CURSO DE GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

IGREJA VIDEIRA EM CUIABÁ

**LUZIA DE FÁTIMA PEREIRA**

**PLACENTA PRÉVIA E ACRETISMO PLACENTÁRIO**

**DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA E COAGULAÇAO INTRAVASCULAR DISSEMINA**

**HEMORRAGIA PUERPERAL**

Cuiabá- MT

Setembro/2014

**LUZIA DE FÁTIMA PEREIRA**

**PLACENTA PRÉVIA E ACRETISMO PLACENTÁRIO**

**DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA E COAGULAÇAO INTRAVASCULAR DISSEMINA**

**HEMORRAGIA PUERPERAL**

Trabalho apresentado ao Curso de validação em Teologia

Profº. Célio Pereira

Cuiabá- MT

Setembro/2014

SUMÁRIO

01- Introdução.............................................................................................................................5

02-objetivo..................................................................................................................................6

03Metodologia............................................................................................................................7

04 – Revisão Bibliográfica .........................................................................................................8

4.1.Definição de Placenta Prévia.....................................................................................8

4.2. Etiologia..........................................................................................,........................8

4.3. Fisiopatologia...........................................................................................................9

4.4. Quadro Clínico......................................................................................................10

4.5. Conduta.................................................................................................................10

4.6. Conduta Acretismo Placentário..............................................................................11

4.7. Protocolo Placenta Prévia......................................................................................12

4.8 Diagnóstico e Ações de Enfermagem....................................................................12

05- Descolamento Prematuro de Placenta...............................................................................13

5.1.Definição de Descolamento Prematuro de Placenta...............................................13

5.2. Etiologia.................................................................................................................14

5.3. Fisiopatologia.........................................................................................................15

5.4. Quadro Clínico.......................................................................................................16

5.5. Conduta para o tratamento.....................................................................................17

5.6. Fluxograma.............................................................................................................18

5.7. Diagnóstico e Ações da Enfermagem.....................................................................18

6.0. Definição de Hemorragia Puerperal..................................................................19

6.1. Etiologia.................................................................................................................19

6.2. Fisiopatologia.........................................................................................................19

6.3. Quadro Clínico.......................................................................................................20

6.4.Conduta para o Tratamento....................................................................................20

6.5. Protocolo Placenta Prévia.......................................................................................21

6.6. Diagnóstico e Ações de Enfermagem........ ...........................................................22

7. Atuação Do Enfermeiro Gerencial E Assistencial ...............................................................23

8.Considerações finais..............................................................................................................24

9. Referências............................................................................................................................25

**1.INTRODUÇÃO**

Muito se tem discutido, recentemente, acercados cuidados que se deve ter com clientes com Placenta Prévia, Descolamento Prematuro de Placenta e Hemorragia Puerperal e com isso definiremos o que vem a ser cada uma dessas situações citadas acima, e explicaremos no decorrer desse estudo como são e os procedimentos cada uma dessas intercorrências gestacionais, incluindo etiologia, fisiopatologia, quadro clinico, conduta, fluxograma ou protocolo, diagnóstico e ações de enfermagem atuação do enfermeiro e considerações finais.

**2.OBJETIVO**

Proporcionar conhecimento aos acadêmicos de enfermagem acerca da etiologia, as causas, a assistência de enfermagem (diagnósticos e prescrição de enfermagem) aos pacientes acometidos com Placenta Prévia, Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) e Hemorragia Puerperal.

**3.METODOLOGIA**

Para realização deste trabalho foi realizado busca eletrônicas na base de dados LILACS, SCIELO e BVS de artigos científicos disponíveis que abordaram sobre o tema de interesse e site do Ministério da Saúde.

**4.REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**4.1.DEFINIÇÃO**

**PLACENTA PRÉVIA**

Placenta prévia é definida como a placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero. Ela pode ser classificada de três maneiras, de acordo com sua posição em relação ao colo do útero:

**Baixa:** está localizada próxima ao colo do útero, sem atingi-lo

**Marginal:** atinge o orifício interno do colo do útero, sem recobri-lo

**Completa ou centro-total:** recobre totalmente o orifício interno do colo do útero.

**4.2.ETIOLOGIA**

A placenta prévia ocorre em 1 a cada 200 gestações que chegam ao terceiro trimestre, porém é um achado ultrassonográfico frequente em exames realizados entre 16 e 20 semanas de gestação. Contudo, até 90% desses achados normalizarão até o termo, devido à teoria da “migração” placentária. Isso ocorre devido à combinação entre o crescimento placentário em direção ao fundo uterino, que é mais bem vascularizado, com a degeneração das vilosidades periféricas que receberão menor suprimento sanguíneo, conferindo uma implantação placentária adequada. O principal fator de risco para placenta prévia é a cicatriz uterina anterior, e entre elas a principal é a cesariana anterior. Entre outras causas estão às intervenções uterinas prévias como a miomectomia e curetagem. Multiparidade, idade materna avançada, tabagismo e gemelaridade, historiam pregressa de placenta prévia também são fatores associados.

