



**Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN
Hospital Regional Monsenhor Antonio Barros
São José de Mipibu – RN**



PROTOCOLO PARA O MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

1 INTRODUÇÃO

A Hemorragia pós-parto (HPP) ocorre quando há perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou acima de 1000 ml quando relacionada a cesariana nas primeiras 24 horas, ou qualquer perda sanguínea pela via genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). Pode ser classificada em primária, quando ocorre nas primeiras 24h após o parto, sendo responsável por cerca de 4 a 6% dos eventos, tem como motivo principal a atonia uterina; e secundária, quando a hemorragia acontece após 24 horas ou até seis semanas após o parto, considera-se mais rara, e acomete aproximadamente 1 a 3% dos partos e comumente está associada a retenção placentária (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018; MACEDO; LOPES, 2018).

A prevenção e o tratamento da HPP são etapas vitais para aprimorar os cuidados de saúde para mulheres durante o parto. Para concretizar estes objetivos, os profissionais da saúde devem ter acesso a medicações adequadas e ser treinados em procedimentos relevantes para a gestão da HPP. As unidades de saúde precisam de orientação baseada em evidências para fundamentar suas políticas de saúde e aprimorar seus resultados finais.

Desse modo, a construção desse 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 aos quadros de HPP, tornará o cuidado uniforme, garantindo uma assistência integral, livre de danos e erros e sobretudo humanizada, conforme preconiza o Ministério da Saúde, almejando-se assim, intervir positivamente na realidade observada.

2 OBJETIVO

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

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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



3 REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor compreensão da hemorragia pós-parto (HPP) serão apresentadas definição, classificação, prevalência, hora de ouro na hemorragia obstétrica, fatores de risco para HPP, medidas preventivas, diagnóstico e manejo clínico, tratamento, fluxograma do manejo da hemorragia pós-parto e kit de emergência na hemorragia puerperal.

3.1 DEFINIÇÕES

- Hemorragia pós-parto (HPP) é definida como perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou acima de 1000 ml após parto cesariana nas primeiras 24 horas ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica.
- Hemorragia pós-parto maciça: Sangramento nas primeiras 24 horas após o parto (por qualquer via), superior a 2000ml OU que necessite da transfusão mínima de 1200 ml (04 unidades) de concentrado de hemácias OU que resulte na queda de hemoglobina $> 4\text{g/dl}$ OU em distúrbio de coagulação.

3.2 CLASSIFICAÇÃO

- HPP Primária: Ocorre nas primeiras 24 horas após o parto. Pode complicar 5% a 10% dos partos. As causas mais comuns são atonia uterina, acretismo placentário ou restos intracavitários, inversão uterina, lacerações e hematomas no trajeto do canal do parto e os distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos.
- HPP Secundária: Ocorre após 24 horas, mas até seis semanas após o parto. É mais rara e apresenta causas mais específicas, tais como: infecção puerperal, doença trofoblástica gestacional, retenção de tecidos placentários, distúrbios hereditários de coagulação.

3.3 PREVALÊNCIA

- 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% (OMS,2014). Em 2018 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.

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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



3.4 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.

3.5 FATORES DE RISCO

- É importante identificar os fatores de risco para hemorragia pós-parto durante todo o processo de cuidado da paciente. Esta avaliação deve ser realizada durante todo o pré-natal e pelo menos durante a admissão, e durante o trabalho de parto.

Quadro 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)

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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



3.5.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DURANTE A INTERNAÇÃO

- A identificação de fatores de risco para HPP é uma ação relevante na assistência obstétrica, que deve desencadear cuidado diferenciado para pacientes com riscos diferentes. Sendo esta, a primeira ação no combate à morte materna.

Quadro 2 – Estratificação do risco para hemorragia pós-parto. Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros. São José de Mipibu/RN, 2019.

