

INTRODUÇÃO AOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE EMERGÊNCIAS

- Aspectos gerais da abordagem Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos e Cuidados Obstétricos de Emergência Completos

Um dos pontos estratégicos para a Redução da morbi-mortalidade materna e peri-natal é o aumento da quantidade, qualidade e utilização dos Serviços Obstétricos de Emergência Básicos e Completos, para que as mulheres com complicações possam ter acesso a estes serviços, e a receberem uma atenção atempada e de boa qualidade de acordo com a sua necessidade.

Os elementos essenciais para a atenção obstétrica e ao recém-nascido durante uma emergência estão divididos em:

- Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos, a serem prestados a nível da rede primária de atenção (Centros de Saúde)
 - Cuidados Obstétricos de Emergência Completos a serem prestados ao nível dos hospitais de referência (HRural, HProvincial/HGeral e HCentral).
- Principais patologias/complicações relacionadas com a gravidez e parto que mais contribuem para a morbi-mortalidade materna:
 - Patologias ou complicações que podem precisar Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos (COEmB):
 - Infecções puerperais
 - Hemorragia no pós-parto
 - Pré-eclâmpsia grave e Eclâmpsia
 - Retenção Placentar
 - Remoção de produtos retidos (do aborto ou restos placentares)
 - Trabalho de parto arrastado (período expulsivo prolongado)
 - Hipoxia neonatal
 - Patologias ou complicações que podem precisar Cuidados Obstétricos de Emergência Completos (COEmC).
 - Patologia do parto/ Trabalho de Parto Arrastado/Obstruído/ Apresentações viciosas, Sofrimento Fetal, ruptura uterina, gravidez ectópica)
 - Hemorragia ante-parto, Hemorragia pós-parto, choque hemorrágico.
 - Hipoxia neonatal severa

- Hemorragias durante o trabalho de parto e puerperio,
As hemorragias obstétricas constituem umas das urgências frequentes na obstetria que precisam de uma identificação e tratamento oportuno para garantir a supervivência materno-fetal. As Hemorragias da segunda Metade da Gravidez que se apresentam logo das 20 semanas da gravidez como a Placenta Prévia, Descolamento Prematuro de Placenta, Ruptura uterina de não ter pronto atendimento pode morrer a mãe e o feto. Nas hemorragias post parto

Hemorragia Post parto É a perda sanguínea em quantidade maior de 500 ml depois da expulsão do bebé. Ocorre entre o 5 e 10% dos partos. Pode chegar a constituir um dos processos mais graves dos que afetam a mulher no estado gravídico puerperal. A quantidade de sangue que pode perder uma puerpera sem alterar o organismo é variável, depende de seu estado físico anterior e da velocidade e quantidade de sangue extravasada. Por enquanto para estabelecer quando uma hemorragia requer intervenção activa estará determinado pela avaliação não só da hemorragia, se não da paciente em seu conjunto. É importante lembrar que um nível mais baixo de perdas hemáticas pode fazer com que a condição da mulher se deteriore, em certas circunstâncias, isto pode incluir a presença de anemia e outras condições médicas

- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia,
A hipertensão na gravidez tem sido objecto de vários estudos porque é a terceira causa de morte materna a nível mundial. Classificam-se em:
 - Hipertensão induzida pela gravidez:
 - Pré-Eclâmpsia classifica-se em pré-eclâmpsia moderada e grave, de acordo com o comprometimento dos órgãos-alvo (rins, fígado, cérebro e aparelho cardiovascular). É uma doença específica da gravidez, que ocorre em geral após a 20ª semana de gravidez, e que se caracteriza pela presença de hipertensão (> ou = a 140/90), proteinúria (*excreção urinária de proteínas*: > 0.3 gramas em volume de 24 de urina, ou análise em amostra única com pelo

menos 1 +, na ausência de infecção urinária), e edemas. A doença só ocorre antes da 20ª semana de gravidez no caso da mulher ter uma Mola Hidatiforme ou Doença Trofoblástica

- Eclâmpsia (PEE): caracteriza-se pelo comprometimento cerebral e aparecimento de convulsões tónico-clónicas generalizadas e/ou coma, não relacionadas com outras patologias (como por exemplo a Malária). Para além das complicações e riscos descritos na pré-eclâmpsia grave, as mulheres com eclâmpsia correm o risco de sofrer um trauma físico durante as convulsões, e de aspirar secreções ou vômitos. Estas complicações são a causa de 5 a 10% das mortes maternas. A hemorragia cerebral é a causa de cerca de 15% das mortes maternas, enquanto que a mortalidade perinatal pode chegar aos 50%.

- Hipertensão crónica (HC):

É caracterizada pela subida da tensão arterial antes das 20 semanas de gestação. É importante colher uma história clínica pessoal cuidadosa para saber se a mulher tem história de hipertensão.

Nestes casos normalmente: a Tensão arterial diastólica é de 90 mm Hg ou mais antes das primeiras 20 semanas de gestação. Pode existir uma hipertensão crónica com sobreposição de pré-eclâmpsia ligeira: Tensão arterial diastólica de 90-110 mm Hg ou mais antes de 20 semanas de gestação mais proteinúria até 2+.

- Trabalho de parto arrastado/ obstruído,

Nos casos de Trabalho de parto arrastado : Considera-se quando a fase activa está prolongada devido a causas funcionais (ex: dinâmica uterina) ou mecânicas (ex: Pélvis estreita). Muitas complicações podem surgir quando há trabalho de parto arrastado. A incidência da mortalidade e morbilidade peri-natais aumenta. Cerca de 8% de todas as mortes maternas são devidas ao trabalho de parto obstruído e arrastado.

O Trabalho de parto obstruído é aquele em que apesar de haver contracções uterinas fortes o parto não pode progredir devido à factores mecânicos. É uma das causas de aumento de morbi-mortalidade materna e peri-natal

- Sepsis puerperal; É uma infecção do trato genital, que ocorre a qualquer altura no período de 42 dias após o parto. Pode ser provocado por vários agentes isolados ou simultâneos como *Streptococcus beta hemolítico*, *Bacterioides* e *Grã negativos* em geral, *Neisseria Gonorrhoea*, *Chlamydia Trachomatis*.
- Complicações do aborto: onde destacam-se as hemorragias, as infecções e evacuações incompletas, e, no caso de aborto cirúrgico, as lacerações cervicais e perfurações uterinas. Estas complicações, muito raras no aborto precoce, surgem com maior frequência no aborto mais tardio. Se nos dias seguintes à intervenção a mulher tiver febre, com temperatura superior a 38°C, perdas importantes de sangue, fortes dores abdominais ou mal-estar geral acentuado, deve procurar rapidamente o estabelecimento de saúde onde decorreu a intervenção.
- Malária e o HIV/SIDA.
A malária é uma doença endêmica em Moçambique, causada por o protozoário *plasmodia*. Existe quatro espécies de protozoários, *plasmodia*, respondem pela infecção, no homem: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* e *P. ovale*. A malária constitui um grave problema de Saúde Pública, cuja erradicação a Organização Mundial de Saúde (OMS) confessou, em, não conseguir dominar, porque o mosquito vetor tornou-se resistente aos pesticidas, do mesmo passo, o *Plasmodium falciparum*, insensível aos antimaláricos. Quase todas as mortes são causadas pela malária *falcipara*.

O vírus do HIV/SIDA quando ingressa na circulação sanguínea, se adere ao linfócito, e transcreve o ARN vírico em ADN, que se introduz em o núcleo do linfócito para formar parte do código genético da célula. Quando isto sucede, o vírus já destruindo pouco a pouco os linfócitos T4, ainda o sistema imunitário é forte e pode ir regenerando os linfócitos destruídos; nesta etapa os sintomas não se apresentam na pessoa. A pesar de isto chega um momento em que o sistema imunológico não pode deter o avance do VIH e quando uma importante quantidade de células T4 do organismo ha sido destruído a consequência da infecção por o vírus, as defensas imunitárias do organismo estão debilitadas. O risco da aparição dos sintomas do SIDA é então muito elevado. O problema nas mulheres grávidas é que o vírus pode passar ao feto o que se conhece como transmissão vertical.

- Conceitos-chave de funções vitais dos Cuidados Obstétricos de Emergências Básicos e Completos.
Uma mulher que apresenta uma complicação obstétrica que pode chegar a ser mortal, encontra-se numa situação de emergencia que requer diagnóstico e manejo imediatos.

Tipo de C. Obst de Emergencia	Patologias /complicações principais
Cuidados Obstétricos de Emergencia Básicos (COEmB)	
1. Administração parenteral de antibióticos	Infeções puerperais
2. Administração parenteral de oxitocicos	Hemorragia no pós-parto
3. Administração parenteral de anticonvulsivantes.	Pré-eclâmpsia grave e Eclampsia
4. Remoção manual de placenta.	Retenção Placentar
5. Aspiração manual intrauterina -AMIU).	Remoção de produtos retidos (do aborto ou restos placentares)
6. Parto assistido por ventosa	Trabalho de parto arrastado (período expulsivo prolongado)
7. Reanimação Neonatal básica	Hipoxia neonatal
Cuidados Obstétricos de Emergencia Completos (COEmB) Inclui todas as funções básicas mais:	
8. Capacidade cirúrgica (cesareana, histerectomia obstétrica, laparotomia)	Patologia do parto/ Trabalho de Parto Arrastado/Obstruído/ Apresentações viciosas, Sofrimento Fetal, ruptura uterina, gravidez ectópica)
9. Transfusão de sangue	Hemorragia ante-parto, Hemorragia pós-parto, choque hemorrágico.
10. Reanimação Neonatal avançada	Hipoxia neonatal severa

- Aspectos de monitoria dos Cuidados Obstétricos de Emergência: Nestes casos é necessário, avaliar rapidamente a sua condição da mulher para determinar a gravidade do problema e definir as condutas necessárias. O seguinte quadro Permite fazer uma avaliação inicial rápida da mulher com problema.

Avalie	Sinais de perigo	Considere
As vias respiratórias e a respiração	<p>Verifique se há:</p> <ul style="list-style-type: none"> cianose (cor azulada) dificuldade respiratória <p>Examine</p> <ul style="list-style-type: none"> pele: palidez pulmões: sibilos ou ferveores 	<ul style="list-style-type: none"> Anemia grave Insuficiência cardíaca Pneumonia Asma
Circulação (sinais de choque)	<p>Examine</p> <ul style="list-style-type: none"> Pele: fria e húmida Pulso: acelerado (110 ou mais) e fraco Tensão arterial: baixa (sistólica menos do que 90 mm Hg) 	Choque,
Hemorragia vaginal (no início ou fim da gravidez e após o parto)	<p>Pergunte se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Está grávida, tempo de gestação Teve parto recentemente A placenta foi removida, extraída <p>Examine</p> <ul style="list-style-type: none"> Vulva: quantidade de perda de sangue se há retenção da placenta, lacerações óbvias Útero: atonia Bexiga: cheia 	<ul style="list-style-type: none"> Aborto Gravidez ectópica Gravidez molar Descolamento de placenta Ruptura uterina Placenta prévia Útero atónico Lacerações do colo e da vagina Retenção da placenta Inversão do útero

Avalie	Sinais de perigo	Considere
Inconsciência ou com convulsões	Pergunte se: <ul style="list-style-type: none"> Está grávida, tempo de gestação Examine <ul style="list-style-type: none"> Tensão arterial: alta (diastólica 90 mm Hg ou mais) Temperatura: 38° C ou mais 	<ul style="list-style-type: none"> Eclâmpsia Malária Epilepsia Tétano
Febre alta	Pergunte se: <ul style="list-style-type: none"> Está fraca, letárgica Urina frequentemente e com dores Examine: <ul style="list-style-type: none"> Temperatura: 38° C ou mais Inconsciente Pescoço: rígido Pulmões: respiração superficial, sinais de consolidação (sopro tubário) Abdômen: dor severa Vulva: corrimento purulento Mamas: sensíveis 	<ul style="list-style-type: none"> Infecção das vias urinárias Malária Metrite Abscesso pélvico Peritonite Infecção das mamas Complicações após aborto Pneumonia
Dor abdominal	Pergunte se: <ul style="list-style-type: none"> Está grávida, tempo de gestação Examine <ul style="list-style-type: none"> Tensão arterial: baixa (sistólica menos do que 90 mm Hg) Pulso: acelerado (110 ou mais) Temperatura: 38° C ou mais Útero: estado de gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> Quisto do ovário Apendicite Gravidez ectópica Possível trabalho de parto pré termo ou de termo Amniotite Descolamento de placenta Ruptura uterina

A mulher também precisa de atenção imediata se apresentar quaisquer dos seguintes sinais:

- Corrimento mucoso tingido de sangue (rolhão mucoso) com contrações palpáveis;
- Rotura das membranas,
- Palidez;
- Astenia,
- Desmaios;
- Cefaléias fortes;
- Visão turva;
- Vômitos;
- Febre,
- Dificuldade respiratória.

Se a mulher apresentar qualquer um desses problemas durante a avaliação inicial rápida, ela deve ser atendida com prioridade e tratada de imediato. A resposta pronta e eficaz a uma emergência exige que os membros da equipe clínica conheçam os seus papéis, saibam como manejar as principais complicações obstétricas e neonatais e tenham o equipamento e os medicamentos de emergência organizados, disponíveis e funcionais.

HEMORRAGIAS NA 1RA METADE DA GRAVIDEZ

As hemorragias obstétricas constituem umas das urgências freqüentes na obstetrícia que precisam de uma identificação e tratamento oportuno para garantir a supervivência materno-fetal. É a primeira causa de morte materna a nível mundial. Estas se classificam da seguinte maneira:

1. Hemorragias da Primeira metade da Gravidez
2. Hemorragias da Segunda metade da Gravidez

As hemorragias da primeira metade são aquelas que se apresentam durante as primeiras 20 semanas da gravidez:

- Aborto
- Gravidez Ectópica
- Doença Trofoblástica da Gestação
- Lesões Cervicais

A. Aborto

- Etiologia

Causas ovulares:

- Alterações cromossomiais, 50 a 60% dos abortos no primeiro trimestre, é conseqüente a anomalias cromossomiais (trissomias, triploidias, 45 XO, tetraploidias, etc.).
- Ovopatías. As malformações do ovo são habitualmente de origem ovular. Outras malformações são devidas a radioterapias na gravidez, infecções, anoxia, outras carencias.

Causas maternas:

- Idade materna
- Multiparidade
- Doenças infecciosas
- Desnutrição
- Alterações imunológicas
- Factores tóxicos
- Ginecopatías (endometriosis atroficos, malformações uterinas, miomas)
- Incompetência istmocervical
- Factores hormoniais (deficiencia luteínica, hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabete insulino-dependentes). Traumatismos físicos.

- Formas Clínicas

Em função da causa:

- Aborto espontâneo – que ocorre sem intervenção humana deliberada. As principais causas são: a malnutrição, incluindo a anemia; infecções, anomalias no desenvolvimento do embrião, perturbações metabólicas como a diabetes ou hipertiroidismo; alterações da parede uterina como as malformações e os miomas e outras.
- Aborto induzido – que resulta da intervenção humana deliberada. Pode ser profissional quando induzido por um provedor de saúde qualificado, utilizando métodos modernos; ou não profissional, quando induzido por pessoas não qualificadas para tal, e por meios alheios aos métodos médicos modernos.

Em função do tempo de gestação:

- Aborto precoce – quando ocorre até à 13ª semana de gestação.
- Aborto tardio – quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semanas de gestação.

Em função do estágio:

- Ameaça de aborto – quando existe presença de sangramento vaginal discreto ou moderado, sem que ocorra modificações cervicais, geralmente com sintomatologia discreta ou ausente, o dor do é tipo cólica ou peso na região do hipogástrio – baixo ventre. O exame especular evidencia sangramento que flui através do canal cervical, no entanto com o orifício interno fechado. O útero tem o tamanho correspondente ao esperado e não há sinais de infecção.
- Aborto inevitável – a perda de sangue é maior que na ameaça de aborto, podendo ocorrer a eliminação de coágulos. Há dor pélvica tipo cólica, e o canal cervical está aberto dando passagem a uma pinça de anel.
- Aborto incompleto – a perda de sangue é moderada a abundante. Esta perda geralmente diminui após a eliminação da maior parte do material ovular. As dores têm intensidade maior que a ameaça de aborto, e o orifício cervical interno encontra-se aberto, podendo ser identificado material ovular.

- Aborto completo – geralmente em gestações com tempo inferior a 8 semanas. A hemorragia e as dores diminuem após a expulsão do material ovular. O orifício interno pode ainda estar aberto. O útero tem dimensões inferiores ao esperado para a idade gestacional.

Em função das complicações:

- Aborto retido – pode não ser precedido de ameaça de aborto. Há regressão dos sinais e sintomas de gravidez. O orifício cervical encontra-se fechado e geralmente não há hemorragia. Conduta: ver Normas de Cuidados Pós-Aborto.
- Aborto infectado ou séptico – geralmente ocorre após manipulação para induzir a interrupção de uma gravidez, sob más condições técnicas e de assepsia. As infecções são quase sempre multimicrobianas. O quadro é grave e requer cuidados urgentes e imediatos. Em todos os casos, deve-se considerar o produto da concepção como não tendo vitalidade. O que mais chama à atenção no quadro clínico é o sangramento ou secreções com cheiro fétido, na maioria das vezes com dor intensa ao toque vaginal e à palpação abdominal, em alguns casos já com sinais de peritonite (Blumberg +), geralmente devido a uma perfuração uterina, podendo-se identificar coleções nos fundos de saco. O pulso encontra-se acelerado e a febre frequentemente é maior do que 38°C. Quando instalado o quadro de choque séptico, é importante recordar que a etiologia pode ser por E. Coli, Bacteroides e Clostridium. Este agente pode, inclusive, levar a um quadro de anemia hemolítica fulminante e insuficiência renal. Conduta: ver Normas de Cuidados Pós-Aborto.

- **Quadro clínico;**

Ameaça de Aborto

- Hemorragia é o elemento mais comum, o fluxo sanguíneo na fase de ameaça é menor do que na interrupção inevitável.
- Dor, sinal de contracção uterina.
- Não existem modificações cervicais.
- Útero aumentado de tamanho de acorde com o tempo de amenorréia

Aborto Inevitável:

- Hemorragia mais abundante que na ameaça, e é o sangue de cor viva.
- Dores intenso tipo colica, no hipogastrio.
- Modificações cervicais.
- Útero aumentado de tamanho de acorde com o tempo de amenorreia.
- Sem expulsão de restos ovulares.
- O quadro clínico, inconfundível, dispensa exames complementarios.

Aborto Incompleto:

- Hemorragia que não cessa, é intermitente, pode ser intenso e ocorre porque os restos ovulares impedem a contracção uterina adequada.
- Persistem as cólicas.
- A história revela expulsão de massa carnosa, geralmente não identificada.
- O útero é mole e têm volume aumentado, colo dilatado, sinais que indicam persistência de restos ovulares.

Aborto Completo:

- Há sangramento, dor e expulsão do ovo, logo cessam as cólicas e o sangramento reduz-se a perdas muito discretas.
- Só a evolução do caso confirma o diagnóstico.
- Útero de tamanho normal, menor que a amenorreia.
- Colo uterino fechado.
- A ecografia com utero vazio é indicação certa do aborto completo.

Aborto Retido:

- Há sinais de ameaça de aborto que desaparecem.
- Os sinais da gravidez desaparecem
- O crescimento uterino cessa
- As análises de urina para hcg tornam-se negativas
- O volume e a consistência das mamas voltam ao estado pregravídico

Aborto Séptico: A classificação clínica é de três formas:

Tipo I: A infecção limitada ao conteúdo da cavidade uterina.

- A sintomatologia semelha a do aborto completo ou incompleto.

