

MANEJO CLÍNICO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CLINICAL MANAGEMENT OF POST-BREASTFEEDING HEMORRHAGE: AN INTEGRATING REVIEW

JANCIELLE SILVA SANTOS^{1*}, ALANNA NAYRA ARAÚJO AZEVEDO², BRIAN ARAUJO OLIVEIRA³, DÉBORA DE OLIVEIRA RODRIGUES⁴, ELAYRA LAYSA CHAVES SINÉSIO⁵, LETICIA DE ALMEIDA DA SILVA⁶, MAIANA CRISLEY BARROSO BRANDÃO⁷, MARIA CAMILA LEAL DE MOURA⁸, MARIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES⁹, POLLYANY PEREIRA DA COSTA¹⁰, RAFAEL DE ASSIS DE BRITO¹¹, ROSANA SEREJO DOS SANTOS¹², RONEY GUTTIERY RIBEIRO COSTA¹³, SÔNIA MARCELA BRINGEL CARNIB¹⁴, SHIRLENE DA SILVA LUZ¹⁵, WILLIANNE CRYSTHINE COELHO¹⁶, YONE MARA ROCHA SANTOS E SILVA¹⁷, YVANNA KELLE FERREIRA DE MORAIS¹⁸, YANKA BÁRBARA LEITE RAMOS ARAÚJO¹⁹

1. Enfermeira, Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM); 2. Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA); 3. Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA); 4. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela AESPI/FAPI; 5. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA); 6. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA); 7. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA); 8. Graduanda em Farmácia pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA); 9. Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA); 10. Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Traumatológica – Ortopédica pela Faculdade Estácio-CEUT; 11. Graduando em Enfermagem pela FACID/WYDEN; 12. Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA); 13. Graduando em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM); 14. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM); 15. Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Educação Superior Profissional (FATESP); 16. Enfermeira Obstetra pela Faculdade Vale do Jaguaribe; 17. Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM); 18. Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA); 19. Graduada em Biomedicina pelo Centro Universitário UNINO-VAFAP.

* Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM). Avenida Boa Vista, 700, Boa Vista, Timon, Maranhão, Brasil. CEP: 65631-430. jancielle.enf@gmail.com

Recebido em 28/04/2019. Aceito para publicação em 29/05/2019

RESUMO

Hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna no mundo, e essa condição permanece há pelo menos 25 anos. Este estudo objetivou analisar a produção científica sobre o manejo clínico da hemorragia pós-parto. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada no período de julho de 2018 à janeiro de 2019, por meio das bases de dados LILACS e MEDLINE. Inicialmente foram encontrados 118 artigos de acordo com os descritores utilizados. A filtragem foi realizada através de seleção de formulário de categorização dos artigos de acordo com o ano, base de dados, área de estudo, titulação dos autores, classificação, modalidade, abordagem, idioma, instrumento de coleta de dados, periódicos e análise dos artigos. A amostra final foi constituída por 9 artigos. Após a leitura minuciosa dos artigos analisados, estes foram classificados por similaridade semântica em 02 categorias temáticas: "Considerações a cerca dos fatores de risco da Hemorragia Pós parto" e "Considerações acerca das manifestações clínicas e manejo clínico da Hemorragia pós parto". Acredita-se que o fortalecimento desses três pilares: assistência pré-natal de qualidade, manejo ativo no terceiro período e prevenção e, por fim, o manejo terapêutico rápido e eficaz, será responsável pela redução na morbimortalidade materna e pela melhoria da qualidade da assistência e cuidado à mãe.

PALAVRAS-CHAVE: Hemorragia, pós-parto, manejo clínico.

ABSTRACT

Postpartum haemorrhage is the leading cause of maternal mortality in the world, and this condition has remained for at least 25 years. This study aimed to analyze the scientific production on the clinical management of postpartum haemorrhage. It is an integrative review of the literature, carried out from July 2018 to January 2019, through the LILACS and MEDLINE databases. Initially, 118 articles were found according to the descriptors used. Filtering was done through the selection of a categorization form of the articles according to the year, database, study area, authorship, classification, modality, approach, language, data collection instrument, periodicals and articles analysis. The final sample consisted of 9 articles. After careful reading of the analyzed articles, these were classified by semantic similarity in 02 thematic categories: "Considerations about the risk factors of Postpartum Hemorrhage" and "Considerations about clinical manifestations and clinical management of postpartum haemorrhage". It is believed that strengthening these three pillars: quality prenatal care, active management in the third period and prevention, and finally, rapid and effective therapeutic management will be responsible for reducing maternal morbidity and mortality and improving the quality of care and care for the mother.

