

Chirley Carvalho da Cunha Araújo

**IMPLEMENTAÇÃO DO
PROTOCOLO PARA O
MANEJO DA
HEMORRAGIA
PÓS-PARTO**

**NO HOSPITAL REGIONAL
MONSENHOR ANTÔNIO
BARROS EM SÃO JOSÉ
DE MIPIBU/RN**

Livreto de manejo clínico da HPP



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
ESCOLA DE SAÚDE DA UFRN – ESUFRN
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE
CÉGONHA III (CEEIII)**

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO PARA O MANEJO DA
HEMORRAGIA PÓS-PARTO NO HOSPITAL REGIONAL MONSENHOR
ANTÔNIO BARROS EM SÃO JOSÉ DE MIPIBU/ RN**

**ORIENTANDA: CHIRLEY CARVALHO DA CUNHA ARAÚJO
ORIENTADORA: PROF^a IZAURA LUZIA SILVÉRIO FREIRE**

**NATAL-RN
2019**



PROTOCOLO PARA O MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

1 INTRODUÇÃO

Hemorragia pós-parto (HPP) é definida como qualquer perda sanguínea pela via genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica. Geralmente, a puérpera apresenta uma perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou acima de 1000 ml quando relacionada a cesariana nas primeiras 24 horas. A HPP pode ser classificada em primária, quando ocorre nas primeiras 24 horas após o parto, sendo responsável por cerca de 4 a 6% dos eventos, tem como causa principal a atonia uterina; a secundária é considerada mais rara e ocorre após 24 horas ou até seis semanas após o parto, acomete aproximadamente 1 a 3% dos partos e comumente está associada a retenção placentária (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018; MACEDO; LOPES, 2018).

A HPP é uma das principais causas de mortalidade materna nos países em desenvolvimento e de morbidade materna no mundo; contemplando, 25% dos óbitos maternos mundiais. Entre 1990 e 2015, a redução da razão de mortalidade materna no Brasil, foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%. O Ministério da Saúde renovou o compromisso de reduzir a mortalidade materna para 30/100 mil nascidos vivos até 2030 para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 2015/2030 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2014).

A prevenção e o tratamento da HPP são etapas vitais para aprimorar os cuidados de saúde para mulheres durante o parto. Para concretização de tais objetivos, as instituições de saúde devem dispor de uma estrutura adequada com profissionais treinados que saiba lidar com as emergências obstétricas, e dentre elas a HPP. Assim, essas instituições necessitam de orientações baseadas em evidências para que possam fundamentar suas políticas de saúde e aprimorar seus resultados finais.

Desse modo, é de fundamental importância a construção de um protocolo para o manejo da HPP, baseado em fundamentação técnica e científica, diretrizes organizacionais e políticas que normatizam as ações médica e de enfermagem frente a esse problema, pois as condutas serão realizadas de maneira uniformes, e assim, garantindo uma assistência integral, livre de danos erros e sobretudo humanizada.

2 OBJETIVO

- Implementar um protocolo para o manejo hemorragia pós-parto no Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros em São José de Mipibu/RN.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HORA DE OURO NA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Consiste na recomendação do controle do sítio de sangramento puerperal, sempre que possível, dentro da primeira hora a partir do seu diagnóstico; ou pelo menos estar em fase avançada do tratamento ao final desse período. A Hora de Ouro refere-se ao princípio da intervenção precoce, agressiva e oportuna, sem atrasos, nos pacientes com quadro de hemorragia importante. Visando, reduzir a morbimortalidade relacionada aos atrasos de abordagem de um paciente com HPP.

3.2 FATORES DE RISCO

Tabela 1 – Fatores de risco para Hemorragia pós-parto. Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros. São José de Mipibu/RN, 2019.

