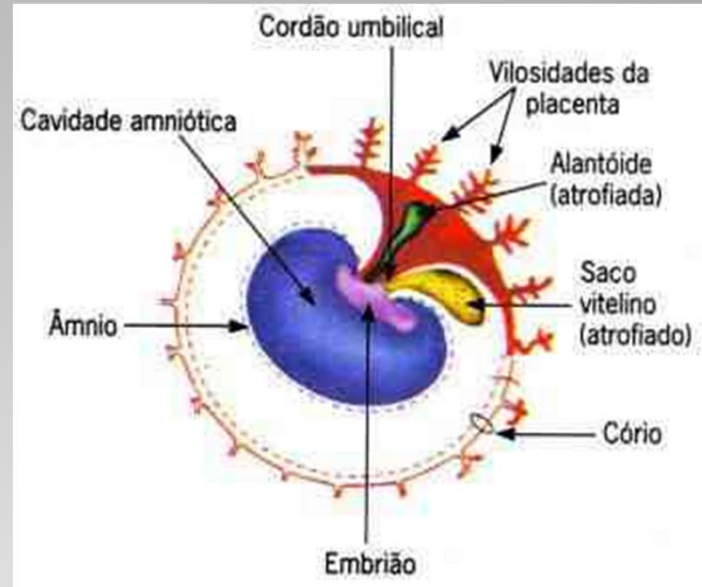
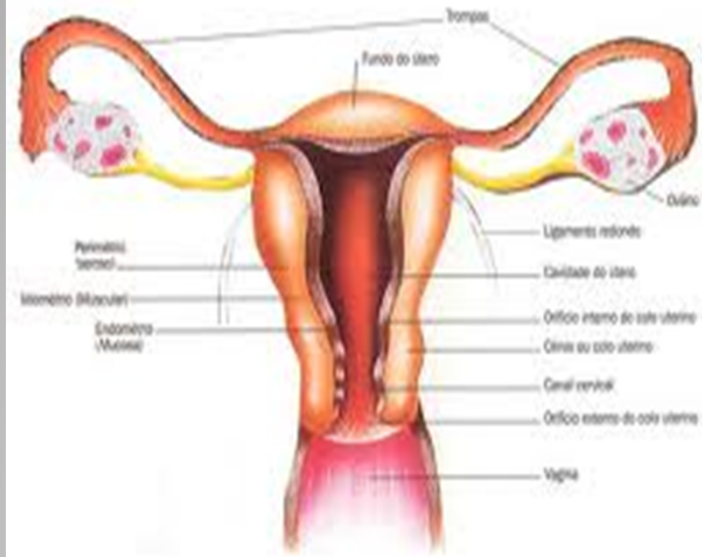


URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

JULIO MAYER DE CASTRO FILHO

Aparelho Reprodutor Feminino



COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE

ABORTAMENTO

1. ESPONTÂNEO OU PERDA = PERDA INVOLUNTÁRIA NAS 1^{as} 20 SEMANAS.

2. ESPONTÂNEO PRECOCE = ESPONTÂNEO QUE OCORRE ATÉ 12^a SEMANA.

3. AMEAÇA DE ABORTO = SANGRAMENTO UTERINO NA 1^a METADE . COLO FECHADO S/ ELIMINAÇÃO DE TECIDOS OVULARES.

4. ABORTAMENTO INCOMPLETO = CONDIÇÃO NA QUAL PARTE DO CONTEÚDO UTERINO FOI ELIMINADO.

5. ABORTAMENTO INEVITÁVEL = COLO ESTÁ DILATADO, MAS NÃO OCORREU SAÍDA DE TECIDOS OVULARES.

COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE **ABORTAMENTO**

ABORTAMENTO ESPONTÂNEO OU PERDA = PERDA
INVOLUNTÁRIA NAS 1^{as} 20 SEMANAS.

CAUSAS:

Anomalias uterinas

Leiomiomas

Incompetência Istmo-cervical

Tabaco, álcool e cocaína/Crack

Insuficiência de corpo lúteo

Irradiação

Exposição materna a Dietilestilbestrol

Idade materna avançada

Infeções

Exposição química ocupacional

COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE

ABORTAMENTO

6. ABORTAMENTO RETIDO: feto ou embrião (até 12 sem.) está morto , mas nenhum tecido foi eliminado. O colo está fechado. Em geral não apresentam aumento uterino e não auscultam-se os b.c.f. com 12 sem.

7. ABORTAMENTO INFECTADO = aborto incompleto com infecção uterina ascendente. causa endometrite, parametrite, peritonite.

8. OVO CEGO = embrião deixou de se desenvolver, apesar de se identificar tecido placentário e o s.g. o u.s. de alta resolução mostra embrião ausente.

9. HEMORRAGIA SUBCORIÔNICA = achado u.s. de coleção sanguínea entre córion e parede uterina. Probabilidade de abortar de 30%, mesmo c/ bcf +.

COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE

ABORTAMENTO

10. DECÍDUA = endométrio gravídico, que eliminado, é confundido c/ tecidos eliminados no aborto espontâneo.

DIAGNÓSTICO:

EXAME CLÍNICO: palpação abdominal, localização da dor, aumento de sensibilidade à d.b., distensão abdominal = hemoperitônio 2 ario a ectópica rota.

EXAME ESPECULAR: descartar causas não uterinas de sangramento vaginal (lacerações vaginais p. ex.). Utilizar pinça de cheron p/ avaliar dilatação.

TOQUE BIMANUAL: tamanho uterino, dilatação colo, presença de massas anexiais, cálculo de i.g. pelo tamanho uterino.

COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE

ABORTAMENTO

DIAGNÓSTICO: em gestação de 9 a 10 sem. c/ embrião vivo, os b.c.f. podem ser detectados pelo sonar (sensibilidade da ausculta pode melhorar c/ elevação do útero). Entretanto podem não ser audíveis até 11-12 sem. (obesas, útero retrovertido).

Pedir u.s quando diagnóstico não é definido por achados clínicos. (p.ex.: aborto retido= ovo cego ou embrião morto). Na dúvida , fazer seguimento.

Aborto incompleto: achados císticos ou ecogênicos. Se espessura > 5 mm = retenção de tecidos = sangramento importante= encaminhar para hospital (Ctg ou AMIU).

Aborto completo: útero vazio c/ linha endometrial refringente por colabamento de paredes. Complementar c/ história de eliminação de tecidos ou coágulos.

COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE

ABORTAMENTO

ABORTAMENTO SÉPTICO: febre, sensibilidade dolorosa(D.B.+) e sinais de peritonite (investigar manipulação que pode ter deixado tecidos ovulares ou perfurado útero).

CONDUTA:

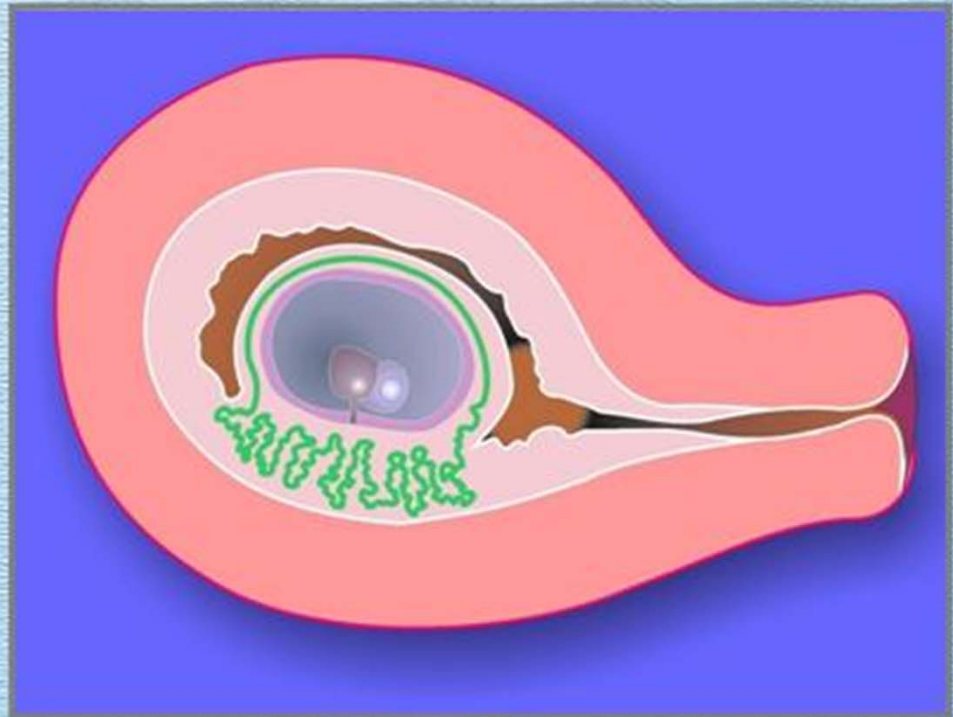
Sangramento + b.c.f. + no 1º trimestre = conduta expectante com otimismo.