**4.3.FISIOPATOLOGIA**

A chance de ter uma placenta prévia numa gravidez futura aumenta significativamente para aquelas mulheres que possuem uma cicatriz uterina. Com uma cesariana anterior, o risco de placenta prévia pode ser de 4,5 vezes maior; com duas cesáreas pode ser 7,4 vezes; com três 6,5 vezes e com quatro ou mais chega a 45 vezes maior. Se o risco de hemorragia com placenta prévia por si só é importante, a combinação com uma ou mais cesarianas prévias pode tornar este risco consideravelmente maior, com resultados às vezes catastróficos. Ademais, a placenta com implantação anormal tem maior probabilidade de estar aderida anormalmente ao útero, ou seja, de ser placenta acreta, o que também amplia de forma exponencial o risco de hemorragias graves e outras complicações associadas, podendo a gestante necessitar uma histerectomia.

No Brasil, onde a incidência de cesarianas foi de 45% em 2007, sendo que em algumas instituições chegou a 100%, esse é um grande problema que pode levar a graves complicações no futuro. A morbidade materna da placenta prévia é decorrente, principalmente, da hemorragia que ela provoca. A morbidade aumentada também está relacionada às complicações operatórias do parto, complicações anestésicas, necessidade de transfusão e infecções.

Na suspeita de acretismo placentário ou (Placenta acreta é a denominação que se dá à placenta que se adere anormalmente à decídua ou à parede uterina), que pode ser de três formas: **Placenta acreta:** Denominação da placenta que penetra mais profundamente na decídua, atingindo o miométrio, mais superficialmente. **Placenta increta:** Quando a placenta penetra mais profundamente no útero e atinge a camada muscular (miométrio) mais profundamente. **Placenta percreta:** Quando a placenta ultrapassa o miométrio e atinge a serosa (peritônio visceral). Na preparação para o parto deve-se sempre fazer um eco Doppler obstétrico. Considerar a possibilidade de invasão de estruturas adjacentes (bexiga e intestino) em caso de placenta percreta, com grande perda sanguínea, que é indicação de histerectomia. Quando esta situação for diagnosticada ou suspeita antes do parto, a mulher deve necessariamente ser encaminhada para um centro com bons recursos de hemoterapia e capacitada para realizar os procedimentos cirúrgicos que pode demandar. Por esse motivo, entre outros, deve-se cada vez mais reunir esforços para diminuir os índices de cesáreas como medidas de redução da morbimortalidade materna.

**Exame físico na suspeita de placenta prévia**

• Sinais vitais;

• Palpação abdominal;

• Medida da altura uterina;

• Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;

• Exame especular cuidadoso;

• Não realizar toque vaginal até se conhecer a localização exata da placenta.

**4.4.QUADRO CLÍNICO DA PLACENTA PRÉVIA**

Final do segundo e início do terceiro trimestre;

Sangramento genital indolor sem causa aparente, de coloração vermelha viva, reincidente e de gravidade progressiva. Esse sangramento raramente está associado aos distúrbios de coagulação sanguínea. O sangue exterioriza-se sempre e totalmente.

**4.5.CONDUTA COM PLACENTA PRÉVIA**

No pré-natal: recomenda-se que a gestante com placenta prévia seja encaminhada a umcentro de referência.

A conduta nos casos de placenta prévia vai depender de alguns aspectos:

• Quantidade do sangramento e condição hemodinâmica materna.

• Idade gestacional.

