



# **HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GRAVIDEZ E NO TRABALHO DE PARTO**

## **MODULO 10**

**PATOLOGIAS DURANTE A GRAVIDEZ E COMPLICAÇÕES NO  
PARTO E PÓS PARTO E CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE  
EMERGÊNCIA**



# Placenta Previa

**É a implantação da placenta, total ou parcialmente, nas regiões do segmento inferior do útero a partir da 22<sup>a</sup> semana, embora o diagnóstico de certeza só possa ser feito a partir da 28<sup>a</sup> semana, devido ao fenômeno de pseudo-migração placentar**





# Fatores Predisponentes

- **Idade avançada**
- **Multiparidade.**
- **Gravidez múltipla e tabagismo**
- **Lesão do endométrio ou miométrio**
- **Fibromiomas ou outras anomalias ou infecções uterinas,**
- **Placentas grandes**





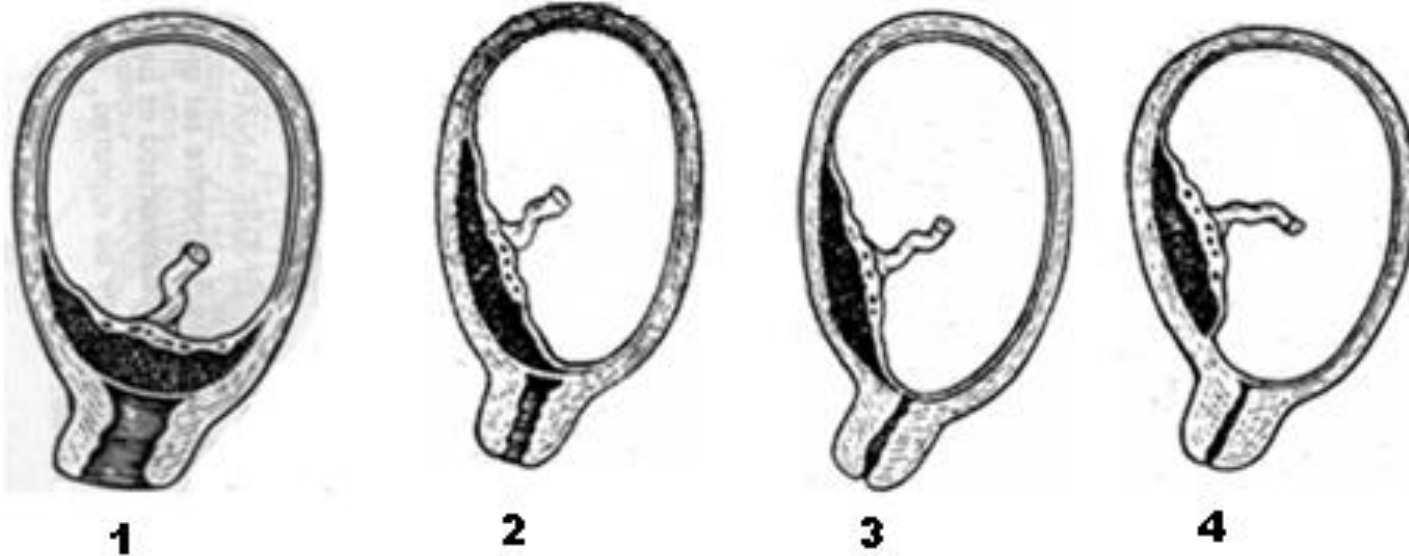
# Formas clínicas

**Completa** - a placenta cobre o orifício interno do colo

**Parcial** - a placenta cobre parcialmente o orifício interno do colo

**Marginal** - somente o bordo alcança o bordo do orifício interno do colo

**Lateral ou Baixa** - encontra-se no segmento inferior não atingindo o orifício do colo





## Quadro clínico

- **Sangrado no último trimestre da gravidez, sem causa aparente é indolor e progressiva, de início e cessar súbito é abundante e de cor viva cor vermelha rutilante.**
- **O útero não está contraído e não há sofrimento fetal**
- **Há com frequência apresentação anormal situação transversa e apresentação pélvica.**
- **Batimentos cardíofetais presentes**





# Diagnóstico

- Na anamnese percebe-se hemorragia vaginal indolor
- Ao exame Obstétrico: não se percebe contracções e quando a mulher está em trabalho de parto, o útero está completamente relaxado e indolor no intervalo entre as contracções
- Está PROIBIDO o TOQUE VAGINAL
- A Ecografia



# Diagnóstico diferencial

- **Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida.**
- **Rotura uterina**
- **Rotura de vaso prévia,**
- **Rotura do seio marginal da placenta**



