



## HANDS ON FEBRASGO EM EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

### NOME DOS CENÁRIOS

- Dia 23/06/23 (sexta-feira), 13:00: Assistência ao parto vaginal com estado fetal não tranquilizador associado a distocia de ombro.
- Dia 23/06/23 (sexta-feira), 15:30: Hemorragia pós-parto.

### OBJETIVOS

PRIMÁRIOS	SECUNDÁRIOS
Realizar exame obstétrico.	Identificar as fases do trabalho de parto.
Realizar assistência ao período expulsivo com monitorização adequada da vitalidade fetal.	Realizar e interpretar a cardiocografia intraparto.
Realizar diagnóstico do estado fetal não tranquilizador.	Demonstrar conhecimento das indicações e contraindicações do parto vaginal operatório (fórcipe e vácuoextrator).
Demonstrar conhecimento da pelve óssea materna, da anatomia do assoalho pélvico e das condições de praticabilidade para o parto vaginal operatório.	Pelvimetria interna clínica e identificação dos planos de De Lee.
Aplicação do fórcipe de Simpson ou de Kielland em occipito esquerda anterior.	Introdução dos ramos, aplicação das colheres, avaliação da segurança da pega, rotação e tração, avaliação da necessidade + realização da episiotomia médio-lateral, deflexão do polo cefálico, remoção dos ramos do fórcipe.



Diagnóstico da distocia de ombro.	Reconhecer o sinal da “tartaruga”.
Realizar as manobras de primeira instância utilizadas no tratamento da distocia de ombro indicadas para a posição materna de litotomia.	Realizar as manobras de McRoberts e Rubin I. Se necessário, realizar as manobras de Jacquemier, Shrug, Menticoglou, Rubin II, Rubin II + Woods (parafuso invertido), Woods reversa, e de Gaskin / “largada de corrida”.
Discutir as manobras de última instância utilizadas no tratamento da distocia de ombro.	Discutir a manobra de Zavanelli, o desprendimento do ombro posterior com auxílio de uma tipoia e a histerotomia de resgate.
Diagnosticar hemorragia pós-parto.	Conhecer causas de hemorragia pós-parto (mnemônico os 4 Ts).
Quantificar a perda sanguínea.	Realizar estimativa de perda sanguínea por meio da pesagem de compressas.
Realizar compressão uterina bimanual.	Realizar as manobras de Hamilton ou de Chantrapitak.
Realizar a abordagem inicial da hemorragia pós-parto.	Elevar membros inferiores e providenciar aquecimento da paciente. Realizar oxigenioterapia com máscara. Solicitar obtenção de dois acessos venosos calibrosos. Solicitar exames laboratoriais (hemograma, coagulograma, prova cruzada, fibrinogênio, ionograma). Realizar o teste do coágulo. Providenciar drenagem vesical contínua e aquecimento corporal da paciente. Prescrever reposição volêmica inicial e o tratamento farmacológico. Realizar a revisão do canal de parto.



Avaliar a estabilidade hemodinâmica da paciente.	Providenciar monitorização contínua. Calcular e interpretar o índice de choque.
Realizar o tratamento medicamentoso da hemorragia pós-parto.	Prescrever terapia medicamentosa com doses corretas de ocitocina, ácido tranexâmico, metilergometrina e misoprostol.
Realizar o tratamento invasivo não cirúrgico da hemorragia pós-parto.	Inserir balão intrauterino (Bakri ou BTCath) na cavidade uterina, utilizando valvas vaginais e pinças Foerster. Demonstrar a manufatura dos balões intrauterinos artesanais, utilizando sondas de Foley, sondas nasogástricas e preservativos ou luvas cirúrgicas.

### MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA OS CENÁRIOS

MATERIAL	QUANTIDADE
Manequim de alta fidelidade	1 Lucina
Máscara O2	1
Seringa 10 MI	3
Seringa 60 mL	2
Jelco 14 ou 16	2
Drogas ABD	3
Luvas estéreis e de procedimento (pares)	10
Detector fetal portátil – Sonnar	1
Cardiotocógrafo	1
Esfigmomanômetro	1



Estetoscópio	1
Bandeja de parto (2 pinças Foerster, 1 pinça Cherron, 2 valvas vaginais, 1 porta agulha, 1 pinça anatômica, 1 tesoura)	2
Fórcipe de Simpson 30 cm	1
Fórcipe de Simpson 35 cm	1
Fórcipe de Kielland	1
Vácuo extrator Kiwi Omni Cup	1
Cureta pós-parto	1
Sondas vesical de Foley	3
Sonda vesical de alívio	2
Coletor de urina	3
Sondas nasogástricas	4
Látex	1
Esparadrapo	1 rolo
Fios cirúrgicos poligalactina 2.0	10
Campos cirúrgicos	5
Pacote de compressas	10
Pacote de gaze	10
Ringer lactato	6
Soro fisiológico a 0,9%	6
Ácido tranexâmico 250 mg	4 ampolas
Ocitocina 5 unidades	10 ampolas

## Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

**PRESIDÊNCIA:** CNPJ: 34.102.657/0002-62 – Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 3421 – Sala 903 · São Paulo, SP – Brasil · CEP 01401-001

**SECRETARIA EXECUTIVA:** CNPJ: 34.102.657/0001-81 – Av. das Américas, 8445 – Sala 711 · Rio de Janeiro, RJ – Brasil · CEP 22793-081



Carbetocina 100 µg	1 ampola
Metilergometrina 0,2 mg	2 ampolas
Misoprostol 200 mcg	5 comprimidos

### **PARTICIPANTES**

<b>FUNÇÃO</b>	<b>NÚMERO</b>
Médicos Ginecologista e Obstetra	2
Médico anestesista	1
Enfermeira obstetra	1
Técnicos de enfermagem	2

## **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**

**PRESIDÊNCIA:** CNPJ: 34.102.657/0002-62 – Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 3421 – Sala 903 • São Paulo, SP – Brasil • CEP 01401-001

**SECRETARIA EXECUTIVA:** CNPJ: 34.102.657/0001-81 – Av. das Américas, 8445 – Sala 711 • Rio de Janeiro, RJ – Brasil • CEP 22793-081



## **CENÁRIO 1 - DIA 23/06/23 (Sexta-feira, 13:00)**

### **BRIEFING DOS PARTICIPANTES**

**Identificação:** C.M.A.S, sexo feminino, 31 anos, solteira, natural e residente de Belo Horizonte - MG.

**Queixa principal:** Dor em baixo ventre.

**H.M.A:** Parturiente com idade gestacional de 40 semanas e 3 dias (por DUM e US de primeiro trimestre), na sua primeira gestação, foi admitida em trabalho de parto, com 6 cm de dilatação, bolsa amniótica íntegra e polo cefálico no plano 0 de De Lee. Pré-natal sem intercorrências, índice de massa corpórea de 33,1 na última consulta, todos os exames de rotina normais. O peso fetal estimado em ultrassonografia realizada com 38 semanas era de 3650 gramas. Após quatro horas de internação foi submetida a analgesia com instalação de cateter epidural, estando o colo uterino com dilatação de 8 cm, a pressão arterial de 120 X 80 mmHg, a frequência cardíaca materna de 88 bpm e a fetal de 144 bpm. Após seis horas da internação foi confirmada amniorrexe espontânea, com líquido amniótico claro e dilatação completa do colo uterino. O polo cefálico fetal ocupando o plano + 3 de De Lee, em variedade de posição occipito esquerda anterior, com 35° de rotação. Neste momento (em que se inicia este cenário), é detectada frequência cardíaca fetal de 88 bpm após uma contração uterina. A dinâmica uterina apresenta cinco contrações em 10', todas com duração entre 45 e 60". Foi instalada cardiocografia intraparto, que registrou (em 15 minutos de exame) variabilidade ondulatória da frequência cardíaca fetal e repetidas desacelerações variáveis, com quedas atingindo menos de 90 batimentos por minuto e presença do sinal do W em duas desacelerações.

### **1 - Conduta esperada:**

Infusão de nova dose de anestésico pelo cateter epidural, indicação e realização do parto vaginal operatório com fórcepe (com fórcepe de Simpson ou Kielland). Possibilidade de realização de episiotomia médio lateral direita.