Em gestantes sem sangramento ativo e feto prematuro, deve ser adotada conduta expectante. Deve ser feito um acompanhamento pré-natal cuidadoso em centro especializado para atender essa gestante em caso de sangramento excessivo. Não háevidências que sugiram que essa gestante deva permanecer hospitalizada até o parto, salvo em condições específicas, como difícil acesso ao hospital. Essa gestante deve serorientada a não ter relações sexuais. O uso de corticoterapia deve ser considerado paraaceleração da maturidade pulmonar. O uso de suplementação de ferro no pré-natal é indicado para evitar anemia, com constante monitoração dos níveis de hematócrito e hemoglobina. Em gestantes Rh - negativo, deve ser feita a prescrição de imunoglobulina

anti-D quando ela apresentar sangramento. No sangramento ativo, a gestante deve ser avaliada principalmente em relação à sua condição hemodinâmica (circulação do sangue). O sangramento geralmente não é excessivo e não compromete a vitalidade fetal.

O uso de tocolíticos (medicações utilizadas para suprimir um trabalho de parto prematuro) parece não aumentar a morbimortalidade nos casos de trabalho de parto prematuro, mas estes só devem ser utilizados se não houver comprometimento hemodinâmico. Essas gestantes devem ser cuidadosamente monitoradas durante o seu uso. Se a gestante estiver no termo ou próxima a ele e tiver sangramento, o parto deve ser realizado. A via de parto é baseada no julgamento clínico, auxiliado pela informação ultrassonográfica. Com uma borda placentária a menos de 2cm do orifício cervical interno, a chance do parto ser por cesariana aumenta consideravelmente, especialmente se a placenta for posterior e com borda espessa (>1cm). Os fatores clínicos a serem observados na decisão pela via de parto incluem a altura e o encaixamento da apresentação. Também neste caso o USG pode ajudar na determinação. Com uma placenta prévia marginal de menor grau, com borda e apresentação cefálica encaixada, pressionando a borda placentária, o parto vaginal pode ser permitido.

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.Em caso de placenta prévia, devemos lembrar que o toque vaginal deve ser evitado, pois pode desencadear sangramento intenso e colocar a mãe e o concepto em risco.

**4.6. CONDUTA ACRETISMO PLACENTÁRIO**

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 cateterização 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 optar por deixar a placenta in situ e reintervenção após dias ou semanas, ou seja, após estabilização clínica da paciente.

**4.7.PROTOCOLO**

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) usar em todas as gestantes, em que o parto possa ocorrer entre 24 e 34 semanas de gestação. Usar 12 mg de Betametazona IM por 2 dias consecutivos (2 doses com intervalos de 24 hrs, total de 24 mg.)

No Brasil (a ampola comercial tem 6 mg, sendo necessário 2 ampolas a cada dose)

Opção: Dexametasona 4 mg de 8/8 horas por 2 dias, sendo a dose de 24 mg em 24 horas.

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.

**4.8.DIAGNÓSTICO E ACÕES DE ENFERMAGEM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | PLANEJAMENTO | IMPLEMENTAÇAO |
| Risco para infecção caracterizado por exposição a microorganismos(germes, bactérias, fungos, vírus). | Prevenir infecção | Realizar procedimentos com técnicas assépticas, observar sinais de infecções, elevação da temperatura, adotar medidas de controle de infecção (lavar as mãos, individualizar materiais e equipamentos). |
| Risco de sangramento caracterizado por implantação da placenta no segmento inferior do útero. | Prevenir sangramento | Manter repouso e administrar medicamentos conforme prescrição médica. |
| Déficit do autocuidado para banho e higiene relacionado com  prejuízo músculo-esquelético evidenciado por incapacidade de lavar  parte inferior do corpo. | Promover conforto e bem estar | Auxiliar no banho sem retirar a autonomia da cliente |

**5.DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA**

**5.1.DEFINIÇÃO**

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é a separação entre a placenta e o útero, que ocorre em gestações com mais de 20 semanas e antes do parto. Em consequência há sangramento e falta de oxigênio e nutrientes ao feto, ocasionando [sofrimento fetal](http://www.medfoco.com.br/sofrimento-fetal-avaliacao-e-diagnostico/).

**5.2.ETIOLOGIA**

Mortalidade materna chega a 3% dos casos. A postergação exagerada do parto, antecedentes toxêmicos, CID, choque e insuficiência renal aguda pioram o prognóstico. O prognóstico fetal é mais grave que o materno. A morte do concepto ocorre em 90% dos casos. Os fatores que estão relacionados com a DPPMulheres com números de paridades elevadas. DPP em gestação anterior; Mulheres menores de 20 anos, Idade materna avançada;Toxemia gravídica. Distúrbios de hemocoagulacão. Brevidade do cordão.  
Retração uterina intensa. Necrose da decídua basal. Grandes infartos.Hipertensão (hipertensão gestacional, hipertensão preexistente); Rotura prematura de membranasovulares;Cesariana previa;Tabagismo; Uso de drogas (álcool, cocaína e *crack*); Condições que causem sobredistensao uterina (polihidramnio, gestação.