- Elevação térmica (pouco acima de 38 graus c.)
- Estado geral bom.
- Dores discretas, contínuas, algumas cólicas.
- Não há sinais de irritação peritoneal, e a palpação do abdome, como o toque vaginal, é tolerado.
- Hemorragia escassa, restos ovulares fétidos (endometrite)
- Dor a compressão uterina (miometrite)

Tipo II: A infecção agora atinge todo o útero e anexos e comprometendo o peritônio pélvico.

- A hemorragia não é sinal relevante, o sangue escorre mesclado a líquido cujo odor é fecalóide (leucorreia fétida).
- Temperatura 39 graus c.
- Estado geral onerado com taquicardia, desidratação, paresia intestinal, anemia.
- Dores constantes e espontâneas.
- As contraturas dos músculos abdominais dificultam a palpação.
- O exame pélvico é impossível.
- Útero amolecido, colo entreaberto.

Tipo III: É infecção generalizada: peritonite, septicemia e o choque séptico.

- Temperatura elevada, mas nem sempre.
- Pulso rápido, filiforme.
- Hipotensão arterial.
- Abdômen distendido.
- Vômitos
- Desidratação acentuada (mucosas secas, olhos encovados, oligúria)
- Anemia e icterícia (hepatocelular ou hemolítica)
- As condições hemodinâmicas e infecciosas conduzem à insuficiência renal aguda. São comuns abscessos no fundo de saco de Douglas.

- Diagnóstico e diagnóstico diferencial.

O Diagnóstico se faz a través da clínica, e confirma-se com ecografia e dosagem hormonal (HCG).

O diagnóstico diferencial são as outras causas de hemorragia da primeira metade da gravidez:

- Gravidez ectópica
- Doença trofoblástica gestacional
- Metrorragias disfuncionais em pacientes com ciclos irregulares, oligomenorreicos.

- Tratamento médico e condutas de enfermagem, biossegurança e tratamento pré-referência

Ameaça de aborto:

- Repouso relativo.
- Proibição absoluta do coito
- Apoio psicológico, procurar tranquilizar a paciente.
- Controlo de sinais vitais
- Não devem administrar-se medicamentos porque não têm efeito na evolução da ameaça. Podem provocar anomalias no desenvolvimento

Aborto inevitável:

- Hospitalização imediata.
- Tomar amostra de sangue, e cateterizar imediatamente uma via periférica.
- Controlo de sinais vitais, com a finalidade de avaliar sinais de choque, e estabelecer a conduta imediata.
- Apoio psicológico.
- Preparar para interrupção da gravidez, o método depende da idade da gravidez:
 - Até 12 semanas se faz dilatação seguida de aspiração ou de curetagem.
 - De 12 semanas em diante, o ovo está desenvolvido e a cavidade uterina é volumosa, e suas paredes são finas e moles que o esvaziamento instrumental torna-se perigoso. A expulsão é acelerada pela administração de oxitocina em grandes doses: perfusão venosa de solução de 10 unidades em 500 ml de soluto glicosado. Simultaneamente dão-se analgésicos. Quando a hemorragia profusa não indica esperar-se pela expulsão ou se essa não se dá decorridas 8-12 horas, deve esvaziar-se o útero cirurgicamente.
- Os antibióticos são empregados profilaticamente

Aborto incompleto:

- Hospitalização imediata.
- Toma de amostra de sangue e cateterizar uma via periférica, administrar soro fisiológico com 40 unidades de oxitocina a gotejo rápido.
- Controle de sinais vitais, com a finalidade de avaliar sinais de choque (hipotensão, taquicardia).
- Apoio psicológico.
- Preparar para aspiração intrauterina.
- Logo da aspiração administrar 0,2 mg de metilergometrina via intramuscular.

Aborto completo:

- Usualmente evoluem satisfatoriamente e não necessitam esvaziamento cirúrgico.
- Controle de sinais vitais
- Controle de sangramento

Aborto retido

- Hospitalização imediata
- Tomar amostra de sangue, cateterizar uma via periférica, administrar soro fisiológico.
- Fazer estudos hematológicos, havendo ser investigada a coagulação.
- Esvaziar o útero, a técnica depende da idade gestacional.
- Tratamento antibiótico como profilaxia.

Aborto séptico

- Hospitalização imediata.
- Não administrar nada por via oral.
- Toma de amostra de sangue, cateterizar uma via periférica, administrar expansores de volume.
- Algaliar a doente.
- Controlar sinais vitais e sinais de alarme, para verificar a presença de complicações extremas (hipertermia, taquicardia, pulso filiforme, hipotensão arterial, abdômen flácido e distendido, vômitos, desidratação, anemia, icterícia, etc.)
- Iniciar tratamento antibiótico de amplo espectro, em forma precoce.
 - Penicilina 4 milhões EV cada 4 horas ou ampicilina 500 mg EV cada 6 horas + gentamicina 80 mg cada 8 horas EV + metronidazol 500 mg EV cada 8 horas.
- Administrar antipiréticos.
- Isolar (as técnicas de isolamento e antisepsia devem ser rigorosamente seguidas para evitar a transmissão da infecção a outros doentes).
- Corrigir anemia de ser necessário com sulfato ferroso ou transfusões sanguíneas.
- Logo de 6 a 8 horas de ter iniciado o tratamento antibiótico se procede ao esvaziamento do útero aspiração manual intrauterina, no tipo I. Nos casos complicados Tipo II e III é preciso uma laparotomia exploratória, que pode terminar numa histerectomia.
- Balanço hidroelectrolítico

• Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU)

A grande maioria das mulheres que procuram atenção de emergência para as complicações do aborto sofreram um aborto incompleto, o que significa que o útero não foi evacuado completamente e contém tecido residual. Se não é tratado oportunamente por meio de uma evacuação manual intra-uterina, o aborto incompleto pode causar hemorragia ou infecção, que podem resultar em morte. Em quase todos os casos, a aspiração manual intra-uterina (AMIU) sob anestesia local é o tratamento mais apropriado para as complicações pós-aborto. A AMIU é preferível à curetagem uterina.

Nos países em desenvolvimento, é fundamental substituir a curetagem uterina pela aspiração manual intra-uterina para tratar de complicações de até 12 semanas de gestação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a aspiração manual intra-uterina como o método mais adequado para tratar o aborto incompleto no primeiro trimestre.

O procedimento utiliza cânulas de Karman, com diâmetros variáveis, de 4 a 12mm, acopladas a seringa com vácuo, promovendo a re-tirada dos restos ovulares através da raspagem da cavidade uterina e por aspiração. Deve ser utilizada em gestações com menos de 12 semanas, dependendo do tamanho uterino, pois há necessidade do colo uterino ser justo à cânula para que o vácuo seja transferido da seringa para a cavidade uterina. Nos casos de abortamento infectado AMIU é a técnica de eleição.



Especificamente, comparado com a curetagem uterina, a AMIU com anestesia local oferece as seguintes vantagens:

- Aumenta o acesso da mulher à atenção pós-aborto,
 - Reduz o tempo de espera,
 - Reduz o risco de complicações durante o tratamento,
 - Reduz o custo da atenção pós-aborto,
 - Facilita os vínculos entre a atenção pós-aborto de emergência e os serviços de planejamento familiar.
- Cuidados integrados pós-aborto
É importante integrar os serviços de Planejamento familiar, no atendimento e cuidados pós-parto. As mulheres no período pós-parto devem estar informadas acerca das vantagens, para a sua própria saúde e a dos seus bebês, de planejar e espaçar a gravidez seguinte e perceber que é possível engravidar antes do regresso dos períodos menstruais. Se não amamentarem, o estado fértil pode restabelecer-se seis semanas após o parto.
 - Complicações do aborto: sepsis post-aborto e hemorragia post-aborto: Quadro clínico, tratamento medico e de enfermagem e tratamento pré-referência.
Se não houver intervenção imediata podem aparecer às seguintes complicações:
 - Hemorragia importante que compromete hemodinamicamente a paciente, e apresentar choque hipovolêmico.
 - Generalização da infecção desde o foco uterino comprometendo outros sistemas, sepsis.

O aborto deve ser tratado numa unidade sanitária com capacidade cirúrgica para realizar o esvaziamento uterino.

Encontra-se numa unidade sanitária de primeiro nível, deve-se transferir imediatamente a toda mulher com aborto, logo de fazer as primeiras medidas de enfermagem que são:

- Manter a via aérea permeável.
 - Cateterizar uma veia de grosso calibre, e administrar soro fisiológico, se o sangrado é abundante, cateterizar duas veias. Acrescentar 40 unidades de oxitocina num soro.
 - Colocar a paciente em ligeiro trem de Lenburg.
 - Realizar especuloscopia, e observe os orifícios cervicais, se estão abertos e pode entrar uma pinça de anel, e o sangramento é abundante, tentar retirar os restos placentários para diminuir a hemorragia, durante o transporte.
 - Administrar a primeira dose dum antibiótico via endovenoso:
 - Ampicilina 1 grama, ou
 - Metronidazol 500 mg, ou
 - Gentamicina 160 mg, ou
 - Transferir a uma unidade sanitária de maior complexidad
- Aborto espontâneo habitual: etiologia e diagnóstico; tratamento medica e de enfermagem

Definem-se quando há como mínimos três abortos espontâneos sucessivos.

Diagnostico:

É importante identificar a causa do aborto habitual para fazer o tratamento respectivo. Para o diagnóstico se utiliza os seguintes parâmetros:

- Ecografia
- Histeroscopia
- Hemograma e coagulo grama
- Biopsia do endométrio
- Dosagem de progesterona e de LH plasmáticos
- Testes de função tireoidiana
- Cultura cervicovaginal
- Investigação genética do casal.

Tratamento:

O tratamento depende da causa do aborto:

- Importante o apoio emocional.
- Consultas pré-natais semanais ou quinzenais até 20-22 semanas.
- Fatores anatômicos: Tratadas por cirurgia (laparotomia) ou histeroscopia.
- Alterações endócrinas: Administração de hormônios ou estimulação para sua secreção.
- Infecções: Tratamento antibiótico segundo a cultura.

- Incompetência cervical: Correção cirúrgica

B. Gravidez Ectópica

- Etiologia,
A gravidez ectópica é a implantação e desenvolvimento do ovo fora da cavidade uterina, é sinónimo de gravidez extra-uterina (tubária, ovariana, abdominal, intraligamentar ou cervical). A incidência é entre 0,3 a 1% das gestações.

Existem múltiplas teorias que tentam explicar a etiologia da gravidez ectópica:

- a. Atrasos na captação embrionária:
 - O ovo não foi captado após da ovulação, a fecundação se produz no fundo de saco de Douglas.
- b. Atraso na migração:
 - A trompa possui uma disfunção no transporte ovular, logo de 4 ou 5 dias da ovulação o ovo permanece nela, já seja por causa hormonal ou mecânica:
 - Hormonal: Um desbalanço entre estrogénio e progesterona, o aumento de estrogénio produz atraso na migração.
 - Mecânica: Processos inflamatórios que produzem aderências cicatrizes.
- c. Refluxo tubário:
 - O blastocisto logo de ter chegado a cavidade uterina normalmente, por alterações hormonais volta à trompa aos 6 a 7 dias após da ovulação.

Observa-se ultimamente o aumento de incidência de gravidezes ectópicas em diversos países, devido a:

- Prevalência acrescida das doenças sexualmente transmitidas
- Difusão dos métodos anticoncepcionais que impedem a gravidez intrauterina.
- Falhas da esterilização tubária
- Abortos induzidos e infectados
- Técnicas artificiais de reprodução
- Operações cirúrgicas na cavidade pélvica

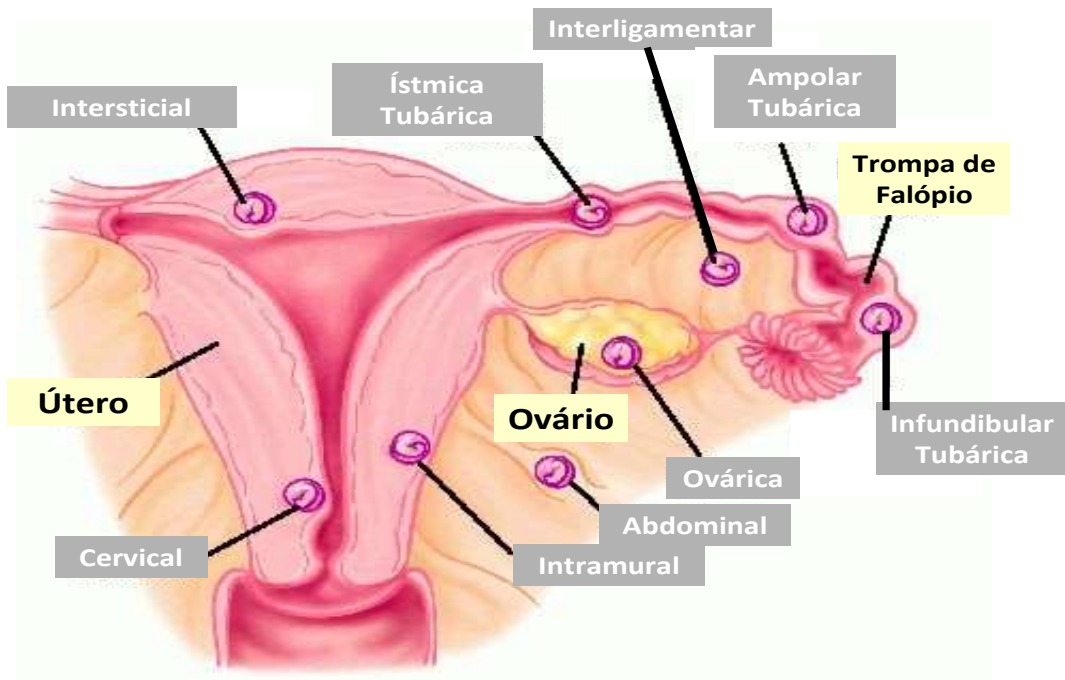
Fatores Predisponentes

- Idade materna. Mais freqüente nas mulheres maiores de 35 anos.
- Infecções genitais altas. A endossalpingite adesiva (tuberculosa ou gonocócica).
- Doença inflamatória pélvica, que deixam seqüelas, deformações, torções, fixações.
- Malformações tubárias.
- Tumores de vizinhança: dos cornos uterinos, do ovário, do ligamento largo, etc.
- Operações anteriores: laqueações tubárias, curetagens, abortos provocados, cirurgias pélvicas.
- Endometriose.
- Dispositivo intra-uterino. Nas usuárias do DIU a incidência de gravidez ectópica é maior do que a população geral. A permanência do DIU mais de 25 meses aumenta 3 vezes o risco da gravidez ectópica em relação às que mantiveram por curto período.

- Tipos de gravidez:

Pela sua localização:

- Tubária
É a implantação mais comum (90 a 95% dos casos). Pode ser:
 - Infundibular, quando acontece nas franjas do pavilhão da trompa.
 - Intersticial, quando acontece nas porções da trompa que percorre a parede uterina (1-3%)
 - Istmica, na porção média e mais estreita da trompa (10%).
 - Ampular, no terço externo da trompa, é mais frequente (75%)
- Ovariana
- Intraligamentar
- Cervical
- Abdominal



Pela complicação

- Gravidez ectópica complicada
- Gravidez ectópica não complicada

Em Moçambique a gravidez ectópica é a segunda causa de morte materna no primeiro trimestre da gravidez.

- **Quadro clínico: Sinais e sintomas**

Normalmente a mulher tem sintomas e apresenta sinais de início da gravidez, tais como amenorreia, entumescimento mamário, náuseas e frequência urinária aumentada.

Os primeiros sintomas da gravidez ectópica, como tal, são subtis, ou podem nem existir. A sintomatologia clínica ocorre em média 7 semanas depois do último ciclo menstrual normal, com variações entre 5 a 8 semanas. No início a mulher pode sentir:

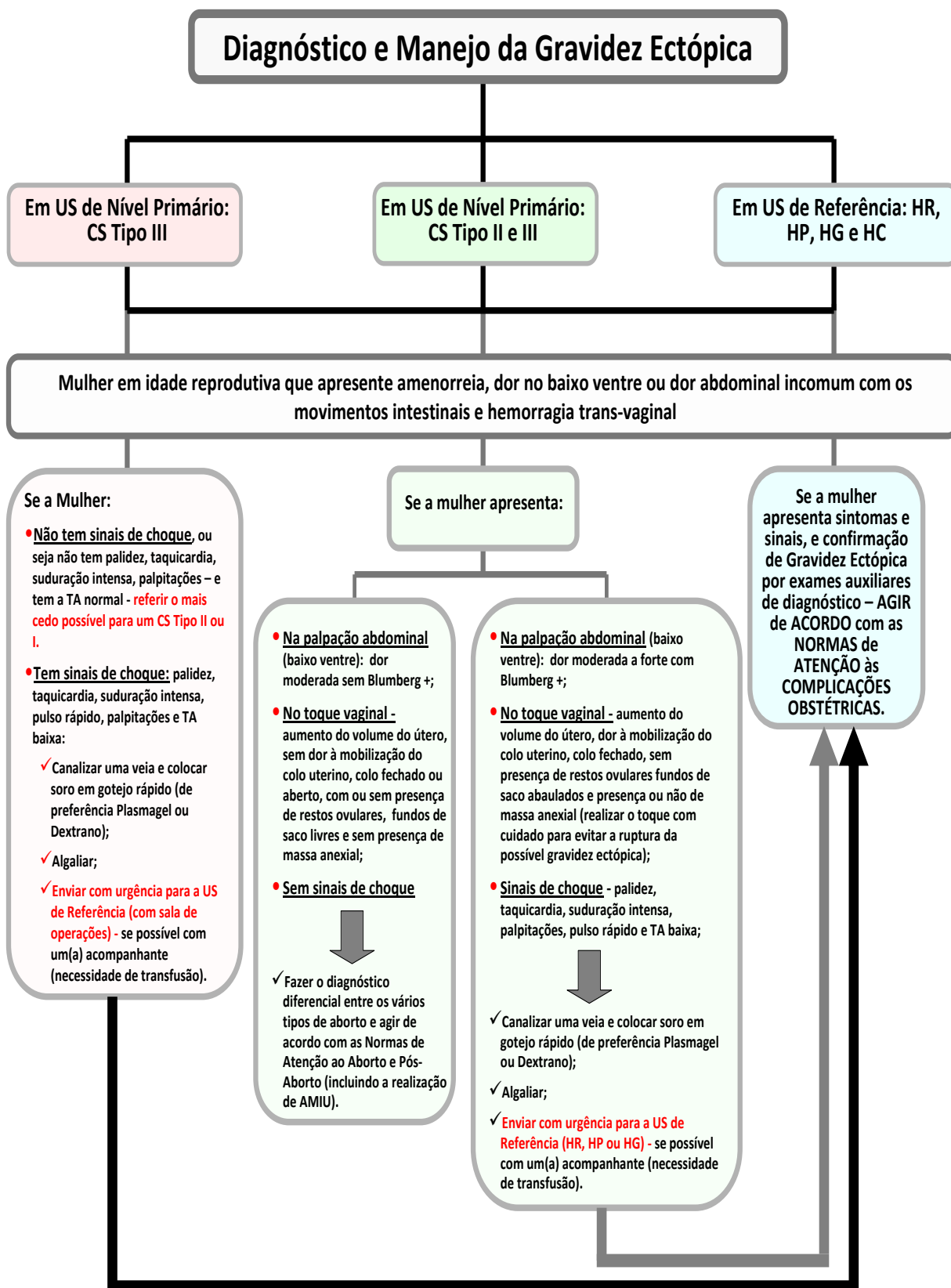
- Dor no baixo ventre;
- Dor ao urinar;
- Sangramento transvaginal geralmente leve;
- Dor com os movimentos intestinais.

