



Hemorragia pós-parto

Postpartum hemorrhage

Hemorragia posparto

Andrea Rosane Sousa Silva¹, Mirlleny Barbosa da Silva Oliveira¹, Carlos Kelwin Brito Lima¹, Joyce Ferreira da Silva Santos¹, Laura Letícia de Oliveira Rodrigues¹, Lara Vasconcelos Silveira¹, Rayana Priscilla dos Santos¹, Thiago Silva de Oliveira Dias¹, Victoria Cristina de Jesus Carvalho¹, Yasmim Lima de Omena Sampaio¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características da Hemorragia pós-parto (HPP). **Revisão bibliográfica:** A HPP é decorrente da instabilidade hemodinâmica ocasionada após o parto, correspondente a perda sanguínea maior que 500 ml no parto vaginal e maior que 1000 ml no parto cesáreo. As principais etiologias responsáveis pelo seu desencadeamento é representada pelo mnemônico dos “4T”: tônus, tecido, trauma e trombina. Associada ao quadro de hipotensão, taquicardia, vertigem e palpitação a HPP configura-se uma emergência obstétrica que necessita de uma intervenção rápida e eficiente. Por esse motivo, é estabelecida a “Hora de Ouro” no manejo da HPP, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade. O manejo é direcionado para cada etiologia, por isso é de suma importância seguir o protocolo de abordagem para que as medidas sejam estabelecidas de forma eficaz e sem perda de tempo. Diante da gravidade e da recorrência dos episódios de HPP, medidas preventivas são estabelecidas na rotina de todos os profissionais que assistem pacientes em trabalho de parto. **Considerações finais:** A HPP é um tema de relevância no contexto da saúde pública, é uma complicação frequente e de alta morbimortalidade materna no Brasil e no mundo, a qual requer manejo minucioso e efetivo de toda equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Hemorragia pós-parto, Fatores de risco, Choque hipovolêmico.

ABSTRACT

Objective: To analyze the characteristics of Postpartum Hemorrhage (PPH). **Literature review:** PPH is due to hemodynamic instability caused after birth, corresponding to blood loss greater than 500 ml in vaginal birth and greater than 1000 ml in cesarean section. The main etiologies responsible for its triggering are represented by the “4T” mnemonic: tone, tissue, trauma and thrombin. Associated with hypotension, tachycardia, vertigo and palpitation, PPH constitutes an obstetric emergency that requires quick and efficient intervention. For this reason, the “Golden Hour” in the management of PPH is established, with the aim of reducing morbidity and mortality. Management is directed to each etiology, so it is extremely important to follow the approach protocol so that measures are established effectively and without wasting time. Given the severity and recurrence of PPH episodes, preventive measures are established in the routine of all professionals who assist patients in labor. **Final considerations:** PPH is a relevant topic in the context of public health, it is a frequent complication with high maternal morbidity and mortality in Brazil and the world, which requires thorough and effective management by the entire multidisciplinary team.

Key words: Postpartum hemorrhage, Risk factors, Hypovolemic shock.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características de la Hemorragia Posparto (HPP). **Revisión de la literatura:** La HPP se debe a la inestabilidad hemodinámica causada después del nacimiento, correspondiente a una pérdida de sangre mayor a 500 ml en parto vaginal y mayor a 1000 ml en cesárea. Las principales etiologías responsables

¹ AFYA Faculdade de Ciências Médicas, Jaboatão dos Guararapes – PE.

de su desencadenamiento están representadas por el nemotécnico “4T”: tono, tejido, trauma y trombina. Asociada a hipotensión, taquicardia, vértigo y palpitaciones, la HPP constituye una emergencia obstétrica que requiere una intervención rápida y eficiente. Por ello, se establece la “Hora Dorada” en el manejo de la HPP, con el objetivo de reducir la morbimortalidad. El manejo está dirigido a cada etiología, por lo que es de suma importancia seguir el protocolo de abordaje para que las medidas se establezcan de manera efectiva y sin pérdida de tiempo. Dada la gravedad y recurrencia de los episodios de HPP, las medidas preventivas están establecidas en la rutina de todos los profesionales que asisten a las pacientes en trabajo de parto. **Consideraciones finales:** La HPP es un tema relevante en el contexto de la salud pública, es una complicación frecuente con alta morbimortalidad materna en Brasil y el mundo, que requiere un manejo minucioso y eficaz por parte de todo el equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Hemorragia posparto, Factores de riesgo, Shock hipovolémico.

