



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**FACTORES DE RISCO ETIOLÓGICOS DA HEMORRAGIA PÓS-
PARTO EM GESTANTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL
DO KUIMBA, NO II TRIMESTRE DE 2023**

Autora: Wazolua Graça

Orientador: Sebastião Maurício Mbassi. Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**FACTORES DE RISCO ETIOLÓGICOS DA HEMORRAGIA PÓS-
PARTO EM GESTANTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL
DO KUIMBA, NO II TRIMESTRE DE 2023**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito para obtenção do grau de licenciatura em enfermagem, sob a orientação do Prof. Sebastião Maurício Mbassi, Lic.

.

Autora: Wazolua Graça

Orientador: Sebastião Maurício Mbassi. Lic.

Luanda, 2024

DEDICATÓRIA

À Deus todo poderoso por ter me dado o fôlego de vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos ao longo da formação.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, incentivaram-me nos momentos difíceis e tendo compreendido as minhas ausências enquanto me empenhava na elaboração deste trabalho.

Ao meu Orientador Sebastião Maurício Mbassi, por ter conduzido este trabalho com paciência e dedicação, sempre mostrando-se disponível a compartilhar todo o seu conhecimento.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA) por tudo que tem feito na formação de quadro e na organização eficiente, com esforço de todos os envolventes.

Aos profissionais do Hospital Municipal do Kuimba, pela colaboração e a gentileza demonstrada a quando da colheita de dados.

Aos colegas, amigos e conhecidos pela camaradagem e amizade vivida durante o período da nossa formação.

EPÍGRAFE

Como a doença amplia as
dimensões internas do homem!

Charles Lamb

RESUMO

As doenças hemorrágicas abrangem diversas condições clínicas, sendo caracterizadas por hemorragias de gravidade variável, espontâneas ou pós-traumáticas, em diferentes locais do corpo, presentes ao nascimento ou diagnosticados ocasionalmente, relacionadas a doenças hematológicas ou outras condições sistêmicas incluindo uso de medicamentos. Com o objectivo de Analisar o impacto da hemorragia em gestantes assistidas no Hospital Municipal do Kuimba, no II trimestre de 2023. Para elaboração deste trabalho utilizou-se o método exploratório com o delineamento bibliográfico. Constatou-se 35% correspondeu a faixa etária mais afectada das gestantes; cultura religiosa predominante foi a Católica com 51%; concernente aos dados clínicos 51% correspondem as complicações apresentadas pelas gestantes; 51% das HPP foi causada por presença de miomas uterino; quanto aos factores de risco 61% foi a grande multiparidade. Concluiu-se que, a prevenção é a melhor forma de combate às HPP. Ao passo que a principal estratégia de prevenção é o manejo activo do terceiro período do parto (período de dequitação), que é capaz de reduzir em mais de 60% os casos de hemorragia pós-parto.

Palavras-chave: Factor de risco, hemorragia e gestantes.

ABSTRACT

Hemorrhagic diseases encompass several clinical conditions, being characterized by hemorrhages of varying severity, spontaneous or post-traumatic, in different locations of the body, present at birth or occasionally diagnosed, related to hematological diseases or other systemic conditions including the use of medications. With the aim of analyzing the impact of hemorrhage on pregnant women treated at the Kuimba Municipal Hospital, in the first quarter of 2023. To prepare this work, we used the exploratory method with a bibliographic design. It was found that 35% corresponded to the most affected age group of pregnant women; religious culture, predominant was Catholic with 51%; concerning clinical data, 51% correspond to complications presented by pregnant women; 51% of PPH was caused by the presence of uterine fibroids; as for risk factors, 61% was grand multiparity. We conclude that prevention is the best way to combat PPH. While the main prevention strategy is the active management of the third period of labor (delivery period), which is capable of reducing cases of postpartum hemorrhage by more than 60%.

Keywords: Risk factor, hemorrhage and pregnant women.

SIGLAS E ABREVIATURAS

%: Porcentagem

10UI: 10 unidades internacionais

AAS: ácido acetilsalicílico

B-Lynch: ligadura das artérias uterinas e sutura compressiva

Bpm: batimento por minuto

CIVD: instabilidade hemodinâmica

EV: endovenosa

FC: frequência cardíaca materna

G: grama

HA: hemorragia anteparto

HPP: hemorragia pós-parto

IM: intramuscular

IMC: índice de massa corporal

IU/h: unidade internacional por hora

IV: intravenosa

Kg: quilograma

mg/dl: miligrama por decilitro

ml/h: mililitro por hora

ml: mililitro

mm³: milímetro cúbico

Nº: número

PAS: pressão arterial sistólica

PFC: plasma fresco congelado

PTM: protocolo de transfusão massiva

SNC: sistema nervoso central

TAN: traje anti-choque

U: unidade

UTI: unidades de terapia intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação e reposição volêmica em choque hipovolêmico.....	15
Tabela 2: População e amostra.....	40
Tabela 3: Distribuição da amostra segundo faixa etária.....	
Tabela 4: Distribuição da amostra segundo a proveniência das gestantes.....	43
Tabela 5: Distribuição da amostra segundo a cultura religiosa.....	44
Tabela 6: Distribuição da amostra segundo a profissão.....	45
Tabela 7: As complicações apresentadas pelas gestantes.....	46
Tabela 8: A etiologia da hemorragia pós-parto.....	47
Tabela 9: Factores de risco da hemorragia pós-parto.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo faixa etária.....	42
Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo a proveniência das gestantes.....	43
Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo a cultura religiosa.....	44
Gráfico 4: Distribuição da amostra segundo a profissão.....	45
Gráfico 5: As complicações apresentadas pelas gestantes.....	46
Gráfico 6: A etiologia da hemorragia pós-parto.....	47
Gráfico 7: Factores de risco da hemorragia pós-parto.....	48

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
1.1. Definições de Termos e Conceitos	5
1.2. Hemorragia pós-parto	6
1.3. Fisiopatologia da hemorragia pós-parto.....	7
1.4. Quadro clínico	7
1.5. Epidemiologia da Hemorragia pós-parto.....	8
1.6. Etiologia da Hemorragia pós-parto.....	9
1.7. Factores de risco para HPP	10
1.8. Tônus	11
1.8.1. Identificar atonia uterina.....	11
1.9. Trauma.....	12
1.10. Complicação da Hemorragia Pós-Parto.....	13
1.11. Achados Clínicos	15
1.12. Manejo	16
1.13. Tratamento.....	19
1.13.1. Tônus – Atonia Uterina	20
1.13.2. Trauma	24
1.13.3. Tecido	24
1.13.4. Trombina – Coagulopatias.....	25
1.14. A realidade para evitar mortes de hemorragia pós-parto	25
1.15. Tipo de parto que oferece maior risco de HPP para a mulher	26
1.16. A melhor estratégia para monitorar a perda sanguínea no pós-parto ..	26
1.17. Ocitocina e outras drogas podem ser utilizadas como profilaxia na HPP	27
1.17.1. A diluição segura para administração de 5 Unidades de Ocitocina, EV, em 3 min	29
1.18. A diferença entre Ocitocina e Ácido Tranexâmico	30
1.19. Caso de mulheres hipertensas, que não podem receber o Ergotrate ..	30

1.20. A reposição sanguínea	30
1.21. O protocolo mais actual para tratamento da HPP	32
1.22. Devemos considerar a histerectomia	33
1.23. Kit hospitalar para pronto atendimento à HPP	34
1.24. A conduta de um técnico em enfermagem na HPP	35
1.25. Nos casos de cesarianas em que acontece a atonia uterina	35
1.26. Profilaxia	36
1.27. Cuidado extra no pós-parto.....	36
1.28. A recuperação.....	37
1.29. Doenças Hemorrágicas.....	37
CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA	38
2.1. Tipo de Pesquisa	38
2.2. Modelo de abordagem	38
2.3. Níveis de Estruturação de Métodos	38
2.4. Técnicas de recolha de dados	39
2.5. Instrumentos e procedimentos	39
2.6. População e amostra	40
CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	41
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados.....	41
3.2. Discussão dos resultados	48
CONCLUSÕES	49
SUGESTÕES	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICE	
ANEXO	

1. INTRODUÇÃO

Abrimos este capítulo com as definições de um conjunto de termos que estruturam o nosso trabalho sobre a hemorragia pós-parto (HPP) ou hemorragia puerperal, é uma patologia que se caracteriza como uma emergência obstétrica e é hoje uma das principais causas de mortalidade no mundo.

As doenças hemorrágicas abrangem diversas condições clínicas, sendo caracterizadas por hemorragias de gravidade variável, espontâneas ou pós-traumáticas, em diferentes locais do corpo, presentes ao nascimento ou diagnosticados ocasionalmente, relacionadas a doenças hematológicas ou outras condições sistêmicas incluindo uso de medicamentos.

Sistematizamos as principais questões sobre Manejo da Hemorragia no Pós-Parto abordadas durante Exercício laboral do dia-dia no Hospital Municipal do Kuimba com as pacientes.

A hemorragia pós-parto é uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna no mundo. Ela ocupa a segunda causa de morte materna, perdendo apenas para os distúrbios hipertensivos. No mundo, ocorrem 14 milhões de casos de hemorragia pós-parto todos os anos.

Desse grupo, 140 mil mulheres morrem por causa da hemorragia obstétrica, o que representa uma morte a cada 4 minutos. Dessa forma, todo profissional de saúde, que trabalha com obstetrícia, terá contacto, em algum momento da sua vida profissional, com casos de hemorragia pós-parto. Daí a necessidade de estarem preparados para abordar tal quadro.

A hemorragia pós-parto pode ser definida como a perda sanguínea maior que 500 ml no pós-parto vaginal ou maior que 1000 ml na cesariana. Contudo, o mais importante é considerar que qualquer perda sanguínea capaz de causar instabilidade hemodinâmica deve ser considerada como um caso de hemorragia pós-parto importante.

A maioria dos casos de morte materna por hemorragia pós-parto é evitável. Acredita-se que muitas dessas mortes poderiam ser evitadas, através da implantação de medidas de complexidade variável, propostas desde o pré-natal até

o período puerperal. O tratamento da hemorragia não deve ser o único objectivo das discussões sobre o tema, mas também as estratégias de prevenção das hemorragias.

Existem várias estratégias que podem ajudar a evitar um quadro de hemorragia ou mesmo reduzir a sua gravidade. Isso pode começar no pré-natal. É importante tratar adequadamente a anemia nas gestantes.

É importante valorizar a elevação do nível pressórico durante a gravidez, para se evitar as complicações hemorrágicas, da pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional, tais como a Síndrome HELLP. Tem-se, também, que trabalhar para aumentar o acesso das pacientes ao pré-natal. Uma paciente sem pré-natal é uma paciente com maior risco para hemorragia.

No período intraparto, deve-se ter cuidados em relação ao uso da Ocitocina. Isso não significa não utilizar Ocitocina, mas sim utilizá-la de forma racional. Ela é uma droga muito importante durante a assistência ao trabalho de parto, mas seu uso excessivo traz malefícios, sendo um deles o aumento do risco da hemorragia puerperal.

Tem se observado um número crescente de casos de acretismo placentário, que culminam com quadros graves de hemorragia. O acretismo placentário tem como um de seus principais factores de risco, a cicatriz cirúrgica do útero (que inclui a cesariana).

Tendo em conta o problema constatado, formulamos a seguinte pergunta de partida:

“Quais são os factores etiológicos da hemorragia pós-parto em gestantes assistidas, no Hospital municipal do Kuimba/Zaire no II Trimestre de 2023?”

Hipóteses

Hipótese é uma proposição que pode ser colocada à prova para determinar sua validade.

Segundo Lakatos & Marconi (2014, p.88), afirmam que “hipótese é uma suposição que fazemos na tentativa de explicar o que desconhecemos e o que pretendemos demonstrar, testando as variáveis, poderão legitimar ou não o que queremos responder”.

H1: A grande multiparidade representa um factor negativo do impacto da hemorragia pós-parto nas gestantes.

H2: Laceração do canal de parto e parto prolongado são as possíveis causas da hemorragia pós-parto.

- **Objectivos**

Segundo Marconi & Lakatos (2014), os objectivos definem a natureza do trabalho, o tipo de problema, o material à colectar, etc.

- **Geral**

Analisar o impacto da hemorragia em gestantes assistidas no Hospital Municipal do Kuimba, no II trimestre de 2023.

- **Específicos**

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico das gestantes assistidas no Hospital Municipal do Kuimba, no II trimestre de 2023.
2. Identificar o impacto e a etiologia de hemorragia pós-parto.
3. Descrever os factores de risco de hemorragia em gestantes.
4. Enumerar as complicações da hemorragia em gestantes.

- **Delimitação e limitação**

De acordo Marconi & Lakatos, (2014 p 36), “delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação. A mesma pode ser delimitada em relação ao assunto, espaço à extensão” entre outros factores.

- **Delimitação**

Em função da natureza da nossa pesquisa e dos objectivos traçados, o nosso tema delimita-se nos factores etiológicos da hemorragia pós-parto em gestantes assistidas, no Hospital municipal do Kuimba/Zaire no II Trimestre de 2023.

- **Limitação**

O nosso estudo tem como intervenientes as gestantes assistidas no Hospital Municipal do Kuimba no II trimestre de 2023.

