



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

HEMORRAGIA UTERINA PÓS-PARTO

Versão eletrônica atualizada em
março/2012

1. Introdução

- **Definição** : Hemorragia pós-parto é definida como uma perda de sangue maior que 1000 ml nas primeiras 24 horas após o parto.
- **Fatores de Risco** : Pré-eclâmpsia , história de hemorragia em partos anteriores , gestações múltiplas , cicatriz de cesárea anterior , multiparidade , 3O. tempo prolongado (mais de 30 minutos) , episiotomias extensas , parto fórceps.
- **Prevenção Primária** : Usar ocitocina (10U – 500ml – 60ml/h EV) profilaticamente para todos os casos no 3º. Período e 4º. Período, ou seja, durante dequitação e 1 hora após o parto e tração controlada do cordão durante a dequitação.

2. Diagnóstico e Conduta

1. Após suspeitar-se de um sangramento excessivo deve-se sempre começar o atendimento com o ABC (vias áreas , respiração , coração (pulso , PA)) . Providenciar acesso venoso calibroso (recomenda-se localizar duas veias com gelco 18) e iniciar fluidos EV imediatamente.

2. Pedir ajuda

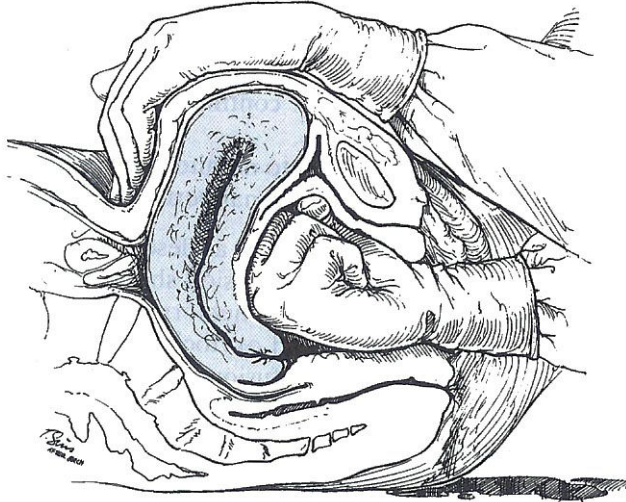
3. Massagem Uterina (não parar de fazer massagem uterina enquanto atonia não for afastada)

4. Dar ocitócito (20U em 500 ml de soro , em 125 ml/h ou 20U IM)

5. Rever o diagnóstico da hemorragia : **Lembrar dos 4 Ts**

- **Tônus** → atonia uterina (70% das causas)
- **Tecido** → retenção placentária , acretismo placentário (20%)
- **Trauma** → Inversão uterina , ruptura , lacerações , hematomas, episiotomias (9%)
- **Trombina** → coagulopatias (1%)
- **Atonia Uterina** → Começar com massagem bimanual ou compressão uterina (manobra de Hamilton).

Manobra de Hamilton:



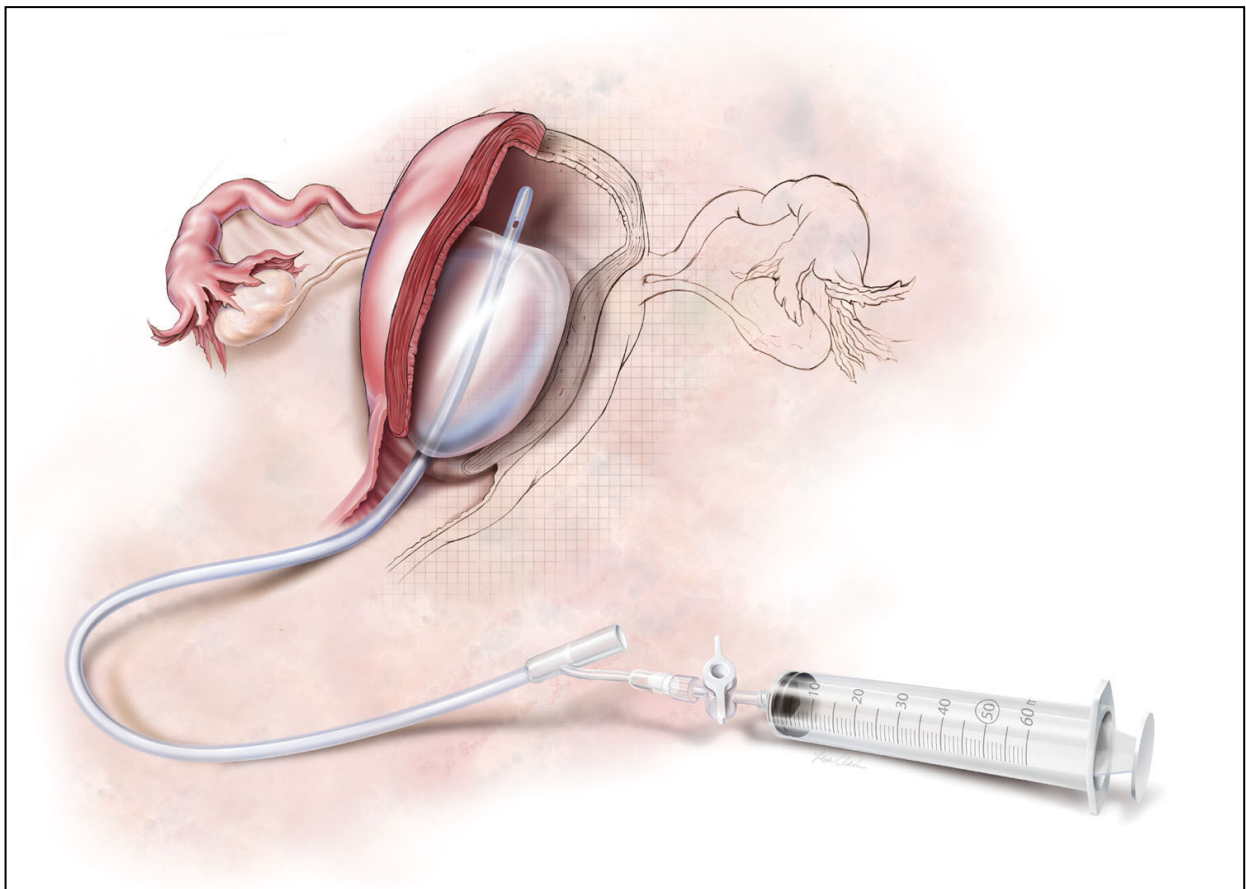
→ Tratamento farmacológico :