Abortamento incompleto = Risco de sangramento + infecção = encaminhar a hospital.

Após abortamento = Anticoncepção por 3 a 6 meses.

ALSO

Six to Seven Week Embryo with Heartbeat

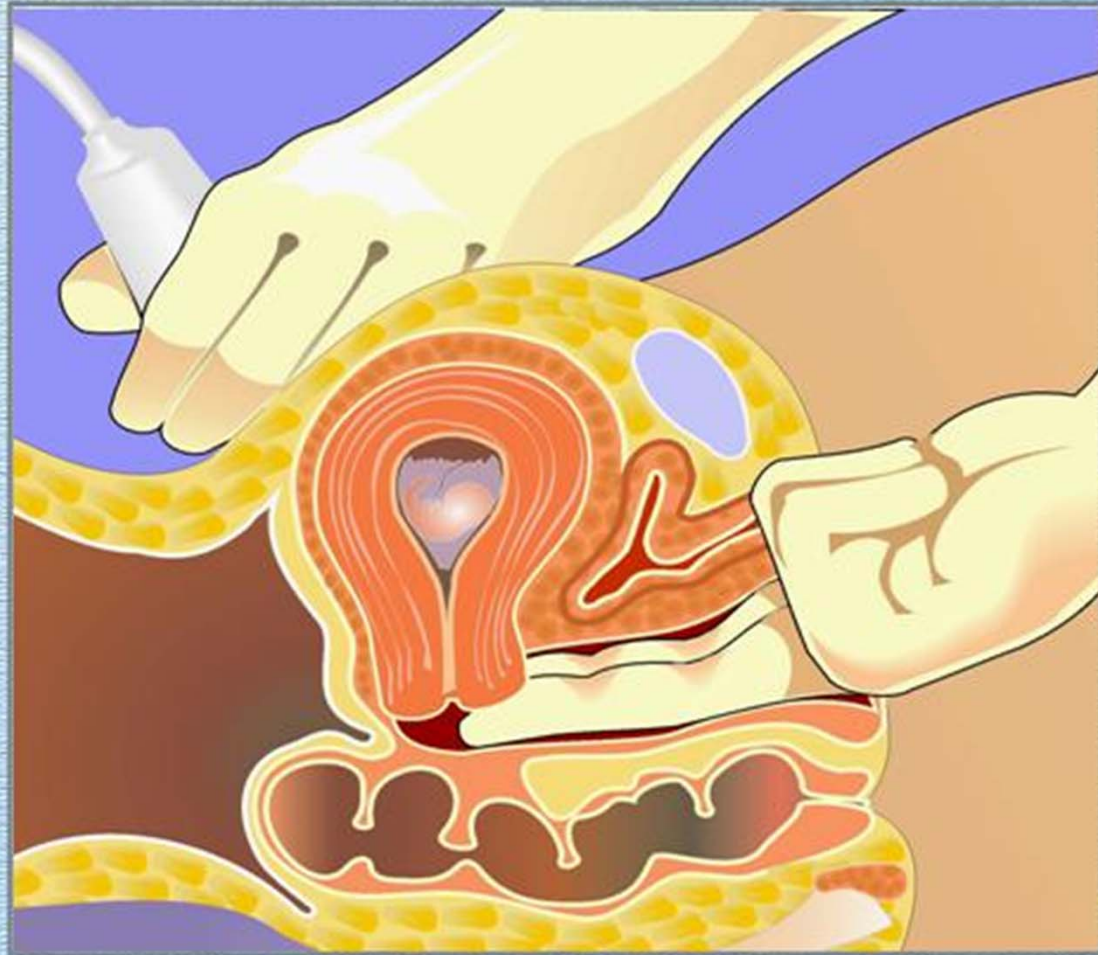


ALSO

Doppler Detection of Fetal Heartbeat

Listen after nine to ten weeks with hand-held Doppler

Sensitivity enhanced by elevating uterus during bimanual exam



ALSO

Confirmed Fetal Loss

**Anembryonic
Pregnancy**

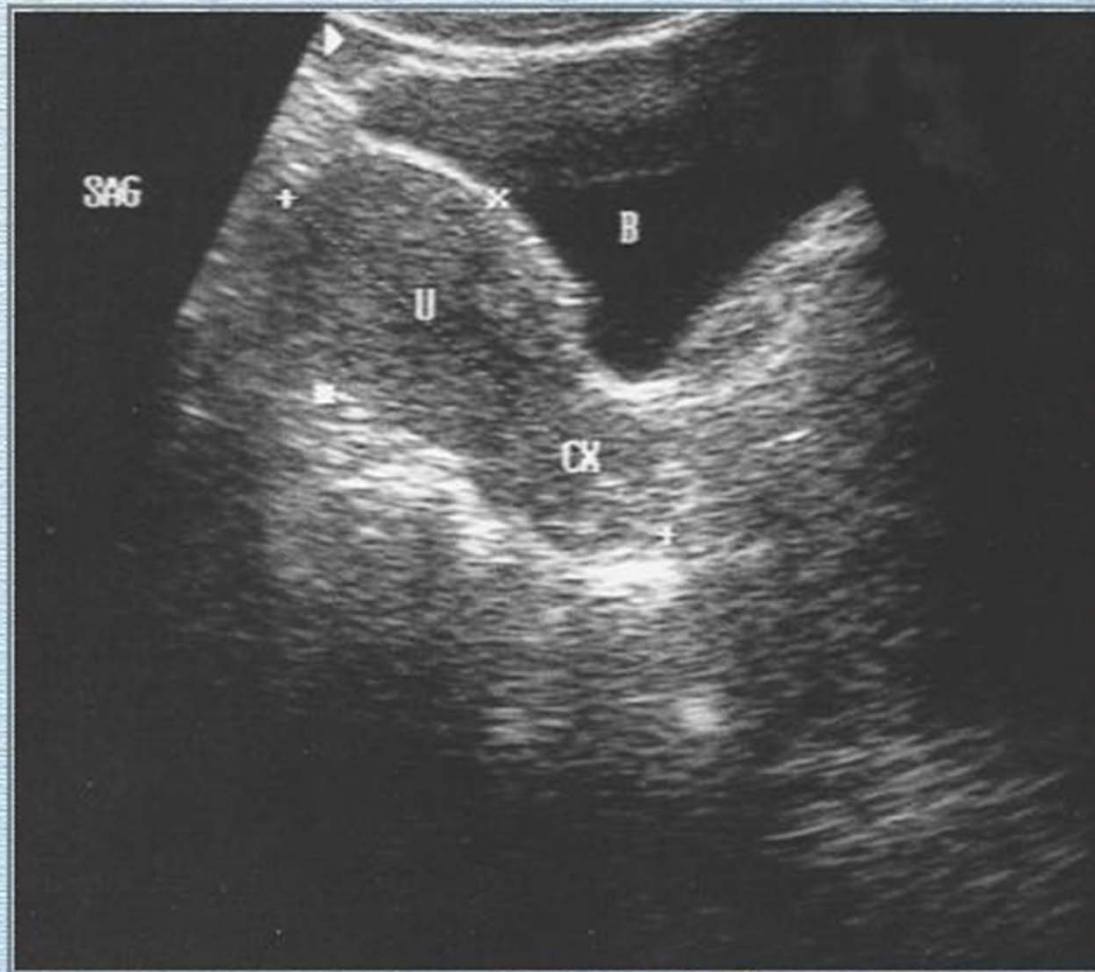


Dead Embryo



ALSO

Completed Miscarriage



U = empty uterus

CX = cervix

B = bladder

COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE

GRAVIDEZ ECTÓPICA

Definição: é a gravidez que ocorre fora do útero, em geral na tuba uterina.

Diagnóstico: gravidez inicial (atraso menstrual) + dor pélvica + sangramento genital. O u.s.transvaginal é o exame de maior poder diagnóstico, sendo 2 achados definitivos:

1. A presença confirmada de gestação intra-uterina exclui ectópica.
2. A visualização do s.g. e do embrião c/ b.c.f. detectáveis fora do útero é confirmatória de ectópica.

COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE

GRAVIDEZ ECTÓPICA

outros achados de u.s.:

ACHADO	RISCO DE PREENHEZ ECTÓPICA
AUSÊNCIA DE MASSA OU LÍQUIDO LIVRE	20%
LÍQUIDO LIVRE PRESENTE	71%
MASSA ECOGÊNICA	85%
QUANTID/E LÍQ. MODERADA A GRANDE	95%
MASSA ECOGÊNICA C/ LÍQUIDO	100%

COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE

GRAVIDEZ ECTÓPICA

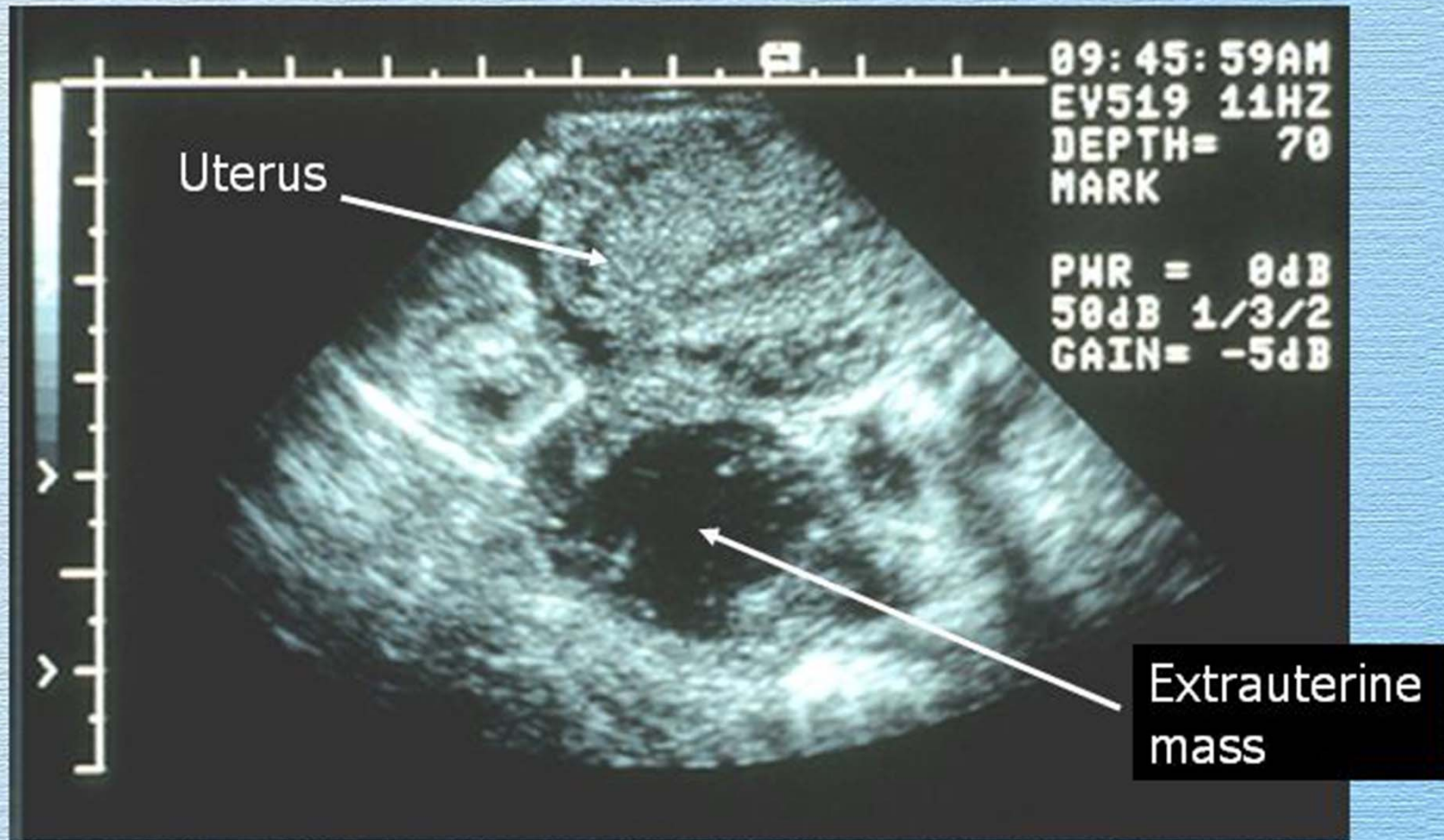
CONDUTA: ENCAMINHAR AO HOSPITAL P/
LAPAROSCOPIA,
CIRURGIA,
QUIMIOTERAPIA COM MTX

NOS CASOS DUVIDOSOS OU SEM U.S.:

CULDOCENTESE

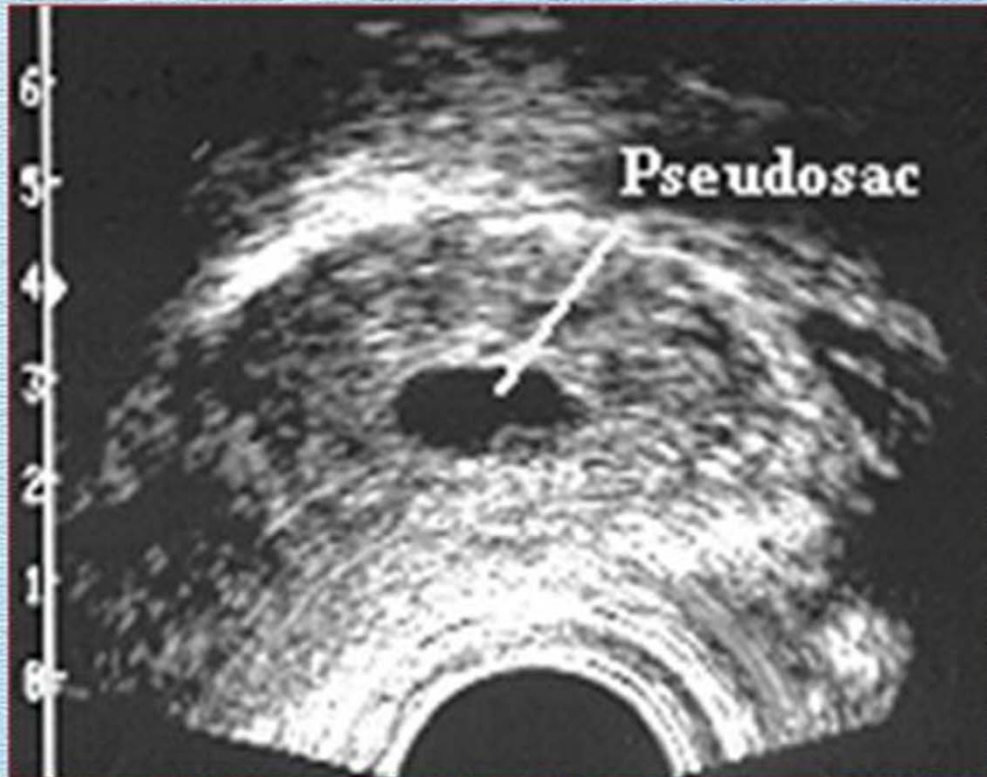
ALSO

Ectopic Pregnancy – Extrauterine Mass



ALSO

Pseudosac of Ectopic Pregnancy



ALSO

Free Pelvic Fluid

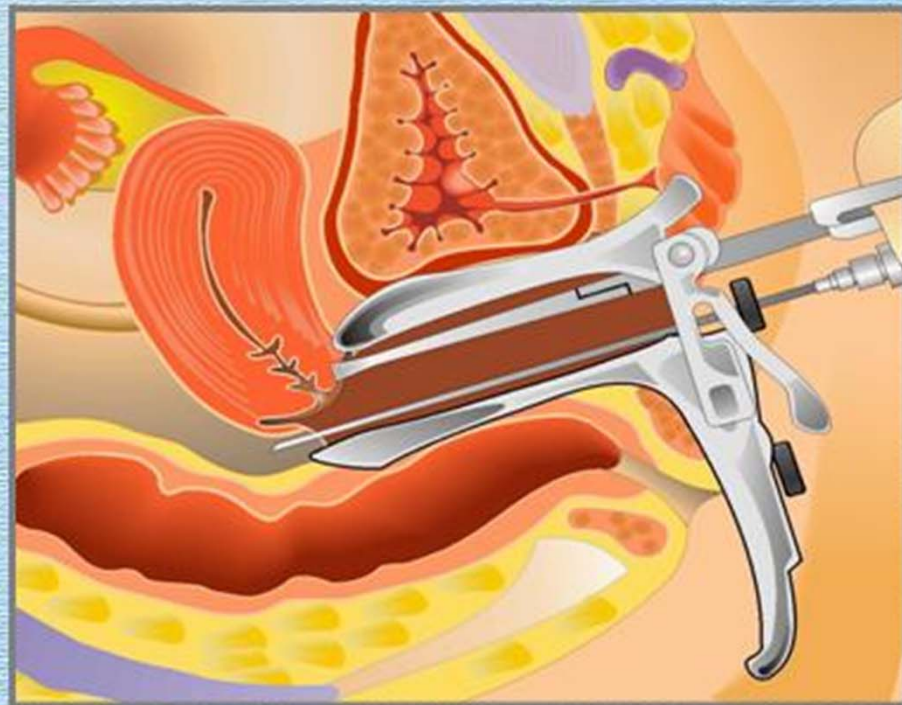


ALSO

Culdocentesis

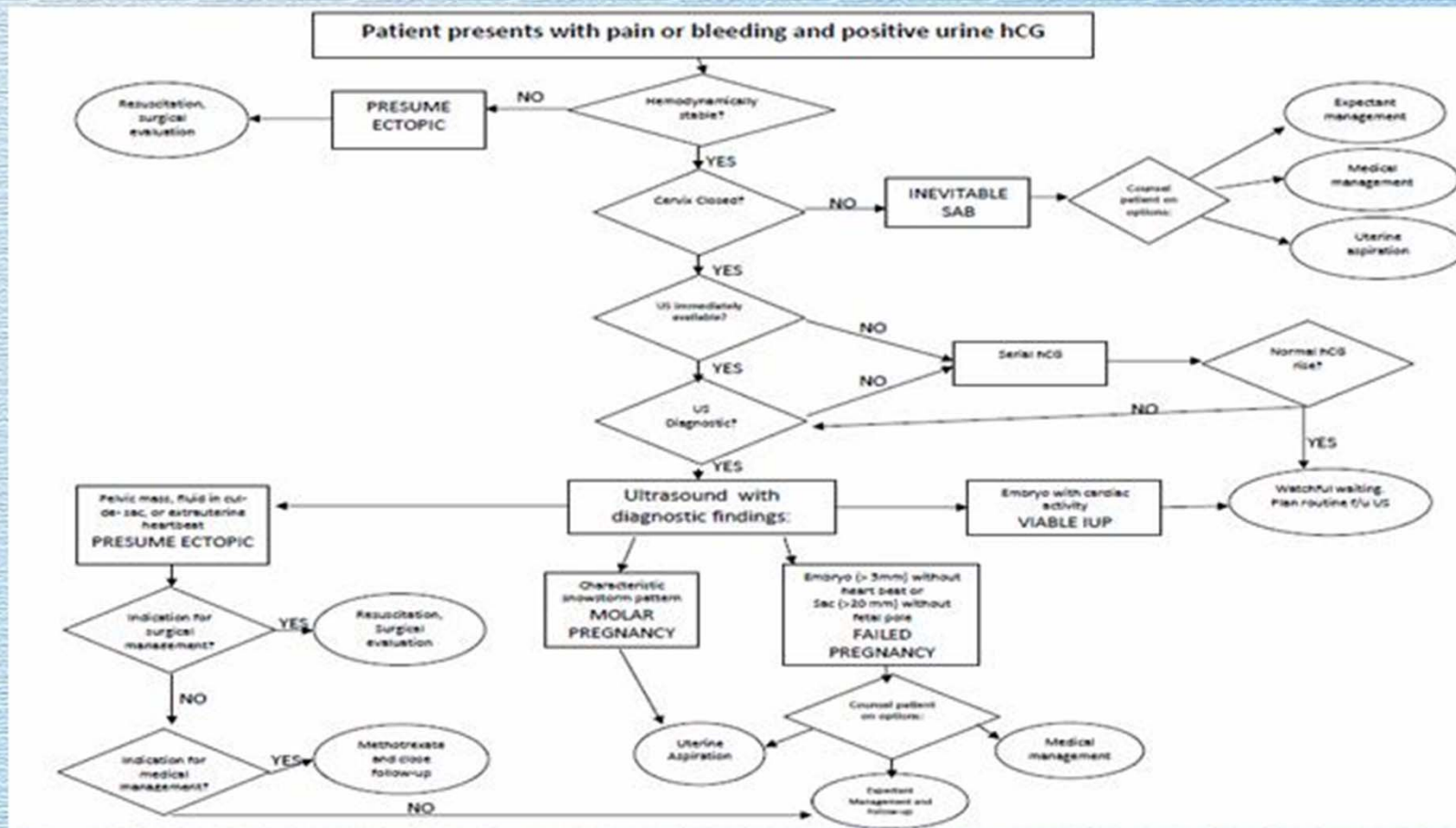
18 or 20 gauge needle
passed through the
posterior fornix and
aspirated for fluid

Bloody fluid with
hematocrit > 15 percent
represents active
intrapерitoneal bleeding





Algorithm



COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE

DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

OCORRE DEGENERACÃO DO TECIDO PLACENTÁRIO

TIPOS: MOLA HIDATIFORME COMPLETA

MOLA PARCIAL

MOLA RECORRENTE

CORIOCARCINOMA

os vilos placentários adquirem forma de cachos de uva que podem ser eliminados até 2º trimestre.

DIAGNÓSTICO:

QUADRO CLÍNICO:

- sangramento , vesículas eliminadas
- níveis de BHcg > que esperados
- útero > que esperado sem B.C.F.
- hiperêmese, D.H.E.G. precoce e/ou Tireotoxicose
- aumento ovariano (cistos teca-luteínicos 2^ªrios a hiperestimulação pelo BHcg

ULTRA- SONOGRAFIA

COMPLICAÇÕES DO PRIMEIRO TRIMESTRE

DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

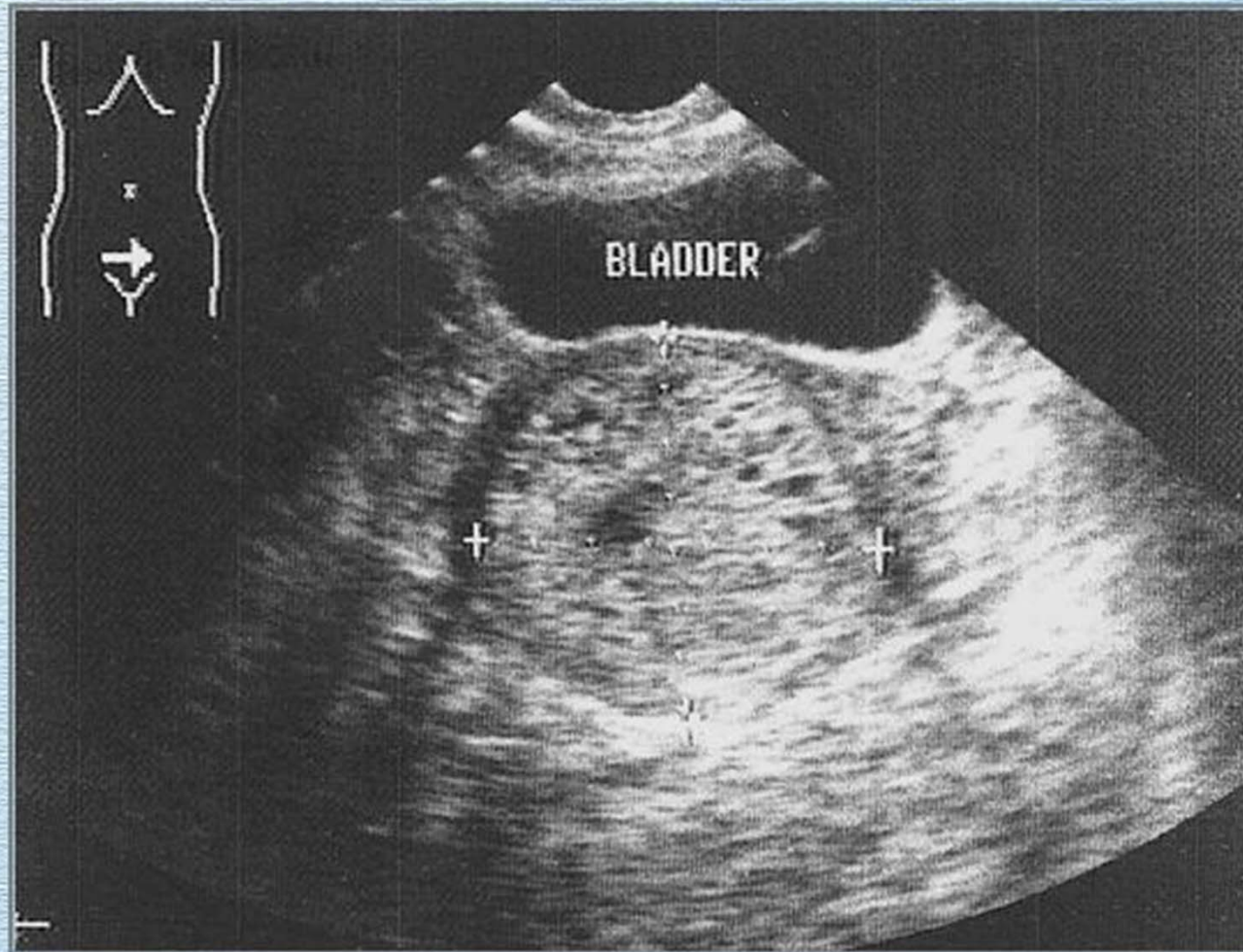
TRATAMENTO: encaminhar ao hospital

-ESVAZIAMENTO IMEDIATO DO ÚTERO

-SEGUIMENTO PÓS-MOLAR

Molar Pregnancy

ALSO



- **TRABALHO DE PARTO**

- GESTAÇÃO A TERMO: 37 A 42 SEMANAS
- APÓS 41 SEMANAS : INDUÇÃO DO PARTO

- DEFINIÇÃO DE T.P.: 3 A 5 CONTRAÇÕES EM 10 MINUTOS, DOLOROSAS, REGULARES, DURAÇÃO DE 50" A 70" . DILATAÇÃO > DE 2,0 CM , CEFÁLICA.