(Gemelar); Trauma (automobilístico trauma abdominal direto); Amniocentese, cordocentese.Obs.: Etiologia pouco conhecida

A hipertensão e responsável por ate 50% dos casos de DPP não traumáticos.

Tanto a pré-eclampsia quanto a hipertensão arterial crônica são fatores de risco importantes para o DPP.O acidente automobilístico e a maior causa de DPP relacionada ao trauma. O descolamento pode ocorrer pela desaceleração ou por trauma direto ao abdome. Esse diagnostico muitas vezes e subestimado devido ao não uso de monitoração fetal em Gestantes vitima de traumas. A monitoração fetal rotineira nessas gestantes diminuiria o numero de perdas fetais decorrentes de trauma automobilístico

**5.3.FISIOPATOLOGIA**

O Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) é uma das principais complicações graves que ocorrem durante a gestação, podendo ocorrer o óbito fetal. Frente ao paciente como futuros enfermeiros deveram ter atitudes que possam ao menos evitar as piores consequências, tanto para integridade da saúde da mãe, quanto para o feto. A gestante deve receber da equipe de enfermagem orientações, apoio emocional, visando prevenção, recuperação e a promoção da saúde.

A placenta é um anexo1 embrionário transitório, existente apenas durante a gestação e em alguns mamíferos (mamíferos placentários), por meio do qual o feto respira, alimenta-se e excreta os produtos de seu metabolismo2. Dela parte o cordão umbilical, através do qual o feto é nutrido. É também um órgão endócrino3 importante, envolvido na produção de diversos hormônios necessários ao perfeito desenvolvimento da [gravidez4](http://www.abc.med.br/p/gravidez/29175/sintomas+precoces+de+gravidez.htm). A placenta humana implanta-se na parede do útero5 e aí permanece fixada durante toda a gravidez4. No parto, ela se descola do útero5 e é espontaneamente eliminada logo após a saída do bebê.A placenta funciona parcialmente como um filtro, não permitindo que o sangue6 da mãe se misture ao do feto e impedindo que algumas moléculas inconvenientes entrem em contato com o feto.A gravidade está relacionada com as repercussões sobre o feto e [organismomaterno](http://www.medfoco.com.br/modificacoes-no-organismo-materno/).O quadro inicia-se por pequena hemorragia na decídua basal, repetindo-se em outras ocasiões. Em 80% dos casos, porém, a hemorragia ocasiona separação de novas áreas, inclusive as membranas ovulares, e cerca de 20% da hemorragia permanecem ocultas.Parte do sangue se coagula aprisionando-se atrás da placenta, sendo eliminado somente após o parto, constituindo o hematoma retroplacentário. A outra parte descola as membranas e se exterioriza (hemorragia externa). Eventualmente, o sangue pode atingir a cavidade amniótica através de soluções de continuidade da membrana, causando o hemoâmnio.O contato do sangue retroplacentário com a parede uterina e com a placenta leva a alterações estruturais de ambos os órgãos, onde na placenta haverá formação de uma cratera.O contato do sangue retroplacentário com a parede uterina e com a placenta leva a alterações estruturais de ambos os órgãos, onde na placenta haverá formação de uma cratera.A infiltração sanguínea no miométrio torna-o vinhoso com áreas sugestivas de sufusões hemorrágicas. O útero reage com aumento do tônus muscular primária e instala-se a hipertonia uterina podendo perder sua contratilidade reduzindo ainda mais as trocas materno-fetais.

**Classificação:**

Classificada em três graus, levando em conta os achados clínicos e laboratoriais, de. acordo com classificação de Sher:

Grau 1: Sangramento genital discreto sem hipertonia uterina significativa. VitalidadeFetal preservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatia. Geralmente diagnosticado no pós-parto com a identificação do coagulo retroplacentário.

Grau 2: Sangramento genital moderado e contrações tetânicas. Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial. Alterações iniciais da coagulação com queda dos níveis de fibrinogênio. Batimentos cardíacos fetais presentes, porém com sinais de comprometimento de vitalidade.

