitar bebidas alcoólicas e fumo.
- Caso seja necessário entrar com medicação (antieméticos).
- Em casos de náuseas e vômito orientar a gestante ingerir de manhã antes de escovar os dentes de 2 a 3 bolachas de água e sal, pois diminui as náuseas.



Constipação

- Orientar alimentação rica em fibras e aumentar ingesta hídrica.
- Recomendar caminhadas e exercícios.

Dispnéia

- Orientar a realização de atividades físicas.
- Realizar dieta fracionada.
- Orientar a utilizar roupas leves.

Edema de MMII

- Orientar a fazer uso de meias elásticas.
- Orientar utilizar calçados adequados, evitar salto alto.
- Orientar elevar MMII, caso a gestante não apresente patologias cardíacas.

Estrias

- Orientar a realização de hidratação da pele.
- Orientar que a gestante evite coçar a barriga.
- Orientar a não utilizar roupas muito apertadas.
- Orientar o uso correto de sutian.

Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)

- Explicar que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer após o parto.
- Recomendar a não-exposição do rosto diretamente ao sol (usar chapéu).
- Recomendar o uso de filtro solar.

PRINCIPAIS EXAMES LABORATORIAIS DA GESTANTE

Tipagem Sanguínea/ Fator RH

Identificar, caso o parceiro seja RH positivo ou desconhecido e gestante RH negativo, solicitar teste de Coombs indireto, caso o resultado seja positivo encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.



Sorologia para Sífilis

Caso seja positivo encaminhar gestante para pré-natal de alto risco para tratamento com Penicilina Benzatina.

Urina tipo I

Identifica presença de proteínas que podem significar sinais de pré-eclâmpsia.

Bactérias/ leucócitos que significam sinais de infecção.

Hemácias e cilindros podem indicar pré-natal de alto risco.

Dosagem de Hemoglobina (Hb) e Hematócrito (Ht)

Indicam sinais de anemia.

Glicemia de jejum e teste oral de tolerância à glicose

Indicam presença de Diabetes Mellitus Gestacional.

Teste rápido anti HIV

Caso positivo encaminhar para o pré-natal de alto risco.

Sorologia para Hepatite B

Caso positivo encaminhar para o pré-natal de alto risco.

Sorologia para Toxoplasmose

Caso positivo encaminhar para o pré-natal de alto risco.

CLASSIFICAÇÃO DA GESTAÇÃO

Nº. de gestação

0 – Nuli

1 – Primi

2 – Secundi

3 ou mais – Multi

Terminologia (sufixo)

Gesta



VACINAÇÃO DE ROTINA DA GESTANTE

A única vacinação de rotina das gestantes é contra o tétano, geralmente combinada com a vacinação contra difteria. Outras vacinações poderão ser consideradas, dependendo de circunstâncias especiais, como a vacinação contra raiva e febre amarela.

Se a gestante já foi vacinada com três doses ou mais de vacina contra tétano (DTP, DT, dT ou TT), fazer mais uma dose, se já decorreram mais de cinco anos da última dose.

Se fez menos de três doses, completar três doses.

Se nunca foi vacinada ou se a história vacinal for desconhecida ou não-conclusiva, aplicar três doses da vacina dT, começando na primeira consulta do pré-natal. Pode ser adotado um dos dois seguintes esquemas:

a) três doses aplicadas com intervalo de dois meses, mínimo de um mês, entre a primeira e a segunda doses, e de seis meses entre a segunda e a terceira (esquema 0, 2, 8);

b) três doses aplicadas com intervalos de dois meses, mínimo de um mês, (esquema 0, 2, 4).

Nota: Se não for possível aplicar as três doses durante a gestação, a segunda deve ser aplicada 20 dias ou mais antes da data provável do parto. O esquema de três doses, neste caso, deverá ser complementado posteriormente.

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DA GESTAÇÃO

ABORTO

Definição: interrupção da gestação antes da viabilidade fetal, ocorrida antes de 22 semanas, ou quando o concepto pesa menos de 500g. O abortamento é considerado precoce quando ocorre até a 13^o semana e 22^a semana.

Causas:

Fatores Ovulares: mal formação do ovo, e mal formação dos anexos embrionários.

Fatores Maternos: tumores, insuficiência hormonal, traumas e distúrbios psíquicos.

Outros Fatores: uso de drogas lícitas e ilícitas, tabagismo.



