

ABORDAGEM RACIONAL DAS HEMORRAGIAS PÓS-PARTO



José Antônio Morais Martins

Diga não a
mortalidade materna



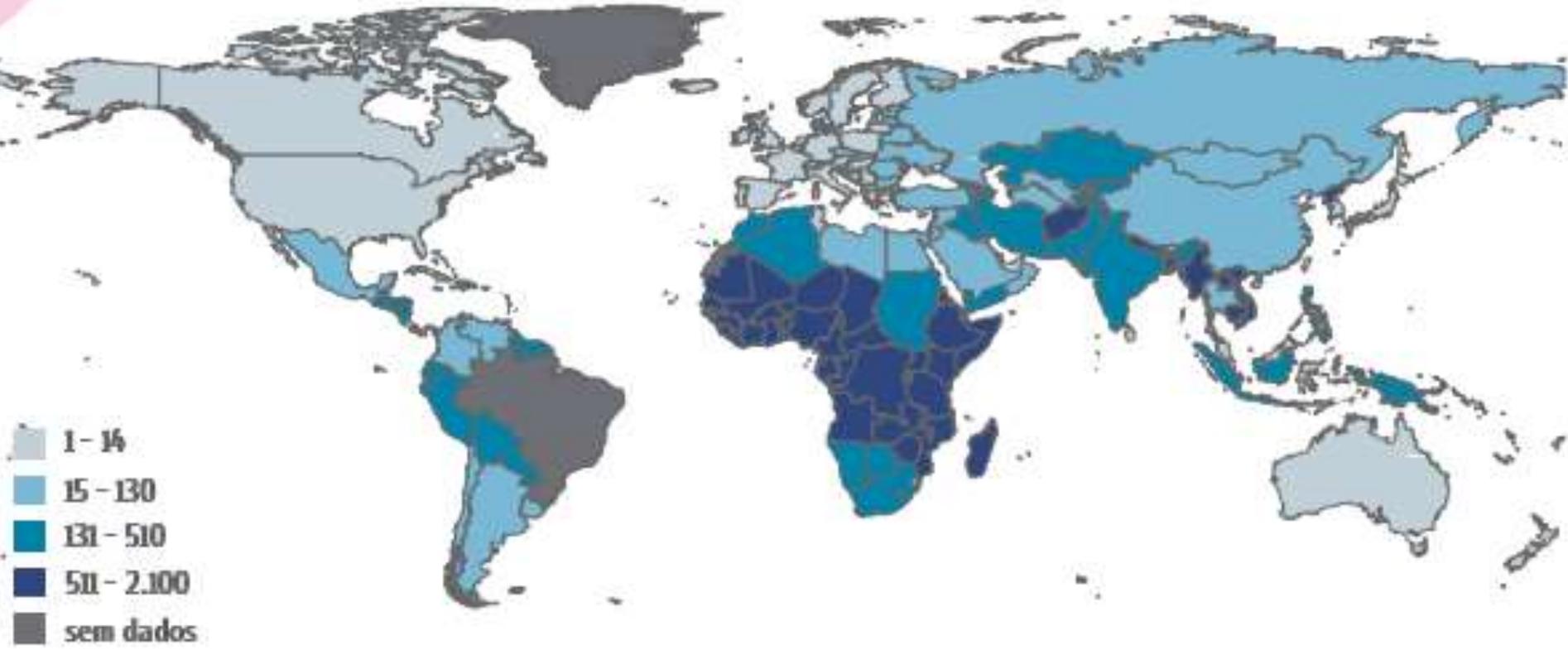
Marina Medeiros Cordeiro - 26 Anos
Causa da Morte Pré-Eclampsia Grave

Não faça parte
desta estatística!

Mortes maternas são as que ocorrem na gestação, no parto e até 42 dias após o parto

Organização Mundial da
Saúde (OMS)





500.000 mortes/ano no mundo

Mapa 5
Taxa de Mortalidade Materna - Por cada 100.000 nascimentos
 fonte: **UNSD MDG Info 2010**

A morte materna é um *“dos mais sensíveis indicadores da qualidade de vida de uma população”* e reflete, principalmente, a desarticulação e desorganização dos serviços de saúde no Brasil

Ana Cristina d'Andretta Tanaka



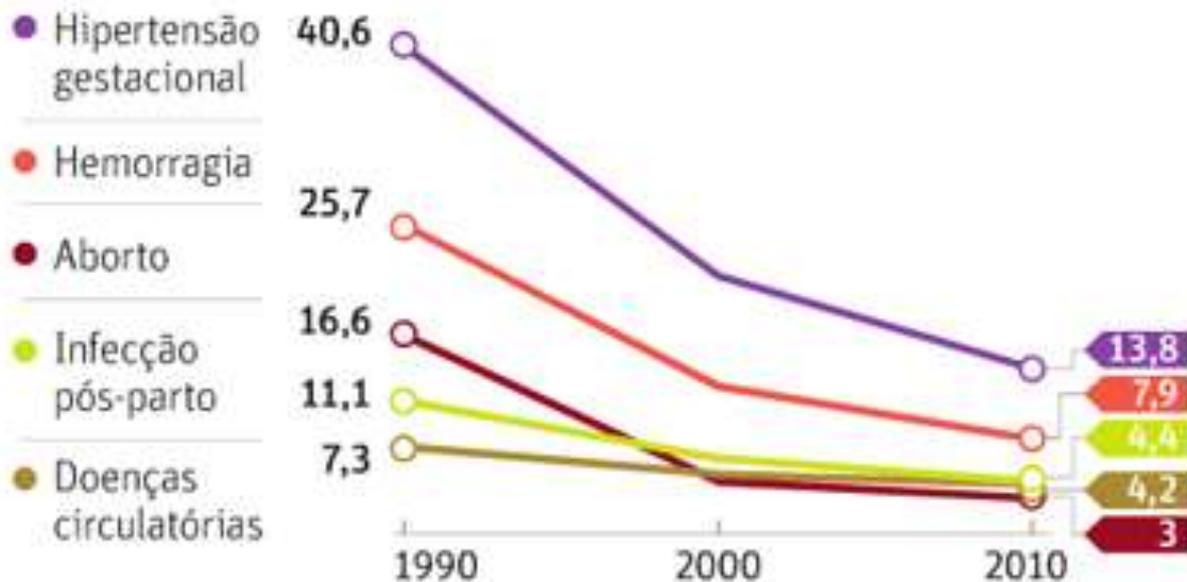
EVOLUÇÃO DOS NÚMEROS

Total de óbitos de mães por 100 mil nascidos vivos



PRINCIPAIS CAUSAS DA MORTALIDADE MATERNA

Óbito materno por 100 mil nascidos vivos



*Estimativa a partir de dados ainda preliminares. **Meta estabelecida nos Objetivos do Milênio

Ministério da Saúde

Emergências obstétricas são complicações agudas da gravidez que põem em risco a vida da mãe e/ou do feto e cuja resolução exige uma resposta quase imediata (habitualmente em minutos) por parte da equipa de saúde, de forma a garantir um desfecho favorável para ambos

A morte **materna representa** o desfecho do **atendimento inadequado** a uma sucessão de **intercorrências fortuitas**

Inadequações:

- ✓ **Carência de recursos**
- ✓ **Falta de aptidão técnica**

É o **conhecimento** consistente das **bases clínicas e terapêuticas** da assistência à gestante que conduzirá a adoção de **condutas apropriadas** nos momentos críticos e, certamente, **logrará salvar significativo número de vidas**

- ✓ Taxas de mortalidade materna
- ✓ Assistência pré-natal e urgência
- ✓ Segurança no exercício da profissão



Segurança para o exercício da profissão

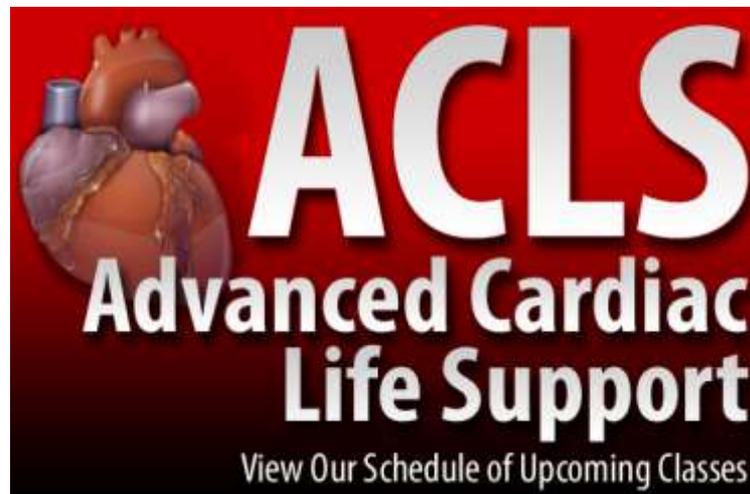
Equipes estruturadas (Anestesistas, intensivistas, neo, etc.)

UTI neonatal

UTI materna

Banco de sangue

Laboratório



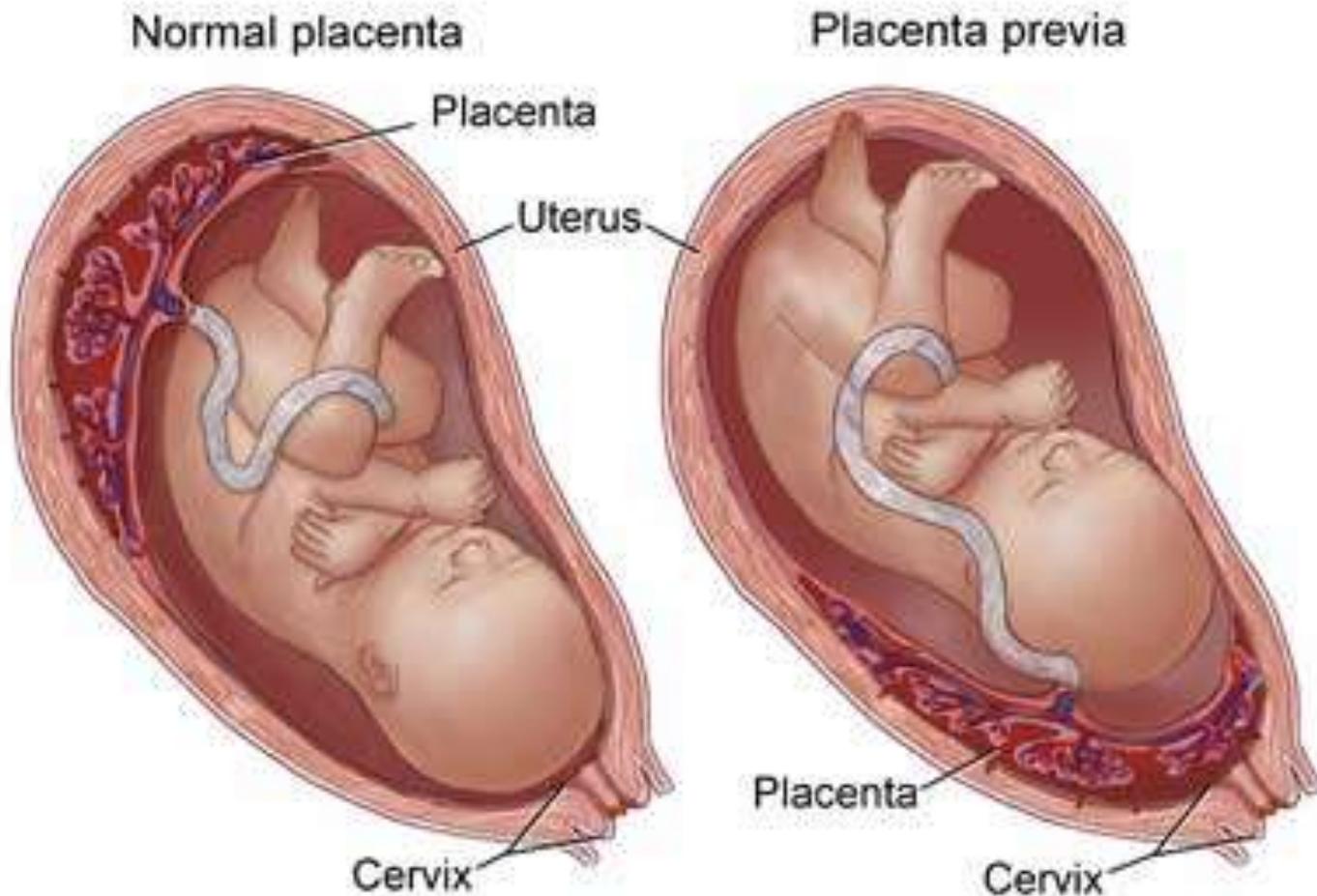
HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO

- ✓ **Placenta prévia**
- ✓ **Descolamento prematuro de placenta**
- ✓ **Ruptura uterina**
- ✓ **Ruptura de seio marginal**
- ✓ **Ruptura de vasa prévia**
- ✓ **Lesões cervicais, cervicites, pólipos, câncer de colo uterino**
- ✓ **Lesões vaginais e vulvares**