Os sinais de ruptura da gravidez ectópica são mais intensos:

- Hemorragia transvaginal – com a morte do produto da concepção, a supressão da progesterona provoca a expulsão do endométrio – normalmente é um sangue escuro e espesso, semelhante à menstruação;
- Dor pélvica intensa, com sinais de irritação peritonal (Blumberg +) – devido à presença de sangue no abdómen;
- Palpação pélvica dolorosa – o exame ginecológico pode desencadear dor intensa, particularmente com a mobilização do colo uterino;
- Aumento do volume do útero – o útero pode estar um pouco aumentado devido à presença da progesterona;
- Distensão abdominal – quando a hemorragia abdominal é considerável;
- Sinais de choque – palidez, taquicardia, suduração intensa, palpitações, pulso rápido, e tensão arterial baixa;

Os sintomas da gravidez ectópica podem ser similares a outras doenças como: apendicite, desordens gastrointestinais, problemas no sistema urinário, doença inflamatória pélvica e outros problemas ginecológicos.

No entanto, é importante que numa mulher em idade reprodutiva que apresente amenorreia, dor no baixo ventre ou dor abdominal incomum com os movimentos intestinais, hemorragia transvaginal e útero aumentado mas sem correspondência com a Idade Gestacional-Suspeitar sempre de gravidez ectópica. Quando é possível numa unidade sanitária, solicitar um TIG ou Bhcg, e uma ecografia para confirmação do diagnóstico (principalmente no caso de gravidez ectópica ainda não rota). A complicação mais comum da gravidez ectópica é a ruptura com sangramento interno de intensidade variável que pode levar ao choque e morte em poucas horas. Por outro lado, a infertilidade ocorre em 10% a 15% das mulheres que tiveram gravidez ectópica. O seguinte é o fluxograma para o diagnóstico y tratamento.



- Diagnóstico e diagnóstico diferencial

- O diagnóstico presuntivo se faz através da clínica.
- A Culdocentese é uma manobra semiológica que orienta o diagnóstico. Consiste em fazer uma punção no fundo de saco de Douglas procurando a presença de sangue, a mesma que é incoagulável, escura que diagnostica hemoperitônio, sugestivo de gravidez ectópica.
- Entre os exames auxiliares que confirmariam o diagnóstico temos:
 - Determinação da subunidade beta da HCG.
 - Ecografia, visualização direta da gravidez ectópica a nível anexial.
 - Laparoscopia.

O diagnóstico diferencial se faz com:

- Aborto, neste o sangramento é profuso e com coágulos. O dor é central e tipo cólica, a amenorréia é maior e ao exame genital o útero tem características gestantes, o colo está entreaberto e não existe tumor para uterino.
- Doença trofoblástica gestacional, nesta o sangramento é acompanhada com vesículas, o útero é de maior tamanho ao correspondente com amenorréia.
- Anexite, tumores do ovário, realiza-se em base a falta dos sinais e sintomas de gravidez.
- Apendicite aguda a dor começa no epigástrico para logo instalar-se na fossa ilíaca direita.

- Tratamento médico e conduta de enfermagem,

A Gravidez Ectópica requeira um tratamento de urgência médico-cirúrgico, devido ao imediato desenvolvimento das complicações (choque hipovolêmico) com anemia aguda que pode levar a morte da paciente.

As primeiras medidas de enfermagem são:

- Manter vias aéreas permeáveis
- Canalizar duas veias de grosso calibre, e administrar expansores de volume.
- Tomar amostra de sangue para análise.
- Algaliar a paciente.
- Controlar sinais vitais em procura de sinais de choque (taquicardia, hipotensão)
- Balanço hidroelectrolítico
- Preparar a paciente para provas diagnósticas (Culdocentese).
- Preparar a paciente para cirurgia.
- Uma vez estabilizada a paciente, procede à cirurgia. O tratamento cirúrgico quando é precoce, a paciente está em boas condições e se deseja filhos pode-se preservar a trompa gestante retirada o ovo e assegurada à hemóstase com cuidadosa salpingoplastia.

- Biossegurança e tratamento pré-referência

Se a paciente é diagnosticada em um estabelecimento que não tem as condições cirúrgicas necessárias, transferir imediatamente logo de realizar as primeiras medidas perante a hemorragia:

- Manter vias aéreas permeáveis.
- Cateterizar duas veias de grosso calibre, e administrar soro fisiológico a gotejo rápido.
- Algaliar
- Manter em posição de trem de lençol ligeiro

C. Mola Hidatiforme

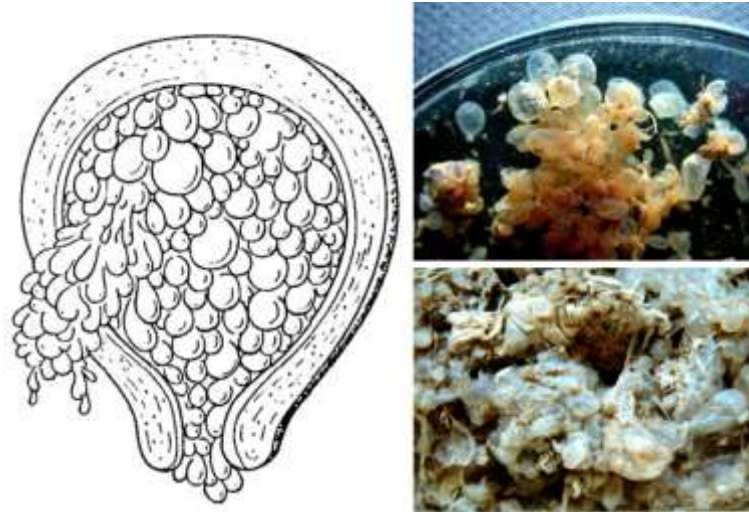
A Doença Trofoblástica Gestacional é um grupo de alterações degenerativas e proliferativas do trofoblasto. A Mola Hidatiforme, trata-se de uma proliferação descontrolada do tecido viloso. Em condições normais, o trofoblasto penetra no endométrio, a mucosa que reveste o útero, e emite vários prolongamentos, denominados vilosidades coriônicas, onde são produzidas as trocas entre o sangue materno e o fetal. Contudo, no caso da mola hidatiforme, as vilosidades coriônicas desenvolvem-se de maneira anômala, evidenciam um crescimento celular excessivo, não formando vasos sanguíneos e acumulando líquido no seu interior, o que proporciona a constituição de um aglomerado de vesículas em vez do tecido placentário normal. A formação anômala da placenta impede o desenvolvimento do embrião, que é absorvido. A mola hidatiforme é assim um tumor benigno constituído por uma aglomeração de vesículas de 1 a 10 mm de diâmetro repletas de líquido, semelhante a um bago de uvas pequenas, que vai progressivamente ocupando o interior do útero.

Outras formas de Doença Trofoblástica Gestacional podem ser:

- Corioadenoma destruens (mola invasora).
- Coriocarcinoma

- Etiologia

Apesar de ainda se desconhecer a causa da mola hidatiforme, sabe-se que esta afecta principalmente as mulheres muito jovens e as mulheres com mais de 40 anos, maioritariamente as que já tenham sido mães. Pensa-se que a sua origem possa estar relacionada com factores ambientais, hábitos dietéticos ou com infecções genitais crónicas, e particularmente com factores hereditários.



Tipos de mola:

- Parcial: Caracteriza-se pela presença de pequenas vesículas hidrópicas, entremeadas de tecido trofoblástico normal, existência de feto e/ou amnio.
- Completa: Apresenta grandes vesículas, ausência de feto e amnio.

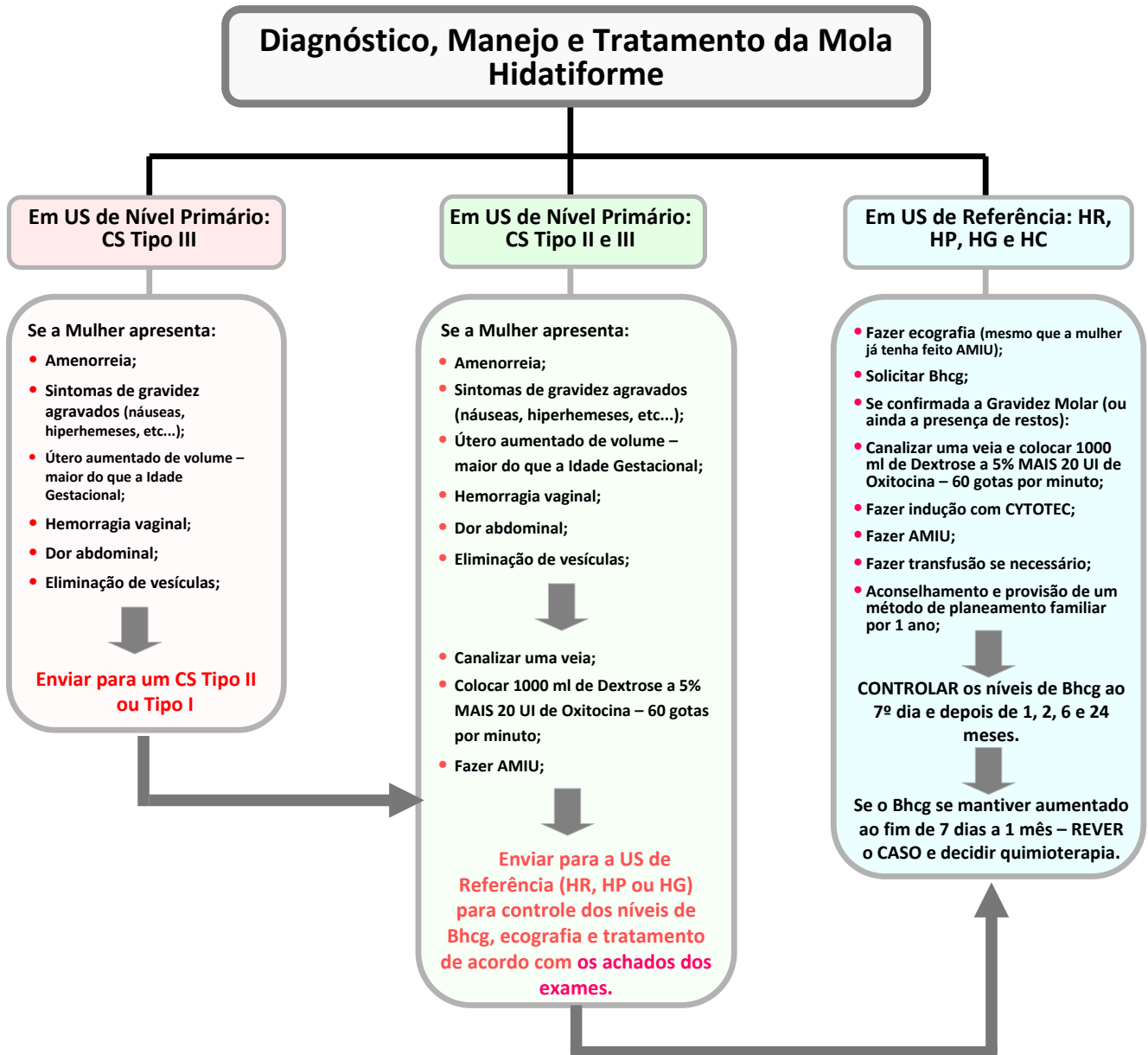
- Quadro clínico

- De início, os sinais e sintomas do seu desenvolvimento são semelhantes às de uma gravidez normal, embora muito mais acentuados, sobretudo em relação ao aparecimento de náuseas e vômitos.
- Conforme a mola vai evoluindo, o útero vai aumentando de tamanho de forma exagerada não condizendo com a idade gestacional, e é mole à palpação.
- A mulher vai, na maioria dos casos, emagrecendo e evidenciando uma notória palidez.
- Não se palpam partes fetais, não se ausculta foco fetal e não existem movimentos fetais
- Como a mola tem a tendência para, ao fim de um certo período de tempo, se desligar do endométrio, costuma originar hemorragias vaginais, de início pouco abundantes, existindo igualmente vesículas correspondentes a fragmentos da mola que podem mesmo ser eliminadas pela vagina, o que provoca um aborto molar, ainda que o tecido anómalo apenas seja totalmente expulso em alguns casos raros.

- Diagnóstico

- O diagnóstico presuntivo baseia-se nos achados clínicos.
- A ecografia no segundo trimestre é a fase ideal para a caracterização da mola hidatiforme.
- Dosagem do hCG, é um valor complementar à ecografia no diagnóstico da mola. Na maioria dos casos os níveis obtidos no primeiro trimestre não diferem dos da gravidez normal.
- O Diagnóstico diferencial pode ser feito com ameaça de aborto e gravidez ectópica.
- A principal complicação é a hemorragia excessiva com repercussão hemodinâmica (choque hipovolémico).

O seguinte o fluxograma é proposto pelo MISAU



- Tratamento médico-cirúrgico e condutas de referência
 - Realizar as primeiras medidas de enfermagem que são:
 - Manter vias aéreas permeáveis
 - Canalizar uma veia de grosso calibre, e administrar expansores de volume.
 - Tomar amostra de sangue para análise.
 - Controlar sinais vitais em procura de sinais de choque (taquicardia, hipotensão)
 - Preparar a paciente para evacuação uterina aspirativa.
 - Logo de iniciada a aspiração colocar uma infusão de oxitocina (20 a 30 UI em 500 cc de glicose 5%) a gotejo rápido.
 - Todo o material esvaziado deve ser enviado para anatomia patológica para estudo e diagnóstico definitivo.
 - Administrar antibioticoterapia profilática segundo indicação médica.
 - Vigiar o sangramento e involução uterina após do esvaziamento.
 - É indispensável o seguimento da mola hidatiforme após o seu esvaziamento, durante um ano, em fase da possibilidade, já referida de malignização, que varia entre 6 e 10% dos casos.
 - Recomendar métodos anticoncepcionais orais durante o seguimento.

Complicações:

Caso não se proceda ao tratamento adequado e atempado, a mola hidatiforme pode penetrar na parede uterina e perfurá-la, provocando o aparecimento de hemorragias muito intensas que podem colocar a vida da mulher em risco.

A infecção é frequente pois não existem membranas para impedir a ascensão de microorganismos;

Os quistos luteínicos podem romper-se e provocar hemorragia abdominal;

A Pré-Eclampsia e Eclampsia é frequente, devido à abundância de material vesicular. Esta é a única situação em que a Pré-Eclampsia/Eclampsia ocorre antes das 28 semanas de gestação.

No entanto, o principal perigo corresponde à possível transformação maligna do tecido molar e à consequente formação de um coriocarcinoma, o que ocorre em cerca de 10% dos casos

HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GRAVIDEZ E NO TRABALHO DE PARTO

A Placenta Previa

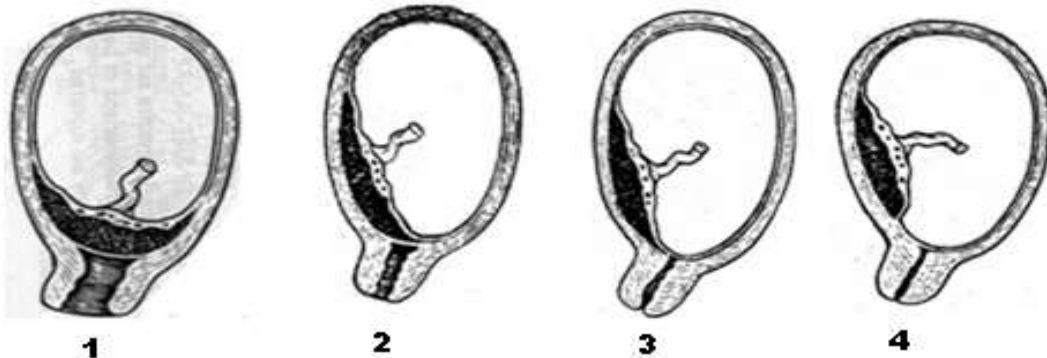
- Definição, Etiologia, formas clínicas,
É a implantação da placenta, total ou parcialmente, nas regiões do segmento inferior do útero a partir da 22ª semana, embora o diagnóstico de certeza só possa ser feito a partir da 28ª semana, devido ao fenómeno de pseudo-migração placentar. A incidência é de cerca de 1 em cada 200 partos aproximadamente 0,5 a 1% das gestações, e sua frequência é maior nas múltiparas e nas mulheres maiores de 35 anos.

A etiologia é desconhecida, sendo os fatores predisponentes mais importantes os seguintes:

- Idade avançada
- Multiparidade (relacionada com alterações do endométrio no local onde se deu a implantação da placenta nas gravidezes anteriores, tornando os locais anteriores de implantação menos propícios para a implantação da placenta na gravidez actual).
- Gravidez múltipla e tabagismo (a placenta precisa de crescer mais para compensar a necessidade aumentada de transporte de oxigénio e nutrientes, levando a um maior risco de se estabelecer uma placenta prévia por causa da superfície maior da placenta)
- Lesão do endométrio ou miométrio (cesarianas curetagens ou outros procedimentos cirúrgicos no útero)
- Fibromiomas ou outras anomalias ou infecções uterinas, como endometrites anteriores
- Placentas grandes - por apresentarem maior superfície de inserção na parede uterina, mais frequentes na gestação de gêmeos.
- Placenta prévia em gravidezes anteriores;

Formas clínicas podem ser:

- Completa** - a placenta cobre totalmente o orifício interno do colo
- Parcial** - a placenta cobre parcialmente o orifício interno do colo
- Marginal** - somente o bordo da placenta alcança o bordo do orifício interno do colo
- Lateral ou Baixa** - encontra-se no segmento inferior não atingindo o orifício do colo.



- Quadro clínico:
 - Principal sintoma é a hemorragia que aparece usualmente no último trimestre da gravidez, sem causa aparente é indolor e progressiva, de início e cessar súbito. Geralmente não é intensa mas por vezes é abundante e de cor viva cor vermelha rutilante.
 - Em geral o útero não está contraído e não há sofrimento fetal
 - Há com frequência apresentação anormal (situação transversa e apresentação pélvica) e se a apresentação é cefálica está anormalmente alta e móvel.
 - O diagnóstico baseia-se fundamentalmente no quadro clínico e ecografia se possível.
 - Batimentos cardio fetais presentes
- Diagnóstico e diagnóstico diferencial.
O diagnóstico se faz a través da:
 - Anamense: A hemorragia vaginal indolor é o sinal cardinal. Esta pode começar a qualquer momento no final da gravidez, de forma inesperada, sem dor, em quantidade moderada, e o sangue é vermelho vivo sem coágulos. Normalmente as perdas de sangue cessam espontaneamente, mas reaparecem frequentemente com intervalos mais curtos e quantidades maiores à medida que a gravidez prossegue.

- Ao exame Obstétrico: O Tônus uterino é normal, ou seja sem contracções se a mulher não está em trabalho de parto. Quando em trabalho de parto, o útero está completamente relaxado e indolor no intervalo entre as contracções. A apresentação fetal está alta e móvel devido ao bloqueio da placenta. A frequência de apresentações pélvicas e de espádua é elevada. A frequência cardíaca fetal está normal.
- Ao exame com especulo: Nas unidades sanitarias de Nível Primário (CS Tipo III, II e I) não se deve fazer exame especular. Nas US com capacidade cirúrgica e de transfusão de sangue, e sem ecógrafo, quando já está tudo preparado para cesariana, pode ser feito o exame especular (Ver Conduta e Tratamento).
- Ao toque Vaginal: Está **EXPRESSAMENTE PROIBIDO o TOQUE VAGINAL** pois pode provocar uma hemorragia extremamente abundante, com risco de choque hipovolémico materno, morte materna e fetal. Quando o profissional de saúde o faz percebe como um colchão o massa mole antes da cabeça do feto.
- Ecografia Abdominal: Permite diagnosticar o tipo de Placenta Prévia, avaliar a Idade Gestacional e a vitalidade/maturidade fetal, e se existe algum grau de acretismo. É importante recordar a evolução da anatomia uterina durante a gravidez - numa fase precoce da gestação, a placenta pode cobrir o orifício cervical interno, no entanto verifica-se que à medida que o útero aumenta de volume e o segmento inferior se desenvolve, a placenta parece mover-se em direcção ao fundo uterino (migração placentar), indicando que antes das 28 semanas de gestação não se pode afirmar e confirmar o diagnóstico de PP, já que em cerca de 97% dos casos no termo da gestação o bordo inferior da placenta localizar-se-á longe do orifício cervical interno. É assim importante confirmar um diagnóstico provável de PP a partir da 28ª semana.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras causas de hemorragia da segunda metade da gestação:

- Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida.
- Rotura uterina
- Rotura de vasa prévia, quadro grave cujo diagnóstico se faz após do parto.
- Rotura do seio marginal da placenta, que em geral não implica risco maior para mãe e feto e que é diagnosticado também após do parto avaliando a placenta.