- **Justificativa**

No que diz respeito a motivação pela escolha do tema, o elevado número de casos que seguem o tratamento ambulatorio, urge a necessidade de debruçar-se sobre a temática. Daí, pretendemos analisar e aprofundar as possíveis causas que estão na base de hemorragia em gestantes. entretanto, espera-se que este estudo sirva de instrumento de pesquisa para os profissionais de saúde e dos estudantes e todos os necessitados por conhecimento científico-acadêmico relativos as suas mais variadas formas de combate e prevenção.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições de Termos e Conceitos

Factor de risco:

- Um factor de risco é uma característica, condição ou comportamento que aumenta a probabilidade de ter uma doença ou lesão. Os factores de risco são muitas vezes apresentados individualmente, no entanto, na prática não ocorrem isoladamente. Frequentemente coexistem e interagem uns com os outros. Duarte, (2017 p.97).
- Factor de risco, em se tratando de saúde, é qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde, a exemplo dos múltiplos factores causais das doenças hemorrágicas.
- Factores de **risco** é um termo amplo e muito utilizado em epidemiologia e bioestatística para apresentar algumas medidas estatísticas que verificam a associação de causas.
- Segundo o nosso ponto de vista o termo risco popularmente, além do sentido de possibilidade ou chance, tem o sentido de perigo.

Hemorragia:

- É a perda de sangue devido ao rompimento de um vaso sanguíneo, veia ou artéria, alterando o fluxo normal da circulação; Rezende, (2017, p 67).
- Saída de sangue abundante e não controlada e que pode causar morte, entre 3 a 5 minutos; Montenegro, (2017, p 25).
- Perda de sangue do sistema circulatório, devido à ruptura dos vasos sanguíneos. Dias, (2017 p 88)
- No nosso ponto de vista é uma condição caracterizada pela perda de sangue que ocorre após um ferimento , trauma ou algum outro incómodo correspondente de um rompimento de vaso sanguíneo.

Gestantes:

- Adjectivo: que tem em si o embrião, que está em gestação. Malhotra, (2014).
- Mulher em período de gestação ou gravidez. Hanesian, (2017, p 64).
- É a mulher que conserva o produto da concepção. (Oliveira, et.al, 2019).
- No nosso ponto de vista é a mulher que está grávida e que conserva o embrião dentro do útero.

1.2. Hemorragia pós-parto

De acordo (Marcos, 2019), nas doenças hemorrágicas a hemostasia encontra-se prejudicada. A hemostasia é um processo fisiológico que tem como objectivo manter o sangue em estado fluido dentro dos vasos sanguíneos, sem que haja hemorragia ou trombose. Este processo depende da interacção de várias proteínas e células no sangue. As doenças hemorrágicas são divididas em dois grandes grupos, a depender onde se encontra a falha na hemostasia.

Podem ocorrer como resultado de uma disfunção ou redução dos níveis de plaquetas (pequenos corpos em forma de disco na corrente sanguínea que ajuda no processo de coagulação) como são o caso das púrpuras e outros distúrbios plaquetários. As doenças hemorrágicas também podem ser causadas por níveis reduzidos ou ausência de algumas proteínas do sangue, conhecidos como factores de coagulação; (Oliveira, 2019).

A hemorragia anteparto (HA) é definida como sangramento vaginal após 24 semanas de gestação e sua incidência estimada é de 2-5% de todas as gestações. (Febrasgo, 2019). As complicações incluem choque materno, hipóxia fetal, parto prematuro e morte fetal. Dentre as causas, estão:

- Placenta prévia,
- Descolamento prematuro da placenta,
- Rotura uterina
- Trauma.

Segundo (Marcos, 2019) o fluxo de hemorragia é um sinal de alerta para procurar imediatamente um serviço de emergência. Sangramento intenso pode indicar um problema sério, sangramento com fluxo menor porém com duração longa por vários dias, também devem ser comunicados ao obstetra a morbimortalidade materna, neonatal e fetal, constituem importantes indicadores da saúde materna e infantil, representando eventos de grande magnitude.

A gestação é um fenómeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse facto, há uma parcela

pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”; (Chambliss, 2022).

O pós-parto ou puerpério compreende um período na vida de uma mulher no qual ocorrem manifestações involutivas e recuperativas do organismo materno após o parto, em que os profissionais de saúde devem fornecer informações e realizar avaliações específicas, uma vez que está sujeito a complicações.

Divide-se em puerpério imediato que vai do (1º ao 10º dia pós-parto), tardio vai do (11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia) (Baratieri; Natal, 2019). Um dos principais problemas deste intervalo é a hemorragia pós-parto (HPP), definida como a perda sanguínea acima de 500 mL após parto vaginal ou acima de 1.000 mL após cesariana nas primeiras 24 horas ou, ainda, qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica (Alves et al, 2020).

1.3. Fisiopatologia da hemorragia pós-parto

De acordo Febrasgo, (2019 p 46), os principais factores de risco que predispõem a grávida à HPP podem ser lembrados com o mnemônico dos “4Ts”: Tônus (atonía uterina - 70%), Trauma (lacerações e hematomas do canal de parto, ruptura uterina - 19%), Tecido (restos placentários - 10%), Trombina (distúrbios da coagulação - 1%). Todos esses factores alteram, de alguma forma, o controlo do sangramento que ocorre após a saída da placenta.

1.4. Quadro clínico

Segundo (Montenegro, 2017), a falha no controlo desse sangramento pode levar a paciente a ter comprometimento do estado geral e instabilidade hemodinâmica. Por isso, avaliar o tônus uterino através da palpação, procurando perceber a presença do globo de segurança de Pinnard, é fundamental. Sinais como palpitações, tontura, taquicardia e pressão arterial (PA) alterada são indícios de que a hemorragia pode não estar controlada. Além disso, enchimento capilar lento, oligúria e palidez podem ser indicativos da evolução do quadro.

Assim, para estimar a perda volêmica da paciente, utilizam-se alguns métodos quantitativos para realização do diagnóstico precoce, a fim de reduzir a

morbimortalidade relacionada a HPP. A estimativa visual é a mais utilizada. Entretanto, com esse método, grandes sangramentos tendem a ser subestimados e, pequenos sangramentos, superestimados.

Além disso, a estimativa visual não é capaz de avaliar sangramentos ocultos. Por isso, outros métodos, como a pesagem das compressas utilizadas para estancar o sangramento e o uso de coletores volumétricos podem ser utilizados. Todavia, em ambos esses métodos, a mistura do líquido amniótico com o sangue pode interferir na acurácia dos resultados.

Estimativa visual das compressas de acordo com quantidade de sangue perdida. A estimativa clínica, feita através da avaliação dos sinais vitais e do índice de choque (IC) são muito úteis na prática clínica, tanto para estimar a gravidade da HPP, quanto para avaliar a resposta ao tratamento. Entretanto, as manifestações normalmente são tardias e, por isso, não se deve esperar o surgimento dos sinais da instabilidade. O índice de choque é avaliado através da frequência cardíaca/pressão arterial sistólica. A partir do valor encontrado, é possível direcionar a intervenção. Febrasgo, (2019 p 46).

1.5. Epidemiologia da Hemorragia pós-parto

A hemorragia pós parto constitui como uma das principais causas de morte materna no mundo actualmente, sendo responsável por cerca de 25% dos óbitos. Apesar da redução importante de tal prevalência nas últimas décadas, observa-se que a ocorrência de mortes em países subdesenvolvidos possui números mais significativos, pois a mortalidade materna nestes casos está directamente relacionada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e baixa qualidade de tais serviços; (Montenegro, 2017).

Além disso, o risco de óbito materno depende não somente da quantidade de sangue perdida, mas também do estado prévio de saúde da mulher. Apesar de redução da incidência e prevalência nas últimas décadas, a HPP ainda é a segunda causa de mortes maternas, ficando atrás apenas das mortes causadas por doenças hipertensivas; (Rezende, 2017).

A incidência de tal doença varia mundialmente e está directamente relacionada ao método de diagnóstico utilizado, já que estudos retrospectivos realizados em lugares que utilizam do método quantitativo de perda sanguínea

parecem demonstrar maiores índices de incidência (cerca de 10 %) do que aqueles que utilizam os métodos qualitativos (de 1 a 5%), pois este último método utiliza parâmetros subjectivos; (Oliveira, 2019).

1.6. Etiologia da Hemorragia pós-parto

As principais causas de HPP são a atonia uterina, lacerações do canal de parto e retenção de fragmentos placentários em cavidade uterina. Estas causas estão presente em um grupo maior de etiologias que podem ser lembradas pelo mnemônico dos 4T's: tônus, tecido, trauma e trombina; (Rezende, 2017).

O sangramento pós parto, conhecido como lóquio, dura algumas semanas e é caracterizado por haver saída de quantidades de sangue semelhante à menstruação, sendo considerado normal.

Segundo (Chambliss, 2022), quando é verificada perda de quantidades excessivas de sangue, é sinal de hemorragia, cuja causa deve ser identificada e o tratamento ser iniciado logo em seguida. Algumas das possíveis causas da hemorragia pós-parto são:

- Trabalho de parto prolongado, por mais de 12 horas;
- Atonia uterina, que é a perda da capacidade de contracção do útero após saída placenta;
- Grande distensão do útero durante a gravidez de gêmeos ou mais bebês;
- Presença de miomas no útero, o que dificulta a contracção do útero durante o trabalho de parto;
- Uso de medicamentos, como relaxante muscular, ou de grandes quantidades de magnésio durante a gravidez;
- Ferida no útero causada por um parto espontâneo;
- Alterações no processo de coagulação sanguínea, em que a paragem do sangramento é mais difícil;
- Quando um ou mais factores estão presentes o risco de hemorragia após o parto é ainda maior.

Apesar de ser mais comum durante o parto esta hemorragia também pode acontecer até o primeiro mês depois do parto, casos tenham ficado vestígios da

placenta ainda colada ao útero, no entanto, este último não coloca a vida da mãe em risco de morte; (Rezende, 2017).

A causa mais comum de HPP é a atonia uterina, que representa de 70 a 80% dos casos. O diagnóstico de atonia uterina é realizado quando se verifica que o útero não se torna firme após o terceiro estágio do parto. Distúrbios placentários, como placenta prévia, podem levar a atonia uterina, assim como produtos conceptivos. Uma HPP prévia e trabalho de parto prolongado são factores de risco importantes para a ocorrência de HPP; (Rezende, 2017).

De acordo (Febrasgo, 2019) o trauma é uma causa significativa de HPP e pode ser associado com ruptura uterina ou incisões cirúrgicas e representa de 15 a 20% dos episódios de HPP. Retenção de tecidos como gases, membranas por causa de HPP em até 10% dos casos. Anormalidades da coagulação representam cerca de 1% das HPP. Alguns autores dividem as causas de atonias uterinas nos chamados quatro Ts, que seriam:

1. Alterações do tônus uterino

- ✓ Atonia uterina

2. Trauma

- ✓ Laceração de colo do útero, vagina e períneo
- ✓ Ruptura ou inversão uterina
- ✓ Trauma não genital (por exemplo, lesão hepática subcapsular)

3. Produtos teciduais

- ✓ Produtos retidos, placentários (gases, membranas ou coágulos, placenta anormal).

4. Alterações da coagulação (T de trombina)

- ✓ Anormalidades de coagulação ou plaquetárias, como doença de Von Willebrand, coagulação intravascular disseminada (CIVD), entre outras.

1.7. Factores de risco para HPP

De acordo (Chambliss, 2022), os factores de risco para hemorragia pós-parto incluem:

- ✓ Idade materna aumentada (> 35 anos)
- ✓ Etnia asiática

- ✓ Obesidade índice de massa corporal (IMC) > 35 kg/m²
- ✓ Grande multiparidade
- ✓ Anormalidades uterinas existentes (por exemplo, anomalias anatômicas, miomas)
- ✓ Doenças maternas: doença de Von Willebrand, plaquetopenia autoimune, trombocitopenia causada por pré-eclâmpsia/hipertensão gestacional, CIVD
- ✓ História de HPP anterior ou tecido de placenta retida
- ✓ Anemia inferior a 9 g/dl no início do trabalho de parto
- ✓ Macrosomia maior que 4 kg
- ✓ Morte fetal intrauterina
- ✓ Trabalho de parto prolongado
- ✓ Embolia de líquido amniótico
- ✓ CIVD trombina
- ✓ Trauma do trato genital (por exemplo, episiotomia, útero rompido)
- ✓ Hipotonia induzida por drogas (por exemplo, anestésico, sulfato de magnésio)
- ✓ Distensão da bexiga evitando a contração uterina.

1.8. Tônus

A atonia uterina é a principal causa da hemorragia pós-parto, que resulta da impossibilidade de o útero contrair de forma eficaz a fim de impedir sangramentos originados dos vasos localizados no sítio de implantação da placenta. É o responsável por cerca de 70 a 80% de todos os casos; (Oliveira, 2019).

1.8.1. Identificar atonia uterina

A atonia uterina pode ser identificada através da palpação do útero.

