TEORIA E PRÁTICA
TRAUMA E EMERGÊNCIA
Edição 9

Capítulo 17

PARTO DE EMERGÊNCIA

JÉSSICA ARIANE DIAS SILVA[1]
JÚLIA TEIXEIRA CARVALHO MOTA[1]
LAURA CLARA BRETAS DE MATOS[1]
MARIA ISABEL MEIRA VALADARES[1]

1. *Discente – Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG). Belo Horizonte-MG.*

Palavras Chave: *Parto; Emergência; Cesariana.*

doi 10.59290/978-65-81549-96-1.17

INTRODUÇÃO

Os objetivos primordiais do parto de emergência consistem na segurança da mãe e do bebê. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, o termo urgência se refere a um agravamento do estado de saúde de forma inesperada, que pode estar ou não relacionado ao risco de morte, e o termo emergência diz respeito à comprovação médica do agravo à saúde que, necessariamente, implica em risco de morte. Dessa maneira, as emergências obstétricas apresentam uma ameaça de alto risco à saúde materna e fetal, necessitando, assim, de uma intervenção imediata por uma equipe profissional capacitada (BARBOZA *et al.,* 2019).

A fim de evitar a necessidade de partos de emergência, é de extrema importância que o pré-natal seja acompanhado minuciosamente, buscando uma relação médico-paciente de confiança, a fim de que a gestante busque o acompanhamento regular do pré-natal, especialmente nos pré-natais considerados de alto risco. Compreende-se que o período gestacional é um período de grande vulnerabilidade e, dessa forma, a preocupação com a saúde materna e fetal é imprescindível, visto que, no contexto de saúde pública, as complicações obstétricas são responsáveis pelo maior número de óbitos neonatais e infantis e que cerca de 95% dos óbitos maternos poderiam ter sido evitados se tivessem um acesso seguro, adequado e eficiente aos serviços de saúde na atenção primária (BRASIL, 2012; BARBOZA *et al.,* 2019; MARTINS & SILVA, 2018).

Dentre as causas mais comuns de morte materna, há predomínio das causas obstétricas diretas (74%) como, por exemplo, a eclâmpsia, hemorragias, infecção puerperal e aborto. A maioria desses óbitos é evitável mediante uma boa assistência no pré-natal no parto e no puerpério, além da valorização da queixa da paciente (FEBRASGO, 2000). As causas mais comuns que requerem parto de emergência serão tratadas a seguir neste capítulo.

O objetivo deste estudo é relatar as condições que requerem parto de emergência e o manejo adequado dos quadros clínicos a fim de evitar complicações.

MÉTODO

O presente estudo é constituído por uma revisão integrativa realizada no período de 15 de fevereiro de 2023 ao dia 21 de março de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed, SciELO e na Guia de emergências e urgências obstétricas do Ministério da saúde. Foram utilizados os descritores: parto, emergência, cesariana eletiva, cesariana não eletiva. Desta busca foram encontrados 473 artigos, posteriormente submetidos ao critério de seleção.

Os critérios de inclusão foram os artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2000 a 2023 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, meta-análise e Manuais disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 20 fontes bibliográficas, entre elas artigos e livros, que foram submetidas à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva ou, de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: complicações gestacionais que requerem parto de emergência, cesariana de emergência, tipos de anestesia mais indicados, intervenção cirúrgica, antibioticoprofilaxia e o período pós parto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores de risco, identificação das necessidades do parto e avaliação inicial

As complicações obstétricas mais frequentes nas emergências, segundo o Ministério da Saúde, são as síndromes hemorrágicas, eclâmpsia em gestantes hipertensas e pré-eclâmpsia, hemorragia anteparto, prolapso de cordão, colapso materno, necessidade de ressuscitação neonatal avançada e óbito fetal (BARBOZA *et al.*, 2019).