### **Sequenciamento da simulação:**

## **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**



Após deflexão do polo cefálico foi observado o sinal da tartaruga e não houve delivramento do ombro anterior após realização da manobra cabeça-ombro.

## 2 - Conduta esperada:

Realização tecnicamente correta de alguma manobra de delivramento do ombro impactado (mnemônico ALLERTA). A sequência de tentativas ideal seria: manobras de McRoberts + Rubin I OU manobras de desprendimento do ombro posterior (Jacquemier, Shrug) OU manobras de Rubin II + Parafuso invertido + Woods reversa OU Gaskin / Posição de “largada de corrida”).

## PROGRAMAÇÃO INICIAL NO SIMULADOR

Trabalho de parto em período expulsivo

Polo cefálico no plano + 3 de De Lee, em OEA (35 graus)

Frequência cardíaca fetal: 88 bpm

Registro da CTG: 5 contrações uterinas em 10 minutos, durando entre 45 e 60”, variabilidade ondulatória da frequência cardíaca fetal, presença de desacelerações variáveis, 2 sinais do W.

Pressão arterial materna: 120 X 80 mmHg

Frequência cardíaca materna: 88 bpm

## PROGRAMAÇÃO INTERMEDIÁRIA NO SIMULADOR

Manutenção da distocia do ombro anterior até a execução tecnicamente correta de alguma manobra de delivramento (McRoberts + Rubin I OU desprendimento do ombro posterior OU Rubin II + Parafuso invertido + Woods reversa OU Gaskin / Posição de “largada de corrida”).



## OBJETIVOS DO *DEBRIEFING*

- 1 - Discutir as indicações e contraindicações do parto vaginal operatório. Rever a técnica de aplicação do fórcepe rotatório.
- 2 - Discutir o diagnóstico e o tratamento da distocia de ombro. Rever as manobras de primeira instância e as manobras de resgate.

## CENÁRIO 2 - DIA 23/06/23 (Sexta-feira, 15:30)

### *BRIEFING* DOS PARTICIPANTES

**Identificação:** C.M.A.S, sexo feminino, 31 anos, solteira, natural e residente de Belo Horizonte - MG.

**Queixa principal:** Dor em baixo ventre.

**H.M.A:** Parturiente com idade gestacional de 40 semanas e 3 dias (por DUM e US de primeiro trimestre), na sua primeira gestação, foi admitida em trabalho de parto, com 6 cm de dilatação, bolsa amniótica íntegra e polo cefálico no plano 0 de De Lee. Pré-natal sem intercorrências, índice de massa corpórea de 33,1 na última consulta, todos os exames de rotina normais. O peso fetal estimado em ultrassonografia realizada com 38 semanas era de 3650 gramas. Após quatro horas de internação foi submetida a analgesia com instalação de cateter epidural, estando o colo uterino com dilatação de 8 cm, a pressão arterial de 120 X 80 mmHg, a frequência cardíaca materna de 88 bpm e a fetal de 144 bpm. Após seis horas da internação foi confirmada amniorrexe espontânea, com líquido amniótico claro e dilatação completa do colo uterino. O polo cefálico fetal ocupando o plano + 3 de De Lee, em variedade de posição occipito esquerda anterior, com 35° de rotação. Neste momento (em que se inicia este cenário), é detectada frequência cardíaca fetal de 88 bpm após uma contração uterina. A dinâmica uterina apresenta cinco contrações em 10', todas com duração entre 45 e 60". Foi instalada cardiocografia intraparto, que registrou (em 15 minutos de exame) variabilidade ondulatória da frequência cardíaca fetal e repetidas desacelerações variáveis, com quedas atingindo menos de 90 batimentos por minuto e presença do sinal do W em duas desacelerações. Após infusão de nova dose de anestésico pelo cateter epidural, foi indicado e realizado parto vaginal operatório com fórcepe (Simpson ou Kielland). Durante o procedimento foi realizada episiotomia médio lateral direita. O recém-nato, do sexo masculino, recebeu índice de Apgar de 5 no 1º minuto, foi reanimado



pela equipe de Neonatologia, e obteve índice de Apgar de 8 no 5º minuto. Pesou 3835 gramas. A dequitação foi espontânea e completa. Foi administrado uterotônico profilático, a revisão do canal do parto não evidenciou outras lacerações e a episiorrafia foi realizada com fio cirúrgico de absorção rápida. Ao final da episiorrafia, a paciente apresenta sangramento uterino aumentado, evidenciado pela inspeção da vulva. A palpação abdominal revela útero em atonia, acima da cicatriz umbilical materna.

