



ALBERT EINSTEIN  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

## Guia do Episódio de Cuidado Hemorragia Pós-Parto

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) afeta aproximadamente 3% de todas as parturientes [1]. É uma das 5 principais causas de mortalidade materna. A identificação de uma população de "alto risco" para HPP aumenta o nível de alerta e prontidão.

### I - ASSISTENCIAL

#### 1. DIAGNÓSTICO

##### Definição da Organização Mundial da Saúde [2]

A HPP é definida por perda >500 mL no parto vaginal ou >1000 mL no parto cesárea, ou qualquer perda sanguínea que leve à instabilidade hemodinâmica. Na ausência desta última condição e impossibilidade de realizar o peso das compressas, deve-se adotar baixo limiar de suspeição baseado na avaliação clínica com presença de instabilidade hemodinâmica.

#### 2. FATORES DE RISCO PARA HPP E CONDOTA [3]

Somente um terço das parturientes apresentam fatores de risco para HPP.

**Ações necessárias diante da presença de um dos critérios abaixo:**

- Instalação de pulseira vermelha para identificação do risco;
- Realizar coleta dos seguintes exames laboratoriais: hemograma completo e coagulograma + exames específicos a patologia associada se julgada pelo médico ginecologista obstétrico;
- Reserva de 01 concentrado de hemácias se houver necessidade de intervenção cirúrgica ou programação de parto nas próximas 72 hs.
- Recomenda-se o uso de Misoprostol 600mcg VR profilático.

CID	Definição
O72	Hemorragia pós-parto

##### Profilaxia Universal

- 1ª escolha:** Carbetocina 100µg (1mL), *bolus* em 1 minuto  
**2ª escolha:** Ocitocina imediata: 5UI – Infusão em 3 minutos  
Ocitocina manutenção: 20UI/ 4 horas em BIC ou 10UI IM

Paciente possui risco de sangramento

SIM

NÃO

MISO 600 mcg VR  
profilático

**Estimativa de perda  
sanguínea:**  
≥ a 500g no parto vaginal  
≥ a 1000g no parto  
cesárea

**Estimativa de perda  
sanguínea:**  
< 500g no parto vaginal  
< de 1000g no parto  
cesárea

Seguir fluxo de manejo HPP

Alocar na maternidade

#### CRITÉRIOS DE RISCO DE SANGRAMENTO:

- Multiparidade > 4 partos;
- Gemelaridade;
- HAS materna descompensada;
- HB <10;
- Uso de anticoagulante por menos de 12 horas dose profilaxia ou menos de 24 horas dose plena;
- Uso de antiagregante nos últimos 7 dias;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Placenta de inserção anômala (placenta prévia, acretismo);
- Retenção placentária (dequitação em mais de 30 minutos);
- Sobredistensão Uterina (AU > 40cm ; polidramnio, miomatose ou suspeita de macrossomia);
- Trabalhos de parto prolongados (> 20h).

#### 3. PROFILAXIA PRIMÁRIA

O manejo ativo do 3º período reduz a incidência de HPP, a quantidade de sangue perdido e a necessidade de hemotransfusão, devendo ser incluído rotineiramente na assistência ao parto - Categoria A de evidência.

- 1 | Uso de uterotônico após expulsão fetal;
- 2 | Tração controlada do cordão umbilical (manobra de Brandt-Andrews);
- 3 | Massagem uterina após dequitação.

A ocitocina deve ser usada como profilaxia primária para **TODAS** as mulheres no 3º período - após clampeamento do cordão, uma vez que reduz em 60% o risco de HPP. Essa é a medicação mais efetiva para profilaxia HPP e com a menor incidência de efeitos adversos.