KEY WORDS: Hemorrhage, postpartum, clinical management.

1. INTRODUÇÃO

Hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna no mundo, e essa condição permanece há pelo menos 25 anos. A redução da mortalidade materna é uma preocupação mundial e faz parte dos objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS), que aborda no item 3.1 reduzir no mundo a razão de mortalidade materna para menos de 70 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos entre os anos 2016 e 2030¹.

Tem-se observado que, no Brasil, apesar da ampliação de acesso aos serviços médicos e da melhoria dos indicadores de saúde materna, a hemorragia continua entre os três principais grupos de causas de morte no ciclo grávido-puerperal, sendo a atonia uterina e as anormalidades da placenta etiologias específicas mais frequentes².

Reduzir mortes maternas no mundo implica na redução da mortalidade por hemorragia, sua principal causa, a qual foi responsável pela morte de mais de 80.000 mulheres no ano de 2015. Os números são comparativamente maiores quando avaliados por faixas de idade materna, em que a hemorragia juntamente com os quadros hipertensivos, são responsáveis por mais de 50% das mortes maternas em mulheres com menos de 20 anos de idade³.

Além de atingir mulheres jovens, atinge principalmente mulheres que moram em países de baixa renda. Nos países que representam os 40% com menor renda, a hemorragia foi responsável por 80% das mortes maternas no ano de 2015, apresentando um aumento se comparado ao ano de 1990, quando foi responsável por 68%. Um leve aumento também foi verificado em termos mundiais, em que a proporção de mortes materna por hemorragia aumentou de 27,1% entre os anos 2003 e 2009 para 29% no ano 2015⁴.

Entende-se que as etiologias mais comuns da HPP são a atonia uterina, que surge como complicação a cada 20 partos, e os fatores de risco como gestação múltipla, polidrâmnios, macrossomia fetal, trabalho de parto precipitado ou prolongado, corioamnionite ou incapacidade da contração muscular pelo uso de tocolíticos ou anestesia geral⁵.

A HPP é classificada ainda como primária e secundária. HPP primária refere-se ao sangramento que ocorre nas primeiras 24 horas após o parto, e HPP secundária, ao sangramento que ocorre após 24 horas até 12 semanas pós-parto⁶.

Recomendam-se cuidados básicos no pré-natal como a devida identificação e tratamento de fatores de risco para HPP, bem como a programação de parto para essas mulheres em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com recursos adequados para o tratamento de uma possível complicação, sendo estes de importante relevância⁷.

Definem-se o diagnóstico e o tratamento da atonia uterina quando identificada precocemente e de forma

correta, em boas condições de infraestrutura hospitalar e competência médica na condução do caso, contribuindo bastante para a diminuição nos índices de complicações e óbitos⁸.

Sugerem-se, nas HPP, cuidados significativos como avaliação a cada 30 minutos durante a primeira hora conforme as necessidades de cada usuária, anotações do fundo uterino, tônus muscular, secreções vaginais, sangramentos, hematomas perineais, coágulos, monitoramento do enchimento capilar, sinais vitais, valores do nível de hemoglobina e hematócrito, monitoramento da ingestão de líquidos e débito urinário⁹.

Nessa perspectiva este estudo objetivou analisar a produção científica sobre o manejo clínico da hemorragia pós-parto.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Este método tem como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão, a partir dos resultados evidenciados em cada estudo, mas que investiguem problemas idênticos ou similares. Para sua realização, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; estabelecimento do objetivo da revisão; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos para seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação e apresentação dos resultados da pesquisa¹⁰.

Diante do exposto cabe abordar a seguinte questão norteadora: Qual a produção científica sobre o manejo clínico da hemorragia pós-parto? O levantamento bibliográfico foi feito por meio das bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via Biblioteca Virtual em Saúde, no período de julho de 2018 à janeiro de 2019.

Foram utilizados como critérios de inclusão, para a seleção de amostras, os artigos indexados de 2012 a 2018, em periódicos nacionais e internacionais, disponibilizados na íntegra (texto completo e acesso livre), nos idiomas: português, inglês e espanhol, que respondiam à temática do estudo, sendo utilizados os descritores: hemorragia, pós parto, manejo clínico.

Como critérios de exclusão não foram utilizados artigos que não abordavam a temática proposta; textos que se encontravam incompletos; indisponíveis na íntegra *on-line*, que não forneciam informações suficientes acerca da temática do estudo e aqueles publicados com tempo cronológico fora do estipulado.

