

# Ginecologia Obstetrícia



## Hemorragias pós-parto

MD

D

P

GD



### Autoria

Mariana Correia, Ana Mendes da Silva



### Referências

- Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Hueppchen, N., Weiss, P., Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D. & Smith, R (2019), Obstetrics and Gynecology, Eighth Edition, Wolters Kluwer

### Importante causa de morbimortalidade materna!



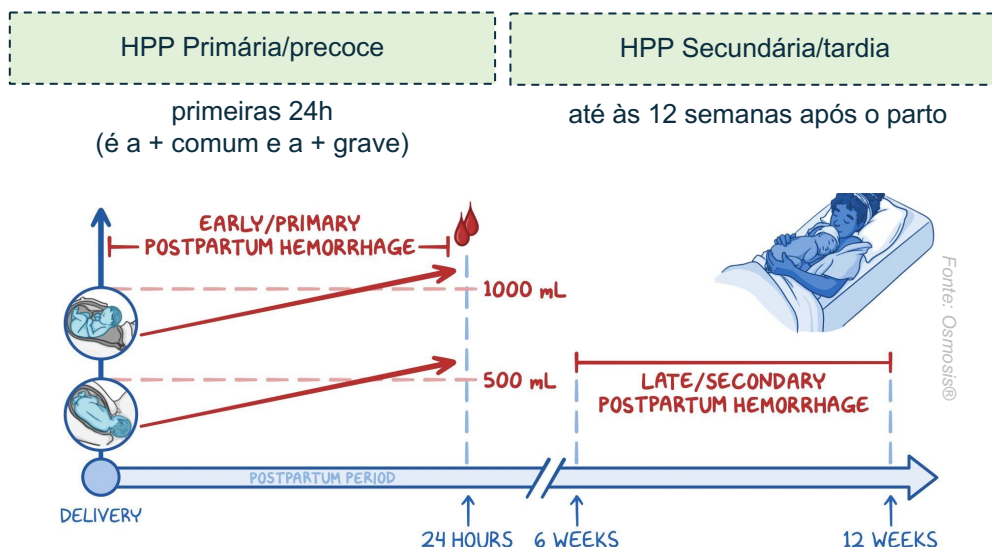
É habitual haver perdas de sangue durante o parto

**Hemorragia pós-parto** = Perdas estimadas **> 500mL parto vaginal** ou **>1000 mL cesariana**

Pela dificuldade em estimar a perda hemática, devemos suspeitar de HPP se:

Sinais (hipotensão, taquicardia) ou sintomas (mal-estar, tonturas) de **hipovolémia**

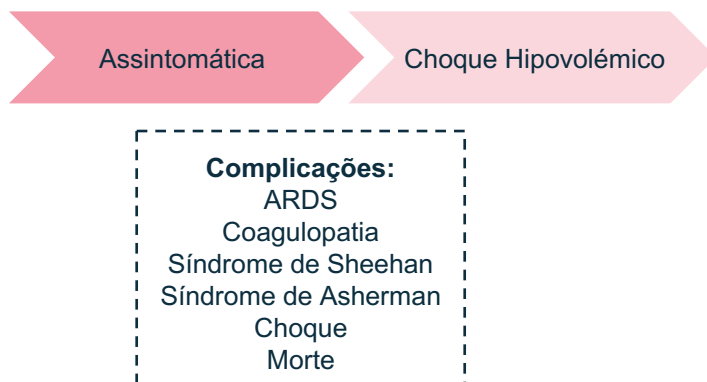
MD



## Fatores de risco

- TP prolongado
- Aceleração/ Indução TP (excesso de oxitocina durante o parto)
- História de hemorragia pós-parto
- Episiotomia (sobretudo se medio-lateral)
- Pré-Eclâmpsia
- Hiperdistensão uterina (macrossomia fetal, gestação múltipla e hidrâmnios)
- Alterações placentação (placenta prévia, DPPNI,)
- Cirurgia uterina prévia ou outros riscos para anormal placentação
- Parto instrumentado
- Corioamnionite

## Apresentação clínica



## Causas – 4 T's

MD

Tónus  
(atonia uterina)

Traumatismo  
(canal de parto)

Tecido placentário  
(retenção)

Trombina  
(alt coagulação)



**Emergência – Estabilizar doente!**

GD

**Abordagem**

Estimar perdas de sangue  
Sinais vitais  
Monitorizar (TA, FC, SO<sub>2</sub>, débito urinário)  
Oxigenoterapia  
Obter 2 acessos intravenosos  
Reserva de unidades de concentrado eritrocitário  
Verificar tempos de coagulação e fatores de coagulação