Classificação de aborto:

ESPONTÂNEO: sem qualquer interferência externa.

PROVOCADO: destruição do feto (sucção, infecção de substâncias, curetagem).

TERAPÊUTICO: em casos de estupro, risco de vida materna.

CRIMINOSO: quando não existe indicação legal.

Sintomatologia:

- Dor tipo cólica em baixo ventre.
- Alterações de sinais vitais.
- Hemorragia vaginal.
- Sinais de choque.

Formas clínicas:

Ameaça de aborto: probabilidade de 70 a 80% da gestação prosseguir.

Aborto eminente: pequena probabilidade da gestação prosseguir.

Aborto inevitável: não há probabilidade da gestação prosseguir.

Aborto em evolução: o feto já se desprende porém não foi expulso.

Aborto incompleto: apenas partes do feto foi expulso do corpo materno.

Cuidados de Enfermagem

1. Manter a paciente em repouso e aquecida.
2. Mensurar sinais vitais.
3. Avaliar sinais de hemorragia (quantidade, cor, odor).
4. Avaliar sinais de choque (sudorese, palidez, cianose).
5. Controle rigoroso do gotejamento do soro.
6. Administrar medicações prescritas (ocitocina, analgésico).
7. Preparar e encaminhar a paciente para exames.
8. Realizar tricotomia conforme protocolo da instituição.



DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL /MOLA HIDATIFORME

Definição: Crescimento inicial do embrião de forma anormal causando rompimento da placenta e destruição do embrião, um tipo de tumor benigno. O que impede a continuidade da gestação.

O útero apresenta-se bastante volumoso, e os índices de HCG encontram-se bastante alterados.

Evolução:

- Aborto.
- Tumores malignos (coriocarcinoma).

Sintomatologia:

- Náuseas e vômitos.
- Hipertensão.
- Sangramento vaginal.
- Útero maior do que o esperado.
- Cólicas abdominais devido à distensão uterina.

Diagnóstico Clínico:

É realizado pela presença de sangramento vaginal, geralmente de pequena intensidade, indolor e aumento exagerado do útero.

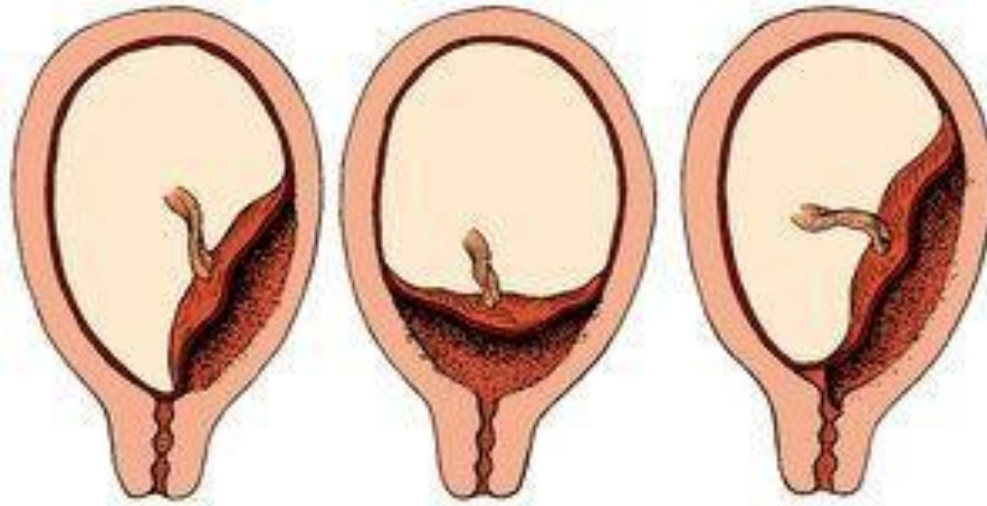
Cuidados de Enfermagem

1. Proporcionar apoio psicológico devido ao sentimento de perda, frustração e luto.
2. Administrar líquidos, hemoderivados e medicações conforme prescrição médica.
3. Preparar a paciente para curetagem.
4. Realizar tricotomia conforme protocolo da instituição.
5. Administrar analgésico ou sedativo.
6. Explicar para paciente a necessidade do intervalo de 1 ano para uma nova gestação devido aos altos níveis de HCG.

PLACENTA PRÉVIA

Definição: ocorre quando a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero.

Fisiopatologia: o processo patológico está relacionado às condições que alteram a função normal da camada uterina e sua vascularização.



