



**Rodrigo de Azevedo Meira**

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL: HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

Santa Maria, RS

2020

**Rodrigo de Azevedo Meira**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL: HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

Trabalho Final de Graduação (TFG II),  
apresentado ao Curso de Medicina, da  
Universidade Franciscana, como requisito  
parcial para obtenção de grau de médico.

Orientadora: Cássia dos Santos Wippel

Santa Maria, RS

2020

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é a padronização das condutas em casos de hemorragia pós-parto no Hospital Casa de Saúde, por meio da elaboração de um protocolo assistencial que visa a otimização da atuação da equipe multiprofissional e, assim, assegurar o melhor atendimento das pacientes. Será utilizada a base de dados PubMed e tendo como fundamentação as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Pan-Americana da Saúde. Portanto, com a implementação deste protocolo buscaremos estabelecer parâmetros quanto a identificação precoce do evento pela equipe para que ocorram as intervenções efetivas e necessárias na busca da redução de desfechos puerperais desfavoráveis.

**Palavras-chave:** Hemorragia pós-parto. Sangramento pós-parto. Hemorragia puerperal.

## ABSTRACT

The aim of this study is to standardize the management of post-partum hemorrhage cases at the Casa de Saúde Hospital, through the elaboration of a care protocol to optimize the performance of the multiprofessional team and ensure the best care for patients. The PubMed database will be used and based on the guidelines of the Ministry of Health of Brazil and the Pan American Health Organization. Therefore, with the implementation of this protocol, we will seek to establish parameters regarding the early identification of the event by the team so that the effective and necessary interventions to reduce unfavorable postpartum outcomes.

**Keywords:** Post-partum hemorrhage. Post-partum bleeding. Puerperal hemorrhage.

## **LISTA DE ABREVIações E SIGLAS**

HCS	Hospital Casa de Saúde
HPP	Hemorragia Pós-Parto
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	Odds Ratio
RMM	Razão de Morte Materna

# SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	3
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS</b> .....	4
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde (CID)</b> .....	9
<b>3. DIAGNÓSTICO</b> .....	11
<b>4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b> .....	12
<b>5. TRATAMENTO</b> .....	13
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	15
<b>7. ANEXO</b> .....	17
Anexo 1: Classificação de risco para hemorragia pós-parto. ....	17
Anexo 2: Classificação de Baskett	
Anexo 3: Tabela de medicações .....	19
Anexo 4: Kit para o tratamento da hemorragia pós-parto.....	20
Anexo 5: Manobra de Hamilton .....	21
Anexo 6: Montagem do balão de tamponamento intrauterino.....	22
Fluxograma 1: Manejo da Hemorragia Pós-Parto .....	23

# 1. INTRODUÇÃO

Otimizar a saúde materna e coibir mortes evitáveis é ainda uma das principais metas de interesse universal na esfera da saúde e dos direitos reprodutivos onde, continuamente, é discutido quais ações são necessárias e eficazes para atingi-las. Nesse contexto, em 2000, no encontro das Nações Unidas, o Brasil assumiu o compromisso de cumprir com os chamados *Oito Objetivos do Milênio*. Neles, um dos grandes desafios a ser alcançado até 2015 dizia respeito à redução da mortalidade infantil e materna e, sendo meta a diminuição da mortalidade materna para três quartos dos valores de 1990 (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Buscou-se, através das políticas implementadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, nesta área, ao longo da década passada e atual, atuar nos fatores determinantes com potencial de reduzir as principais causas evitáveis de morbimortalidade materna e neonatal, por meio de uma assistência pré-natal adequada, em que ocorra a identificação, a intervenção precoce nas situações de risco e a presença de um sistema ágil de referência, bem como, a assistência ao parto com qualidade (Campbell, 2006).

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais causas de morbimortalidade materna, sendo responsável por 25% das mortes maternas no mundo. É uma emergência obstétrica que causa complicações de 1/100 partos; 3 a 5% dos partos vaginais e 6 a 8% dos partos cesáreos (Ministério da Saúde, 2012). A maior parte das mortes resultantes da HPP ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto, sendo que muitas dessas mortes poderiam ser evitadas, por meio do uso de uterotônicos profiláticos durante a terceira fase do parto e através da intervenção adequada e em tempo hábil (Khan, 2006).