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma emergência obstétrica que encontra-se classificada como a primeira causa de morte materna em todo o mundo e a segunda no Brasil (MOREIRA TV, et al., 2023). Apesar de haver uma redução de 10% nas internações ocorridas no Brasil por HPP, entre os anos de 2020 e 2023, ainda há uma elevada frequência de admissão na emergência sendo a Região Sudeste a região com maior frequência, seguida da Região Nordeste (MATOS DC, et al., 2024). A HPP é decorrente da instabilidade hemodinâmica ocasionada nas primeiras 24 horas após o parto, por meio da perda sanguínea pelo trato genital de 500 ml após o parto vaginal e de 1000 ml após o parto cesáreo, cuja principal etiologia é a atonia uterina (BETTI T, et al., 2023; OPAS, 2018).

Configurada como um grave problema de saúde pública, a HPP possui como principais etiologias a atonia uterina, o trauma de trajeto, a presença tecido intracavitário e os distúrbios trombóticos, as quais compõem o mnemônico “4T” (MEDEIROS JA, et al., 2024). Além disso, fatores de riscos intraparto e anteparto encontram-se estáticamente relacionados a HPP, favorecendo o desfecho do quadro hemorrágico com evolução para o choque hipovolêmico (BETTI T, et al., 2023). O pré-natal é uma ferramenta essencial para o rastreamento e aplicação de medidas preventivas dos fatores de risco anteparto (LOUZA KC, et al., 2024; FUMERO SR, et al., 2020).

Diante da complexidade e emergência atribuída ao quadro hemorrágico, tendo em vista que o tempo decorrido para controle do foco hemorrágico corrobora para desfechos desfavoráveis, é estabelecido a “Hora de Ouro”, com o objetivo de reduzir o tempo de abordagem e atenuar a morbimortalidade materna (BETTI T, et al., 2023).

A HPP é uma emergência obstétrica de alta morbimortalidade materna que necessita de manejo adequado e imediato. Por esse motivo, é de suma importância o conhecimento acerca dessa instabilidade hemodinâmica a fim de propiciar adequado diagnóstico e tratamento de acordo com cada etiologia. O determinado estudo possui como objetivo analisar de forma minuciosa as características da Hemorragia pós-parto, elucidando seus aspectos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e preventivos.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definição e classificação

A hemorragia pós-parto é definida como perda sanguínea superior a 500 mL posterior ao parto vaginal ou superior a 1000 mL após o parto cesariana (OPAS, 2018). Ainda é possível defini-la como sangramento excessivo pelo trato genital, posterior ao parto, que promova sintomatologia decorrente da instabilidade hemodinâmica (HENRIQUE MC, et al., 2022).

É possível caracterizar a HPP como maciça no momento em que o débito sanguíneo, nas primeiras 24 horas, independente da via de parto, seja superior a 2000 mL ou que seja necessário recorrer a transfusão de concentrados de hemácia (mínimo de 4 unidades) ou declínio de hemoglobina superior ou igual a 4 g/dL ou que desencadeia distúrbios coaguladores (ZUGAIB M, 2023).

A HPP pode ser classificada em primária/precoce e secundária/tardia. A HPP primária/precoce é mais comum, sendo caracterizada por ser uma hemorragia que ocorre nas primeiras 24 horas após o parto (ZUGAIB M, 2023). Enquanto que a HPP secundária/tardia, a hemorragia decorre entre 24 horas e a sexta semana após o parto (OPAS, 2018).

Etiologia e fatores de risco

As principais etiologias responsáveis pelo desencadeamento da HPP é representada pelo mnemônico dos "4T": (T)ônus, representado pela atonia uterina; (T)rauma, decorrente de lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina; (T)ecido, por meio da retenção de tecido placentário, acúmulo de coágulos e acretismo placentário; e (T)rombina, em menor frequência, representando 1% das ocorrências e caracterizada pela presença de coagulopatias e medicações anticoagulantes (ZUGAIB M, 2023; LOUZA KC, et al., 2024).

