

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		Nº	11
	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GERENCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE REDE CUIDAR	Versão Nº	1.0
		Data da Revisão	05/2019
<b>Título</b>	<b>HEMORRAGIA PÓS-PARTO</b>	Data de Aprovação	

### 1. OBJETIVO

- Prevenção da mortalidade materna por hemorragia pós evento obstétrico.

### 2. DEFINIÇÃO

- **Hemorragia pós-parto:** perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou >1000 ml após parto cesariana nas primeiras 24 h OU qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica.

### 3. CAUSAS

CAUSAS ESPECÍFICAS DE HPP – MNEMÔNICO DOS “4TS”		
“4TS”	CAUSA ESPECÍFICA	FREQUÊNCIA
TÔNUS	Atonia uterina	70%
TRAUMA	Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina	19%
TECIDO	Retenção de tecidos placentário, coágulos, acretismo placentário	10%
TROMBINA	Coagulopatias congênicas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes	1%

### 4. DIAGNÓSTICO

- Estimativa visual

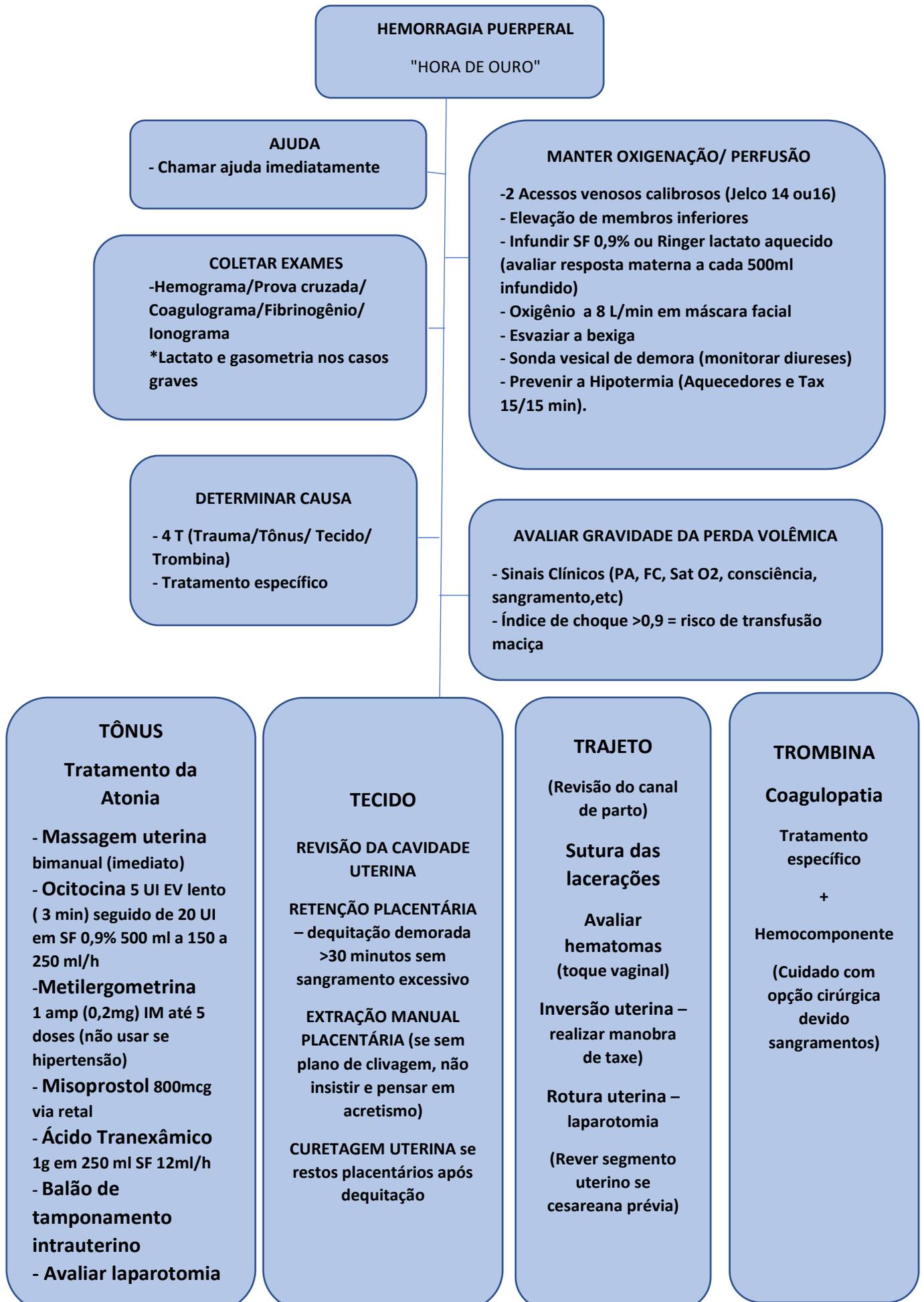
- Estimativa através de parâmetros clínicos