O aprimoramento dos cuidados de saúde para mulheres durante o parto para prevenir e tratar a HPP é uma etapa essencial para a redução da Razão de Morte Materna (RMM). Houve uma diminuição da RMM mundialmente. Em 2015, a RMM chegou a 216 por 100.000 nascidos vivos, redução de 44% comparado ao ano de 1990 (385 por 100.000 nascidos vivos). No Brasil, entre os anos de 1997 e 2009 foram registradas 3.179 mortes maternas devido a hemorragia, correspondendo a 14,26%

das mortes maternas no período (Organização Mundial da Saúde, 2012). Dados de 2013 mostram que o país apresenta taxa de 69 mortes por 100 mil nascimentos, desse modo o Brasil não foi capaz de cumprir o quinto objetivo do milênio, redução da morte materna, tendo em vista que a meta estabelecida era de alcançar, no máximo, 35 mortes por 100 mil nascidos vivos.

A HPP é um contribuinte significativo para a morbidade materna grave e incapacidade prolongada, bem como para várias outras condições maternas graves geralmente associadas à perda de sangue mais substancial, incluindo choque e disfunção orgânica (Khan, 2006).

Considera-se HPP como uma perda superior a 500 mL, em parto vaginal, ou 1000 mL, em parto cesáreo, ou quando qualquer hemorragia pelo trato genital que cause instabilidade hemodinâmica. Pode ser subdividida de acordo com o momento em que houve o sangramento sendo até 24 horas após o parto chamada de precoce/primária e de 24 à 72 horas após o parto classificada como tardia/secundária (Souza, 2013).

As causas principais de HPP e suas frequências relativas são: atonia uterina (70%), trauma (19%), retenção de tecido placentário/coágulos/acretismo placentário (10%), coagulopatias congênitas ou adquiridas/uso de anticoagulantes (1%) (Souza, 2013).

Apesar de a HPP acontecer mesmo em mulheres sem fatores de risco evidentes, é imprescindível que se pesquise durante o pré-natal situações como grande multiparidade e gestação gemelar, pois estão associadas a maior risco para hemorragias. Além disso, condição anêmica prévia é fator agravante para a HPP tendo em vista que se faz necessário menor volume de perda sanguínea para causar alteração clínica (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018). Uma revisão Americana de Oyelese et al (2010) buscou elucidar os principais fatores de risco, bem como evidenciar a incidência de HPP em cada um deles. Neste estudo foram considerados: multiparidade (OR: 3,30), HPP prévia (OR: 3,60), pré-eclâmpsia (OR: 5,00), macrossomia fetal (OR: 2,11), falha em progredir para o Segundo estágio do parto (OR: 3,40), prolongamento do Terceiro estágio do parto (OR: 7,60), placenta retida (OR: 7,83), placenta acreta (OR: 3,30), episiotomia (OR: 4,70), laceração perineal (OR: 1,40), anestesia geral (OR: 2,90). Com isso, é possível estratificar o

risco para HPP em baixo, moderado e alto de acordo com os fatores apresentados (anexo 1).

É imprescindível que a gestante tenha conhecimento do risco da HPP, por isso é necessário que esse evento esteja previsto nos termos de consentimento das maternidades para parto vaginal e cesariano.

Portanto, o objetivo geral é elaborar o protocolo assistencial para atendimento das HPP, a fim de padronizar as condutas, sendo o Hospital Casa de Saúde (HCS), um hospital escola, onde atuam equipes multiprofissionais na atenção ao parto, permitindo a identificação do risco deste evento bem como, se ele ocorrer, serem pró-ativas no diagnóstico e agirem precocemente e de forma efetiva minimizando o risco de morbimortalidade das puérperas.

Os objetivos específicos da elaboração do protocolo consistem em auxiliar no ensino e na aprendizagem da equipe multiprofissional, bem como organizar o cuidado com as puérperas que tiverem seus partos na maternidade do HCS.

Assim, a justificativa da elaboração do protocolo de HPP é estabelecer os parâmetros relativos à identificação precoce do evento pela equipe para que ocorram as intervenções efetivas e necessárias na busca da redução de desfechos puerperais desfavoráveis.