A incapacidade uterina de se contrair de forma adequada é a principal causa etiológica nas primeiras 24 horas após o parto (FILHO ALDS, et al., 2016), diante desse contexto, é preconizado a utilização de uterotônico intramuscular de maneira preventiva após o desprendimento fetal (OPAS, 2018). Existe a correlação de fatores de riscos anteparto e intraparto que facilitam o desencadeamento da HPP, sendo de suma importância o reconhecimento desses riscos durante o pré-natal e na assistência ao parto (FILHO ALDS, et al., 2016).

Os fatores de risco anteparto, dentre inúmeros fatores, incluem-se: história pregressa de HPP, distensão uterina (gemelar, polidrâmnio, macrossomia), distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos, uso de anticoagulantes, elevação dos níveis pressóricos na gestação (Pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, hipertensão crônica), anemia na gestação, primeiro filho após os 40 anos e placentação anormal confirmada (prévia ou acretismo).

Enquanto que incluem-se nos fatores de risco intraparto: trabalho de parto prolongado e taquitéico, laceração vaginal de 3/4º, descolamento prematuro de placenta, parto induzido e Corioamnionite (OPAS, 2018). Em contrapartida, é importante ressaltar que a maioria das mulheres que evoluem para um episódio de HPP não apresentam fatores de risco prévios (ZUGAIB M, 2023).

Fisiopatogenia

Diante das diversas mudanças anatomofuncionais que ocorrem durante a gravidez, observa-se que o sistema cardiovascular e hematológico passam por mudanças importantes (ZUGAIB M, 2023). Perante a necessidade do aumento de suprimento sanguíneo no território uterino, o organismo materno adapta-se para um estado hipervolêmico com aumento de 40-50% do volume plasmático (RAMOS JGL, et al., 2023). Como consequência ocorre a diminuição da viscosidade plasmática, redução da resistência vascular periférica e da pressão sanguínea, protegendo-se da perda sanguínea fisiológica que ocorre no parto (FILHO JR, 2024).

O estado de hemodiluição associado a coagulação intravascular promove redução das plaquetas (ZUGAIB M, 2023). Somado a esse fenômeno, o aumento do baço favorece a plaquetopenia por meio da destruição prematura das plaquetas (CUNNINGHAM FG, 2021). Durante a gravidez os fatores de coagulação são elevados e a atividade fibrinolítica diminuída (FILHO JR, 2024). Os eventos hematológicos favorecem para maior predisposição de eventos tromboembólicos e de coagulação intravascular disseminada (ZUGAIB M, 2023).

O controle homeostático proveniente das modificações fisiológicas gestacionais após o parto são imprescindíveis para evitar a ocorrência da HPP (GABBE SG, 2015). Contudo, o desequilíbrio homeostático, intercorrências no decorrer do trabalho de parto e doenças secundárias constituem as quatro principais causas de HPP: atonia, trauma, tecido e trombina.

Atonia

O miométrio é submetido a transições fisiológicas no trabalho de parto, dentre elas encontra-se o aumento do quantitativo de receptores de ocitocina, da produção das prostaglandinas e da decídua (CUNNINGHAM FG, 2021), favorecendo o aumento do tônus muscular na fase de recuperação uterina após o parto para

controle do volume sanguíneo médio de 600 ml/min circulante no útero (GABBE SG, 2015). Após o desprendimento da placenta, os vasos sanguíneos localizados no sítio de implantação são danificados (CUNNINGHAM FG, 2021), quando o miométrio não desempenha a contração de forma efetiva, a constrição das artérias espiraladas do útero não é realizada e o sangramento não é contido, constituindo a principal causa de hemorragia pós-parto (ZUGAIB M, 2023).

Trauma

A segunda principal causa de HPP é caracterizada por lacerações, ruptura e inversão uterina (FILHO JR, 2024). A principal ocorrência são as lacerações do trato genital que podem advir tanto do parto vaginal como no cesáreo (GABBE SG, 2015), esses hematomas são responsáveis por ocasionar perda sanguínea significativa (ZUGAIB M, 2023). Por esse motivo, é imprescindível a realização da inspeção pós-parto da vagina, do colo e do útero (CUNNINGHAM FG, 2021). A ruptura uterina e a inversão uterina são menos frequentes, porém quando ocorrem podem promover sangramento mínimo a hemorragias maciças (GABBE SG, 2015).