Marginal

Central

Parcial

Classificação:

TOTAL OU CENTRAL: ocorre quando a placenta cobre totalmente o estimo uterino.

PARCIAL: ocorre quando a placenta cobre parcialmente o estimo uterino.

MARGINAL: ocorre quando a placenta atinge o estimo uterino.

Fatores Predisponentes:

- Multiparidade.
- Gestante idosa.
- Gestações múltiplas.
- Partos cesáreas anteriores.
- Incisões uterinas.
- História de placenta prévia anterior.

Sintomatologia:

- Sangramento vaginal de coloração vermelho vivo, sem coágulos.
- BCF (batimentos cardíacos fetais instável).
- Abdome sensível e depressível à palpação.
- Ansiedade.

Cuidados de Enfermagem

1. Mensurar e registrar sinais vitais.
2. Avaliar rigorosamente o sangramento.
3. Observar sinais e sintomas de choque.
4. Orientar repouso.
5. Orientar retorno ao serviço se sangramento tornar-se abundante.

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA

Definição: separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto.

Placenta com descolamento



Fatores predisponentes:

- DHEG.
- Traumas.
- Cordão Umbilical curto.
- Ruptura abrupta das membranas.
- Uso indevido da ocitocina durante o trabalho de parto.
- Multiparidade.

Sintomatologia:

- Hemorragia com coágulo.
- Dor súbita e intensa.
- Rigidez e sensibilidade uterina.
- Contrações uterinas.
- Movimentos fetais excessivos.
- Alterações da forma e contorno do útero.



Cuidados de Enfermagem:

1. Mensurar sinais vitais a cada 30 minutos.
2. Avaliar sangramento vaginal.
3. Observar e comunicar sinais de choque.
4. Realizar monitorização fetal.
5. Puncionar e manter acesso venoso calibroso.
6. Orientar repouso absoluto.
7. Oferecer suporte emocional.
8. Preparar a paciente para parto cesárea.

DHEG (DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO)

Definição: são distúrbios inerentes à gestação caracterizados por vasoespasmos generalizados, retenção de sódio e água podendo levar à lesões renais.

Fatores predisponentes:

- Primigestas
- Idade gestacional idosa
- Dieta hipercalórica e hipersódica
- Gestação múltipla
- Doenças pré-existentes, como:
- HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)
- IRC (Insuficiência Renal Crônica)
- DM (Diabetes Mellitus)

Formas Clínicas:

Pré-eclâmpsia leve ou benigna: caracteriza-se pelo aumento da pressão arterial P.A. \geq 140x90 mmHg.

Pré-eclâmpsia grave: caracterizada por cefaléia, alterações visuais, dor epigástrica, náuseas, vômito, irritabilidade, edema, proteinúria. P.A 160x110 mmHg.

Eclâmpsia: caracteriza-se por P.A \geq 160x110 mmHg, todos os sinais e sintomas citados anteriormente, convulsões e coma hipertensivo.



Evolução da crise da eclampsia:

1. Fase de invasão

- Duração de 30 minutos a 1 hora.
- Contrações da musculatura da face e pescoço.

2. Fase tônica

- Duração de 30 minutos em média.
- Contrações involuntárias de toda a musculatura do corpo, levando a apnéia e mordida da língua.

3. Fase crônica

- Duração de 1 a 2 minutos.
- Respiração irregular e ruidosa.
- Contrações da musculatura do corpo de forma irregular.

4. Fase de coma

- Duração variável.
- Perda da consciência.
- Amnésia.

Medidas Preventivas:

- Assistência Pré-natal precoce.
- Dieta adequada (hiposódica).
- Repouso em DLE (decúbito lateral esquerdo).

Tratamento:

1. Repouso
2. Medicação
3. Controle do peso
4. Dietoterapia
5. Cuidados ambientais
6. Avaliação do bem estar fetal



Cuidados de Enfermagem

1. Providenciar ambiente calmo e repouso absoluto, se possível separado das outras gestantes.
2. Mensurar sinais vitais a cada 15 minutos.
3. Monitorização fetal.
4. Deixar e manter as grades do leito elevadas para evitar queda em casos de crises convulsivas.
5. Em casos da paciente apresentar crises convulsivas, manter a cabeça lateralizada, segurando-a para evitar possíveis fraturas.
6. Administrar medicações prescritas: anti-hipertensivos, diuréticos, calmantes, anti-convulsivantes.
7. Instalar oxigenoterapia.
8. Realizar controle rigoroso da diurese.
9. Coletar urina 24 horas.
10. Realizar aspiração das VAS (Vias aéreas Superiores) em caso de apnéia por excesso de secreção.
11. Realizar controle rigoroso de peso.
12. Avaliar sinais de edema, principalmente face e MMII (membros inferiores).

DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO (DMG)

Conceito: síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos.

Sintomas:

- Perda inexplicada de peso
- Poliúria
- Polodispia
- Polifagia
- Infecções



Principais fatores de risco para DMG

- História prévia de DMG
- Diabetes na família com parentesco em 1º grau
- Idade superior a 35 anos
- Obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação
- HAS

Diagnóstico

- Glicemia de jejum (GJ)
- Teste oral de tolerância à glicose

Crítérios laboratoriais para o diagnóstico de DM

- Duas glicemias de jejum > 126 mg/dL
- Dois valores alterados no teste de tolerância oral à glicose:
 - Jejum: 95mg/dL
 - 1 hora: 180 mg/dL
 - 2 horas: 155 mg/dL

Problemas para o embrião/feto

- Aborto
- Anomalias congênitas
- Macrossomia
- Óbito fetal

Problemas para o RN (recém-nascido)

- Hipoglicemia
- Síndrome do Desconforto Respiratório
- Hiperbilirrubinemia
- Prematuridade
- Mortalidade perinatal

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO****TRABALHO DE PARTO****CLASSIFICAÇÃO**

Crítérios	Verdadeiro	Falso
Contrações	Regulares	Irregulares
Intervalos	Decrescentes	Sem alterações
Duração	Aumento gradativo	Sem alterações
Intensidade	Aumento gradativo	Sem alterações
Frequência	2 a 3 a cada 10 minutos	1 a cada 30 minutos
Alterações cervicais	Dilatação e apagamento	Sem alterações
Localização da dor	Costas e abdome	Abdome

PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO**1. Dilatação**

- Inicia-se com contrações uterinas dolorosas regulares. Ocorre a pressão exercida pelo feto.
- Total de dilatação: 10 cm.

2. Expulsão

- As contrações são mais intensas, com duração de até 60 segundos.
- Atinge até 5 contrações a cada 10 minutos.
- Período de descida do feto.
- Esse período dura até 50 minutos nas nulíparas e 20 nas múltiparas.



3. Dequitação

- Período que envolve 3 fases: descolamento, descida e expulsão da placenta.
- 40 dias (quarentena – Hematoma Retroplacentário): “ferida” onde estava localizada a placenta e demora 40 dias para cicatrizar.
- A placenta deve sair sozinha, apenas com auxílio do médico ou enfermeira obstetra e jamais deverá ter “puxada”, pois pode ocasionar o rompimento do cordão ocasionando na realização de curetagem.
- A placenta pode demorar aproximadamente 30 ou 40 minutos para sair.
- A amamentação auxilia na saída da placenta, pois libera Ocitocina fazendo com que aconteça contração uterina.

4. Greenberg

- Período de contração miometrial e hemostasia.
- Período onde há maior probabilidade de hemorragia (atentar-se os sinais de choque).
- Fatores que contribuem para o aumento de sangramento Pós-parto: Trabalho de parto prolongado ou muito rápido, gestação múltipla, macrosomia fetal, indução com Ocitócito prolongada.