- Conduta obstétrica e enfermagem, biossegurança e tratamento pré-referência

O manejo da paciente com placenta prévia depende de:

- Quantidade de sangramento
- Idade gestacional,
- Tipo de placentação
- Apresentação fetal
- Presença ou não do trabalho de parto.

Se a paciente tiver menos de 36 semanas de gestação deve-se adotar uma conduta expectante:

- A mulher deve ser hospitalizada num hospital com capacidade cirúrgica e mantida em repouso no leito até que a hemorragia seja estabilizada.
- O monitorio fetal (avaliação freqüente do foco e/ou cardiografia diária) é obrigatória devido ao risco de hipóxia fetal.
- A avaliação laboratorial deve incluir um hemograma completo, grupo sanguíneo e exames de urina.
- A ultra-sonografia confirma o diagnóstico clínico e permite avaliar a idade gestacional.
- Na presença de sangramento intenso que leve a um risco materno ou fetal, a interrupção da gestação é mandatória.
- O parto vaginal poderá ser escolhido somente nos casos de placenta lateral ou marginal.
- A cesariana é preferível na maioria dos casos.
- Uso de transfusões precoces reduz a mortalidade Peri-natal, (só quando absolutamente indicado).
- Se a hemorragia continua faz-se cesariana seja qual for à idade gestacional.
- Se a hemorragia cessar: Com idade gestacional superior ou igual há 36 semanas faz-se cesariana se a placenta for prévia total.

Prevenção

- A placenta prévia não apresenta uma profilaxis específica, mas é possível detectar a população em risco e uma vez identificada deve-se realizar um diagnóstico precoce através da ecografia. Para isto é importante um atendimento pré-natal de qualidade.

Tratamento

Feito o diagnóstico de placenta prévia, duas condutas orientam o tratamento da placenta prévia:

1. Tratamento expectante: Se a hemorragia não é muito importante e a idade gestacional é menor de 37 semanas:
 - Hospitalização imediata

- Repouso absoluto em decúbito lateral esquerdo.
- Medidas perante a hemorragia:
 - Vias aéreas permeáveis.
 - Cateterizar uma veia de grosso calibre e administrar expansores de volume.
 - Tomar amostra de sangue
- Controlo de sinais vitais para vigiar sinais de choque.
- Proibição dos toques vaginais.
- Investigar maturidade pulmonar fetal, se não esta presente, induzir com uso de corticóides.
- Se o quadro permite, se esperará até a maturidade pulmonar fetal para realizar cesariana.
- Se incrementar o sangramento ou há sinais de hipovolemia, recomenda-se a interrupção da gravidez por cesariana.

2. Tratamento ativo

Se a hemorragia é profusa e/ou a idade gestacional é maior de 37 semanas:

- Hospitalização imediata
- Medidas perante hemorragia:
 - Manter vias aéreas permeáveis, e favorecer a oxigenação.
 - Cateterização de via endovenosa, e administração de expansores intravasculares.
 - Toma de amostra de sangue.
- Controlo da vitalidade fetal.
- Controlo de sinais vitais para vigiar sinais de choque.
- Interrupção imediata da gravidez segundo indicação médica.
 - Na placenta prévia marginal ou lateral, e se não há contra-indicação obstétrica pode-se realizar o parto vaginal com controlo estrito das perdas sanguíneas, efetuarem a manobra de Puzos, que consiste na rotura das membranas artificialmente com o objetivo de diminuir o sangramento através da compressão da placenta pela apresentação cefálica.
 - De aparecer alguma alteração, como aumento da hemorragia, falta de descida da apresentação, ou aparição de sofrimento fetal agudo, realizar imediatamente a cesariana.
 - Se a placenta prévia é oclusiva se realizará cesariana.
- Hemotransfusão, de acordo aos valores de hemoglobina e hematocrito.
 - Cuidados pós-operatórios de rotina, tomando maior cuidado nos sinais vitais (hipotensão), e as perdas sanguíneas.

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 CIRÚRGICA!
 - ✓ 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.

- Complicações da placenta previa, prognóstico materno-fetal

Maternas:

Morbi-mortalidade materna elevada devido a:

- Hemorragia grave com choque e morte materna,
- Maior probabilidade de ocorrência de placenta accreta,
- Descolamento precoce da placenta normalmente inserida

Fetais

Morbi-mortalidade peri-natal mais elevada devido a:

- Atraso de crescimento intra-uterino
- Prematuridade
- Anemia fetal

- Medidas de Referência

Se a paciente é diagnosticada em um estabelecimento que não tem as condições cirúrgicas necessárias, transferir imediatamente. Se estiver com sangramento ativo, transfira logo de realizar as primeiras medidas perante a hemorragia:

- Manter vias aéreas permeáveis.
- Cateterizar duas veias de grosso calibre, e administrar soro fisiológico a gotejo rápido.
- Algalhar.
- Manter em posição de trem de Lemberg ligeiro.

B Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida

- Definição, Etiologia, formas clínicas,

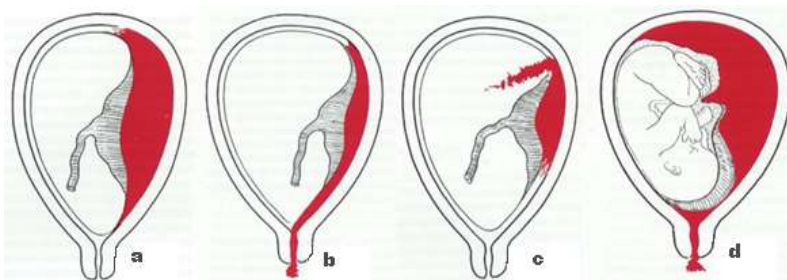
É a separação tempestiva total ou parcial da placenta implantada no corpo do útero, antes do nascimento do feto, em gestações de 20 ou mais semanas completas. Ocorre em aproximadamente 0,5 a 3,5% das gestações e se constitui em uma das mais graves complicações da gravidez, responsável por 15 a 25% de todas as mortes perinatais.

As causas do DPPNI não são totalmente conhecidas, mas podem contudo dividir-se em traumáticas e não-traumáticas.

- As causas traumáticas, de origem:
 - a) externa – como acidentes, traumas, ou devido a práticas de manobras obstétricas da versão cefálica externa; e
 - b) interna - como cordão umbilical curto, escoamento rápido do líquido amniótico no polidrâmnios, retração uterina após o parto do primeiro gêmeo, hipertonia uterina (primária ou por abuso de ocitócicos), entre outras.
- As causas não-traumáticas: constituem as causas mais importantes, com destaque para os chamados fatores predisponentes: hipertensão arterial na gravidez (em 50% dos casos), multiparidade, idade materna avançada, passado obstétrico carregado, relato de DPPNI em gestação anterior, cesariana anterior, restrição do crescimento intra-uterino, corioamnionite, gemelaridade, macrossomia, diabetes mellitus, ruptura de membranas por tempo prolongado, tabagismo, álcool uso de drogas ilícitas. A mulher que tenha tido dois DPPNI anteriores tem 25% de risco de recorrência na gestação seguinte.

O descolamento pode apresentar:

- a. Hematoma retroplacentário oculto - o sangue coagulado fica aprisionado atrás da placenta e será eliminado somente após o parto - não há hemorragia externa visível (cerca de 20% dos casos);
- b. Parte da hemorragia descola as membranas e flui para o exterior (em 80% dos casos);
- c. Ocasionalmente, o sangue pode atingir a cavidade ovular através de uma solução de continuidade da membrana e causar o hemoâmnio (sangue no líquido amniótico);
- d. Mais raramente, quando as membranas se rompem tardiamente e se encontram totalmente deslocadas pelo sangue, o peso do hematoma retroplacentário e o da placenta podem condicionar a rotação intra-uterina do feto, e prolapso da placenta;



Em qualquer destes casos, o sangue pode penetrar nas camadas da parede uterina, dando ao útero uma cor azulada-rosa - chamado "Útero de Couvelaire". No descolamento parcial, se uma superfície suficiente da placenta se mantiver intacta, o feto pode sobreviver até ao parto. Se o descolamento é completo ou quase completo, a morte fetal é imediata.

- Quadro clínico;
O descolamento prematuro da placenta normalmente inserida é um processo de começo tempestuoso, subitâneo, caracteriza-se pelos seguintes sinais e sintomas:
 - Dor hipogástrico agudo com intensidade variável crescente.
 - Hipertonia uterina (sinal patognomónico)
 - Hemorragia externa ou sinais de hemorragia interna com anemia aguda, hipotensão e choque (taquicardia, taquipneia e sudorese). Inicialmente a Hemorragia interna, depois exteriorizada, sangue escuro com coágulos.
 - Redução da diurese e palidez cutânea devido à vasoconstrição
 - Geralmente o foco é negativo. Quando o feto está vivo a auscultação pode mostrar uma taquicardia e irregularidades de frequência cardíaca fetal.
 - Sinais de anemia grave e de choque que não mantêm relação com as perdas sangüíneas externas.
 - Útero hipertónico, lenhoso.
 - Dificuldade na palpação fetal.
 - O toque vaginal revela as membranas tensas.
 - No exame físico geral a mulher apresenta: palidez cutânea e das mucosas; no início do DPP o pulso é cheio, com frequência dentro dos limites (depois o pulso se acelera francamente e torna-se fraco); a tensão arterial, antes elevada (em 50% dos casos), desce a níveis muito baixos, qualificando o estado de choque.

- Diagnóstico e diagnóstico diferencial.
O diagnóstico é clínico, devido à sintomatologia que é inconfundível.

Diagnostico Diferencial: faz-se com as outras hemorragias do terceiro trimestre:

- Placenta prévia
- Rotura uterina

- Conduta obstétrica e enfermagem, biossegurança e tratamento pré-referência
A conduta precoce é a única forma de reduzir a gravidade das complicações
- 1) A primeira medida deve ser a cateterização de uma veia de calibre adequado para:
 - Colocar hemacel ou Ringer rápido para reposição da volémia e evitar o choque
 - Fazer colheita de sangue para a tipagem sanguínea e avaliação laboratorial do estado geral e de coagulabilidade do sangue
- 2) Algalhar a paciente para medir fluxo urinário
- 3) Controlar os sinais vitais de 15 em 15 minutos.
- 4) Se a hemorragia é importante administra-se concentrado de glóbulos e plasma fresco congelado de forma rápida.
 - Se o trabalho de parto estiver adiantado (com dilatação de 6 cm ou mais) procede-se a amniotomia podendo-se aguardar o parto vaginal sempre sob vigilância contínua.
 - Nas restantes situações a cesariana é o melhor procedimento

Manejo do Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida (DPPNI)

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 ou em trabalho de parto e apresenta:

- Dor abdominal súbita e intensa;
- Hemorragia vaginal de cor vermelho escura e com coágulos;
- Útero hipertônico (sempre contraído);
- Frequência cardíaca fetal irregular ou ausente;

CONDUTA:

- **NÃO FAZER TOQUE VAGINAL**
- Avaliar sinais vitais: TA, Pulso, frequência respiratória, coloração das mucosas – palidez;
- Canalizar uma veia segura 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.

Se a Mulher está no 3º trimestre da gravidez ou em trabalho de parto e apresenta:

- Dor abdominal súbita e intensa;
- Hemorragia vaginal de cor vermelho escura e com coágulos;
- Útero hipertônico (sempre contraído);
- Frequência cardíaca fetal irregular ou ausente;

CONDUTA:

- Medidas Gerais:
 - ✓ Avaliar sinais vitais: TA, Pulso, frequência respiratória, coloração das mucosas – palidez;
 - ✓ Canalizar uma veia segura e corrigir o estado de hipovolemia;
 - ✓ Colher sangue para: hemograma completo, prova de coagulação, tipo sanguíneo, ureia, creatinina, sódio e potássio;
 - ✓ Solicitar sangue e plasma para transfusão;
 - ✓ Algaliar e medir diurese;
 - ✓ Se existe oxigênio, colocar (em caso de sofrimento fetal e dispneia materna);
- Medidas Obstétricas:
 - ✓ Considerar a via mais rápida de parto – ponderando as condições maternas e fetais, e a evolução do trabalho de parto:

VER NORMAS de ATENÇÃO ao PARTO e COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS.

Medidas de Referencia

Se a paciente é diagnosticada em um estabelecimento que não tem as condições cirúrgicas necessárias, transferir imediatamente logo de realizar as primeiras medidas perante a hemorragia:

- Manter vias aéreas permeáveis.
- Cateterizar duas veias de grosso calibre, e administrar soro fisiológico a gotejo rápido.
- Algaliar.
- Manter em posição de trem de Lenburg ligeiro.

- Complicações do descolamento prematuro da placenta normalmente inserida prognosticam materno-fetal.

Maternas

- Choque hipovolêmico
- Anemia grave
- Necrose cortical e tubular com insuficiência renal aguda
- Coagulopatia consumo local ou sistêmico dos fatores da coagulação, podendo evoluir para CIVD (coagulação intravascular disseminada)
- Hemorragia pos-parto
- Atonia uterina (Útero de Couvelaire)

Fetais

- Óbito fetal
- Asfixia neonatal

Prognóstico

- Materno:
A mortalidade materna chega a atingir 3% dos casos.
- Fetal:
Mais grave que o materno. A morte do produto ocorre, comumente, em 90% dos casos: 100% nos graves, nos moderados em 65% e nos leves em 25%

C. Rotura uterina durante o trabalho de parto:

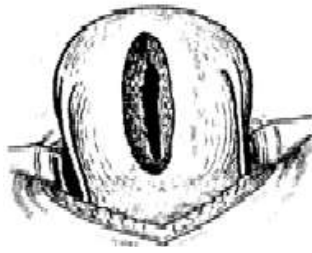
- Definição, Etiologia, formas clínicas,
É uma solução de continuidade do tecido muscular uterino que pode abranger total ou parcialmente a espessura uterina. É frequente nas múltíparas. É uma causa importante de mortalidade materna e morte fetal intra-uterina.

São reconhecidos dois tipos de causas:

- 1) Causas predisponentes: existem condições no útero que produzem a rotura uterina em maior ou menor grau, entre eles estão:
 - Multiparidade
 - Hipoplasias e malformação do útero
 - Cicatrizes de intervenções anteriores (seções Caesarean, especialmente o corporal; myomectomy, etc.)
 - Curetagem uterina à repetição, com afinamento dos músculos, van seguido de uma condição de gordura e hialina degeneração para a alteração da parede, tornando-se propensa a ruptura.
 - Placenta acreta.
- 2) Causas Determinantes que podem ser causados por:
 - Rotura espontânea: ocorre com o útero normal e com alguma patologia, devido a um hiperdistensão que ocorre no segmento inferior, que termina por exceder seu limite de conformidade. Entre as possíveis causas são mencionados: Hiperdinamia por obstáculo: anomalias da apresentação (apresentação transversal), pélvis estreita, tumor anterior (sentado no osso de pelve, Fibróide tumores, tumores de ovário, etc.), estenose Cicatricial do colo, volume excessivo do feto (gigantismo fetal, mas é especialmente na cabeça, hidrocefalia fetal), vícios de atitude (apresentações de frente ou rosto). Dinâmica normal: malformações anteriores, útero com cicatriz.
 - Fraturas traumáticas se originam produto de violência externa, que pode ser natural ou provocado.
 - Rotura natural: quedas ou contusão no abdômen como consequência de quedas da mulher.
 - Rotura provocada: por intervenções, perfuração por Curetas, manipulações intra-uterino (versão interna), manobra de Kristeller alta, uso incorreto de fórceps ou ventosa; uso incorreto de oxitocicos.

Formas clínicas classificadas do seguinte modo:

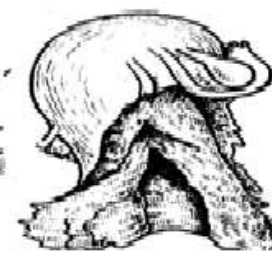
- Dependendo de sua causa: espontânea e traumático.
- Dependendo da sua localização: inferior ou corpo.
- De acordo com seu grau: completa e incompleta.
- Dependendo do tempo: durante a gravidez ou parto



Rotura na cicatriz anterior
duma cesariana



Rotura na cicatriz do
segmento



Rotura Espontânea

- Quadro clínico;

- Antes de ocorrer a rotura uterina, existe dor no segmento inferior que está muito distendido e fino, e surge o chamado "Anel de Bandle", que consiste na retracção do segmento inferior e é o sinal característico (patognomónico) da ameaça de rotura.
- Quando ocorre a rotura existe:
- Dor repentina seguida de paragem de contracções
- Sinais de choque, extremidades frias, pulso rápido, às vezes imperceptível, mucosas pálidas, transpiração, Tensão arterial baixa.
- Hemorragia vaginal que pode ser ligeira
- Palpação de partes fetais através do abdômen e ausência de foco
- Por vezes a urina é hemática.

- Diagnóstico e diagnóstico diferencial.

- A primeira coisa que chama a atenção, na ruptura iminente, é o estado anormal das parturientes a angústia que apresenta pela intensidade e persistência dos 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.
- Junto a este toque do Anel de Bandl, os ligamentos redondos são extremamente tensos sob a forma de cordão muito duro e doloroso
- Os sintomas de rotura uterina consumada aparecem, com o sinal patognomônico quase da cessação das contracções uterinas após uma dor súbita no o abdômen, quase sempre localizado no lugar topográfico que corresponde ao ponto da rotura
- Imediatamente depois, a mulher apresenta uma sensação de alívio pelo desaparecimento das contracções, mas ao mesmo tempo aparece um Estado sincopal de acordo com a intensidade do sangramento e a alteração da pressão intra-abdominal.

Diagnóstico diferencial

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

- Conduta obstétrica e enfermagem, biossegurança e tratamento pré-referência

- Colocar a doente com a cabeça mais baixa, elevando as pernas
- Apanhar 2 veias, colocar Hemacel, ou Ringer ou soro fisiológico. Não havendo qualquer destes soros administrarem o que tiver para compensar o volume de sangue perdido
- Se houver Laboratório e Banco de Sangue, 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 para uma unidade sanitária com recursos cirúrgicos.
- Cirurgia Imediata onde houver recursos

- Complicações da placenta previam, prognostico materno-fetal

A Rotura uterina é um acidente grave para a mãe e quase sempre fatal para o produto.

CHOQUE HEMORRÁGICO POR COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS NA GRAVIDEZ E PARTO

- Definição

É um estado agudo de insuficiência circulatória que se manifesta pela perfusão reduzida de sangue aos tecidos que determina anoxia dos mesmos e lesão nas células, produzindo inúmeras alterações metabólicas.