PLACENTA PRÉVIA

Implantação e desenvolvimento da placenta no segmento inferior do útero

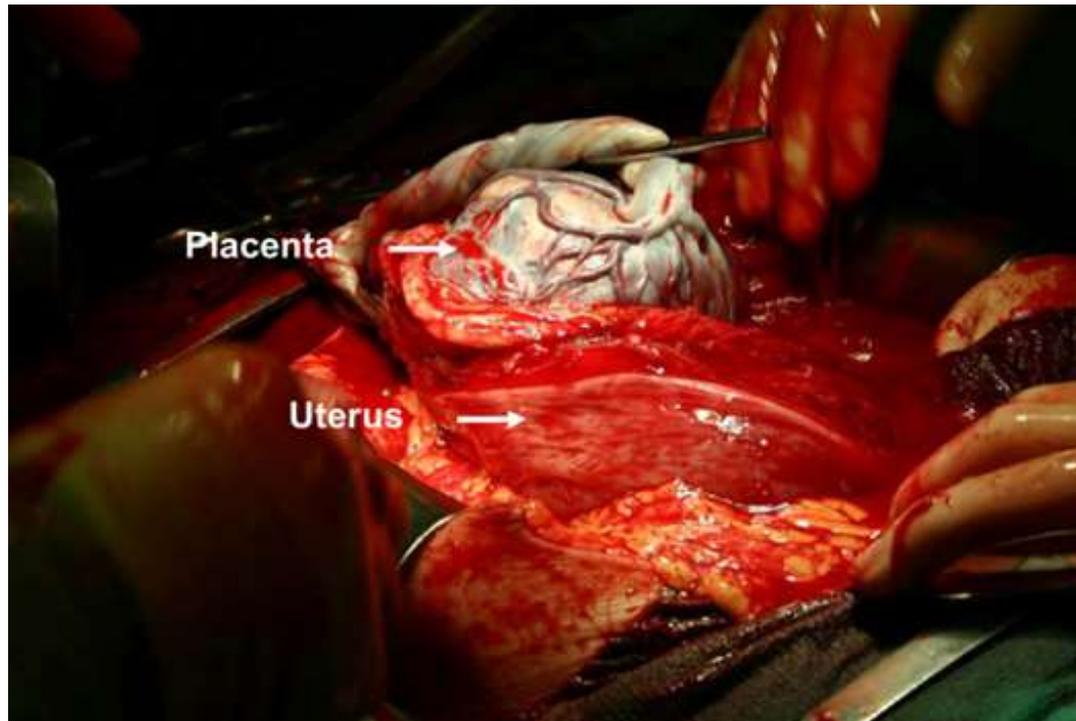
Incidência 1 %



PLACENTA PRÉVIA

Tratamento

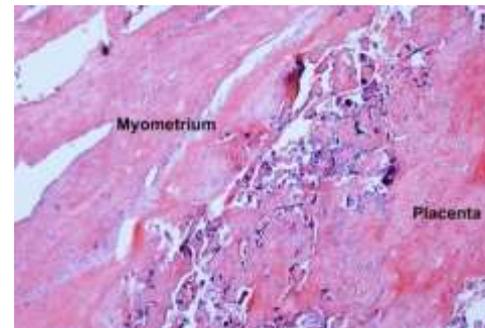
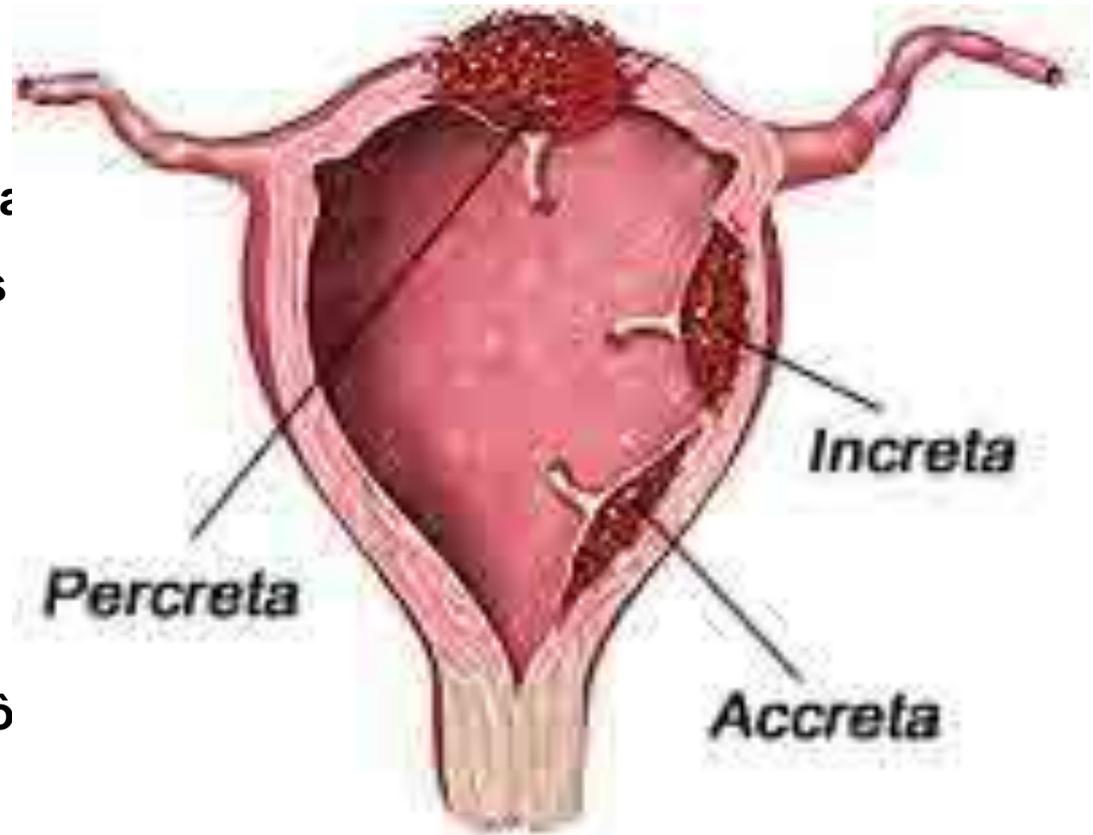
- ✓ Evitar toque e relações
- ✓ Critérios para conduta - Idade gestacional e condições maternas e fetais
- ✓ Centro-total – Cesárea eletiva
- ✓ Equipe multidisciplinar (Vascular, oncologista, urologista, etc.)
- ✓ Cirurgião experiente
- ✓ Cuidados no pós-parto (UTI)
- ✓ Reserva de sangue
- ✓ Parto em hospital terciário
- ✓ Laboratório
- ✓ Banco de sangue
- ✓ Octócitos no pós-operatório



ACRETISMO PLACENTARIO

Complicações

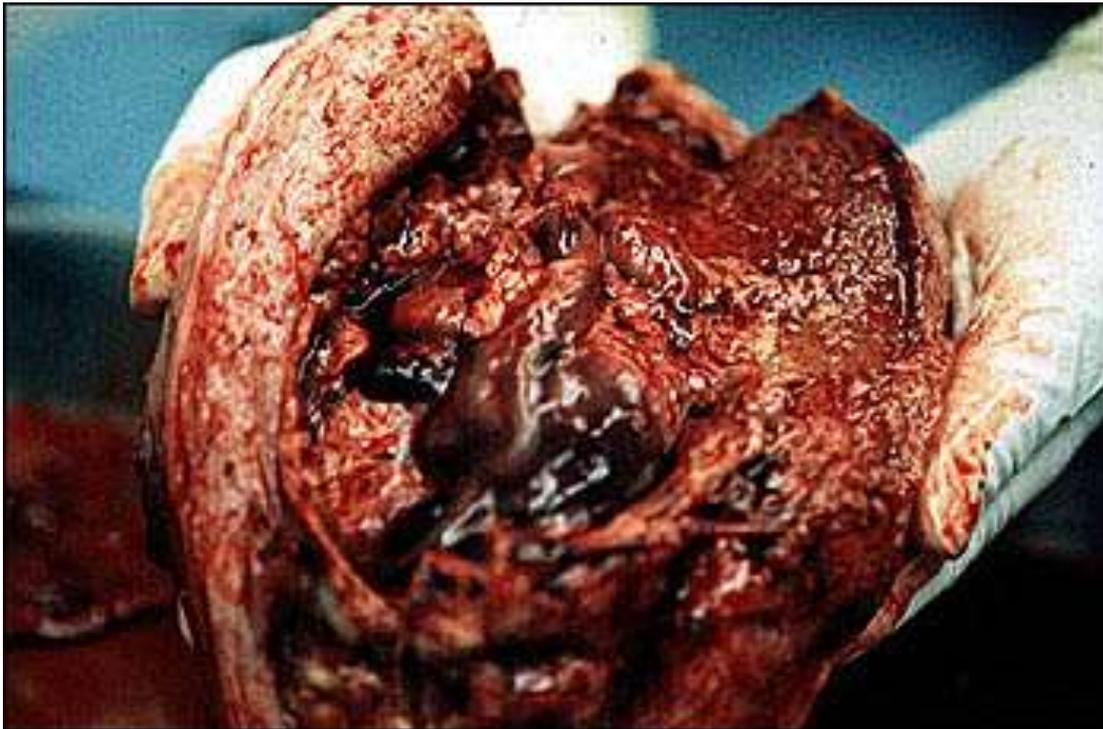
- ✓ Hemorragia
- ✓ CIVD
- ✓ Necessidade de histerectomia
- ✓ Lesões de órgãos adjacentes
- ✓ SARA
- ✓ Insuficiência renal
- ✓ Reação transfusional
- ✓ Aloimunização
- ✓ Sangramento para retroperitô
- ✓ Tromboflebite pélvica
- ✓ Infecção pós-parto
- ✓ Deiscência de incisão abdominal
- ✓ Morte materna



ACRETISMO PLACENTÁRIO

Tratamento

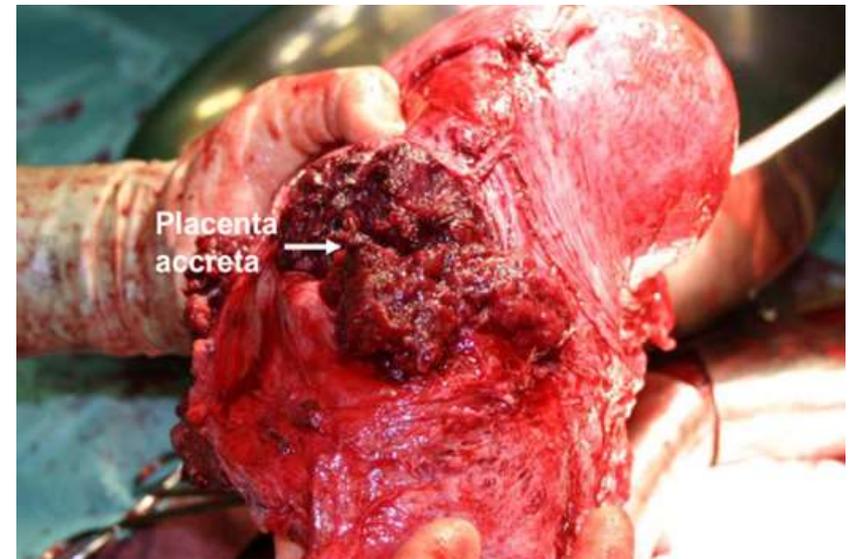
- ✓ Conservadora se paciente hemodinamicamente estável e acretismo parcial
- ✓ Sangramento persistente no corpo uterino – HST
- ✓ Placenta percreta – Parto com apoio de radiologista intervencionista
(Programar cateterização das artérias ilíacas internas para possível embolização após a retirada do feto)



ACRETISMO PLACENTÁRIO

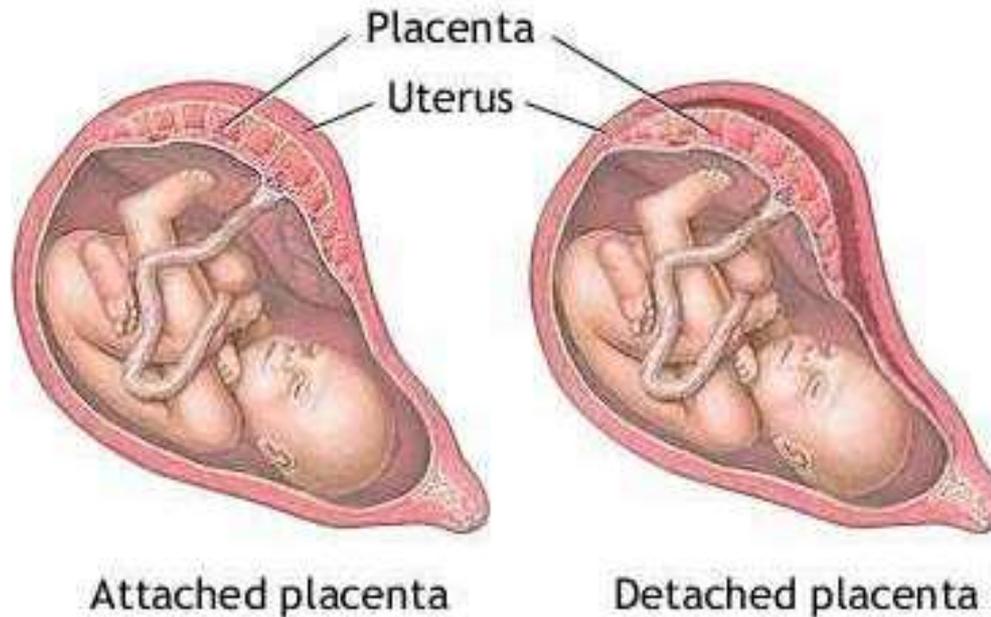
Tratamento

- ✓ Placenta percreta com envolvimento de tecidos adjacentes – Incisão fora da área placentária (Fundo uterino). Pode-se optar por deixar a placenta in situ e reintervenção após dias ou semanas, ou seja, após estabilização da paciente.



DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA CONCEITO

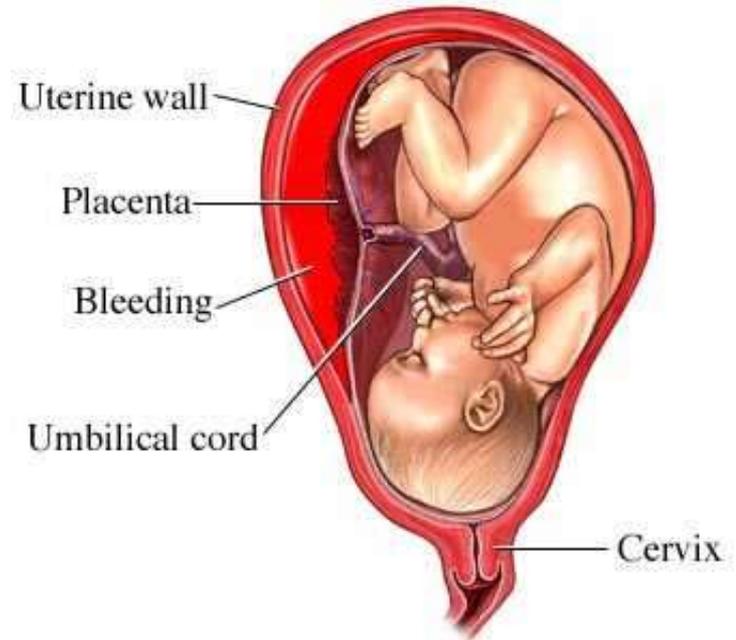
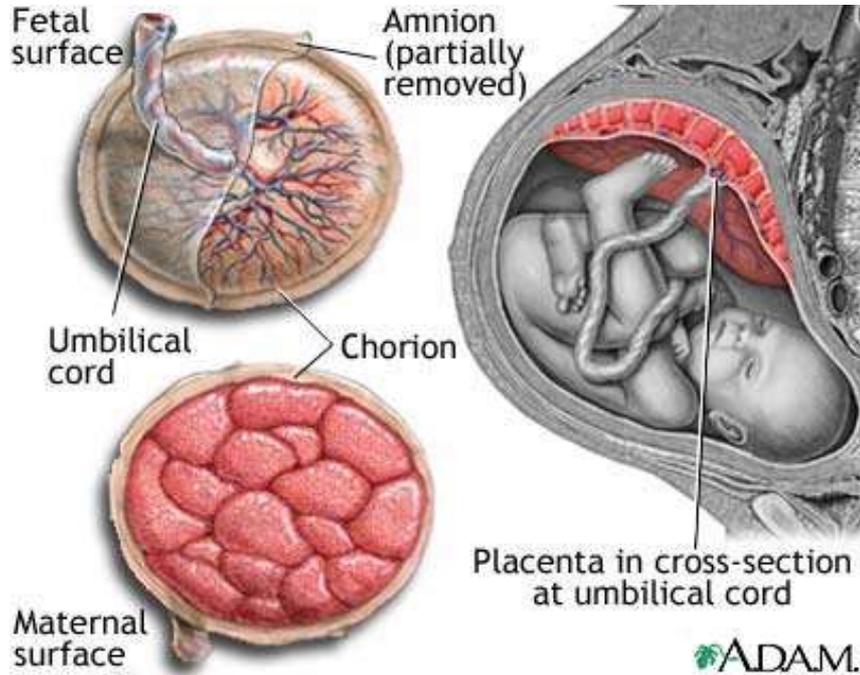
Separação inopinada, intempestiva e prematura da placenta implantada no corpo do útero, depois da 20ª semana de gestação



INCIDÊNCIA

1%

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA



DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

ETIOLOGIA

- ✓ Traumas
- ✓ Versão cefálica externa
- ✓ Cordão curto
- ✓ Escoamento rápido de polidrâmnio
- ✓ Movimentos fetais excessivos
- ✓ Retração uterina após o parto do primeiro gemelar
- ✓ Hipertonia uterina (primária ou por abuso de ocitócicos)
- ✓ Hipertensão arterial
- ✓ Condição socio-econômica
- ✓ Multiparidade
- ✓ Idade materna avançada

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

ETIOLOGIA

- ✓ Passado obstétrico ruim
- ✓ Relato de DPP em gestação anterior
- ✓ Cesárea prévia
- ✓ Restrição do crescimento intra-uterino
- ✓ Corioamnionite
- ✓ Gemelidade
- ✓ Diabetes melito
- ✓ Tempo prolongado de rotura de membranas
- ✓ Tabagismo
- ✓ Etilismo
- ✓ Uso de drogas ilícitas, principalmente cocaína