# Conduta obstétrica e enfermagem

- **O manejo da paciente com placenta prévia depende de:**
  - ✓ **Quantidade de sangramento**
  - ✓ **Idade gestacional,**
  - ✓ **Tipo de placentação/inserção**
  - ✓ **Apresentação fetal**
  - ✓ **Presença ou não do trabalho de parto.**







# Manejo e Tratamento da Placenta Prévia

Em US de Nível Primário:  
CS Tipo III

Em US de Nível Primário:  
CS Tipo II e III

Em US de Referência: HR,  
HP, HG e HC

Se a Mulher está no 3º Trimestre da Gravidez e apresenta:

- Hemorragia vaginal de cor vermelho vivo e sem coágulos;
- Útero relaxado e sem dor, se não está em trabalho de parto. E se está em trabalho de parto – o útero está relaxado e indolor no intervalo entre as contrações;
- Apresentação fetal alta (muitas vezes a apresentação é pélvica ou transversa);
- Frequência cardíaca fetal (foco fetal) normal;

## CONDUTA:

- **É EXPRESSAMENTE PROIBIDO FAZER TOQUE VAGINAL ou EXAME com ESPÉCULO!**

- Avaliar sinais vitais: TA, Pulso, frequência respiratória, coloração das mucosas – palidez;

- 1. Se existem sinais de pré-choque ou choque:

- ✓ apanhar uma veia e colocar soro (Lactato de Ringer – 1000 ml).

- ✓ **REFERIR IMEDIATAMENTE para uma US com CAPACIDADE CIRURGICA!**

- ✓ Se possível referir a mulher acompanhada por uma ESMI ou Servente, e de um(a) acompanhante para o caso de necessidade de transfusão de sangue.

- ✓ Se a US tem Laboratório e capacidade para transfusão de sangue, enquanto espera a ambulância ou transporte para referência, fazer: Hg, Tipo Sanguíneo e Transfusão de sangue.

- 2. Se não existem sinais de pré-choque ou choque:

- ✓ Se a hemorragia parou e a IG é menos de que 36 semanas - Internar a mulher até ter possibilidade de referência para uma US com capacidade cirúrgica e transfusão de sangue, e

- ✓ Controlar sinais vitais (TA, Pulso, Respiração, Palidez);

- ✓ Controlar o reaparecimento de hemorragia;

- ✓ Controlar Foco Fetal;

- ✓ Fazer Sal-Ferroso com Ácido Fólico: 1 comp de 8/8 horas;

- ✓ Se a hemorragia continua - pouca a moderada – **REFERIR A MULHER ASSIM QUE FOR POSSÍVEL para uma US com capacidade cirúrgica e transfusão de sangue.**

- 3. Se a hemorragia parou, ou é pouca a moderada, e a IG é mais do que 36 semanas – **REFERIR A MULHER O MAIS CEDO POSSÍVEL para uma US com capacidade cirúrgica e transfusão de sangue.**

## NOTA:

Tanto na situação 2 como 3 - Se é possível referir a mulher com um(a) acompanhante para o caso de necessidade de transfusão de sangue;

Se a US tem Laboratório, enquanto se espera a ambulância ou transporte para referência, fazer: Hg e Tipo Sanguíneo.

Se a Mulher está no 3º Trimestre da Gravidez e apresenta:

- Hemorragia vaginal de cor vermelho vivo e sem coágulos;
- Útero relaxado e sem dor, se não está em trabalho de parto. E se está em trabalho de parto – o útero está relaxado e indolor no intervalo entre as contrações;
- Apresentação fetal alta (muitas vezes a apresentação é pélvica ou transversa);
- Frequência cardíaca fetal normal;

## CONDUTA:

- **É EXPRESSAMENTE PROIBIDO FAZER TOQUE VAGINAL!**

- Em US com Ecógrafo – fazer ecografia para: a) diagnosticar o tipo de PP; b) Avaliar a IG e a vitalidade/maturidade fetal; c) se existe algum grau de acretismo placentar.

- A conduta a seguir vai depender: 1) da gravidade da hemorragia – condições maternas; 2) do tempo de gestação; 3) do estado do feto.