Crise hipertensiva aguda

Define-se como crise hipertensiva níveis pressóricos sistólicos iguais ou acima de 150-160 mmHg ou diastólicos 100-110 mmHg. A emergência hipertensiva com presença de sintomatologia clínica é de extremo risco à saúde da mulher grávida, uma vez que leva ao comprometimento de funções vitais importantes como, por exemplo, a insuficiência cardíaca congestiva, a encefalopatia hipertensiva e a hemorragia intracraniana. A conduta mediante à crise hipertensiva inclui, como medicamento de 1ª escolha, o cloridrato de hidralazina, que é um vasodilatador periférico e tem ação relaxante direta sobre a musculatura lisa dos vasos, a fim de reduzir com rapidez a pressão arterial da gestante, porém de forma controlada (queda em torno de 20% do nível inicial, mantendo-se a pressão arterial diastólica entre 90 e 100 mmHg),a fim de não produzir redução do débito cardíaco e, consequentemente, possibilitar um quadro de insuficiência coronariana, renal, cerebral e uteroplacentária. Além disso, não produz efeitos colaterais para a mãe nem para o feto (FEBRASGO, 2000; POZZA *et al.*, 2016).

Pré-eclâmpsia e eclâmpsia

São causas frequentes de mortalidade materna. Pré-eclâmpsia é uma doença sistêmica, caracterizada por disfunção do epitélio materno, que ocorre de maneira difusa. Manifesta-se com o agravamento da hipertensão com pressão arterial (PA) ≥140/90 mmHg e proteinúria recente inexplicada (>300 mg/24 horas ou razão proteína/creatinina urinária ≥0,3) e/ou sinais de lesão de órgão-alvo após 20 semanas de gestação. Eclâmpsia é a ocorrência de convulsões generalizadas e inexplicadas em mulheres com pré-eclâmpsia e se apresenta clinicamente por cefaleia intensa, distúrbios visuais, confusão mental, hiperreflexia, dor abdominal no epigástrico, náuseas e vômitos (Síndrome Hellp) (FEBRASGO, 2000; POZZA *et al.*, 2016).

A terapêutica propõe a manutenção hemodinâmica da gestante como manter vias aéreas abertas para reduzir o risco de aspiração e manter o decúbito elevado, com a cabeça lateralizada, para dificultar engasgos e facilitar a remoção de secreções, além de introduzir oxigenação. Ainda, orienta-se a sondagem vesical de demora para monitorização da diurese e punção venosa em veia calibrosa. A paciente deverá receber como terapia anti-hipertensiva com Hidralazina e como terapia anticonvulsivante deverá receber o sulfato de magnésio para interromper a convulsão em andamento e, principalmente, evitar e prevenir a aparição de uma nova crise (FEBRASGO, 2000).

A gravidez precisa ser interrompida, preferencialmente, por parto vaginal, se houver possibilidade (paciente clinicamente estável, sem complicações e feto com boa vitalidade), mas somente após a recuperação do sensório da gestante, cerca de 4 a 6 horas após a última convulsão. A Cesárea deve ser o método de escolha somente nos casos de hematoma subcapsular hepático, sinais de choque, sofrimento fetal agudo (excluir bradicardia transitória pós-convulsão), suspeita ou confirmação de sangra-

mento no sistema nervoso central e presença de outras contraindicações ao parto vaginal (FEBRASGO, 2000).

A Síndrome HELLP é uma das formas clínicas da pré-eclâmpsia grave, sendo causa frequente de mortalidade materna. O termo Hellp significa resultados encontrados no sangue com hemólise, elevados níveis de enzimas hepáticas e uma baixa contagem de plaquetas. A conduta nas pacientes com Síndrome HELLP visa evitar a morte materna e consiste na interrupção da gestação. Todas as pacientes com suspeita de HELPP devem ter uma avaliação hepática por ultrassonografia ou tomografia computadorizada, com o objetivo de excluir a presença de um hematoma hepático. Havendo hematoma, o parto vaginal está contraindicado e uma cesariana deverá ser realizada em um hospital com condições de transfusão de sangue e derivados, bem como condições para cirurgia hepática (FEBRASGO, 2000).