Fisiopatologia:

- No choque as células ficam desprovidas do suprimento adequado de sangue, de oxigênio e de elementos nutritivos.
- Elas obrigatoriamente têm que produzir energia através do metabolismo anaeróbico (sem oxigênio).
- Disso resulta baixa produção de energia a partir dos nutrientes e acidoses.
- Como resultado dessas alterações, cessa a função celular normal. Esta se faz edemática. A bomba de sódio-potássio se deteriora. As estruturas celulares são lesadas, acabando a célula por morrer.
- Para manter um suprimento adequado de sangue e oxigênio nas células é preciso ter:
 - Um volume adequado de sangue.
 - Uma bomba cardíaca eficaz.
 - Uma vascularização eficaz.
- Quando um componente desse sistema começa a falhar, os tecidos do corpo ficam mal per fundidos, começando então a síndrome do choque.

- Quadro clínico e Diagnóstico

- Pulso rápido, fraco (110 por minuto ou mais);
- Tensão arterial baixa (sistólica de menos do que 90 mm Hg).

Outros sintomas e sinais de choque incluem:

- Palidez (especialmente da mucosa das pálpebras, palmas das mãos ou à volta da boca);
- Transpiração ou pele úmida e fria;
- Respiração rápida (30 ou mais respirações por minuto);
- Ansiedade, confusão ou inconsciência;
- Excreção escassa de urina (menos do que 30 ml por hora).
- Sede excessiva (pedido de água)

- Avaliação inicial rápida para parturientes com uma complicação hemorrágica.

- Durante o pós-parto controlar constantemente o estado geral da puerpera, dando atenção especial à involução uterina, as perdas sanguíneas, pulso e tensão arterial.
- Em geral quando se observa taquicardia e hipotensão, sinais fáceis de reconhecer, pode indicar uma ameaça ou uma iminência de choque.

- Manejo do choque hemorrágico: Tratamento Médico e de Enfermagem

O tratamento do choque deve ser iniciado **PRECOCE E URGENTEMENTE**. É o objetivo fundamental de a terapia é de corrigir a alteração hemodinâmica. Nestes casos as medidas são:

- Manter vias aéreas permeáveis.
- **Cateterizar imediatamente duas veias de grosso calibre**, e iniciar a reposição volêmica com soluções eletrolíticas e colóides.
- Algalhar a doente
- Colocar a paciente em posição supina com as pernas elevadas, evitar a posição trem de Lemberg exagerada, porque as vísceras abdominais exercem pressão no diafragma e limitam os movimentos respiratórios.
- Controlo dos sinais vitais em procura de resposta ao tratamento (tensão arterial, pulso).
- Controlo do volume urinário para avaliar a resposta à reposição de fluidos.
- Administrar oxigênio através de uma cânula nasal com 3 a 5 l/min.
- Valoração constante do equilíbrio hídrico (monitorização cuidadosa dos ingressos e egressos assim como o peso diário).
- Valorar sinais e sintomas de sobrecarga líquida (crepitações pulmonares ou dispnéia).
- Se o choque se produz antes do parto ou intraparto, realizar monitorio fetal.
- Movimentar pouco a paciente para diminuir a demanda tisular de oxigênio.
- Procurar a causa e tratar-la.

Técnicas de reposição do balanço hemo-dinâmico:

Transfusão do sangue total e dos glóbulos vermelhos:

- A transfusão de glóbulos vermelhos acarreta o risco de uma transfusão incompatível e grave reações hemolíticas provocada pela transfusão.
- Os derivados sanguíneos podem transmitir agentes infecciosos – incluindo HIV, hepatite B, hepatite C, sífilis, malária e a doença de Chagas – à pessoa que recebe a transfusão.
- Quaisquer derivados sanguíneos podem tornar-se contaminados por bactérias e muito perigosos se forem incorretamente preparados ou armazenados.

Transfusão do plasma:

- O plasma pode transmitir a maior parte das infecções presentes no sangue total e também causar reações durante a transfusão.
- Existem muito poucas indicações claras para a transfusão de plasma (p. ex. coagulopatia) e os riscos muitas vezes pesam mais do que qualquer benefício para a mulher.
- O sangue que não tiver sido obtido de doadores adequadamente selecionados e que não tenha sido submetido ao despiste de agentes infecciosos transmissíveis (p. ex. HIV, hepatite) de acordo com as exigências nacionais, não deve ser utilizado para transfusões, a não ser em situações muito excepcionais de risco de vida.

- Técnicas para uma transfusão de sangue.

O princípio fundamental da utilização apropriada do sangue ou derivados sanguíneos é que a transfusão é só um dos elementos do tratamento da mulher. Quando ocorre uma perda de sangue rápida devido a uma hemorragia, cirurgia ou complicação de parto, a restituição rápida do fluido da circulação perdido é normalmente a necessidade mais urgente.

A transfusão de glóbulos vermelhos pode também ser vital para restaurar a capacidade do sangue para transportar oxigénio. Minimize o “desperdício” do sangue da mulher através da utilização de fluidos de restituição para ressuscitação

Antes de prescrever uma transfusão de sangue ou derivados sanguíneos a uma mulher, deve ter-se em mente, métodos para minimizar a perda de sangue, reduzindo assim a necessidade da mulher receber uma transfusão; tratamentos alternativos que podem ser dados, incluindo os fluidos de restituição intravenosa ou oxigénio, antes de tomar a decisão de efetuar uma transfusão; as indicações clínicas ou laboratoriais específicas para a transfusão; os riscos da transmissão de HIV, hepatite, sífilis ou outros agentes infecciosos através dos produtos sanguíneos disponíveis; benefícios da transmissão contra o risco, para essa mulher em particular; outras opções de tratamento se o sangue não estiver disponível a tempo; necessidade de uma pessoa treinada para monitorizar a mulher, e responder de imediato se ocorrer uma reação durante a transfusão.

É importante que o pessoal de saúde tenha em mente o seguinte:

- Receber a amostra de sangue juntamente com a solicitude e conferir os dados.
- Deve-se recusar amostra e/ou pedido que não estejam legíveis e completos.
- Classificar a amostra de sangue do paciente: ABO, Rh.
- Reclassificar a amostra do doador (ABO e Rh).
- Realizar a prova de compatibilidade entre o sangue do doador e do paciente.
- Emitir etiqueta com os dados do paciente: nome, e dados da utente, localização, grupo ABO e Rh e data de validade para transfusão.
- Inspeccionar o hemocomponente quanto ao aspecto e integridade do sistema e prazo de validade.
- Entregar o hemocomponente à equipe de Enfermagem que vai fazer a transfusão.
- Manter a amostra do sangue do paciente acondicionada no refrigerador se for necessário.

- Ressuscitação cardio-pulmonar

A ressuscitação cardio-pulmonar (RCP) é uma manobra que pode salvar vidas. É muito utilizada em emergências como no infarto do coração, afogamento e outras situações onde a pessoa não esteja respirando ou esteja sem pulsação. Idealmente, a ressuscitação cardio-pulmonar (RCP) envolve dois componentes: 2 respiração boca a boca, combinada com 15 compressões torácicas. No entanto, o que uma pessoa leiga realmente deve realizar depende do seu conhecimento e do quanto ela se sente segura. Quando o coração pára, a falta de sangue oxigena. A morte geralmente ocorre entre 4 e 8 minutos. Nestes casos é preciso antes de iniciar a RCP avaliar em que situação está a paciente (consciente ou inconsciente). Após 4 ciclos (de 15 compressões e 2 respirações) verificar se tem pulso

HEMORRAGIAS NO POST-PARTO DE CAUSA UTERINA

A. Atonia Uterina

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

Fisiopatologia

Logo do desprendimento da placenta o útero realiza a hemóstases da ferida com as contínuas contrações que comprimem os vasos e permitindo a formação dos trombos neles.

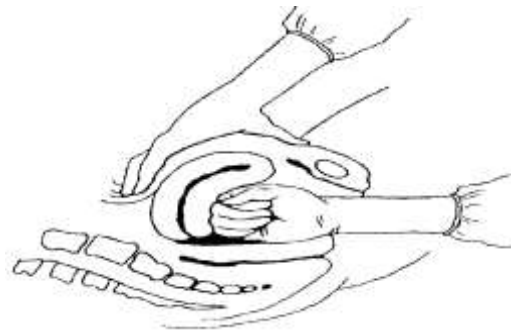
Qualquer alteração nestas etapas pode determinar uma hemorragia pós-parto.

- Interferência com a capacidade do útero de contrair-se: Placenta retida, Restos placentares ou de membranas, Bexiga cheia, Descolamento prematuro da placenta
 - Útero distendido: Gravidez gemelar, Polihidrâmnios, Feto grande, Miomas uterinos
 - Útero cansado: Multiparidade Trabalho de Parto arrastado
- **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**
A presença imediata a pós-parto de sangramento intravaginal abundante, de cor vermelho brilhante 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, biossegurança e tratamento pré-referência**
 - Continue a massagear o útero.
 - Use drogas oxitócicas que possam ser administradas em conjunto ou sequencialmente
 - Preveja a necessidade de sangue disponível atempadamente e faça a transfusão se necessário
 - Se a hemorragia continuar:
 - Verifique mais uma vez se a placenta está completa;
 - Se existirem sinais de fragmentos de placenta retidos (falta de uma parte da superfície materna ou membranas laceradas), faça uma revisão manual do útero para retirar os fragmentos da placenta.
 - Avalie a condição da coagulação usando um teste de coagulação à beira da cama. A não formação de um coágulo após 7 minutos ou de um coágulo mole que se desfaça facilmente sugere coagulopatia.
 - **Manobras para controlar a hemorragia no pos-parto**
Se, apesar dos procedimentos acima, a hemorragia continuar:
 - 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 abdômen 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.

Compressão bimanual do útero



- Alternativamente, comprima a aorta:
 - Faça pressão para baixo, com o punho fechado, por cima da aorta abdominal, diretamente através da parede abdominal:
 - O ponto de compressão é mesmo por cima do umbigo e ligeiramente para a esquerda;
 - As pulsações da aorta podem ser facilmente sentidas através da parede abdominal anterior no período pós-parto imediato.
 - 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.

Compressão da aorta abdominal e palpação do pulso femoral



O tamponamento do útero é ineficaz e desperdiça tempo precioso.

- Se, apesar da compressão, a hemorragia continuar, transferir a doente para uma unidade com capacidade cirúrgica.

- Complicações da Atonia Uterina: Prognóstico Materno
 - Choque
 - Morte Materna

B. Retenção da placenta

- Definição, Fisiopatologia
É uma patologia que pode ocorrer quando o útero se contrai insuficientemente (hipocinesias) ou as aderências placentárias adquirem caráter anômico anormal.

É causada pelo geral por antecedente de abortos prévios esta é a principal causa da retenção da placenta, por faltarem, na camada esponjosa, os processos biológicos (degeneração hialina, calcificações).

Outra causa pelo que a placenta não se desprende pode ser devido a que não ocorrem contrações uterinas normais que produz a dequitação normal. Esta atonia uterina é comum com grande distensão uterina (nascimento de gêmeos, hidrâmnio) ou parto prolongado. Também existem de alterações uterinas como os Miomas, malformações ou anormalidades da placenta. Outra causa pode ser a Placenta inserida em um lugar inapropriado como o corno uterino ou que está mau aderido. A retenção placentária é comum no nascimento prematuro. Finalmente outra causa pode ser devido a manobras de expressões uterino ou trações inadequadas.

Há fatores predisponentes tais como:

- 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

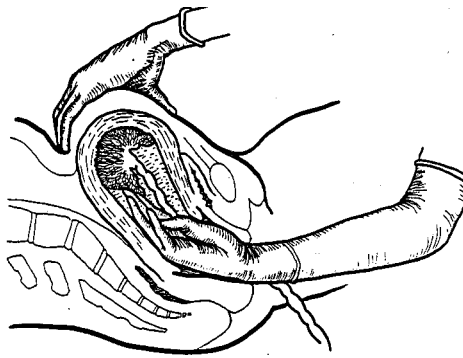
Formas Clínicas:

- Hipotonia: O útero não se há podido contrair ou esta fazendo-lo mal, a placenta permanece apegada ao sitio de implantação. O fundo uterino está elevado; a palpação o órgão tem consistência diminuída, paredes amolecidas e depressivas que não tem reacção ao estímulo manual.
 - Placenta Acreta: Poderá haver aderência anormal de toda ela ou apenas parcial à parede do útero, com penetração especialmente da camada esponjosa.
 - Placenta Increta: Quando o tecido corial penetra na musculatura uterina (Miometrio)
 - Placenta Percreta: Quando a invasão chega à serosa (Perimetrio) e chega por vezes a perfurá-la, podendo comprometer a bexiga e o recto (Placenta Acreta Destruens)
- Quadro clínico
 - Útero sobre distendido é mole e não tem tónus
 - As perdas hemáticas podem ser moderadas ou abundantes
 - Pode haver sinais de Pre-Choque ou choque
 - Descolamento não se produz.
 - Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial

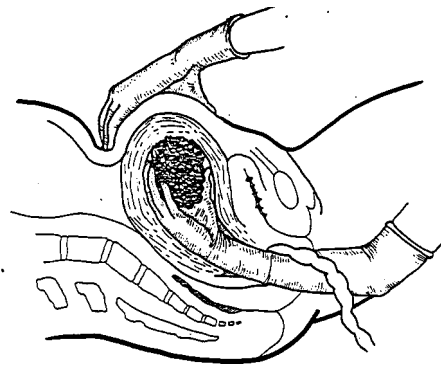
O diagnóstico de retenção de placenta se estabelece após de 15 minutos do nascimento e tendo feito uma tração moderada do cordão umbilical, a terceira fase não é alcançada.

O diagnóstico diferencial se faz com as coagulopatias.
 - Conduta obstétrica e enfermagem, biossegurança e tratamento pré-referência
 - Avalie a condição da mulher (Pulso, TA, Cor, Consciência, tónus do útero) e estime a quantidade de sangue que foi perdido. Se a mulher estiver em choque, certifique-se que tem as vias respiratórias abertas, vire a cabeça para o lado, dê oxigénio se houver, 4 a 6 litros por minuto, por máscara ou sonda nasal.
 - Tire o sangue para teste de compatibilidade e grupo sanguíneo e coloque um sistema endovenoso com soro ringer ou dextrose 5% - 1000ml com 40U de oxitocina que deve correr 40 gotas por minuto.
 - Esvazie a bexiga e mantenha-a vazia; tente a tração controlada do cordão. Se for bem sucedida, examine a placenta para assegurar de que está completa, mantenha o útero contraído com massagens no fundo
 - Se a tração controlada do cordão não for bem sucedida, deve-se fazer um exame vaginal com cuidado. Se a placenta estiver saindo através do colo, deve ser segurada com os dedos e firmemente retirada do útero, enquanto a outra mão apoia o útero através da parede abdominal
 - Se a placenta não pode ser expulsa, deve-se fazer a remoção manual depois de se dar expansores plasmáticos ou sangue se necessário.
 - Complicações da Retenção Placentar, Prognosticam materno
 - Sépsis
 - Morte Materna
 - Técnica de Remoção Manual da Placenta
 - Desinfetar à volta da vagina e área perineal com uma solução anti-séptica
 - Escovar 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 e estéril por cima da curta. Isto irá prevenir a introdução das bactérias a partir do braço.
- Introduzir uma mão com a forma de cone, afunilando as pontas dos dedos na vagina, enquanto a outra segura o cordão umbilical. Com uma rotação suave, vá pelo orifício cervical até a cavidade uterina. Siga o cordão até encontrar a placenta (uma vez a mão introduzida no útero não pode sair fora até ter separado a placenta e trazê-la consigo. Não deve introduzir e retirar a mão, pois aumenta o risco de infecção).
- Alcançar a placenta e procurar os bordos. Introduza os dedos da mão entre o bordo da placenta e a parede uterina. Com a palma da mão de frente para a placenta, use movimentos laterais para, com gentileza, separar a placenta.



Remoção manual da placenta



Mão dentro da cavidade uterina abraçando a placenta

- Quando toda a placenta estiver separada e na palma da mão, estimular uma contracção com a mão externa.
- Suavemente tirar a placenta com a mão exploratória, durante a contracção. Não puxar um pedaço de placenta porque ela pode separar-se do resto da placenta. As membranas seguirão a placenta expulsa. Puxe-as lentamente e cuidadosamente pois elas podem separar-se e ficar no útero, dando origem a hemorragia ou infecção.
- Examinar a placenta removida e verificar se está completa.

Depois de extraída a placenta:

- Explorar a cavidade uterina com a sua mão, para ver se há qualquer resto de placenta ou membranas.
- Friccionar o útero para ter a certeza que está contraída.
- Feita a remoção manual dar 10UI de oxitocina e 0,5 mg de metilergometrina (exceto nas hipertensas) IM ou EV e massageie o útero para ajudar a contrair-se.
- Se ainda existirem pedaços de placenta retidos e a mulher precisar de curetagem, faça-a de uma forma muito cuidadosa devido ao risco de perfuração uterina.
- Iniciar antibióticos de largo espectro e mantê-los por 5 dias (Ampicilina 1g IV de 6 em 6 horas e depois amoxicilina 1g e metronidazol 500mg oral de 8/8 horas oral) e sintometrina 0,5 mg de 8/8 horas durante 3 dias.
- Manter registos precisos. Se estiver num centro sem condições e necessita de transferir a doente com a placenta retida, deverá ter em conta todos os pontos referidos anteriormente mais a cobertura antibiótica com ampicilina 1g IV ou IM.

C. Rotura Uterina

- Quadro clínico da rotura uterina no post-parto imediato
 - Antes de ocorrer a rotura uterina, existe dor no segmento inferior que está muito distendido e fino, e surge o chamado “Anel de Bandle”, que consiste na retracção do segmento inferior e é o sinal característico (patognomónico) da ameaça de rotura.
 - Quando ocorre a rotura existe:
 - Dor repentina seguida de paragem de contracções

- Sinais de choque, extremidades frias, pulso rápido, às vezes imperceptível, mucosas pálidas, transpiração, Tensão arterial baixa.
 - Hemorragia vaginal que pode ser ligeira
 - Palpação de partes fetais através do abdômen e ausência de foco
 - Por vezes a urina é hemática.
- Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial
 - A primeira coisa que chama a atenção, no quadro de ruptura iminente, é o estado anormal das parturientes a angústia que apresenta a intensidade e persistência de dores. Pulso é acelerado e muitas vezes observam-se presença de febre. É notável o contraste que existe entre o corpo uterino contraído ao máximo e o adelgaçamento e sensibilidade dolorosa do segmento inferior.
 - Os ligamentos redondos estão extremamente apertados na forma de cadarço duro e muito doloroso.
 - Quando as contrações, não ocasionam uma síndrome de tectonismo uterino, ocorrem com intervalos cada vez mais curtos. O status do feto é quase impossível determinar por exploração externa. Ao toque, podemos encontrar uma apresentação encaixada ou fixa no estreito superior.
 - Os batimentos cardíacos do feto são percebidos com dificuldade devido à atividade contrátil do útero.
 - Quando se produz a ruptura uterina o sinal quase patognômico é a paragem brusca das contrações uterinas após uma dor súbita no abdômen, quase sempre localizado no ponto exato onde se fez a ruptura.
 - Imediatamente depois, a mulher se apresenta com uma sensação de alívio pelo desaparecimento das contrações, mas ao mesmo tempo aparece um estado sincopal de acordo com a intensidade da hemorragia e a mudança de pressão intra-abdominal.
 - À palpação, é possível detectar partes fetais muito perto da pele em uma atitude às vezes, facilmente variável. Pode encontrar a matriz completamente retraída na fossa ilíaca ou no flanco oposto a onde está às partes fetais.
 - Pelo toque, se a apresentação estiver encaixada, os sinais que sejam recolhidos não são importantes, mas se o feto virou na cavidade abdominal pode encontrar-se a solução de continuidade e apreciar o seu tamanho, direção e profundidade.
 - Pela auscultação pode comprovar-se a falta de batimentos fetais.
 - Os sintomas de ruptura incompleta são muitas vezes semelhantes ao acima descritos, mas sempre menos dramático. Adicionado a isso estão muitas vezes um sangramento que é em relação aos vasos feridos

O Diagnóstico diferencial se faz com:

- Placenta previa
 - Desprendimiento prematuro de placenta
 - Rotura del seno marginal de la placenta
- Conduta obstétrica e enfermagem, biossegurança e tratamento pré-referência
 - Colocar a doente com a cabeça mais baixa, elevando as pernas
 - Apanhar 2 veias, colocar Hemacel, ou Ringer ou soro fisiológico. Não havendo qualquer destes soros administrarem o que tiver para compensar o volume de sangue perdido
 - Se houver Laboratório e Banco de Sangue, deve-se dar sangue
 - Algaliar a doente
 - Administrar profilaticamente 1 grama de ampicilina IV, ou penicilina cristalina 4000000UI IV
 - Transferir a doente o mais rápido possível para uma unidade sanitária com recursos cirúrgicos.
 - Cirurgia Imediata onde houver recursos
 - Complicações da Rotura Uterina: Prognostico Materno
 - Choque
 - Morte Materna

D. Inversão uterina

- Definição

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 quando a inversão é completa.