## **2. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde (CID)**

O70 - Laceração do períneo durante o parto

O70.0 - Laceração de períneo de primeiro grau durante o parto - Restrito às mulheres.

O70.1 - Laceração de períneo de segundo grau durante o parto - Restrito às mulheres

O70.2 - Laceração de períneo de terceiro grau durante o parto - Restrito às mulheres

O70.3 - Laceração de períneo de quarto grau durante o parto - Restrito às mulheres

O70.9 - Laceração de períneo durante o parto, não especificada - Restrito às mulheres

O71 - Outros traumatismos obstétricos

O71.3 - Laceração obstétrica do colo do útero - Restrito às mulheres

O71.4 - Laceração vaginal alta isolada, de origem obstétrica - Restrito às mulheres

O72 - Hemorragia pós-parto

O72.0 - Hemorragia do terceiro estágio - Restrito às mulheres

O72.1 - Outras hemorragias do pós-parto imediato - Restrito às mulheres

O72.2 - Hemorragias pós-parto, tardias e secundárias - Restrito às mulheres

O72.3 - Deficiências de coagulação pós-parto - Restrito às mulheres

### 3. DIAGNÓSTICO

É possível adotar diferentes metodologias para evidenciar a HPP e cada uma delas apresenta suas vantagens e desvantagens. Segundo Bingham D et al., a falta de um modelo padrão de conduta na abordagem da HPP não só dificulta sua identificação e classificação de gravidade, como também atrasa o início do tratamento adequado e, em função disso, está relacionado a um aumento na morbimortalidade prevenível. Dentre os métodos que podem ser utilizados e suas características são: estimativa visual (simples e baixo custo, porém subestima sangramentos), estimativa clínica (simples e baixo custo, contudo sinais de instabilidade hemodinâmica são considerados tardios), pesagem de compressas e campos (baixo custo, exige treinamento da equipe), dispositivos coletores (método mais confiável de aferição, pode sofrer interferência do líquido amniótico, exige a compra do dispositivo).

Além disso, o índice de choque, calculado utilizando a frequência cardíaca dividida pela pressão arterial sistólica, deve ser utilizado por ser um marcador de instabilidade hemodinâmica mais precoce que os sinais vitais isolados, qualquer resultado igual ou acima de 0,9 é considerado risco aumentado de perda sanguínea e sua elevação sugere gravidade do quadro. A estimativa do sangramento pode ser feita pelo uso da classificação de Baskett (anexo 2) que avalia nível de consciência, perfusão, frequência cardíaca e pressão arterial sistólica definindo o grau de choque hipovolêmico, sendo o pior critério clínico encontrado o definidor (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

## **4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram incluídos artigos escritos nos idiomas português e inglês que contemplassem os descritores, publicados de 1991 até 2019. Os critérios de exclusão foram: idiomas diferentes dos selecionados e fatores de confusão muito importantes na população pesquisada.

## 5. TRATAMENTO

Uma vez diagnosticada a HPP, é preciso identificar a causa base do sangramento para poder cessá-lo. A OMS preconiza a hora de ouro no tratamento da HPP, essa recomendação consiste no controle do foco de sangramento em até uma hora após o diagnóstico inicial. Em virtude disso, é fundamental que ao identificar a HPP sejam coletados exames de sangue como: hemograma, prova cruzada, coagulograma, fibrinogênio; realizadas as medidas de suporte, oxigenoterapia, elevação de membros inferiores, manta térmica, infundir soro fisiológico, sonda vesical de demora e administrar ácido tranexâmico. O uso do antifibrinolítico logo ao diagnóstico da HPP está relacionado a uma redução significativa no risco de morte por sangramento sem evidência de aumento do risco tromboembólico (Shakur et al., 2017).

Para acelerar o processo de identificação da etiologia do sangramento, é importante que o serviço tenha um checklist com fluxogramas de causas com base nas suas incidências a fim de padronizar a conduta dos profissionais (Bingham, 2016). Além disso, é importante que o hospital tenha kits (anexo 4) para o tratamento da HPP, agilizando e facilitando o manejo.