Descolamento prematuro de placenta (DPP) e coagulação intravascular disseminada (CID)

O descolamento prematuro da placenta é definido como a separação abrupta da placenta, ocorrendo em gestação acima de 22 semanas. É uma patologia que ocorre entre 0,4 a 1,5% das gestações. As manifestações clínicas consistem em palidez cutânea e mucosa, hipotensão e queda do débito urinário. Nas formas mais graves, o quadro clínico soma-se com dor e sensibilidade uterinas, a frequência cardíaca fetal geralmente indica anormalidades variadas como, por exemplo, desacelerações transitórias, desacelerações tardias, bradicardia, taquicardia e perda de variabilidade, e sangramento vaginal, desencadeando um quadro de choque, coagulopatia e alta mortalidade fetal (FEBRASGO, 2000).

A conduta básica compreende medidas hemodinâmicas de suporte agressivas e parto imediato. Deve ser feito um acesso venoso para infusão de volume e, em casos mais graves, para medida da Pressão Venosa Central, além da infusão de volume para a de manutenção do volume circulante em níveis vitais, cateterização vesical de demora para medir o fluxo urinário que propicia uma avaliação indireta da volemia circulante e do fluxo renal e monitorização cardíaca contínua e registro dos sinais vitais. A cesariana imediata deve ser realizada se houver descolamento prematuro da placenta e a instabilidade materna e fetal estiver ameaçada ou se a gestação for a termo e a mãe ou o bebê tiverem risco de mortalidade (FEBRASGO, 2000).

No feto vivo o parto deve ocorrer pela via mais rápida. A amniotomia deve ser realizada para diminuir a área de sangramento e prevenir a passagem de tromboplastina tecidual à circulação materna. Caso o feto vivo esteja fora do período expulsivo, deve ser realizada a cesariana imediatamente. No entanto, no feto morto, também deve-se realizar a amniotomia e observar se a condição materna permite a realização do procedimento e, se caso a evolução do trabalho de parto ocorrer de forma rápida, pode-se aguardar entre 4 a 6 horas para parto via vaginal. Quando ocorre o óbito fetal significa que existe maior chance de complicações, devido a maior área ou maior tempo de deslocamento da placenta. A ocitocina pode ser administrada para acelerar e melhorar a evolução do trabalho de parto (FEBRASGO, 2000).

Prolapso do cordão umbilical

O prolapso do cordão umbilical é definido como a projeção anormal do cordão umbilical através do colo do útero à frente da apresentação fetal. Dessa forma, ocorre a compressão do cordão umbilical pelo feto durante o trabalho de parto, causando hipoxemia fetal. Deve ser manejado como uma emergência obstétrica com

elevado risco de mortalidade e morbidade perinatal, devido ao comprometimento da oxigenação do feto pela compressão da veia umbilical e devido ao vasoespasmo da artéria uterina. Segundo a literatura, a incidência global deste acometimento varia entre 0,1% e 0,6%, sendo que a mortalidade perinatal relacionada a essa condição é cerca de 36 a 162 por 1000 partos (MATELLO *et al.,* 2022).

O prolapso do cordão umbilical pode ser oculto ou evidente. O oculto ocorre quando está ao lado da apresentação em que, muitas vezes, o cordão é comprimido por um ombro ou pela cabeça. O evidente é quando está além da apresentação, projetando-se da vagina e ocorre com a ruptura das membranas amnióticas e com mais frequência nas apresentações pélvicas ou transversas (MATELLO *et al.,* 2022).

Como primeiro sinal apresentado no prolapso do cordão umbilical, tem-se as alterações cardíacas fetais, como a bradicardia fetal de início abrupto ou desacelerações, moderadas a graves, à cardiotocografia em pacientes previamente normais. Realizado o diagnóstico, a paciente deve ser encaminhada imediatamente para a cesárea. Por essa razão, é imprescindível realizar a ausculta do batimento cardíaco fetal regularmente. Menos comumente, o obstetra também pode visualizar ou palpar o cordão umbilical pulsante na vagina durante o exame de toque (MATELLO *et al.,* 2022).