Perda de volume (%) para uma mulher entre 50-70Kg	Sensório	Perfusão	Pulso	Pressão Arterial Sistólica (mm/Hg)	Grau do choque	Transfusão
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	Usualmente não necessária
16-25% 1000-1500 mL	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Leve	Possível
26-35% 1500-2000 mL	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101-120	70-79	Moderado	Usualmente Necessária
>35% >2000mL	Letárgica ou Inconsciente	Palidez, frieza, sudorese, preenchimento capilar > 3 segundos	>120	<70	Grave	Transfusão Maciça Provável

- Estimativa através do Índice de choque

ÍNDICE DE CHOQUE = FREQUÊNCIA CARDÍACA/PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		
VALOR	INTERPRETAÇÃO	CONSIDERAR/AVENTAR
≥ 0,9	Risco de Transfusão	Abordagem agressiva/ Transferência Hemotransfusão
≥ 1,4	Necessidade de terapêutica agressiva com urgência	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de Transfusão maciça
≥ 1,7	Alto Risco de resultado materno adverso	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça

# SEQUENCIAMENTO DO ATENDIMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO



## HEMORRAGIA PUERPERAL

"HORA DE OURO"

### AJUDA

- Chamar ajuda imediatamente

### COLETAR EXAMES

- Hemograma/Prova cruzada/Coagulograma/Fibrinogênio/Ionograma
- \*Lactato e gasometria nos casos graves

### MANTER OXIGENAÇÃO/ PERFUSÃO

- 2 Acessos venosos calibrosos (Jelco 14 ou 16)
- Elevação de membros inferiores
- Infundir SF 0,9% ou Ringer lactato aquecido (avaliar resposta materna a cada 500ml infundido)
- Oxigênio a 8 L/min em máscara facial
- Esvaziar a bexiga
- Sonda vesical de demora (monitorar diureses)
- Prevenir a Hipotermia (Aquecedores e Tax 15/15 min).

### DETERMINAR CAUSA

- 4 T (Trauma/Tônus/ Tecido/ Trombina)
- Tratamento específico

### AVALIAR GRAVIDADE DA PERDA VOLÊMICA

- Sinais Clínicos (PA, FC, Sat O2, consciência, sangramento, etc)
- Índice de choque >0,9 = risco de transfusão maciça

### TÔNUS

#### Tratamento da Atonia

- Massagem uterina bimanual (imediato)
- Ocitocina 5 UI EV lento (3 min) seguido de 20 UI em SF 0,9% 500 ml a 150 a 250 ml/h
- Metilergometrina 1 amp (0,2mg) IM até 5 doses (não usar se hipertensão)
- Misoprostol 800mcg via retal
- Ácido Tranexâmico 1g em 250 ml SF 12ml/h
- Balão de tamponamento intrauterino
- Avaliar laparotomia

### TECIDO

#### REVISÃO DA CAVIDADE UTERINA

RETENÇÃO PLACENTÁRIA – dequitação demorada >30 minutos sem sangramento excessivo

EXTRAÇÃO MANUAL PLACENTÁRIA (se sem plano de clivagem, não insistir e pensar em acretismo)

CURETAGEM UTERINA se restos placentários após dequitação

### TRAJETO

(Revisão do canal de parto)

Sutura das lacerações

Avaliar hematomas (toque vaginal)

Inversão uterina – realizar manobra de taxé)

Rotura uterina – laparotomia

(Rever segmento uterino se cesareana prévia)

### TROMBINA

#### Coagulopatia

Tratamento específico

+

Hemocomponente

(Cuidado com opção cirúrgica devido sangramentos)