**FLUIDOTERAPIA + TRANSFUSÃO**

**Identificar causa**

**T**ONE – UTERINE ATONY

**T**ISSUE – RETAINED PLACENTA

**T**RAUMA – LACERATIONS

**T**HROMBIN – COAGULATION



Fonte: Osmosis®

**Avaliação**

Sinais Vitais  
Palpação bimanual uterina: atonia,  
restos placentares, rotura uterina  
Inspeção períneo, vulva, vagina e  
colo uterino  
Identificar lacerações, hematoma,  
inversão uterina



**DICA:** Em caso clínico que questione o “próximo passo/ passo seguinte” é importante verificar se existe a opção “estabilização hemodinâmica” ou “fluidoterapia”; uma vez que será sempre essa a prioridade (evitar cair na tentação da opção com o tratamento dirigido).

MD

**Hemorragia pós-parto**

Útero amolecido

**ATONIA UTERINA**

Útero contraído

**Inspeção canal parto**

**LACERAÇÃO**

Sem laceração

**Expulsão placenta  
espontânea e completa**

**RETENÇÃO  
PLACENTÁRIA**

**Avaliação coagulação**

**COAGULOPATIA**

MD



## Atonia uterina

Causa mais frequente de HPP

Resulta da incapacidade do miométrio em contrair ou permanecer contraído após expulsão da placenta;  
Não contrai → não faz hemóstase

**Resultado:** útero mole e globoso, colo útero dilatado;  
globo de segurança ausente

### Fatores de risco:

Hidrâmnios ou gestação múltipla  
Parto anormal (TP prolongado)

Leiomiomas ou uso recente de sulfato de magnésio

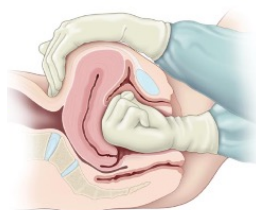
Tratamento

### Prevenção

### Após dequitação

1. Administração ocitocina ev
2. Administração ocitocina IM (10 U) ou 600 µg de misoprostol oral
3. Amamentação materna precoce

1. **Massagem uterina bimanual**
2. **Administração de uterotômicos**
  - Ocitocina ev
  - Dinoprostona retal
  - Misoprostol
  - Sulprostone
3. **Tamponamento intrauterino: balão**
4. **Tratamento cirúrgico**
  - B-lynch
  - Suturas Alcides Vieira
  - Embolização arterial seletiva (artéria uterina)
  - Histerectomia (último recurso)



## Retenção de restos placentares

## Acretismo placentar

Invasão do trofoblasto para além do limite

Suspeitar se não for possível realizar dequitação 30' após saída do RN

MD

### Placenta Acreta

Invasão do trofoblasto na **superfície** do miométrio

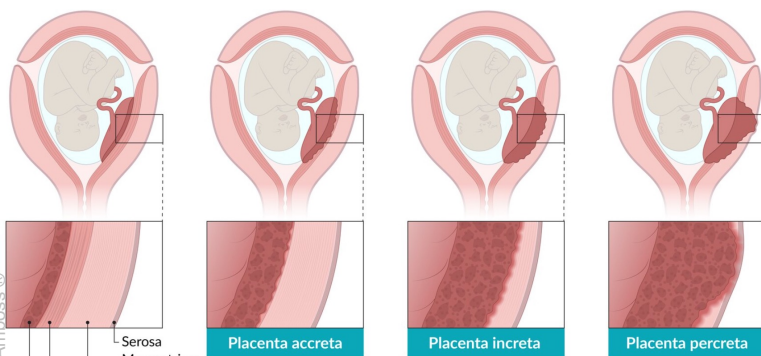
### Placenta Increta

Invasão do trofoblasto na **profundidade** do miométrio

### Placenta Percreta

Invasão em toda a espessura do miométrio **atingindo a serosa**

GD



Fonte: Amboss.®

Serosa  
Myometrium  
Decidua basalis  
Placenta

Placenta accreta

Placenta increta

Placenta percreta

## Abordagem

1. **Inspeção da placenta após a dequitação** - Lobos acessórios ou sucenturiados
2. **Inspeção manual da cavidade uterina e remoção manual de restos placentares**
3. **Aspiração e/ou Curetagem (no BO)** - Riscos: perfuração, Síndrome de Asherman
4. **Verificar se acretismo placentar**



## Hematoma perineal

Dor perineal + massa/abaulamento vaginal

MD

**Hematomas  $\leq 5\text{cm}$   
s/  $\uparrow$  tamanho**

GD

**Atitude expectante:**  
Gelo e vigilância  
Monitorização SV e débito  
urinário

**Hematoma na  
episiotomia**

Remoção da sutura e  
investigação do vaso  
sangrante

**Hematomas  $> 5\text{cm}$   
ou  $\uparrow$  tamanho**

Drenagem cirúrgica com ou  
sem colocação de dreno

MD



## Laceração trato genital

Suspeitar se útero bem contraído, mas hemorragia ativa!