Toda vez que se tem um quadro de hemorragia pós-parto deve-se procurar o mnemônico dos 4 T:

- Tônus: através da palpação, percebendo se o útero está sangrando ou não. (A atonia uterina é a causa mais comum de hemorragia pós-parto, com cerca de 70% dos casos);

- Trauma: avaliando o canal do parto e especialmente o colo do útero (se o cérvix está sangrando, se há presença de hematoma);
- Tecido: avaliar restos placentários. Se necessário avaliar o interior do útero, mas não fazer curetagem de rotina, pois não há evidências que sustentem essa prática;
- Coagulopatia (Trombina): verificar a presença da Síndrome HELLP nas pacientes com pré-eclâmpsia; avaliar uso de medicamentos tais como: AAS, heparina; avaliar se a paciente não tem uma doença de base que predisponha aos distúrbios de coagulação, ou mesmo Coagulação Intravascular Disseminada; (Montenegro, 2017).

A coagulopatia pode ser verificada através da clínica, da história da paciente e de exames laboratoriais. As pacientes com hemorragia podem ter mais de uma causa de hemorragia (ocorrer associação de atonia uterina com uma laceração, coagulopatia ou retenção placentária); (Oliveira, 2019).

- Os principais factores de risco para a atonia uterina são:
 - ✓ Hiperdistensão uterina (macrossomia fetal, gestação múltipla, poliadramnia);
 - ✓ Indução do trabalho de parto (uso de tocolíticos);
 - ✓ Anestesia ou analgesia (uso de halogenados);
 - ✓ Trabalho de parto rápido ou prolongado;
 - ✓ Corioamnionite;
 - ✓ Atonia uterina pregressa.

1.9. Trauma

O nascimento do bebé pode estar associado a algum traumatismo do canal de parto, inclusive útero, colo, vagina e períneo, que está relacionado com cerca de 15 a 20% dos casos de HPP. As lacerações e hematomas decorrentes de tal processo se configuram como potenciais causadores de importante perda sanguínea; (Rezende, 2017).

A episiotomia também pode aumentar o sangramento e deve ser evitada de rotina. Além disso, eventos menos comuns como a ruptura uterina e inversão uterina também podem levar a perdas sanguíneas importantes; (Chambliss, 2022). Os principais factores de risco para a perda sanguínea por trauma são:

- Episiotomia e lacerações;
- Parto a fórceps ou a vácuo;
- Cesariana ou histerectomia;
- Feto macrossômico;
- Ruptura uterina;
- Inversão uterina;
- Manobra de Kristeller;
- Multiparidade.

Laceração vaginal de primeiro grau à direita e hematoma do triângulo perineal anterior à esquerda, associado a uma laceração vaginal depois de parto espontâneo de uma paciente com coagulopatia de consumo causada por esteatose hepática aguda da gravidez; (Rezende, 2017).

1.10. Complicação da Hemorragia Pós-Parto

A hemorragia pós-parto (HPP) é a complicação mais comum do trabalho de parto. É definida como sangramento excessivo nas primeiras 24 horas após o nascimento e representa uma das cinco maiores causas de mortalidade materna. A hemorragia que ocorre após 24 horas do parto até 6 a 12 semanas é chamada de HPP tardia; (Oliveira, 2019).

Em uma situação emergencial, o diagnóstico geralmente ocorre por meio da estimativa de perda de volume sanguíneo e das respostas hemodinâmicas, como hipotensão, taquicardia e oligúria. A HPP de mais de 500 ml após o parto vaginal afecta de 5 a 10% de todos os partos e corresponde a até 25% das mortes obstétricas; (Montenegro, 2017).

As directrizes do American College of Obstetricians and Gynecologists definem HPP como a perda cumulativa de 1.000 ml de sangue ou sangramento com sinais de hipovolemia nas primeiras 24 horas do parto. Essa definição diminuiu o número de diagnósticos errôneos de HPP, mas a mesma directriz considera que sangramento após parto vaginal maior que 500 ml não deve ser considerado normal; (Chambliss, 2022).

Outras definições de HPP incluem perda de sangue superior a 500 ml após o parto vaginal ou superior a 1.000 ml após a cesariana. A HPP é considerada grave quando a perda de sangue for maior que 2.500 ml; (Clark, 2022).

As consequências da HPP estão relacionadas ao grau de perda de sangue e às medidas de ressuscitação. O útero em plena gestação recebe 600 ml de sangue por minuto, colocando a mulher em risco de perdas massivas de sangue em curto espaço de tempo. Durante a HPP, ocorre contracção importante do miométrio, o que comprime os vasos sanguíneos no leito placentário e provoca hemostasia mecânica; (Montenegro, 2017).

Factores hemostáticos como o factor tecidual e o inibidor do plasminogênio activado são liberados localmente, ajudando a hemostasia. Gestantes apresentam algumas vantagens quando em comparação com outros cenários clínicos, relacionadas à idade materna e à adaptação materna da gestação, o que inclui expansão volêmica; (Oliveira, 2019).

A idade materna média no parto é de 24 anos, e este ocorre em um momento da vida em que as mulheres estão no auge de sua condição fisiológica. Mulheres nessa idade são tipicamente saudáveis e não têm comorbidades significativas. Diferentemente de outras populações de pacientes, mulheres gestantes não apresentam grandes problemas com hemorragias moderadas e geralmente se recuperam sem sequelas; (Marcos, 2019).

Mais importante do que isso, a adaptação do volume sanguíneo na gestação confere uma vantagem contra a perda excessiva de sangue que é única. Essa expansão de volume começa no final do primeiro trimestre e resulta em aumento de 50% no volume sanguíneo, o que leva a aumento de 1.000 a 1.500 ml de sangue circulante no momento do parto. Considerando que a perda média de sangue no parto vaginal é de 500 ml e que na cesariana é de 1.000 ml, a maioria das mulheres tem ampla reserva para perda de sangue de rotina; (Montenegro, 2017).

1.11. Achados Clínicos

Os achados clínicos são relacionados à presença de hemorragia e às suas consequências, como hipovolemia. É importante lembrar que a perda de sangue é frequentemente subestimada, e a HPP pode ser detectada primeiro por alterações hemodinâmicas; (Oliveira, 2019).

Uma vez que a paciente mostra sinais de comprometimento hemodinâmico, pode ter sido perdido mais de 1.500 ml de sangue. O papel da hipotensão permissiva na gestante é incerto, porque há preocupação de que isso possa comprometer o bem-estar fetal e a contratilidade uterina no período pós-parto; (Rezende, 2017).

Podemos estimar e estagiar a perda sanguínea na HPP da seguinte forma:

- ✓ Estádio 0: todas as gestantes após parto.
- ✓ Estádio1: perda de sangue suficiente para definir HPP, ou frequência cardíaca > 110bpm, ou pressão arterial $\leq$ 85/45 mmHg, ou saturação de oxigênio < 95%.
- ✓ Estádio 3: perda sanguínea > 1.500 ml, ou necessidade de transfusão maior que duas unidades de concentrado de hemácias, ou instabilidade hemodinâmica, ou CIVD.

Podemos ainda consultar a classificação de hemorragia utilizada para trauma, sumarizada no quadro 1.

Tabela 1: Classificação e reposição volêmica em choque hipovolêmico

	GRAU I	GRAU II	GRAU III	GRAU IV
Perda De Sangue	< 750 ml	750-1.000 ml	1.500-2.000 mL	> 2.000 ml
% Volemia	< 15%	15-30%	30-40%	> 40%
Frequência Cardíaca	< 100 bpm	100-120 bpm	120-140 bpm	> 140 bpm
Diurese	> 30 ml/h	20-30 ml/h	5-15 ml/h	< 5 ml/h
SNC	Ansiedade leve	Ansiedade moderada	Confusão	Confusão ou letargia
Ressuscitação Volêmica	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides e sangue	Cristaloides e sangue

Fonte: (Montenegro, 2017).

1.12. Manejo

A prevenção é essencial, tentando-se identificar os pacientes de risco. O uso de medicações que aumentam o tônus uterino, como a ocitocina, junto com o manejo activo do terceiro estágio do parto, é importante. Essas medidas reduzem a incidência de HPP em 30 a 40%. O uso de misoprostol associado a ocitocina no momento do parto também pode diminuir a incidência de atonia uterina; (Cesar, 2019).

A resposta inicial à HPP requer uma abordagem multidisciplinar da equipa para restaurar o estado hemodinâmico enquanto simultaneamente tenta-se identificar e tratar a causa específica do sangramento; (Clark, 2022).

O sangramento geralmente começa no momento da separação da placenta. Embora possa ser rápido e óbvio, às vezes é mais sutil e pode ser constante e implacável. Diante da perda de outros fluidos que ocorre com o parto, incluindo líquido amniótico e urina, a quantidade de perda de sangue é frequentemente subestimada; (Oliveira, 2019).

É importante levar em consideração os volumes de perda de sangue em lençóis e curativos encharcados de sangue. O sangramento constante visto inicialmente pode parecer moderado, mas pode persistir até que a hipovolemia ocorra. Para complicar ainda mais, a frequência cardíaca e a pressão arterial não mudam significativamente até que grandes quantidades de sangue tenham sido perdidas; (Montenegro, 2017).

Uma vez que a HPP for identificada, as medidas de ressuscitação devem ser realizadas rapidamente, incluindo obtenção de acesso intravenoso com dois grandes calibres para infusão rápida de cristaloides e sangue, colocação de um cateter vesical para monitorar a produção de urina e um esforço feito para identificar a causa (ou seja, atonia uterina, laceração genital ou outros diagnósticos). Equipas cirúrgicas e de anestesia devem ser mobilizadas conforme necessidade e apropriadamente treinadas para essas situações; (Rezende, 2017).

O sangue deve ser colectado para mensurar hematócrito, electrólitos, função renal e hepática, teste de coagulação, níveis de fibrinogênio e provas sanguíneas

cruzadas. A infusão de solução cristaloide intravenosa em até 1 a 2 L pode ser usada inicialmente e será eficaz em casos leves de hemorragia. Coloides também podem ser usados, mas não têm nenhuma vantagem demonstrável sobre os cristaloides; (Chambliss, 2022).

Se a hemorragia for muito rápida ou significativa, o comprometimento hemodinâmico deve levar em consideração o uso precoce de sangue, em vez de doses repetidas de cristaloide. Caso a paciente esteja sangrando ou apresente instabilidade hemodinâmica após administração de 2L de cristaloide intravenoso, deve-se administrar concentrado de hemácias; (Montenegro, 2017).

Unidades de sangue O negativo podem ser necessárias inicialmente, seguidas por sangue específico do grupo apropriado da paciente. O uso de plasma fresco congelado (PFC), plaquetas e crioprecipitado pode ser indicado em HPP grave, com início do departamento de protocolo de transfusão massiva (PTM); (Febrasgo, 2019).

O objectivo do PTM é accionar uma resposta multidisciplinar ao sangramento grave. O suporte para transfusão deve ocorrer simultaneamente a medidas para conter o sangramento. A hemorragia obstétrica é frequentemente subestimada e pode ser ocultada por atrasos no reconhecimento, o que agrava a hemorragia, bem como a morbidade materna e a mortalidade; (Rezende, 2017).

Coagulopatia profunda e CIVD podem se desenvolver rápida e precocemente. Atualmente não há evidência ou consenso para orientar a proporção ideal da substituição de hemocomponentes na hemorragia obstétrica. A prática usual é usar proporções semelhantes às do trauma. Alguns autores preconizam o uso de um protocolo de transfusão massiva em situações em que ocorre:

- ✓ Sangramento activo e uso de quatro unidades de concentrado de hemácias dentro de 4 horas mais instabilidade hemodinâmica;
- ✓ Perda de sangue estimada superior a 2,5 L;
- ✓ Sinais clínicos ou laboratoriais de coagulopatia.

O protocolo de hemorragia maciça incorpora a administração precoce de ácido tranexâmico intravenoso (1 g IV por 10 minutos), múltiplas unidades de

concentrados de hemácias e o uso de outros produtos sanguíneos; (Montenegro, 2017).

O PFC é administrado para corrigir a coagulopatia (alvo de INR < 1,5); plaquetas para manter a contagem de plaquetas acima de 50.000 céls. /mm³; e fibrinogênio ou crioprecipitados para manter o fibrinogênio sérico acima de 2,5g/l.

O ácido tranexâmico pode ser benéfico na redução do risco de morte devido a HPP. O factor VII activado recombinante também pode ser usado, embora geralmente após discussão com hematologista. Antes de massagear o fundo do útero, deve-se certificar de que a placenta foi liberada e está completa; (Oliveira, 2019).

Uma placenta aderente ou incompleta no contexto de HPP pode exigir transferência para a sala cirúrgica para remoção do útero. Se a placenta for liberada, deve-se verificar se a ocitocina foi usada e massagear o fundo do útero para promover a contracção. Deve-se expulsar qualquer coágulo de sangue do útero e certificar-se de que a bexiga esteja vazia; (Rezende, 2017).

A inspecção cuidadosa da vagina, do colo do útero e do períneo deve ser feita para confirmar ou excluir o trauma genital como causa de sangramento contínuo. Deve-se pinçar vasos arteriais óbvios e reparar lacerações. Transferência para uma sala cirúrgica pode ser necessária para permitir inspecção completa da vagina, do colo do útero e do útero e realizar os reparos necessários. Deve-se suspeitar de ruptura uterina em uma paciente com forte dor abdominal; (Clark, 2022).

