



HEMORRAGIAS NO POST-PARTO DE CAUSA UTERINA

MODULO 10

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



Hemorragia Post parto

Conceito

- ✓ Hemorragia Post parto é a perda sanguínea em quantidade maior de 500 ml depois da expulsão do bebê.

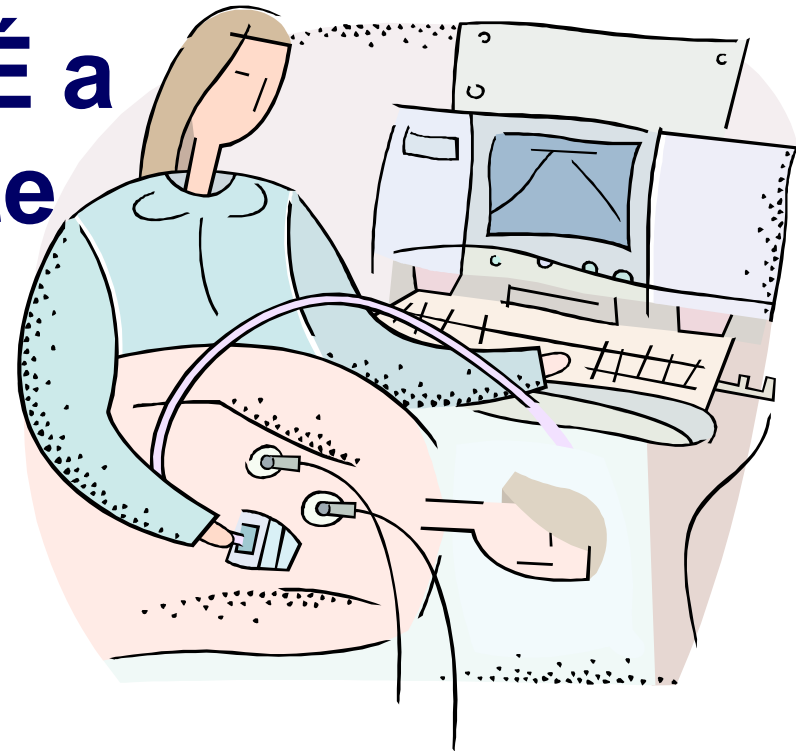
Causas:

- ✓ Atonia uterina
- ✓ Rotura Uterina
- ✓ Restos Placentarios
- ✓ Inversão Uterina
- ✓ Traumatismo de canal do parto
- ✓ Coagulopatia



Atonia Uterina

- **É a incapacidade do útero para contrair se adequadamente após a expulsão do feto. É a causa mais frequente de hemorragia pós-parto**





Fisiopatologia

- Depois do desprendimento da placenta o útero realiza a hemostase da ferida com as contrações que comprimem os vasos e permitindo a formação dos trombos. Alteração nestas etapas pode determinar uma hemorragia pós-parto como:
 - ✓ Interferência com a capacidade do útero de contrair se
 - ✓ Útero distendido
 - ✓ Útero cansado





Quadro Clínico

- **O útero está distendido, é mole e não contraído.**
- **As perdas hemáticas vaginais podem ser moderadas ou abundantes**
- **De acordo com o volume de sangue perdido poderá haver sinais de Pré Choque e Choque.**





Diagnóstico

No pos-parto a presença imediata de sangramento intravaginal abundante de cor vermelho vivo constante e com útero flácido com pouca ou nenhuma resposta à estimulação manual





Diagnóstico diferencial

- **Trauma genital**
- **Coagulação intravascular disseminada**
- **Inversão uterina**
- **Fragmentos da placenta ou membranas retidos**
- **Presença de tecido morto devido a parto obstruído**
- **Deiscência de sutura no útero**



Conduta obstétrica e enfermagem

- **Continue a massagear o útero.**
- **Usar drogas oxitócicas**
- **Preveja a necessidade de sangue**
- **Se a hemorragia continuar:**
 - ✓ **Verifique se a placenta está completa;**
 - ✓ **Se existirem sinais de fragmentos de placenta retidos.**
- **Avalie a condição da coagulação**