Inicialmente foram encontrados 118 artigos de acordo com os descritores utilizados. A filtragem foi realizada através de seleção de formulário de categorização dos artigos de acordo com o ano, base de

dados, área de estudo, titulação dos autores, classificação, modalidade, abordagem, idioma, instrumento de coleta de dados, periódicos e análise dos artigos. A amostra final foi constituída por 9 artigos.

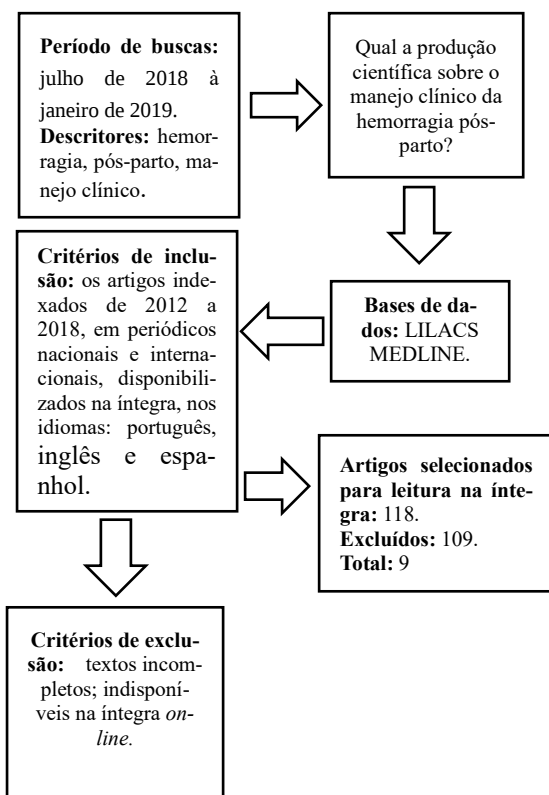


Figura 1. Fluxograma da seleção amostral dos estudos incluídos na revisão integrativa. **Fonte:** Pesquisa direta, 2019.

3. DESENVOLVIMENTO

Durante o desenvolvimento do estudo foram analisados 9 artigos, na tabela 01 foi feita a distribuição das produções científicas por similaridade semântica segundo as variáveis título, autor, ano de publicação e objetivo do estudo.

Tabela 1. Descrição dos artigos segundo as variáveis: título, autor, ano, objetivo (n=9), Teresina – PI.

Título	Autor (es), ano	Objetivo
Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento.	Baggieri RAA, Vicente GS, Santos JA, Cabalero MHC, Barbosa HM, Santos RS et al. 2013.	Analisar a prevenção e tratamento da hemorragia pós – parto.
Prevenção e manejo da hemorragia pós parto.	Bonomi IBA, Cunha SM, Trigueiro MC, Lobato ACL, Tavares RP, 2012.	Definir a melhor estratégia para a prevenção e o tratamento da hemorragia pós-parto, enfatizando o manejo ativo no terceiro estágio do trabalho de parto.
Hemorragia pós-parto.	Delaney L, Pozza L, Cunha B, Schreiner L, 2016.	Analisar a incidência da Hemorragia Pós Parto.

Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar.	Ferraz L, Bordignon M, 2012.	É apresentar o perfil da mortalidade materna-no Brasil nos anos de 2000 a 2009. Trata-se de uma pesquisa descritiva com dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
Management of Postpartum Hemorrhage. Comparative Effectiveness Review.	Frances EL, 2015.	Analisar sistematicamente as evidências que tratam do manejo da hemorragia pós-parto (HPP).
Postpartum hemorrhage treated with a massive transfusion protocol at a tertiary obstetric center: a retrospective study.	Gutierrez MC, Goodnough, LT, Druzin M, Butwick AJ, 2014.	Analisar a hemorragia pós-parto tratada com um protocolo maciço de transfusão em um centro obstétrico terciário.
HEMORRAGIA PÓS-PARTO: UM ARTIGO DE REVISÃO.	Macedo PC; Lopes HH, 2017.	Analisar a hemorragia pós parto.
Factors associated with maternal death from direct pregnancy complications: a UK national case-control study.	Nair M, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Sellers S, Lewis G, Knight M, 2015.	Investigar os fatores associados à morte materna por complicações da gravidez direta no Reino Unido.
Prevention and management of postpartum haemorrhage.	Wormer KC, Bryant SB, 2018.	Analisar a prevenção e manejo da hemorragia pós parto.