ANTEPARTO	INTRAPARTO
- História pregressa de HPP	- Trabalho de parto prolongado
- Distensão uterina (gemelar, polidramnio, macrossomia)	- Trabalho de parto taquitócico
- Distúrbios de coagulação congênicos ou adquiridos	- Laceração vaginal de 3º/4º graus
- Uso de anticoagulantes	- Prolongamento de episiotomia
- Cesariana prévia com placenta anterior (risco acretismo)	- Placenta anormal (acreta prévia)
- Placentação anormal confirmada (prévia ou acretismo)	- Descolamento Prematuro de Placenta
- Anemia na gestação	- Parto induzido
- Primeiro filho após 40 anos	- Corioamnionite
- Grande múltipara (≥ 4 partos vaginais ou ≥ 3 cesarianas)	- Parada de progressão do polo cefálico
- Elevação dos níveis pressóricos na gestação (pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, hipertensa crônica)	- Parto instrumentado (fórceps, vácuo)

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

3.3 MEDIDAS PREVENTIVAS

Tabela 3 – Medidas de prevenção para Hemorragia pós-parto. Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros. São José de Mipibu/RN, 2019.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO	CARACTERÍSTICAS
- Uso universal da ocitocina após o parto	- Injetar 10 UI intramuscular de ocitocina, logo após o nascimento, em todos os partos
- Clampeamento oportuno do cordão umbilical	- Realizar o Clampeamento do cordão umbilical após 1º minuto de vida, na ausência de contraindicações
- Tração controlada do cordão umbilical	- Realizar apenas se profissional treinado - Associar a tração de cordão à manobra de Brandt-Andrews (para estabilização uterina) -
- Vigilância / massagem uterina após dequitação	- Massagem gentil a cada 15 minutos nas primeiras 02 horas após a retirada da placenta
- Contato pele a pele mãe-filho	- Estimular o contato pele a pele, pois é uma medida de saúde pública e determina importante benefício para o vínculo mãe-filho
- Outras medidas de prevenção	- Uso racional da ocitocina no trabalho de parto - Realizar episiotomia seletiva - Não realizar Manobra de Kristeller - Observação rigorosa da paciente por 1-2h pós-parto - Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

3.4 DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO

Tabela 4 – Causas Específicas da hemorragia pós-parto. Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros. São José de Mipibu/RN, 2019.

“4Ts”	CAUSA ESPECÍFICA	FREQUÊNCIA RELATIVA
TÔNUS	Atonia uterina	70%
TRAUMA	Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina	19%
TECIDO	Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário	10%
TROMBINA	Coagulopatias congênitas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes	1%

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

3.4.1 Estimativa visual do sangramento na hemorragia pós-parto

Tabela 5 – Estimativa visual da perda volêmica na hemorragia pós-parto. Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros. São José de Mipibu/RN, 2019.

DIÂMETRO (SANGUE)	ML (SANGUE)
Poça de 50cm de diâmetro	500ml
Poça de 75cm de diâmetro	1.000ml
Poça de 100cm de diâmetro	1.500ml
Cama com poça de sangue sobre o lençol	Provavelmente menos de 1.000ml
Hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão	Provavelmente excede 1.000ml

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde apud Bose (2018)

3.4.2 Estimativa através de parâmetros clínicos na hemorragia pós-parto

Tabela 6 – Grau de choque e sinais clínicos na hemorragia Sinais e sintomas da hemorragia pós-parto. Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros. São José de Mipibu/RN, 2019.

GRAU DE CHOQUE	PERDA E VOLUME EM ML - 50-70Kg	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PERFUSÃO	PULSO	PAS (mmHg)	TRANSFUSSÃO
Compensado	10-15% (500-1000ML)	Normal	Normal	60-90	>90	Usualmente não
Leve	16-25% (1000-1500ML)	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Possível
Moderado	26-35% (1500-2000ML)	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101-120	70-79	Usualmente exigida
Grave	>35% >2000ML)	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese Perfusão capilar>3”	>120	<70	Possível transfusão maciça

Fonte: Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

3.5 TRATAMENTO

Constatada a hemorragia pós-parto, os profissionais devem seguir as seguintes atribuições:

3.5.1 Medidas gerais

ENFERMEIROS/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

- Chamar obstetra/enfermeiro imediatamente.
- Puncionar 02 acessos venosos calibrosos (jelco18 e/ou 16).
- Iniciar hidratação venosa com Soro Fisiológico à 0,9% ou ringer lactato (1000-2000ml).
- Elevar os membros inferiores (Posição de Trendelemburg).
- Instalar oxigênio 8-10 l/min em máscara de venturi.
- Verificar os sinais vitais de 15'/15'min.