Manobras para controlar a hemorragia no pos-parto

- **Faça uma compressão bimanual do útero:**
 - ✓ Usando luvas esterilizadas,
 - ✓ Insira uma mão na vagina e forme um punho
 - ✓ Coloque o punho no fórnix anterior e faça pressão contra a parede anterior do útero;
 - ✓ Com a outra mão, faça uma pressão profunda no abdómen por detrás do útero,
 - ✓ Aplicando esta pressão contra a parede posterior do útero;
 - ✓ Mantenha a compressão até que a hemorragia esteja controlada e o útero se contraia.



Manobras para controlar a hemorragia no pos-parto





Manobras para controlar a hemorragia no pos-parto

- **Faça pressão para baixo, com o punho fechado, por cima da aorta abdominal:**
 - ◆ O ponto de compressão é por cima do umbigo e um pouco a esquerda;
 - ◆ Sentir as pulsações da aorta.





Manobras para controlar a hemorragia no pos-parto

- **Com a outra mão palpe o pulso femoral para verificar se a compressão é adequada:**
 - ◆ **Se o pulso for palpável durante a compressão, a pressão exercida pelo punho não é adequada;**
 - ◆ **Se o pulso femoral não for palpável, a pressão exercida é adequada;**
- **Mantenha a compressão até que a hemorragia esteja controlada.**



Manobras para controlar a hemorragia no pos-parto





Retenção da placenta

Conceito

- **Considera-se retenção placentária quando ela não é expulsa dentro de 15 a 30 minutos após a saída do feto.**



fisiopatologia e causas

- **Ocorre quando o útero se contrai insuficientemente (hipocinesias) ou as aderências placentárias adquirem carácter anatómico anormal.**

Causas

- **Antecedente de abortos prévios,**
- **Falta de contrações uterinas,**
- **Alterações uterinas (Miomias, malformações)**
- **Placenta inserida em um lugar inapropriado.**
- **Manobras de expressões uterino ou trações inadequadas**



Factores predisponentes

- **História da cesariana.**
- **Curetagem uterina**
- **Fibromatose uterina.**
- **Aderência da placenta anormal**
- **Lóbulo aberrante da placenta**
- **Manuseio indevido do parto**
- **Mau manejo do terceiro período do parto**