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

4. DISCUSSÃO

Logo em seguida ocorreu a análise da tabela 1, no que diz respeito aos artigos da amostra segundo os títulos das publicações, ano, autores e objetivos, levando a criação das categorias temáticas. No que se refere aos enfoques das publicações inseridas no estudo, emergiram três categorias temáticas apresentadas a seguir, possibilitando o seguinte agrupamento por eixos temáticos: “Considerações a cerca dos fatores de risco da Hemorragia Pós-parto” e “Considerações acerca das manifestações clínicas e manejo clínico da Hemorragia pós-parto”. Com base nos artigos coletados foi possível montar um quadro (Quadro 1), com as respectivas categorias e artigos.

A apresentação foi feita com base na classificação por similaridade semântica, categorizando os artigos em duas categorias de acordo com o núcleo do sentido dos artigos, como mostra o Quadro 1 a seguir:

Quadro 1. Classificação dos artigos de acordo com as categorias.

CATEGORIAS	AUTOR (ES), ANO
“Considerações a cerca dos fatores de risco da Hemorragia Pós-parto”.	Baggieri RAA, Vicente GS, Santos JA, Cabalero MHC, Barbosa HM, Santos RS, et al. 2013.
“Considerações acerca das manifestações clínicas e manejo clínico da Hemorragia pós parto”.	Bonomi IBA, Cunha SM, Trigueiro MC, Lobato ACL, Tavares RP, 2012. Delaney L, Pozza L, Cunha B, Schreiner L, 2016. Frances EL, 2015. Gutierrez MC, Goodnough LT, Druzin M, Butwick AJ, 2014. Macedo PC; Lopes HH, 2017. Mavrides E, 2016. Nair M, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Sellers S, Lewis G, Knight M, 2015.

Fonte: pesquisa direta, 2019.

Após a leitura minuciosa dos resultados e discussões dos artigos analisados na pesquisa, estes foram classificados por similaridade semântica em 03 categorias temáticas: “Considerações a cerca dos fatores de risco da Hemorragia Pós-parto” e “Considerações acerca das manifestações clínicas e manejo clínico da Hemorragia pós-parto”. Onde as publicações foram divididas nessas duas categorias.

Considerações a cerca dos fatores de risco da Hemorragia Pós-parto

Estudando os fatores de risco associados à mortalidade materna, um estudo no Reino Unido demonstrou seis fatores de risco independentes: uso inadequado dos serviços de cuidados do pré-natal, uso inadequado de substâncias, comorbidades maternas, desordens hipertensivas da gestação, problemas gestacionais prévios e etnia indiana¹¹.

Isso mostra que é preciso atenção especial às gestantes que apresentam comorbidades como asma, hipertensão arterial crônica, malignidades, doença renal crônica, doença cardíaca isquêmica ou congênita, estados de hipercoagulabilidade, HIV positivas e diabetes melittus¹².

Os fatores de risco relacionados à hemorragia pós-parto em específico, variam conforme a etiologia, e podem estar presentes no período antenatal e intraparto¹³.

Grande multiparidade, corioamnionite, uso prolongado de ocitocina, anestesia geral e condições associadas à sobredistensão uterina, tais como, gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia fetal e fibrose uterina constituem fatores de risco para atonia uterina. Outros fatores a serem considerados estão relacionados a condições que comprometam a contração uterina tais como: miomas uterinos, hipoproteinemia, obesidade e idade materna acima de 35 anos^{13,14}.

Tração excessiva do cordão umbilical, cordão umbilical curto e implantação fúndica da placenta aumentam o risco de inversão uterina, enquanto dequitação incompleta, lobo extra da placenta (succenturiate lobe) e história de cirurgia uterina prévia são fatores de risco para retenção placentária e placentação anormal. O parto vaginal operatório ou prematuro estão relacionados ao

aumento no risco de traumas no trato genital¹³.

Por fim, em relação aos distúrbios de coagulação, são fatores de risco, história de defeito de coagulação com CIVD (coagulação intravascular disseminada), sepse, descolamento prematuro de placenta e óbito fetal¹³.

Um estudo mostrou que pacientes com história de hemorragia pós-parto prévia, diátese hemorrágica ou defeito de coagulação, hematócrito menor que 30%, placentação anormal (placenta acreta, increta e percreta) ou com hipotensão ou bradicardia durante o trabalho de parto devem ser consideradas como alto risco para hemorragia puerperal na admissão. Outro estudo mostrou que o uso do sulfato de magnésio, parto taquitético, apoplexia uterina, retirada manual da placenta e parto prolongado associado a infecção uterina, associam-se a quadros de sangramento elevado¹³.