Formas Clínicas



1º grau
(incompleta)



2º grau
(completa)

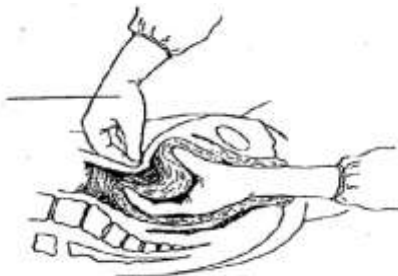


3º grau
(prolapso de útero invertido)

- 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 e Diagnóstico Diferencial
 - O sangramento é o sinal mais comum de manifestação da inversão do útero e pode mesmo chegar a grandes volumes. Choque é a principal complicação, acontecendo em cerca de 40 % dos casos.
 - Nestes casos a uma resposta neurológica para o útero invertido.
 - O sinal predominante é uma massa pélvica, principalmente se observa se o fundo do útero na vagina. Com a administração de ocitocitos, a massa pode erroneamente ser diagnosticada como um leiomoma do útero, o que pode ser descartado facilmente ao não apanhar se o fundo uterino na região abdominal.
 - Embora o diagnóstico é principalmente clínicos, pode utilizar se a ultra-sonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada de imagens especialmente em casos subagudos e crônicos com inversão de primeiro ou segundo grau.

O diagnóstico diferencial geralmente é difícil de ser feito pelo que tem que ser cirúrgico mais as patologias mais comuns são:

- 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, biossegurança e tratamento pré-referência
Se a inversão for reconhecida imediatamente nos primeiros 5-10 minutos faça a reposição da seguinte maneira:
 - Coloque uma mão no abdômen para exercer contrapressão, coloque a outra mão na vagina até encontrar o fundo do útero prolapsado. Aplique uma pressão constante e suave sobre o fundo que vai para cima através do canal de retracção até a posição normal do útero
 - Em seguida fazer metilergometrina 0,5mg IM e inicie um tratamento antibiótico.
 - Se a doente tiver hemorragia abundante tenha a mesma conduta da hemorragia pós-parto.
 - Nos casos em que a inversão é antiga (mais de 30 minutos), não tente a reposição. Faça ampicilina 1g EV e transfira a doente para um hospital com capacidade cirúrgica o mais rápido possível.



Reposição do útero

- Complicações da inversão uterina, Prognóstico materno.
 - Hemorragia Pós Parto e Choque, principalmente se a inversão é incompleta e não é diagnosticada imediatamente.
 - Infecção uterina e Sépsis
 - Necrose uterina pode ocorrer se o útero não for recolocado rapidamente. O anel de retração impede a circulação e assim há necrose que em situações raras pode chegar à amputação do útero e Choque Hemorrágico fatal.

HEMORRAGIA TRAUMÁTICA (LACERAÇÕES DO CANAL DO PARTO)

- Definição

São as soluções de continuidade das partes moles do canal.

- Lacerações do períneo:

As lacerações do períneo podem ser classificadas da seguinte maneira:

- Laceração do 1º grau:
Quando a laceração envolve a fúrcula, a pele do períneo e mucosa vaginal. Os músculos do períneo estão intactos.
- Laceração do 2º grau:
Envolve além das estruturas descritas no primeiro grau os músculos perineais.
- Laceração do 3º grau:
Quando a laceração estende-se ao esfíncter anal, para além das estruturas referidas no 2º grau.
- Laceração do 4º grau:
Quando a laceração atinge a mucosa rectal é algumas vezes designada lacerações do 4º grau.

- Parede vaginal e vulva:

As lacerações da parede vaginal podem estender-se até ao fórnix posterior ou lateral. Quando a laceração ocorre, nos 2/3 superiores da vagina chama-se laceração vaginal alta e geralmente esta associada à lacerações cervicais ou perineais.

- Lacerações do colo do útero:

- As lacerações cervicais, geralmente ocorrem lateralmente num lado ou ambos os lados.
- A laceração cervical alta pode envolver ramos da artéria uterina, causando uma hemorragia extensa.

Causas que originam as hemorragias traumáticas no puerperio imediato

- Má utilização da ventosa ou fórceps durante o parto,
- Também pode ser por toques vaginais a repetição que maltrata o colo uterino.
- Outra causa pode ser um período de trabalho prolongado onde a grávida faz esforço antes de chegar a dilatação dez.
- Multiparidade que faz que os tecidos do útero sejam muito moles e fáceis de quebrar.
- Fetos extremadamente grandes
- Patologias como o polihidramnios
- Cesarianas anteriores

- Quadro clínico e diagnóstico

- Há hemorragia do trato genital, com o útero bem contraído e firme.
- Nesta situação é necessário observar imediatamente o canal de parto para localizar o traumatismo.

- Conduta obstétrica e enfermagem, Biossegurança e Tratamento Pré-referência

Em todos os casos a conduta que se segue é:

- Colha sangue para teste de compatibilidade, hemoglobina, grupo sanguíneo e coloque um sistema endovenoso com Ringer ou dextrose a 5%, 1000 ml. e 20 unidades de oxitocina, para manter o útero contraído. Se a doente estiver em choque deverá ser colocado outro sistema endovenoso com expansores plasmáticos (Hemacel, Plasmagel ou dextrano 70).
- Coloque a mulher em posição ginecológica e utilize uma boa luz.
- Observe cuidadosamente todo o canal do parto e suture as lacerações com catgut cromado 2/0.
- Calcule a perda de sangue.
- Avalie os dados vitais da doente (pulso, tensão arterial, cor, consciência).
- Comece com antibióticos de largo espectro tais como: Ampicilina 1g IV de 6/6 horas durante as primeiras 24 horas, seguida de amoxicilina oral 1g de 8/8 horas e Metronidazol 500mg oral de 8/8 horas durante 5 dias ou mais nos casos severos.
- Mantenha os registos adequados.

Nestes casos se a doente não melhora o mais recomendável é transferir para a unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

TRABALHO DE PARTO PROLONGADO E OBSTRUÍDO

- Definições, fisiopatologia

Trabalho de parto prolongado ou arrastado considera-se quando a fase ativa está prolongada devido a causas funcionais (ex: má dinâmica uterina ou mecânicas ex: Pélvis estreita).

No trabalho de parto obstruído, é aquele em que apesar de haver contrações uterinas fortes o parto não pode progredir devido a factores mecânicos. O Trabalho de Parto Obstruído é uma das causas de aumento de morbi-mortalidade materna e peri-natal. No seguinte quadro faz um resumo das causas de parto obstruído:

Causas Maternas	Causas fetais
Pélvis estreita	Macrossomia fetal
Deformidade da pélvis	Apresentações viciosas ou anormais (fronte, face, mento posterior, espádua)
Miomas no segmento inferior	Malformações fetais (hidrocefalia, gémeos siameses, distensão abdominal fetal, etc.)
Estenose do colo ou vagina, muitas vezes cicatricial	Apresentação composta

- Quadro Clínico e Diagnóstico

- No parto Prolongado a fase ativa observa-se:

- Que a dilatação não se faz 1cm/h na nulípara ou 1,5cm/h na múltipara ou pode não ser verificar a descida da apresentação.
 - Nesta situação deve-se reavaliar a bacia, avaliar a apresentação e posição do feto e excluir uma desproporção feto pélvica, fazer hidratação intravenosa e glicose hipertónica (20 ml.),
 - Deve-se controlar o padrão das contrações e proceder a amniorexis caso a apresentação esteja encravada e a mulher seja seronegativa.
 - Se apesar das medidas anteriormente tomadas o trabalho de parto não evoluir estará certamente perante um trabalho de parto obstruído.

- Trabalho de Parto Obstruído

- Progressão anormal do partograma.
 - Pode palpar-se a apresentação fetal acima da sínfise púbica.
 - Ao toque vaginal pode detectar-se moldagem no caso de apresentação cefálica.
 - As contrações uterinas são muito fortes e frequentes podendo por vezes o útero estar hipertónico. Quando se atinge a exaustão uterina as contrações podem estar ausentes.
 - Sinais de Ameaça de Ruptura Uterina podem estar presentes (ver Ruptura Uterina)
 - Sinais de Sofrimento Fetal: Foco irregular ou bradicárdico e ou presença de mecónio espesso.
 - Morte Fetal Intra-uterina.

- Diagnóstico diferencial entre trabalho de parto prolongado e trabalho de parto obstruído

Parto prolongado	Parto Obstruído
Há alterações na fase ativa do trabalho de parto	Há alterações nas fases latente e ativa do trabalho de parto, se observa que pode demorar mais de 24 horas em total
Atividade uterina e muito fraca	Atividade uterina progride normalmente
Pode observar-se decida da cabeça fetal	Pelo geral a cabeça fetal encontra-se fora da pelve
O colo pode progredir normalmente a dilatação	Por perceber-se inflamação do colo
Os batimentos cardio-fetais podem estar alterados ao princípio com taquicardia e logo com bradicardia	Pelo geral os batimentos cardio-fetais não estão alterados

- Complicações do Trabalho de Parto Prolongado e Obstruído e Prognóstico materno e fetal com especial ênfase nas:

Fistulas Obstétricas.

- Muitas complicações podem surgir quando há trabalho de parto arrastado. A incidência da mortalidade e morbidade peri-natais aumenta.
- Cerca de 8% de todas as mortes maternas são devidas ao trabalho de parto obstruído e arrastado.
- Complicações do Parto Obstruído:
 - Rotura Uterina
 - Hemorragia Intra-parto
 - Lacerações do Canal de Parto
 - Sépsis Puerperal
 - Fistulas vesico-vaginais e recto-vaginais

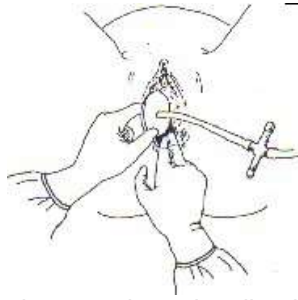
- Conduta obstétrica e de enfermagem, tratamento pré-referência

- Trabalho de Parto Prolongado
 - Colocar uma via que pode ser soro dextrose a 5% ou Ringer 1000 cc.
 - Algaliar a doente para evitar que a bexiga esteja cheia e não permita a descida da cabeça
 - Avaliar a vitalidade fetal (batimentos cardio fetais, movimentação).
 - Procurar que a grávida esteja em posição de cúbito dorsal
 - Enviar a doente para uma unidade sanitária com recursos cirúrgicos, acompanhada de guia de transferência detalhada.
- Trabalho de Parto Obstruído
 - Colocar um soro dextrose a 5% ou Ringer 1000 cc com 4 ampolas de salbutamol dentro do balão e correr a 40 gotas/minuto para diminuir ou parar as contracções.
 - Algaliar a doente
 - Administrar: Ampicilina 1g ou Penicilina Cristalina 4 000 000 UI/IV.
 - Enviar a doente para uma unidade sanitária com recursos cirúrgicos, acompanhada de guia de transferência detalhada.

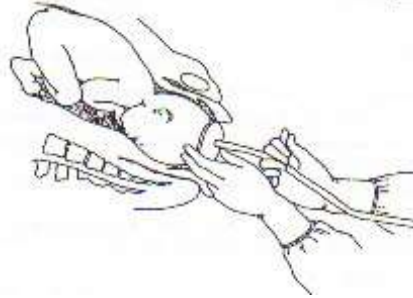
- Critérios e técnica para o uso da ventosa obstétrica

1. Fazer exame abdominal e vaginal para ter a certeza de que as seguintes condições estão presentes para a ventosa. Os achados devem incluir:
 - Bebê termo (crescimento fetal completo)
 - Apresentação vértice (cefálica)
 - Dilatação completa do cervix (o bordo anterior pode ser uma excepção)
 - Ruptura de membranas.
 - Ausência de moldagem do crânio fetal, ausência de caput, e plano de apresentação no III plano à palpação abdominal, o que indica ausência de desproporção céfalico-pelvica.
 - Bebê está vivo ou teve paragem cardíaca durante o trabalho de parto. (Se existe maceração fetal, a ventosa não funcionará correctamente)
 - Contracções presentes.
2. Explicar a mãe e sua família se possível o que se irá fazer e porquê, como isto pode ajudar a parturiente. Ajude-la a entender que irá a usar a ventosa para ajudá-la no trabalho de parto para que este seja fácil e rápido.
3. Preparar o equipamento. Conecte a bomba, tubagem, absorvente de muco, e copo. Use o maior copo possível. Teste a ventosa na palma da sua mão; deverá sentir uma sucção na sua mão. Alivie a pressão.
4. Se a mãe não é capaz de urinar, algaliar para ter a certeza que a bexiga esteja bacia e não retarda o segundo período.
5. A mãe deve deitar-se de costas com as suas pernas flectidas. Se não estiver disponível uma marquesa, ajudar a mulher a mover as suas nádegas para o bordo da mesa ou cama. As suas pernas devem ser seguradas por assistentes ou pela própria mãe
6. Fazer um exame vaginal para determinar a posição fetal e sua apresentação. Encontre a fontanela posterior. Ponha o copo sobre a cabeça bem flectida. Se a cabeça não estiver bem flectida, aplique o copo na mesma. Na direcção correcta puxe, a cabeça flectirá.
7. Limpar bem a cabeça do bebê com uma compressa seca.
8. Aplicar o copo
 - Segurar o copo de extracção na sua mão mais habilidosa
 - Separar os lábios com os dedos da outra mão.
 - Gentilmente puxe para abaixo o períneo para arranjar espaço para o copo
 - Segure o copo da ventosa com os dedos.

- Insira gentilmente o copo na vagina



- Recorde-se da posição da fontanela posterior e localize-la; pressione o copo para baixo e para dentro da vagina até que o copo toque o couro cabeludo.

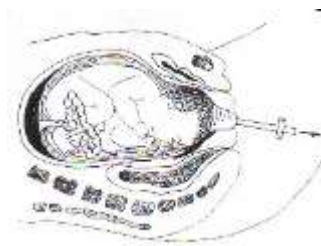


- Pressione o copo contra a parte do crânio fetal mais fácil de alcançar.
- Passe o dedo gentilmente por volta do borde do copo para ter a certeza que nenhum tecido materno foi apanhado por abaixo do copo

9. Aumenta a pressão

- Aperte o suporte da bomba para aumentar a pressão até 100 mmHg (milímetros de mercúrio).
- Reverificar para ter a certeza de que nenhum dos tecidos materno tenha sido sugado pelo copo, porque o copo pode sugar e danificar os tecidos maternos.
- Esperar pela contracção seguinte.
- Quando a contracção seguinte estiver começando, elevar a pressão da ventosa a 400 mmhg (15 polegadas hg) A pressão não deve exceder a 600 mmHg (22 polegadas hg)

PUXE PARA ABAIXO. Em direcção aos joelhos até que o vértice (cefálico) passe a sínfise púbica



- Encorajar a mãe a fazer esforço expulsivo longa e constantemente durante a contracção.
- Enquanto a mãe puxa, PUXE PARA ABAIXO segurando firmemente. Neste momento a cabeça do bebé fará uma rotação na velocidade e direcção do parto normal.



- Não gire nem abane o copo ou suporte; isto pode causar que o copo solte. O couro do bebê pode sofrer lesões (escoriações, sangramento e edema) quando o copo soltar.

QUANDO A CONTRACÇÕES PARAR:

- Reduzir a pressão a 100 mmHg.
 - Não puxe
 - Encorajar a mãe a respirar lenta e profundamente para relaxar.
 - A assistente (quando existe) deve verificar os batimentos do coração fetal.
 - Repetir o passo 10 até que o vértice da cabeça passe pela sínfise púbica. Geralmente 2 ou 3 vezes é suficiente. Devem notar-se progressos em cada contracção. Com cada contracção, direcione a cabeça para fora. A cabeça deve progredir sobre o perineo. Não deixe a pressão manter-se em níveis máximos (600 mmHg) por mais de 10 minutos do couro.
10. Expulsão do bebê
- A episiotomia pode ser necessária na primipara, para diminuir a resistência do perineo antes do bebê se apresentar na vulva.
 - Quando o bebê começar a apresentar-se no introito vaginal, durante a contracção seguinte com a pressão a 600 mmHg, puxe para acima.
 - Após a cabeça ter saído, alivie a pressão e continue com o trabalho de parto.
11. A ventosa em mãos capazes é mais segura para a mãe e bebê do que o atraso do trabalho de parto e/ou uma longa viagem ao hospital de referencia.
12. Após de trabalho de parto, cuidar do equipamento.
- A ventosa é um instrumento delicado. Segura com cuidado. Evite deixar cair ou bater sobre superfícies duras. Conservar em lugar limpo, seco e coberto.
 - Após o uso da ventosa no trabalho de parto, desinfetar e limpar para estar pronta para o próximo uso se necessitar. Atar a bomba, tubos, e ligar com um pano limpo embebido na solução desinfetante.
 - Limpar qualquer fluido que tenha entrado para a bomba durante o parto pelo bameamento de agua morna.
 - Não deixar fluidos secarem dentro da bomba.

TABELA DE CONVERSÃO DE VENTOSA

mmHg	Polegadas Hg	2 Lb/polegadas	2 Kg/cm
760	29.9	14.7	1.03
700	27.6	13.5	0.95
600	23.6	11.6	0.82
500	19.7	9.7	0.68
400	15.7	7.7	0.54
300	11.8	5.8	0.41
200	7.9	3.9	0.27
100	3.9	1.9	0.13

**Linha de
Pressão
maxima**

Cuidados com a bomba

Algumas bombas demonstram áreas de pressão seguras com diferentes cores. Vermelho significa que a pressão está muito elevada e é perigosa. Na tabela, a linha de pressão máxima é marcada para lhe lembrar que está a pressão mais alta que pode usar com uma ventosa

Limpeza e cuidados com a ventosa

- A ventosa é um instrumento delicado. Segure com cuidado. Evite deixar cair ou bater sobre superfícies duras. Conservar em lugar limpo, seco e coberto.
- Após o uso da ventosa no trabalho de parto, desinfetar e limpar para estar pronta para o próximo uso se necessitar. Atar a bomba, tubos, e ligar com um pano limpo embebido na solução desinfetante.
- Limpe qualquer fluido que tenha entrado para a bomba durante o parto pelo bombeamento de água morna. É importante fazer isto o mais rápido possível. Se o sangue secar ou aderir a sua bomba, isto destruirá a bomba.
- Não deixar fluidos secar dentro da bomba. Isto pode fazer com que a bomba não funcione. Para secar, bombear ar para dentro do equipamento até que seque completamente.

- Se estiver a usar tubagem ou copo reutilizável, deve desinfecta-lo, depois lavar com água e sabão. Enxugar bem, drenar a tubagem e secar completamente. Esterilizar ou fazer desinfeção segura do copo e tubagem antes de usar para o parto.