No exame, o útero é palpável como uma massa macia. O tratamento da atonia uterina geralmente é clínico e consiste na administração de derivados de oxitocina e/ou prostaglandina. Realiza-se a compressão bimanual, uma técnica relativamente fácil que controla a maioria das hemorragias uterinas. Nessa técnica, o aspecto posterior do fundo uterino é massageado através do abdome enquanto a parede anterior do útero é massageada através da vagina com a outra mão. Isso deve ser feito enquanto o tratamento médico é realizado; (Chambliss, 2022).

Pode-se usar cinco unidades de ocitocina IV ao longo de 1 a 2 minutos seguidas por uma infusão de 5 a 10 IU/h (30unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina 0,9% a 83-167 ml/h). Outros medicamentos usados para a atonia

uterina incluem misoprostol 800 a 1.000 µge/ou ergometrina 250 µg por via intravenosa ou via intramuscular. Efeitos colaterais incluem náuseas, vômitos, diarreia, febre, hipertensão e broncoconstrição. Seu uso é contraindicado a mulheres com asma e hipertensão; (Montenegro, 2017).

A persistência de atonia uterina necessita de imediata transferência para serviço de emergência para identificar e remover os produtos retidos, enquanto também se emprega a compressão uterina bimanual como uma medida temporal; (Clark, 2022).

As coagulopatias devem ser consideradas e devem ser procuradas especificamente com testes e manejadas conforme as recomendações de literatura. Todas as mulheres com HPP grave devem ser avaliadas para a presença de CIVD, que pode ocorrer como consequência de descolamento da placenta, eclâmpsia, embolia de líquido amniótico, infecções pós-parto e diluição de factores de coagulação causados por ressuscitação volêmica agressiva; (Febrasgo, 2019).

Outras causas cirúrgicas devem ser descartadas após o manejo de todas as causas reversíveis que requerem cirurgia urgente com possível laparotomia. As causas incluem ruptura uterina ou inversão e atonia persistente ou ruptura sub capsular hepática ou embolia do líquido amniótico. Procedimentos cirúrgicos para sangramento intratável incluem suturas no útero, ligadura bilateral da artéria uterina, embolização angiográfica de sangramento dos vasos e histerectomia; (Rezende, 2017).

1.13. Tratamento

É importante lembrar-se das causas da hemorragia pós-parto, através do mnemônico dos 4T's:

- ✓ Tônus
- ✓ Trauma
- ✓ Tecido
- ✓ Trombina

Tratar a hemorragia pós-parto sem saber a causa é inadequado. Contudo, na dúvida, inicia-se o tratamento pela atonia uterina, pois é a causa mais comum de hemorragia pós-parto, mas continua-se a investigação de outras possíveis causas. Há também o sangramento relacionado à Doença Trofoblástica Gestacional (mola hidatiforme), especialmente para aquelas pacientes que sangram após 24 horas pós-parto, em sangramentos mais tardios. É importante ter um sequenciamento do atendimento da hemorragia pós-parto em mente. Nele, sempre o primeiro passo é pedir ajuda chamar a equipa; (Montenegro, 2017).

1.13.1. Tônus – Atonia Uterina

Em uma paciente com atonia uterina, a primeira manobra é a compressão bimanual do útero. Não é uma massagem, mas sim uma compressão. Ela deve ser mantida enquanto a equipe vai preparando os medicamentos (Ocitocina). Existem diversos protocolos sobre quais medicações e/ou doses devem ser utilizadas, mas o mais importante é que a maternidade adote um protocolo para que a equipe não tenha dúvidas sobre qual medicamento utilizar; (Oliveira, 2019).

O primeiro medicamento na atonia uterina é a Ocitocina, pois ela tem um início de acção rápido. Deve ser feita de maneira endovenosa no tratamento (De 2 a 5 minutos já se pode observar se a paciente está respondendo ao uso do medicamento). Se não há resposta com a Ocitocina, deve-se recorrer aos derivados de Ergot (Metil ergometrina); (Chambliss, 2022).

Está contraindicado nos casos de hipertensão (pelo risco de acidentes vasculares cerebrais). Se a Ergometrina também não funciona deve-se utilizar o Misoprostol, via retal. O problema do uso do Misoprostol é que leva em torno de 15 minutos para fazer efeito por essa via. É importante que se mantenha a compressão uterina até que os medicamentos tenham realizado o seu efeito; (Clark, 2022).

Junto com a Ocitocina, no início do protocolo, deve-se iniciar também o Ácido Tranexâmico, medicamento anti-fibrinolítico (1 grama a ser infundido em 10 minutos). Isso vale para qualquer tipo de hemorragia, independente da causa.

Se ocorrer falha do tratamento medicamentoso deve-se tentar o uso do balão de tamponamento intrauterino. Essa é uma tecnologia útil no controle do sangramento uterino em pacientes com atonia uterina. O balão sinaliza a

necessidade de abordagem cirúrgica. Se falhar em controlar o sangramento, está indicada a laparotomia; (Rezende, 2017).

Também tem sido introduzido, recentemente, o traje anti-choque não pneumático (TAN). Tem se proposto o uso do TAN no momento em que se posiciona o balão de tamponamento intrauterino. Contudo, a indicação formal do TAN é posicioná-lo em pacientes com instabilidade hemodinâmica, ou em iminência de instabilidade; (Cesar, 2019).

Quando a cirurgia está indicada, pode-se lançar mão das suturas compressivas e ligaduras de artérias uterinas. Caso, tais estratégias cirúrgicas conservadoras não funcionem, a opção final é a histerectomia. Quando, em uma gravidez subsequente, a cesariana se associa a uma placenta prévia ou a uma placenta aderida ao local da incisão da cesariana anterior (placenta na parede anterior), tais pacientes têm altíssimo risco de acretismo e, conseqüentemente, altíssimo risco de sangramento volumoso na hora do parto; (Oliveira, 2019).

Deve-se trabalhar na ambiência hospitalar, com o intuito de garantir segurança às pacientes, através de fluxos assistenciais bem definidos, disponibilidade de insumos de forma oportuna e equipes assistenciais treinadas. Existem, ainda, cuidados importantes a serem realizados no período pós-parto. Deve-se melhorar o monitoramento das pacientes no pós-parto. Essa é uma tarefa difícil, porque muitas vezes o número de pacientes é superior à capacidade da equipe assistencial; (Fnua, 2018).

Por isso, é necessário lançar mão de estratégias criativas para que se garanta um melhor monitoramento. É possível solicitar apoio aos acompanhantes das pacientes. Eles podem ser úteis para a equipe, no sentido de ajudar a identificar algo de anormal. Obviamente, não são pessoas especializadas, mas podem ajudar nessas situações críticas; (Marcos, 2019).

Além dessas medidas mencionadas, todas as pacientes no pós-parto devem receber ocitocina profilática. Essa é a principal estratégia para se evitar o quadro hemorrágico no puerpério. Utilizando-se 10U de Ocitocina intramuscular no pós-

parto, pode-se reduzir em 50% o número de hemorragias pós-parto (especialmente àquelas relacionadas à atonia uterina); (Chambliss, 2022).

Não realizar ocitocina profilática após o parto é uma questão que gera muitos problemas. Os estudos são contundentes em dizer que a profilaxia medicamentosa com Ocitocina após todos os partos é benéfica e deve ser utilizada não só no Brasil, mas em todo mundo. As maternidades que ainda não utilizam essa profilaxia deveriam começar a utilizar imediatamente; (Montenegro, 2017).

Durante a admissão na maternidade, também, é importante estratificar a gestante em alto, médio e baixo risco. Normalmente os sangramentos mais graves ocorrem nas pacientes de maior risco, como por exemplo, pacientes com acretismo placentário. Contudo, a maioria dos casos ocorre em pacientes sem factores de risco evidentes. Para o grupo de alto risco é preciso estar preparados para quadros de sangramentos importantes e, obviamente, aumentar a monitorização neste grupo de pacientes; (Oliveira, 2019).

Dentro das medidas de prevenção da hemorragia pós-parto, o manejo activo do terceiro período inclui como principal estratégia o uso da Ocitocina pós-parto, (que deve ser utilizada após todos os partos, como profilaxia medicamentosa). Além da ocitocina, a tração controlada do cordão umbilical e o clampeamento oportuno do cordão compõe o manejo activo clássico; (Febrasgo, 2019).

Nos últimos anos, tem se inserido como medida do manejo activo, o monitoramento do tônus uterino nas duas primeiras horas após o parto (que consiste na verificação do tônus uterino a cada 15 minutos, com massagem uterina gentil, no pós-parto). Talvez o principal efeito da massagem uterina não seja prevenir hemorragia pós-parto, mas sim monitorar a paciente rigorosamente diagnosticar precocemente os quadros de sangramentos aumentados. Ressalta-se que a falta de monitoramento no pós-parto é um dos grandes problemas relacionados à morbimortalidade da hemorragia pós-parto; (Fnua, 2018).

De acordo (Clark, 2022) para a estimativa da perda volêmica no pós-parto existem diversas metodologias. Todas com pontos positivos e negativos. O critério de escolha no seu serviço dependerá da sua realidade e treinamento:

- **Estimativa visual:** estimar quanto uma gaze/compressa encharcada pode significar de perda sanguínea. Essa é uma técnica boa, mas tende a subestimar os grandes sangramentos, independente da experiência profissional;
- **Pesagem de compressas sujas de sangue:** pesa-se o material utilizado durante o parto, como campo cirúrgico, compressas etc. É importante lembrar que 1 ml de sangue equivale à aproximadamente 1 grama de peso. Esse é um método mais objectivo que a estimativa visual, mas exige que a equipe esteja bem treinada;
- **Dispositivos colectores:** podem ser colocados no pós-parto imediato e identificam a quantidade de sangue está sendo perdido. Ainda é uma técnica pouco utilizada no Brasil, apesar de não ser uma tecnologia cara;
- **Métodos clínicos:** realizado através da detecção dos dados vitais. Eles são importantes metodologias de estimativa da perda volêmica, mas vale lembrar que as grávidas vão apresentar alterações de dados vitais somente quando já ocorreu uma grande perda sanguínea. Esse marcador é um pouco mais tardio, mas ainda assim extremamente útil para a equipa; (Clark, 2022).

Dentro desse grupo, tem-se uma tabela de dados vitais (Classificação de Baskett). Também se pode utilizar o Índice de Choque. Para obter o valor do Índice de Choque basta dividir a frequência cardíaca materna (FC) pela pressão arterial sistólica (PAS). Se o resultado for igual ou maior que 0,9 (ou ≥ 1) indica risco de possível transfusão sanguínea; (Montenegro, 2017).

Transformando isso de uma forma mais prática, toda vez em que se observar uma frequência cardíaca maior que uma pressão sistólica em uma paciente com quadro de hemorragia, provavelmente estamos diante de um quadro importante de hemorragia, que pode necessitar de transfusão. É necessário ser extremamente agressivo no tratamento desta paciente; (Rezende, 2017).

Tem se utilizado em obstetrícia o termo: Hora de Ouro. O objectivo da hora de ouro obstétrica é promover medidas oportunas e de qualidade para se evitar e/ou combater a tríade letal das hemorragias, que são a acidose, a coagulopatia e a hipotermia; (Cesar, 2019).

Para tal é necessário trabalho em equipe. Todas as equipas dos hospitais devem estar preparadas para abordar um caso de hemorragia; tanto a equipe obstétrica quanto à equipa de enfermagem, banco de sangue, laboratório, farmácia, etc. Todos são atores extremamente importantes no processo de cuidado da paciente com hemorragia. Todos devem estar familiarizados com o que fazer quando ocorrer um quadro de hemorragia. A presença de um kit de hemorragia pode facilitar a abordagem dessas pacientes; (Montenegro, 2017).

1.13.2. Trauma

Pensando-se no tratamento de pacientes que apresentam trauma do canal do parto, é necessário verificar se há laceração de trajecto e se há necessidade de suturar. Normalmente as lacerações de primeiro grau não precisam ser suturadas, mas as de segundo grau, diante de um quadro de hemorragia, merecem uma hemostasia rigorosa; (Oliveira, 2019).

Caso a mulher tenha desenvolvido um hematoma que esteja aumentando, ou que esteja muito grande, talvez seja necessário abordá-lo. Se a paciente tem uma rotura ou inversão uterina, também precisa realizar o tratamento específico, imediatamente; (Marcos, 2019).

1.13.3. Tecido

Se falarmos de retenção placentária, normalmente aguarda-se 30 minutos para que a placenta desprenda-se do útero. Caso a placenta não saia após esse período, considera-se retenção placentária, e pode-se tentar a extração manual da placenta. Deve-se, durante esse procedimento, verificar se existe plano de clivagem entre a parede uterina e a placenta. Caso não exista, não devemos insistir na sua extração, pois se pode estar diante de um quadro de acretismo placentário; (Cesar, 2019).

Caso esteja diante de um quadro de acretismo placentário na urgência, não há como estimar a perda sanguínea que a paciente terá, caso seja abordada nesse momento. Dessa forma, não tente remover a placenta e chame ajuda. Talvez, o ideal seja deixar a placenta *in situ* (dentro do útero), encaminhar a paciente para um

serviço de referência de tratamento de acretismo placentário para confirmação diagnóstica e avaliação da extensão da invasão placentária; (Febrasgo, 2019).