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none">• Ausência de cicatriz uterina	<ul style="list-style-type: none">• Cesariana ou cirurgia uterina prévia	<ul style="list-style-type: none">• Placenta prévia ou de inserção baixa
<ul style="list-style-type: none">• Gravidez única	<ul style="list-style-type: none">• Pré-eclâmpsia leve	<ul style="list-style-type: none">• Pré-eclâmpsia grave
<ul style="list-style-type: none">• ≤ 3 partos vaginais prévios	<ul style="list-style-type: none">• Hipertensão gestacional leve	<ul style="list-style-type: none">• Hematócrito < 30% + fatores de risco
<ul style="list-style-type: none">• Ausência de distúrbio de coagulação	<ul style="list-style-type: none">• Superdistensão uterina (Gestação múltipla, polidramnio, macrosomia fetal)	<ul style="list-style-type: none">• Plaquetas < 100.000/mm³
<ul style="list-style-type: none">• Sem história de HPP	<ul style="list-style-type: none">• ≥ 4 partos vaginais	<ul style="list-style-type: none">• Sangramento ativo à admissão
	<ul style="list-style-type: none">• Corioamnionite	<ul style="list-style-type: none">• Coagulopatias
	<ul style="list-style-type: none">• História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica	<ul style="list-style-type: none">• Uso de anticoagulantes
	Obesidade materna (IMC > 35Kg/m ²)	Descolamento prematuro da placenta
		Placentação anômala (acretismo)
		Presença de ≥ 2 fatores de médio risco

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



3.5.2 – CONDUTAS PREVENTIVAS BASEADAS NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS PARA HPP NA ADMISSÃO

Quadro 3 – Condutas preventivas baseadas na estratificação de risco para hemorragia pós-parto. Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros. São José de Mipibu/RN, 2019.

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none">• Manejo ativo do 3ºestágio	<ul style="list-style-type: none">• Manejo ativo do 3ºestágio	<ul style="list-style-type: none">• Manejo ativo do 3ºestágio
<ul style="list-style-type: none">• Observação rigorosa por 1-2horas	<ul style="list-style-type: none">• Observação rigorosa por 1-2horas em local adequado	<ul style="list-style-type: none">• Observação rigorosa por 1-2horas em local adequado
<ul style="list-style-type: none">• Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta	<ul style="list-style-type: none">• Estimular presença do acompanhante ajudar a detectar sinais de alerta	<ul style="list-style-type: none">• Estimular presença do acompanhante ajudar a detectar sinais de alerta
	<ul style="list-style-type: none">• Identificação• Avaliar acesso venoso periférico(Jelco 18 ou 16)• Tipagem sanguínea• Hemograma	<ul style="list-style-type: none">• Identificação• Avaliar acesso venoso periférico(Jelco 18 ou 16)• Tipagem sanguínea• Hemograma• Prova cruzada• Reserva de sangue (2 bolsas de Concentrado de hemácias)

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN
Hospital Regional Monsenhor Antonio Barros
São José de Mipibu – RN



3.6 MEDIDAS PREVENTIVAS

As medidas de prevenção da HPP devem ser incorporadas na rotina de todos os profissionais que assistem pacientes em trabalho de parto.

Quadro 4 – 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)

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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



3.7 DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO

O diagnóstico da HPP se inicia com o reconhecimento do sangramento excessivo e o exame físico detalhado da puérpera para identificar a sua causa. A regra dos “4 T” (tônus, trauma, tecido e trombina) tem sido utilizada nos dias atuais.

Sempre que suspeitar de sangramento aumentado no puerpério, deve-se imediatamente, iniciar uma abordagem terapêutica e focada na causa da hemorragia. Não esperar os sinais clássicos de instabilidade hemodinâmica para início do tratamento.

Quadro 5 – 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 congênicas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes	1%

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

3.7.1- ESTIMATIVA VISUAL DO SANGRAMENTO NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

A estimativa visual do sangramento é subjetiva e frequentemente subestima a perda sanguínea. No entanto, é uma forma simples, rápida e que pode detectar um quadro hemorrágico em suas fases iniciais.

Quadro 6– 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 fluído para o chão	Provavelmente excede 1.000ml

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde apud Bose (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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.