### 1 - Conduta esperada:

Realização correta da abordagem inicial e do tratamento não invasivo da hemorragia pós-parto. Realização de compressão uterina bimanual (manobras de Hamilton ou de Chantrapitak). Revisão do mnemônico os 4Ts. Aferições da pressão arterial e da frequência cardíaca e cálculo do índice de choque. Interpretação correta dos valores do índice de choque correspondentes a choque leve, moderado e grave e sua correlação com a perda sanguínea estimada (IC entre 1,0 e 1,3 = choque leve, perda entre 1.000 e 1.500 mL; IC entre 1,4 e 1,7 = choque moderado, perda entre 1500 e 2000 mL; IC > 1,7 = choque grave, perda > 2.000 mL). Obtenção de acessos venosos periféricos com jelco 14 ou 16. Coleta de exames laboratoriais (tipagem sanguínea, prova cruzada, hemograma, coagulograma e ionograma) e a realização do teste do coágulo. Prescrição da terapia medicamentosa inicial e da expansão volêmica (cristaloides; ocitocina venosa, 5 ui infusão lenta; SF0,9% administrado para reanimação volêmica; ácido tranexâmico - 1 g venoso, infusão em 10 minutos). Oxigenioterapia com máscara facial, em fluxo de 8 litros por minuto. Aquecimento da paciente com campos cirúrgicos ou colchão aquecedor. Realização da revisão do canal de parto, utilizando valvas vaginais e pinças de Foerster. Estimativa da perda sanguínea por meio da pesagem de compressas, utilizando a balança, as compressas secas e as compressas embebidas no líquido utilizado para simular sangue. Prescrição do restante da terapia medicamentosa da hemorragia pós-parto (ocitocina de manutenção: 20 a 40 ui a 250 mL/h; metilergometrina: 0,2 mg; misoprostol: 800 ou 1000 µg). Indicação e inserção correta do balão de tamponamento intrauterino com a manutenção da perda sanguínea após tratamento medicamentoso.

## Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia



## PROGRAMAÇÃO NO SIMULADOR

- Manutenção contínua da perda sanguínea vaginal, mesmo com a infusão progressiva e correta dos medicamentos (1 grama EV de ácido tranexâmico; 5 unidades EV lento de ocitocina + dose de manutenção EV de 20 a 40 unidades; 0,2 mg de metilergometrina; 800 a 1000 mcg de misoprostol), ressuscitação volêmica (soro fisiológico ou Ringer lactato) e compressão uterina bimanual.
- Manutenção de queda progressiva da pressão arterial sistólica e aumento progressivo da frequência cardíaca materna, objetivando atingir e manter o índice de choque ( $IC = FC / PAS$ ) entre 1,4 e 1,7, indicando a necessidade de hemotransfusão. Ex: PA sistólica de 80 mmHg + FC de 130 bpm;  $IC = 130 / 80 = 1,6$ )
- Redução da hemorragia uterina mediante indicação e inserção correta do balão de tamponamento intrauterino.
- Caso não seja inserido o balão de tamponamento intrauterino, progredir o simulador para o choque grave, com índice de choque acima de 1,7, parada cardiorrespiratória materna e interrupção do cenário.

## OBJETIVOS DO DEBRIEFING

- 1 - Discutir o diagnóstico, o manejo inicial, o tratamento medicamentoso e o tratamento invasivo não cirúrgico da hemorragia pós-parto vaginal por atonia uterina. Discutir o traje antichoque. Discutir o balão de tamponamento intrauterino e a manufatura dos balões intrauterinos artesanais.