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

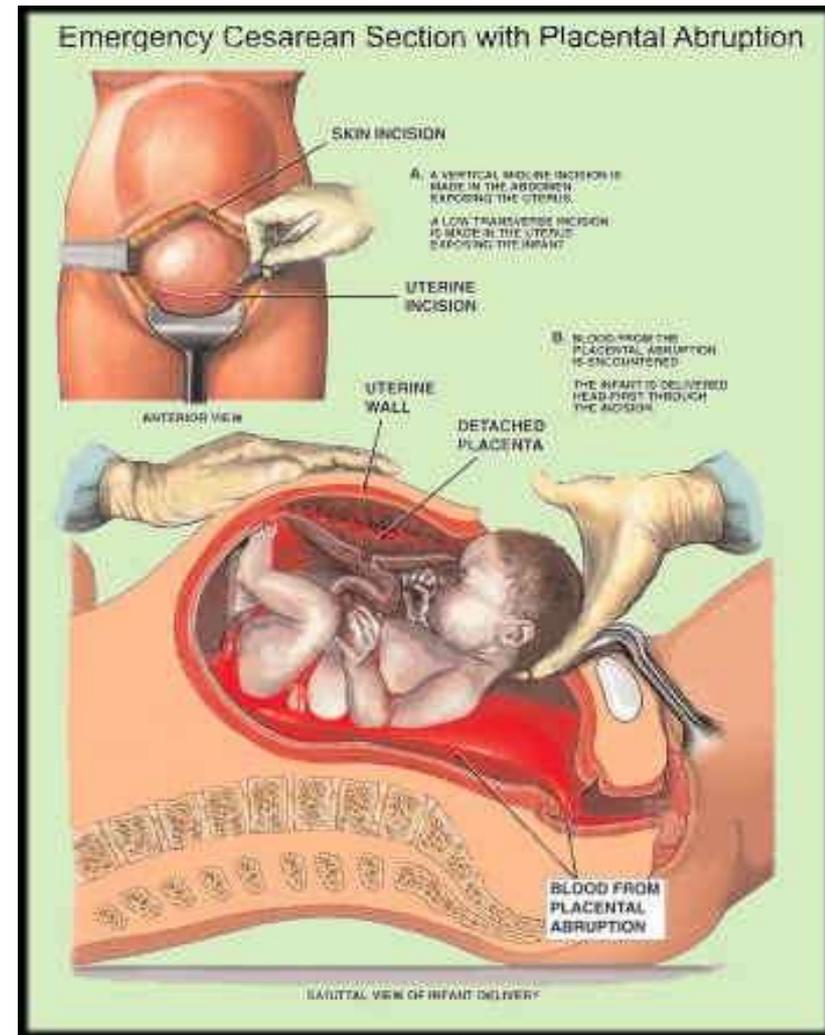
Exames laboratoriais

- ✓ Hemograma
- ✓ Teste de Weiner (Formação e dissolução do coágulo)
- ✓ Coagulograma com PLT (PLT < 100.000 e TTPA elevado – CIVD)
- ✓ Fibrinogênio plasmático < 100 mg% indica coagulopatia de consumo
- ✓ Função renal (Uréia e creatinina)
- ✓ Avaliação metabólica (Gasometria arterial)

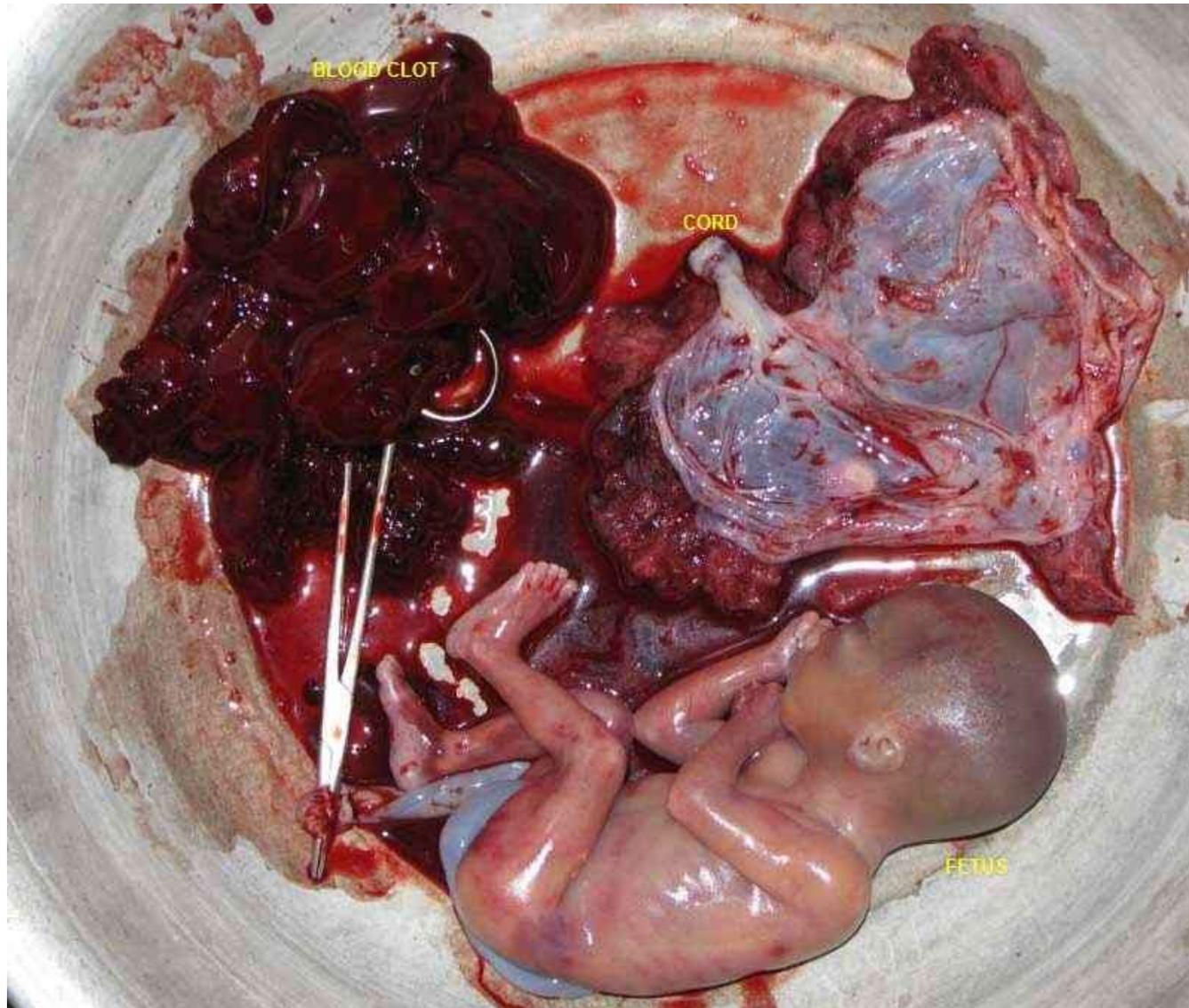
DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Cuidados

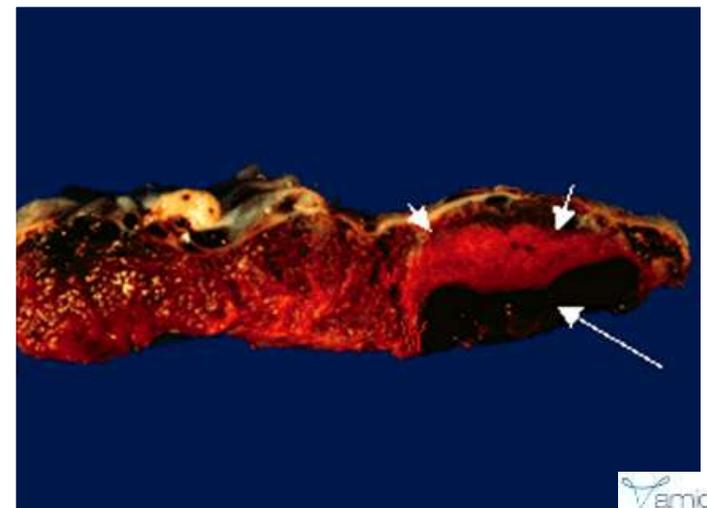
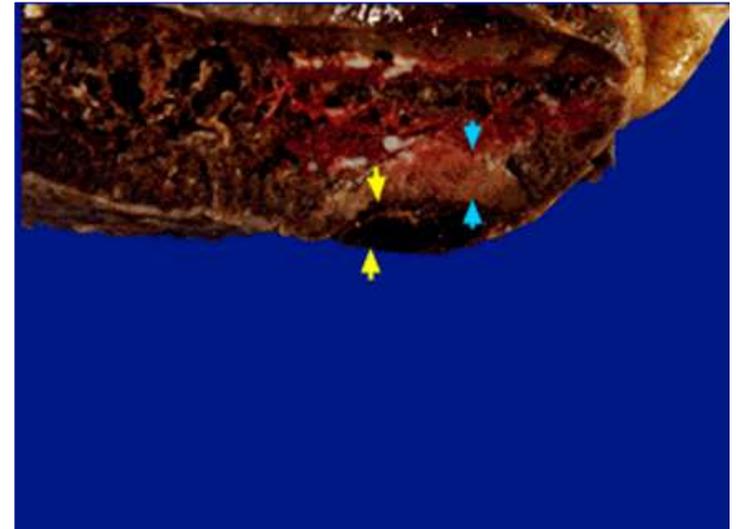
- ✓ Cateterização venosa
- ✓ Cateterismo vesical – Função renal
- ✓ Oxigênio
- ✓ Monitorização PA, FC e diurese
- ✓ Reposição volêmica
(Cristalóides, concentrado de hemácias, Plasma fresco, crioprecipitados, plaquetas, fator VIII recombinante)
- ✓ Parto **condições maternas e fetais**
- ✓ Casárea
- ✓ Parto normal (2 horas) Monitoramento fetal e materno



DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA



DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

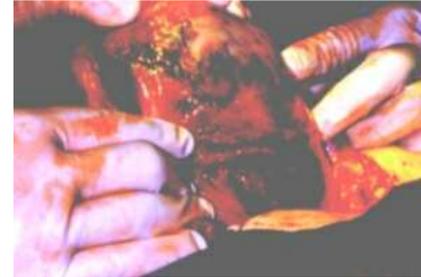
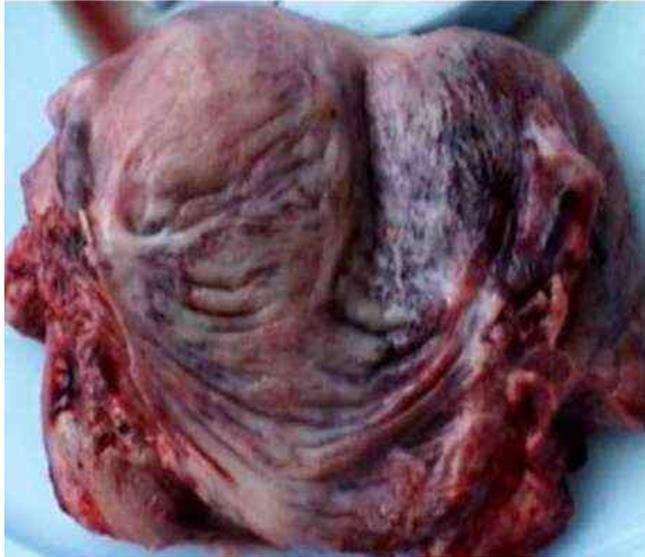


DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

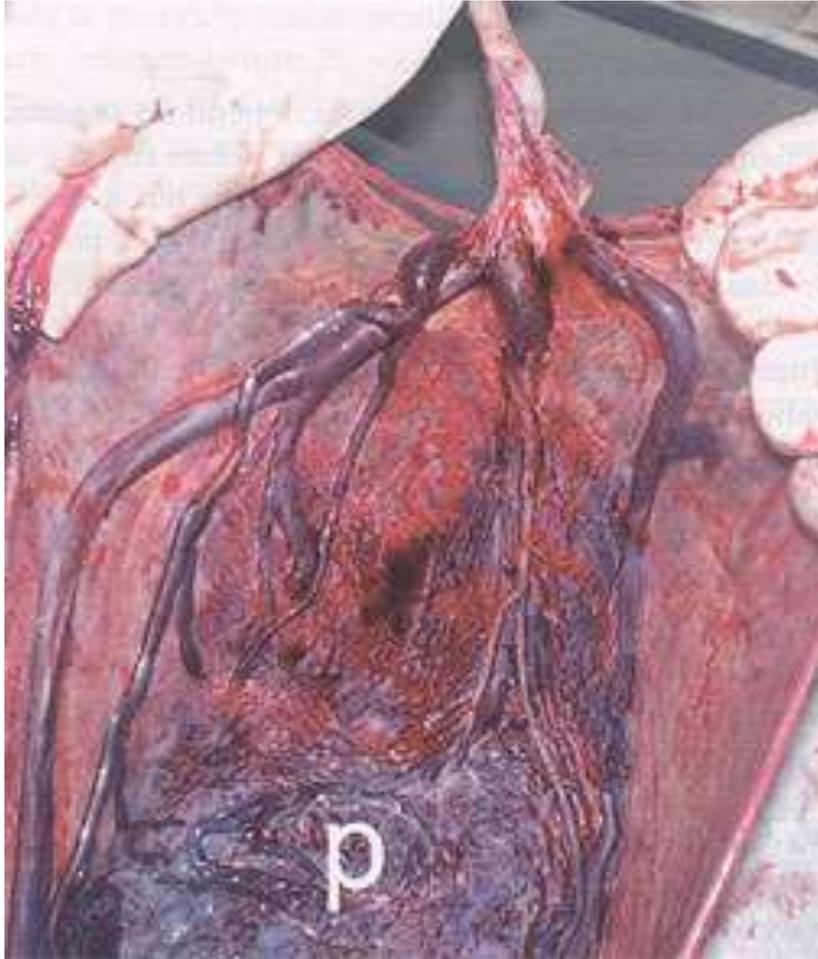


DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

TRATAMIENTO



ROTURA DE VASA PRÉVIA



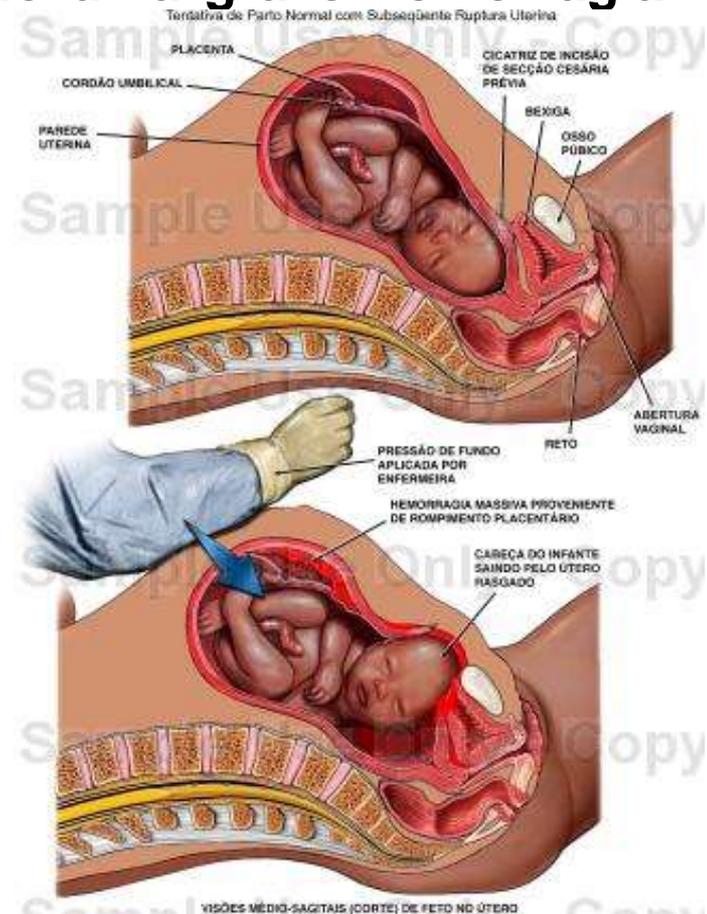
ROTURA UTERINA

Separação de todas as camadas uterinas com saída de parte ou de todo o feto da cavidade uterina, causando uma grave hemorragia interna, taquicardia e hipotensão

28 s durante o trabalho de parto

Causas

- ✓ Hipercontratilidade uterina
- ✓ (Ocitócica ou com misoprostol)
- ✓ Miomectomias
- ✓ DCP
- ✓ Traumas externos
- ✓ Cicatrizes de cesárea corporal anterior
- ✓ Manobras de versão interna/externa feitas intempestivamente



ROTURA UTERINA

TRATAMENTO

- ✓ **Cirúrgico**
- ✓ **Sutura uterina**
- ✓ **Histerectomia**
- ✓ **Drenagem de hematomas**

Ligamento largo (Drenar)

Retroperitônio (Não manipular)

HEMORRAGIAS PÓS-PARTO

Perda sanguínea maior que 500 ml (PN) e 1000 ml (PC) nas primeiras 24 h

Incidência – 5 %

Etiologia

- ✓ Atonia uterina
- ✓ Restos ovulares
- ✓ Laceração genital e ruptura uterina
- ✓ Retenção placentária e acretismo
- ✓ Coagulopatias (Consumo ou dilucional)

Fatores de risco

- ✓ Acretismo
- ✓ TP prolongado
- ✓ Multiparidade
- ✓ Gemelar
- ✓ Macrossomia
- ✓ Cesáreas anteriores
- ✓ Síndromes hipertensivas