3.7.2 ESTIMATIVA ATRAVÉS DE PARÂMETROS CLÍNICOS NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

Os parâmetros clínicos são dados essenciais no manejo da hemorragia pós-parto, pois refletem as adaptações hemodinâmicas maternas às perdas volêmicas.

Quadro 7 – 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 PARA MULHERES 50-70Kg	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PERFUSÃO	PULSO	PAS (mmHg)	TRANSFUSÃO
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: Organização Pan-Americana de Saúde (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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN
Hospital Regional Monsenhor Antonio Barros
São José de Mipibu – RN



3.7.3 ESTIMATIVA CLÍNICA ATRAVÉS DO ÍNDICE DE CHOQUE

O IC é um parâmetro clínico que reflete o estado hemodinâmico da paciente, onde tem-se como prever a necessidade de transfusão maciça. O seu cálculo é feito através da divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica da parturiente/puérpera. Resultados ≥ 0.9 em puérperas com HPP sugerem perda sanguínea significativa, podendo sinalizar a necessidade da transfusão maciça.

3.8 TRATAMENTO

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

3.8.1 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

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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



3.8.2 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

3.8.3 TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO:

Massagem uterina bimanual: A manobra de Hamilton é a primeira manobra a ser realizada nos casos de atonia uterina, enquanto se realiza o uterotônico e aguarda-se o seu efeito. O esvaziamento da bexiga antes da compressão é essencial para aumentar a eficácia da manobra.

- Manobra de Hamilton (a mão esquerda do tocólogo é introduzida na vagina e, através do fundo de anterior, impulsiona o útero de encontro à mão direita externa, que, pelo abdomen vai massagear o órgão, trazendo-o vigorosamente em sentido oposto

Balão de tamponamento intrauterino: Pode ser utilizado no controle temporário ou definitivo da HPP. Podendo ser muito útil para viabilizar transferência da paciente.



3.8.4 TRATAMENTO CIRÚRGICO:

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

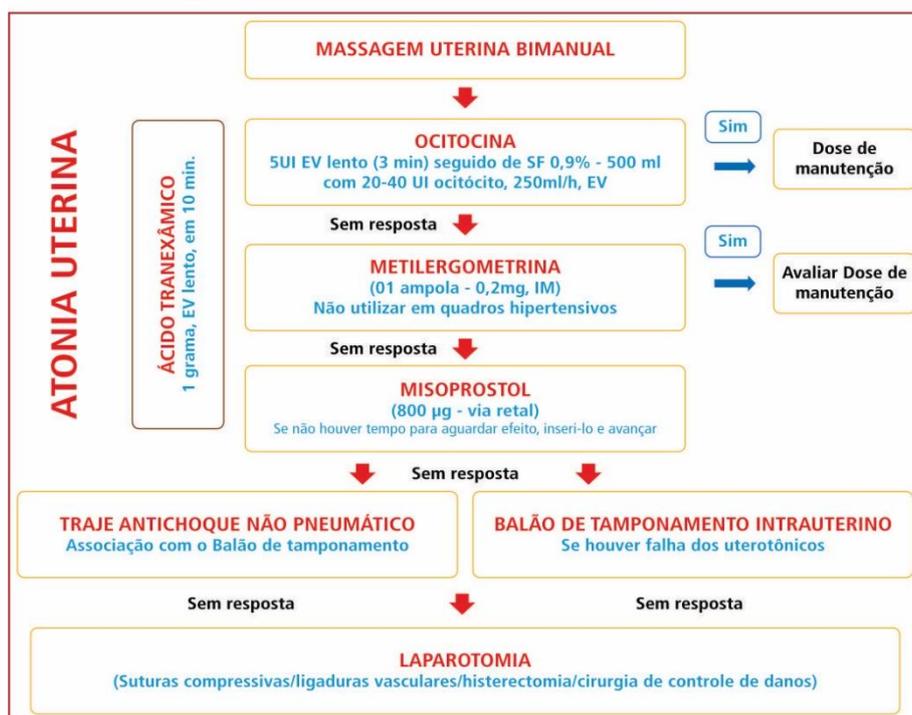
- Curagem ou curetagem uterina
- Ligadura de artérias uterinas
- Ligadura das artérias hipogástricas
- Embolização intravascular
- Histerectomia

3.8.5 TRATAMENTO POR CAUSA ESPECÍFICA

TÔNUS:

A atonia uterina é a principal causa da hemorragia pós- parto, e no entanto, deve ser tratada de forma agressiva, mesmo nos casos que inicialmente pareçam pouco ameaçadores.