MÉDICOS

- Prescrever hidratação venosa com SF à 0,9% ou ringer lactato (1000-2000ml).
- Prescrever sonda vesical de demora, acompanhar esvaziamento da bexiga.
- Solicitar hemoglobina, hematócrito, coagulograma e amostra sanguínea para prova cruzada.
- Solicitar reserva de hemoderivados.
- Realizar, com atenção, a revisão do canal de parto com instrumental adequado, inspecionando a vagina, o fundo de saco, o colo e a cavidade uterina, principalmente, junto ao segmento inferior.
- Reavaliar o estado de contratilidade uterina (verificar a existência de Globo de Pinard).
- Ter, à disposição, caixa de laparotomia para eventual abordagem cirúrgica.
- Solicitar o apoio do anestesista, esclarecendo a situação de perigo.

3.5.2 Tratamento medicamentoso

OCITOCINA (1ª escolha)	5UI, EV lento (3min) + 20UI a 40 UI em 500ml SF 0,9% a infusão 250ml/h. Manutenção de 125ml/h por 4 horas. Nos casos de atonia mais importante, avaliar manutenção de ocitocina até 24horas (a uma velocidade de 67,5 ml/h ou 3UI/hora. Nesses casos monitore rigorosamente a paciente pelo risco de intoxicação hídrica.
METILERGOMETRINA	0,2mg, IM, repetir em 20min, se necessário Sangramentos graves: realizar mais 3doses de 0,2 mg IM, a cada 4h/4h (dose máx.: 1mg/24horas) <ul style="list-style-type: none">• Não utilizar em pacientes hipertensas• Se a primeira dose falhar, é improvável que a segunda seja eficaz
MISOPROSTOL	800 mcg, via retal ou oral OBS: considerar o tempo de latência para início de ação do misoprostol Via retal: início de ação 15-20 min Via Oral: início de ação 7-11 min
ÁCIDO TRANEXÂMICO	1.0 grama, endovenoso lento, em 10 minutos <ul style="list-style-type: none">• Iniciar assim que se identificar a hemorragia e em concomitância aos uterotônicos nos casos de atonia uterina• Repetir se: persistência do sangramento 30min após 1ªdose ou reinício do sangramento em até 24horas da 1ª dose