Agente	Via de Administração	Dose	Latência	Contra-indicações	Ef. Colaterais
Ocitocina	IM EV	10-20U// 20U/500ml@125ml/h	3-5 min < 3 min	Poucas descritas	Intoxicação Hídrica , Hipotensão
Methergim	IM	0,2 mg	2-5 min	Hipertensão	Náuseas Hipertensão , cefaléia . dispnéia
Misoprostol	Via retal	200 mcg	< 10 min	Hipertensão Pulmonar	Náusea , vômito , diarréia

Retenção Placentária

1. Começar fazendo o diagnóstico de retenção placentária através do sinal de Brandt , ou sinal do pescador.
2. Tentar uma leve pressão no fundo do útero ou pressão supra-púbica associados a leves movimentos circulares de tração do cordão .
3. Tentar injetar 5U de ocitocina na veia umbilical
4. Tentar extração manual da placenta
5. Realizar curetagem puerperal sob anestesia
6. Para casos de acretismo em que um tratamento conservador seja indicado, o balão de SOS Bakri pode ser usado para controle de hemorragia.

Balão SOS Bakri:



Trauma → Pensar em inversão uterina , ruptura uterina , episiotomia , lacerações do canal de parto.

Inversão Uterina

1. Fazer o diagnóstico e tratar o mais rápido possível
2. Lembrar sempre da possibilidade de choque neurogênico.
3. Repor o útero imediatamente . Tentar as manobras manuais (Taxe) .
4. Se não houver sucesso tentar as mesmas manobras com tocolíticos ou anestesia.
5. Reposição cirúrgica (Cir. De Huntington)

Ruptura Uterina

1. Tentar evitar lembrando-se dos fatores de risco durante o trabalho de parto : cesárea prévia , cirurgia uterina prévia , hiper-estimulação por ocitocina , trauma , paridade alta , anestesia epidural , descolamento de placenta , fórceps alto , tentativa de versão uterina.
2. Diagnóstico: parada das contrações uterinas, sinal de Brandl-Frommel , sinais de choque hipovolêmico com pequeno sangramento exteriorizada, abdômen em tábua.
- 3.. Tratamento : Cirúrgico

Lacerações e Episiotomias

1. Sangramento em pequena quantidade, mas contínuo e vermelho-vivo.
2. Rever canal de parto sempre quando o diagnóstico de atonia for afastado.
3. Corrigir cirurgicamente e em ambiente estéril

Coagulopatias

1. Diagnóstico de exclusão .
2. Condições obstétricas que podem causar coagulopatia : Pré-eclampsia , eclampsia , HELLP , DPP , Óbito fetal , Embolia de Líquido Amniótico , Sepse.
3. Lembrar de usar heparina no 10. estágio de uma CIVD.
4. Tratamento:

Laboratório	Terapia	Objetivo da Terapia
<i>Plaquetas</i>	<i>Plaquetas</i>	Manter acima de 50.000
<i>AP</i>	Plasma Fresco Congelado	Acima de 70%
<i>TTPA</i>	PFC	Valores normais do Lab.
<i>Fibrinogênio</i>	PFC ou Crioprecipitado	Manter acima de 100md/dl
<i>Hct</i>	Concentrado de Glóbulos	Manter acima de 30%

Para casos de grave sangramento lembrar do uso de fator VII recombinante (NOVOSEVEN)

Cirurgias Conservadoras:

O tratamento cirúrgico conservador deve ser tentado quando os uterotônicos falharam, mas a paciente está estável.

- Embolização artéria uterina
 - Sucesso 90%
- Balões de tamponamento uterino
 - Sucesso 84%
- B-Lynch
 - Sucesso 91%
- Ligadura Hipogástrica
 - Sucesso 85%

Contato Hemodinâmica para Embolização Artéria Uterina:

4º. Andar BLOCO B
Tel: 3747-0434
Ramal: 50434/50436

Referências:

1. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2006 Oct;108(4):1039-47
2. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(3):CD000007.
3. Chong YS, Su LL, Arulkumaran S. Current strategies for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2004 Apr;16(2):143-50
4. Doumouchtsis SK, Papageorghiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. *Obstet Gynecol Surv.* 2007 Aug;62(8):540-7. Review.