MECANISMOS DO PARTO

A. Insinuação ou Encaixamento: passagem da maior circunferência pelos limites do estreito da bacia.

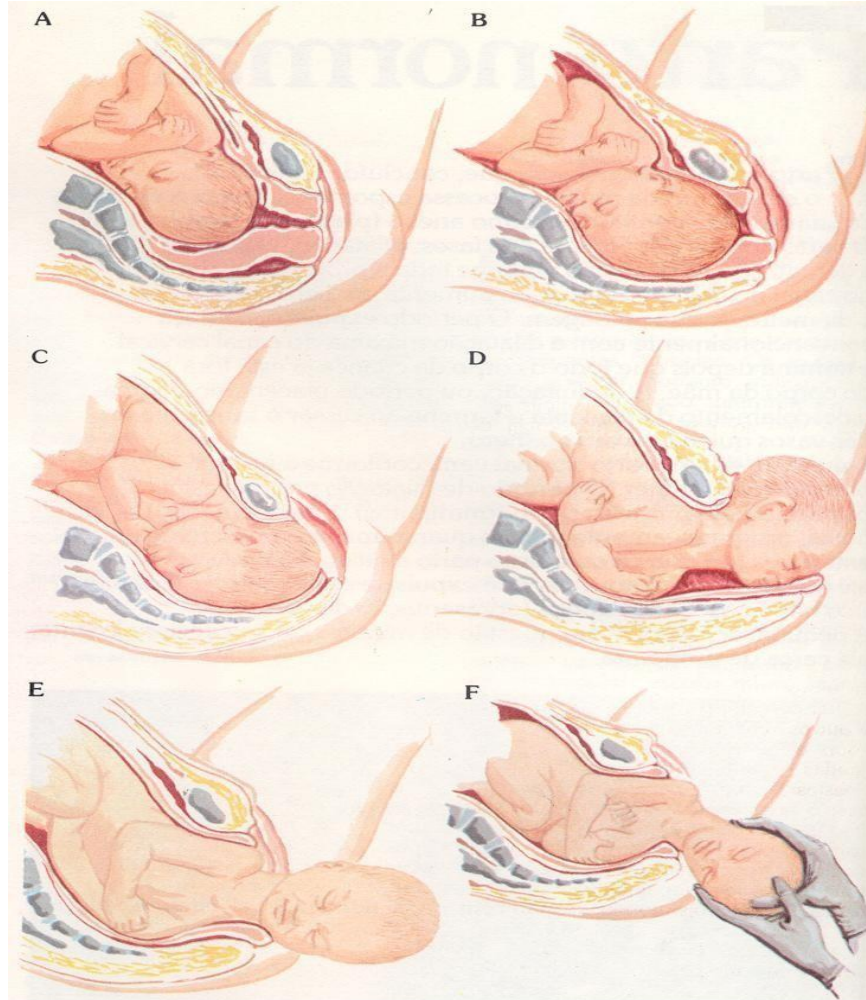
B. Descida: continuação da insinuação.

C. Rotação interna da cabeça: rotação do feto, colocação do osso occipital sob a sínfise púbica.

D. Desprendimento da cabeça: movimentos inversos da insinuação.

E. Rotação externa da cabeça com rotação interna das espáduas: rotação da cabeça para o ponto fetal.

F. Expulsão/Desprendimento das espáduas: saída do feto.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO

Definição: Parto é a combinação de fenômenos pelos quais o feto e os anexos embrionários se desprendem e são expulsos do corpo materno.

Tipos de parto:

1. **Natural:** consiste na expulsão do feto e dos anexos embrionários através das vias vaginais sem interferência externa.

2. **Normal ou espontâneo:** consiste na expulsão do feto e dos anexos embrionários através das vias vaginais com o auxílio de anestesia e episiotomia, se necessário.

3. **Parto cirúrgico/ cesárea:** quando o feto e os anexos são expulsos da mãe através de uma incisão cirúrgica no abdome e útero.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PARTO NORMAL RECEPÇÃO DA PARTURIENTE NO CENTRO OBSTÉTRICO (C.O)

Objetivo:

- Verificar se a paciente está em trabalho de parto.
- Verificar posição fetal.
- Realizar anamnese.

Cuidados:

1. Apresentar-se a paciente.
2. Pesar e verificar sinais vitais.
3. Orientar para vestir a roupa da Instituição, conforme protocolo.
4. Auxilia-la à posicionar na mesa ginecológica cobrindo-a com um lençol.
5. Auxiliar o obstetra ou enfermeira obstetra a realizar o exame ginecológico.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-PARTO

Objetivo: Preparar a paciente para o parto enquanto se aguarda a dilatação do colo e seu apagamento.

Cuidados de enfermagem:

1. Realizar tricotomia conforme protocolo.
2. Encaminhar a parturiente ao chuveiro caso ela sinta vontade.
3. Mensurar sinais vitais.
4. Realizar monitorização fetal.
5. Oferecer medidas não farmacológicas de controle da dor (massagem, “cavalinho”, chuveiro, exercícios que favoreçam a dilatação).
6. Observar náuseas e vômitos.
7. Permitir que a parturiente adote a posição que julgar mais confortável (cócoras, sentada, de joelhos, de quatro, de lado).



Indução do Parto

Durante esse período pode-se induzir o parto através do hormônio ocitocina, que administrado via EV, diluído em soro leva o útero a contrair-se de forma curta e regular para que o colo dilata-se rapidamente.