O prolapso evidente pode ser mais facilmente diagnosticado, entretanto a maioria dos casos de prolapso oculto não são reconhecidos e terminam em uma cesárea devido à uma bradicardia fetal inexplicada. Os resultados neonatais, nos casos com prolapso de cordão, são bons se a paciente estiver em um ambiente hospitalar e o parto for realizado dentro dos primeiros trinta minutos do evento (MATELLO *et al.,* 2022).

Rotura uterina

É o colapso total ou parcial da parede uterina, que pode ocorrer após 28ª semana gestacional. As causas mais frequentes dessa patologia são a hipercontratilidade uterina em pacientes com cirurgias uterinas anteriores, como linhas de cicatrizes em mulheres que já tiveram cesarianas, traumas externos e outros procedimentos cirúrgicos uterinos (FEBRASGO, 2000).

As manifestações clínicas da ruptura uterina incluem contrações intensas e muito dolorosas, bradicardia fetal, desacelerações variáveis, evidência de hipovolemia e perda da posição fetal (detectada durante o exame cervical). A conduta baseia-se em tratamento cirúrgico, deve ser realizada a laparotomia imediata com cesariana e, se necessário, histerectomia, podendo a paciente necessitar de suporte vital (FEBRASGO, 2000).

Parada cardiorrespiratória (PCR)

As causas mais comuns de parada cardiorrespiratória em gestantes são devido a acidente anestésico, embolia pulmonar, insuficiência respiratória aguda e acidente vascular encefálico. Nessa situação, a conduta inicial é enviar oxigênio para os pulmões e órgãos vitais por meio de massagem cardíaca externa, reverter parada cardíaca que possibilita o movimento do fluxo sanguíneo, além de cardioversão elétrica, uso de drogas, como adrenalina e noradrenalina e monitorização (FEBRASGO, 2000).

A **Tabela 17.1** mostra os efeitos da parada cardiorrespiratória na gestante de acordo com o tempo de ressuscitação.

Tabela 17.1 PCR em gestantes

PCR até 4 min.	chance boa com ressuscitação imediata.
PCR entre 4 a 6 min.	possível lesão cerebral.
PCR maior que 6 min.	lesão cerebral quase sempre irreversível.

Os efeitos da ressuscitação na gestação costumam ser um pouco diferentes do habitual, já que a PCR em consoante às alterações fisiológicas da gestação, em que as pacientes gestantes possuem tendência maior à hipóxia, dificultam o processo de ressuscitação cardiopulmonar. Ademais, os mecanismos compensatórios diminuem o fluxo placentário, levando à acidose fetal (FEBRASGO, 2000). Ainda, devido às alterações causadas pela compressão aortocava pelo volume uterino aumentado, a massagem cardíaca não é tão efetiva na segunda metade da gestação. A modificação da sensibilidade da resposta da grávida às drogas e as mudanças do trato gastrointestinal também afetam a ressuscitação (FEBRASGO, 2000).

Dessa forma, deve-se ter alguns cuidados especiais de emergência nas gestantes para reverter a parada cardiorrespiratória, como posicionar o útero para o lado esquerdo, correção da acidose metabólica, ainda precisa-se obter e manter de forma mais rápida possível a via aérea livre da gestante, realizar o esvaziamento uterino em 5 min. se o feto for viável e continuar manobras de ressuscitação durante e após a cesárea de emergência. Temos como possíveis complicações da ressuscitação cardiopulmonar na gestação a ocorrência de fratura na costela, hemotórax e hemoperitônio, trauma em alguns órgãos devido ao movimento da massagem, como do fígado, falta de oxigenação para o feto, além de possível intoxicação pelas drogas utilizadas durante o procedimento. (FEBRASGO, 2000)

O momento da realização da cesárea após a morte materna é crítico para o feto. Pode haver lesão cerebral fetal com 6 min. de PCR, porém, deve-se continuar o procedimento até quando o feto for viável. O limite mínimo para sua indicação é de 4 min. de parada cardiorrespiratória (FEBRASGO, 2000).