O tratamento o acretismo placentário envolve equipe multidisciplinar especializada e hospital preparado para responder a uma transfusão maciça. Contudo, se há suspeita de acretismo placentário e a paciente apresentar sangramento volumoso na urgência, há que se realizar uma laparotomia imediata para controlo do sangramento; (Montenegro, 2017).

1.13.4. Trombina – Coagulopatias

É fundamental ter atenção às pacientes com coagulopatia (Ou àquelas em uso de medicações tais como ácido acetilsalicílico (AAS), heparina ou que tenham Síndrome HELLP na pré-eclâmpsia). É necessário tratar essas pacientes de forma específica. Independente da causa da hemorragia deve-se lembrar de realizar o Ácido Tranexâmico (1g EV em 10 minutos) imediatamente. Os uterotônicos serão utilizados somente para os casos de atonia; (Oliveira, 2019).

1.14. A realidade para evitar mortes de hemorragia pós-parto

As mulheres morrem por factores que ocorrem anteparto, durante o parto e no pós-parto. Os factores anteparto, que muitas vezes não são valorizados, são a anemia e a hipertensão. Também não valorizamos os factores de risco para acretismo placentário (que ocorre principalmente em pacientes com cesariana prévia); (Oliveira, 2019).

Nessas pacientes com cesariana anterior é importante verificar qual a posição da placenta durante o pré-natal: se está ou não inserida na cicatriz de cesariana, ou se é prévia ou não. Se tivéssemos um pouco mais de investimento nessas estratégias talvez conseguíssemos, do ponto de vista antenatal, melhorar o prognóstico destas pacientes; (Dias, 2017).

No momento do parto, também se deve seguir as Boas Práticas de Assistência ao Parto e evitar o uso excessivo de ocitocina. A Ocitocina é um medicamento importante para assistência de trabalhos de parto distócicos (ou seja, que estão fora do padrão de normalidade). Contudo, o seu uso excessivo aumenta o risco da hemorragia pós-parto. Outras questões importantes são: não realizar

a manobra de Kristeller; e não realizar episiotomia de rotina; (Duarte & Geraldo, 2017).

Já no pós-parto o maior problema é a não realização da profilaxia com ocitocina. Apesar de ser uma questão bem definida, existem muitas maternidades em todo país que não utilizam a ocitocina profilática no pós-parto. A ocitocina é um medicamento extremamente barato, prática (aplicação intramuscular facilita sua utilização) e é uma estratégia simples. Não utilizá-la é aumenta o risco da paciente em mais de 50% de ter hemorragia, e isso é um problema sério; (Fnua, 2018).

No pós-parto também é importante colocar a questão do monitoramento, e se possível, sempre incluir os familiares nesse processo. O acompanhante de livre escolha da mulher é uma estratégia que foi de grande ganho para segurança da paciente e devemos cada vez mais envolvê-los, de forma responsável, como apoiadores do processo assistencial; (Montenegro, 2017).

1.15. Tipo de parto que oferece maior risco de HPP para a mulher

Todas as pacientes que estão em trabalho de parto têm risco de hemorragia, sendo que a cesariana certamente é um factor de risco a mais devido à maior perda sanguínea nesse tipo de parto (em média 1000 ml). Apesar do risco maior de hemorragia na cesariana, casos tais como diagnóstico de acretismo placentário ou placenta prévia que obstrui todo canal do parto, por exemplo, o parto vaginal não é possível, e então a cesariana passa a ser a melhor estratégia; (Oliveira, 2019).

É preciso lembrar que o parto vaginal prolongado também é um problema, pois induz um down regulation dos receptores de ocitocina, fazendo com que o útero fique menos responsivo à ocitocina e, portanto, com maior risco de hemorragia pós-parto (Fnua, 2018).

1.16. A melhor estratégia para monitorar a perda sanguínea no pós-parto

A realização da massagem uterina como estratégia do manejo activo do terceiro período do trabalho de parto é um primeiro passo. A massagem uterina na verdade é um monitoramento uterino, a cada 15 minutos, nas primeiras 2 horas após o parto. Isso é essencial; (Dias Teixeira, 2017).

Também para a monitorização da paciente, pode-se utilizar qualquer uma das estratégias de estimativa da perda sanguínea: avaliação dos dados vitais, estimativa visual do sangramento, pesagem de compressas ou o uso de dispositivo colector. Melhor ainda é utilizar uma somatória dessas estratégias, sempre que possível; (Marcos, 2019).

Independente da estratégia escolhida é necessário definir qual vai ser a conduta de cada serviço. Todas as estratégias têm benefícios e todas podem trazer um diagnóstico mais precoce de hemorragia pós-parto; (Cesar, 2019).

Uma nova estratégia vem sendo utilizada para estimar a perda volêmica: o Índice de Choque. O Índice de Choque é calculado pela frequência cardíaca materna dividida pela pressão arterial sistólica. Valores maiores ou iguais à 0,9 são alertas para pacientes com risco para necessidade de transfusão sanguínea maciça. A fim de facilitar o cálculo, pode-se considerar como ponto de corte o valor de $\geq 1,0$ (portanto, sempre que frequência cardíaca for maior que pressão arterial sistólica, deve-se considerar risco importante, e acções agressivas devem ser instituídas para essa paciente); (Rezende, 2017).

Segundo (Febrasgo, 2019), o mais importante que a metodologia utilizada para estimar a perda sanguínea, é iniciar o tratamento da paciente imediatamente após a suspeita de hemorragia. Não se deve aguardar os sinais clássicos de choque hipovolêmico para iniciar o tratamento. Esperar por sinais de instabilidade hemodinâmica para iniciar o tratamento da hemorragia pós-parto é uma questão que traz grandes consequências. Quando ocorre alteração hemodinâmica, a grávida já perdeu 1,5 ou quase 2 litros de sangue, e, portanto pode ser tardio agir somente nesse momento.

1.17. Ocitocina e outras drogas podem ser utilizadas como profilaxia na HPP

Quando falamos de profilaxia, o medicamento de escolha ainda é a ocitocina. Existem estudos em todo mundo para avaliar qual caminho devemos assumir nos próximos anos, mas a ocitocina continua sendo a droga de escolha. Ela deve ser utilizada em todas pacientes no pós-parto imediato; (Oliveira, 2019).

Existem outros medicamentos que podem ser utilizados para prevenção, como a Metilergometrina (Ergotrate). Essa é uma droga que apresenta mais riscos que ocitocina quando comparada isoladamente. Além disso, ela não pode ser utilizada em pacientes com hipertensão devido ao risco de acidente vascular cerebral. Há também o Misoprostol recomendado para prevenção em locais onde a ocitocina não está disponível; (Dias, 2017).

Para (Marcos, 2019), a disponibilização de misoprostol normalmente é mais difícil que da ocitocina. Também vale lembrar que o Misoprostol tem efeito pior que a ocitocina, se considerado isoladamente na prevenção da hemorragia pós-parto. Temos duas apresentações de ocitocina:

Aquela que necessita de refrigeração e aquela que se mantém estável entre 15°C e 30°C. É importante verificar qual o tipo de ocitocina está utilizando e se ela necessita de refrigeração; (Marcos, 2019).

O tratamento medicamentoso da atonia uterina na sequência é: Ocitocina, Metilergometrina, e Misoprostol. Para doses e vias de administração, consultar a Postagem sobre o tema e Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica; (Febrasgo, 2019).

A Ocitocina intramuscular é mais fácil para fazer prevenção, mas a endovenosa pode ser utilizada sim, contanto que se tenha cuidado de fazer uma dose de manutenção. O ideal é sempre utilizar bomba de infusão, já que a Ocitocina é um medicamento que pode trazer acidentes importantes; (Marcos, 2019).

Se utilizar endovenosa é necessário utilizar na dose máxima de 5 unidades EV, em uma infusão lenta (nunca fazer em bolus rápido). Nesse caso, obrigatoriamente, precisa-se de uma dose de manutenção, pois a meia vida da Ocitocina é muito rápida. A manutenção deve ser de 4 a 12 horas, utilizando-se de 3 a 5 unidades de Ocitocina por hora; (Febrasgo, 2019).

Não há exceções na utilização da Ocitocina ainda é considerada isoladamente a melhor droga. As outras drogas ou tem mais efeitos colaterais ou não têm o mesmo efeito da Ocitocina quando considerada isoladamente (para se

prevenir a hemorragia pós-parto por atonia). Até que se prove ao contrário, a Ocitocina deve ser feita após todos os partos para prevenir hemorragia por atonia uterina; (Cesar, 2019).

Se o seu serviço, por algum motivo, ainda não realiza ocitocina de rotina (ou porque não tem o medicamento ou não tem essa rotina), ele deve passar a utilizar o mais rápido possível. Certamente estarão salvando vidas; (Chambliss, 2022).

1.17.1. A diluição segura para administração de 5 Unidades de Ocitocina, EV, em 3 min

Existem várias estratégias para infundir Ocitocina. A recomendação é que nunca se faça infusão em menos de 30 segundos/1 minuto. Isso é considerado um bolus rápido e nesse caso há risco de causar colapso materno e a paciente pode vir à óbito. Existem descrições na literatura de pacientes que tiveram parada cardíaca logo após infusão de 10 unidades de Ocitocina, endovenosa (EV) em bolus rápido; (Montenegro, 2017).

Importante lembrar que se for feita infusão de ocitocina endovenosa tem que ser feita dose de manutenção, por 4 a 12 horas.

Para infundir 5 unidades endovenosa de Ocitocina para prevenção, pode-se fazer qualquer diluição. O mais importante para a segurança da paciente é o tempo de infusão. Considerar infusão de 1 a 3 minutos como sendo melhor para garantir que a paciente não vai ter uma hipotensão grave ou morbidade específica. Fazer mais de 5 unidades de Ocitocina também não parece melhorar a prevenção da hemorragia pós-parto de uma forma geral; (Oliveira, 2019).

De acordo (Febrasgo, 2019), existe uma regra chamada “Regra dos 3”. É uma sequência utilizada para prevenção da hemorragia. Não é para tratamento. Faz-se 3 unidades de Ocitocina EV (em mais de 30 segundos) e aguarda-se 3 minutos para avaliar se a paciente apresentar uma resposta de contração uterina. Se não tiver resposta, repete-se mais uma vez. Se ela não tiver resposta com a segunda dose, faz-se a terceira dose. Se tiver resposta realiza-se dose de manutenção de 3 UI de Ocitocina por hora. Se ainda assim não tiver resposta, deve-se optar pelo Metilergometrina.

Existem vários protocolos de prevenção da hemorragia pós-parto. É importante que cada instituição adote o seu. Independente disso, o protocolo de prevenção de hemorragia com 10 UI de Ocitocina EV como dose de ataque, em bolus rápido. Já 10UI de Ocitocina intramuscular (IM) continua sendo uma estratégia muito boa para ser utilizada de uma forma geral. Lembrando que para o uso IM não há necessidade de dose de manutenção; (Montenegro, 2017).

1.18. A diferença entre Ocitocina e Ácido Tranexâmico

Para o cuidado da hemorragia pós-parto actualmente há dois grupos de medicamentos: grupo dos uterotônicos e o grupo de anti-fibrinolítico.

O Ácido Tranexâmico é um anti-fibrinolítico. Ele deve ser utilizado em todas as pacientes que apresentarem hemorragia independente da causa (seja por atonia, laceração, trauma, acretismo placentário ou coagulopatia). O Ácido Tranexâmico tem a função de diminuir a velocidade do sangramento por reduzir a degradação enzimática do fibrinogênio e da fibrina. As pacientes que necessitam de Ocitocina são aquelas que têm atonia uterina, então o tratamento deve ser com uterotônicos; (Febrasgo, 2019).

1.19. Caso de mulheres hipertensas, que não podem receber o Ergotrate

As pacientes que têm hipertensão apresentam risco aumentado de acidente vascular quando se utiliza o Ergotrate (metilergometrina), o que contraindica sua utilização. Nesses casos, o uterotônico que deve seguir a Ocitocina é o Misoprostol. Deve-se lembrar de realizar a compressão bimanual uterina enquanto os uterotônicos fazem efeito (especialmente porque o Misoprostol tem uma latência de 15 minutos). Quando se coloca o Misoprostol, deve-se solicitar algum membro da equipe para confeccionar o balão artesanal (ou disponibilizar os modelos industriais), para avaliar o seu uso; (Montenegro, 2017).

1.20. A reposição sanguínea

Toda a paciente com perda volêmica importante necessita restaurar volume intravascular, através da infusão de líquidos, para manter a perfusão tecidual. Contudo, actualmente não se preconiza mais a infusão de grandes volumes de líquidos (na relação de 3 litros de soro para cada 1 litro de sangue perdido). Os

estudos mostraram que quanto mais líquido (cristalóides) é infundido maior a morbidade e a mortalidade dessas pacientes; (Duarte & Geraldo, 2017).

Parece que os mecanismos relacionados ao aumento do sangramento diante uma infusão volumosa de cristalóides seriam:

- a) Diluição dos factores de coagulação;
- b) Elevação pressórica antes do controlo do sangramento (rotura de coágulos formados);
- c) Hipotermia (pois normalmente não se utiliza soro aquecido).