- DURAÇÃO DO T.P.: PRIMIGESTAS= 12 HORAS
SECUNDIGESTAS E + = 8 HORAS.

● **TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

- **DEF.:** PARTO QUE CULMINA NO NASCIMENTO ANTES DE 37 SEMANAS.
- **PARTOS PREMATUROS:** 50% T.P.P.

30% R.P.M.PRÉ-TERMO

FATORES DE RISCO: T.P.P. ANTERIOR, R.P.M.P., IDADE (ADOLESCENTES, IDADE AVANÇADA), BAIXA SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA, RAÇA, INFECÇÃO MATERNA: BACTERIÚRIA ASSINTOM., PIELONEFRITE Ñ TRATADA, INFECÇÕES T.G.I.(SÍFILIS, GONORRÉIA, CLAMYDIA, STREPTO B DURANTE R.P.M.P., VAGINOSE BACT., UREAPLASMA, MICOPLASMA, TRICOMONAS), UTERO AUMENTADO (GEMELAR, POLIDRÂMPIO), TRAUMA MATERNO, E OUTRAS COMPLICAÇÕES (D.P.P, APENDICITE, I.I.C., MIOMAS, MALFORMAÇÕES UTERINAS).

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

DIAGNÓSTICO: PELO MENOS 3 CONTRAÇÕES EM 30' + MODIFICAÇÕES DO COLO (APAGAMENTO OU DILATAÇÃO DO COLO)

ANAMNESE:

- ✓ HISTÓRIA DO T.P. PPTE. DITO
- ✓ PERDA DE LÍQUIDOS
- ✓ DETERMINAÇÃO DE I.G.
- ✓ REVISÃO DOS FATORES DE RISCO
- ✓ PROBLEMAS CLÍNICOS: D.M., H.A., R.C.I.U., OLIGO E POLIDRÂMNI
- ✓ HISTÓRIA SOCIAL: APOIO NO DOMICÍLIO, FILHOS PARA CUIDAR, APOIO DO PARCEIRO.

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

DIAGNÓSTICO:

EXAME FÍSICO: MEDIDA DE TEMPERATURA, FREQUÊNCIA CARDÍACA, PRESSÃO ARTERIAL,

TAQUICARDIA FETAL (INFECÇÃO),

PALPAÇÃO UTERINA: QUALIDADE E FREQUÊNCIA DAS CONTRAÇÕES, TAMANHO E APRESENTAÇÃO FETAL.

- ❖ NÃO TOCAR SE HOVER SUSPEITA DE B.R.
- ❖ E.ESPECULAR: 1. PRESENÇA DE L.A. NA VAGINA
2. INSPEÇÃO VISUAL DO COLO
3. TESTE DE PH
4. CRISTALIZAÇÃO

OUTROS: CULTURA PARA ESTREPTOCOCO GRUPO B
UROCULTURA NOS 3 TRIMESTRES

CORTICÓIDES: BETAMETASONA 12 MG I.M. 2 DOSES C/
INTERVALO DE 24 HORAS, ENTRE 24 E 34 SEMANAS

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

PRÉ-TERMO:

Rotura confirmada antes de 37 semanas . O parto parece ser inevitável mas não iminente.

A TERMO: com 37 semanas ou mais.

Período de latência:

Entre 28 e 34 semanas: 50% entra em T.P. em 24 horas

Entre 24 e 25 semanas: 80% entra em T.P em 7 dias

A termo: 90% entra em T.P. em 24 a 48 horas

Diagnóstico: Clínico = refere perda de líq. Via vaginal
u.s. = redução de L.A.

CONDUTA: a termo (36 sem ou +), pesa 2.500g
=Resolução

Menos de 32-34 sem., peso < 2.500g = Inibição +

Corticóides: Betametasona 12 mg i.m. 2 doses c/ intervalo de 24 horas, entre 24 e 34 semanas

PIELONEFRITE AGUDA NA GRAVIDEZ

DEFINIÇÃO: Infecção do trato urinário alto afeta sistema coletor de forma aguda

DIAGNÓSTICO: Febre, dor no flanco, disúria, juntamente com urocultura positiva.

Urocultura com antibiograma: acima de 100 mil colônias/ 100 mil do mesmo microrganismo.

Urina I: Exame negativo não afasta infecção. Pode apresentar piúria (> de 10 piócitos por campo), hematúria e bacteriúria.

Hemograma

Uréia / Creatinina sérica: C > 0,8 pode ser indicativo de disfunção renal.

PIELONEFRITE AGUDA NA GRAVIDEZ

CONDUTA:

Internação hospitalar, antibiótico e.v., vigilância de complicações.

Hidratação com S.F. 0,9 %, manter diurese de 30 a 50 ml/hora. Não realizar sondagem vesical e restringir a cateterização vesical suprapúbica apenas aos casos graves.

Antibioticoterapia iniciada imediatamente após coleta de exames. Administrar e.v. até ficar afebril por 24 a 48 horas, passando para via I.M. ou V.O. até final do tratamento (de 7 a 14 dias).

PIELONEFRITE AGUDA NA GRAVIDEZ

CONDUTA: Internação

- **Antibioticoterapia** - Iniciar c/ cefalotina 1,0g EV 6/6 h. até resultado do antibiograma. Havendo boa resposta clínica em 48 h. passar para cefalexina 500 mg VO 6/6 h. e manter até completar 15 dias. Em caso de germe resistente, substituí-la conforme resultado do antibiograma.
- Se for necessário associar aminoglicosídeo (Gentamicina 7,5 mg/Kg/dia em 2-3 doses) com controle rigoroso da função renal – Risco de oto e nefrotoxicidade fetal
- Tratar de forma adequada o parto prematuro quando presente.

Controle com urocultura sete dias após término do tratamento.

Controle com urocultura periódica até o final da gestação.

PROFILAXIA

Tratamento adequado das leucorréias.

Orientação para correta higiene genital e anal

Orientar para aumentar a ingestão de líquidos

CONDUTA NAS RECORRÊNCIAS

Repetir o tratamento com base no resultado da urocultura

Manutenção com nitrofurantoina 100 mg/dia até o final da gravidez, suspendendo na última semana por risco de hemólise no RN. Urografia excretora três meses após o parto

Não usar na gravidez:

Sulfametoxazol/trimetopim, Tetraciclina, Estolato de Eritromicina, Cloranfenicol, Fluorquinolonas.

VULVOVAGINITES

Candidíase: É frequente. Causa corrimento c/ prurido, intensamente irritante. É 2X mais frequente em gestantes e sua erradicação é mais difícil.

Diagnóstico clínico: corrimento com prurido e/ou ardor vaginal. Eritema de mucosa de peq. Lábios, intróito e 1/3 inf da vagina. Mucosa vaginal c/ placas brancas e corrimento fino contendo grumos brancos.

Tratamento: Imidazóis são mais eficazes que nistatina
Creme de Cl. de Miconazol por 10 a 14 dias = Taxas de cura de 90%.

Podem ser necessários tratamentos repetidos.



VULVOVAGINITES

Tricomoniase: Causa corrimento vaginal, irritação intensa e dor e micção dolorosa . Causa T.P.P.?
50% das mulheres são assintomáticas. Corrimento verde espumoso em peq. proporção de mulheres.
Ex. a fresco c/ S.F.: 50% sensibilidade

Tratamento: no 1º trimestre: Metronidazol vaginal

Metronidazol 500 mg/cp - 4 cp VO - dose única (somente após completar o primeiro trimestre).