A anemia pré-natal também parece ser um fator de risco e a sua identificação e tratamento pode reduzir a morbidade associada à hemorragia pós-parto. Estudos mostraram que níveis de hemoglobina menores que 9,0dg/L estão associadas a maior perda sanguínea durante o parto e no período puerperal. A suplementação do ferro deve ser considerada, sendo a via parenteral reservada para casos em que não houve resposta com a via oral¹³.

Considerações acerca das manifestações clínicas e manejo clínico da Hemorragia pós-parto

As manifestações clínicas são definidas pelo grau de hipovolemia, sendo a taquicardia o seu primeiro sinal, seguida de alterações de frequência cardíaca, agitação, e por fim, hipotensão e instabilidade hemodinâmica (perdas significativas, superiores a 2000ml)¹¹.

No entanto, o diagnóstico pode ser difícil, devido à rápida instalação da hemorragia, dificuldade de quantificação de perdas e de identificação das alterações hemodinâmicas consequentes destas, visto que as gestantes e puérperas podem apresentar perdas entre 1000 e 1500ml com alterações mínimas de pressão arterial, além de iniciar alterações significativas com perdas volumosas, isto é, acima de 2000ml¹¹.

Investigando o uso de exames laboratoriais como ferramenta auxiliar na quantificação das perdas, alguns estudos mostraram que a medida da hemoglobina e do hematócrito têm validade limitada, uma vez que seus valores demoram para se alterar e variam de acordo com o estado de hidratação da gestante¹⁵.

Quedas no hematócrito maiores que 10% podem indicar perda significativa de sangue. Outros mostraram que as alterações em alguns parâmetros de coagulação podem ser úteis na identificação de pacientes que desenvolvem hemorragia pós-parto severa. Destacam-se para esse fim, a queda no fibrinogênio, fator V, antitrombina e proteína C, e aumento no tempo de protrombina e nos níveis de trombina-antitrombina¹⁶.

A tabela 2 relaciona os achados clínicos com a perda sanguínea estimada¹⁷.

Tabela 2. Descrição dos achados clínicos com a perda sanguínea estimada.

Perda sanguínea (ml)	Pressão arterial sistólica (mmHg)	Sinais e sintomas
500 a 1000	Normal	Palpitação Confusão Taquicardia
1000 a 1500	Discretamente baixa	Fraqueza Sudorese Taquicardia
1500 a 2000	80-70	Agitação Palidez Oligúria
2000 a 3000	70-50	Letargia Dispneia Anúria Inconsciência.

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Feita a estimativa da perda sanguínea, segue-se os primeiros cuidados de intervenção, centralizados na manutenção da estabilidade hemodinâmica. Para perdas menores, entre 500-1000ml, sem sinais e sintomas de choque, é recomendado acesso venoso, coleta de amostra sanguínea para a realização de hematócrito, hemoglobina e dosagens dos fatores de coagulação, incluindo o fibrinogênio, medida dos sinais vitais (pulso, frequência respiratória e pressão sanguínea) a cada 15 minutos e infusão de solução cristaloide¹⁵.

Para perdas maiores (maiores que 1000ml) e sangramento persistente ou sinais e sintomas de choque, deve-se realizar a sequência do ABCDE do ATLS, com manutenção da via aérea pérvia e ventilação, avaliação da circulação, com dois acessos venosos calibrosos, infusão de fluido aquecida e de maneira rápida, bem como avaliar a necessidade de hemotransfusão, coleta de amostra sanguínea para a realização de exames laboratoriais e tipagem sanguínea e manutenção da paciente aquecida¹⁵.

A administração de fluidos deve ser realizada com solução cristaloide isotônica inicialmente, podendo ser, posteriormente (geralmente após a administração de 2 L da primeira) mantida ou trocada por solução colóide (1,5L) até a chegada dos hemocomponentes¹³.

A hemotransfusão deve ser realizada imediatamente, com quatro concentrado de hemácias, inicialmente do tipo O, Rh negativo e K negativo, sendo trocado pelo hemocomponente do grupo sanguíneo específico da paciente tão logo este seja revelado. Vários estudos investigam a eficácia do uso do protocolo de transfusão massiva, no qual kits com hemocomponentes do grupo O negativo, plasma fresco congelado, concentrado de plaquetas e prova cruzada, para o rápido manejo e diminuição da morbimortalidade nos casos de hemorragia pós-parto severa¹⁴.

A recomendação de quando se deve usar o plasma fresco, o concentrado de plaquetas e o crioprecipitado ainda é muito variável. Geralmente, os protocolos consideram a administração de plasma fresco congelado se o tempo de protrombina ou tempo de tromboplastina parcial estão alargados, na dose de 12-15ml/kg e se, na ausência dos testes de coagulação, é necessário manter a

hemotransfusão após o uso de 4 concentrado de hemácias, através da administração de 4 unidades de plasma fresco¹³.