3.5.3 Tratamento não cirúrgico

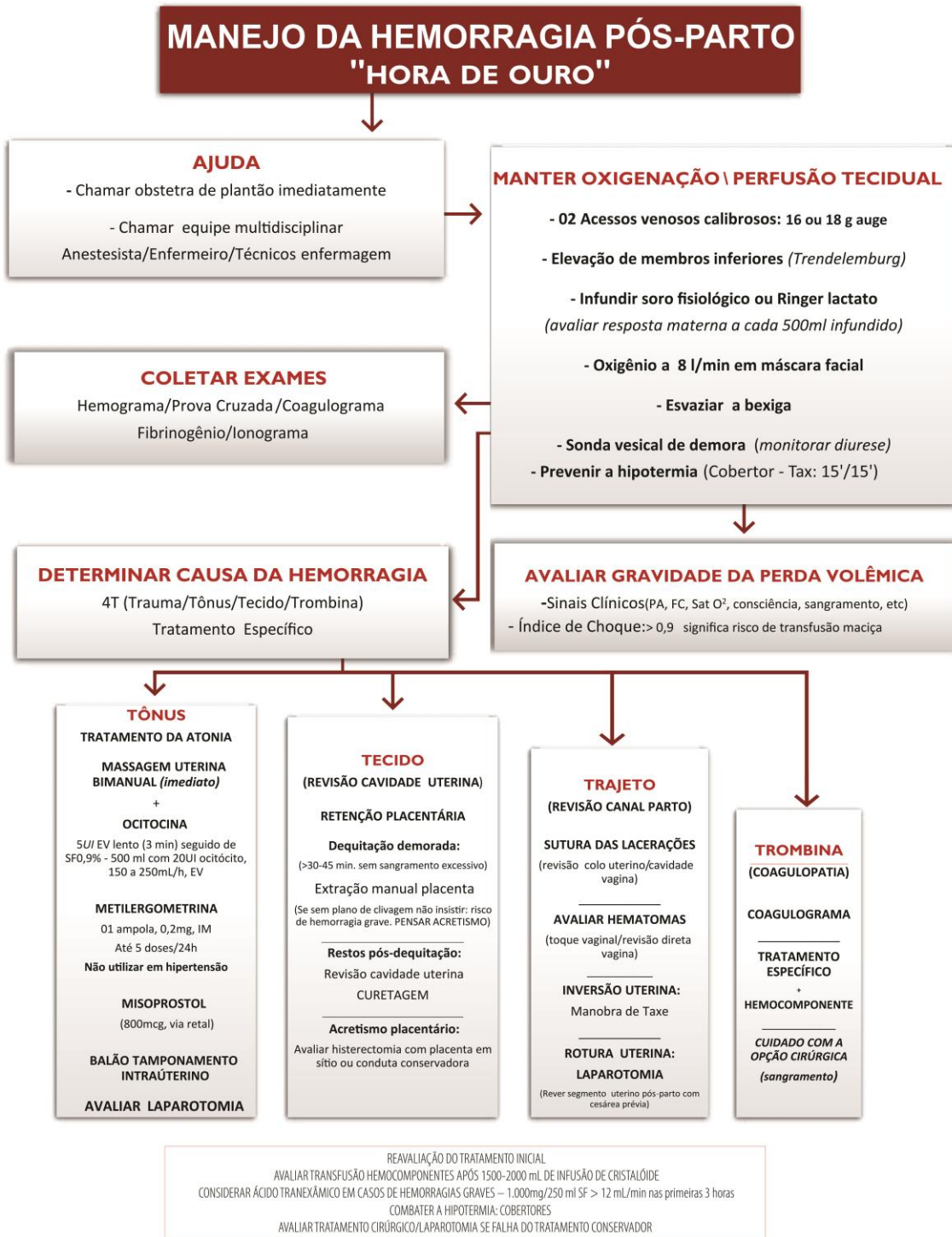
- Massagem uterina bimanual.
- Balão de tamponamento intrauterino.

3.5.4 Tratamento cirúrgico

Realizado quando ocorre falha de resposta com as medidas anteriormente citadas:

- Curagem ou curetagem uterina
- Ligadura de artérias uterinas
- Ligadura das artérias hipogástricas
- Embolização intravascular
- Histerectomia

4 FLUXOGRAMA DO MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO



Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

5 RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES

Espera-se que a implementação do protocolo da hemorragia pós-parto no Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros possa contribuir para a melhoria dos indicadores de mortalidade materna do referido hospital, por meio da prevenção e manejo adequado desse agravo.

6 REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral De Saúde Das Mulheres. **Semana de Mobilização Nacional pela Saúde da Mulher**: Lançamento pelo Ministério da Saúde da meta de redução de mortalidade materna para os ODS 2015/2030 [Nota Técnica]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018. Acessado em 08/10/2018.

FREITAS JUNIOR, R.A.O; et al. (Org.) **Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte**. Natal: EDUFRN, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Recomendações da OMS para prevenção da hemorragia pós-parto**. OMS, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento de hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS, 2018.

Produto desenvolvido no âmbito do III Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Orientanda:** Chirley Carvalho da Cunha Araújo. **Orientadora:** Prof.^a Dr.^a Izaura Luzia Silvério Freire. Maio de 2019.



NATAL/RN 2019