Recomenda-se, actualmente, que a cada 250 ml a 500 ml de soro aquecido infundido, avalie-se a resposta hemodinâmica da paciente. Se ela responder adequadamente (dados vitais normalizaram), não necessitará mais soro. Mas se ela não apresenta resposta adequada (não recuperou seus dados vitais, mantém instabilidade ou se recuperou transitoriamente) essa paciente deve receber mais 500 ml de soro aquecido e ser monitorada; (Dias Teixeira, 2017).

Se ao final de 1500 ml de soro, ela mantiver instável (uma resposta não sustentada ou não tiver uma resposta hemodinâmica adequada), essa paciente têm grande possibilidade de necessitar de transfusão maciça. Isso significa que não adianta só expandir o volume intravascular com líquido, é necessário expandir também com hemoglobinas e componentes do sangue. Assim, após a infusão de 1500 ml de cristalóides com paciente mantendo-se instáveis, ela será candidata a transfusão de sangue; (Oliveira, 2019).

As hemorragias estão aumentando em número e estão ficando cada vez mais graves, precisando de hemoterapia. É necessário que as instituições, principalmente as que recebem pacientes de alto risco, tenham protocolo de transfusão de sangue maciça para essas pacientes; (Geraldo, 2017).

A diferença principal nos protocolos transfusionais de pacientes gestantes e não gestantes, é o consumo rápido do fibrinogênio nas pacientes grávidas, com desenvolvimento precoce de hipofibrinogenemia. No pós-parto, o fibrinogênio deve estar maior que 200mg/dl e não 100mg/dl, como ocorre nas pacientes fora da

gestação. Na gravidez e puerpério, valores abaixo de 200mg/dl são preditores de hemorragia grave; (Oliveira, 2019).

1.21. O protocolo mais actual para tratamento da HPP

Existem vários protocolos, e não existe um estudo contundente que os compare. Por isso, não existe um protocolo que seja melhor que o outro. O importante é que o protocolo de escolha da Unidade utilize a sequência: Ocitocina, com doses adequadas, a seguir Metilergometrina e depois Misoprostol. Essa sequência tem sido proposta no mundo todo como a mais adequada para tratamento da atonia uterina. Existem algumas variações e futuros estudos também vão dizer se alguma coisa vai mudar; (Rezende, 2017).

O protocolo publicado em 2018 pela Organização Pan Americana de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, mostra essa sequência de drogas e suas doses. É uma sugestão que pode ser utilizada. Existem vários protocolos e não existe nenhum protocolo que seja muito melhor que o outro nesse sentido; (Duarte, 2017).

A paciente que foi submetida ao trabalho de parto com altas doses de Ocitocina ou trabalho de parto prolongado (mesmo sem Ocitocina) são pacientes que respondem menos à Ocitocina. Nesses casos, faz-se a Ocitocina, como recomendada no protocolo da instituição. Caso a paciente não responda a essa dose, tem que evoluir para uterotônicos de segunda linha, tais como a Metil ergometrina; (Montenegro, 2017).

O protocolo proposto pela Organização Pan Americana de Saúde e Ministério da Saúde é 5 Unidades de Ocitocina como dose de ataque, EV lento (em 3 minutos) e a seguir, diluir 20 ou 40 unidades de ocitocina em 500 ml de soro fisiológico. Correr à 250ml/hora durante essa fase. Depois que controlou o sangramento pode diminuir para dose de manutenção: 125 ml/hora por 4 horas. Recomenda-se dose de manutenção por 24 horas; (Rezende, 2017).

Importante lembrar que quando uma paciente tem uma hemorragia pós-parto ela não deve ficar em um leito com monitoramento habitual. É um grupo de alto risco para novo quadro hemorrágico e, portanto, deve estar sob monitorização rigorosa. Se ela não estiver sendo bem monitorada, a paciente pode sangrar,

exsanguinar, chocar e a equipa somente vai encontrá-la em uma condição muito mais grave; (Marcos, 2019).

1.22. Devemos considerar a histerectomia

A histerectomia estará indicada quando as outras estratégias terapêuticas falharem (ou não estiverem indicadas). Ela deve ser realizada antes da paciente desenvolver coagulopatia e tem indicações precisas. Podemos apresentar situações distintas em que a histerectomia é escolhida dentro do tratamento; (Dias, 2017).

1. Nos casos de acretismo placentário em que a paciente não tem desejo reprodutivo posterior e, já conversou sobre isso com a equipa, a histerectomia é o tratamento de escolha.

Nos casos da atonia em parto vaginal, que é a causa mais comum, deve-se fazer primeiramente a compressão uterina bimanual e iniciar a Ocitocina. Se a Ocitocina não funcionar depois de 2 a 5 minutos, deve-se fazer a Metilergometrina. Se a Metilergometrina também não for eficiente para controlar o sangramento, utiliza-se o Misoprostol. Se o Misoprostol não funcionar, deve-se posicionar o balão de tamponamento intrauterino; (Cesar, 2019).

Nos locais onde há traje anti-choque não pneumático, deve-se posicioná-lo junto com o balão. Se estas medidas forem insuficientes para controlar o sangramento, é necessário uma laparotomia para fazer a ligadura das artérias uterinas e sutura compressiva (por exemplo, B-Lynch). Se ainda assim tais medidas não forem suficientes, deve-se proceder a histerectomia; (Febrasgo, 2019).

Nesse caso, não há nenhuma outra estratégia. Vale lembrar que a histerectomia não é a primeira estratégia de tratamento da atonia. Ela deve ser empregada como último recurso, pois há uma morbidade importante relacionada a ela, que não podemos desconsiderar; (Marcos, 2019).

2. Nos casos e atonia uterina em uma cesariana: realizam-se os medicamentos uterotônicos (Ocitocina, Ergometrina, Misoprostol). Se tiver falha no tratamento medicamentoso, ao invés de colocar o balão de tamponamento intrauterino,

pode-se optar pelas suturas compressivas e a ligadura de artérias uterinas. Se ainda assim não forem suficientes para o controlo do tratamento, faz-se a histerectomia; (Oliveira, 2019).

Obs.: Deve-se ter cuidado com histerectomia em pacientes com coagulopatia franca. Nesses casos, talvez realizar histerectomia, naquele momento, não seja a melhor opção, pois pode piorar o quadro da paciente. Por outro lado, em algumas situações, em que já não existe alternativa, além da histerectomia, sua realização deve ser seguida da cirurgia de controlo de danos; (Duarte & Geraldo, 2017).

1.23. Kit hospitalar para pronto atendimento à HPP

Há uma sugestão de kit no documento de recomendações assistenciais da Organização Pan Americana da Saúde e Ministério da Saúde (2018). Ele deve conter todo material, desde insumos para abordagem inicial até fluxogramas assistenciais; (Montenegro, 2017).

O kit vai muito além do material nele disponibilizado. Ele exige alinhamento interdisciplinar (maternidade, laboratório, banco de sangue e equipe assistencial). Deve conter: uterotônicos (ocitocina, metilergometrina, misoprostol), Ácido Tranexâmico, insumos para acesso venoso para reposição volêmica inicial (equipo, soro fisiológico ou ringer lactato), dispositiva para combate à hipotermia, além de um guia (checklist/fluxograma) para auxiliar a assistência. Se disponível inclui-se o traje anti-choque não pneumático (Dias, 2017).

O jelco deve ser preferencialmente nº 14 ou nº 16. O nº 18 até pode ser até utilizado, mas a partir do nº 20 não há benefícios importantes para reposição volêmica (apesar de ser desafiador obtenção de acesso calibroso em pacientes chocadas. Nesses casos podemos solicitar anestesista um acesso central); (Rezende, 2017).

No que se refere ao combate à hipotermia, é importante ter materiais para aquecimento da paciente, tais como um termômetro (para diagnóstico) e uma manta térmica (para tratamento); (Geraldo, 2017).

Quanto aos exames, é interessante ter pedidos que sejam pré-aprovados pelo laboratório, além de frascos para coleta de sangue. Desta maneira, a equipe pode

coletar o sangue quando for fazer a primeira punção e o médico não precisa sair do campo para assinar tais pedidos; (Dias, 2017).

Ter um fluxograma de atendimento da paciente com hemorragia é muito importante. Pode estar pregado na parede, em local de fácil visualização. O fluxograma deve conter informações dos principais diagnósticos e sequência de tratamento. Além disso, cada profissional deve saber qual a sua função dentro do cenário de hemorragia; (Rezende, 2017).

1.24. A conduta de um técnico em enfermagem na HPP

Todos que estão envolvidos no atendimento de uma paciente com hemorragia têm um papel fundamental. Cada um com sua expertise, cada um com a sua qualificação técnica e legal. Todos têm que estar participativos. Normalmente a liderança do grupo ocorre por quem está manejando a hemorragia; (Duarte, 2017).

O técnico de enfermagem pode ser responsável por garantir um acesso venoso calibroso, pego oportunamente e com habilidade. Também, o técnico de enfermagem treinado pode contribuir ao viabilizar os insumos em tempo hábil, assim como os resultados de exame. Um grupo de apoio com técnicos de enfermagem preparados é essencial para o manejo dessas pacientes; (Geraldo, 2017).

1.25. Nos casos de cesarianas em que acontece a atonia uterina

Quando ocorre atonia uterina, seja na cesariana ou no parto vaginal, as duas podem ser graves da mesma forma, tem a mesma relevância. O que ocorre com a cesariana é que a paciente tem uma perda maior de sangue pelo procedimento, então é preciso ter um cuidado ainda maior com essas pacientes; (Dias, 2017).

A sequência medicamentosa não muda: Ácido Tranexâmico, juntamente com Ocitocina (se falha derivados de Ergot segue-se o Misoprostol). A única diferença ocorre quando o tratamento medicamentoso não funciona, pois já que a paciente está com laparotomia, prefere-se seguir diretamente para a sutura compressiva, sem fazer o balão de tamponamento intrauterino. Pode-se utilizar o traje anti-choque não pneumático, como no parto vaginal; (Dias, 2017).

O balão de tamponamento para quem está fazendo cesariana não é tão interessante como para uma paciente com parto vaginal. Na cesariana já se faz a compressão do útero através de uma sutura. O balão de tamponamento é uma

estratégia mais utilizada nas hemorragias que ocorrem no parto vaginal, a fim de evitar uma laparotomia nessa paciente; (Oliveira, 2019).

1.26. Profilaxia

A prevenção é a melhor forma de combate às HPP. A principal estratégia de prevenção é o manejo activo do terceiro período do parto (período de dequitação), que é capaz de reduzir em mais de 60% os casos de HPP. Seu grande pilar é o uso rotineiro de ocitocina profilática, na dose 10UI intramuscular, para evitar a atonia uterina. Além disso, também fazem parte do manejo activo o clampeamento oportuno e a tracção controlada do cordão umbilical. A realização da massagem uterina gentil a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas após a saída da placenta também auxilia na profilaxia à HPP; (Febrasgo, 2019).

“O mais importante é que o parto seja assistido e que a paciente faça correctamente o pré-natal, para fazer o diagnóstico de algum possível factor de risco para a gestação”. É de salientar, ainda, que uma hora após a saída da placenta é o momento em que ocorre a maior parte dos casos de hemorragia. “Esse é um período em que a paciente deve permanecer em observação, monitorada, justamente para que já sejam tomadas as medidas necessárias para reverter o quadro, caso a mulher apresente algum grau de sangramento”, (Chambliss, 2022).

1.27. Cuidado extra no pós-parto

Depois de enfrentar uma hemorragia durante o nascimento do bebé, a paciente deve passar um tempo em observação no hospital e realizar exames de sangue, para verificar a necessidade de reposição de nutrientes. “O grande problema para as mães que apresentam sangramento na hora do parto é a anemia. Isso deve ser corrigido e a paciente pode precisar fazer reposição de ferro durante um período de até 3 meses”; (Clark, 2022).

Em razão da grande perda de sangue, é comum que, a princípio, as mães permaneçam internadas em unidades de terapia intensiva (UTI), até que sejam liberadas para o quarto e, posteriormente, que possam ir para a casa. “Por isso, é essencial estar em um local seguro e preparado para a hora do parto”.

1.28. A recuperação

Devido à grande perda de sangue, a mulher pode ficar com anemia por algumas semanas, sendo necessário realizar o tratamento indicado pelo médico, que normalmente inclui o aumento do consumo de ferro. Dentre os sintomas da anemia, estão cansaço e sonolência excessiva, o que pode dificultar os primeiros cuidados com o bebê dentro de casa.

Apesar disso, a amamentação não deve ser prejudicada e todas as forças da mãe devem ser para se alimentar e garantir a sua segurança e também a do seu bebê. Além disso, ter alguém em casa para ajudar a fazer comida, limpar a casa e lavar roupa pode ser essencial para manter a calma e tudo sob controle.

1.29. Doenças Hemorrágicas

As doenças hemorrágicas abrangem diversas condições clínicas, sendo caracterizadas por hemorragias de gravidade variável, espontâneas ou pós-traumáticas, em diferentes locais do corpo, presentes ao nascimento ou diagnosticados ocasionalmente, relacionadas a doenças hematológicas ou outras condições sistêmicas incluindo uso de medicamentos.