Tecido

O terceiro “T” do mnemônico envolve episódios de retenção tanto dos fragmentos placentários como da própria placenta (FILHO JR, 2024; LOUZA KC, et al., 2024). O conteúdo retido impede a eficácia da contração uterina, resultando em hipotonia/atonía e consequente hemorragia (GABBE SG, 2015). Diante disso, é imprescindível sempre realizar a inspeção da placenta depois do parto (CUNNINGHAM FG, 2021).

Trombina

Os distúrbios hematológicos encontram-se envolvidos no desencadeamento da HPP, por meio da deficiência na coagulação sanguínea (ZUGAIB M, 2023). Essa desordem pode ser proveniente de causas adquiridas ou hereditárias (GABBE SG, 2015). A principal doença envolvida no processo patológico hereditário é a doença de von Willebrand (FILHO JR, 2024), em contrapartida as causas adquiridas são representadas por causas iatrogênicas, como a utilização de anticoagulantes (GABBE SG, 2015).

Quadro clínico e diagnóstico

O quadro clínico encontra-se interligado com a perda do volume sanguíneo, os sinais e sintomas alterados precocemente são taquicardia, vertigem e palpitações, estes são evidenciados a partir de 10% de perda sanguínea. À medida que aumenta a perda sanguínea, outros sinais e sintomas aparecem e associa-se a diminuição da pressão arterial (ZUGAIB M, 2023). O reconhecimento do sangramento aumentado após o parto pode ser evidenciado por meio de uma estimativa visual, pesagem de compressas, uso de dispositivos coletores, parâmetros clínicos ou através do índice de choque (OPAS, 2018). Independente da forma escolhida para evidenciar o volume de sangue perdido, é necessário que seu desenvolvimento seja imediato e focado na causa da hemorragia (ZUGAIB M, 2023).

O método de estimativa visual, tende a subestimar o volume sanguíneo perdido, contudo é uma estratégia de rápida aplicação útil para o diagnóstico precoce (GALVÃO A, et al., 2023). Estima-se que a presença de uma poça de sangue restrito ao leito não exceda 1000ml, entretanto quando há extravasamento sanguíneo para o solo, provavelmente, a hemorragia excede 1000 ml de sangue (FILHO JR, 2024). A estimativa para compressa de 45x45 cm com comprometimento de 50% de sangue corresponde a 25 ml; 75% a 50 mL; 100% a 75 mL e a compressa com gotejamento de sangue condiz a 100 mL (OPAS, 2018).

A contagem das compressas é um método que contribui para a segurança do paciente em qualquer procedimento cirúrgico (ZUGAIB M, 2023). A pesagem dessas compressas auxiliam no diagnóstico do HPP, visto que a densidade do sangue é de 1,04 a 1,06 g/cm³, 1 ml de sangue condiz aproximadamente 1 g de peso. Diante disso, ao realizar a pesagem das compressas é possível estimar a perda volêmica em mililitros ao subtrair o peso das compressas secas (ALVES AL, et al., 2020).

O uso de dispositivos coletores, assim como a pesagem de compressas, é um método que facilita o reconhecimento da HPP, isso porque o dispositivo é posicionado logo após o parto vaginal a fim de mensurar

a perda sanguínea. Os dispositivos coletores são representados pelas bolsas, sacos ou fraldas coletoras (ALVES AL, et al., 2020). As adaptações hemodinâmicas do organismo materno a perda sanguínea são manifestadas por alterações nos parâmetros clínicos. Apesar de ser um método que disponha um diagnóstico tardio, os sinais e sintomas descritos são imprescindíveis para determinar a gravidade do choque hipovolêmico, tratamento e terapias adicionais (MATOS MLS, et al., 2022).

Reflexo do estado hemodinâmico, o índice de choque (IC) é um método de grande valia para prever a necessidade de transfusão maciça. O IC parece ser um marcador de instabilidade hemodinâmica mais precoce do que os marcadores tradicionais isoladamente, como frequência cardíaca e pressão arterial. Calculado por meio da divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica da gestante/puérpera, quanto mais o IC se eleva, pior o prognóstico. O valor maior ou igual a 0,9 já indica a necessidade de transfusão sanguínea (OPAS, 2018).

Manejo/tratamento

Para que haja uma resposta rápida a perda volêmica é necessário que a equipe multiprofissional esteja preparada para reconhecê-la de forma precoce e obter o controle do sítio de sangramento (ZUGAIB M, 2023). Por isso é estabelecido a “Hora de Ouro”, termo estabelecido com o intuito de reduzir a morbimortalidade por meio de ações para controle do sítio de sangramento dentro da primeira hora a partir do seu diagnóstico (OPAS, 2018). Dessa forma, é possível reduzir a morbidade associada a HPP primária, assim como a secundária.