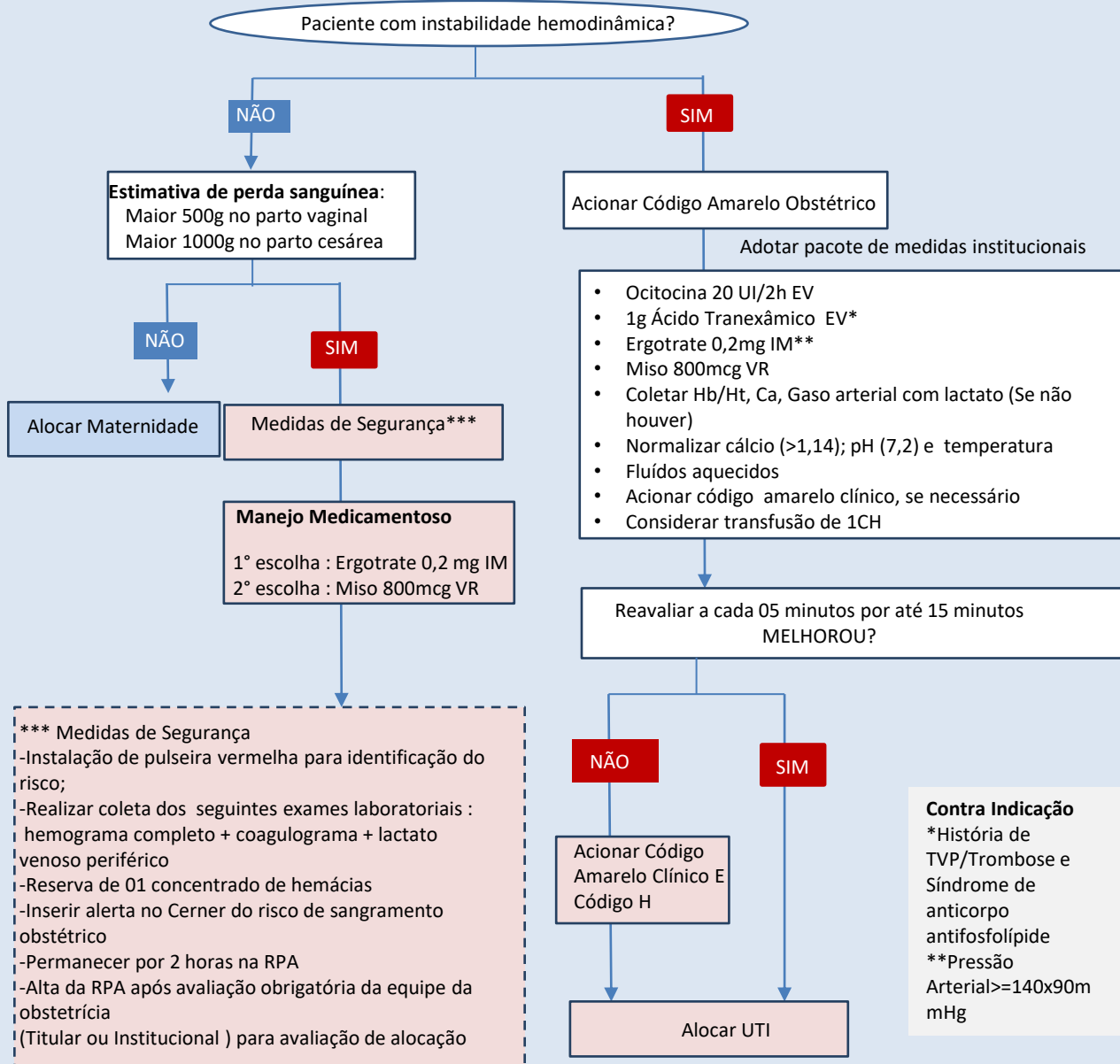
**O modo de utilização varia conforme a via de parto:**

**Parto Vaginal:** 10 UI IM no desprendimento dos ombros;

**Parto Cesárea:** 5UI – Infusão em 3 minutos + 20UI por 4 horas em bomba infusão - Essa alternativa também poderá ser utilizada no pós-parto vaginal em pacientes com acesso venoso.

O escore da *California Maternal Quality Care Collaborative*, que se baseia no volume de perda sanguínea e alterações físicas induzidas pelo sangramento [4], é descrito no fluxograma abaixo.

### Reconhecimento e Fluxo Manejo da HPP



#### 4. ESCORE DE RISCO

Definida pelo escore descrito:

Paciente com instabilidade hemodinâmica?

#### CONSIDERAR INSTABILIDADE UM OU MAIS DOS CRITÉRIOS ABAIXO:

- PAS < 90mmHg por período > 20 minutos **APÓS 500 ML DE VOLUME**;
- PAD < 60mmHg por período > 20 minutos **APÓS 500ML DE VOLUME**;
- Shock Index > 1,2 (SI= frequência cardíaca/PAS);
- Sonolência cuja causa possa ser hipovolemia;
- Frequência cardíaca maior ou igual a 110 bpm por mais de 20 minutos **APÓS 500 ML DE VOLUME**;
- Queda de 30% da PA basal por período maior que 20 minutos;
- Necessidade de 02 ou mais concentrados de hemácias no perioperatório;
- Lactato venoso periférico **OU** arterial > 36.

## 5. TRATAMENTO

### 5.1 ATONIA UTERINA (70% DOS CASOS)

#### Uterotônicos

Uso profilático de rotina de uterotônicos reduz o risco de HPP em 60% [5]