Grau 3: Sangramento genital importante com hipertonia uterina. Hipotensão arterial materna e óbito fetal.

Grau 3A: Sem coagulopatia instalada.

Grau 3B: Com coagulopatia instalada.Pode ocorrer hipertonia uterina com sangramento oculto, uma vez que a instabilidade.

DISTÚRBIOS DE COAGULAÇÃO

A hemorragia consequente ao descolamento causa, como e normal à descarga dos fatores tromboplastinicos ao local do descolamento. A descarga acontece geralmente na circulação materna e os processos de coagulação ativados de presença destes princípios bioquímicos vão começar a transformar o fibrinogênio em fibrina, com depósitos de fibrina intravascular e retroplacentar.  
Em consequência, por causa da síndrome de consumo, o organismo vai ser espoliado de  trombóticos e de fibrinogênio– e de outros fatores de coagulação.  
De outro lado acontece à ativação do processo de fibrinólise pelo fibrinolisinas, formadas por causa dos ativadores enzimáticos placentários, o que vai produzir a defibrinação do sangue. Praticamente são dois processos terríveis, impossível de contracarar, a não seja que o útero será esvaziado. A concepção do coágulo retroplacentário e as alterações vasculares culminam no aumento progressivo da altura uterina. A coagulopatia pode ser consequente do hiperconsumo local, na composição de amplo coágulo retroplacentário, exterminando o fibrinogênio e outros fatores de coagulação do organismo. Outro mecanismo disparador da coagulopatia é a passagem da tromboplastina para a circulação materna, levando a coagulação intravascular disseminada (CID). Para diagnóstico, pode-se utilizar a ultrassonografia, capaz de mostrar imagem heterogênea retroplacentária, irregular e com regiões líquidas. A ressonância magnética é outro exame de imagem que pode ser utilizado

**5.4.QUADRO CLÍNICO**

O quadro clinica característico do DPP e a dor abdominal, associada ou não.

O sangramento vaginal. A dor varia de leve desconforto até dor intensa, associada a aumento do tônus uterino, que pode se manifestar em graus variados, desde uma Taquihiperssistolia até hipertonia. Em casos de placenta de inserção posterior, a dor Lombar. Na gestante em trabalho de parto, a persistência da dor entre as contrações. Hemoamnio;Sangramento retroplacentário.Ate 20% dos sangramentos no DPP são ocultos, com formação de coágulo.Retroplacentário.

**5.5.CONDUTA PARA O TRATAMENTO**

O tratamento dependera do grau do descolamento (Grau 1, 2 ou 3) que se reflete.

No estado hemodinâmico materno e da vitalidade fetal.

No grau 1, o diagnostico geralmente e feito no pós-parto, portanto, não houve.

Repercussões maternas ou fetais.

No grau 2, o parto vaginal e possível se iminente, desde que a vitalidade fetal.Esteja preservada e não haja comprometimento hemodinâmico materno. O trabalho de parto deve estar em franco progresso. A amniotomia deve ser realizada assim que possível, pois ira diminuir a pressão intrauterina com o escoamento do liquido amniótico, diminuindo tanto o sangramento do leito placentário quanto a passagem para a circulação materna de tromboplastina. Deve ser monitorado o estado hemodinâmico da gestante com manutenção adequada de reposição volêmica e de sangue e derivados se necessário. O debito urinário deve ser monitorado e mantido em 30 ml/hora e o hematócrito acompanhado e mantido acima de 30%. Se a evolução do trabalho de parto não for rápida e favorável, se houver instabilidade materna ou sofrimento fetal, a cesárea deve ser realizada imediatamente.Em caso do feto morto, Grau 3, o parto vaginal e aconselhável. Devem-se adotar os mesmos cuidados de monitoração materna do ponto de vista hemodinâmico e doEstado de coagulação. Apesar da hipertonia uterina, em alguns casos de DPP maciço.O útero pode se tornar hipotônico, sendo necessário o uso de ocitocina. Essa deve ser usada com critério e constante monitoração.Antes de realizada a cesárea, onde houver possibilidade, deve ser feita transfusão de concentrado de glóbulos, reposição de plaquetas e plasma fresco congelado.