VULVOVAGINITES

Vaginose bacteriana: Causada por grupo misto de microrganismos, incluindo *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* e vários anaeróbios. Frequentemente assintomáticas. Associada a atividade sexual. Corrimento vaginal fétido + prurido vulvar. É causa de T.P.P. mas 20% das grávidas podem ter (nem todas são patogências).

Em mulheres com história prévia de T.P.P. o tratamento pode ser benéfico (metronidazol + eritromicina)

Tratamento: no 1º trimestre: Metronidazol vaginal

Metronidazol 500 mg/cp - 4 cp VO - dose única (somente após completar o primeiro trimestre).

VULVOVAGINITES

Vaginose bacteriana

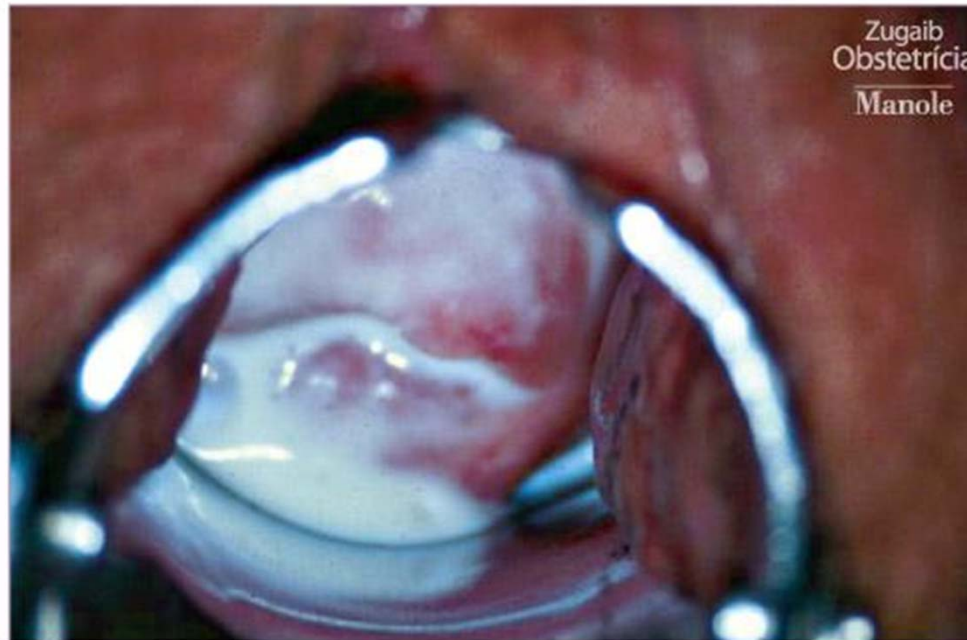


Figura 7. Aspecto da vaginose bacteriana ao exame especular.

NÁUSEAS E VÔMITOS DA GRAVIDEZ

Condição médica mais comum na gravidez, gerando alto grau de ansiedade e preocupação na gestante.

Hiperêmese gravídica: formas graves, definidas como vômitos persistentes que levam a uma perda de peso > que 5% do peso pré-gravídico.

Associada a desequilíbrio hidreletrolítico e cetonúria. + frequente em primigestas .

Diagnóstico diferencial: Úlcera gástrica, cisto de ovário torcido, prenhez ectópica, Ins. Renal, Inf. Intestinais, problemas metabólicos e do SNC.

Ocorre alcalose por hipocloridria e hipopotassemia.

Conduta: apoio psicológico e educativo, reorientação alimentar, anti-eméticos(Dramin B6 até 4 cp/dia + Plasil s/n). Casos graves: INTERNAÇÃO

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS DO FINAL DA GESTAÇÃO

CAUSAS DE SANGRAMENTO NA 2ª METADE DA GESTAÇÃO

CAUSAS MAIORES DE HEMORRAGIA SIGNIFICATIVA	SANGRAMENTO GENITAL VISÍVEL
PLACENTA PRÉVIA	CERVICITE
DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA	POLIPO ENDOCERVICAL
RUPTURA DE VASA PRÉVIA	CÂNCER DE COLO
RUPTURA DE CICATRIZ UTERINA	ECTRÓPIO CERVICAL
	TRAUMA CERVICAL

SÃO SITUAÇÕES COM RISCO DE MORTE, DEVENDO-SE CONHECER AS CAUSAS E O PROGNÓSTICO DO SANGRAMENTO

PLACENTA PRÉVIA

É A IMPLANTAÇÃO DA PLACENTA SOBRE O ORIFÍCIO CERVICAL INTERNO (O.C.I.).

PODE SER: ANTERIOR OU POSTERIOR , MARGINAL (APROXIMA-SE DO O.C.I. MAS NÃO O COBRE) E CENTRAL, COMPLETA OU TOTAL(COBRE TOTALMENTE O O.C.I.).

DIAGNÓSTICO:

ANAMNESE: Sangramento vaginal indolor, no final do 2º ou início do 3º trimestre. Pode ser imotivado ou pós-coito. Na P.P. centro-total apresenta-se sangramento entre 26º e 28º semanas (= sangramento sentinela). Nem todas P.P. apresentam sangramento precoce.

Diagnóstico precoce da P.P. (diagnóstico por U.S. antes de 20ª semana): se sangramento muito intenso = HOSPITAL
pode não sangrar = placenta migra = EXPECTANTE.

PLACENTA PRÉVIA

DIAGNÓSTICO:

EXAME FÍSICO:

Em geral ocorre apresentação anômala (PALPAÇÃO)

Ex. especular: visualização do local de sangramento (O.C.I.)

O toque vaginal está proibido, até que localização da placenta seja conhecida.

Ex. laboratoriais: Hematócrito ou Hemograma completo, ABO + Fator Rh e estudo da coagulação.

A depender da anemia: **Pré-natal A.R. ou P. S.**

U.S.: Placenta cobrindo O.C.I.. Existem técnicas de localização da placenta. O u.s.g.tv. Pode ser indicado p/ exata localização de margem e O.C.I.

PLACENTA PRÉVIA

CONDUTA:

Coito e exame digital proibidos.

Toque só permitido em P.P. marginal em T.P. em sala de parto ou sala cirúrgica.

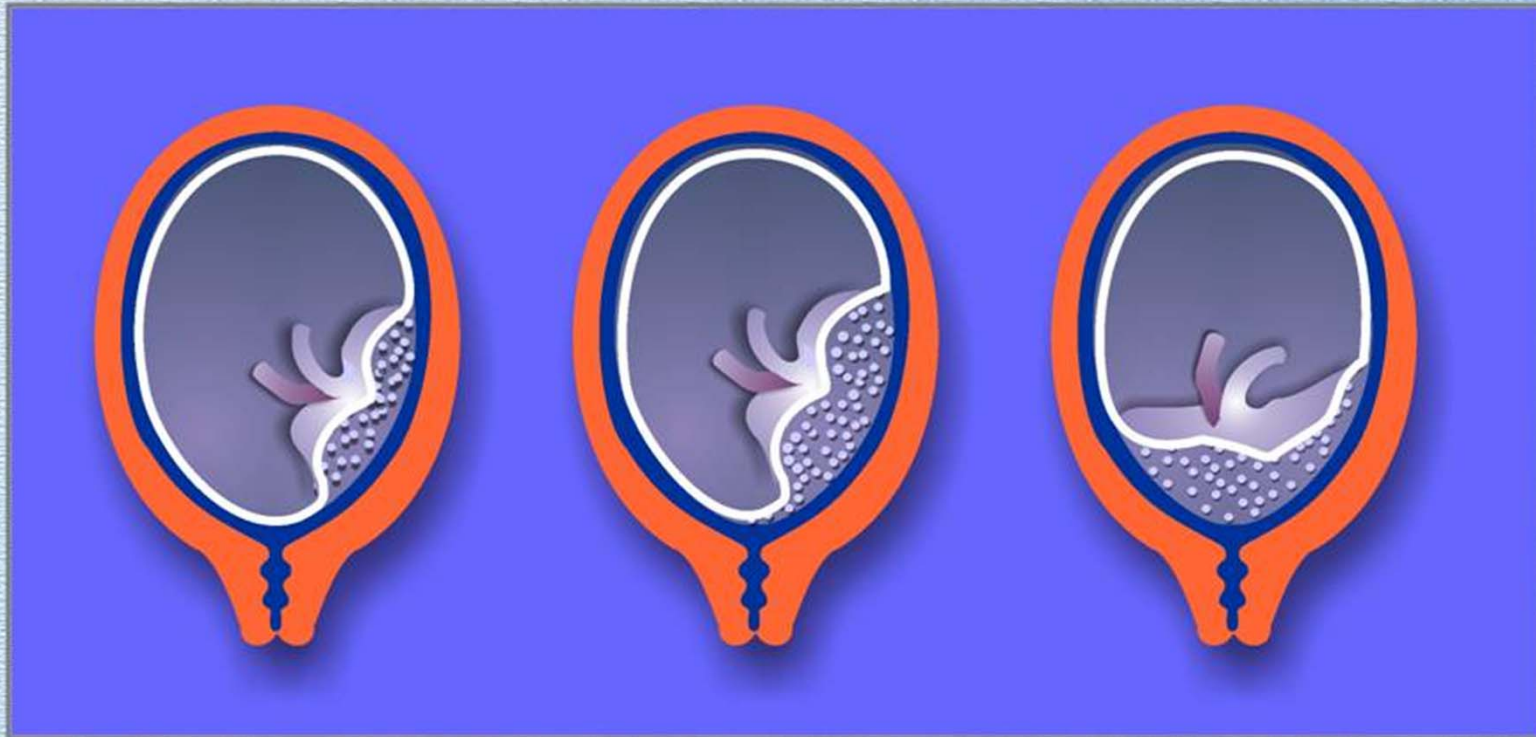
Sangramento em gestação próximo ao termo: **HOSPITAL P/ TRANSFUSÃO S/N.**

Corticóides p/ maturação pulmonar fetal (entre 24 e 34 semanas).