Cesariana de emergência

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, pelo menos, 10% a 15% de todos os partos requerem cesariana, a maioria em caráter de emergência (RESCH *et al.*, 2022). É um procedimento cirúrgico de parto por meio da extração do feto após incisão do abdome (laparotomia) e do útero (histerotomia), sendo eficaz na gestão de complicações significativas da gravidez (TEBEU *et al.*, 2022). As indicações absolutas para cesariana programada (CP) incluem desproporção cefalopélvica, placenta prévia, localização e apresentação anormais. A cesariana de emergência (CE) é indicada quando ocorrem complicações obstétricas agudas que ameaçam a vida da mãe e/ou do feto, tais como hemorragia pré-parto, distocia do trabalho de parto, prolapso do cordão umbilical e sofrimento fetal definido como definido como depleção de oxigênio e acúmulo de dióxido de carbono, levando a um estado de 'hipóxia e acidose' durante a vida intrauterina (TUN *et al.*, 2022; GUAN *et al.*, 2020).

A CE não é como os pais planejam começar sua vida em família e pode ser muito estressante para a mãe e o parceiro, aumentando as taxas de transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão (NEDERGAARD *et al.*, 2022). De fato, a CE está associada ao aumento da morbimortalidade materna e do recém-nascido, em comparação com uma CP, incluindo hemorragia grave, complicações decorrentes da administração rápida de anestesia geral e lesões acidentais na mãe e no bebê (TUN *et al.*, 2022). Nesse contexto, o recém-nascido apresenta maior risco de internação em unidade de neonatologia, asfixia neonatal, parto prematuro e morte perinatal (TEBEU *et al.*, 2022). Ademais, o planejamento de recursos para uma CE é mais difícil em comparação com CP, resultando em taxas de infecção mais elevadas (TUN *et al.*, 2022).

A decisão pela realização da CE requer

consciência e avaliação rápida do risco. Reconhecer uma situação aguda que pode ser potencialmente fatal é considerado uma das tarefas mais desafiadoras em obstetrícia. Considera-se que idade materna ≥30 anos, IMC ≥20,5 antes da gravidez, IMC ≥28 no momento do parto, distúrbios hipertensivos, nuliparidade, alterações no líquido amniótico e no cordão, peso neonatal ≥3550 g e indução do trabalho de parto são fatores associados a um alto risco de CE. Já as pacientes multíparas com história de parto vaginal anterior têm menor risco (TUN *et al.*, 2022; GUAN *et al.*, 2020).

Devido ao risco vital imediato para a mãe e/ou para o feto, o tempo entre a decisão pela cesariana e o parto é de grande importância. O tempo de manejo do parto aceitável pelas organizações profissionais varia de 20 a 30 min. O atraso prolongado aumenta consideravelmente as complicações maternas e neonatais. Nesse contexto, faz-se necessário um número suficiente de pessoas qualificadas, treinamento regular em procedimentos de emergência, disponibilidade de blocos cirúrgicos e suprimentos, bem como transporte rápido e seguro de pacientes entre a sala de admissão e o departamento de obstetrícia. Dessa forma, o melhor conhecimento sobre os determinantes do atraso nos casos de CE pode ajudar a melhorar a qualidade da assistência e, assim, garantir o bem-estar da mãe e do recém-nascido (TEBEU *et al.*, 2022).

Antibioticoprofilaxia

A realização de antibioticoprofilaxia é uma medida reservada a pacientes submetidos a procedimentos em que existam riscos significativos de infecção, e tem por objetivo mitigar e prevenir a contaminação por agentes bacterianos durante a intervenção cirúrgica. Considerando a execução do parto-cesárea um notável fator de risco para o desenvolvimento de complicações relacionadas a infecções, como, por exemplo, a endometrite durante o pós-parto, a profilaxia antibiótica é um elemento importante que influencia no prognóstico de pacientes submetidas a esta cirurgia (TYNER & RAYBURN, 2013). A prática deste manejo profilático consiste na administração de antibióticos em uma janela de tempo delimitada, preferencialmente, 60 minutos antes da intervenção, como forma de garantir que o medicamento atinja seu pico de efeito durante a cirurgia. Em casos de cesáreas de emergência em que não seja possível a realização da profilaxia antecipada, esta deve ser feita o mais rápido possível após a incisão (COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS, 2018).