**5.6.FLUXOGRAMA DE CONDUTA NO DPP**

****

**5.7.DIAGNÓSTICO E ACÕES DE ENFERMAGEM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM** | **PLANEJAMENTO** | **IMPLEMENTAÇÃO** |
| Risco de sangramento caracterizado por descolamento prematuro da placeta | Monitorar sangramento | Avaliar o sangramento a cada 30 minutos, ou de acordo com a gravidade das condições da paciente, anotando a hora em que começou e o volume do sangramento vaginal antes da internação. |
| Risco de diminuição dos níveis pressóricos caracterizado por perda hemodinâmica. | Melhoras níveis pressóricos | Elevar os pés da cama a 30º. A elevação dos pés aumenta o fluxo sanguíneo para os órgãos vitais |
| Risco de hipovolemia evidenciado por perda sanguínea | Manter a hidratação | Realizar a reposição rápida dos líquidos é necessário para corrigir ahipovolemia.  Monitorizar a ingesta hídrica, o debito urinário e a densidade de hora em hora. Se necessário realizar infusão sanguinea conforme prescrição médica. |

**6.0.HEMORRAGIA PUERPERAL**

**DEFINIÇÃO**

A hemorragia pós parto é definida como a perda de sangue maior de 500 ml após o perto vaginal ou maior que 1000 ml após o parto Cesário. A hemorragia pós parto pode ser classificada como; primaria (precoce ) ou secundaria (tardia) a primária ocorre nas 24 horas do puerpério e a secundaria incide entre 24 horas e 6 – 12 semanas..

**6.1.ETIOLOGIA**

Quatro processos, ou conhecidos como quatro Ts:

- Tônus (hipotonias);

- Tecido (retenção de produtos da concepção);

- Trauma (lacerações do trajeto);

- Trombina (coagulopatias).

**6.2.FISIOPATOLOGIA**

A hemorragia do puerpério representa de 4 a 15% das causas de morte materna. Estima-se que, em todo o mundo, 125 mil mortes maternas/ano, são causadas pela hemorragia puerperal. É a terceira causa de morte materna depois de infecção e complicações da anestesia.Multiparidade; Aumento excessivo de volume uterino – gravidez múltipla, macrossomia fetal, hidrâmnios; trabalho de parto arrastado ou precipitado; utilização de ocitocina no trabalho de parto; Miomas uterinos; Alterações da coagulação; Corioamniotite; antecedentes de hemorragia pós-parto.

**6.3.QUADRO CLÍNICO**

Os sintomas da hemorragia são perda de sanguínea pela vagina, hipotensão arterial, palidez cutânea, vertigens, inquietação e ansiedade, pulso fraco e rápido, respiração rápida e costal superior, sudorese fria, dispnéia e choque.

**6.4.CONDUTA PARA TRATAMENTO**

1- Verificar dados da história clínica/obstétrica, evolução do trabalho de parto e

nascimento, perda sanguínea e anestésicos utilizados.

2- Examinar o períneo, observando a cor e a integridade e, avaliar a episiotomia para

dor, rubor, edema, equimose, drenagem e aproximação das bordas da ferida.

3- Avaliar a altura do fundo do útero e o tônus uterino e massagear;

4- Avaliar os lóquios quanto ao tipo, ao volume e ao odor;

5- Examinar as mamas da paciente para eritema, dor e ingurgitamento;

6- Monitorizar os sinais vitais da paciente a cada quatro horas ou de acordo com a

necessidade;

7- Implementar medidas de higiene e cuidados perineais; limpar o períneo e trocar

frequentemente os absorventes, oferecer banhos e aplicar cremes antibióticos;

8- Monitorizar a ingestão de líquidos e o débito urinário e estimular a ingestão de

oito a dez copos de água por dia;

9- Estimular a ingestão de proteínas, vitamina C e ferro;

10- Estimular a mudança de decúbito;

11- Ensinar a técnica correta de lavagem para evitar infecção, orientar quanto aos

sinais e sintomas de infecção e explicar quando deve comunicar a equipe.

**6.5.PROTOCOLO**

**Primeiro passo**

· Realizar massagem e compressão uterina bimanual

· Iniciar infusão de solução ou outro cristalóide através de 2 acessos venosos calibrosos

(16 Gauge) em MMSS.

· Administrar ocitócicos

\_ Ocitocina – 10 unidades a 40 unidades em 1 litro de solução salina

por via intravenosa, com taxa de infusão de 250 ml a cada hora

Metilerggonovina – 1 ampola (0,2 mg) por via intramuscular

Misoprosol – 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);

· Ressuscitação e estabilização, mantendo vias aéreas pérvias

· 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 oucuretagem nos restos, em caso de atonia uterina, fazer massagem e compressão uterinaEm caso de persistência da hemorragia, considerar distúrbios de coagulação, se a hemorragia estiver incontrolável, considerar intervenções cirúrgicas.