FALHA

- A extracção por ventosa falhou, se:
 - A cabeça não avança em cada tracção;
 - O feto não é expulso depois de 3 tracções sem nenhuma descida ou após 30 minutos;
 - A campânula escorregar da cabeça, duas vezes, na direcção apropriada da tracção com uma pressão negativa máxima.
- Todas as aplicações devem ser consideradas uma tentativa de extracção por ventosa. Não persista se não houver descida em todas as tracções.
- Se a extracção por ventosa falhar faça uma cesariana.

Complicações com o uso da Ventosa

As complicações normalmente resultam do não seguimento das condições da aplicação ou de esforços contínuos para além dos limites de tempo acima indicados.

Complicações Fetais

- Edema localizado do couro cabeludo (caput artificial) sob a campânula do vácuo é inofensivo e desaparece dentro de algumas horas.
- O cefalohematoma requer observação e normalmente desaparece dentro de 3-4 semanas.
- Podem ocorrer escoriações do couro cabeludo (comuns e inofensivas) e lacerações. Limpe e examine as lacerações para determinar se são necessárias suturas. A necrose é extremamente rara.
- A hemorragia intracraniana é extremamente rara e requer cuidados intensivos neonatais imediatos.

Complicações Maternas

Podem ocorrer lacerações do tracto genital. Examine a mulher, cuidadosamente, e repare quaisquer lacerações no colo ou vagina

DISTOCIAS FETAIS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- Definição

Na medicina, a termo distocia é usada quando o parto, ou nascimento vem de forma difícil. Isto pode ser o resultado das alterações das contrações uterinas, de uma posição anormal do feto, uma aparente desproporção céfalo-pélvica ou por anormalidades que afetam o canal mole do parto. No entanto, uma gravidez complicada por distocia muitas vezes pode chegar a termo com o uso de manobras obstétricas adequadas como os partos instrumentados, por exemplo, o uso de fórceps ou, mais comumente, por cesariana. Riscos reconhecidos de uma distocia incluem morte fetal, estresse respiratório, encefalopatia isquêmica Hipóxica e dano ao nervo braquial.

Os fatores que alteram a progressão normal do parto podem agrupasse em dois Distocias y Acidentes

Entre as Distocias temos a seguinte classificação:

- Distocias do motor ou dissidências (distocias da contractilidade uterina)
 - Distocia por diminuição da contractilidade uterina
 - Distocia por aumento da contractilidade uterina
- Distocias do Trajeto ou canal pelvico-genital
 - Distocia óssea
 - Distocia das partes moles
- Distocias do objeto ou de causa ovular
 - Excesso de volume fetal
 - Anomalias do cordão umbilical
 - Apresentações anómalas

As distocias fetais são causadas por alterações na situação, apresentação anormal, posição e atitude fetal; macrosomia fetal total ou parcial ou número de fetos. Eles podem ser considerados distocias absolutas que não permitem nascimento vaginal sem pôr em perigo a vida materna ou fetal; incluem: situação transversal, macrosomia fetal, Hidrocefalia e os gêmeos juntos. Outras distocias fetais são consideradas relativas porque não necessariamente evita o nascimento vaginal, pó exemplo: a apresentação da pelve, ma posição fetal, distocia de ombro, distocia corporal.

Fisiopatologia:

A fisiologia da mulher está adapta se para o crescimento do feto, mais acontece que em ocasiões o tamanho do feto pode ser maior e não permite a acomodação na pelve da mãe ou esta localizada de forma equivocada, normalmente as 22 ou 24 semanas de gravidez o pólo céfálico do feto vira orientado para abaixo mais a rotação pode ser impedida por má acomodação como:

- Apresentação de nádegas, ombro, rosto, testa e para uma menor bregma de extensão
- Apresentações complexas, quando um ou mais membros simultaneamente entrar no canal pélvico junto à cabeça ou nádegas.
- Macrosomia fetal
- Malformação gestacional como o siamês
- Malformações, tais como a hidrocefalia
- Caput subcedaneo
- Alterações genéticas no tubo digestivo do feto que pode ocasionar o polihidramios

- Classificação

1. Apresentações Cefálicas Defletidas:

- a) Bregma:

Nesta apresentação o osso occipital encontra-se na posição posterior da pélvis e ao toque vaginal toca-se a fontanela anterior.



Características da apresentação:

Atitude fetal : Indiferente (nem flexão, nem deflexão)
Ponto guia : Angulo anterior da fontanela bregmática
Ponto diagnóstico : Bregma
Nomenclatura : Bregmoiliaca (BI)
Diâmetro de encaixamento : Occipitofrontal (12 cm)

Diagnóstico:

- Pela palpação pode confundir-se com uma apresentação de vértice de variedade posterior.
- O diagnóstico faz-se durante o parto através do toque vaginal apanha-se a fontanela bregmática e percorrendo a sutura metópica apanham-se dum lado as vizinhanças da glabella e do outro lado pela sutura sagital percebe-se com dificuldade a fontanela posterior.
- O diagnóstico de variedade de posição se faz com o ponto guia. A mais frequente é a bregmoiliaca-esquerda-anterior (BIEA)

Conduta Obstétrica e de Enfermagem:

- A evolução espontânea ocorre em 85% dos casos.
- Avaliar o feto e a pélvis para descartar desproporção cefalo-pélvica (DCP). Se houver DCP transferir para cesariana, numa unidade com capacidade cirúrgica.
- Na ausência de DCP, proceder a um parto vaginal com uma ampla episiotomia se não tiver ocorrido à rotação para occipito anterior.
- Vigiar estritamente a evolução do parto
- Controlar dinâmica uterina, batimentos cardíofetais com frequência.
- Avaliar a progressão do trabalho de parto
- Hidratar a gestante
- Vigiar sinais de esgotamento materno
- Vigiar sinais de sofrimento fetal

Complicações:

- O parto espontâneo é possível, mas o trabalho de parto é prolongado.
- O desprendimento lento predispõe as lacerações do canal.
- Produzem uma mortalidade perinatal elevada por sofrimento fetal.

b) Fronte:

É a apresentação em que a parte apresentada é a frente. Nesta apresentação a cabeça não está flectida e toca-se a face e as arcadas orbitárias do feto.



Características da apresentação:

Atitude fetal : De deflexão moderada.
Ponto guia : A nariz
Ponto diagnóstico : Fronte
Nomenclatura : Frontoiliaca (FI) ou Nasoiliaca (NI)
Diâmetro de encaixamento : Ocipitomentoniano (13,5 cm)

Diagnóstico:

- Na palpação apanha-se o polo cefálico como um tumor arredondado mais elevado e saliente que na apresentação de vértice.

- Ao toque vaginal apanha-se a fontanela bregmática e percorrendo a sutura sagital não se consegue palpar a fontanela lambdoidea e do outro lado pela sutura metópica alcança a pirâmide nasal e aos lados as órbitas e globos oculares sem chegar ao mento.
- O diagnóstico de posição e variedade de posição se faz com o ponto guia. A mais frequente é a frontoiliaca-esquerda-anterior (FIEA) ou nasoiliaca-esquerda-anterior

Conduta Obstétrica e de Enfermagem:

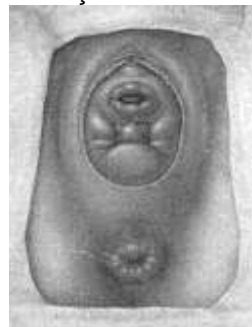
Transferir para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

Complicações:

- A cabeça encrava-se na área do estreito superior, tornando o trabalho de parto impossível pelas vias naturais.
- Anota-se elevada mortalidade perinatal ficando a materna também agravada.

c) Face:

É a apresentação cefálica em que o feto está com a cabeça em extensão máxima, apoiando o occipital no dorso, a face fica voltada para o canal do parto. Pode tocar-se a boca e o nariz do feto. A cabeça está mais deflectida do que na apresentação de frente.



Características da apresentação:

Atitude fetal	: De deflexão máxima
Ponto guia	: Pirâmide nasal
Ponto diagnóstico	: Mento
Nomenclatura	: Mentoiliaca (MI)
Diâmetro de encaixamento	: Submentobregmático (9,5 cm)

Diagnóstico:

- Na Palpação: Ao explorar o estreito superior encontra-se uma apresentação cefálica saliente, grande, dura, esferoide e excêntrica.
- Na Auscultação: O foco apanha-se mais para acima que na modalidade de vértice. Nas variedades anteriores os batimentos ouvem-se com muita intensidade.
- Ao toque vaginal: Apanha-se a linha facial representada pelo mento, boca, nariz, glabella, ficando a pirâmide nasal no centro e, nas extremidades, o mento e o bregma. No parto avançado, confunde-se a face com o polo pélvico, a pirâmide nasal ajuda no diagnóstico diferencial.
- Para o diagnóstico da variedade de posição se utiliza o ponto de guia, a mais frequente é a mentoiliaca-direita-posterior (MIDP).

Conduta Obstétrica e de Enfermagem:

Importa nesta situação saber onde se encontra o mento (queixo) fetal.

- Se o mento estiver posterior (junto ao sacro) o parto não se realizará porque a cabeça não se pode flectir e a conduta é a cesariana → Transferir para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.
- Se o mento estiver anterior a apresentação pode descer no canal do parto, a cabeça flecte-se e dá-se o parto.

Complicações das apresentações cefálicas patológica:

- A apresentação de cara evoluciona em geral espontaneamente, mas a morbimortalidade perinatal está aumentada.
- O trabalho de parto é mais prolongado, as lacerações das partes moles do canal são freqüentes, e o feto tem maior risco de apresentar hemorragias meningeas, pelo que o prognóstico fetal é mais sério, assim mesmo, a deflexão favorece a procidencia do cordão, e nos casos de circulares, podem ser comprimidas entre o dorso e o occipital fetais.

2. Apresentação pélvica:
Tipos de apresentação pélvica

- a) Apresentação Pélvica Completa, se as coxas e as pernas estão flectidas.



- b) Apresentação Pélvica Incompleta ou modo de nádegas, quando flectidas as coxas contra a bacia, as pernas se acham estendidas sobre a face anterior do tronco.



Diagnostico

- À palpação abdominal a cabeça encontra-se na parte superior do abdômen e as nádegas na pélvis.
- O foco fetal ouve-se num dos quadrantes superiores do abdômen.
- Ao toque vaginal identifica-se a pélvis fetal e ou os pés no canal de parto.
- Durante o trabalho de parto pélvico é freqüente o líquido amniótico apresentar mecônio espesso que é expulso pelo feto devido a força das contracções uterinas sobre o abdômen do feto.

Conduta Obstétrica e de Enfermagem:

Na evolução do trabalho de parto pélvico podemos considerar dois tipos de partos: Cesariana e parto vaginal.

- Indicações para cesariana na apresentação pélvica:
É obrigatória cesariana em toda a mulher com apresentação pélvica acompanhada de qualquer outra complicação nomeadamente:
 - Apresentação incompleta, modo pés; devido ao grande risco de prolapso do cordão
 - Feto grande, miomas, cesariana anterior
 - História obstétrica carregada (antecedentes de nados mortos e mortes neonatais)
 - Trabalho de parto arrastado

Todos os partos com apresentação pélvica deveriam ser assistidos em Hospitais com capacidade cirúrgica.

- Parto Pélvico Vaginal:
 - Deve-se efectuar numa mesa de parto com suporte para as pernas, ou deitando a parturiente transversalmente numa cama vulgar, com as nádegas no rebordo da cama e as pernas apoiadas em 2 cadeiras isto é importante para que o tronco fetal fique pendurado, ajude a descida da cabeça utilizando a força da gravidade.
 - Deve-se fazer uma episiotomia ampla no momento em que as nádegas aparecem na vulva
 - Deverá um assistente aplicar uma força moderada no fundo do útero, de modo a ajudar as forças expulsivas maternas e manter a cabeça flectida.
 - Não se deve tocar no feto até ao aparecimento de uma omoplata na vulva. No entanto, quando aparece o umbigo, uma ansa com o cordão umbilical deve ser feita, para evitar a tensão no cordão que irá impedir a circulação feto materna. Também possibilita o controlo do foco fetal pela palpação.
 - Quando aparece a omoplata, o tronco deve ser flectido para baixo sem tracção de forma a libertar o ombro anterior. Se necessário pode libertar-se usando o dedo indicador
 - Faz-se a rotação do tronco no sentido oposto para libertar o ombro posterior e levanta-se o tronco do feto para cima libertando também deste modo o ombro posterior
 - De seguida deixa-se o corpo do feto pendurado permitindo a descida da cabeça em flexão até que o occipital (raiz dos cabelos na nuca) apareça por baixo da sínfise púbica.

Por fim seguram-se e elevam-se os membros superiores do feto suspendendo o tronco verticalmente. Quando aparece a face um assistente deverá limpar e aspirar as vias aéreas. Quanto menor for a intervenção da parteira melhor serão os resultados.

- Deve-se evitar a tracção do feto para baixo pois poderá provocar a extensão dos membros superiores e da cabeça dificultando a saída do feto. Esta manobra é uma causa importante da morte fetal e lesões maternas.

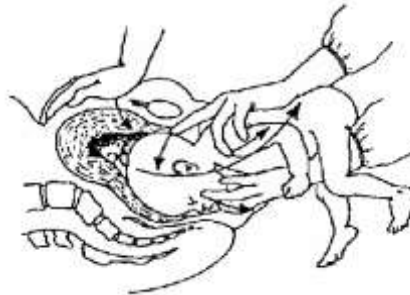
Extracção Parcial:

- Esta manobra deve ser efectuada quando existe uma paragem ao longo do parto vaginal e o feto se encontra em sofrimento.
- Segurando a pélvis fetal colocando os dedos polegares sobre o sacro com os dedos indicadores sobre a crista ilíaca fetal, faz-se uma tracção moderada ao longo do eixo do canal de parto, sempre com uma pressão no fundo uterino. Depois de se visualizar uma omoplata, procede-se o que já foi descrito na assistência ao parto pélvico vaginal.



Dificuldade da extracção da cabeça:

- Surge devido à extensão da cabeça, extensão de um ou ambos os braços, em presença de dilatação cervical incompleta, e por vezes na desproporção céfalo-pélvica.
- Introduce-se a palma da mão esquerda debaixo do tronco do feto, estendendo-se ligeiramente a cabeça fetal. O feto cavalga sobre o antebraço da parteira que introduz o dedo indicador e médio na boca do feto e traciona-o para baixo enquanto a outra mão atua sobre o occipital do feto empurrando-o. Estes dois movimentos efetuados ao mesmo tempo flectem a cabeça com ajuda do assistente que aplica uma força moderada no fundo do útero. Depois da flexão da cabeça com ambas mãos eleva-se o feto para cima se solta a cabeça.
- Esta manobra é a chamada manobra de Mauriceau e é utilizada quando o feto se apresenta com a face virada para o coxis materno.



Manobra de Mauriceau

- Se o feto se apresentar com o mento virado para a sínfise, aplica-se a manobra de Praga: Puxar o feto pelos ombros, colocando os 2 dedos no pescoço fetal, enquanto a outra mão eleva os pés do feto, para cima do abdómen materno.
- Caso se apresente com um ou ambos os membros superiores em extensão segura se o feto pela pélvis como já foi descrito na extração parcial, e faz-se a tracção do feto com rotação do tronco 90° com o dorso para cima, e um dos ombros em posição anterior. Depois segurando pelos pés eleva-se o tronco do feto e liberta-se o braço posterior. Para libertar o braço anterior faz-se o movimento para baixo.

Retenção da cabeça última:

- No caso de existir retenção de cabeça fetal por dilatação incompleta, a doente deve ser evacuada.
- Quando há desproporção cefalo-pélvica, a cabeça ficará retida. Passou o tronco por ser mais mole.
- Nesta situação é inevitável a morte fetal, e a doente deverá ser enviada para um outro centro com capacidade cirúrgica.

Complicações das apresentações pélvicas:

➤ **Dificuldades no desprendimento dos ombros:**

As dificuldades no desprendimento dos ombros são originadas pela deflexão dos braços (braços rendidos). A enfermeira deve conhecê-las e saber atuar prontamente. O levantamento dos braços não se observa quase nunca nos partos espontâneos, pois as contrações uterinas e a prensa abdominal mantêm os braços em sua atitude fisiológica. Uma das principais causas da deflexão dos braços é a tração intempestiva, precoce, efetuada sem indicação e no intervalo das contrações uterinas. Quando se nota resistência após o desprendimento das nádegas e de parte do tronco, é necessário investigar a causa. Deve-se evitar o pânico, investigando a posição dos braços. Pode ser útil elevar-se um pouco o feto para cima, a fim de liberar os braços da ação de cunha da cabeça. As manobras para auxílio ao desprendimento dos braços não deverão ser tentadas antes do ângulo inferior da escápula se tornar visível.

➤ **Dificuldades no desprendimento da cabeça:**

O parto da cabeça é o mais difícil e o mais perigoso para o feto. A cabeça pode estar retida na escavação, faltando apenas o desprendimento, ou pode estar retida no estreito superior. As causas de dificuldade no desprendimento da cabeça quando já insinuada devem-se a obstáculos nas partes moles (colo incompletamente dilatado, resistência exagerada da vulva e do períneo) ou a obstáculo das partes ósseas (vício pélvico do estreito inferior da bacia falta de mobilidade do cóccix). A cabeça retida no estreito superior pode ser devido à desproporção com ou sem anomalias congênicas ou a falha em manter-se o dorso fetal bem orientado para cima durante o parto.

3. Apresentação de espáduas

A distocia de ombro é definida como a falha na saída do tronco fetal como tal, o que exige manobras obstétricas adicionais para a extração do ombro Fetal durante o parto vaginal, depois de uma tração de cabeça. Outros especialistas falam que é a apresentação em qual o eixo longitudinal do feto esta perpendicular ao eixo longitudinal do útero. Existe a possibilidade que a apresentação seja oblíqua, quando o ângulo entre os eixos forma um ângulo de menos 90 graus com o eixo uterino. Então a cabeça e a pelve fetal ficam nas extremidades enquanto os pólos uterinos são vazios.

Suspeitamos de uma Apresentação Transversa Quando:

- A grávida acusa uma sensação de pressão em uma das fossas ilíacas (EXPLICAÇÃO: o peso da cabeça fetal esta daquele lado)
- O fundo uterino e mais baixo e não contem o pólo fetal
- O segmento inferior está vazio (não contem o pólo fetal)

Para Confirmar A Apresentação pode ser por ultrasonografia que determinará a posição viciosa do feto. Não confundir com a apresentação pélvica completa, quando o pé do feto pode ser confundido com a mão. A apresentação cefálica com precedência da mão do feto – pode palpar os elementos da face

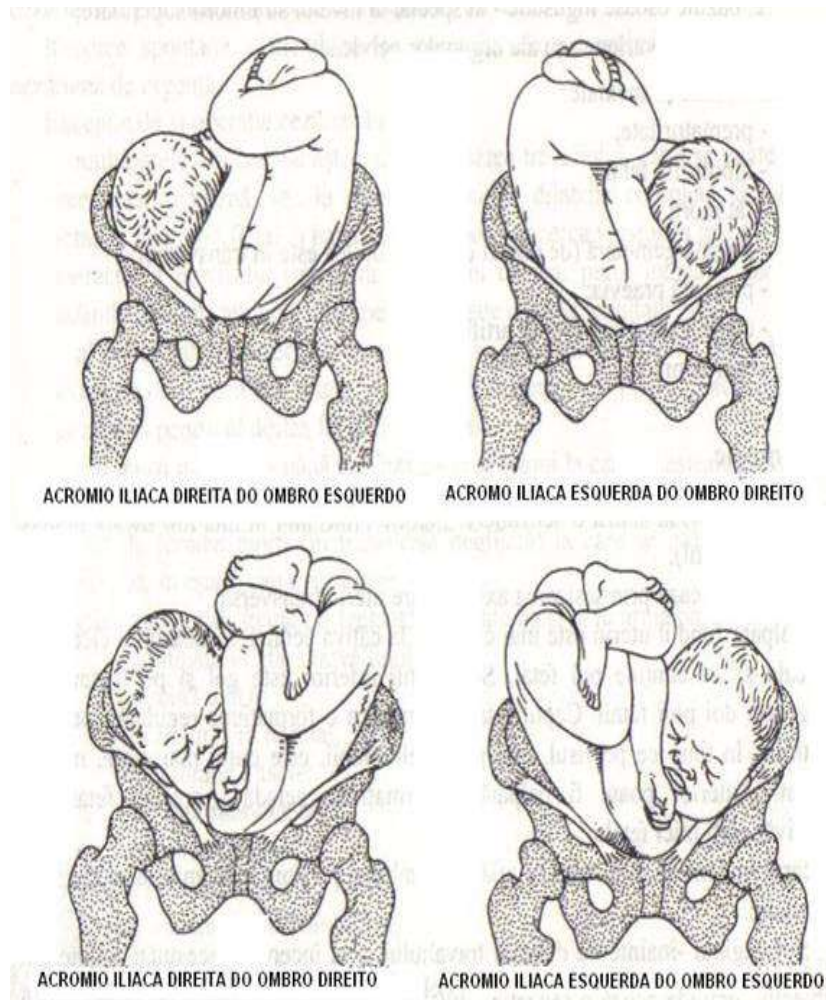
Causas:

b) Maternas:

- Malformações Do Útero
- Multiparidade
- Cesáreas Múltiplas
- Histreropexia
- Fibroma
- Distocias Especialmente Da Estreita Superior
- Tumores De Ovario

c) Fetais:

- Prematuridade
- Feto Morto
- Gravidez Múltipla
- Cordão Curto
- Placenta Praevia
- Idramnio



Conduta obstétrica e de enfermagem

A melhor solução, caso do feto vivo, e a cesariana. Geralmente falando, em caso de amniorrexe deve proceder urgentemente à cesariana.