Gestante **Rh negativo**: Imunoglobulina Anti Rh com 28 semanas.

ALSO

Placenta Previa



Low-Lying:

2 to 3.5 cm from os

Marginal:

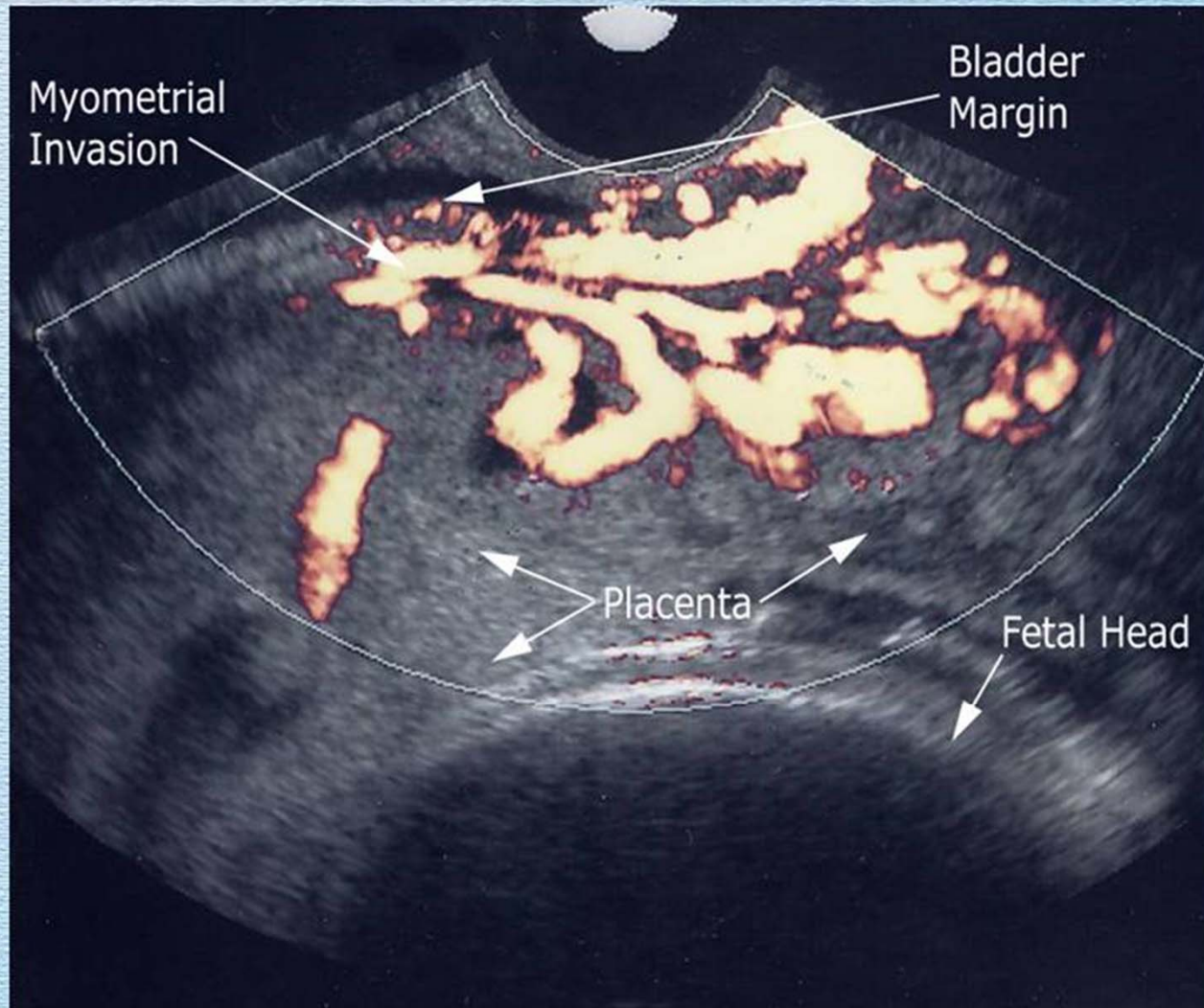
Within 2 cm

Complete:

Covers os

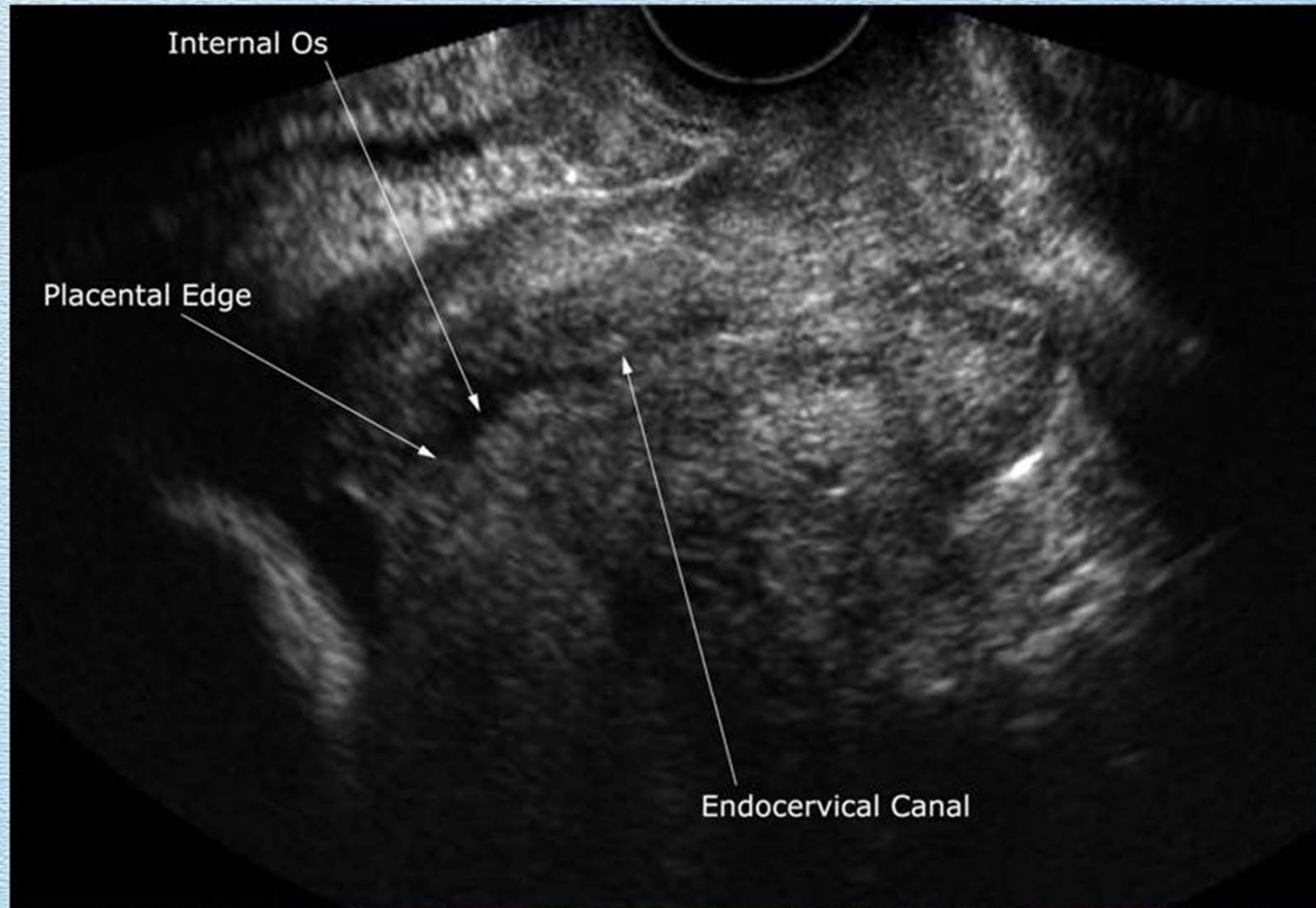
ALSO

Placenta Previa with Increta



ALSO

Ultrasound – Placenta Previa



DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA
É A SEPARAÇÃO PRECOCE DA PLACENTA DA PAREDE UTERINA, PARCIAL OU COMPLETA E EM GRAUS VARIADOS.