Uma unidade de concentrado de plaquetas costuma ser administrada se a contagem de plaquetas estiver menor que 75.000/mcl. Já em relação ao crioprecipitado, é administrado uma unidade, se o fibrinogênio for menor do que 2g/l. O objetivo da hemotransfusão é a melhora clínica e dos parâmetros laboratoriais, como hemoglobina maior que 8,0 g/dl, contagem de plaquetas superior a 500.000/mcl, tempo de protrombina menor que 1,5 vezes o normal, tempo de tromboplastina parcial menor que 1,5 vezes o normal e fibrinogênio maior que 2 g/l¹⁶.

Vários estudos investigaram outras medidas no manejo inicial da hemorragia pós-parto severa, tais como o uso do ácido tranexâmico e do fator VII a recombinante. Altas doses de ácido tranexâmico realizadas de maneira precoce e quando a perda sanguínea materna ultrapassa 800 ml em partos vaginais reduziram a perda sanguínea e provocaram queda na hemoglobina, reduzindo a necessidade hemotransfusão e a mortalidade por hemorragia. Já a administração do fator VII a não é recomendada para o manejo, uma vez que é um componente de alto custo e está associado a efeitos adversos como hipotermia, acidose e queda no número de plaquetas, além de risco elevado para eventos tromboembólicos arteriais, mas não venosos, quando comparado com o placebo¹⁵.

A paciente estabilizada hemodinamicamente, procede-se com a investigação da causa da hemorragia para o tratamento específico. Na atonia uterina, causa mais comum de hemorragia puerperal, o útero encontra-se amolecido e subinvoluído, isto é, não se observa o globo de segurança de Pinnard. Nesse caso, o primeiro passo é a estimulação da contração miométrial através de massagem uterina, seguida de colocação de sonda vesical de demora para garantir que a bexiga esteja vazia, ocitocina 5 UI intravenoso lento (pode ser repetido) e infusão de ocitocina (40 UI em 500ml de soro isotônico a 125ml/h, salvo quando restrição de fluido é necessária)¹¹.

A Febrasgo orienta que o manejo ativo no terceiro período é fundamental para reduzir morbimortalidade materna, uma vez que possui função preventiva e terapêutica, sendo capaz de evitar, no mínimo, metade dos casos de hemorragia que ocorreriam. Baseia-se na assistência ao parto por profissional qualificado, uso de uterotônicos imediatamente após o nascimento, clamping do cordão em tempo oportuno, tração controlada do cordão e massagem uterina após dequitação¹⁸.

A WHO recomenda a massagem uterina e o uso da ocitocina 10 UI intramuscular como uterotônico de primeira linha na profilaxia da hemorragia e ocitocina intravenosa sozinha, como primeira escolha no tratamento¹⁹.

Outros métodos farmacológicos estão sendo estudados como a ergometrina 0,5mg intravenoso ou intramuscular (contraindicado na mulher com hipertensão), carboprost 0,25mg intramuscular de 15/15 min (máximo:

8 doses) e misoprostol 600 mcg sublingual²⁰.

A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso da ergometrina ou outra prostaglandina em caso de falha terapêutica com ocitocina ou na indisponibilidade desta¹⁹. Já a FEBRASGO orienta o uso inicial de ergometrina, na ausência de ocitocina, prostaglandina, ou se os dois primeiros não estiverem disponíveis e, por fim, o ácido tranexâmico na falha de todos¹⁸.

O carboprost é uma prostaglandina que têm se mostrado efetiva no tratamento da hemorragia pós-parto em cesarianas. Apesar de poder ser administrado em até oito doses, os estudos mostram que após a terceira dose, o medicamento não mostrou melhora na hemorragia atônica. O misoprostol não é recomendado como primeira linha no tratamento de hemorragia pós-parto, sendo mais utilizada, em conjunto com a ocitocina, na prevenção¹³.

A Febrasgo recomenda o uso misoprostol 600 mcg, via sublingual, dentro do minuto seguinte ao nascimento dos ombros do recém-nascido e depois de assegurar que não há um segundo gemelar, ns situações em que a ocitocina não está disponível ou seu uso não é costumeiro¹⁸.