Idade Gestacional  
MENOR do que 36  
semanas

Idade Gestacional  
MAIOR do que 36  
semanas

HEMORRAGIA PAROU e NÃO HÁ  
COMPROMETIMENTO do ESTADO  
MATERNO-FETAL

Internar a Mulher, e:

- Pedir Hemograma completo e Tipo Sanguíneo;
- Avaliar sinais vitais de 6/6 Horas;
- Controlar se há reaparecimento de hemorragia;
- Repouso;
- Sal Ferroso com Ácido Fólico (1 comp 8/8 horas);
- Se está com ameaça de parto prematuro (ver Ameaça de Parto Prematuro nas Normas de Atenção ao Parto e Complicações Obstétricas);
- Monitorar a vitalidade fetal – FCF e movimentos fetais. Nas US com CTG – fazer CTG diário;
- Fazer cesariana assim que seja demonstrada maturidade fetal, ou quando a vitalidade fetal estiver comprometida (ver Normas de Atenção ao Parto e Complicações Obstétricas);

HEMORRAGIA NÃO PAROU  
(moderada a abundante) - EXISTA  
ou NÃO COMPROMETIMENTO do  
ESTADO MATERNO-FETAL:

- Avaliar sinais vitais;
- Pedir Hemograma completo, Tipo Sanguíneo, e Sangue para transfusão;
- Nas US sem Ecógrafo – quando já está tudo preparado para cesariana (inclusive sangue disponível para transfusão) – e se é necessário - fazer um exame especular – *Introduzir o espéculo com cuidado, identificar o tipo de hemorragia (se é vermelho vivo e sem coágulos), examinar o colo para identificar eventuais lesões, e verificar se é possível identificar tecido placentar (se o colo estiver parcialmente dilatado);*
- **Fazer cesariana urgente.**

**Nota:** Ver Normas de Atenção ao Parto e Complicações Obstétricas.

TENHA a HEMORRAGIA PARADO  
OU NÃO:

- Avaliar sinais vitais;
- Avaliar vitalidade fetal;
- Pedir Hemograma completo, Tipo Sanguíneo, e Sangue para transfusão;
- Nas US sem Ecógrafo – quando já está tudo preparado para cesariana (inclusive sangue disponível para transfusão) – e se é necessário - fazer um exame especular.

- **Fazer cesariana.**

**Nota:** Ver Normas de Atenção ao Parto e Complicações Obstétricas.



# Descolamento Prematuro de Placenta



**É a separação súbita total ou parcial da placenta implantada no corpo do útero, antes do nascimento do feto, em gestações de 20 ou mais semanas completas**



# Causas do Descolamento Prematuro da Placenta

## ■ Causas traumáticas

- ✓ a) externa –acidentes, traumas, ou manobras obstétricas da versão cefálica externa;
- ✓ b) interna - cordão umbilical curto, escoamento rápido do líquido amniótico no polidrâmnios, retração uterina, hipertonia uterina

## ■ Causas não-traumáticas

- ✓ hipertensão arterial na gravidez
- ✓ multiparidade,
- ✓ idade materna avançada,
- ✓ cesariana anterior, corioamnionite, gemelaridade, macrossomia, diabetes mellitus, etc



# Tipos de Descolamento:



Hematoma retroplacentário oculto



Algumas membranas fluem ao exterior



pode atingir a cavidade ovular



Descolamento total da placenta



# Quadro clínico

- **Dor hipogástrico agudo.**
- **Hipertonia uterina**
- **Hemorragia com sangue escuro com coágulos.**
- **Redução da diurese e palidez**
- **Ausência de batimento fetal.**
- **Sinais de anemia grave.**
- **Útero hipertónico, lenhoso.**
- **Dificuldade na palpação fetal.**
- **Palidez cutânea e das mucosas**



# Diagnóstico

- **É clínico, devido à sintomatologia que é inconfundível.**

## Diagnostico Diferencial:

- **Placenta prévia**
- **Rotura uterina**



# Conduta obstétrica e enfermagem

- **Cateterização de uma veia**
- **Colocar hemacel ou Ringer**
- **Fazer colheita de sangue**
- **Algaliar a paciente**
- **Controlar os sinais vitais cada 15'**
- **Se for neccessario administra-se concentrado de globúlos e plasma fresco congelado de forma rápida.**
- **com dilatação de 6 cm fazer amniotomia e aguardar o parto vaginal.**
- **Recomenda se parto por cesariana**





# Rotura uterina durante o trabalho de parto

- É uma solução de continuidade do tecido muscular uterino que pode abranger total ou parcialmente a espessura uterina