HEMORRAGIAS PÓS-PARTO

Tratamento

- ✓ Massagem e compressão bimanual **Inserir imagem São Luiz**
- ✓ Reposição volêmica
- ✓ Ocitócicos
- ✓ Metilergonovina
- ✓ Misoprostol (800 mcg via retal)
- ✓ Sutura de lacerações
- ✓ CTG / Curagem
- ✓ Intervenções cirúrgicas – Histerectomia, **Sutura de B-Lynch**, Ligadura de artérias uterinas e útero-ováricas, Ligadura de artéria ilíaca interna ou hipogástrica (Sucesso < 50 %)
- ✓ Radiologia intervencionista – Embolização – Oclusão arterial

Cuidados

- ✓ Sondagem vesical
- ✓ Hemograma e coagulograma

Ocitocina e
prostaglandinas



Contração e
involução uterinas
durante o 3º estágio
do parto

Contração
uterina



Mecanismo primário
de controle do
sangramento
durante o parto



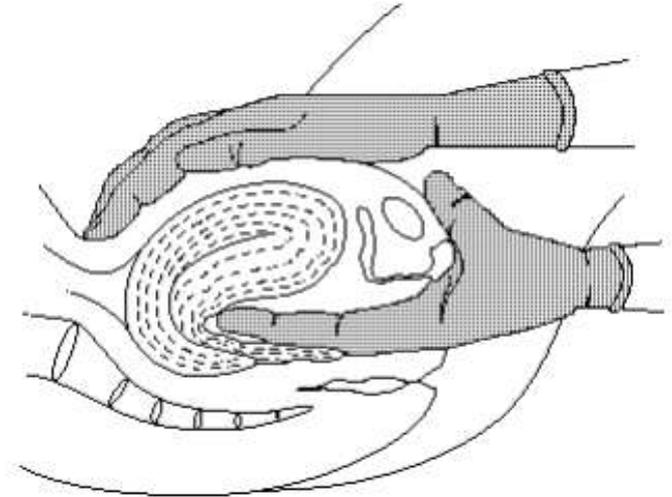
**ATONIA
UTERINA**

TRATAMENTO DA ATONIA UTERINA

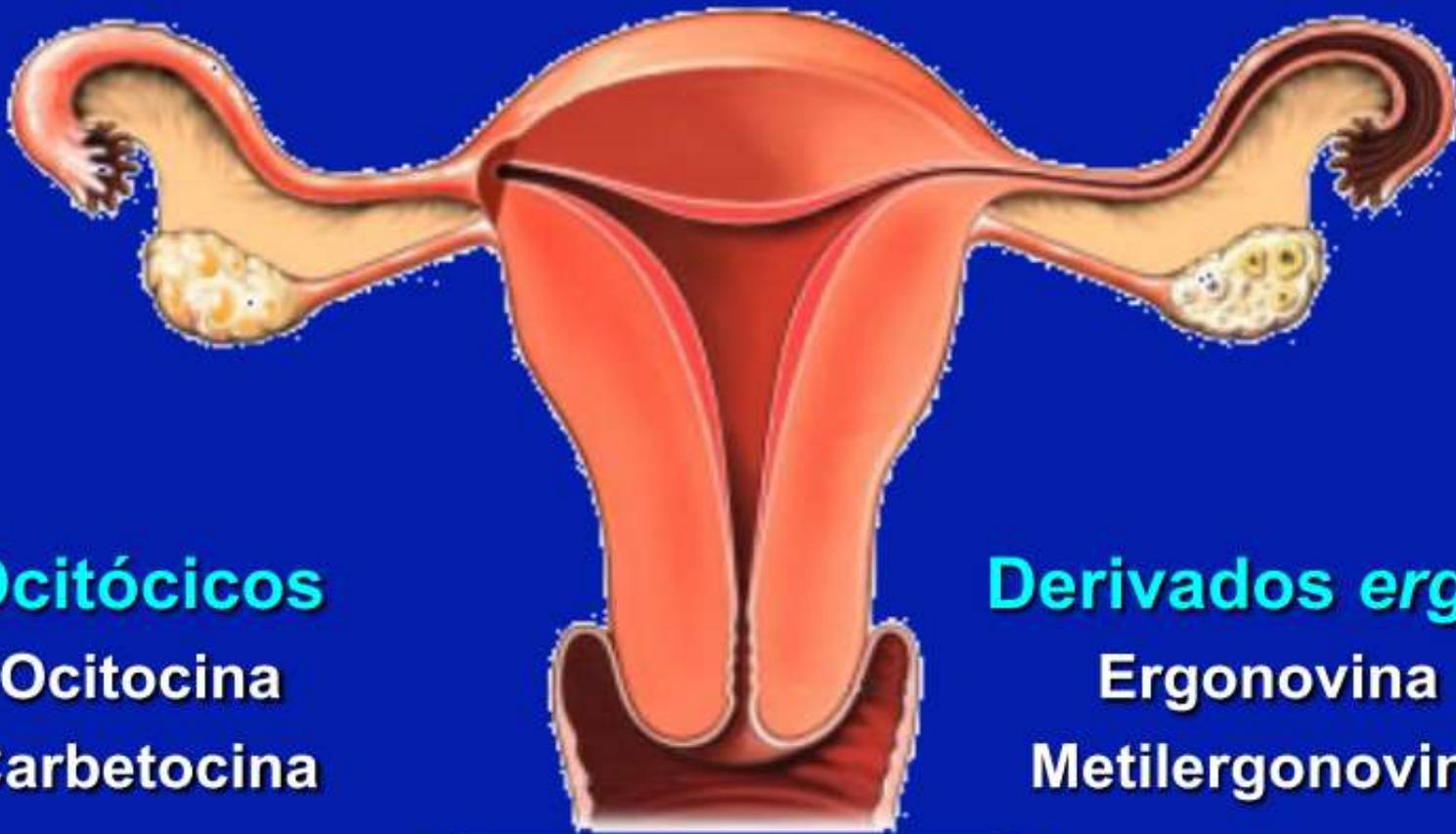
- Compressão bimanual
- Massagem uterina
- **Infusão contínua de ocitocina**

- Oxigênio suplementar
- Acesso intravenoso adequado
- **Agentes uterotônicos adicionais**
- Infusão de cristalóides

- Transfusão sanguínea
- Opções de tratamento invasivo
- Histerectomia



Agentes Uterotônicos



Ocitócicos

Ocitocina
Carbetocina

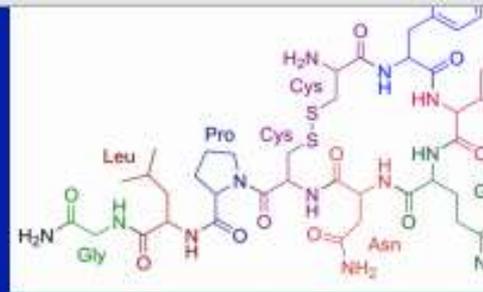
Derivados ergot

Ergonovina
Metilergonovina

Prostaglandinas

PG E1 e E2
PG F2 α e metil-F2 α

Ocitocina



Polineuropeptídeo

Hormônio liberado pela hipófise posterior

Isolado e sintetizado a mais de 50 anos

Utilizado na grande maioria dos partos

Papel fisiológico

Efeitos estimulantes sobre a musculatura lisa

Uterina e de glândulas mamárias

Meia-vida plasmática curta

Estimada de 1 até 14 minutos → infusão contínua

Ocitocina



Propriedades farmacológicas

Musculatura uterina

Aumento da força e frequência das contrações

Ejeção do leite nas glândulas mamárias

Retenção hídrica

Efeito intrínseco semelhante ao HAD

Efeito relaxante sobre a musculatura lisa vascular

Diminuição da pressão arterial

Taquicardia reflexa compensatória

Efeitos pronunciados com o uso associado de bloqueadores ganglionares ou bloqueio simpático

Oxytocin for labour and caesarean delivery: implications for the anaesthesiologist

Robert A. Dyer^a, Alexander J. Butwick^b and Brendan Carvalho^b

Curr Opin Anesthesiol 24:255–261

© 2011 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins
0952-7907

Efeitos Colaterais Intensos

Arritmia cardíaca / Taquicardia

Hipotensão arterial

Hiponatremia

Vasodilatação periférica / Rubor

Náuseas e vômitos

Isquemia miocárdica



PERIGO

Protocolo Sugerido do Uso de Ocitocina em Cesáreas

Tsen et al - Oxytocin protocols during cesarean delivery: time to acknowledge the risk/benefit ratio? *Int J Obstet Anesth* 2010; 19:243-5.

3 UI de dose inicial

3 minutos de intervalo

3 doses totais de ocitocina

3 UI de manutenção

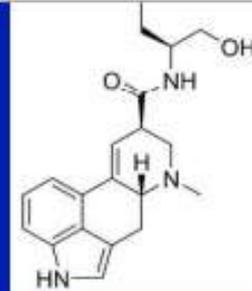
Outros uterotônicos se necessário

Metilergonovina

Carboprost / Misoprostol



Metilergonovina



Continuação da terapia

Uterotônico de segunda escolha

Uso associado a ocitocina

Dose recomendada

0,2 mg por via IM

Evitar uso por via venosa

Efeitos colaterais

Vasoconstrictor potente

HAS, AVC, edema pulmonar, isquemia miocárdica



Prostaglandinas



Papel na etiologia da atonia uterina pós-parto

Prostaglandinas



Proteína G
Ativação de canais de cálcio

Aumenta permeabilidade da
membrana celular ao cálcio



Aumenta concentração
intramiométrial de cálcio



Aumenta a contração
uterina

Efeitos Colaterais das PGs

Hipertermia / Tremores

Efeitos gastrintestinais

Náuseas e vômitos

Diarréia

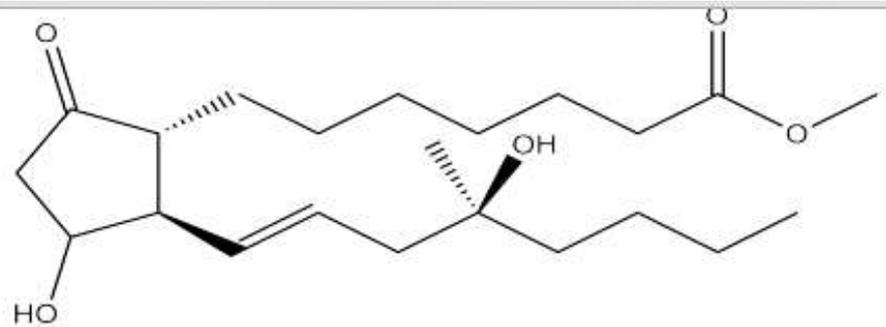
Efeitos cardiovasculares

↓ PA, ↓↑ RVS, ↑ DC, ↑ FC

Efeitos respiratórios

Alterações na RVP, tônus bronquiolar e V/Q

MISOPROSTOL



- Análogo sintético da prostaglandina E_1
- Relativamente barato
- Termoestável em condições tropicais
- Pode ser administrado por via oral, sublingual, vaginal, retal, ou colocação direta intra-uterina
- Não requer habilidades pra sua administração, nem equipamento especial
- Menos efetivo em prevenir hemorragia pós-parto que a ocitocina parenteral
- É o melhor agente de segunda linha em gestantes com PE

MISOPROSTOL POR VIA RETAL

- Administração retal de misoprostol (800 – 1000 µg) pode ser opção valiosa quando os uterotônicos injetáveis não estão disponíveis (Potts M. 2006)
- O medicamento deve ser colocado exatamente no interior da ampola retal
- Início de ação mais lento
- Nível plasmático menor
- Menos efeitos colaterais que por VO ou SL

QUESTÕES AINDA A SEREM RESPONDIDAS

- 1) Qual a dose mínima efetiva de misoprostol para prevenção e tratamento da HPP?
- 2) É seguro o uso do misoprostol para tratamento da HPP, em mulheres que receberam misoprostol profilaticamente?
- 3) O misoprostol deve ser usado associado à ocitocina para prevenção de HPP?

“WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage (OMS-2012)”

Blum et al - Treatment of postpartum hemorrhage with misoprostol.

Int J Gynaecol Obstet 2007; 99 Suppl 2:S202-5.

- **Revisão da literatura (03/2007)**

- Misoprostol no tratamento da HPP**

- **Resultados**

- Poucas evidências suportam o uso do fármaco**

- **Conclusão**

- HPP → causa elevada de mortalidade materna perinatal**

- Recomendação → dose única de miso (600 mcg) VO ou SL**

- quando outros tratamentos falharem ou forem indisponíveis**

Procedimentos Invasivos

Procedimentos sugeridos

Compressão uterina bimanual

Tamponamento uterino com balões

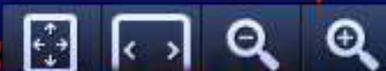
Embolização das artérias uterinas

Sutura uterina compressiva (*B-Lynch*)