Nas doenças hemorrágicas a hemostasia encontra-se prejudicada. A hemostasia é um processo fisiológico que tem como objectivo manter o sangue em estado fluido dentro dos vasos sanguíneos, sem que haja hemorragia ou trombose. Este processo depende da interacção de várias proteínas e células no sangue. As doenças hemorrágicas são divididas em dois grandes grupos, a depender onde se encontra a falha na hemostasia:

Podem ocorrer como resultado de uma disfunção ou redução dos níveis de plaquetas (pequenos corpos em forma de disco na corrente sanguínea que ajuda no processo de coagulação) como são o caso das púrpuras e outros distúrbios plaquetários. as doenças hemorrágicas também podem ser causadas por níveis reduzidos ou ausência de algumas proteínas do sangue, conhecidos como factores de coagulação. Quando este defeito é herdado dos pais, chama-se coagulopatia hereditária, os exemplos mais comuns são a hemofilia e doença de von Willebrand.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipo de Pesquisa

Para o presente trabalho, utilizamos o método exploratório com o delineamento bibliográfico.

Segundo Malhotra (2001, P 13), a pesquisa exploratória é usada em casos nos quais é necessário definir o problema com maior precisão. O seu objectivo é prover critérios e compreensão. Tem as seguintes características: informações definidas ao caso e o processo de pesquisa flexível e não-estruturado. A amostra é pequena e não-representativa e a análise dos dados é qualitativa. As constatações são experimentais e o resultado geralmente seguido por outras pesquisas exploratórias ou conclusivas.

2.2. Modelo de abordagem

Neste trabalho, utilizaremos a abordagem qualitativa, pois ela compreende actividades ou investigações que podem ser denominadas específicas.

Na visão de Gil (1999, p 70), o uso dessa abordagem propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenómeno em estudo e das suas relações, mediante a máxima valorização do contacto directo com a situação estudada, buscando-se o que era comum, mas permanecendo, entre tanto, aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos.

2.3. Níveis de Estruturação de Métodos

a) Método do Nível Teórico

- **Histórico / Lógico**

Este método auxiliará-nos na demonstração de todo o processo histórico sobre a garantia dos direitos da personalidade para que o Estado ganhasse título de Estado Democrático de Direito.

- **Hipotético / Dedutivo**

Segundo Marconi & Lakatos (2014, p.91) o método hipotético/dedutivo “inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos a cerca da qual formula hipótese e pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómeno abrangido pelo hipótese”.

De acordo Ramos & Naranjo (2014, p.115), reafirmam que “consiste num sistema de procedimentos metodológicos que consiste em fazer algumas afirmações na qualidade de hipótese verificadas mediante a dedução a partir delas das conclusões e da confrontação destas últimas acções”.

Com este método, tivemos a possibilidade de criar hipóteses através das deduções feitas sobre o problema inerente à garantia dos direitos de personalidade.

b) Métodos do nível empírico

Os métodos de nível empírico para a pesquisa, será o fichamento ou ficha de documentação teórica.

Segundo Filho (2015, p21), fichamento é um registo feito em fichas, onde o pesquisador pode incluir citações, tópicos, bem como expor a análise de um texto. No fichamento, o pesquisador faz um resumo dos conteúdos principais de uma obra ou parte dele, de um artigo e muito mais.

Nível estatístico/Matemático

Os métodos estatísticos para Ramos & Naranjo (2014, p.100), revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais. Este método permitiu-nos clarificar a investigação ao quantificar os dados colectados na investigação de campo.

2.4. Técnicas de recolha de dados

Para o presente estudo, utilizamos o estudo de manipulação experimental e pesquisa bibliográfica “fichas de textos”.

Esta técnica consiste em estudos exploratórios que têm por finalidade manipular uma variável independente, a fim de localizar variáveis dependentes que potencialmente estejam associadas a ela, estudando-se o fenómeno em seu meio natural. Os procedimentos de colecta de dados variam bastante e técnicas de observação podem ser desenvolvidas durante a realização da pesquisa. (Marconi & Lakatos, 2014).

2.5. Instrumentos e procedimentos

Nesta obra científica, utilizamos a pesquisa bibliográfica, elaborando assim, fichamento para a sensura de informações. Para o inquérito por questionário,

usamos o guião de questionário para adquirirmos informações do director geral, director clínica, técnico de Enfermagem, auxiliar, pacientes.

2.6. População e amostra

- **População**

Para Silva & Menezes, (2005, p. 43), considera que a população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características defendidas para um determinado estudo.

A população da nossa investigação foi constituída por (40) gestantes com hemorragia assistidas no Hospital Municipal do Kuimba no II trimestre de 2023.

- **Amostra**

Para Lakatos & Marconi (2003, p.55), amostra é a parte da população ou do universo seleccionada de acordo com uma regra. Assim sendo a nossa amostra é de (31) gestantes.

- **Critério de inclusão**

Foram incluídos no universo todas as gestantes assistidas no hospital municipal do Kuimba durante o II trimestre de 2023.

- **Critério de exclusão**

Foram excluídas todas as gestantes sem qualquer problema da hemorragia pós-parto assistidas no hospital municipal do Kuimba no II trimestre de 2023.

Tabela 2: População e amostra

<i>Inquérito</i>	<i>População</i>	<i>Amostra</i>	<i>Percentagem</i>
	40	31	77,5%

Fonte: autora

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

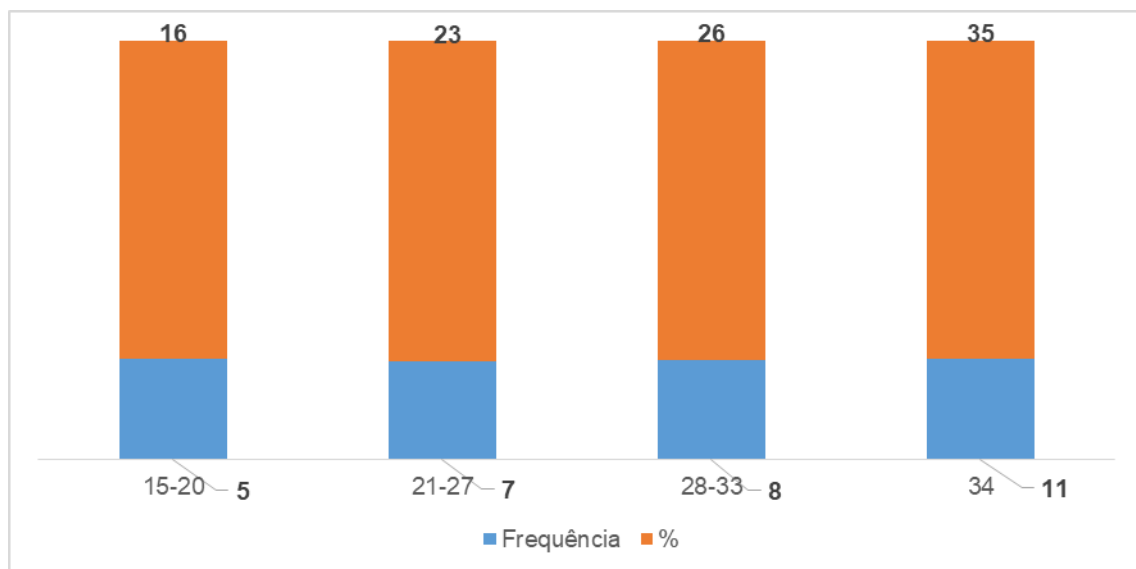
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo faixa etária

Faixa etária	Frequência	%
15-20	5	16
21-27	7	23
28-33	8	26
+34	11	35
Total	31	100

Fonte: autora

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo faixa etária



Fonte: autora

De acordo a faixa etária das gestantes assistidas no hospital municipal de Kuimba, 35% (11) casos representou a maioria, seguida de 26% (8) casos, 23% (7) casos e por último 16% (5) casos.

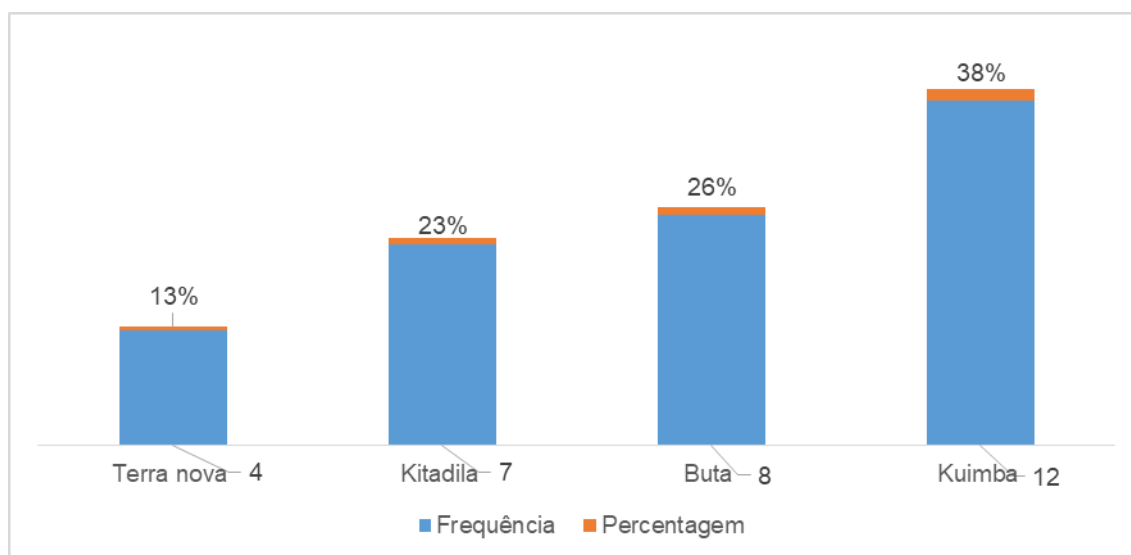
O estudo mostrou que a faixa etária de +34 anos é a que fica mais grávida correlação a de inferior idade.

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo a proveniência das gestantes

<i>Proveniência</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>Terra nova</i>	4	13
<i>Kitadila</i>	7	23
<i>Buta</i>	8	26
<i>Kuimba</i>	12	38
<i>Total</i>	31	100

Fonte: autora

Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo a proveniência das gestantes



Fonte: autora

Segundo a proveniência das gestantes, o bairro Kuimba foi mais representado com 38% (12) casos, seguido do bairro Buta com 26% (8) casos, Kitadila com 23% (7) casos e por fim terra nova com 13% (4) casos.

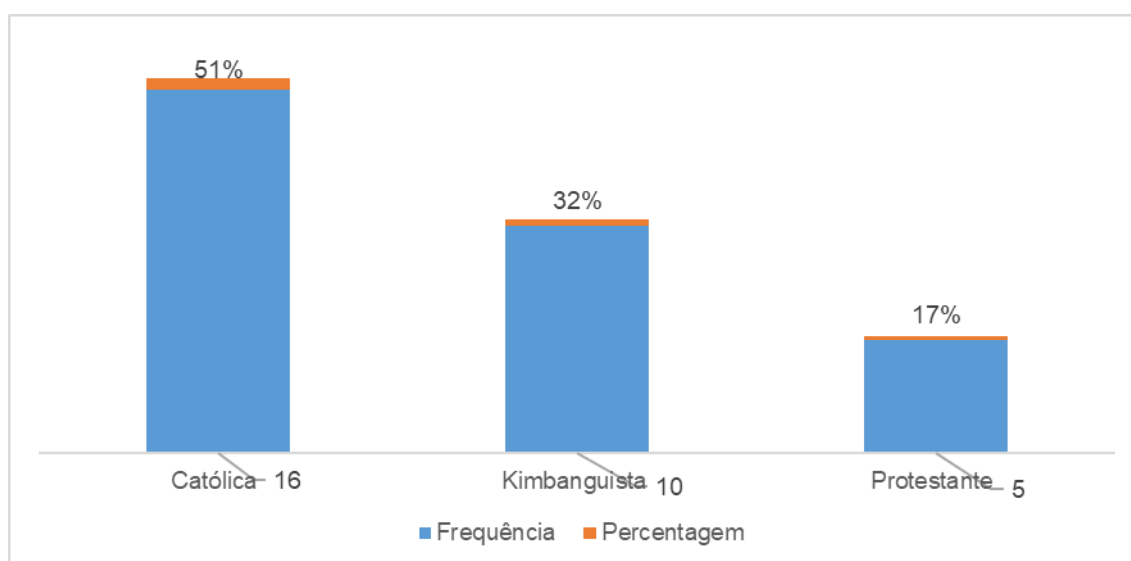
A predominância do bairro Kuimba, deve-se por causa de ser o bairro sede onde está situado o Hospital Municipal.

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo a cultura religiosa

<i>Religião</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>Católica</i>	16	51
<i>Kimbanguista</i>	10	32
<i>Protestante</i>	5	17
Total	31	100

Fonte: autora

Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo a religião



Fonte: autora

Correlação a cultura religiosa, predomina a Católica com 51%, seguida da igreja Kimbanguista, e Protestante foi menos representada com 17%.