A Estratégia Zero Morte Materna por hemorragia pós-parto da Organização Pan-Americana da Saúde divide o tratamento em duas frentes: não cirúrgico e cirúrgico, o primeiro é constituído pelas medidas medicamentosas e as manobras de tamponamento, o último é o conjunto de abordagens cirúrgicas, como suturas e ligaduras arteriais, utilizadas quando há falha na tentativa não cirúrgica.

O tratamento específico da atonia uterina envolve duas etapas, o uso de uterotônicos e a massagem uterina bimanual. Segundo Collis et al, a ocitocina é a droga mais utilizada no tratamento da HPP, tendo em vista que sua principal causa é atonia uterina, porém tem como principais efeitos sistêmicos vasodilatação, aumento no débito cardíaco, taquicardia, hipotensão e, quando infundida rapidamente, isquemia miocárdica. Por isso, a administração dessa droga deve ser preferencialmente lenta. A manobra de Hamilton (massagem uterina bimanual, anexo 5) consiste em comprimir a parede anterior do útero com uma das mãos em punho pela vagina e a outra mão espalmada pelo abdômen empurrando a parede

posterior do útero. Em caso de falha no tratamento, é possível fazer uso de metilergometrina e misoprostol. Esgotadas as opções medicamentosas, utiliza-se o balão de tamponamento uterino (anexo 6) em associação ao traje antichoque não pneumático e, em último caso, o tratamento acontece por meio de cirurgia (Collis, 2017).

Nos quadros de HPP deve-se sempre verificar o trajeto em busca de possíveis lesões. Uma vez identificado o trauma, o tratamento deve ser feito de acordo com a situação apresentada. A OPAS divide o atendimento das lesões do canal do parto em quatro grandes entidades com seus respectivos tratamentos, sendo elas: lacerações (sutura), hematomas (drenagem), rotura uterina (laparotomia) e inversão uterina (manobra de taxe / laparotomia).

A abordagem dos sangramentos causados por retenção de tecido deve sempre levar em consideração o risco de acretismo placentário, isso muda não só a conduta, como também o risco materno. A partir disso, condições como dequitação prolongada e restos placentários podem ser manejadas com retirada manual da placenta e curetagem respectivamente. Contudo, em causa de ausência de plano de clivagem, recomenda-se a parada da extração manual da placenta devido ao alto risco de acretismo placentário. A conduta das pacientes com acretismo placentário em geral é histerectomia com placenta in situ (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

Por fim, as coagulopatias congênicas ou adquiridas são causas mais raras de HPP, porém representam um desafio ao diagnóstico e um grande risco para a paciente. A confirmação da hipótese diagnóstica só acontece depois do retorno dos exames solicitados no início do quadro e, em consequência disso, seu tratamento tem início mais tardio que as outras etiologias. O manejo ideal envolve a reposição da deficiência específica associada à transfusão (Collis,2017).

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BINGHAM. **Postpartum Hemorrhage Preparedness Elements Vary Among Hospitals in New Jersey and Georgia.** Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a
- CAMPBELL. **Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works.** Lancet. 2006;368 (9543): 1284–99.
- CHANDRAHARAN. **Diagnosis and management of postpartum haemorrhage.** 2017. BMJ, j3875. doi:10.1136/bmj.j3875
- COLLIS. **Managing major obstetric haemorrhage: pharmacotherapy and transfusion.** Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 2017.
- COMBS and associates **1991a, b; Naef and colleagues, 1994**
- EDHI. **Post partum hemorrhage: causes and management.** BioMed central. 2013.
- FLASOG. **Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia donde vamos?** Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) 2018. p 129.
- HIBBS. **Post-partum haemorrhage and tranexamic acid: a global issue.** British Journal of Haematology. 2018.
- KHAN. **WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review.** Lancet. 2006;367 (9516): 1066–74.
- Mavrides, E. et al. **Prevention and management of postpartum haemorrhage.** BJOG, 2016
- NAÇÕES UNIDAS, **United Nations Millennium Declaration DPI/2163** — Portuguese — 2000 — Published by United Nations Information Centre, Lisbon, 2001.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.** Brasília: OPAS; 2018

Oyelese Y, Ananth CV. **Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes.** Clin Obstet Gynecol 2010;53:147–56.

PRADO. **Initial management of primary postpartum hemorrhage: a survey.**

The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2019, 1–7.

doi:10.1080/14767058.2019.1671342

SOUZA, **Mortalidade materna por hemorragia no Brasil,** Revista Latino-Americana de Enfermagem; maio-junho, 2013.

