

# **Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

## **COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES**

### **NO PERÍODO PÓS-PARTO**

**Ano letivo 2016-2017**

**Unidade Científico-Pedagógica em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**

# COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES

**Infeção puerperal**  
**Infeção urinária**

**Tromboembolismo**

**Infeções**

**Patologia vascular**

**Hemorragia**

**Mama**

**Atonia uterina**  
**Traumas e lacerações**  
**Retenção placentar**  
**Inversão e rotura uterina**  
**Distúrbios da coagulação**

**Agalactia**  
**Hipogalactia**  
**Ingurgitamento**  
**Maceração**  
**Fissura**  
**Mastite**  
**Galactocelo**

# COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES

## Impacto:

- Possível separação do filho
- Adiamiento da alta hospitalar – maior encargo financeiro – Afastamento prolongado de casa e da família
- Inibição da lactação – temporária ou definitiva
- Regresso a casa mais debilitado
- Desgaste familiar



## Conceito:

A área placentar é invadida por bactérias patogénicas introduzidas no tracto genital antes, durante ou depois do parto. Os microorganismos podem ascender para a cavidade uterina ou ser levados até ela, dando origem a um processo infeccioso.

### Exógena

As bactérias são de fonte externa

### Endógena

As bactérias já estão presentes no tracto genital

## Fatores Predisponentes:

- Infecções pré-parto
- Rotura Prematura de Membranas
- Trabalho de Parto prolongado
- Lacerações
- Exploração manual do útero
- Parto em local sem assépsia
- Falta de assepsia nos cuidados

### **Localização:**

- Pequena lesão (perineorrafia /laceração)
- Endometrite (inflamação do revestimento uterino)
- Peritonite
- Infecção generalizada - Septicémia

## Diagnóstico:

- Temperatura acima 38°C após 1º dia (> 24 horas)
- Taquicardia
- Mal-estar
- Cefaleias
- Podem estar presentes náuseas, vômitos e diarreia
- **Lóquios abundantes fétidos**
- **Útero volumoso e doloroso a palpação**
- **Dor pélvica profunda**
- Debilidade física



## Intervenção:

- Antibioterapia
- Determinar o microorganismo (cultura de exsudado)
- Terapêutica com ação na contractilidade uterina (Oxitocina, Metilergometrina)
- Analgésicos
- Isolamento, se necessário.



# INFEÇÃO URINÁRIA

É uma das complicações mais frequentes no puerpério.

## Fatores responsáveis pela grande incidência no puerpério

- Retenção urinária / estase
- Cateterismos vesicais frequentes
- Anestésias
- Alterações neurogênicas da bexiga durante o parto e no puerpério



- 
- Antibioterapia
  - Cultura de urina
  - Aumentar ingestão de líquidos
  - Garantir completo esvaziamento da bexiga em cada micção (dupla micção)

## Risco aumentado durante o Puerpério devido a:

- Aumento dos fatores de coagulação
- Presença de varizes ou história de tromboembolismo
- Estase venosa (favorecida pela imobilidade)

## Intervenção:

- Elevar membros inferiores
- Gelo
- Anti-inflamatórios
- Analgésicos
- Anticoagulantes
- Meias elásticas

A hemorragia no pós-parto inclui toda a perda sanguínea excessiva (>500ml) que ocorre desde o momento do nascimento até o final do puerpério (seis semanas depois).

**Imediata** - Ocorre durante as 1<sup>as</sup> 24 horas

**Tardia** – Ocorre para além das 24 horas

300ml – durante parto normal

+100/150ml – com episiotomia

# ATONIA UTERINA – É a causa mais frequente de hemorragia

Comprometimento do tônus muscular uterino. Quando as fibras musculares não se contraem e os vasos não sofrem constrição, ocorre a hemorragia.

## Fatores

### predisponentes:

- Disfunção uterina
- Assistência incorrecta durante a dequitação

Manobras de extração da placenta  
Massagem excessiva do útero

- Anestesia
- Ação uterina ineficaz
- Sobredistensão uterina
- Exaustão por Trabalho de Parto prolongado
- Multiparidade
- Partos operatórios

# PREVENÇÃO – ATONIA UTERINA



Manter bom  
tónus uterino

- Avaliar frequentemente a consistência, tamanho e AFU
- Vigiar quantidade de Lóquios sanguíneos
- Detectar precocemente relaxamento do músculo uterino

**PROMOVER CONTRATILIDADE**

**Massagem - medicação**

**VERIFICAR CAUSAS**

Prevenir  
distensão vesical

- Esvaziar espontaneamente a bexiga logo que possível
- Esvaziamento em SOS
- Urinar Cada 2/3 Horas
- Vigiar débito urinário

# TRAUMAS E LACERAÇÕES - Segunda maior causa de hemorragia

- Lacerações baixas da parede vaginal e do períneo.
- Lacerações altas do colo ou na porção superior do canal vaginal.
- Lacerações dos lábios que se podem estender para o clitóris.
- Hematomas (vulvar, vulvovaginal, vaginal, sub-perineal)

## Factores predisponentes:

- Intervalo prolongado entre a execução da episiotomia e a exteriorização completa do bebé.
- Atraso na sutura da episiotomia.
- Falta ou inspeção inadequada do terço superior da vagina e do colo uterino.
- Ignorar a possibilidade de múltiplos locais de lesão.

## Intervenção:

- Sutura dos vasos sanguíneos o mais precocemente possível
- Revisão do canal de parto após o parto

## RETENÇÃO PLACENTAR - Terceira causa de hemorragia

Fragmentos retidos de tecido placentar, coágulos ou separação incompleta da placenta durante a dequitação não permitem a contração adequada do útero.