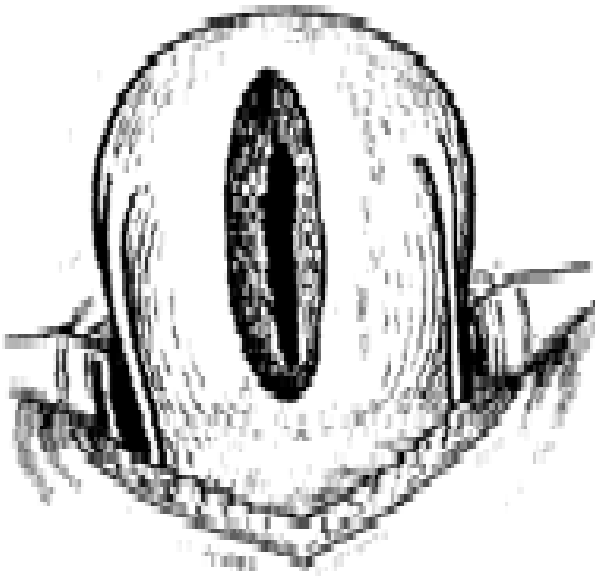


# Causas

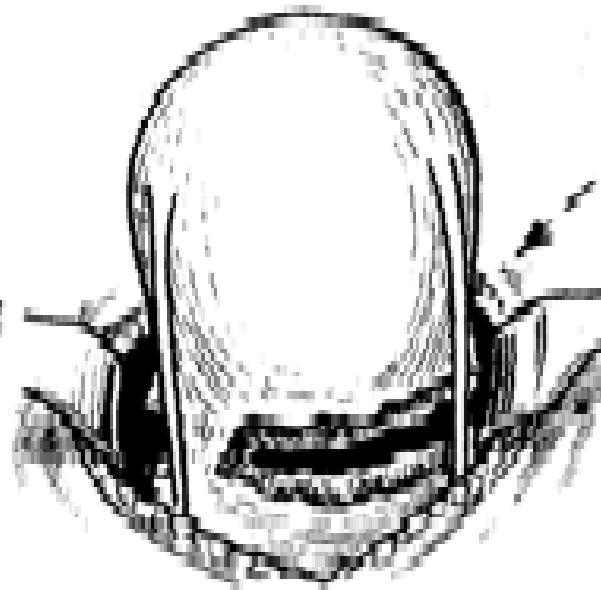
- **Causas predisponentes**
  - **Multiparidade**
  - **Hipoplasias e malformação do útero**
  - **Cicatrizes de intervenções anteriores**
  - **Curetagem uterina à repetição**
  - **Placenta acreta.**
- **Causas Determinantes**
  - **Rotura espontânea**
  - **Fraturas traumáticas**



# Classificação Clínica



Rotura na  
cicatriz anterior  
duma cesariana



Rotura na  
cicatriz do  
segmento

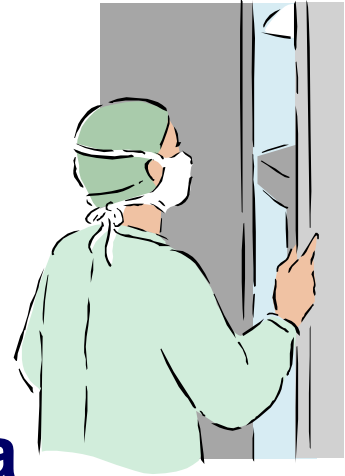


Rotura  
Espontânea



# Quadro clínico

- Dor no segmento inferior pela retracção do segmento inferior e é o sinal característico da ameaça de rotura.
- Dor repentina seguida de paragem de contracções
- Sinais de choque.
- Hemorragia vaginal que pode ser ligeira
- Palpação de partes fetais através do abdômen e ausência de foco
- Por vezes a urina é hemática





# Diagnóstico

- Estado de angústia da parturiente pela intensidade e persistência das dores.
- O pulso é acelerado e é muitas vezes a presença da febre.
- À palpação é notável o contraste entre o corpo uterino contraído ao máximo e o afinamento e a sensibilidade no segmento inferior.
- Os ligamentos redondos são extremamente tensos e doloroso
- Quando a rotura uterina consumada, cessação das contrações uterinas após uma dor súbita
- Sensação de alívio pelo desaparecimento das contrações, e aparece um estado **sincopal**



# Diagnóstico Diferencial

- **Placenta previa**
- **Descolamento prematuro de placenta**
- **Rotura do seio marginal da placenta**



# Conduta obstétrica e enfermagem

- Colocar a doente com a cabeça mais baixa, elevando as pernas
- Apanhar 2 veias, colocar Hemacel, ou Ringer
- Se houver deve-se dar sangue
- Algaliar a doente
- Administrar profilaticamente 1 grama de ampicilina IV, ou penicilina cristalina 4000000 UI IV
- Transferir a doente o mais rápido possível a uma unidade sanitária com COEC