Seqüência de atendimento da atonia uterina



Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



TRAUMA:

Diante de um sangramento, deve-se pensar na possibilidade de lacerações ou hematomas no canal do parto. Assim, realize nova revisão do canal do parto, para avaliar a presença de lacerações do canal e hematomas. Suturar lacerações e drenar hematomas, quando indicados.



Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



TECIDO

Atualmente tem sido crescente os casos de hemorragia por retenção placentária, principalmente em função do aumento das cesarianas e, por conseguinte, dos casos de acretismo placentário. Além dos casos, em que a placenta não se desprende do leito uterino no tempo esperado, tendo a necessidade da extração manual.

Abordagem das HPP por retenção de tecido placentário



Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN
Hospital Regional Monsenhor Antonio Barros
São José de Mipibu – RN



TROMBINA

Diante da presença de sangramento contínuo e persistente, na ausência de lesões identificáveis, deve-se pensar na possibilidade de coagulopatia como diagnóstico de exclusão. Há 03 tipos principais:

1. Coagulação intravascular disseminada (CIVD) por infusão de tromboplastinas na circulação sanguínea, sobretudo, em casos de pré-eclâmpsia e DPP;
2. Coagulopatia de consumo, após qualquer tipo de sangramento vultoso ocorrido durante o parto;
3. Deficiências específicas da coagulação sanguínea, como por exemplo, doença de Von Willebrand e outras coagulopatias congênicas ou adquiridas.

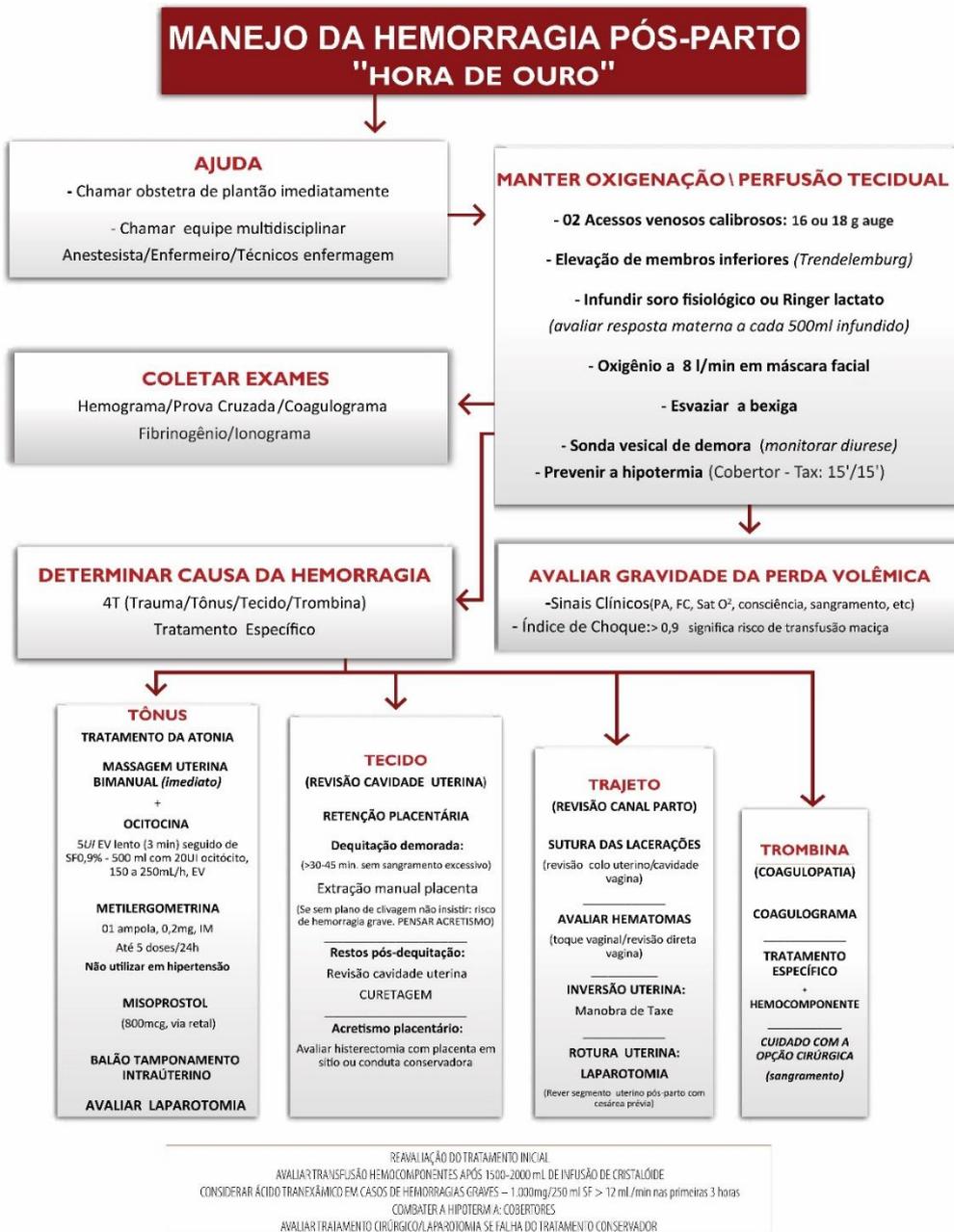
CONDUTA:

Investigar o tipo de coagulopatia, colhendo coagulograma e plaquetas

- Na dúvida, reposição de hemoderivados deverá ser iniciada, com plasma fresco, que contém todos os fatores de coagulação e, conseqüentemente, de forma específica para cada situação.
- O uso intravenoso de antifibrinolíticos, como ácido tranexâmico (transamin) e ácido aminocapróico(épsilon), podem ser útil em distúrbios leves de coagulação.

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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.

4 FLUXOGRAMA DO MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO



Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN
Hospital Regional Monsenhor Antonio Barros
São José de Mipibu – RN



5 RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES

Tem-se como finalidade, com a implementação do protocolo da hemorragia pós-parto no Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros, contribuir para melhorar os indicadores de mortalidade materna no Brasil por meio da prevenção e manejo adequado da HPP.

6 KIT DE EMERGÊNCIA PARA USO NA HEMORRAGIA PÓS PARTO

ITEM	QUANTIDADE
CHECK LIST	01 CHECK LIST PLASTIFICADO
SORO FISIOLÓGICO	02 FRASCOS DE 500ML
RINGER LACTATO	02 FRASCOS DE 500ML
EQUIPO DE SORO	02 UNIDADES
POLIFIXO	02 UNIDADES
OCITOCINA(5UI/1ML)	08 AMPOLAS DE 1ML
METILERGOMETRINA(0,2 MG/ML)	02 AMPOLAS DE 1ML
MISOPROSTOL 200 mcg/cp	04 COMPRIMIDOS
JELCO 16; 18 E 20	02 UNIDADES DE CADA
SERINGAS	03 UNIDADES DE 05ML 03 UNIDADES DE 10 ML 03 UNIDADES DE 20ML
AGULHAS	04 UNIDADES DE 40X12 04 UNIDADES DE 25X70
MÁSCARA FACIAL + LATEX	01 UNIDADE À 50%
SONDA VESICAL DE DEMORA + COLETOR URINÁRIO	02 UNIDADES

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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN
Hospital Regional Monsenhor Antonio Barros
São José de Mipibu – RN



TERMÔMETRO	01 UNIDADE
TUBOS DE COLETA DE SANGUE	02 VERMELHOS/02 ROXOS/02 AMARELOS

7 REFERÊNCIAS

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: Profa. Dra. Izaura Luzia Silvério Freire. Junho de 2019.