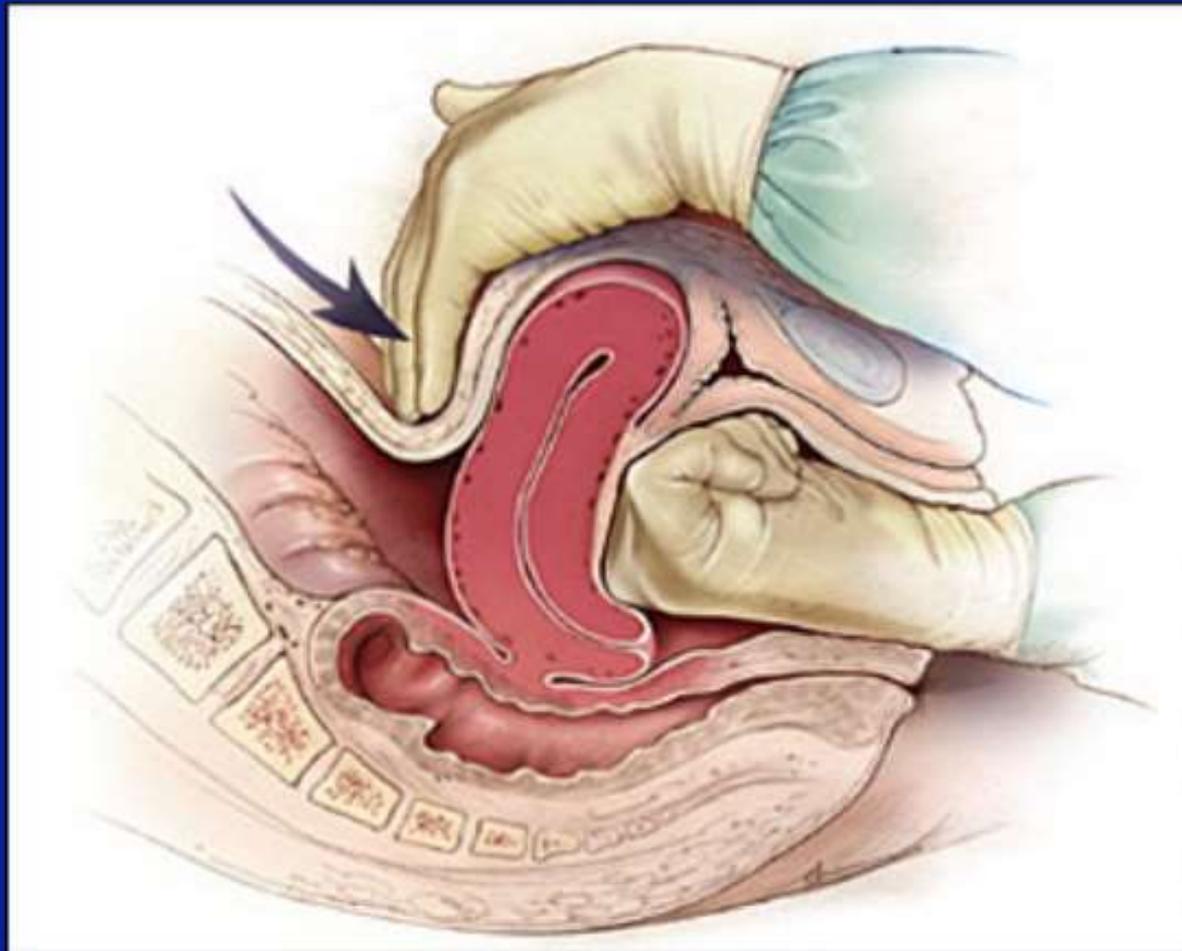
Ligadura das artérias ilíacas internas

Histerectomia puerperal

Resposta farmacológica inadequada

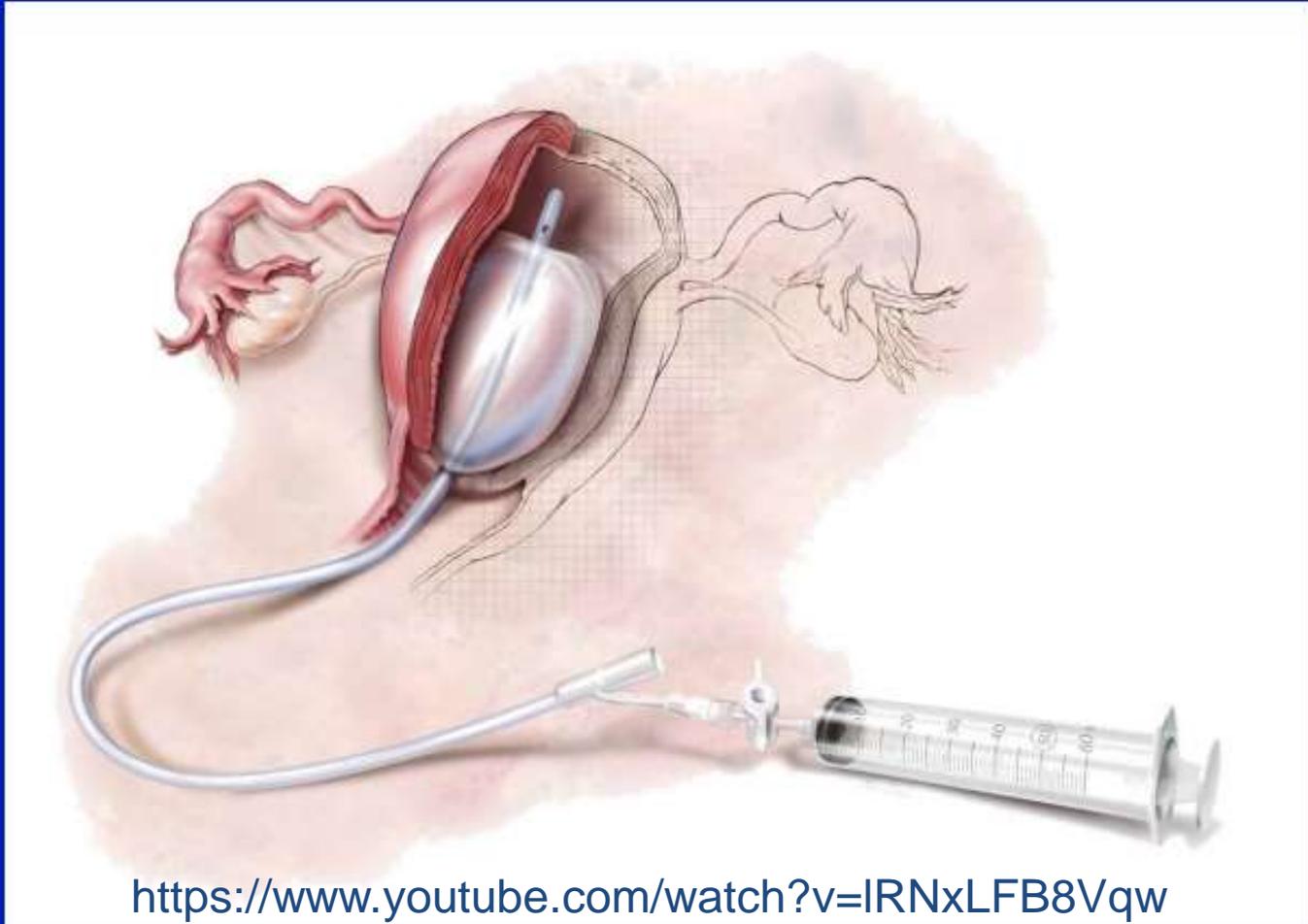


Compressão Uterina



Doumouchtsis et al - Systemic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. Obstet Gynecol Surv 2007; 62:540-547.

Tamponamento Uterino



<https://www.youtube.com/watch?v=IRNxLFB8Vqw>

Dabelea VG et al - Intrauterine balloon tamponade in the management of postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol* 2006; 107:38S.



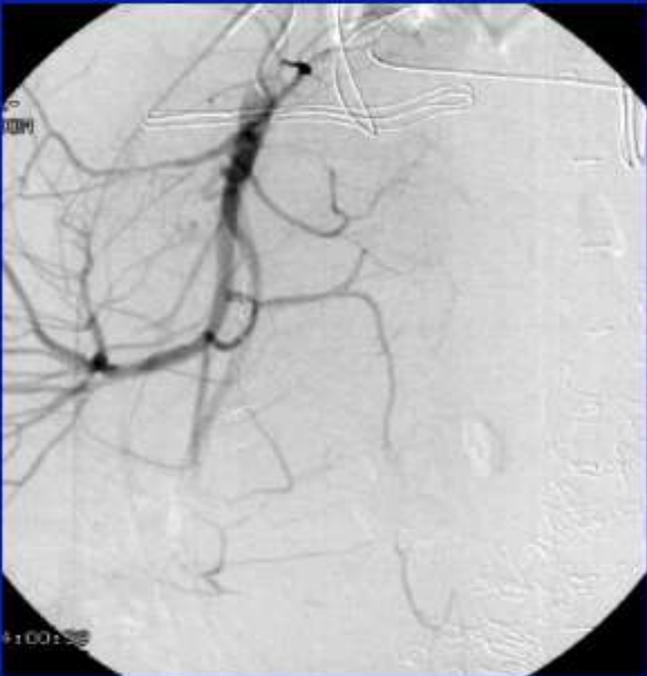
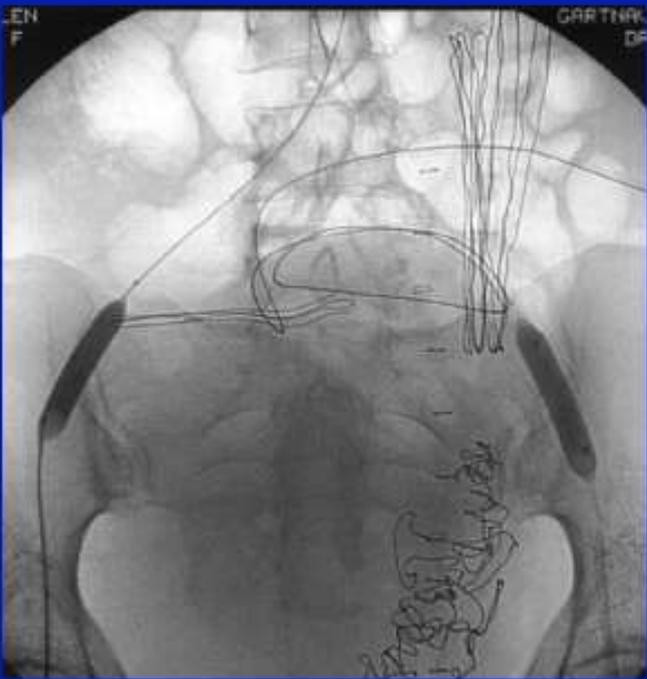
Embolização das Artérias Uterinas



Cateterização das Artérias Iílicas Internas









ELSEVIER

www.obstetanaesthesia.com

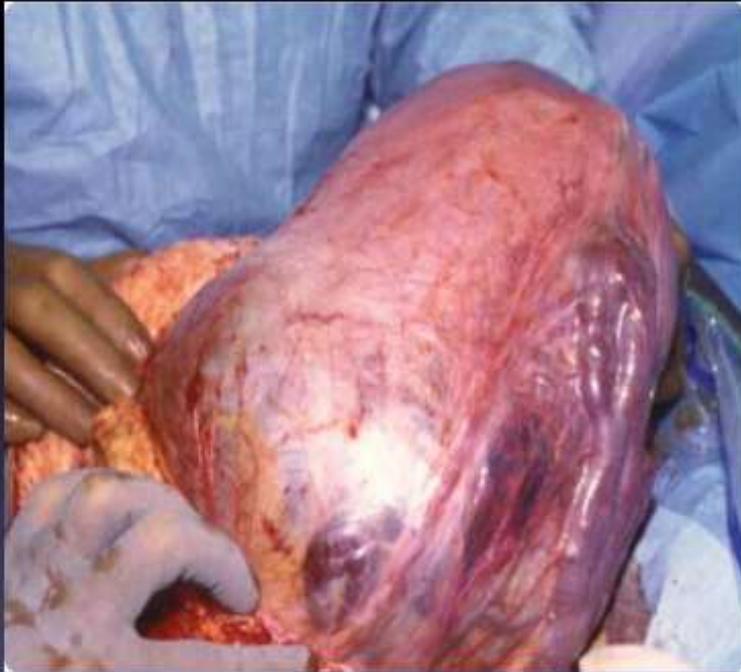
ORIGINAL ARTICLE

Role of prophylactic uterine artery balloon catheters in the management of women with suspected placenta accreta

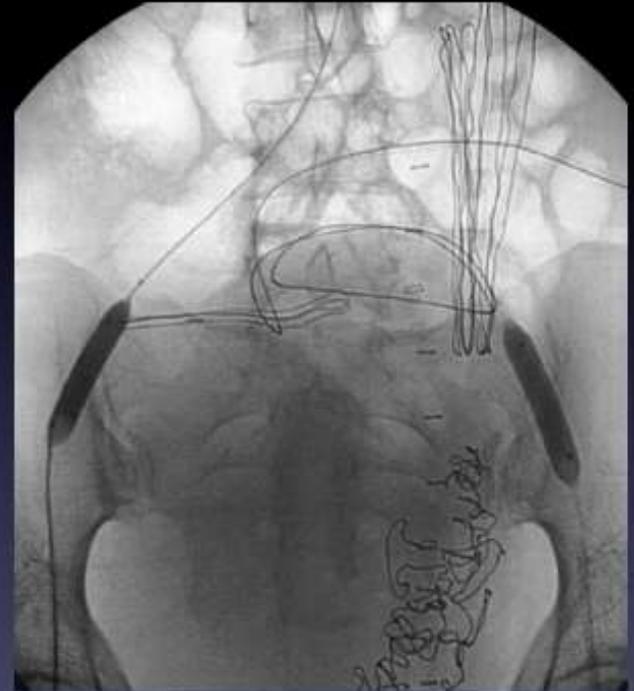
J. Sadashivaiah,^a R. Wilson,^a A. Thein,^b H. McLure,^a C.J. Hammond,^c G. Lyons^a

^a Department of Obstetric Anaesthesia, ^b Department of Obstetrics, ^c Department of Vascular Radiology, St. James' University Hospital, Leeds, UK

- 30 pacientes com suspeita de acretismo
- Perda sanguínea e transfusões tiveram níveis baixos
- Sem histerectomias ou admissões em UTI
- 2 casos de bradicardia fetal pelos balões
- Conclui que balões reduzem necessidades de transfusão mas que pode haver comprometimento fetal e que há necessidade de um ambiente combinado para cesariana e radiologia intervencionista



Am J Obst Gynecol, 2010;203(5):430-39



Anesth Int Care Med, 2007;8:326

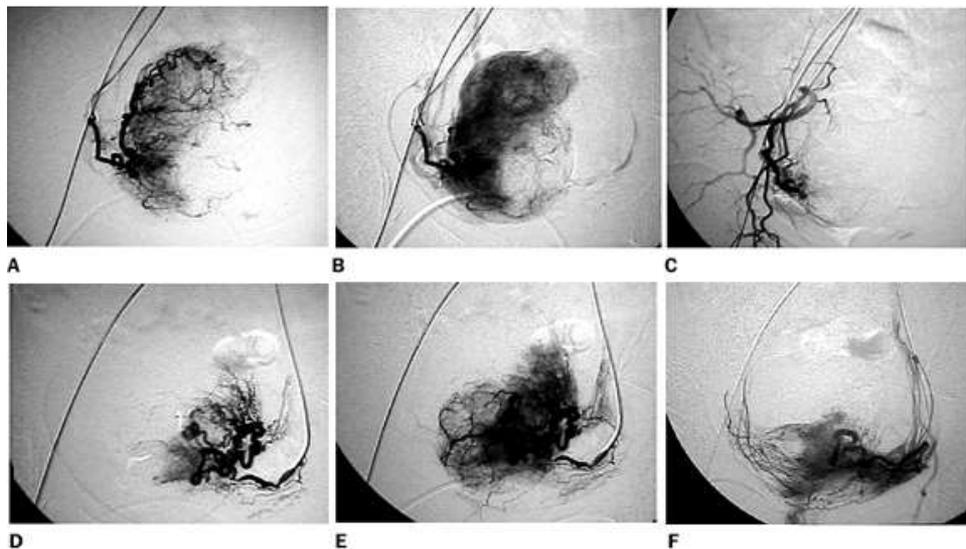
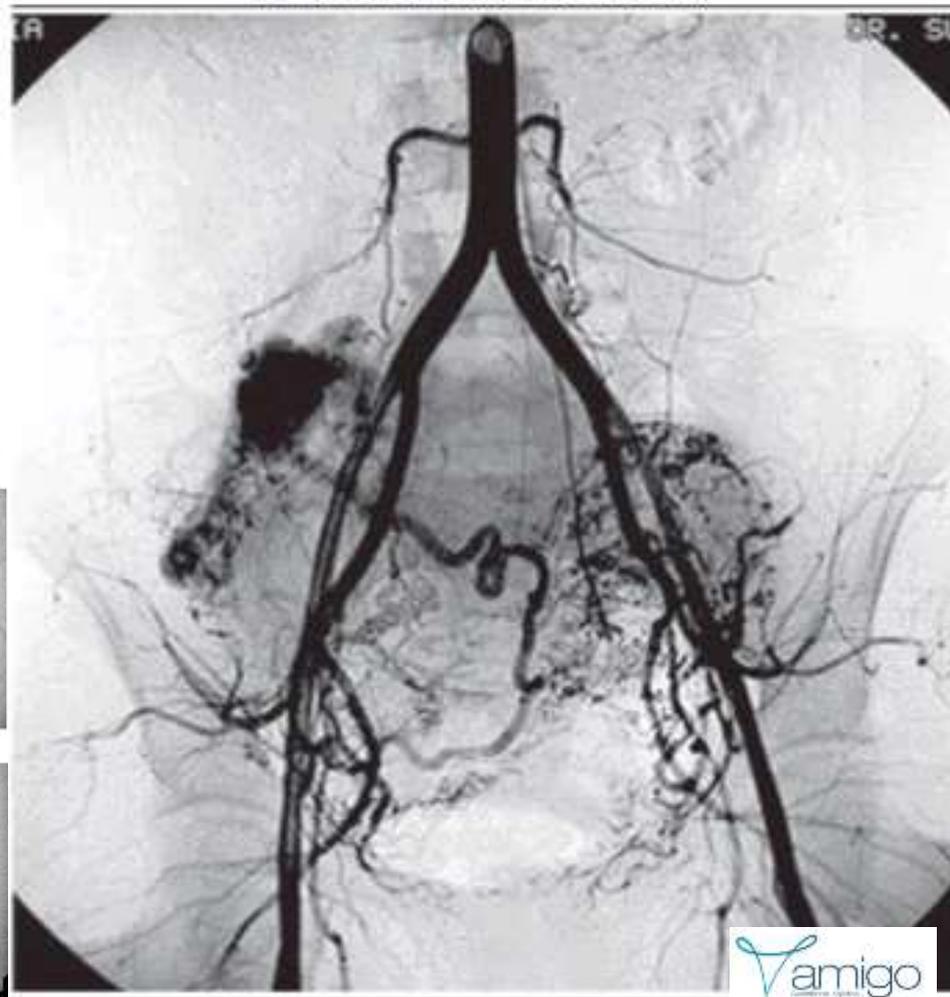
Cell Saver

HEMORRAGIAS PÓS-PARTO

Radiologia intervencionista (Sucesso de 80 a 90 %)

- ✓ Indicações
- ✓ Atonia uterina
- ✓ Laceração útero-vaginal
- ✓ Malformações vasculares uterinas
- ✓ Prenhez ectópica
(Cornual, cervical, e abdominal)
- ✓ MTG
- ✓ Tumores pélvicos na gestação
(Sarcoma, Carcinoma cervical)
- ✓ Acretismo