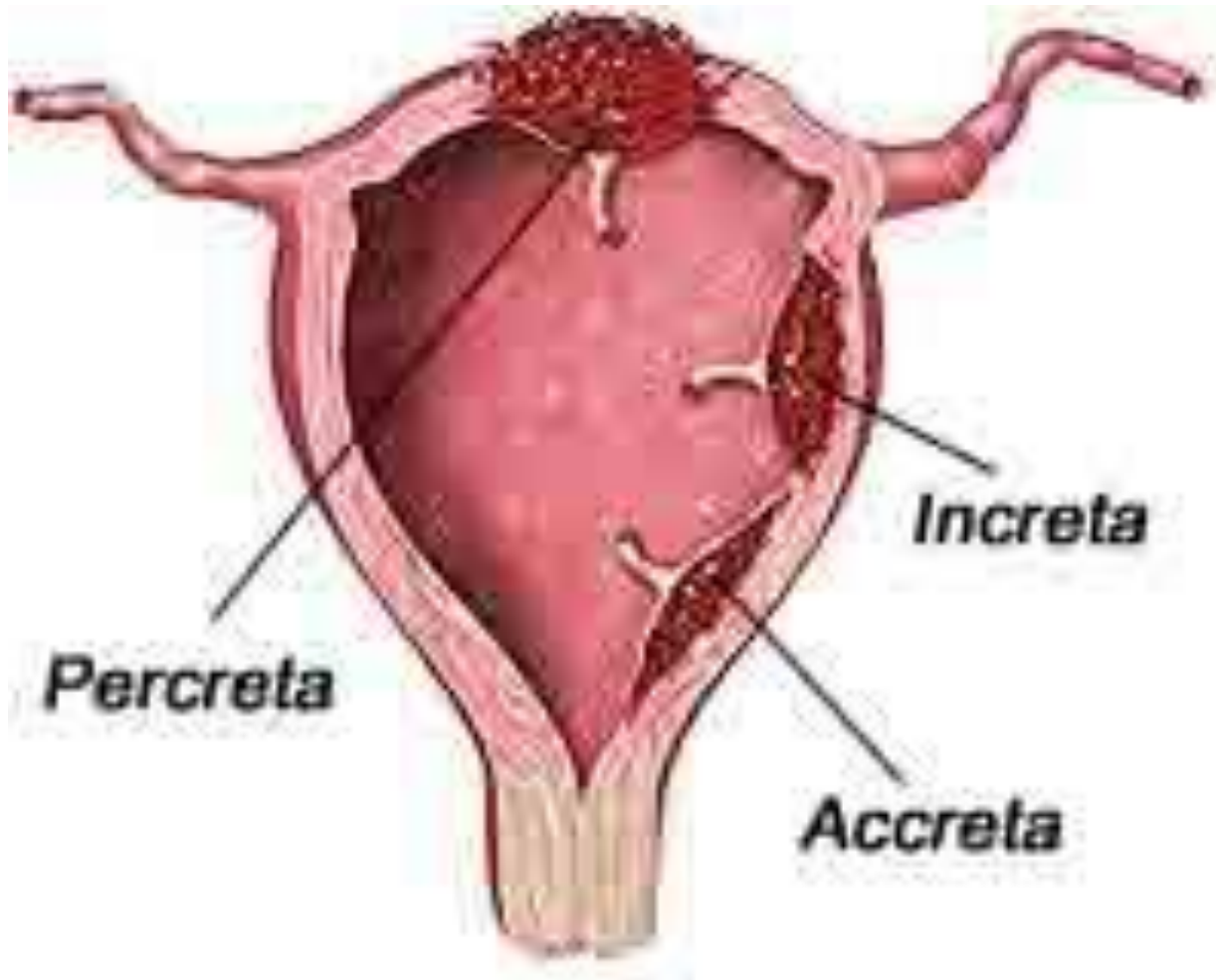


Formas Clínicas

- **Hipotonia:** fraca capacidade do útero se contrair.
- **Placenta Acreta:** há aderência anormal com penetração da camada esponjosa do útero
- **Placenta Increta:** Quando o tecido corionico penetra o Miometrio.
- **Placenta Percreta:** Quando a invasão chega à serosa, inclusive pode perfurar o útero