O ácido tranexâmico também constitui outra alternativa, principalmente em casos de falha terapêutica com a ocitocina e quando o sangramento for, pelo menos parcialmente, devido a trauma. Na falha dos métodos farmacológicos ou na sua indisponibilidade, é recomendado a realização do tamponamento intrauterino com balão. Foram estudados diversos tipos de balão, desde o cateter de Foley, Balão de Bakri, cateter de Sengstaken-Blakemore e cateter de condom. O balão urológico de Rusch, no entanto, têm sido descrito como primeira escolha, em virtude de sua larga capacidade, facilidade de uso e baixo custo. Um estudo mostra que o uso do balão de Rusch na atonia uterina foi efetivo no controle da hemorragia e em evitar histerectomia em mais de 90% das mulheres¹⁴.

Se o cuidado adequado não pode ser realizado de imediato, podem ser tentadas manobras temporárias. A WHO recomenda a compressão bimanual uterina, compressão aórtica externa e uso de traje anti-choque anti-pneumático como medidas para controle temporário da hemorragia pós-parto devido à atonia uterina, até que cuidado adequado seja instituído¹³.

Na falha dos métodos clínico-conservadores, faz-se necessário a intervenção cirúrgica. Os estudos mostram que a terapia cirúrgica deve ser instituída tão logo seja decidida a sua indicação. A sutura hemostática tem se mostrado efetiva no controle da hemorragia pós-parto severa e na redução na necessidade de histerectomia, sendo a de B-Lynch, a melhor versão. Ela é particularmente útil durante as cesarianas, na qual o útero já se encontra exposto, uma vez que necessita de histerotomia²¹.

A devascularização uterina seletiva e a ligadura das artérias ilíacas internas constituem métodos cirúrgicos no qual é realizado o bloqueio do fluxo arterial através da ligadura das artérias ovarianas e uterinas no primeiro caso e das ilíacas internas, no segundo. Alguns clínicos consideram a devascularização seletiva como primeira

linha no controle da hemorragia pós-parto. No entanto, outros estudos apontam para a lesão de ureter e redução da fertilidade como possíveis complicações, embora ainda seja controverso²¹.

A embolização seletiva arterial necessita de equipe da radiologia intervencionista e pode falhar em casos de cesariana, coagulação intravascular disseminada e transfusão de mais de 10 unidades de concentrado de hemácias, sendo recomendada na falha terapêutica da ligadura da artéria ilíaca²⁰.

Por último, a histerectomia é reservada para os casos de persistência do sangramento a despeito das tentativas conservadoras citadas anteriormente, e é especialmente recomendada nos casos de sangramento associado a placenta acreta ou ruptura uterina. A operação subtotal, com preservação do colo, é a técnica preferencial, salvo nos casos de trauma de colo ou placenta acreta no segmento inferior²⁰.

Vale ressaltar que alguns estudos investigaram o uso da abordagem combinada. No entanto, os resultados foram controversos e, portanto, o grau de recomendação ainda é insuficiente²¹.

Caso a atonia uterina seja excluída, deve-se proceder a investigação para as outras causas de hemorragia puerperal, como retenção placentária e lesões de trajeto. Assim, se a dequitação não ocorreu ou ocorreu de maneira incompleta deve-se preparar para uma possível re-exploração do canal de parto. A ocitocina intramuscular deve ser realizada nos dois casos, associado a tração controlada de cordão, injeção venosa infra-umbilical e remoção placentária manual (associado a dose única de antibiótico, preferencialmente a ampicilina ou uma cefalosporina de primeira geração) na persistência do sangramento, se a placenta ainda não dequitou e exploração manual ou curetagem ou aspiração, se dequitou de forma incompleta¹⁵.

Na laceração de trajeto, observa-se sangramento intenso e/ou choque com útero contraído. Deve-se realizar a exploração e revisão do canal de parto, em busca de lesões sangrantes para a realização de suturas, bem como identificar hematomas, sendo tratados com drenagem cirúrgica. Na persistência do sangramento, oferta-se o ácido tranexâmico. FERRAZ, 2012.

Por fim, o cuidado e assistência à mulher deve ser contínuo, através da observação de parâmetros clínicos e laboratoriais para acompanhamento da evolução da paciente. Em grandes perdas sanguíneas, sangramento persistente, instabilidade hemodinâmica e abordagens cirúrgicas, deve-se internar a paciente em unidade de cuidado intensivo¹⁵.

5. CONCLUSÃO

A hemorragia pós-parto é uma das principais complicações obstétricas com alta incidência de mortalidade materna após o parto, sendo esta, prevenível e capaz de ser controlada e cessada. Diante disso o pré-natal de qualidade torna-se essencial para a prevenção da hemorragia pós-parto.