Indicações:

- Hipermaturidade fetal
- Mãe diabética
- DHEG
- Inércia uterina
- Bolsa rota a mais de 24 horas

Cuidados de enfermagem:

1. Realizar controle das contrações.
2. Realizar controle do gotejamento do soro com ocitocina.
3. Realizar monitorização fetal.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO

Preparo da sala de parto:

1. Providenciar material necessário:

- 1 pacote de parto
- Gases e compressas
- Luvas estéreis
- Seringas/agulhas/bisturi/lâminas
- 1 caixa para parto normal
- Soluções antissépticas
- Fios de sutura
- Anestésico
- Ampolas de Syntocinon
- Campo estéril para RN

2. Verificar móveis fixos

- Mesa operatória
- Focos de luz
- Mesas acessórias
- Hamper
- Carro de anestesia
- Aspirador
- Bandejas



Cuidados de enfermagem:

1. Transportar a paciente até a sala de parto.
2. Coloca-la na posição escolhida para o momento do parto.
3. Auxiliar o médico ou enfermeira obstetra na paramentação.
4. Abrir os pacotes e materiais seguindo técnica asséptica.
5. Anotar hora do início da cirurgia e horário de nascimento do bebê.
6. Informar a mãe sobre o nascimento e sexo da criança.
7. Identificar RN com pulseira, incentivar a interação mãe e filho incentivando o aleitamento materno na primeira hora de vida.
8. Após o nascimento do RN solicitar que a paciente pare de fazer força.
9. Administrar ocitocina conforme prescrição médica.
10. Retirar campos cirúrgicos.
11. Auxiliar no transporte da puérpera para maca.
12. Encaminhar puérpera para sala de observação ou quarto.
13. Realizar limpeza da sala cirúrgica, conforme rotina da Instituição.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE OBSERVAÇÃO

1. Verificar sinais vitais.
2. Manter paciente aquecida.
3. Avaliar condições do períneo.
4. Observar sinais de choque.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO CESÁRIO

Indicações:

Absolutas

- Desproporção cefalopélvica
- Placenta prévia total
- Situação transversa
- Morte materna com feto vivo
- Presença de mecônio no líquido amniótico
- Patologias maternas: DM e cardiopatias



Relativas

- Sofrimento fetal
- Descolamento Prematuro da placenta
- Apresentação pélvica
- Gravidez gemelar
- Cesáreas prévias
- Macrossomias fetais
- Psicopatias

Cuidados de enfermagem:

1. Explicar o procedimento e assegurar-se de que a paciente assinou o termo de consentimento.
2. Encaminhar a gestante para sala de pré-parto e orienta-la a vestir a roupa da instituição conforme protocolo.
3. Realizar cuidados pré-operatórios, de acordo com protocolo da instituição.
4. Coletar e encaminhar material para exames laboratoriais.
5. Realizar acesso venoso e administrar soluções prescritas.
6. Auxiliar no posicionamento da paciente para anestesia e cirurgia.
7. Auxiliar na monitorização de parâmetros vitais do paciente.
8. Auxiliar a equipe na paramentação cirúrgica.
9. Anotar horário do início da cirurgia, posicionamento, infusões, medicações, números de compressas.

RAQUIANESTESIA

Anestesia que resulta da administração de anestésico local dentro do espaço subaracnóideo (agulha ultrapassa a dura-mater). Ocorre bloqueio nervoso reversível das raízes anteriores e posteriores e de partes da medula advindo da perda da atividade autônoma, sensitiva e motora. São indicadas para cirurgias de abdômen e extremidades inferiores, inclusive para cirurgias obstétricas (parto vaginal e cesariana).

Como a medicação é administrada dentro do líquido, é necessária apenas uma pequena quantidade de anestésico local para produzir anestesia altamente eficiente. Trata-se de uma importante vantagem da raquianestesia sobre a peridural, pois se trabalha com um risco de intoxicação por anestésicos locais muito próximos de zero.



Complicações

Cefaléia: ocorre quando se perfura a dura-máter e é extravasado o líquido, esse risco diminui com uso de agulhas com calibres menores.

Meningite: pode ser causada por falha técnica asséptica no local da punção.

ANESTESIA PERIDURAL

Obtém-se o efeito anestésico peridural com a administração de um anestésico local no espaço peridural (camada de gordura anterior à dura-máter- membrana que envolve a medula vertebral).