Formas Clínicas





Quadro clínico

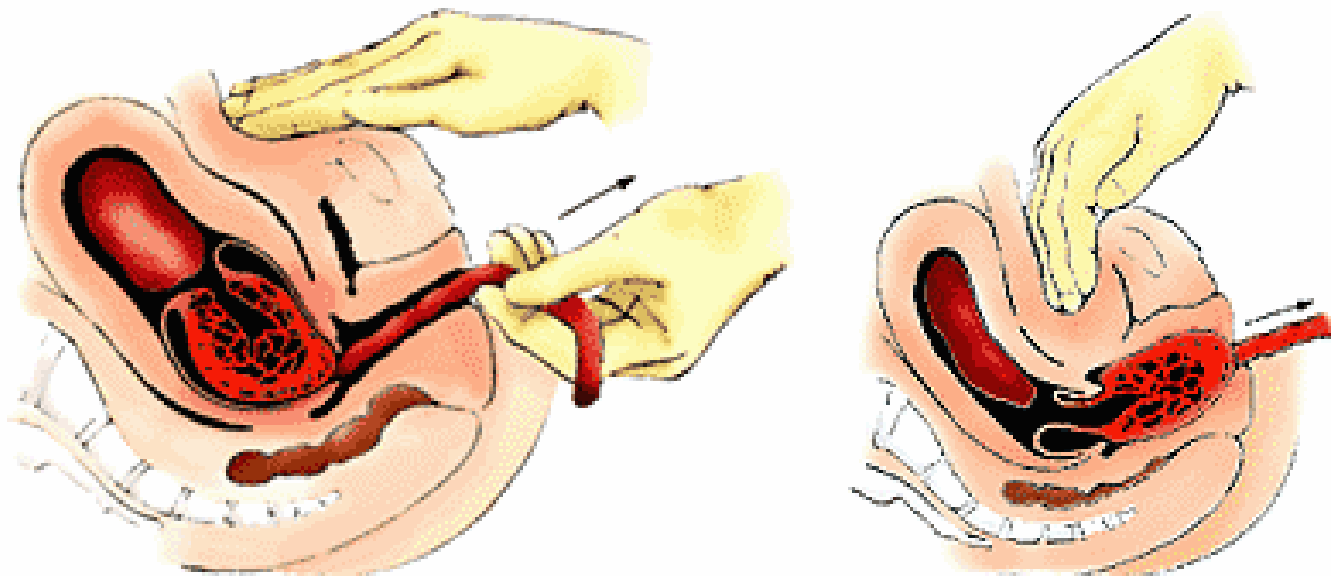
- **Útero distendido, mole e sem tônus**
- **As perdas hemáticas podem ser moderadas ou abundantes**
- **Pode haver sinais de Pre-Choque ou choque**
- **Não há descolamento**





Diagnóstico

- O diagnóstico de retenção de placenta se estabelece **após 15 minutos** do nascimento e tendo feito uma tração moderada do cordão umbilical, a terceira fase não é alcançada





Conduta obstétrica e enfermagem

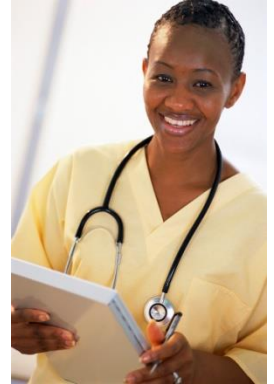
- **Avalie a condição da mulher**
- **Tire o sangue para teste de compatibilidade e grupo sanguíneo**
- **Esvazie a bexiga**
- **Faça um exame vaginal cuidadoso**
- **Faça a remoção manual depois de se dar expansores plasmáticos ou sangue**





Técnica de Remoção Manual da Placenta

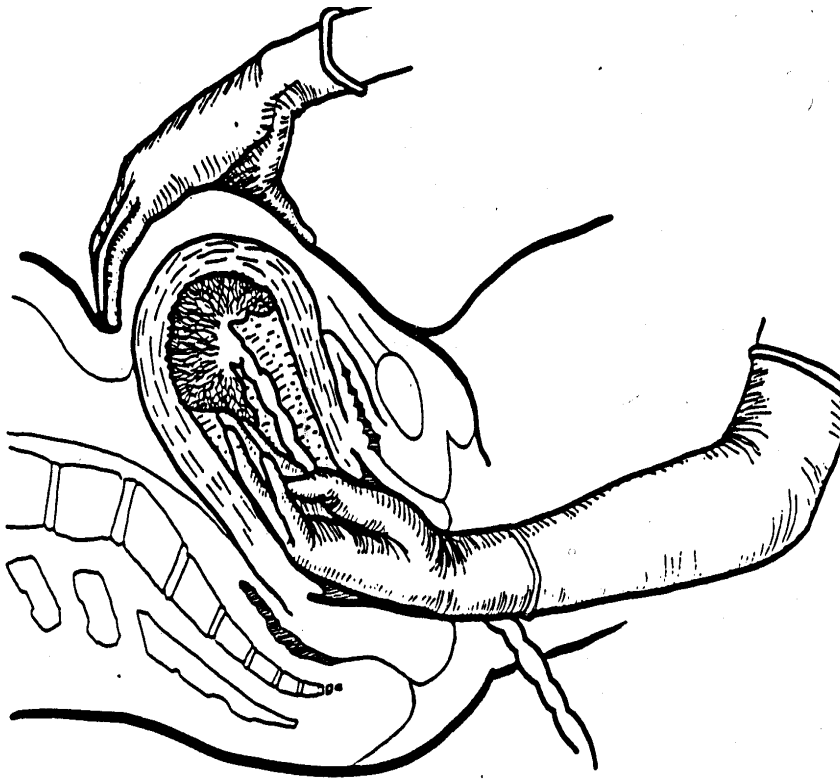
- **Desinfetar à vagina e área perineal**
- **Lavar bem as mãos e os braços**
- **Calçar primeiro as luvas curtas estéreis. Em seguida a mão que será introduzida na vagina deve calçar a luva comprida.**
- **Introduzir uma mão em forma de cone, afunilando as pontas dos dedos na vagina, enquanto a outra segura o cordão umbilical.**