### Intervenção:

- Revisão uterina para remoção dos restos placentares
  - Dequitação Manual Interna
  - Revisão Cirúrgica
- Histerectomia – **PLACENTA ACRETA**  
(Aderência anormal, parcial ou total da placenta. As vilosidades estão profundamente aderentes ao músculo uterino)

# INVERSÃO UTERINA

Consiste na invaginação do útero em consequência de tracções bruscas para extrair a placenta.

## **Histerectomia**

### **ROTURA UTERINA – Complicação grave mas muito rara**

Nas roturas com diagnóstico tardio a sintomatologia pode ser mais discreta mas igualmente grave podendo surgir hematoma palpável, sinais de irritação peritoneal e choque.

# DISTURBIOS DA COAGULAÇÃO (CID)

Súbito consumo de grandes quantidades de fibrinogénio, plaquetas e factores de coagulação.

O organismo responde com uma hiper-coagulação nos vasos sanguíneos íntegros enquanto que nos vasos lesados ocorre hemorragia.

## HEMORRAGIAS TARDIAS

### Causas:

- Retenção de fragmento placentar.
- Sobredistensão uterina (aumento do volume uterino, discretamente amolecido, perdas sanguíneas acentuadas, lóquios hemáticos persistentes vários dias).
- Hematoma puerperal.

# ALTERAÇÕES NA GLÂNDULA MAMÁRIA

## AGALACTIA

Ausência total de leite numa puérpera.

## HIPERGALACTEA

Produção excessiva de leite

## HIPOGALACTIA

Produção de leite em pequena quantidade, inferior às necessidades do RN.

### **Primária**

Desde o início da amamentação.

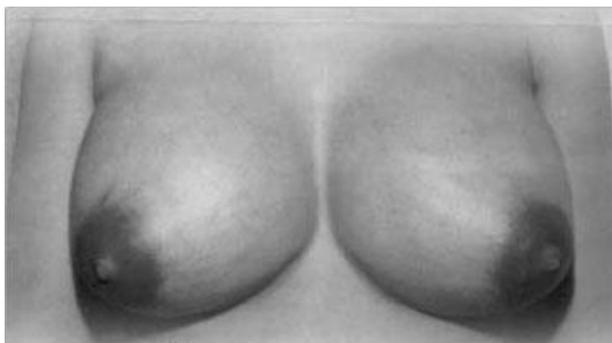
### **Secundária**

No decorrer da amamentação:

- desinteresse materno
- má técnica de amamentação
- problemas de sucção
- feridas nos mamilos
- mastite

# INGURGITAMENTO MAMÁRIO

- Geralmente ocorre 2 a 4 dias após parto.
  - Frequente em puérperas mal orientadas nos cuidados com as mamas durante a amamentação.
- 
- Aumento volume mamas que se encontram túrgidas, distendidas e dolorosas – acumulação de leite nos canais secretores da mama
  - Endurecimento do tecido mamário – retenção – dificuldade na fluidez do leite
  - Congestão vascular – hipertermia local
  - Febre baixa
  - Mamilos distendidos – dificulta adesão do bebê ao mamilo



Fonte: Vinha, 2002<sup>31</sup>

**Figura 14** – Mamas ingurgitadas



# ALTERAÇÕES NO TECIDO MAMÁRIO

## MACERAÇÃO



Abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associado à presença contínua de humidade e de pele molhada. (CIPE- versão2)

## FISSURA



Fenda ou rasgão do tecido de revestimento de superfície do corpo, acompanhada por diminuição da elasticidade e capacidade de distensão da pele, por marcas vermelhas de estiramento através das quais se revela o tecido da derme. (CIPE- versão2)

# MACERAÇÃO E FISSURA

## Factores predisponentes:

- Mulheres ruivas
- Mamilos umbilicados, rasos, curtos, grossos
- Primíparas
- Ausência de profilaxia durante a gravidez

- Dor intensa
- RN pode bolsar sangue
- Aumenta risco de infeção
- Risco de Hipogaláctia
- Abandono da amamentação



# MASTITE DA LACTAÇÃO

Invasão do tecido mamário por microorganismos.



## Sinais e Sintomas:

- Calafrios e febre repentina (39°C-40°C).
- Taquicardia
- Lóbulo ruborizado, doloroso e endurecido, sensação de calor local.

## Tratamento:

- Esvaziamento da mama após mamadas.
- Manobras para facilitar fluxo do leite.
- Antibióticos
- Analgésicos
- É aconselhado manter amamentação.

# GALACTOCELO

Formação quística situada geralmente na região ampolar de um galactóforo, sob a pele, com conteúdo de leite espesso.

Surge quando a supressão da lactação se faz de uma forma súbita.

## À palpação:

Formação tumoral de contornos bem definidos, móvel, pode haver dor, sem sinais inflamatórios.

# BIBLIOGRAFIA

- BOBAK, I.M.; LOWDERMILK, D.L.; JENSEN, M. D. – *Enfermagem na Maternidade*. 4ªed., Loures: Lusociência, 1999.
- BURROUGHS, Arlene. - **Uma Introdução à Enfermagem Materna**. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon – *Enfermagem na Maternidade*. 7ed., Loures: Lusodidacta, 2008.
- MENDES, Mário – **Curso de Obstetrícia**. Coimbra: Livraria Almedina, 1993
- ZIEGEL, Erna, E.; CRANLEY, Mecca, S. - **Enfermagem Obstétrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.