World Health Organization. **Managing complication in pregnancy and child birth: a guide for midwives and doctors.** Geneva: WHO; 2000. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9241545879/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/en/index.html))

World Health Organization. **World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health.** Geneva: WHO; 2012.

## 7. ANEXO

**Anexo 1: Classificação de risco para hemorragia pós-parto.**

<b>Baixo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Alto</b>
<b>Ausência de cicatriz uterina</b> <b>3 ou menos partos vaginais prévios</b> <b>Sem história de hemorragia puerperal</b>	<b>Parto cesariano anterior</b> <b>Distensão uterina</b> <b>&gt;3 partos vaginais</b> <b>História de hemorragia puerperal</b> <b>Obesidade</b>	<b>Placenta prévia ou de inserção baixa</b>  <b>Hematócrito &lt;30</b>  <b>Plaquetas &lt;100000</b>  <b>Coagulopatias</b>

Retirado de: **Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018**

### Anexo 2: Classificação de Baskett

<b>Estimativa de perda sanguínea</b>	<b>Consciência</b>	<b>Perfusão</b>	<b>Pulso</b>	<b>PAS (mm Hg)</b>	<b>Grau do Choque</b>	<b>Transfusão</b>
<b>10 - 15% 500- 100 mL</b>	<b>Normal</b>	<b>Normal</b>	<b>60-90</b>	<b>&gt;90</b>	<b>Compensado</b>	<b>Usualmente não</b>
<b>16 – 25% 1000 – 1500 mL</b>	<b>Normal ou agitada</b>	<b>Palidez, frieza</b>	<b>91 - 100</b>	<b>80 - 90</b>	<b>Leve</b>	<b>Possível</b>
<b>26 – 35% 1500 – 2000 mL</b>	<b>Agitada</b>	<b>Palidez, frieza e sudores e</b>	<b>101 - 120</b>	<b>70 - 79</b>	<b>Moderado</b>	<b>Usualmente e requerida</b>
<b>&gt;35% &gt;2000 mL</b>	<b>Letárgica ou inconsciente</b>	<b>Palidez, frieza, sudores e e perfusão capilar &gt;3seg</b>	<b>&gt;120</b>	<b>&lt;70</b>	<b>Grave</b>	<b>Possível transfusão maciça</b>