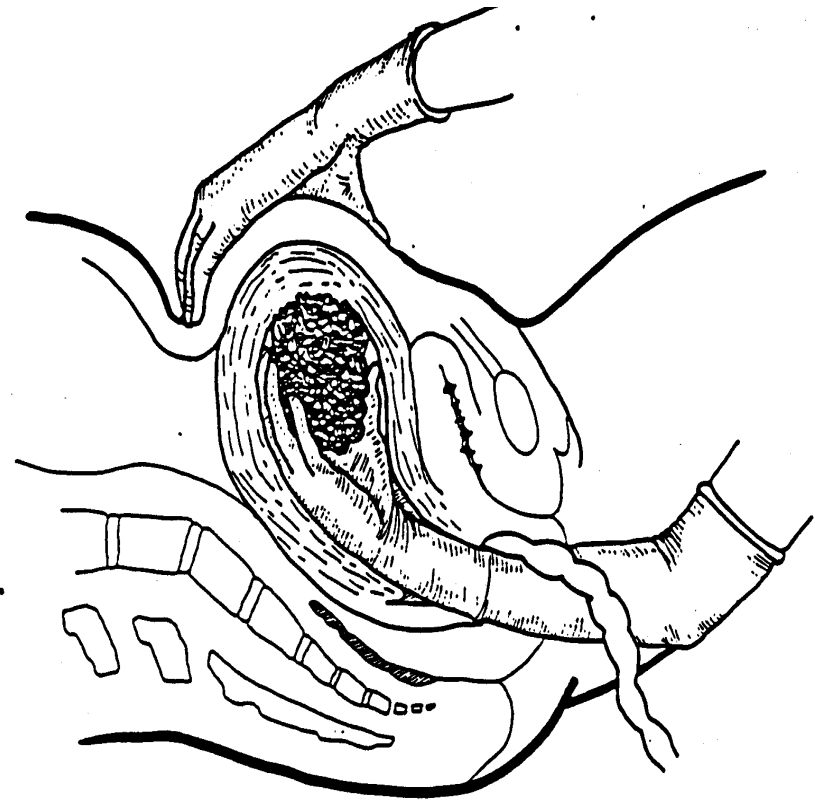


Técnica de Remoção Manual da Placenta

- **Siga o cordão até encontrar a placenta**
- **Alcance a placenta e procure os bordos**
- **Com a palma da mão de frente para a placenta, use movimentos laterais, com gentileza, separar a placenta**
- **Estimule uma contracção com a mão externa**
- **Suavemente tire a placenta com a mão exploratória, durante a contracção**



Remoção manual da placenta



Mão dentro da cavidade uterina abraçando a placenta



Que fazer depois de extraída a placenta

- Explorar a cavidade uterina com a sua mão
- Friccionar o útero para ter a certeza que está contraída
- Dar 10UI de oxitocina e 0,5 mg de metilergometrina e massageie o útero para ajudar a contrair-se
- Se é preciso, fazer curetagem, muito cuidadosa.
- Iniciar antibióticos de largo espectro (penicilina cristalina ou ampicilina + a Gentamicina)



Rotura Uterina

É a solução de continuidade completa ou incompleta não-cirúrgica da parede uterina em gravidez de 28 semana até o termo.

