



HEMORRAGIA PUERPERAL

Rotinas Assistenciais da Maternidade Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

- Tradicionalmente definida como a perda de sangue > 500 ml após o parto vaginal ou > 1.000 ml após o parto cesáreo.
- Para fins de definição clínica, qualquer perda de sangue que cause instabilidade hemodinâmica também pode ser considerada como hemorragia pós-parto.
- Principal causa de morte materna em todo mundo, acontecendo em sua maioria nas primeiras 4 horas pós-parto.
- Além do óbito, grave morbidade pode estar associada à hemorragia pós-parto; incluem a síndrome de angústia respiratória do adulto, coagulopatia, choque e necrose hipofisária (Síndrome de Sheehan).

CLASSIFICAÇÃO

- *Primária (precoce)*
 - ocorre dentro de 24 horas do puerpério
 - causada pela deficiência da contratilidade uterina (atonía uterina).
- *Secundária (tardia)*
 - quando o sangramento excessivo incide entre 24 horas e 12 semanas pós-parto.
 - geralmente associada à:
 - subinvolução do leito placentário,
 - retenção de restos ovulares, infecção (endometrite),
 - defeitos hereditários da coagulação (doença de Von Willebrand, púrpura trombocitopênica idiopática, púrpura trombocitopênica trombótica e hemofilia A).

FATORES DE RISCO

- multiparidade.
- distensão uterina exagerada pela prenhez gemelar, polidrâmnio e macrosomia.
- parto rápido ou prolongado.
- anestesia geral.
- sulfato de magnésio .
- infecção amniótica.

ETIOLOGIA

Segue a regra dos 4 "T"s: tono, trauma, tecido, trombina.

- A **atonía** uterina é a causa mais comum de hemorragia pós-parto.
- **Trauma** deve sempre ser excluído. Lacerações e hematomas resultam do traumatismo do parto e causam significativa perda sanguínea. A episiotomia, especialmente a mediolateral, aumenta o sangramento e deve ser evitada de rotina. Outra causa de trauma puerperal hemorrágico é a rotura uterina, hoje em dia mais comum nos países desenvolvidos, é a pós-cesárea que ocorre no parto vaginal de mulheres anteriormente operadas. Nos países em desenvolvimento ainda é comum a rotura uterina por parto obstruído.
- Retenção de **tecido** placentário ocorre quando a placenta não se descola de seu sítio habitual, total (caso de acretismo) ou parcialmente (restos placentários).

- As **desordens da coagulação** são causas raras de hemorragia pós-parto. Coagulopatias hereditárias estão representadas pela Doença de Von Willebrand, púrpura trombocitopênica idiopática, púrpura trombocitopênica trombótica e hemofilia A. A coagulação intravascular disseminada (CID) pode ser vista em pacientes com a síndrome HELLP, descolamento prematuro da placenta (DPP), embolia por líquido amniótico (ELA), sepse, retenção prolongada de ovo morto.

DIAGNÓSTICO

- Inspeção cuidadosa do sistema genital inferior, buscando a presença de lacerações e hematomas - **Revisão sistemática do canal de parto.**
- Sinais de rotura uterina no parto:
 - Alterações hemodinâmicas maternas
 - Sangramento vaginal
 - Dor abdominal
- Retenção placentária – ver capítulo específico
- Defeitos da coagulação

TRATAMENTO

- **MEDIDAS GERAIS**
 - Acesso venoso adequado.
 - Sonda vesical de demora, para controle do débito urinário.
 - Exames laboratoriais:
 - Hematócrito, hemoglobina e contagem de plaquetas.
 - Coagulograma com dosagem de fibrinogênio
 - Amostra sanguínea para prova cruzada, em vista da eventual necessidade de transfusão de sangue.
 - Expansão de volume com cristalóides (*Ringer lactato* ou *soro fisiológico*) e/ou *expansores plasmáticos sintéticos*.
 - Transfusão de concentrado de hemácias, caso hemoglobina < 7g%.
 - Transfusão de plasma fresco congelado (10 ml/kg), se prolongamento do TAP e/ou do TTPa acima de 1,5 .
 - Transfusão de Concentrado de plaquetas (4 a 6 unidades), caso contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³.
 - Transfusão de Crioprecipitado (1U a cada 10 kg), caso dosagem de fibrinogênio abaixo de 100
 - Ácido Tranexâmico – 1g EV em 10 minutos. Se necessário, repetir a dose em 30 minutos.
- **NOS CASOS DE ATONIA UTERINA:**
 - Massagear o fundo uterino.
 - Ocitocina: 20 a 40 mU/minuto em perfusão venosa.
 - Ergometrina: 0,2 mg IM.
 - Misoprostol: 200 mcg por via retal (para a administração, dividir o comprimido ao meio).
 - Tamponamento uterino em caso de falha dos uterotônicos.
 - Sutura uterina de B-Lynch (ver figura 1)
 - Após o útero ser exteriorizado é aplicada uma compressão bimanual, com uma mão posicionada na parede posterior e as pontas dos dedos na altura do colo e a outra na parede anterior de forma que todo útero seja comprimido em sentido longitudinal.
 - Se a compressão parar o sangramento, existe a possibilidade da aplicação da sutura ser eficaz.
 - O útero permanecerá exteriorizado até o término da histerorrafia.
 - Um assistente deve se posicionar entre as pernas da paciente para avaliar intermitentemente o sangramento via vaginal com gaze montada em pinça de De Lee.