A antibioticoprofilaxia é recomendada igualmente para cesáreas eletivas e de urgência. Em uma revisão da Cochrane acerca do uso profilático de antibióticos para a prevenção de infecções após o parto cesárea, foi constatado, após análise de 95 estudos clínicos randomizados, que o uso da profilaxia reduziu de forma significativa a incidência de quadros infecciosos no puerpério, como infecções da ferida de incisão, endometrite e infecções maternas no geral. Neste compilado, foram analisados conjuntamente estudos envolvendo cesarianas eletivas e não eletivas, encontrando benefício em ambos os casos (SMALL & GRIVELL, 2014).

No que se refere ao regime de profilaxia, a diferenciação do tipo de medicamento quanto ao tipo de cesariana, eletiva ou não eletiva, não há uma definição específica. Os antibióticos pertencentes à classe dos beta lactâmicos são amplamente utilizados para este manejo, com destaque para as cefalosporinas de primeira geração (cefalotina e cefazolina), e a administração é preferencialmente padronizada para uma dose única intravenosa tanto em procedimentos programados ou de emergência (COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS, 2018). Existem, ainda, análises sobre a possível eficácia da adição de azitromicina à profilaxia

habitual em pacientes submetidos a cesáreas não eletivas, devido a evidência em estudo de maior redução do risco de infecção em comparação ao uso apenas do antibiótico cefalosporina (TITA *et al.*, 2016).

Anestesia

A escolha da forma administração de anestesia em cesarianas de emergência está sujeita à janela de tempo disponível para o parto, sendo que, quanto menor este tempo, maior a indicação para realização da indução da anestesia geral por sequência rápida. Sendo assim, esta é a abordagem preferencial quando o tempo de intervenção é estreito para a realização do procedimento, que deve ocorrer idealmente em 30 minutos em casos de emergências que impõem risco iminente para a vida da mãe ou do feto como a ruptura uterina e o prolapso de cordão (DONGARE & NATARAJ, 2018).

A vantagem desta técnica é o estabelecimento rápido de melhores níveis de oxigenação no feto pós-parto, no entanto ela exige a vigilância de possíveis agravos, principalmente relacionados às vias aéreas e sangramentos intra operatórios (RUEDA FUENTES *et al.*, 2012).

Dentre as potenciais complicações da anestesia geral, se destacam a falha na intubação, aspiração pulmonar materna do conteúdo gástrico, atonia uterina, hemorragia intraoperatória e depressão neonatal (TYNER & RAYBURN, 2013). A inclusão de procedimentos como pré-oxigenação e pressão cricoide são benéficos para a redução do risco de aspiração, assim como o uso de vasopressores no manejo de uma possível hipotensão (RUEDA FUENTES *et al.*, 2012).

Intervenção cirúrgica

A instrumentação cirúrgica completa é necessária para que o procedimento seja realizado corretamente. Cada operador ou instituição possui suas preferências quanto à escolha dos instrumentos, portanto pode haver variabilidade quanto à utilização dos instrumentos cirúrgicos (CLIPPELE, 2020).

Quanto às técnicas cirúrgicas a serem utilizadas, há necessidade de avaliação do médico obstetra sobre qual técnica seria a melhor opção para o quadro de emergência em questão. Quanto à abertura da parede abdominal, a técnica de Misgav-Ladach é considerada padrão ouro para a incisão e acesso ao segmento anterior do útero, uma vez que está associada a uma diminuição do tempo cirúrgico, ao estabelecimento do trânsito intestinal de maneira mais rápida e à menor necessidade de medicação pós-operatória. Ela é indicada em casos em que não há complicações antecipadas e sem história de laparotomia anterior. Essa técnica consiste na abertura da pele através do método de Joel-Cohen (predispõe a um menor número de complicações), na sutura uterina em camada única e o não encerramento do peritônio. No entanto, dentre as suas desvantagens se encontra o campo cirúrgico não tão bem exposto quando com uma incisão vertical na linha média e a extensão, se for necessária, se torna mais difícil (CLIPPELE, 2020; GOSSET *et al.*, 2017).