Figura 2 - Arteriografia: placenta irrigada por ramo da artéria iliaca interna direita



HEMORRAGIAS PÓS-PARTO

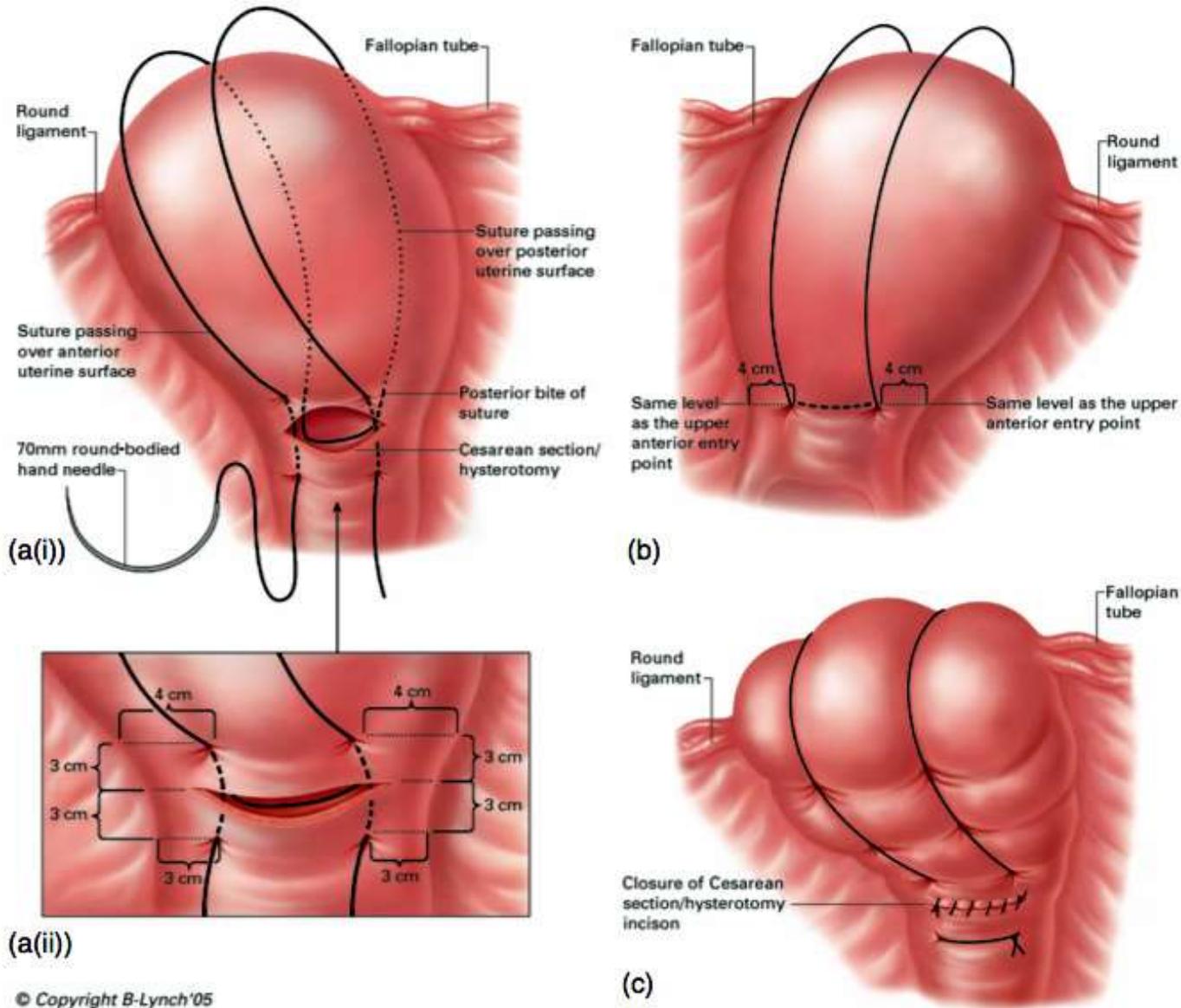


Figure 2a-c Summary of the application of the B-Lynch procedure

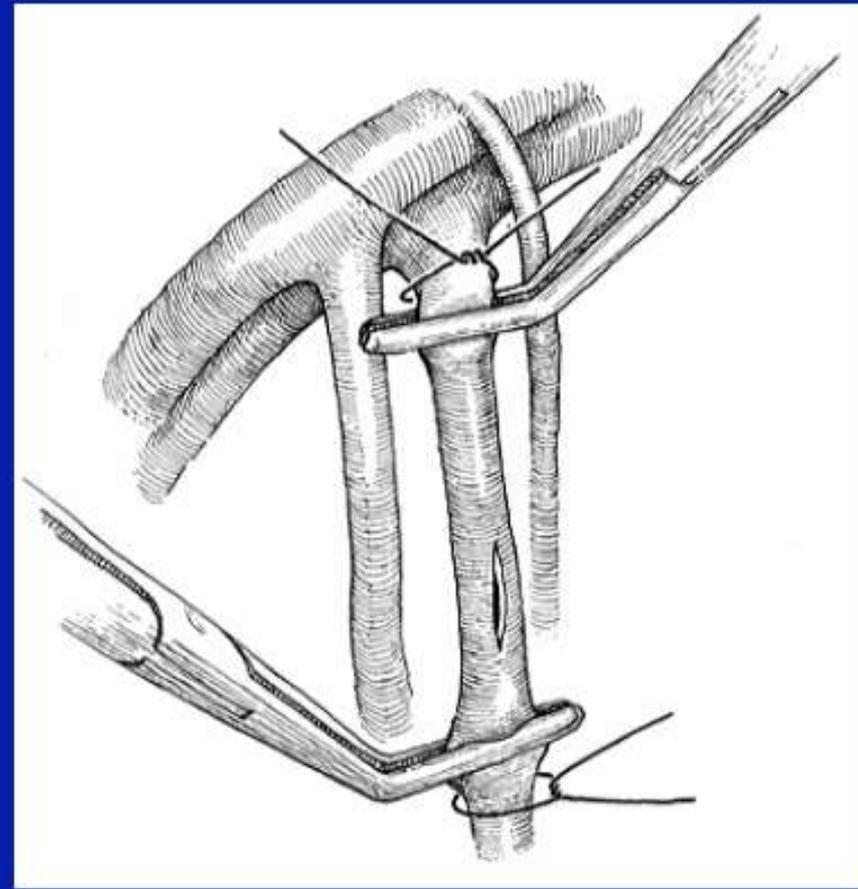
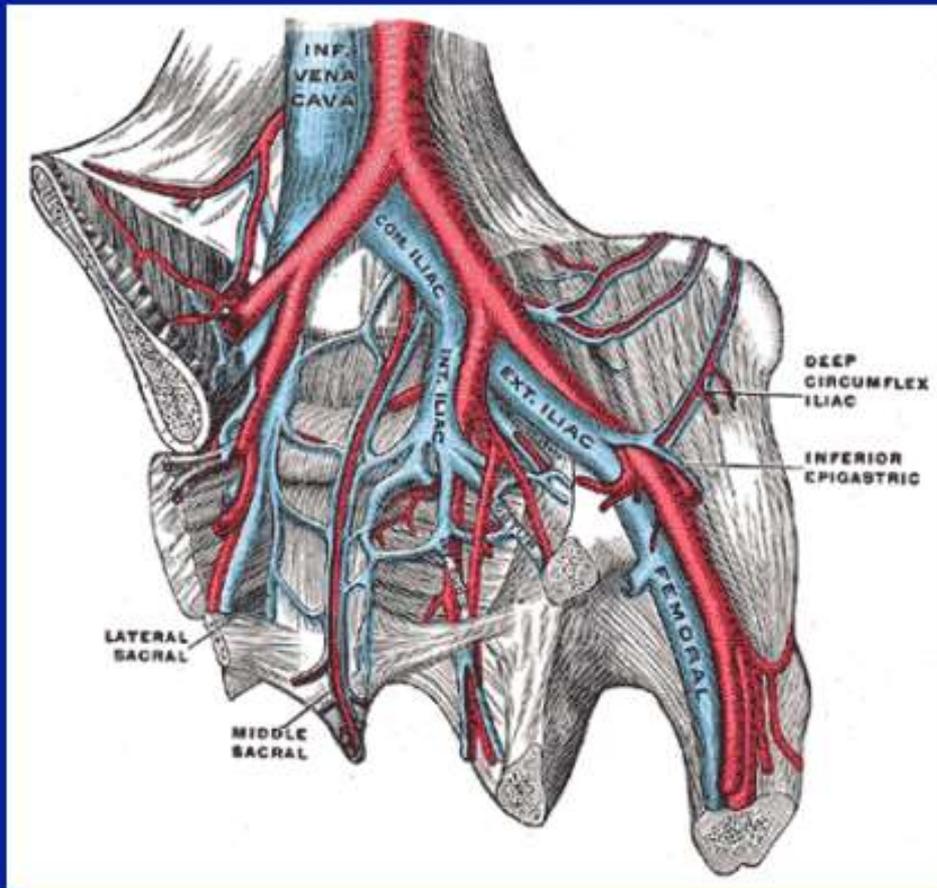
Sutura de B-Lynch,

HEMORRAGIAS PÓS-PARTO



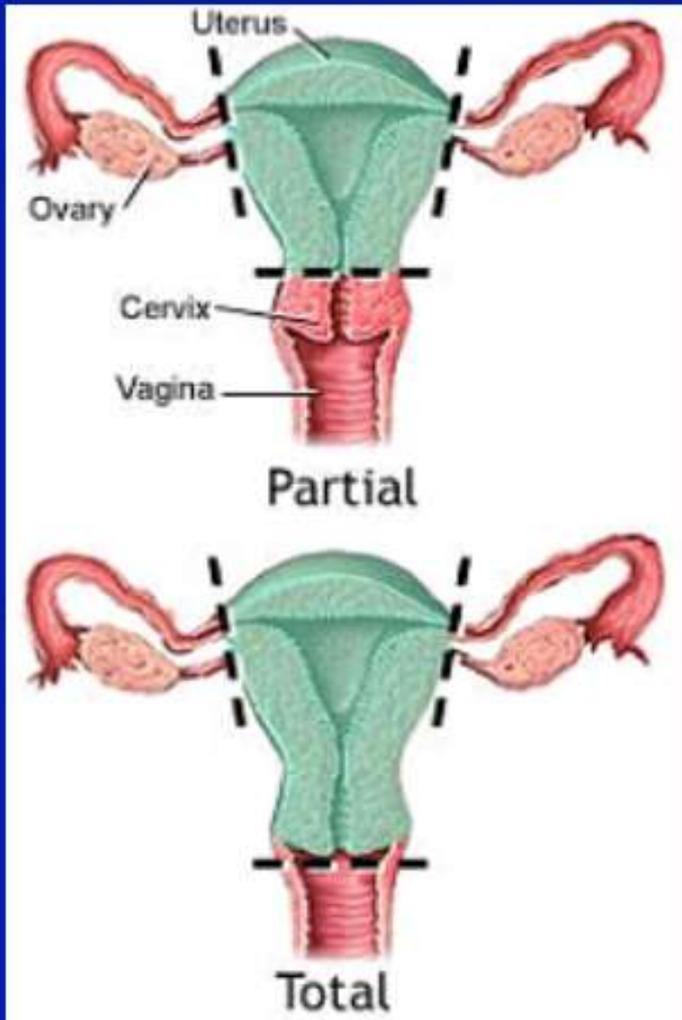
Figura 2 - Vista anterior após sutura de B-Lynch.

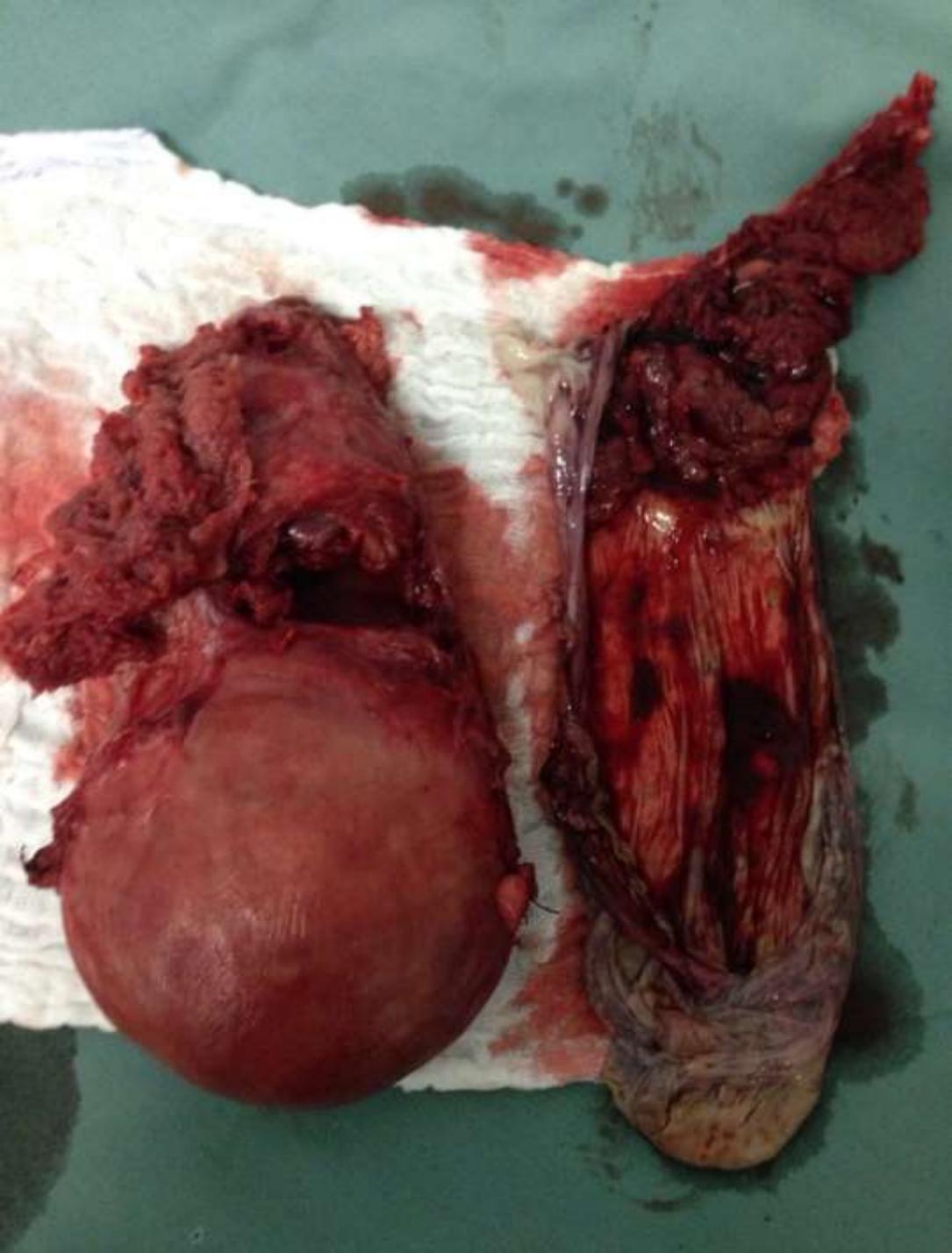
Ligadura das Artérias Iílicas Internas



Doumouchtsis et al - Systemic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. Obstetr Gynecol Surv 2007; 62:540-547.