É necessário a verbalização clara do diagnóstico para equipe e paciente, deve-se chamar a equipe multiprofissional (obstetra/anestesiologista/enfermeiros) imediatamente para auxiliar na condução da estabilização da paciente. Além disso, é importante estimar a gravidade da perda inicial por meio dos sinais vitais, índice de choque ou perda sanguínea e a avaliar de forma rápida a causa da hemorragia, pois a terapêutica deve ser direcionada para a causa do sangramento (ALVES AL, et al., 2020). De forma simultânea e independente do sítio hemorrágico, é fundamental a realização de cuidados básicos para estabilizar a paciente.

A Organização Pan-Americana da Saúde salienta o monitoramento contínuo com das vias aéreas, suporte de oxigênio, circulatório, exames laboratoriais de emergência e avaliação geral do paciente, correspondendo ao mnemônico ABCDE do trauma. A e B: Vias aéreas e respiração (Airway and Breathing): Estabelecer uma via aérea pérvia com ventilação adequada e com fornecer oxigênio suplementar para manter a saturação de oxigênio em mais de 95%; C: Circulação (*Circulation*): Garantir dois acessos venosos de grande calibre (calibre de 16 a 18), fornecer cristalóide intravenoso até 1.500 ml, após isso deve realizar a hemotransfusão (ZUGAIB M, 2023).

Também é fundamental realizar a elevação dos membros inferiores (*Posição de Trendelenburg*) para melhorar o retorno venoso (IMIP, 2017). D e E: Exame neurológico e emergenciais (*Disability and Exposition*): Avaliar o nível de consciência, posicionar a sonda vesical para que haja o monitoramento da diurese, avaliar a necessidade de antibioticoprofilaxia, solicitar exames emergenciais como hemograma, ionograma, coagulograma, fibrinogênio e prova cruzada. Para casos graves, solicitar também lactato e gasometria (OPAS, 2018). Ao identificar o sítio hemorrágico deve-se estabelecer medidas direcionadas para o seu controle, pois é a melhor medida para se combater o choque hipovolêmico na HPP (ALVES AL, et al., 2020).

Tônus

Sangramentos vaginais após a saída íntegra da placenta, 70% das vezes é decorrente de atonia uterina, podendo ser identificada por meio da palpação uterina (IMIP, 2017; FUMERO SR, et al., 2020). Diante disso, a primeira manobra a ser realizada para conter o sangramento é a massagem uterina, que pode ser realizada bimanual por meio da aplicação da manobra de Hamilton (ALVES AL, et al., 2020). Seguida do uso de uterotônicos: ocitocina, metilergometrina, misoprostol e ácido tranexâmico detalhados na (Tabela 1).

Em casos de falha da terapia medicamentosa, é indicado o uso do balão de tamponamento intrauterino, assim como há indicação para o traje antichoque não pneumático (TAN) (FREITAS SM, et al., 2022). O balão de tamponamento realiza a tamponagem por meio da pressão contra a superfície hemorrágica do endométrio,

excedendo a pressão da artéria e veia uterina (IMIP, 2017). Enquanto o TAN consiste de uma veste de neoprene, que recobre a paciente agindo realizando uma pressão circunferencial de 20-40 mmHg nas partes inferiores do corpo, promovendo o redirecionamento sanguíneo para as regiões mais superiores do organismo, além de promover a redução do ritmo da perda sanguínea por reduzir o aporte sanguíneo para o sítio da lesão (ALVES AL, et al., 2020).

Tabela 1- Medicações uterotônicas.