**6.6.DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM** | I**MPLEMENTAÇÃO** | **PLANEJAMENTO** |
| Risco de infecção evidenciado por tecido traumatizado e rotura prolongada de membranas amnióticas e exposição a patógenos | Evitar infecção | Ensinar a técnica correta de lavagem para evitar infecção, orientar quanto aos sinais e sintomas de infecção e explicar quando deve comunicar a equipe. |
| Risco de choque hipovolêmico evidenciado por perda sanguínea excessiva | Evitar choque hipovolêmico | Realizar administração de oxigênio  Evitar perda de consciência, observar a saturação  de oxigênio  instalar 2 acessos venosos com calibre suficiente para perfundir rapidamente |
| Risco de hipovolemia e hipotensão evidenciada pela perda sanguínea e o desequilíbrio eletrolítico | Melhorar hipovolima e hipotensão | Levantar as pernas da cliente aumenta o retorno venoso. Colocar cama em posição de Trendelemburg, para melhorar perfusão cerebral.  Monitorizar a cliente, incluindo pressão arterial, freqüência cardíaca e saturação de oxigênio e debto urinário . |

**7.0.ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL E GERENCIAL**

**ASSISTENCIAL**

O enfermeiro deve planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento permite diagnosticar as necessidades do cliente, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações*.*

**GERENCIAL**

O enfermeiro gerencial deve ter a capacidade de prever e prover os recursos necessários para desempenhar as atividades do estabelecimento ele coordena. Atuando para garantir a qualidade da assistência em todos os níveis de atenção á saúde, planejando, organizando, gerenciando e avaliando o processo de trabalho em enfermagem na qual é preciso fazer escolhas, utilizando informações para suas decisões, incluindo os papéis de: empreendimento, resolução de conflitos, alocação de recursos e negociação. Para isso ele deve utilizar-se de algumas práticas que são: planejamento, organização, direção e controle.

**8.0.CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Qualificar a assistência materna de enfermagem afim de assegurar a promoção da saúde da puérpera bem como sua vida nos casos de placenta previa,DPP e hemorragia puerperal precoce é uma medida possível , para reduzir os índices de mortalidade materna.A percepção de que a enfermagem pode atuar efetivamente no cuidado da mulher com intercorrencias gestacionais e da família da mesma, nos deixa engrandecidas, pois além de nos possibilitarhabilidades técnico-instrumentais, aprimoramos nosso conhecimento científico e nossa relação com o cliente e seus familiares por estarmos em contado direto com os mesmos. Esse trabalho veio ajudar a ampliar nossos conhecimentos e habilidades, possibilitando maior domínio e maior exatidão no que se diz respeito a essas patologia, bem como os cuidados com a paciente, Veio também nos ensinar como colaborar para o restabelecimento desta gestante, promover a saúde, e melhorar sua qualidade de vida. Permitiu-nos saber sobre assistência integral, cuidados específicos e objetivos direcionado a Placenta previa, DPP e Hemorragia Puerperal. Contribuindo assim, para um melhor preparo acadêmico, a fim de proporcionar adequada prestação de assistência ao paciente.E com isso cabe a equipe de enfermagem, conhecer e orientar a gestante sobre os diversos aspectos relacionados a patologia e seus cuidados, utilizando-se dos princípios da humanização, empatia e respeito com essas gestantes, desde o pré-natal até o puerpério, a fim de minimizar os aspectos emocionais adversos.

**9.0 REFERÊCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ANDRADE**, Joseilze santos, **Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necesidade de sistematização.**Rev. bras. enferm. vol.58 no.3 Brasília May/June 2005.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE** Secretaria de Atenção à SaúdeDepartamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Gestação de Alto RiscoManual Técnico** 5ª edição Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília – DF 2012.

**BACHION,**Danielly Scaranello.**Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal.** Rev. Bras Enferm 2005 nov-dez; 58

**MONTENEGRO,** Carlos Antônio Barbosa. **REZENDE**, Jorge**, Obstetricia fundamental,** 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam,2012.

**BARROS,** Sônia Maria Oliveira, **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal** - Barueri, SP: Manoelle, 2006 (serie enfermagem, coordenadora Tamara Ciacianullo).