O manejo ativo no terceiro período é fundamental para a prevenção da hemorragia e de suas complicações,

através de assistência adequada e por profissional habilitado, uso de ocitocina intramuscular ou intravenosa em dose profilática, tração controlada do cordão, clampeamento do cordão em tempo oportuno e verificação do tônus uterino após dequitação. Além disso, é durante o manejo ativo no terceiro período que se identifica a necessidade de intervenção terapêutica e condução da hemorragia pós-parto.

O manejo terapêutico deve ser rápido e eficaz, baseado nas medidas de estabilização hemodinâmica da paciente, seguida da identificação e tratamento da causa base. Nesse caso, é de fundamental importância o conhecimento dos métodos e medidas de intervenção, bem como suas indicações, graus de recomendações e possíveis complicações, treinamento da equipe para assistência adequada e a instituição de protocolos de manejo padronizados, para aumentar a eficácia e agilidade no tratamento.

Acredita-se que o fortalecimento desses três pilares: assistência pré-natal de qualidade, manejo ativo no terceiro período e prevenção e, por fim, o manejo terapêutico rápido e eficaz, será responsável pela redução na morbimortalidade materna e pela melhoria da qualidade da assistência e cuidado à mãe.

REFERÊNCIAS

- [1] Bustreo F, Requejo JH, Merialdi M, Presern C, Songane F. From safe motherhood, newborn, and child survival partnerships to the continuum of care and accountability: Moving fast forward to 2015. *Int J Gynecol Obstet*. 2012; 119(SUPPL.1):S6–8.
- [2] Alves ALL, Silva LB, Melo VH. Use of intrauterine balloons in patients with postpartum haemorrhage. *Femina* [Internet]. 2014 [cited 2018 Sept 10]; 42(4):193-201.
- [3] Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet* (London, England). 2007 Oct 13; 370(9595):1370–9.
- [4] Goffman D, Nathan L, Chazotte C. Obstetric hemorrhage: A global review. *Semin Perinatol*. 2016 Mar; 40(2):96–8.
- [5] Martins HEL, Souza ML, Arzuaga-Salazar MA. Maternal mortality from hemorrhage in the State of Santa Catarina, Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Oct; 47(5):1025-30.
- [6] Tunçalp O, Souza JP, Gülmezoglu M. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Dec; 123(3):254–6.
- [7] Bonomi IBA. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2012.
- [8] Periard AM, Rezende BM, Viegas Segundo E, Cosso FMG, Lopes JRB, França MA, et al. Uterine atony and postpartum hemorrhage. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2011 [cited 2018 Sept 15]; 21(4 Suppl 6):S1-S143.
- [9] Campos ES, Souza P, Rodrigues JNB. The importance of nursing care in puerperium for reduction of maternal morbidity and Mortality. *Rev Saúde Desenvol* [Internet]. 2014 July/Dec [cited 2018 Sept 15]; 6(3):8-24.
- [10] Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Ed. 29. Petrópolis-RJ; Vozes, 2010.
- [11] Macedo PC; Lopes HH. HEMORRAGIA PÓS-PARTO: UM ARTIGO DE REVISÃO. *Revista de Patologia do Tocantins*. 2017; 5(3).
- [12] Nair M, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Sellers S, Lewis G, Knight M. Factors associated with maternal death from direct pregnancy complications: a UK national case-control study. *BJOG*. 2015; 122:653-662.
- [13] Mavrides E. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJOG*. 2016; 124:106-149.
- [14] Baggieri RAA, Vicente GS, Santos JA, Cabalero MHC, Barbosa HM, Santos RS, et al. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2013; 56(2):96-101.
- [15] Bonomi IBA, Cunha SM, Trigueiro MC, Lobato ACL, Tavares RP. Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto. *Rev Med Minas Gerais*. 2012; 22(2):70-76,.
- [16] Gutierrez MC, Goodnough LT, Druzin M, Butwick AJ. Postpartum hemorrhage treated with a massive transfusion protocol at a tertiary obstetric center: a retrospective study. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2014; 21:230-235,.
- [17] Hoffman BL. Ginecologia de Willians. 2ed. AMGH: Porto Alegre. 2014.
- [18] Febrasgo. Manual de orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério. 2010.
- [19] WHO. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012.
- [20] Delaney L, Pozza L, Cunha B, Schreiner L. Hemorragia pós-parto. *Acta méd*. 2016; 37(7).
- [21] Frances EL. Management of Postpartum Hemorrhage. *Comparative Effectiveness Review*. Ahrq Publication. 2015; v.15.