Medicação	Mecanismo de ação	Tempo de ação e de meia vida	Esquema preconizado
Ocitocina	Age estimulando contrações na porção superior do corpo uterino.	Início de ação em cerca de 1 minuto, meia-vida curta.	5 UI, EV lento (3 min) + 20 UI a 40 UI em 500 mL SF 0,9% a Infusão 250 mL/h. Manutenção de 125 mL/h por 4 horas.
Metilergometrina	Estimula contrações no segmento superior e inferior do útero.	Início de ação entre 2 e 5 minutos.	0,2 mg, IM, repetir em 20 min se necessário. Sangramentos graves: realizar mais 3 doses de 0,2 mg IM, a cada 4h/4h (Dose máx.: 1 mg/24 horas).
Misoprostol	Análogo metílico da Prostaglandina E1 (PGE1).	Início de ação 15-20 min. Deve ser monitorada a temperatura materna, pois pode ocorrer febre acima de 40°C.	800 mcg, via retal ou oral.
Ácido tranexâmico	Agente antifibrinolítico.	Meia-vida de 2 horas e duração do efeito antifibrinolítico por cerca de 7 a 8 horas. Iniciar concomitante aos uterotônicos.	1 grama (10 mL) por via endovenosa em 10 a 20 minutos.

Fonte: Silva ARS, et al., 2024. Adaptado: Opas, 2018; Zugaib M, 2023 e Freitas SM, et al., 2022.

Estudos demonstram uma nova opção de tratamento conservador para controle da atonia uterina. O dispositivo intrauterino (JADA), caracteriza-se pela formação de um vácuo de baixo nível para induzir a contração miometrial uterina e obter controle de sangramento. Esse dispositivo ainda não se encontra na prática clínica (D'ALTON ME, et al., 2020).

Se o sangramento persistir mesmo diante das medidas anteriormente citadas, deve realizar a laparotomia para a realização das suturas hemostáticas compressivas e vasculares. Diante da falta de controle do quadro hemorrágico após as suturas compressivas, a última sequência de tratamento é a histerectomia que quando indicada não deve ser postergada (OPAS, 2018).

Trauma

Lacerações e hematomas são causas possíveis de ocorrer em um trabalho de parto (FILHO JR, 2024). Diante disso, a paciente deve ser posicionada adequadamente para realização do exame ginecológico para revisão do canal de parto (ZUGAIB M, 2023). Na presença de lacerações do trajeto, as mesmas devem ser suturadas, e de hematomas deve-se drenar quando indicado (ALVES AL, et al., 2020). As lacerações mais comuns do trato genital inferior são perineal, vulvar, vaginal e cervical.

Enquanto as lacerações do trato genital superior estão normalmente associadas a hematomas no ligamento largo e no retroperitoneal (GABBE SG, 2015). Também deve ser avaliado a presença de ruptura uterina, corrigida cirurgicamente. Entretanto, em casos de inversão uterina é preconizada a manobra de Taxe ou pela técnica de Huntington (OPAS, 2018). Em casos de falha da manobra, deve direcionar a paciente para sala cirurgia e realizar a laparotomia ou utilizar o balão de tamponamento intrauterino. Após o útero voltar à sua posição, é recomendada a administração de agentes uterotônicos para prevenir a reinversão e diminuir também a perda de sangue (ZUGAIB M, 2023).

Tecido

Trata-se de um sangramento relacionado a placenta, com isso deve-se analisar o tempo para a dequitação, perda da integridade da placenta e presença de acretismo placentário (LOUZA KC, et al., 2024). Ao detectar a perda da integridade placentária após a remoção, deve-se realizar a curetagem para que sejam removidos os coágulos, visto que esse material retido impede a contração uterina adequada. Na presença de dequitação placentária prolongada (30-35 min), recomenda-se a extração manual e curetagem quando necessário.

Porém, diante da ausência de identificação do plano de clivagem entre útero e a massa placentária, é possível a presença de acretismo placentário e não se deve realizar a remoção. Diante de acretismo placentário a paciente deve ser direcionada para realizar a histerectomia com placenta *in situ* ou na presença inicial do sangramento, manter uma conduta conservadora (OPAS, 2018).

Trombina

O sítio de sangramento é proveniente de coagulopatias congênitas ou adquiridas e seu tratamento deve ser direcionado para a causa específica (LOUZA KC, et al., 2024). Deve ser solicitado o coagulograma da paciente e avaliar a necessidade de transfusão sanguínea. O TAN é uma opção adjuvante para auxiliar no controle temporário do sangramento (OPAS, 2018).

A transfusão sanguínea tem como objetivo promover a reposição da perda volêmica, garantir a oxigenação tecidual e tratar a coagulopatia. A substituição dos hemoderivados e fatores de coagulação devem ocorrer de forma simultânea, sendo necessário realizar exames laboratoriais em série a cada 4 horas até a evidente restauração da coagulopatia (FILHO JR, 2024).