- Com o uso de fio cromado catgut-2 ou poliglactina-1 com agulha cilíndrica robusta de 70 mm, transfixa-se a parede anterior do útero 3 cm abaixo da borda inferior da histerotomia e a 3 cm da margem lateral direita do útero, emergindo 3 cm acima da borda superior da histerotomia e a 4 cm da borda lateral direita. O fio percorre externamente o corpo uterino e em sentido longitudinal, passando aproximadamente 3 a 4 cm do corno uterino direito e desce longitudinalmente pela parede posterior até o nível da histerotomia, na qual transfixa-se a parede posterior do lado direito na altura do primeiro ponto de entrada do fio na parede anterior. No sentido horizontal, num ponto simétrico do lado esquerdo, transfixamos a parede posterior. O fio sobe pela face posterior esquerda percorrendo externamente o trajeto inverso ao descrito no lado direito.
- Após compressão manual do útero realizada pelo assistente, o fio é tracionado pelas suas extremidades pelo cirurgião e aplicado um nó duplo seguido de dois nós simples, para, em seguida, realizar a histerorrafia.

- **NOS CASOS DE LACERAÇÕES DO CANAL DE PARTO:**

- Hemostasia e síntese cuidadosa da lesões.
- Compressa de gelo na região perineal.

- **NAS PACIENTES COM RETENÇÃO PLACENTÁRIA:**

Ver capítulo específico

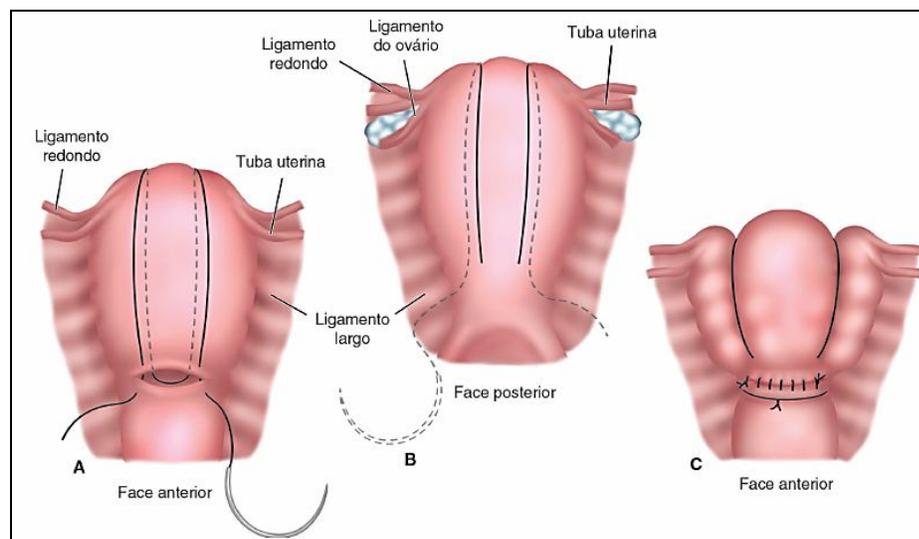


Figura 1 – As partes **A** e **B** demonstram as visões anteriores e posteriores do útero mostrando a aplicação da sutura B-Lynch. A parte **C** exibe o resultado final após terminado o procedimento. (B-Lynch *et al.*).

- **NOS CASOS DE INVERSÃO UTERINA AGUDA:**

- Correção manual via vaginal (*manobra de Taxe*).
- Cirurgia de *Huntington* (via abdominal).

- **NAS SUSPEITAS DE FRAGMENTOS OU RESTOS PLACENTÁRIOS:**

- Ultrassonografia pode auxiliar no diagnóstico de restos placentários.
- Ocitocina: 20 a 40 mU/minuto em perfusão venosa.
- Ergometrina: 0,2 mg IM.
- Curagem e curetagem uterina sob anestesia, de preferência sob guia ultrassonográfica.

- **NA PRESENÇA DE HEMATOMAS**
 - Hematoma da ferida operatória:
 - No geral, os pequenos hematomas perineais e abdominais resolvem-se espontaneamente. Nesses casos a conduta é expectante, estando indicados: compressa morna no local e Paracetamol, 500 a 750 mg VO de 6/6 horas.
 - Nos grandes hematomas, nos subaponeuróticos ou naqueles que cursam com quadro algico importante:
 - Abertura e exploração da ferida operatória sob anestesia.
 - Lavagem exaustiva com soro fisiológico.
 - Ligadura dos vasos sangrantes.
 - Drenagem da região afetada (*dreno de Penrose*).

- **NOS CASOS DE COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA**
Ver capítulo específico

PROFILAXIA

- Exame sistemático da placenta após o delivramento.
- Revisão sistemática do canal do parto
- Ocitocina IV – 20 a 40 UI em 500 ml de SF 0,9% após o nascimento do concepto.

LEMBRETE:

As medicações e materiais necessários ao manejo da hemorragia estarão disponíveis na “**Caixa Vermelha**”.

LEITURA SUGERIDA

- SILVA, L. G. P.; PAULA, G. M. Hemorragia Pós-parto. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 13.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 846-851.
- Nagahama, G. et al. O controle da hemorragia pós-parto com a técnica de sutura de B-Lynch – série de casos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.29, n.3, p. 120-125, 2007.
- B-LYNCH, C. et al. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. **Br J Obstet Gynaecol.**, v.104, n.3, p.372-375, 1997.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Acog Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, nº 183, 2017. Postpartum hemorrhage. **Obstet. Gynecol.**, v.130, n.4, p.e168-e186, 2017.
- GAYET-AGERON, A. et al. Effect of treatment delay on the effectiveness and safety of antifibrinolytics in acute severe haemorrhage: a meta-analysis of individual patient-level data from 40138 bleeding patients. **Lancet**, v.391, n.10116, p.125-132, 2018.
- BRASIL. O uso clínico de hemocomponentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia para uso de hemocomponentes**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.29-53.