GD

### Abordagem:

1. Reparação das lacerações ou drenagem de hematoma se necessário
2. Atitude expectante (vigiar progressão de hematomas)

### Fatores de risco:

Parto instrumentado (+++ fórceps)  
Apresentação pélvica  
TP explosivo  
Apresentação cefálica que não  
seja occipito-anterior  
Macrossomia

MD



## Coagulopatia

GD

### Abordagem:

1. Reposição de fatores de coagulação em falta
2. Identificação de causas secundárias de coagulopatia

Hemorragia grave  
Descolamento da placenta  
Infecção  
Embolia de líquido amniótico  
Fígado Gordo Agudo da Gravidez  
Sépsis  
Pré-Eclâmpsia grave



## Embolia Líquido Amniótico

Raro  
Início súbito – quase sempre tem desfecho trágico!

MD

Insuficiência respiratória  $\rightarrow$  Cianose  $\rightarrow$  Colapso cardiovascular  $\rightarrow$  Hemorragia  $\rightarrow$  Coma

GD

### Abordagem:

1. Suporte de órgão
2. Cuidados Intensivos

MD



## Inversão Uterina

Herniação do fundo através do colo para a cavidade vaginal  
Raro  
Hemorragia grave



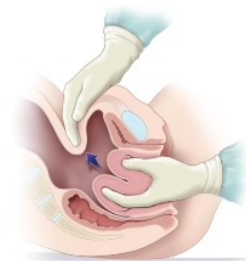
## Emergência Obstétrica

Vemos massa paracervical dura e azulada a sair pela vagina; além disso, palpamos o abdômen e já não sentimos útero!

GD

## Abordagem

1. Reposição manual
2. Se não for possível: administração de relaxantes uterinos: nitroglicerina, terbutalina, sulfato de magnésio → Reversão manual
3. Cirurgia



MD



## Rotura Uterina

Laceração do endométrio até à serosa  
(se o peritôneo está intacto → rotura parcial)

### Rotura uterina

vs

### Deiscência de sutura

Abertura da cavidade uterina para a cavidade abdominal

Abertura da cavidade uterina mas coberta pelo peritôneo visceral

Na maioria dos casos ocorre no local de **cicatriz uterina prévia**. Clinicamente com dor abdominal severa + pausa súbita das contrações uterinas.

## Causas

- Cesariana anterior
- Malformação congênita uterina
- Parto anormal
- Parto instrumentado
- Placenta acreta
- Espontânea

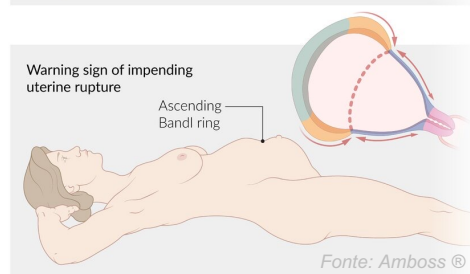
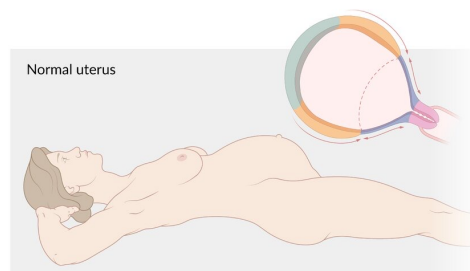


■ Fundus  
■ Body  
■ Isthmus  
■ Cervix

D

## Diagnóstico

- Dor abdominal aguda intensa
- Alteração do formato abdominal
- Palpação de partes fetais através do abdômen da grávida
- Regressão do plano de apresentação fetal



Fonte: Amboss®

GD

## Abordagem:

1. Extração fetal emergente
2. Estabilização materna
3. Reparação cirúrgica
4. Histerectomia

P

## Prevenção

Abordagem **ativa** da 3ª fase do TP (dequitação)

1. Tração controlada do cordão umbilical + massagem uterina supra-púbica
2. Administração de útero-tônicos (10 U oxitocina, EV/IM)
3. Dequitação manual interna se necessário



**DICA:** No caso clínico 2 descrições que nos devem fazer lembrar este diagnóstico:

- Palpação de partes fetais à palpação abdominal da grávida (através da rotura)
- Perda/regressão do plano de apresentação fetal (ex. passou do plano -1 para o -2)