Nos casos em que há histórico de incisão na linha média vertical ou nos casos de possíveis complicações durante a intervenção cirúrgica, e exemplo de ruptura uterina e infecção, a incisão mediana vertical é a técnica mais indicada. Dentre as suas vantagens, encontra-se uma melhor exposição e possibilidade de alargamento do campo cirúrgico caso surjam complicações. Contudo, há um aumento do risco de hérnia incisional, é mais propensa a infecções na ferida, é menos atraente esteticamente e apresenta maior dor pós operatória quando comparada à técnica de Misgav-Ladach. A incisão mediana vertical é contraindicada em casos de incisão anterior de Pfannestel (CLIPPELE, 2020).

A incisão de Pfannestel é indicada quando o profissional é treinado para exercer a técnica, quando existe uma incisão transversal de cirurgias anteriores e em casos de reparação da parede. É uma técnica que apresenta vantagens em relação ao tamanho, que é maior do que a incisão na linha média vertical, além de ser mais atraente esteticamente do que a incisão na linha média vertical. Quanto às suas desvantagens, tem-se um tempo de cirurgia mais longo, exposição limitada e hematomas de parede são mais frequentes. Essa técnica não é indicada em casos de extrema urgência, visto que demanda um tempo prolongado, e em casos de procedimentos complicados que envolvam apresentação fetal transversa, ruptura uterina, gravidez gemelar, útero fibromatoso, macrossomia, entre outros (CLIPPELE, 2020).

Pós parto

As pacientes submetidas a cesáreas de emergência são mais vulneráveis a complicações durante o puerpério. Em comparação às mulheres submetidas a procedimentos eletivos, a taxa de internações em unidades de tratamento intensivo no pós-parto é maior, exigindo a monitorização vigilante destas pacientes quanto a agravos como hemorragia e hipertensão (TYNER & RAYBURN, 2013).

Além das consequências físicas, estas pacientes estão sujeitas a possíveis danos psicológicos devido às circunstâncias do procedimento. A cesárea de emergência é um fator relevante para o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático como, por exemplo, ansiedade, flashbacks vívidos, pesadelos e pensamentos intrusivos em que o procedimento se torna o evento gatilho (BENTON *et al.*, 2019).

O estresse provocado pela cesariana de emergência também pode estar envolvido a uma resposta prolongada no organismo materno que incita maior propensão de falha na amamentação no primeiro dia após o nascimento. A lactogênese destas pacientes pode ser prejudicada pelo conjunto de fatores físicos, pela lesão provocada na incisão cirúrgica abdominal e pelos fatores psicológicos envolvidos com a sujeição a um procedimento de risco (HOBBS *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

A partir dos dados abordados por este estudo, conclui-se que as altas taxas de óbito materno e a necessidade de partos de emergência ocorrem, em grande parte, devido a um acompanhamento falho do pré-natal, caracterizando um problema de saúde pública que requer intervenção. As gestações consideradas de alto risco necessitam de acompanhamento médico minucioso, visto que há risco de vida para a mãe e para o feto. Além disso, o tempo de decisão em relação à cesariana de emergência é de grande importância e deve estar em um intervalo de tempo de 20 a 30 minutos, uma vez que o atraso prolongado aumenta as complicações maternas e neonatais. Nos casos em que a gestante apresenta uma parada cardiorrespiratória, é imprescindível ater-se ao tempo de ressuscitação, sendo que o tempo de intervenção através de uma cesárea de emergência de até 4 minutos é o que irá apresentar melhores chances de ressuscitação materna sem lesões cerebrais.

Para que o procedimento seja realizado da melhor forma possível, é necessário que os profissionais responsáveis por esse tipo de atendimento nos hospitais ou unidades de referência sejam constantemente treinados quanto aos procedimentos de emergência, rapidez e segurança do transporte até a sala de admissão. Em relação à técnica cirúrgica, a mais utilizada em casos de cesárea de emergência é a incisão de Joel-Cohen, uma vez que predispõe a um menor número de complicações.