Constitui uma das complicações obstétricas mais temidas da gravidez, podendo acarretar risco de morte tanto para o feto, quanto para a gestante.





Quadro clínico

- **Existe dor no segmento inferior que está muito distendido e fino,**
- **Surge o chamado “Anel de Bandle”, que consiste na retracção do segmento inferior e é o sinal característico (patognomónico) da ameaça de rotura**





Rotura eminente

- **Dor repentina seguida de paragem de contracções**
- **Sinais de choque**
- **Tensão arterial baixa.**
- **Hemorragia vaginal**
- **Palpação de partes fetais através do abdômen e ausência de foco**
- **Por vezes a urina é hemática**





Diagnóstico

- **contraste que existe entre o corpo uterino contraído ao máximo, o que faz que o segmento fique muito fino e com sensibilidade dolorosa.**
- **Tectonismo uterino**
- **Batimentos cardíacos do feto são percebidos com dificuldade**



Diagnóstico diferencial

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





Conduta obstétrica e enfermagem

- Colocar a doente em tremdelemburg
- Apanhar 2 veias, colocar Hemacel, ou Ringer ou soro fisiológico.
- Dar sangue, se houver
- Algaliar a doente
- Administrar antibióticos
- Transferir a doente prontamente.
- Cirurgia Imediata onde houver recursos