Existem situações que podem fazer a exceção da cesariana:

- Multíparas, cujo trabalho de parto já começou – podendo ser feito a versão interna com grande extração
- Fetos morto, aborto, ou macerados esperando-se o parto via vaginal
- Fetos mortos (transversa desatendida) – indicados e a embriotomia
- Pode tentar fazer, também, a versão externa:
 1. Se o feto e fácil de mobilizar
 2. Se a bacia esta normal
 3. Se as membranas estão intactas
 4. Se não começou ainda o trabalho de parto
 5. Monitorizando os BCF
 6. Sé a gravidez for do único feto

Complicações da apresentação de espádua entre as principais têm:

- Rotura uterina
- Descolamento de placenta
- Lesões do cordão
- Tendência de recidiva em transversa

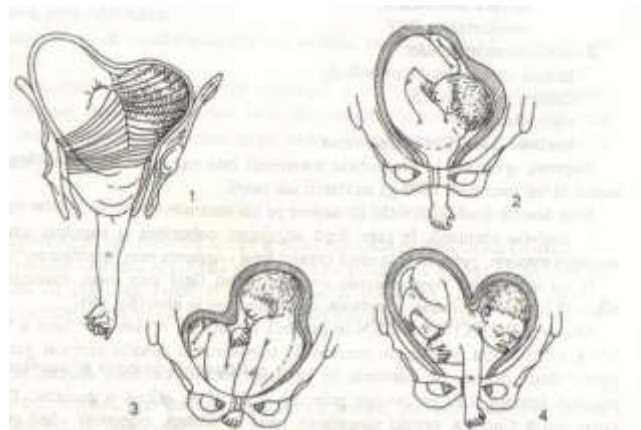
O parto espontâneo da apresentação transversa e excepcional e mesmo assim, ele esta acontecendo somente quando o feto estar morto.

A descida pode ser:

- Espontânea (ombro, tórax, pelve e depois crânio – parto em desenrolamento)
- Em “conduplicatio corpore”, quando o feto este morto, macerado, ele pode ser dobrado ao nível da coluna vertebral e esta expulso “em bloco”



Se deixar o parto evoluir espontâneo, nesta apresentação, evolui na direção do tal chamada "transversa desatendida", extremamente grave, porque pode produzir a rotura uterina. Neste caso, um membro superior vai "cair" pelo colo uterino, nesta situação as membranas rasgam se, o útero contraindo-se em cima do corpo fetal, o que favorece a rotura. Na apresentação desatendida o feto morre rápido.



Atitude Frente duma apresentação Transversa Desatendida:

- Urgentemente, cesariana. O feto morre rapidinho nesta situação, e se juntar a infecção amniótica e pior ainda
- Em caso de dilatação completa pode ser tentada a versão interna, mas o risco de rotura uterina e muito alto
- Caso que o feto já morreu pode ser efetuada embriotomia, e se as condições forem muito desfavoráveis (colo fechado, dilatação pequena) pode ser efetuada cesariana extra peritoneal, com drenagem de todas as áreas
- Caso de septicemia materna, pela infecção amniótica tem que ser feita histerectomia em bloco operatorio
- Em caso de rotura uterina o perigo de morte materna e enorme (a intervenção tem que ser feita em segundos). Neste caso, a histerectomia e necessária, acompanhada pelo antibioterapia e terapia intensiva para corrigir o choque hemorrágico.

Prognostico:

a) Materno: Reservado, a morte surgindo devido a:

- Roturas uterinas
- Multiparidade
- Patologia obstetrical

b) Fetal:

- Grave, a mortalidade sendo dada pelo:
 - Causas imediatas
 - Traumas
 - Prematuridade
 - Causas tardias:
 - Extensão de plexo braquial
 - Fraturas ósseas na clavícula ou osso umeral
 - Seqüelas neuropsíquicas dadas por prematuridade ou traumas obstétricos ou hipoxia.

PROLAPSO DO CORDÃO

- **Definição**
São alterações ou anomalias do cordão que podem perturbar o parto
- **Etiologia:**
 - Multiparidade
 - Rotura prematura de membranas.
 - Apresentações pélvicas e cormicas
 - Bacia estreita que retarda o encaixamento.
 - Placenta baixa
 - Inserção velamentosa do cordão
 - Polidramnio
 - Gemelidade
 - Cordão longo
 - Prematuridade
- **Formas Clínicas:**
 - a. A **procidencia ou procúbito do cordão** é a presença do cordão antes da apresentação, com as membranas intactas.
 - b. O **prolapso do cordão** é a presença do cordão antes da apresentação após da rotura das bolsas.
 - c. A **latero incidencia do cordão** é a fase transicional para procidencia ou prolapso.



Procidencia ou Procubito



Prolapso de Cordão

- **Diagnostico clínico**
 - É importante fazer o diagnóstico precoce para evitar a morte fetal.
 - Na procidencia, o diagnóstico pode ser feito através do toque vaginal onde os dedos podem identificar através das membranas, o cordão umbilical móvel e pulsátil.
 - A latero incidencia só é diagnosticada pelo toque intra-uterino, o sofrimento do feto, agravado a cada contração, poderá sugerir o diagnóstico.
 - O diagnostico do prolapso é mais fácil, palpa-se o cordão na vagina e, às vezes, ele ultrapassa a vulva, sendo reconhecido até pela paciente.

Prognóstico Fetal:

É reservado para o feto. A mãe não é afetada diretamente, o feto é quem sofre as conseqüências. A mortalidade fetal esta aumentada em relação direta ao tempo de duração do prolapso

- **Conduta Obstétrica**
Depende da pulsatilidade do cordão e do estadio do trabalho de parto.
 - Administre oxigênio a 4-6 litros por minuto por máscara ou sonda nasal.
- **Pulsção do cordão:**
 - Se o cordão estiver a pulsar, o feto está vivo.
 - Diagnostique a etapa do trabalho de parto por meio de um exame vaginal imediato.
 - Se a mulher estiver no primeiro estadio do trabalho de parto, em todos os casos:

- Coloque a mulher na posição geno-peitoral



- Também pode usar se a posição de trem de Lemberg



- Usando luvas esterilizadas, insira uma mão na vagina e empurre a parte apresentada para cima para diminuir a pressão sobre o cordão e desalojar a parte apresentada da pélvis;
- Coloque a outra mão no abdómen na região supra-púbica, para manter a parte apresentada fora da pélvis;
- Uma vez que a parte apresentada esteja firmemente segura acima do bordo pélvico, remova a outra mão da vagina. Conserve a mão sobre o abdómen até à cesariana;
- Se disponível, administre 0,25 mg de salbutamol, diluído em 10 ml de soro fisiológico, por via IV, lentamente, durante 2 minutos para reduzir as contracções;” OU administre um soro Ringer 500 ml com 1 mg (2 ampolas) salbutamol por via IV, para reduzir as contracções”
- Faça, imediatamente, uma cesariana.
- Se a mulher estiver no segundo estadio do trabalho de parto:
 - Antecipe o parto com uma episiotomia e uma extracção por ventosa
 - No caso de uma apresentação pélvica, faça uma extracção pélvica
 - Prepare-se para a ressuscitação do recém-nascido.

Ausência de pulsação do cordão:

Se não houver pulsação do cordão, o feto está morto. Faça o parto do modo mais seguro para a mulher.

- Conduta de enfermagem, tratamento de pré-referencia

Varia segundo a condição da vitalidade fetal:

a. Feto vivo e maduro:

- Como normas a procidencia e prolapso do cordão indicam imediata operação cesariana, que é remédio rápido, independente das condições do colo, do volume e da apresentação do feto. Para isto é importante ter controlo minucioso estrito dos sinais vitais da mãe e o feto, canalizar veia e manter hidratada a grávida.
- Em nenhum caso o cordão deve ser manipulado nem tentar introduzi-lo na cavidade uterina, já que esta manobra em geral aumenta o risco fetal.
- Enquanto se ultimam os preparativos para a cesariana, a paciente deve ser mantida em posição genopeitoral, ou trem delemburg acentuado para reduzir a compressão sobre o cordão da apresentação, ficando a enfermeira ao seu lado, dedos na vagina recalçando o pólo da apresentação para evitar empioramento das condições do feto.
- As contracções uterinas intensas devem inibisse com a administração de uteroinibidores (terbutalina endovenosa a razão de 5-10 mcg/min).

- O parto vaginal se tenta só com dilatação cervical completa e apresentação cefálica no III plano, com ajuda de fórceps ou ventosa.
 - Em condições rurais quando a imediata terminação do parto é impossível, a única manobra aceitável, e menos nociva, é a reposição manual do cordão, paciente nas posições precitadas, faz-se ascender a apresentação e tenta-se levar o cordão, com delicado manuseio, a um nível a ela superior.
- b. Feto morto:
O parto termina espontaneamente

SOFRIMENTO FETAL

- **Conceitos Gerais e Classificação**

O sofrimento fetal é um problema causado pela falta de oxigênio no sangue do feto devido a uma diminuição das trocas fetomaternas, e que pode ocorrer durante, ou antes, do parto. Usualmente surge durante o parto, e é diagnosticado quando o ritmo cardíaco do feto se torna instável. Se existir sofrimento fetal antes do parto, então a solução usualmente é o parto, dependendo sempre do estado de maturação do feto.

Classificasse em:

- Sofrimento fetal Agudo
- Sofrimento fetal crónico

- **Sofrimento Fetal Crónico**

- **Definições**

É o sofrimento que ocasiona atraso do crescimento fetal intra útero. Segundo a OMS, o conceito de atraso do crescimento fetal intra-uterino se aplica a todo o recém-nascido cujo peso está abaixo do percentil 10 para uma determinada idade gestacional. Quando o peso se situa abaixo do percentil 3 ou é menor que 2 desvios-padrão da média, considera-se a presença de atraso grave do crescimento.

- **Etiologia**

- **Causas Maternas:**

Altura materna <158cm, Desnutrição Materna Intensa desde o início da gravidez, Tabagismo, Consumo de álcool, Uso de drogas como a cocaína e a Heroína, Fármacos (anticonvulsivantes, metadona, metotrexate, defenilhidantoína, dicumarínicos e tetraciclina), Doenças Maternas (malária, tuberculose, diabetes, perturbações hipertensivas, pielonefrite, outras doenças vasculares, cardíacas, renais crónicas e auto-imunes);

- **Causas Fetais:**

Causas genéticas e Malformações congénitas como Cromossomopatias (Síndrome de Edwards -Trissomia 18, Síndrome de Down -Trissomia 21, Síndrome de Patau -Trissomia 13, Síndrome de Turner -45,X e Mosaicismos); outras Anomalias genéticas (acondroplasias, condrodistrofias, osteogénese imperfeita e defeitos do tubo neural); Malformações Congénitas dos Sistemas Cardiovascular, Nervoso, Génito-Urinário, Digestivo e Musculoesquelético; Infecções Fetais Congénitas como Infecções Virais (Rubéola, Citomegalovirus, Herpes, HIV, Influenza, Varicela Zoster e Hepatite), parasitárias (Malária e Toxoplasmose) e bacterianas (Sífilis e Tuberculose);

- **Causas Útero-Placentárias e do Cordão:**

Anomalias uterinas, Infarto Placentar Extenso, Malformações Placentares como Placenta Circunvalada, Cangramento Placentar (Placenta Prévia e Descolamento Precoce Parcial) e Malformações do cordão (Inserção Marginal e Velamentosa).

- **Causas Idiopáticas:** Em 40% dos casos não é possível identificar a causa.

- **Diagnóstico Clínico**

- **Exame Físico:** Avaliação do peso materno; Medição do fundo uterino como método de triagem, embora a sua redução seja de aparecimento tardio (identifica apenas 40% dos casos); e qualidade dos movimentos fetais – tem que ser muito bem avaliada, pois a grávida percebe 80% dos movimentos do feto; geralmente o feto tem 20-80 movimentos espontâneos por hora.

- **Cardiotografia:** os batimentos cardíacos fetais não têm uma relação directa com a gravidade do atraso no crescimento, mas mesmo assim não perde a sua importância clínica, especialmente quando se utiliza como teste da reactividade fetal, apresentando padrões patológicos no caso de Sofrimento Fetal;

- **Ultra-sonografia:** Instrumento de melhor acurácia diagnóstica:

- Determinação correcta da idade gestacional – período ideal entre a 7ª e a 12ª semanas, com uma margem de erro de aproximadamente 3 a 4 dias;
- Peso Fetal (Método mais utilizado para caracterizar anormalidades do crescimento);
- Biometria seriada do diâmetro biparietal (DBP), circunferência cefálica (CC), circunferência abdominal (CA), e comprimento do fémur (F).
- Medida do Líquido Amniótico: O oligohidrânio é um marcador da insuficiência placentar crónica e tem uma correlação significativa com o atraso do crescimento fetal intra-uterino.

- **Avaliação da Maturidade Placentar** – deve ser valorizada em conjunto com outros parâmetros.

Grau 0: homogénea, Grau I: apresenta calcificações, Grau II: apresenta a formação de septos, e Grau III: apresenta a formação de cotilédones.

Prognóstico

- Morte fetal intra-uterina
- Risco de perturbações neurológicas aumentado
- Diminuição da altura em adulto
- Esperança média de vida diminuída

Conduta obstétrica e de enfermagem

Não existe um tratamento específico que interrompa o processo de desnutrição fetal. A conduta é direccionada para a determinação do momento ideal do parto, que depende da idade gestacional, da etiologia e da viabilidade e vitalidade fetais.

É importante:

- Tratar as causas maternas como a eliminação de possíveis agentes etiológicos (fumo, álcool, drogas, etc.);
- Reduzir a actividade física materna e melhoria da dieta nutricional – repouso e nutrição adequados são essenciais;
- Avaliar e vigiar o crescimento fetal através da medição da altura uterina e de ultrasonografias seriadas;
- Avaliar e vigiar a vitalidade fetal através de cardiografias;
- Avaliar a maturidade fetal através da ultrasonografia (medições fetais e do líquido amniótico);

No caso de um atraso do crescimento fetal intra-uterino confirmado, identificar se existe sofrimento fetal associado:

- Se não existe sofrimento fetal associado:
Explicar à mulher para dormir em decúbito lateral esquerdo durante 18-24 horas para melhorar o fluxo uteroplacentário, descomprimendo os grandes vasos; aconselhar um aporte calórico maior; suprimir ou tratar a causa provável; avaliar e vigiar o crescimento fetal; avaliar e vigiar a vitalidade fetal; e avaliar a maturidade fetal;
- Se existe sofrimento fetal confirmado e existe o risco de morte fetal intra-uterina, se o feto ultrapassou as 32 semanas e o peso fetal está acima de 1000g fazer a extração do feto;

A via do parto depende das condições clínicas e obstétricas maternas e da intensidade do comprometimento fetal:

- Via baixa – parto vaginal: malformações fetais incompatíveis com a vida, e casos individualizados com um rigoroso controlo da vitalidade fetal;
- Via alta – cesariana: nos fetos com alterações das provas de vitalidade fetal, apresentações anómalas, malformações fetais que impossibilitem o parto vaginal, e patologias maternas que impossibilitem a indução do parto vaginal.

• Sofrimento Fetal Agudo

Definições

É a perturbação metabólica complexa, caracterizada por hipoxia, hipercapnia e acidose, devida a uma diminuição das trocas fetomaternas, de evolução relativamente rápida, que leva a uma alteração da homeostase fetal e pode provocar alterações teciduais irreversíveis ou a morte do feto.

Etiologia

Qualquer fator que subitamente interfira nas trocas fetomaternas, levando o feto a estado transitório, ou permanente, de carência de oxigênio, será causa do sofrimento fetal agudo.

- Choque
- Síndrome de Hipotensão Supina
- Efeito Poseiro (compressão da aorta e das ilíacas primitivas durante a contração uterina)
- Na pre-eclampsia diminui o gasto sanguíneo no miométrio por vasoconstrição.
- Hipertensão arterial
- Diabetes
- Anemia materna
- Patologias pulmonares
- Hipersístolia uterina
- Taquissístolia uterina
- Hipertonía uterina
- Incompatibilidade Rh
- Circulares de cordão
- Procidência ou prolapso do cordão
- Nós

- Oligoidramnia

Diagnóstico clínico

- Batimentos cardíacos fetais anormais (menos do que 120 ou mais do que 160 batimentos por minuto).
- Líquido amniótico com mecônio espesso.

Prognóstico

O feto em sofrimento fetal pode apresentar:

- Seqüelas neurológicas
- Disfunção orgânica múltipla (encefalopatia hipoxio-isquêmica, edema cerebral, convulsão, hipertensão pulmonar, disfunção surfactante, oligúria, insuficiência renal aguda, enfarte do miocárdio, enterocolite necrotizante, acidose, hipocalcemia, trombocitopenia, coagulação intravascular disseminada, etc).
- Hemorragia intraventricular.
- Morte fetal

Conduta obstétrica e de enfermagem e tratamento pré-referência

As medidas estão destinadas a corrigir as alterações das trocas fetomaternas:

- Cateterizar via endovenosa com cateter N° 18 e administrar cloreto de sódio a 9‰.
- Colocar a paciente em posição decúbito lateral para diminuir a atividade uterina e corrigir a hipotensão supina, nos casos de DIP tardio. Nos casos de DIP umbilical a posição da paciente que melhore o sofrimento fetal há de ser procurada.
- Avaliar sinais vitais da mãe e características da dinâmica uterina e frequência cardíaca fetal.
- Diminuição da atividade uterina, pela posição lateral, retirando ou reduzindo os ocitócicos e administração dos inibidores da contratilidade com indicação médica.
- Administrar oxigênio em forma permanente com máscara ou cateter nasal, a razão de 6 a 7 l/min.
- Avaliar o líquido amniótico e avance do trabalho de parto.
- Quando o sofrimento fetal persiste ou suas causas não podem corrigir se, deve terminar-se a gravidez pelo procedimento obstétrico que corresponda segundo as circunstâncias, recomenda-se a cesariana.