A Organização Pan-Americana da Saúde propõe as metas transfusionais de hemoglobina > 8g/dl, hematócrito 21-24%, plaquetas > 50.000 (ou > 100.000 se sangramento ativo), protrombina < 1.5 x o controle, PTTA < 1.5-1.7 x o controle e Fibrinogênio > 200 mg/dL.

Prevenção

As medidas para a prevenção da HPP são incorporadas na rotina de todos os profissionais que assistem pacientes em trabalho de parto, algumas dessas medidas são o uso universal de ocitocina após o parto (10 UI intramuscular), cujo objetivo é reduzir cerca de 50% dos casos de HPP; clampeamento oportuno do cordão umbilical, após 1º minuto de vida, na ausência de contra-indicação; tração controlada do cordão umbilical; massagem uterina após dequitação a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas; contato pele a pele mãe-filho; e o uso racional de ocitocina no trabalho de parto (OPAS, 2018; TEIXEIRA LNA, et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema sobre hemorragia pós-parto é de importante relevância no contexto da saúde pública, isso porque configura-se como uma complicação frequente, com alta morbimortalidade materna no Brasil e no mundo. Atribuída a uma emergência obstétrica, a HPP requer manejo minucioso e efetivo de toda equipe multiprofissional para evitar a progressão para o choque hipovolêmico e consequentes desfechos desfavoráveis. Dessa forma, é imprescindível o adequado conhecimento diante do quadro de HPP para que diante dele seja realizado o diagnóstico e conduta efetiva, com o objetivo de promover a estabilidade hemodinâmica da paciente.

REFERÊNCIA

1. ALVES AL, et al. Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico. FEMINA 2020; 48(11): 671-9.
2. BETTI T, et al. Prevalência de fatores de risco para hemorragia pós-parto primária em um hospital universitário. Rev. Bras. Enferm. 2023; 76(5).
3. CUNNINGHAM FG. Obstetrícia de Williams. Porto Alegre: AMGH, 2021; 25: 754.
4. D'ALTON ME, et al. Intrauterine Vacuum-Induced Hemorrhage-Control Device for Rapid Treatment of Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol. 2020; 136(5): 882-891.

5. FILHO ALDS, et al. Manual SOGIMIG de emergências obstétricas. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2016; 401.
6. FILHO JR. Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024; 15: 820.
7. FREITAS SM, et al. Hemorragia pós-parto: características, tratamento e prevenção. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. 2022; 37(3): 20-25.
8. FUMERO SR, et al. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia, 2020; 5(6).
9. GABBE SG. Obstetrícia. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2015; 6: 416.
10. GALVÃO A, et al. Prevenção e Conduta da Hemorragia Pós-parto. Primeira edição da Revista de Acadêmicos e Egressos da Medicina - RaMED. Brasília: EDITORA, 2023.
11. HENRIQUE MC, et al. Balões de tamponamento intrauterino na hemorragia pós-parto – Atualizações. Femina, 2022; 50(12): 711-7.
12. IMIP. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA. Manual de condutas: emergências em obstetrícia. Recife, 2017.
13. LOUZA KC, et al. Avaliação e manejo em emergências obstétricas: Hemorragia pós-parto. Editora científica. 2024; 1.
14. MATOS DC, et al. Panorama epidemiológico da hemorragia pós-parto no Brasil: Tendências, desafios e intervenções. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(3): 302-311.
15. MATOS MLS, et al. Causalidade e fatores de risco para hemorragia pós-parto: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, 2022; 11(16): 74111637507.
16. MEDEIROS JA, et al. Clinical management of postpartum hemorrhage by obstetric nurses: a scoping review protocol. Online Braz J Nurs. 2024; 23: 20246706.
17. MOREIRA TV, et al. O impacto da hemorragia pós-parto na mortalidade materna: uma revisão da literatura. Revista Brasileira de Revisão de Saúde, [S.l.], 2023; 19823–19832.
18. OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS, 2018.
19. RAMOS JGL, et al. Rotinas em Obstetrícia (Rotinas). Porto Alegre: ArtMed, 2023; 8: 543.
20. TEIXEIRA LNA, et al. Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, 2021; 4(3): 10420-10431.
21. ZUGAIB, M. Zugaib obstetrícia, Barueri: Manole. 2023; 5: 473.