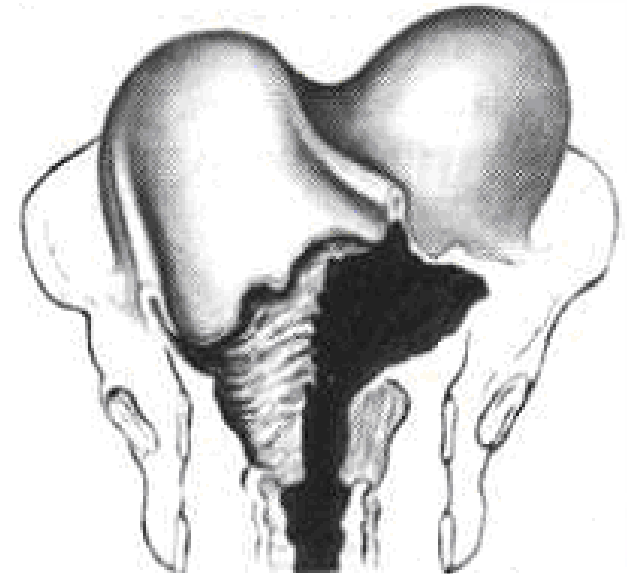
Tipos de Rotura Uterina



**Rotura na cicatriz
de uma cesariana
classica**



**Rotura na Cicatriz do
segmento**

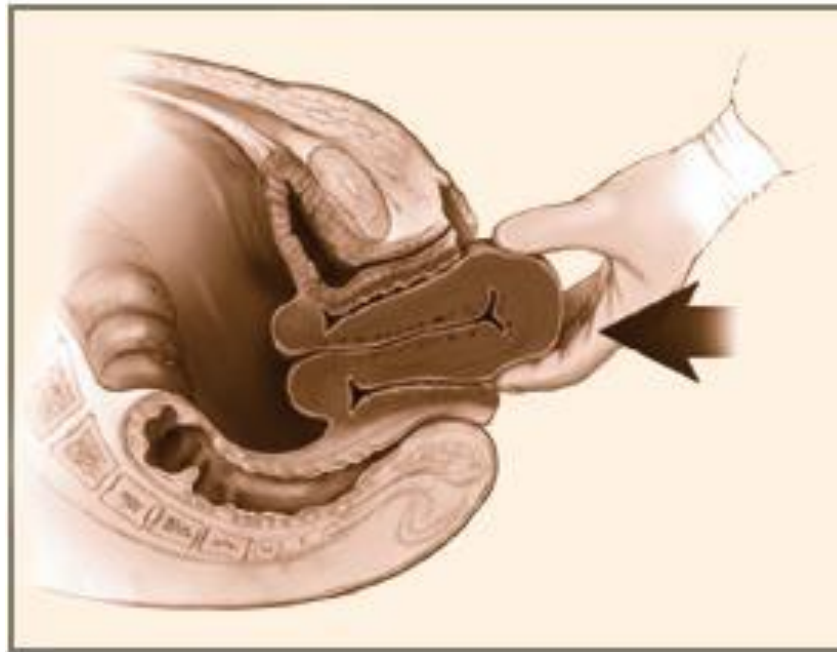


Rotura espontânea



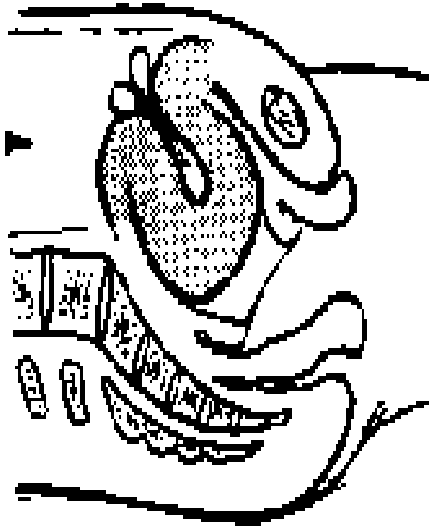
Inversão uterina

É uma situação rara em que o útero se inverte durante a dequitação assim o fundo do útero aparece na vagina ou até na vulva.





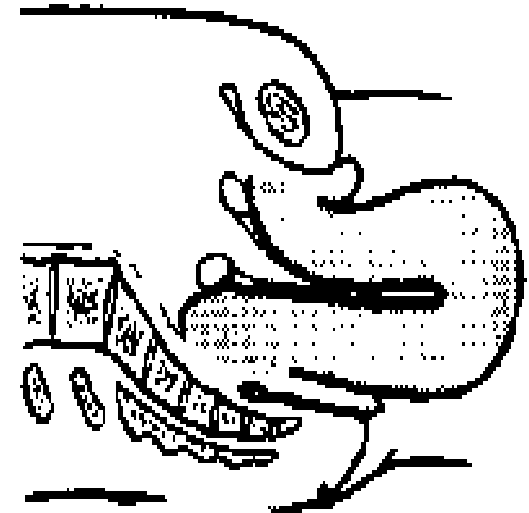
Formas Clínicas



**1° grau
(incompleta)**



**2° grau
(completa)**



**3° grau
(prolapso de
útero invertido)**



Quadro Clínico

- **Dor ligeira ou intensa**
- **Hemorragia discreta ou abundante**
- **À palpação abdominal não se encontra o fundo do útero.**
- **Toque vaginal revela um útero invertido na vagina ou na vulva**





Diagnóstico

- **Sangramento é o sinal mais comum**
- **O sinal predominante é uma massa pélvica, principalmente observa se o fundo do útero na vagina.**
- **Embora o diagnóstico é principalmente clínico, pode utilizar se a ultra-sonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada de imagens**





Diagnóstico diferencial

- **Prolapso do mioma uterino submucoso**
- **Tumor mulleriano ou prolapso de sarcoma uterino pediculado**
- **O cancro do colo do útero**
- **Prolapso útero vaginal**





Conduta obstétrica e enfermagem

- **Coloque uma mão no abdômen para exercer contrapressão, coloque a outra mão na vagina até encontrar o fundo do útero prolapsado.**