(Obs.: "Ruptura de seio marginal" e "Separação do seio marginal" são termos usados para descrever o sangramento em gestação em que não foram feitos diagnósticos de P.P. ou D.P.P.. Nestes casos não há comprometimento materno ou fetal. O sangramento resolve-se sem explicação, não há dor ou contração uterina e o prognóstico é bom.)

DIAGNÓSTICO:

ANAMNESE: O sintoma típico é a dor no B.V. ou lombar. A gestante em T.P. não deve ter dor no intervalo entre contrações. A maioria tem sangramento vaginal em diversos graus, em geral de coloração escura e pode haver hemoâmnio.

(Obs.: considerar ocorrência de Vasa Prévia quando a hemorragia for notada no momento da ruptura da bolsa amniótica)

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

DIAGNÓSTICO:

ANAMNESE: Investigar trauma, violência doméstica, história de doença hipertensiva e outras complicações obstétricas.

EX. FÍSICO: Sinais e sintomas de choque são achados tardios na gravidez e representam perdas de + de 30% da volemia. Taquicardia leve é normal na gestante.

Alterações ortostáticas da P.A. ou pulso podem ser significativas. A P.A. deve ser comparada com valores durante o pré-natal (hipertensão).

Medir A.U. , palpar abdomen (posição fetal, presença de contrações, localização da dor).

EX. LABORATORIO: Hemograma, Tipagem Sang. e Fator Rh, Coagulograma =DEVEM SER COLHIDOS NO HOSPITAL

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

CONDUTA:

No Hospital:

FETO VIVO OU FETO MORTO = CONFORME GRAU

GRAU I : DIAGNOSTICADO NA HORA DO PARTO, AO IDENTIFICAR COÁGULO RETRO-PLACENTÁRIO.

GRAU II : SINTOMÁTICA C/ ABDOMEN DOLOROSO E FETO VIVO.

GRAU III: D.P.P. GRAVE RESULTANDO EM O.F.

IIIA : sem coagulopatia(2/3)

IIIB : com coagulopatia (1/3)

Deixar Parto Normal se evoluindo rápido tanto Grau II (feto vivo) quanto Grau III (morto)

ALSO

Diagnosis - Abruption

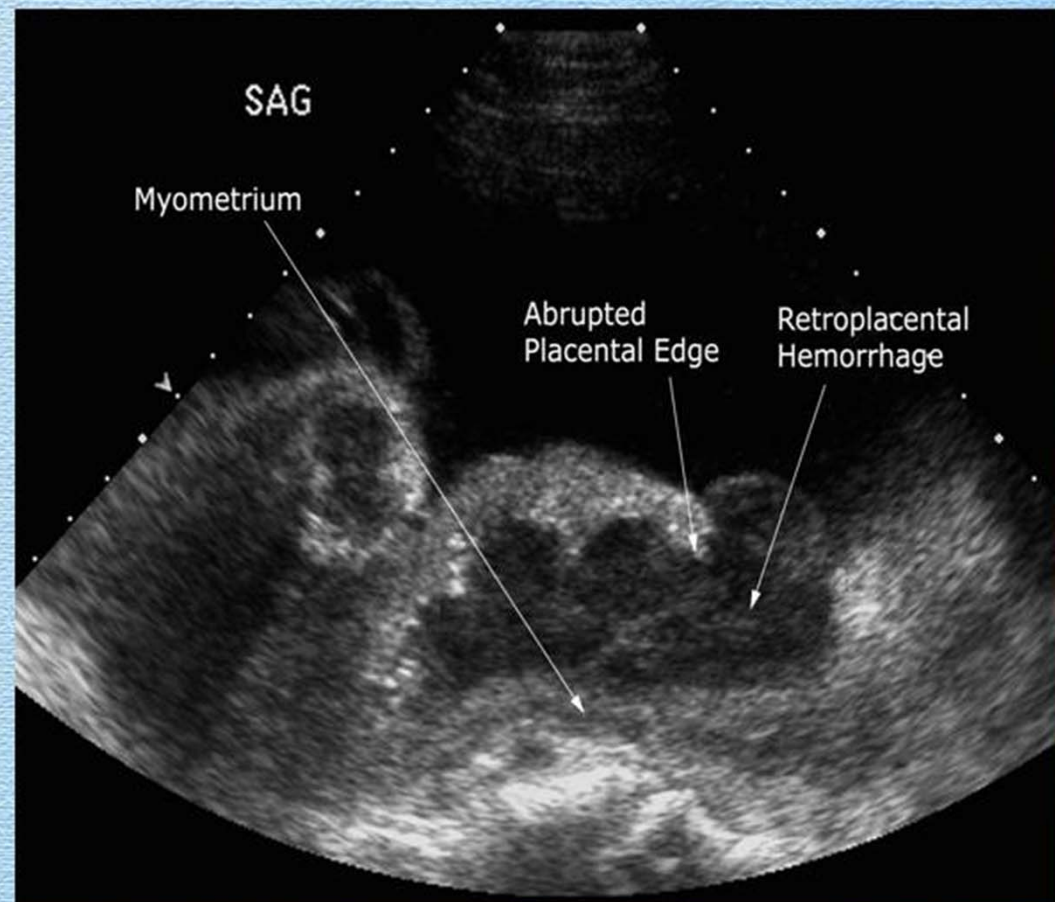
Abruption is a clinical diagnosis!

Ultrasound findings may be supportive:

Retroplacental echolucency

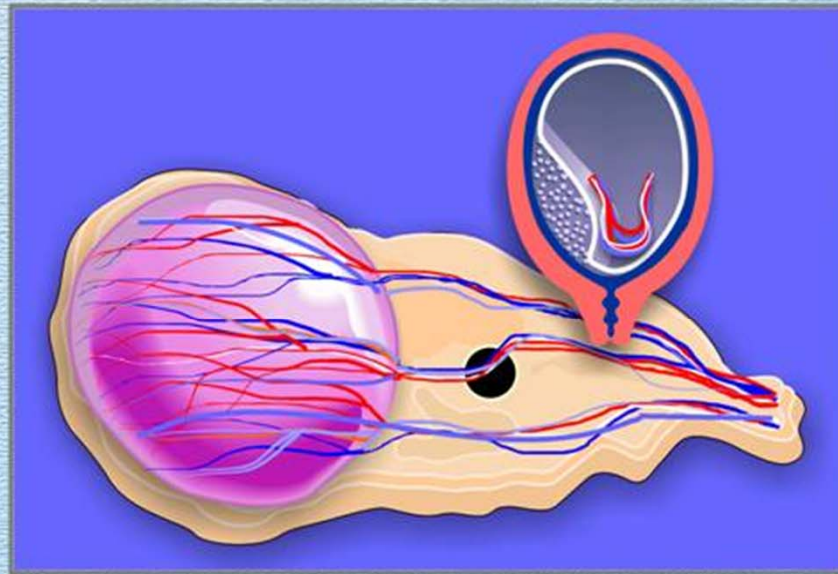
Abnormal thickening of placenta

"Torn" edge of placenta



ALSO Vasa Previa

- Fetal vessels run in membranes between cervix and presenting part
- Rarest cause of hemorrhage
- Rapid intervention essential for fetal survival



ALSO

Vasa Previa – Associated Conditions

- ❑ In vitro fertilization
- ❑ Low-lying placenta or previa in second or third trimester
- ❑ Bilobed and succenturiate lobe placentas
- ❑ Velamentous insertion of the cord



Bi-lobed placenta with Velamentous Insertion

ALSO

Summary

- Late pregnancy bleeding may herald diagnoses with significant morbidity/ mortality
- Rapid clinical diagnosis is imperative
- Sterile speculum exam is safe, but avoid vaginal exam until placental location is known!
- Ultrasound has a supportive role in determining the cause of bleeding
- When antenatal US identifies placenta previa, color flow Doppler study is recommended to evaluate for placenta accreta and vasa previa