Histerectomia Puerperal





G II P I (PC) A O

35 SEMANAS

PLACENTA PRÉVIA

CENTRO-TOTAL

Voluson
P8



G II P I (PC) A O

37 SEMANAS

PLACENTA PRÉVIA

CENTRO-TOTAL

Voluson
P8



G II P I (PC) A O

37 SEMANAS

PLACENTA PRÉVIA

CENTRO-TOTAL

Voluson
P8



G II P I (PC) A O

37 SEMANAS

PLACENTA PRÉVIA

CENTRO-TOTAL



G II P I (PC) A O

FETO MORTO

23 SEMANAS

DESCOLAMENTO

PREMATURO DE PLACENTA



G II P I (PC) A O

FETO MORTO

23 SEMANAS

DESCOLAMENTO

PREMATURO DE PLACENTA



G II P I (PC) A O

FETO MORTO

23 SEMANAS

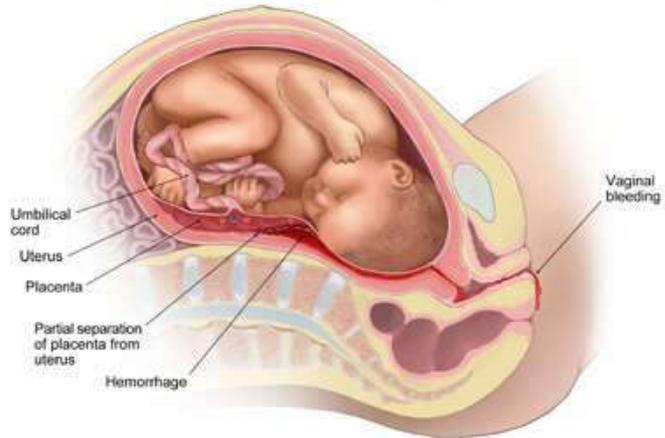
DESCOLAMENTO

PREMATURO DE PLACENTA

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

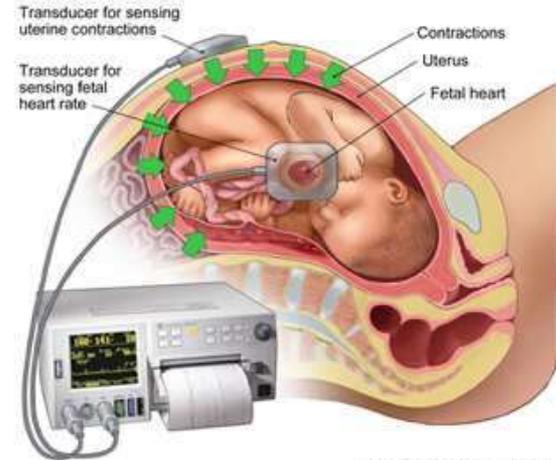
DIAGNÓSTICO

Partial Placental Abruption



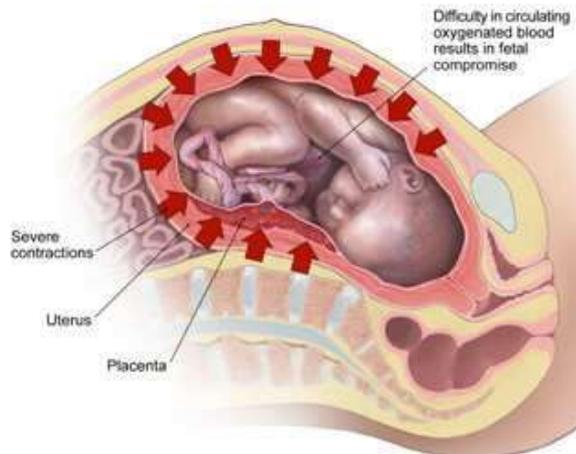
© 2007 AMICUS Visual Solutions

External Fetal Monitor



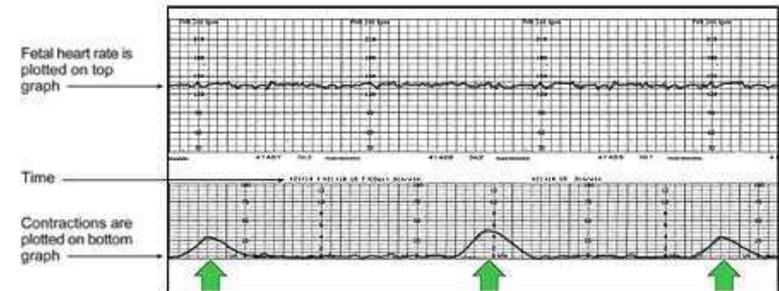
© 2007 AMICUS Visual Solutions

Severe Uterine Contractions



© 2007 AMICUS Visual Solutions

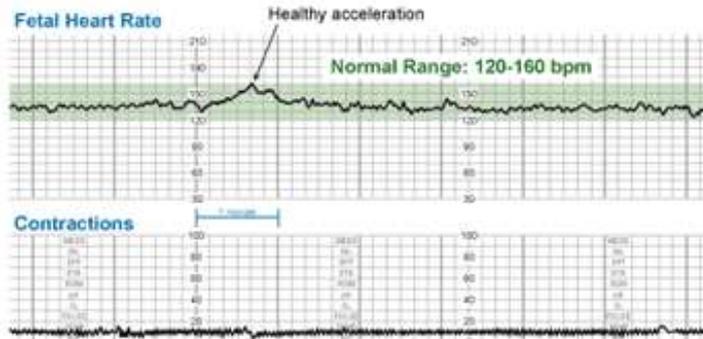
Fetal Heart Monitor Tracing



DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

DIAGNÓSTICO

Fetal Monitor Patterns



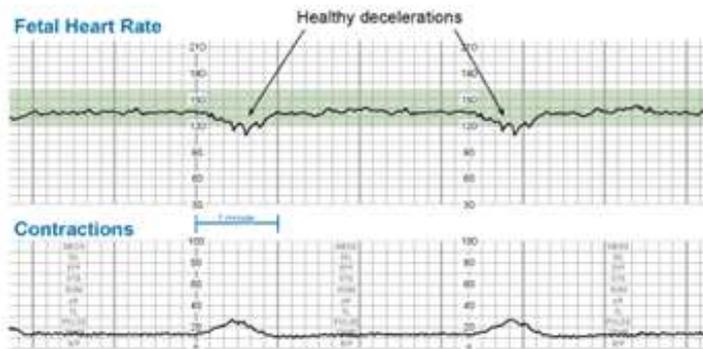
Reassuring Pattern

Baseline fetal heart rate is 120-160, preserved beat-to-beat and long-term variability.
Accelerations last for 15 or more seconds above baseline, and peak to 15 or more bpm.



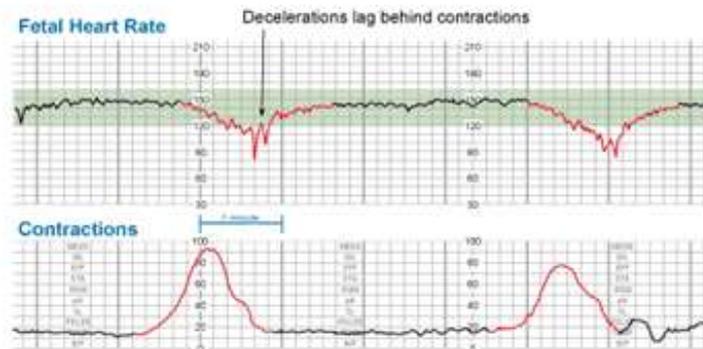
Elevated Heart Rate: **Tachycardia**

Baseline fetal heart rate is above 160, possible onset of decreased variability.
Usually due to fetus lacking nourishing blood supply, or resultant effects of some drugs.



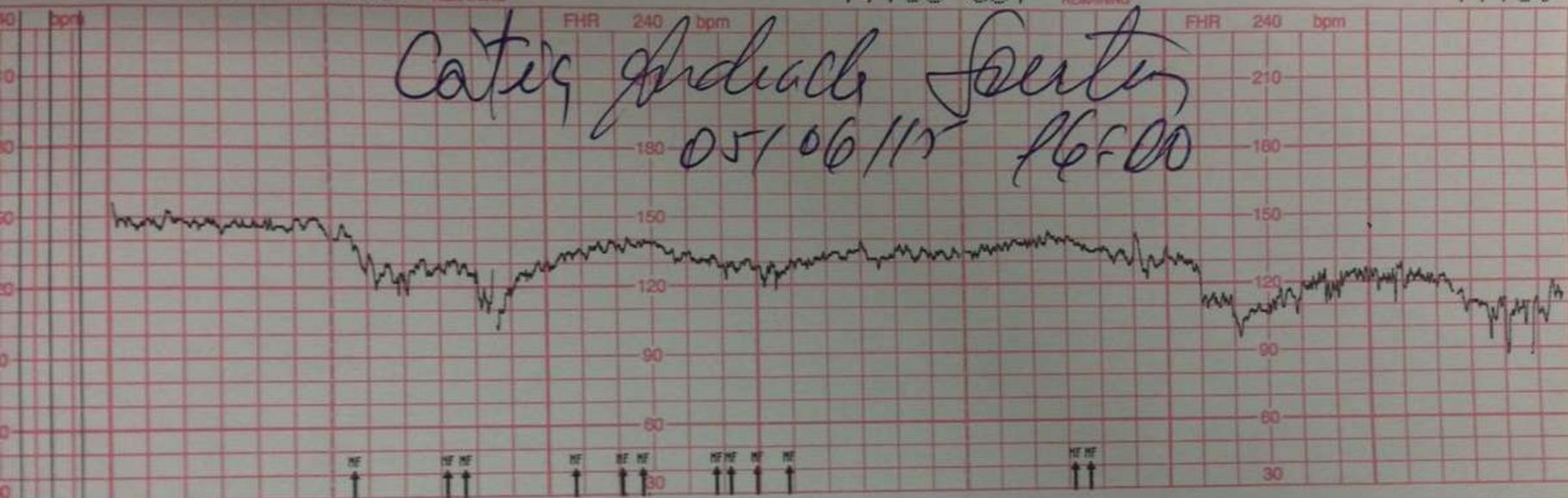
Early Deceleration

The onset and the return of the deceleration coincides with the start and the end of the contraction.
Decelerations are associated with fetal movement, stimulation, and uterine contractions.



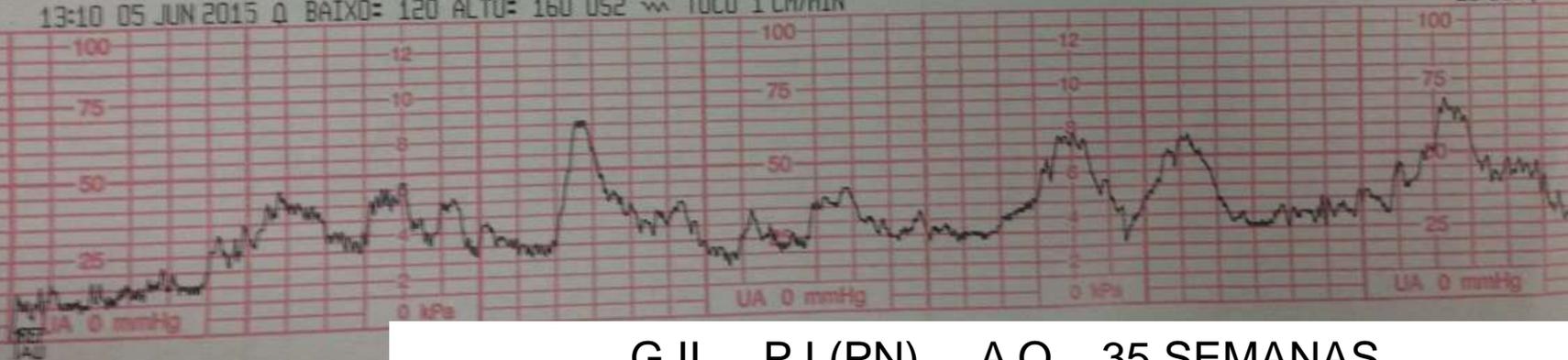
Late Deceleration with Preserved Variability

Fetal heart rate returns to baseline AFTER the contraction has ended.
Late decelerations are associated with uteroplacental insufficiency, or decreased uterine



13:10 05 JUN 2015 Δ BAIXO= 120 ALTO= 160 US2 ~ TOCO 1 CM/MIN

13:30 Δ B



G II PI (PN) A O 35 SEMANAS

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA



Nossos Serviços

Selecione o serviço para mais detalhes

Apoio ao aluno

Material Científico

Palestras

Exames e Diagnóstico

Procedimentos médicos

Consultoria

Gestão em Serviços de Saúde

Notícias

Confira as últimas notícias do Grupo Amigo



Mamãe, confira seis importantes dicas para cuidar de um recém-nascido!

Mais Notícias

Curso de UGO Módulo III - Aulas teóricas - maio 2015 - Doppler

Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna: Brasil ainda precisa diminuir número de óbitos

Marcos do desenvolvimento: Nascimento dos primeiros dentes do bebê

Curso Teórico-Prático de UGO Módulo II - maio 2015 - Doppler

Ativar o Windows



Cadastre-se

Google Pesquisa Personalizada

Material Científico

Manuais

Síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo (SAF)

Faça o Download do Material

Gestação de Alto Risco

Faça o Download do Material

PROTOCOLOS OBSTETRÍCIA - HOSPITAL SÃO LUIZ

Faça o Download do Material

Artigos

ABORTO REPETIÇÃO

Faça o Download do Material

VACINAÇÃO DA MULHER (CONSENSO FEBRASGO/SBIM - 2012)

Faça o Download do Material

Aulas

Manejo hemorragias pós-parto

Faça o Download do Material

Hemorragia Uterina Disfuncional

Faça o Download do Material

Tensão Pré-Mestruar

Faça o Download do Material

Gestação Gemelar

Faça o Download do Material

Ciclo Mestruar

Ativar o Windows

Alterar as Configurações do computador para ativar o Windows



Hemorragias do 3º trimestre

Descrição

Patologias causadoras de hemorragia do 3º trimestre

As principais são:

- Placenta prévia
- Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
- Ruptura de vaso marginal
- Ruptura de vaso prévia
- Lesões cervicais, com velhas, púlpas e Cx de colo uterino
- Lesões vaginais e vulvares

Algumas dessas patologias podem ser diagnosticadas apenas com exame clínico ou vaginal por meio do exame especular. O toque vaginal deve ser evitado.

Placenta prévia

Definição

Implantação e desenvolvimento da placenta no segmento inferior do útero.

Incidência

De 1%, mas vem crescendo pelo aumento do número de cesáreas.

Classificação

Placenta prévia centro-total

Recobre totalmente o orifício interno do colo do útero.

Placenta prévia centro-parcial

Recobre parcialmente o orifício interno do colo do útero.

Placenta prévia marginal

A banda placentária margina o orifício interno do colo do útero.

Placenta prévia lateral

Embora implantada no segmento inferior do útero, não alcança o orifício interno do colo.

Etiologia

Fatores etiológicos associados:

- Cesáreas anteriores
- Escorrelamento anormal
- Multiparidade
- Curvaturas repetidas
- Cirurgias uterinas
- Gemelidade
- História prévia de placenta prévia

Descrição

Descolamento prematuro de placenta (DPP)

Definição

Separação da placenta de sua inserção normal antes da expulsão fetal.

Etiologia

É desconhecida.

Ruptura uterina

Definição

Separação de todas as camadas uterinas com saída de parte ou de todo o feto da cavidade uterina, causando uma grave hemorragia interna, a taquicardia e hipotensão.

Diagnóstico

Placenta prévia

Quadro clínico

Sangramento genital indolor sem causa aparente, de coloração vermelho vivo, recorrente e de gravidade progressiva.

Rotina diagnóstica

É baseado no quadro clínico associado ao exame ultrassonográfico pélvico e/ou transvaginal e só deve ser firmado no 3º trimestre devido ao fenômeno da "migração" ou subcota placentária.

A placenta prévia pode estar associada com o síndrome placentária, principalmente quando há cesárea anterior. No pré-natal deve ser pesquisado essa possibilidade através de ultrassonografia com dopler e, se necessário, complementado pela ressonância magnética.

Na possibilidade de acrílismo, o parto deve ser programado com apoio da radiologia intervencionista (vide protocolo hemorragia pós-parto).

Descolamento prematuro de placenta (DPP)

O diagnóstico é eminentemente clínico.

A ultra-sonografia pode auxiliar no diagnóstico diferencial com placenta prévia e confirma a vitalidade ou não do feto.

A cardiotocografia identifica sinais de sofrimento fetal com bradicardia, diminuição da variabilidade e Ope tipo II.