Quanto à anestesia, tem-se que, quanto menor o tempo disponível para a intervenção cirúrgica, maior a indicação para o uso da anestesia geral por sequência rápida, mas é importante manter-se vigilante à monitorização da paciente. A antibioticoprofilaxia é necessária tanto em cesáreas eletivas quanto em cesáreas de emergência, visto que há evidências de redução da incidência de quadros infecciosos no puerpério. Quanto ao período pós parto, é de extrema importância o monitoramento de possíveis complicações e observar o estado emocional da paciente, dado que pode haver sintomas de estresse pós-traumático devido às circunstâncias do parto de emergência, que também devem ser tratados de forma interdisciplinar em busca do bem estar dessa paciente futuramente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOZA, E.M.O. *et al*. Urgência subjetiva em emergência obstétrica de alto risco: um estudo psicanalítico. Revista Subjetividades, v. 19, n. 3, 2019.

BENTON, M. *et al*. Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 19, n. 1, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2012). Gestação de alto risco: Manual técnico (5a ed.). Brasília, Brasil: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2023.

CLIPPELE C. Louvain cooperation. Cesariana em condições de recursos limitados. Bélgica, 2020.

COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS-OBSTETRICS (2018). ACOG Practice Bulletin No. 199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. Obstetrics and Gynecology, v. 132, n. 3, p. e103, 2018.

DONGARE, P.A. & NATARAJ, M.S. Anaesthetic management of obstetric emergencies. Indian Journal of Anaesthesia, v. 62, n.9, 2018.

FEBRASGO. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Ministério da saúde, 2000. 2ª edição. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0105urgencias.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2023.

GOSSET M. *et al*. Emergency caesarean section. Journal of Visceral Surgery, v. 154, n. 1, p. 47, 2017.

GUAN, P. *et al*. Prediction of emergency cesarean section by measurable maternal and fetal characteristics. Journal of investigative medicine: the official publication of the American Federation for Clinical Research, v. 68, n. 3, p. 799, 2020.

HOBBS, A.J. *et al*. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 16, n. 1, 2016.

MARTINS, A.C.S. & SILVA, L.S. Epidemiological profile of maternal mortality. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, Suppl 1, p. 677, 2018.

METELLO, M.J.M. *et al*. Prolapso do cordão umbilical: revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 6, p. 21900, 2022.

NEDERGAARD, H.K. *et al*. Presence of the partner in the operating room during emergency caesarean section: A scoping review. European Journal of Anaesthesiology, v. 39, n. 12, p. 939, 2022.

POZZA, L.V. *et al*. Crise hipertensiva gestacional. Acta Médica, v. 37, p. 5, 2016.

RESCH, S.C. *et al*. Non-anaesthetist-administered ketamine for emergency caesarean section in Kenya: cost-effectiveness analysis. BMJ open, v. 12, n. 10, p. e051055, 2022.

RUEDA FUENTES, J.V. *et al*. Anaesthetic management in emergency cesarean section: Systematic literature review of anaesthetic techniques for emergency C-section. Revista Colombiana de Anestesiologia, v. 4, n.4, p. 273, 2012.

SMAILL, F.M. & GRIVELL, R.M. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 10, p. CD007482, 2014.

TEBEU, P.M. *et al*. Determinants of the decision to incision interval in case of emergency caesarean section in Yaoundé' hospitals. African Health Sciences, v. 22, n. 2, p. 511, 2022.

TITA, A.T.N. *et al*. Adjunctive Azithromycin Prophylaxis for Cesarean Delivery. New England Journal of Medicine, v. 375, n. 13, 2016.

TUN, M.H. *et al*. Prediction of odds for emergency cesarean section: A secondary analysis of the CHILD term birth cohort study. PloS One, v. 17, n. 10, p. e0268229, 2022.

TYNER, J.E. & RAYBURN, W.F. Emergency Cesarean Delivery. Special Precautions. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, v. 40, n. 1, 2013