## **CHECKLIST ABC HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

<b>1.</b>	<b>Ajuda/avaliação inicial</b>
	Verbalização clara do diagnóstico para equipe e Comunicar paciente
	Chamar Obstetra, Anestesiista e enfermeiros imediatamente
	Estimar gravidade da perda inicial ( sinais vitais e índice de choque)
	Avaliação rápida da causa da hemorragia
<b>2.</b>	<b>Básico/Medidas gerais iniciais</b>
	Dois acessos venosos calibroso ( J 14 ou 16) e iniciar infusão de SF 0,9%
	Exames: hemograma/ionograma/coagulograma/fibrinogênio/prova cruzada
	Casos graves: lactato e gasometria
	Oxigenioterapia: 8 a 10 L/min por Máscara facial
	Elevação dos membros inferiores (posição de Trendelenburg)
	Monitorização materna contínua
	Sonda vesical de demora (monitorar diurese)
	Antibioticoprofilaxia (Cefazolina 2g IV)
<b>3.</b>	<b>Controle da volemia/Reposição volêmica</b>
	Estimar gravidade da perda volêmica (índice de choque: FC/PAS $\geq$ 0,9: avaliar necessidade de transfusão.
	Cristalóide: reavaliar a resposta da paciente a cada 500 ml de soro infundido
	Transfusão: se instabilidade hemodinâmica. Considerar após 1500 ml de cristalóide, HPP grave e/ou coagulopatias
<b>4.</b>	<b>Determinar Etiologia (4 T: Tônus, Tecido, Trauma, Trombina)</b>
	Determinar tônus uterino (Palpação uterina)
	Revisão da cavidade uterina ( Restos placentários)
	Revisão do canal de parto (lesão/hematoma em vagina, colo ou segmento uterino nos caso de cesariana prévia)
	Avaliar história de coagulopatia (doenças prévias, CIVD, uso de medicamentos como AAS, heparina, warfarin, etc.)
<b>5.</b>	<b>Específico e adjuvante: tratamentos</b>
	Tratar a causa específica da hemorragia
	Tratamento adjuvante: Ácido tranexâmico, 1g, EV, lento, em 10 min
<b>6.</b>	<b>Foco na atonia: se atonia confirmada, associada ou enquanto se procura outro foco</b>
	Massagem uterina bimanual (iniciar imediatamente, enquanto se aguarda o efeito dos uterotônicos)
	Ocitocina (5 UI EV lento + 20 UI em SF 0,9% 500 ml a 250 ml/h
	Metilergometrina ( 1 ampola de 0,2 mg Intramuscular)
	Ácido tranexâmico 1g, EV, lento em 10 minutos em concomitância com uterotônicos
	Balão de tamponamento intra-uterino: se falha no tratamento medicamentoso
	Traje anti-choque (TAN): considerar
<b>7.</b>	<b>Geral: avaliação pós-abordagem inicial</b>
	Reavaliação da hemorragia e do estado hemodinâmico da paciente ( índice de choque)
	Traje anti-choque não pneumático nas pacientes com instabilidade hemodinâmica
	Transfusão de hemoconcentrados caso seja necessário (avaliar clínica)
	Evitar hipotermia: Tax 15/15 min na primeira hora. Soro aquecido. Manta térmica e/ou cobertores, aquecedores.
	Avaliar tratamento cirúrgico
<b>8.</b>	<b>Hora de avaliar tratamento cirúrgico</b>
	Suturas compressivas ( Ex. B-Lynch, Hayman, Cho)
	Ligadura de vasos (uterinas e/ou ovarianas, hipogástricas)
	Histerectomia
	“Damage Control” (empacotamento abdominal, etc)
<b>9.</b>	<b>Intensa observação pós hemorragia</b>
	Monitorização rigorosa no pré-parto, URPA ou UTI materna

## KIT EMERGÊNCIA PARA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

<b>ITEM</b>	<b>QUANTIDADE</b>
<b>SORO FISIOLÓGICO 0,9%</b>	02 FRASCOS DE 500 mL
<b>RINGER LACTATO</b>	02 FRASCOS DE 500 mL
<b>EQUIPO DE SORO</b>	02 UNIDADES
<b>THREE-WAY + EXTENSOR</b>	02 UNIDADES
<b>OCITÓCITO ( 5UI/1mL)</b>	08 AMPOLAS DE 1 mL
<b>METILERGOMETRINA (0,2 mg/mL)</b>	02 AMPOLAS DE 1 mL
<b>MISOPROSTOL 200 mcg</b>	04 COMPRIMIDOS
<b>JELCO 16 E 14</b>	02 UNIDADES DE CADA
<b>JELCO 18</b>	02 UNIDADES
<b>SERINGAS</b>	02 UNIDADES DE 5 mL e 02 DE 10mL
<b>AGULHAS</b>	04 UNIDADES 40 X 12 mm 04 UNIDADES 25 X 8 mm
<b>MÁSCARA FACIAL OXIGÊNIO + LATEX</b>	01 UNIDADE DE CADA
<b>SONDA VESICAL DE DEMORA E COLETOR</b>	01 UNIDADE DE CADA
<b>TERMÔMETRO</b>	01 UNIDADE
<b>MANTA TÉRMICA ALUMINIZADA ADULTO</b>	01 UNIDADE
<b>BALÃO DE TAMPONAMENTO UTERINO</b>	01 UNIDADE (Justificar o uso)
<b>TUBOS DE COLETA DE SANGUE</b>	TUBOS PARA COLETA DE SANGUE – 6 UNIDADES TAMPAS AMARELA/VERMELHA (SORO), ROXA (EDTA), AZUL(CITRATO DE SÓDIO), CINZA (FLUORETO)E SERINGA PARA GASOMETRIA
<b>FACILITADORES</b>	-PEDIDOS DE EXAMES JÁ PREENCHIDOS E PRÉ-APROVADOS -MEDICAMENTOS QUE NÃO POSSAM ESTAR DISPONÍVEIS NO KIT *

\*Medicamentos que não possam estar dentro do kit por motivo de segurança ou necessidade de armazenamento refrigerado, devem ter fluxo especial para estarem prontamente disponíveis quando necessários.

FONTE: Fluxograma, checklist e kit de hemorragia obstétrica adaptado a partir de diretrizes SES-MG 2016, protocolo PBH 2016, SOGIMIG 2016.

### 1. REFERÊNCIAS

- *Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica-OPAS 2018*