Agente	Via	Dose	Latência	Contraindicações	Efeitos colaterais
<b>Ocitocina</b>	EV IM	<b>Profilática:</b> 5 UI seguida de infusão de 20UI em 4 horas <b>Terapêutica:</b> 20 a 40 UI + 500 mL SG 5%, infundir 250 mL/h e considerar manutenção de 125 mL/h por 4 h	3 min	Poucas descritas	Intoxicação hídrica e hipotensão
<b>Carbetocina</b>	EV IM	<b>Profilática:</b> 1 mL (1 ampola), dose única <i>bolus</i> (administrada lentamente por 1 minuto)	3 min	Administração antes do nascimento Doenças cardiovasculares graves	Hipotensão, náuseas, anemia, tremores, cefaléia
<b>Methergim (Ergotrate)</b>	IM	0,2 mg; repetir, se necessário, a cada 2 a 4 horas	2-5 min	Hipertensão	Náuseas, hipertensão, cefaleia, dispneia
<b>Misoprostol</b>	VR	<b>Profilático:</b> 600 mcg (3 comprimidos) <b>Terapêutico:</b> 800 mcg (4 comprimidos)	< 10 min	Hipertensão Pulmonar	Náuseas, vômitos, diarreia
<b>Ácido Tranexâmico</b>	EV	Transamin® apresentação 50mg/ml - Ampola de 5 ml 4 Ampolas = 20 ml = 1g Ácido Tranexâmico Infundir EV em 20 minutos BIC a Velocidade de 1ml/min.	-	Coagulação Vascular Disseminada História de TVP/Trombose e Síndrome do anticorpo antifosfolipi de	Hipotensão se infundido a Velocidade > 1ml/min

#### Medidas cirúrgicas conservadoras

Devem ser tentadas quando os uterotônicos falham e a paciente esteja estável. A taxa de sucesso é descrita na tabela ao lado. O balão de Bakri é uma das primeiras opções e deve permanecer por 8 a 24 horas.

Técnica	Taxa sucesso
<b>Tamponamento uterino com balão</b>	75 a 86%
<b>B- Lynch</b>	90%
<b>Embolização da artérias uterinas</b>	90%

### 5.2 TRAUMA (19% dos casos)

#### Laceração do canal de parto

Revisão do canal de parto sob iluminação adequada, sempre que o diagnóstico de atonia for afastado. Correção cirúrgica da lesão em ambiente estéril.

#### Rotura uterina

A hipótese de rotura uterina deve ser considerada sempre que a paciente apresente sinais de choque com pequeno sangramento exteriorizado. Neste caso, indicado laparotomia exploradora

#### Inversão uterina

Lembrar a possibilidade de choque neurogênico. Repor o útero imediatamente (tentar as manobras manuais – Taxe). Se não houver sucesso, pode-se tentar as mesmas manobras com uso de tocolíticos ou sob anestesia (em geral inalatória). Na falha, reposição cirúrgica (cirurgia de Huntington).

### 5. 3 RETENÇÃO DE RESTOS PLACENTÁRIOS (10 % dos casos)

O diagnóstico é feito pela presença do sinal de Brandt ou sinal do pescador. Tentar uma leve pressão no fundo do útero ou pressão suprapúbica associados a leves movimentos circulares de tração do cordão. Tentar extração manual da placenta - o momento ideal para realização dessa manobra parece ser por volta de 15 minutos após o desprendimento fetal (espera de até 30 minutos é referida na literatura, mas aumenta o risco de sangramento). No insucesso, realizar curetagem puerperal sob anestesia (visualização por ultrassonografia também pode ser útil).

**Importante:** Caso a tentativa de extração manual da placenta falhe, suspeitar de acretismo placentário e avaliar necessidade histerectomia puerperal com placenta in situ.

#### II. INDICADORES DE QUALIDADE:

- Taxa transfusão não programada
- Taxa de reabordagem cirúrgica em até 30 dias pós parto
- Alocação adequada
- Tempo permanência hospitalar
- Taxa de Óbito Materno
- Taxa de readmissão hospitalar

#### III. GLOSSÁRIO

**AU:** altura uterina

**BI:** bomba de infusão

**CH:** concentrado de hemácias

**EV:** endovenoso

**HPP:** Hemorragia Pós-Parto

**IM:** intramuscular

**PA:** pressão arterial

**PAS:** pressão arterial sistólica

**PAD:** pressão arterial diastólica

**RPA:** recuperação pós-anestésica

**SF:** soro fisiológico

**TVP:** trombose venosa profunda

**UI:** unidades internacionais

**VR:** via retal

#### IV. REFERÊNCIAS

[1] Am J Obstet Gynecol. 2017, 217(3):344.e1.

[2] World Health Organization, 2012.

[3] Obstet Gynecol 2017, 130: e168.

[4] [www.cmqcc.org/resource/ob-hem-emergency-management-plan-table-chart](http://www.cmqcc.org/resource/ob-hem-emergency-management-plan-table-chart).

[5] Cochrane Database Syst Rev. 2013, (10):CD001808.

[6] FIGO Guideline Prevention of Post-partum haemorrhage with Misoprostol.

[7] FIGO Guidance on the use of heat-stable carbetocin as an alternative to oxytocin in the prevention of postpartum haemorrhage.

<b>Código Documento:</b> CPTW23.3	<b>Elaborador:</b> Rômulo Negrini Andrea Novaes Adolfo Liao Mariana Granado  <b>Revisão:</b> Romulo Negrini Fernanda Faig	<b>Revisor:</b> Andrea Novaes	<b>Aprovador:</b> Giancarlo Colombo	<b>Data de Elaboração:</b> 15/04/2021  <b>Revisão:</b> 30/01/2024	<b>Data de Aprovação:</b> 01/09/2022
--------------------------------------	---	----------------------------------	--	---	---