São indicadas para cirurgias abdominais, parto vaginal, cesáreas, cirurgias ginecológicas, urológicas, plástica de abdômen e outras da extremidade inferior.

Também pode ser indicadas em associação com anestesia geral para a realização de cirurgias torácicas.

Cuidados de enfermagem durante a anestesia

1. Checar identidade do paciente, prontuário e procedimento programado.
2. Apresentar-se ao paciente.
3. Explicar o procedimento a ser realizado.
4. Checar jejum.
5. Verificar uso de adornos, próteses, lentes de contato, esmaltes, medicamentos, alergias, patologias pregressas.

PARTO PREMATURO

Definição: é o início dos sinais de trabalho (contratilidade uterina e modificações cervicais) de parto entre 22 e 37 semanas.

Causas:

- | | |
|----------------------------|---|
| - DHEG | - Anomalias uterinas |
| - Doença renal | - Retenção do D.I.U (dispositivo intra-uterino) |
| - Doenças cardiovasculares | - Desnutrição |
| - Abuso de medicações | |



Sintomatologia:

- Dilatação cervical
- Contrações uterinas
- Ruptura das membranas
- Dor em baixo ventre

Cuidados de enfermagem

1. Monitorizar as contrações uterinas.
2. Manter a parturiente em repouso com a cabeceira elevada.
3. Instalar via endovenosa.
4. Administrar medicamentos conforme prescrição.
5. Controlar rigorosamente sinais vitais.
6. Preparar paciente para exames.
7. Preparar paciente de acordo com tipo de parto.
8. Manter a paciente informada a respeito das condições do feto para reduzir a ansiedade e a percepção dolorosa.

GESTAÇÃO PROLONGADA

Conceito: também referida como pós-datismo, cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas. Quando ultrapassa as 42 semanas é chamada de gestação pós-termo.

A gestante deverá ser encaminhada com 41 semanas de gestação para indução do parto ou parto.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO

Definição: compreende o período em que se conclui o 3º período do parto (dequitação) até 6 semanas após o parto.

Cuidados de enfermagem

1. Avaliar os dados relativos ao parto, incluindo:
 - a) Sinais vitais.
 - b) História médica e obstétrica.
 - c) Tipo sanguíneo e fator RH.
 - d) Idade materna, número de partos.
 - e) Evolução do trabalho de parto e do nascimento.
 - f) Anestesia, infusão de líquidos.
 - g) Hora e condições do nascimento.
 - h) Avaliação física do abdome e trato genito-urinário.



2. Verificar sinais vitais a cada:

- a) 15 minutos na primeira hora.
- b) 30 minutos na segunda hora.
- c) 60 minutos até a quarta hora.
- d) Depois, de 4/4 horas.

3. Exame físico do útero:

- a) Observar tônus, posição e involução uterina.

4. Avaliar a secreção vaginal (loquiação):

- a) Volume.
- b) Consistência.
- c) Odor.

5. Examinar condições da episiorrafia para detectar edema, secreções, bordas alteradas, dor, pois essas alterações podem sugerir infecção.

6. Realizar controle hídrico e atentar-se para a primeira micção espontânea após o parto. Distensão vesical é uma complicação comum.

7. Examinar as mamas quanto ao tamanho, temperatura, hipersensibilidade, secreções e fissuras.

8. Examinar panturrilhas quanto a cor, circunferência, temperatura, pulsação, dor, parestesias e paresias, pois pode ocorrer disfunções tromboembólicas.

9. Auxiliar na interação mãe-filho incentivando o cuidado do bebê e a amamentação que aumenta a produção de ocitocina favorecendo as contrações uterinas.

10. Avaliar a dor e administrar analgésicos cpm.

11. Orientar a puérpera a lavar as mãos antes de amamentar ou manipular a episiorrafia que deve ser mantida limpa e seca.

LÓQUIOS

Os lóquios são corrimentos vaginais que surgem depois o parto mudam de aspecto, e diminuem no decorrer do puerpério. O aspecto e o caráter deles pode indicar se um puerpério vai bem ou não.