Quadro clínico

- Dor súbita e intensa principalmente em localização de fundo uterino
- Perda sanguínea vaginal em 80% das cases
- Pode haver anemia, hipotensão e choque
- Parada da movimentação fetal
- Coagulação por consumo local e coagulação intravascular disseminada (CIVD)

Diagnóstico

Exame físico

- Aumento do tórax uterino (hipertensão), algumas vezes associado a hiperatividade uterina (polissístole)
- Ao toque, a bolsa das águas geralmente é baixa
- Os batimentos cardíacos fetais são de difícil ausculta ou mesmo podem estar ausentes
- A paciente pode apresentar sinais de pré-choque ou choque hipovolêmico (ex. Se visto, não confunde com a perda sanguínea vaginal)
- Podem aparecer sinais indiretos de CIVD, como petéquias, equimatoses e hematomas

Condições associadas ao DPP

- Síndromes hipertensivas (principal fator)
- Descompressão uterina abrupta
- Traumas abdominais anteriores
- Tumores uterinos (leiomiomas)
- Malformações uterinas
- Multiparidade
- Tabagismo
- Uso de cocaina
- Trombolíticas
- Antecedentes de DPP em gestação anterior

Exames laboratoriais durante a conduta no DPP

- Avaliação laboratorial da intensidade da anemia através de hemograma completo
- Avaliação da coagulação
 - Teste de fibrin (formação e dissolução de coágulo)
 - Coagulograma completo com plaquetas (plaquetas inferiores a 100.000/mm³ e TTPA elevado são sinais de CIVD)
 - Fibrinogênio plasmático (quando menor que 100 mg/dl indica coagulação de consumo)
- Avaliação da função renal (uréia e creatinina)
- Avaliação metabólica e de função respiratória pela gasometria arterial

Ruptura uterina

O diagnóstico é clínico.

Tratamento

Placenta prévia - Conduta

Deve-se evitar o toque vaginal. Quando realizado, o ambiente onde seja possível realizar uma intervenção de emergência.

A conduta é definida de acordo com a idade gestacional e as condições maternas e fetais.

Conduta pré-natal com sangramento discreto

- Internação hospitalar via parenteral
- Controle de sinais vitais maternos
- Controle de sangramento vaginal
- Comunicar o banco de sangue
- Controle de vitalidade fetal
- Administrar corticoides entre 26 semanas e 34 semanas (vide protocolo de corticoides)

Conduta pré-natal com hemorragia grave

- Realização do parto por cesárea

Síntese 35 semanas ou mais

- Realização do parto por cesárea

Observações

Em placenta prévia centro-total, mesmo com feto morto, a internação é por cesárea.

Todos os casos pacientes exigem cuidados especiais no pós-parto imediato, sendo prudente encaminhá-los à UTI.

Tratamento

DPP

- Os cuidados vitais maternos devem ser rápidos e concorrentes à intervenção da gestação
- Encaminhar o paciente para o centro obstétrico
- Cuidado após o parto. De acordo com a gravidade, utilizar cateter perfurador ou intracavitário
- Sangramento vascular para avaliação do volume urinário e da função renal
- Oxigênio úmido em máscara aberta
- Monitorização contínua da PA, frequência cardíaca e diurese

Conduta no DPP

Estabilização da paciente

O pré-natal é promovido reposição volêmica para manter a pressão arterial e evitar o choque. A reposição volêmica deve ser feita o mais precocemente possível com cristaloide, papa de hemácias, plasma fresco, crioprecipitado, plaquetas e totar VII recombinante.

Conduta obstétrica

Cesárea com feto vivo ou morto e em qualquer idade gestacional.

Admite-se o parto vaginal em gestante em condições estáveis em fase avançada do trabalho de parto, realizando amniotomia e indução do parto, com duração por período máximo de 22 horas.

Após o parto encaminhar o paciente à UTI.

Ruptura uterina - conduta

Laparotomia imediata, com cura das lesões da musculatura uterina. Percebendo o sangramento solicitar apoio da radiologia intervencionista.

Tratamento

Placenta prévia - Conduta

Deve-se evitar o toque vaginal. Quando realizado, exige ambiente onde seja possível realizar uma intervenção de emergência.

A conduta é definida de acordo com a idade gestacional e as condições maternas e fetais.

Gestação pré-termo com sangramento discreto

- Internação instituída via parenteral
- Controle de sinais vitais maternos
- Controle de sangramento vaginal
- Comunicar o banco de sangue
- Controle de vitalidade fetal
- Administrar corticóides entre 26 semanas e 34 semanas (vide protocolo de corticoterapia)

Gestação pré-termo com hemorragia grave

- Resolução do parto por cesárea

Gestação 36 semanas ou mais

- Resolução do parto por cesárea

Observações

Em placentas prévias centro-totais, mesmo com feto morto, a interrupção é por cesárea.

Todas essas pacientes exigem cuidados especiais no pós-parto imediato, sendo prudente encaminhá-las à UTI.

Tratamento

DPP

- Os cuidados vitais maternos devem ser rápidos e concomitantes à interrupção da gestação
- Encaminhar a paciente para o centro obstétrico
- Cateterização venosa. De acordo com a gravidade, utiliza-se cateter periférico ou intracath
- Sondagem vesical para avaliação do volume urinário e da função renal
- Oxigênio úmido em máscara aberta
- Monitorização contínua da PA, frequência cardíaca e diurese

Conduta no DPP

Estabilização da paciente

O propósito é promover reposição volêmica para manter a perfusão tecidual e evitar o choque. A reposição volêmica deve ser feita o mais precocemente possível com cristalóides, papa de hemácias, plasma fresco, crioprecipitados, plaquetas e fator VII recombinante.

Conduta obstétrica

Cesariana com feto vivo ou morto e em qualquer idade gestacional.

Admite-se o parto vaginal em gestante em condições estáveis em fase adiantada do trabalho de parto, realizando amniotomia e indução do parto, com ocitocina por período máximo de 2 horas.

Após o parto encaminhar a paciente à UTI.

Ruptura uterina - conduta

Laparotomia imediata, com sutura das lacerações ou histerectomia. Persistindo o sangramento solicitar apoio da radiologia intervencionista.

HEMORRAGIAS PÓS-PARTO

Descrição

Definição

Emergência obstétrica com perda de sangue de mais de 500 ml no parto vaginal e 1.000 ml na cesárea, nas primeiras 24 horas após o parto. É uma das principais causas de morbimortalidade materna.

Incidência

5% dos partos.

Etiologia

- Atonia uterina.....(70%)
- Laceração genital e ruptura uterina.....(20%)
- Retenção placentária e acretismo.....(10%)
- Coagulopatias (consumo ou dilucional).....(1%)

Fatores de risco para HPP

- Acretismo placentário
- Trabalho de parto, parto e dequitação prolongados
- História de HPP em gestação anterior
- Gestação múltipla
- Feto grande
- Cesárea(s) anterior(es)
- Pré-eclâmpsia

Observação

Os fatores de risco apresentam baixo valor prognóstico.

Tratamento

Conduta

Primeiro passo

- Realizar massagem e compressão uterina bimanual
- Iniciar infusão de solução salina ou outro cristalóide através de 2 acessos venosos calibrosos (16 Gauge) em MMSS.
- Administrar ocitócicos
 - Octocina (Syntocinon®) – 10 unidades a 40 unidades em 1 litro de solução salina por via intravenosa, com taxa de infusão de 250 ml a cada hora
 - Metilergonovina (Metergin®) – 1 ampola (0,2 mg) por via intramuscular
 - Misoprostol (Prostokos®) – 800 mcg por via retal

Se não houver imediato controle da hemorragia, transferir paciente para o centro obstétrico.

Segundo passo

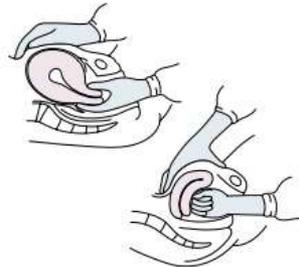
- Montagem de equipe multidisciplinar (obstetra, anestesista, radiologista intervencionista, hematologista e urologista)
- Resuscitação e estabilização, mantendo vias aéreas prévias
- Sondagem vesical
- Colher hemograma e coagulograma
- Avaliar necessidade de transfusão
- Anestesia para possíveis procedimentos

Terapia específica

- Reparar lacerações genitais (cervicais, vaginais e hematomas) e fazer curagem ou curetagem nos restos
- Em caso de atonia uterina, fazer massagem e compressão uterina
- Em caso de persistência da hemorragia, considerar distúrbios de coagulação
- Se a hemorragia estiver incontrolável, considerar intervenções cirúrgicas

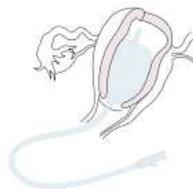
Tratamento

Compressão uterina manual



Compressão uterina por balão

Balão para tamponamento vaginal disponível no Hospital e Maternidade São Luiz



Tratamento

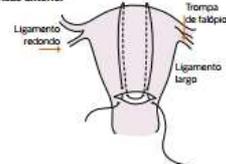
Intervenção cirúrgica

Terapia específica

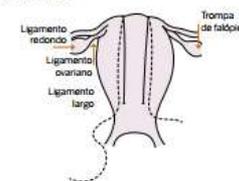
- Laparotomia
 - Sutura de B-Lynch
 - Ligadura de artérias uterinas e útero-ováricas
 - Ligadura da artéria ilíaca interna ou hipogástrica
 - Histerectomia
- Radiologia intervencionista
 - Embolização
 - Oclusão arterial

Sutura compressiva B-Lynch

Visão anterior



Visão posterior



Visão anterior



Tratamento

Ligadura de artéria ilíaca interna ou hipogástrica

Indicada para pacientes com prole não constituída; é um recurso anterior à histerectomia.

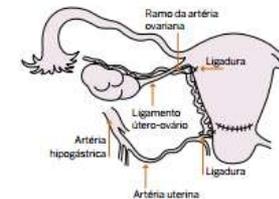
Limitações

- Dificuldade de abordagem do retroperitônio e visualização das hipogástricas
- Presença de coagulopatias dificulta a hemostasia
- Sucesso da ligadura de hipogástricas é controverso (< 50%)

Opções à ligadura

- Histerectomia
- Intervenção endovascular com radiologia intervencionista (sucesso de 80% a 90%)

Ligaduras de artérias



Radiologia intervencionista – indicações

- Atonia uterina
- Laceração útero-vaginal
- Malformações vasculares uterinas
- Preterno ectópica (cervical e abdominal)
- Moléstia trofoblástica gestacional
- Tumores pélvicos na gestação (sarcoma uterino e carcinoma cervical)
- Anormalidades de implantação placentária (acretismo)

Tratamento

Acretismo placentário

Importância clínica

O aumento da incidência de cesáreas acarreta maior incidência de acretismo placentário. Em pacientes com placenta prévia e antecedente de uma cesariana, o risco de acretismo é de 25%. Em caso de duas ou mais cesarianas, passa a ser 50%.

Complicações

- Hemorragia maciça
- Coagulação intra-vascular disseminada
- Necessidade de histerectomia
- Lesão de órgãos adjacentes
- SARA
- Insuficiência renal
- Reação transfusional
- Atormentação
- Sangramento para o retroperitônio
- Tromboflebite pélvica
- Síndrome de Ovívie
- Infecção pós-parto
- Dificuldade da incisão abdominal
- Morte materna

Acretismo placentário – conduta

A conduta pode ser conservadora em paciente hemodinamicamente estável e com acretismo parcial.

Para sangramento que persiste com acretismo no corpo uterino, indica-se histerectomia subtotal, de fácil execução e menor tempo cirúrgico.

Nos casos de placenta prévia com cesárea anterior, solicitar ultra-sonografia com doppler e ressonância magnética.

Nos casos de suspeita de placenta percreta, deve-se programar o parto com apoio da radiologia intervencionista (programar cauterização das artérias ilíacas internas para possível embolização após a retirada do feto).

Nos casos de placenta percreta com envolvimento de tecidos adjacentes, a incisão uterina deve ser feita fora da área placentária (no fundo uterino) para a retirada do feto, podendo opti por deixar a placenta in situ e reintervenção após dias ou semanas, ou seja, após estabilização clínica da paciente.

Ativar o Windows

Acesse as configurações do computador para ativar o



FEBRASGO

Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

ÁREA RESTRITA

UF+NºCRM

Esqueceu a senha?

Senha

Entrar



COORDENAÇÕES / COMISSÕES

AGENDA

CONCURSOS

DOCUMENTOS

PUBLICAÇÕES

IMPRENSA

CONTATO



O uso racional do misoprostol

ÚLTIMAS

VISTOS

TAGS



→ No Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher, FEBRASGO relembra importantes...

8 JUN



→ FEBRASGO parabeniza nova diretoria

8 JUN



→ Inscreva-se para o 56º CBGO neste mês de junho e ganhe desconto

8 JUN



→ Atestado médico para gestante viajar: quem assume a responsabilidade?

8 JUN

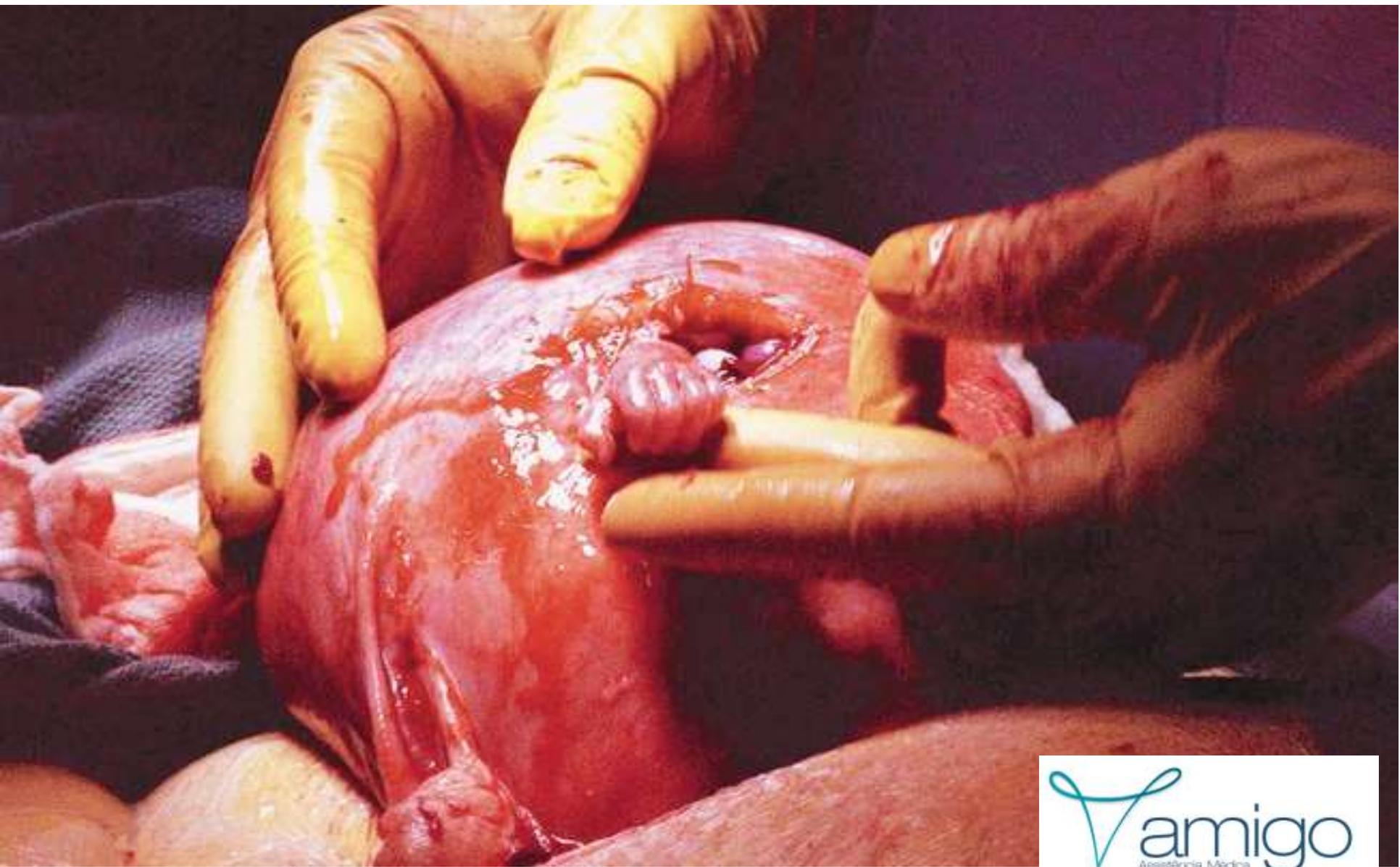


Ativar o Windows
Acesse as configurações do computador para ativar o Windows.

THE PREGNANT WOMAN



ALICE NEEL



CONSTATAÇÕES

TEMOS A MELHOR PROFISSÃO DO MUNDO



**Que o homem carregue
nos ombros a graça de
um pai**

**Que a mulher seja um
céu de ternura,
aconchego e calor**

**E que os filhos
conheçam a força que
brota do amor**

Padre Zezinho