PAS: pressão arterial sistólica

Retirado de: **Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018**

**Anexo 3: Tabela de medicações**

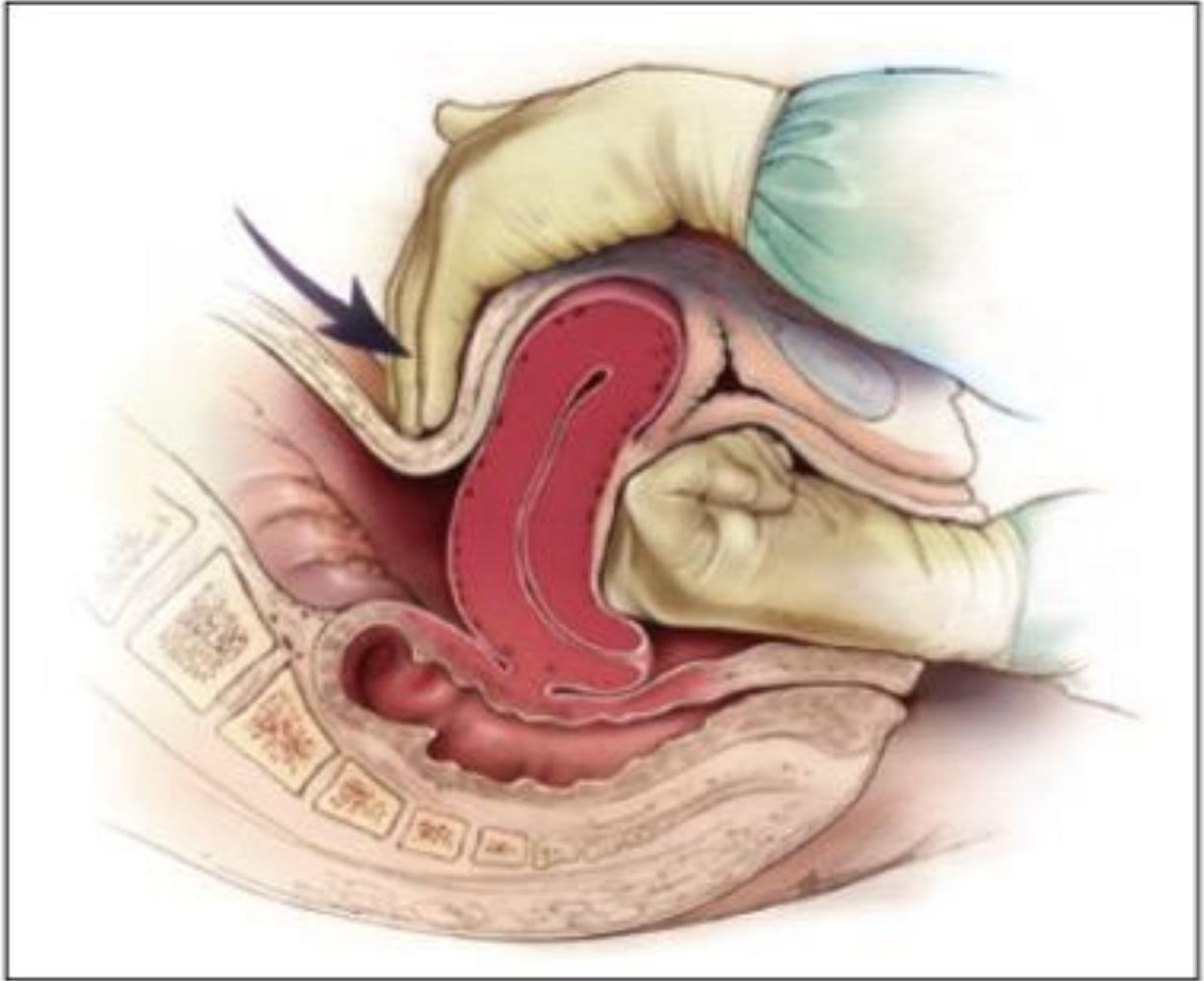
<b>Nome</b>	<b>Mecanismo de ação</b>	<b>Posologia</b>
<b>Ocitocina</b>	<b>Uterotônico</b>	<b>5 UI via endovenosa lento em 3 minutos, seguido de 20-40 UI diluídos em 500mL de SF 0,9% (250mL/h).</b>
<b>Metilergometrina</b>	<b>Uterotônico</b>	<b>1 ampola, 2mg intramuscular até 5 doses em 24 horas.</b>
<b>Misoprostol</b>	<b>Uterotônico</b>	<b>800-1000 mcg, via retal.</b>
<b>Ácido tranexâmico</b>	<b>Antifibrinolítico</b>	<b>1g via endovenosa em 10 minuto, repetir após 30 minutos se persistência do sangramento.</b>

Retirado de: **Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018**

**Anexo 4: Kit para o tratamento da hemorragia pós-parto**

Protocolo
Soro fisiológico 0,9%
Ringer Lactato
Equipo de soro
Aguhas 14/16 GA
Máscara facial para oxigênio
Manta térmica
Sonda vesical de demora
Ácido tranexâmico
Ocitocina
Misoprostol
Metilergometrina
Dreno Portovac
Balão de tamponamento intrauterino (Sonda Foley, preservativo não lubrificado, fio de sutura, seringa 50 mL, luva estéril)
Pedido de exames prontos (hemograma, coagulograma, fibrinogênio)

**Anexo 5: Manobra de Hamilton (massagem uterina bimanual).**



Fonte: Google Imagens

**Anexo 6: Montagem do balão de tamponamento intrauterino.**

Materiais
Sonda Foley 18
Luvas estéreis
Seringa 50 mL
Fio de sutura
Preservativo não lubrificado
Soro fisiológico 0,9%

Técnica: Inserir a sonda Foley no preservativo, seguido de nó 10 cm após a ponta da sonda com o fio de sutura. Posicionar o equipamento e insuflar com soro fisiológico até 250 mL.

Fluxograma 1: Manejo da Hemorragia Pós-Parto