Existem 4 tipos de lóquios:

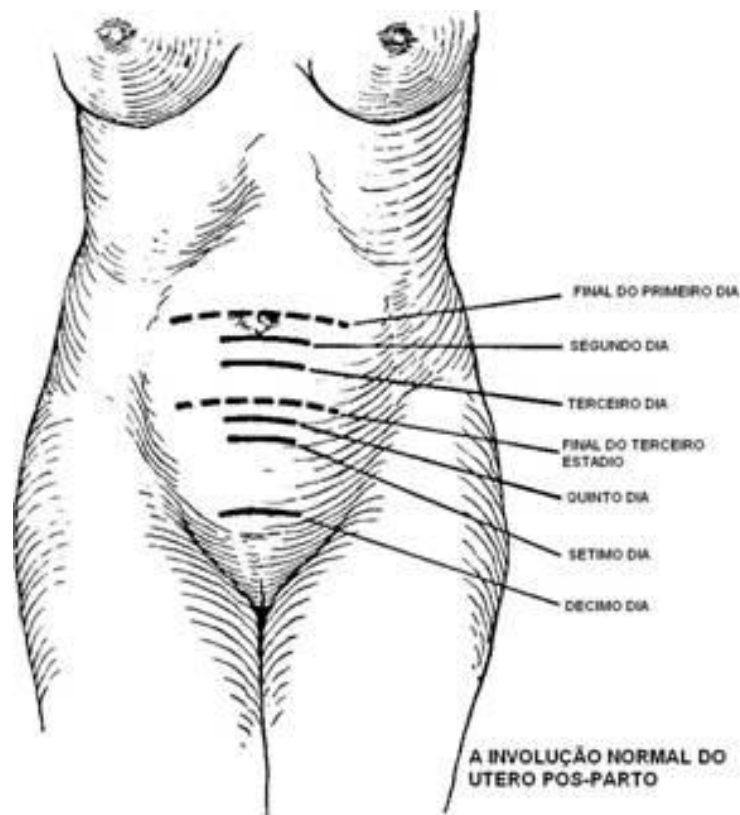
Lóquio vermelho (lochia rubra) – primeiros 3 dias pós-parto.

Lóquio serosanguinolento (lochia fusca) – 3º ao 10º dia pós-parto.

Lóquio amarelo (lochia flava) – após 10 dias pós-parto.

Lóquio alvos (lochia Alba – loquiação branca) – a partir do 21º dia pós-parto.

INVOLUÇÃO UTERINA





ALTERAÇÕES EMOCIONAIS DO PUERPÉRIO

Depressão pós-parto: apresenta-se em 10 a 15% das puérperas e os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, sentimento de culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê.

Psicose puerperal: ocorre entre 1,1 e 4 para cada 1.000 nascimentos. Os sintomas surgem em 2 ou até 3 semanas pós-parto. Os sintomas incluem: quadro alucinatório delirante, grave e agudo, delírios que envolvem seus filhos, estado confusional, comportamento desorganizado. Há risco para própria mulher e para o bebê e é necessário que se proceda a encaminhamento para especialista em saúde mental.

ALTERAÇÕES DO PUERPÉRIO

Alterações da mama:

1. Fissuras: caracteriza-se por rachaduras no mamilo causadas pela “pega incorreta”.

Sinais e sintomas: dor e sangramento.

Cuidados de enfermagem:

1. Orientar pega correta.
2. Orientar a puérpera à lubrificar os mamilos com colostro antes das mamadas.
3. Orientar quanto a higienização das mamas antes e após as mamadas.
4. Orientar o banho de sol.

2. Ingurgitamento mamário: caracteriza-se pelo aumento e enrijecimento das mamas devido ao acúmulo de leite.

Sinais e sintomas: mamas edemaciadas, quentes, brilhantes, rígidas e dolorosas.

Cuidados de enfermagem:

1. Orientar a ordenha manual.
2. Orientar a amamentação correta.
3. Orientar o uso correto do sutiã.
4. Incentivar o banho de sol.



3. Mastite: inflamação das mamas causadas por microorganismos.

Sinais e sintomas: edema local, mamas quentes e brilhantes.

Cuidados de enfermagem:

1. Administrar ATB, analgésico e antitérmico cpm.
2. Mensurar SSVV.
3. Avaliar dor.
4. Orientar amamentação correta.
5. Examinar as condições da episiorrafia para detectar edema, secreções, bordas alteradas e coloração.
6. Examinar as mamas quanto ao tamanho, temperatura, hipersensibilidade, secreções e fissuras.
7. Administrar analgésico cpm.
8. Orientar a troca freqüente de absorventes para evitar colonização de microorganismos.
9. Aplicar bolsa de gelo, se o períneo apresentar edema.