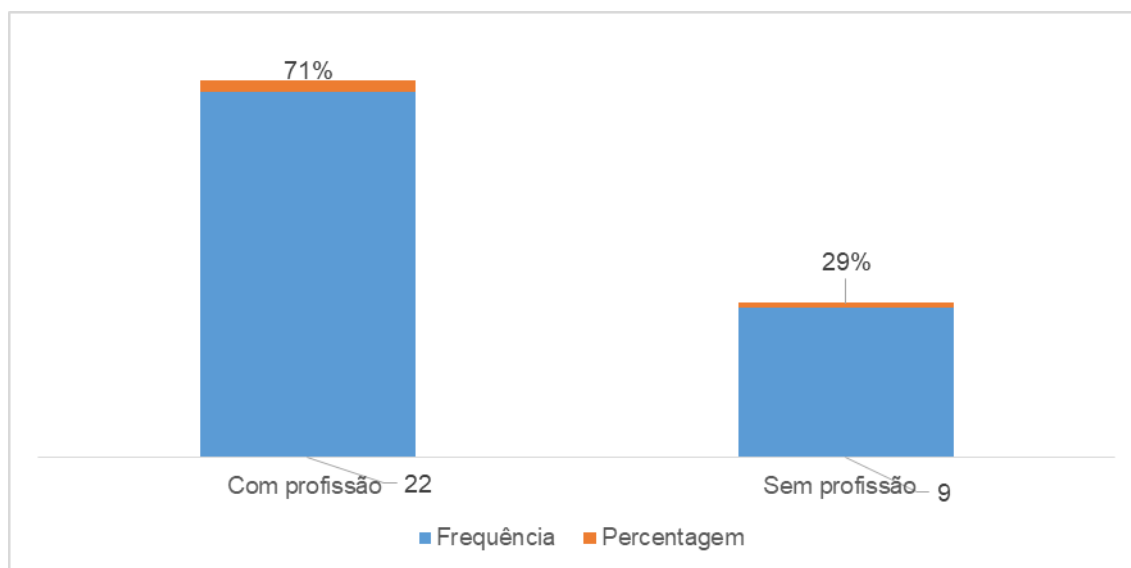
O nosso estudo vai de acordo com aquele realizado por (Montenegro C. A. B, 2017) em Maracanã donde apresenta a religião com maior percentual a Igreja Católica representada por 53% dos simpatizantes.

Tabela 6: Distribuição da amostra segundo a profissão

<i>Profissão</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>Com profissão</i>	22	71
<i>Sem profissão</i>	9	29
Total	31	100

Fonte: autora

Gráfico 4: Distribuição da amostra segundo a profissão



Fonte: autora

Quanto a profissão das gestantes, 71% são profissionais ao passo que 29% não são.

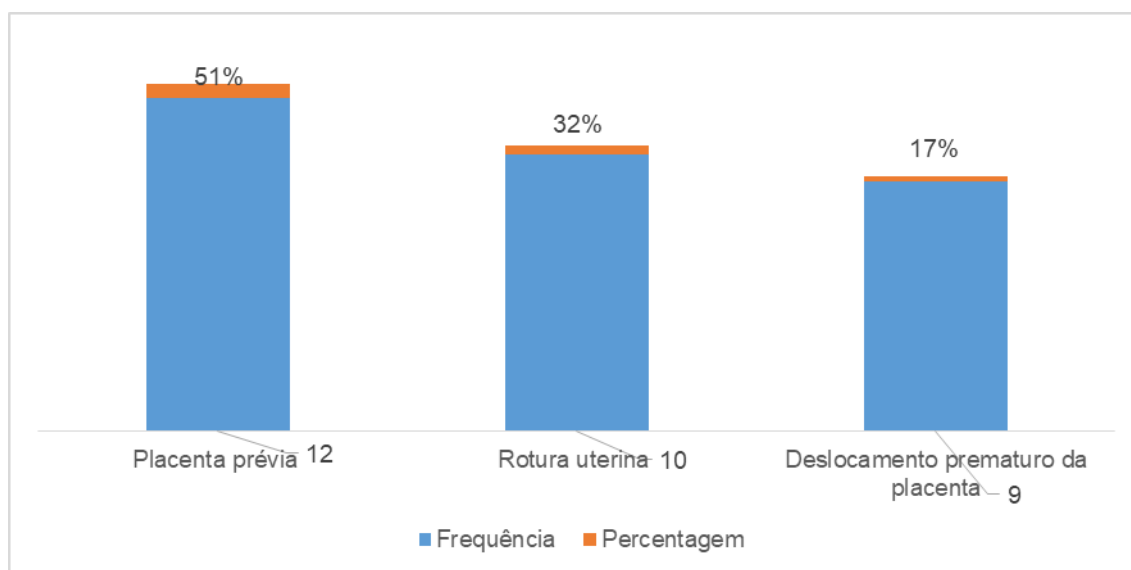
Neste estudo notou-se que a maioria das gestantes são profissionais, apesar de estarem nessa condição que lhes fragiliza, mas importante possuir sempre uma profissão, e que pode contribuir para converter o quadro.

Tabela 7: As complicações apresentadas pelas gestantes

Complicações	Frequência	%
<i>Placenta prévia</i>	12	51
<i>Rotura uterina</i>	10	32
<i>Deslocamento prematuro da placenta</i>	9	17
Total	31	100

Fonte: autora

Gráfico 5: As complicações apresentadas pelas gestantes



Fonte: autora

Segundo as complicações apresentadas nas gestantes 51% corresponde a placenta prévia, 32% rotura uterina e 17% com deslocamento da placenta.

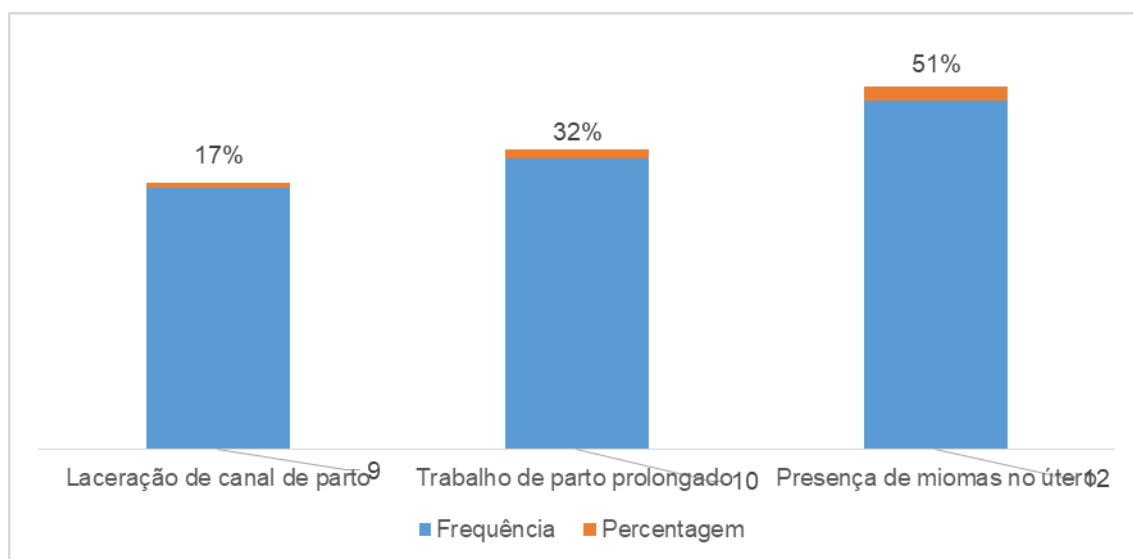
Uma placenta prévia no contexto de hemorragia pós-parto pode exigir transferência para a sala cirúrgica para remoção do útero. Se a placenta for liberada, deve-se verificar se a ocitocina foi usada e massagear o fundo do útero para promover a contração.

Tabela 8: A etiologia da hemorragia pós-parto

<i>Etiologia da HPP</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>Laceração de canal de parto</i>	9	17
<i>Trabalho de parto prolongado</i>	10	32
<i>Presença de miomas no útero</i>	12	51
Total	31	100

Fonte: autora

Gráfico 6: A etiologia da hemorragia pós-parto



Fonte: autora

Correlação a etiologia da hemorragia pós-parto, 51% causada por presença de miomas uterino, 32% por trabalho de parto prolongado e 17% por laceração de canal de parto.

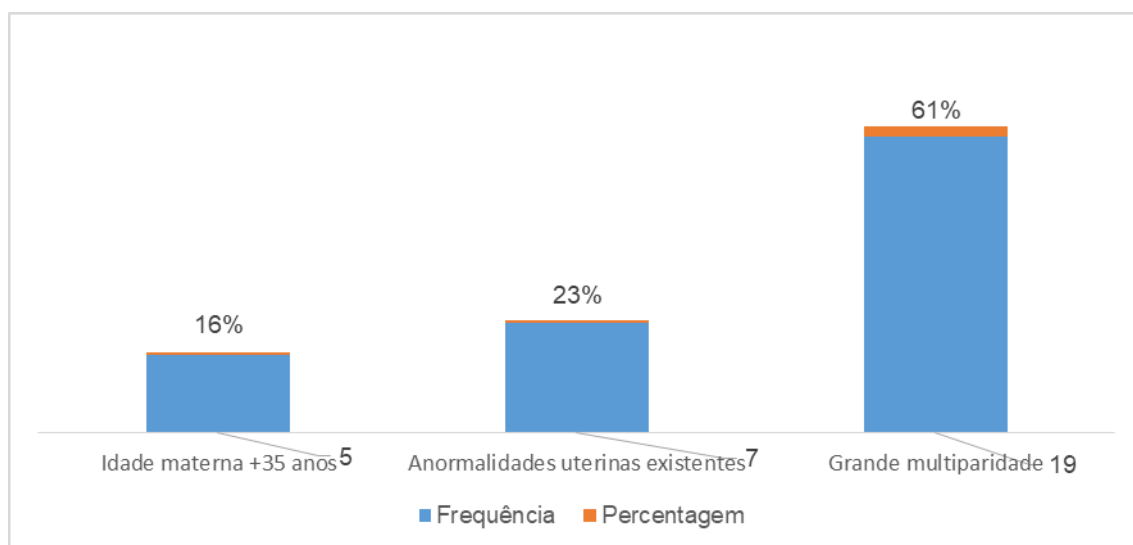
No entanto quando é verificada perda de quantidades excessivas de sangue, é sinal de hemorragia, cuja causa deve ser identificada e o tratamento ser iniciado logo em seguida. Algumas das possíveis causas da hemorragia pós-parto são presença de miomas no útero, o que dificulta a contracção do útero durante o trabalho de parto.

Tabela 9: Factores de risco da hemorragia pós-parto

Factores de risco	Frequência	%
<i>Idade materna +35 anos</i>	5	16
<i>Anormalidades uterinas existentes</i>	7	23
<i>Grande multiparidade</i>	19	61
Total	31	100

Fonte: questionário em apêndice

Gráfico 7: Factores de risco da hemorragia pós-parto



Fonte: autora

De acordo os factores de risco apresentados nesta pesquisa, 61% representou a grande multiparidade, 23% anormalidades uterinas existentes e 16% por idade materna +35 anos.

No ponto de vista da reprodução, uma mulher quando atinge a idade superior a 35 anos de idade deve evitar engravidar, já que nessa faixa etária é considerada gravidez de risco; há necessidade de sensibilização da população a fim de evitar tais factores de risco como por exemplo a idade materna.

3.2. Discussão dos resultados

De acordo a faixa etária das gestantes assistidas no hospital municipal de Kuimba, 35% (11) casos representou a maioria, seguida de 26% (8) casos, 23% (7) casos e por último 16% (5) casos.

O estudo mostrou que a faixa etária de +34 anos é a que fica mais grávida correlação a de idade inferior.

Segundo a proveniência das gestantes, o bairro Kuimba foi mais representado com 38% (12) casos, sendo o bairro da terra nova foi cotado com menor percentual correspondente a 13% (4) casos.

Correlação a cultura religiosa, predomina a Católica com 51%, sendo a igreja Protestante foi menos representada com 17%.

O nosso estudo vai de acordo com aquele realizado por (Montenegro, 2017) em Maracanã donde apresenta a religião com maior percentual 53% a Igreja Católica.

Quanto a profissão das gestantes, 71% são profissionais ao passo que 29% não são.

Correlação a etiologia da hemorragia pós-parto, 51% causada por presença de miomas uterino, 32% por trabalho de parto prolongado e 17% por laceração de canal de parto.

Este estudo assemelha-se com o de (Caravantes, 2015) em Porto Alegre que reportou cerca de 73% de causas de gestantes com problemas de miomas uterino.

De acordo os factores de risco apresentados nesta pesquisa, 61% representou a grande multiparidade, 23% anormalidades uterinas existentes e 16% por idade materna +35 anos.

Nosso assemelha-se com estudo feito no Rio de Janeiro por (Rezende, 2017) donde reportou-se 59% de gestantes múltiparas com hemorragia pós-parto.

CONCLUSÕES

O presente estudo sobre hemorragia em gestantes assistidas, no Hospital municipal do Kuimba/Zaire no II Trimestre de 2023 permitiu chegar as seguintes conclusões:

- Em relação aos dados sociodemográfico, 35% representam a faixa etária mais afectada das gestantes assistidas no hospital municipal de Kuimba durante o período que decorreu o estudo;
- 38% representam a proveniência das gestantes, do bairro Kuimba;
- A cultura religiosa, predominante foi a Católica com 51%;
- No que tange o profissionalismo 71% representam as gestantes como profissionais;
- A etiologia da hemorragia pós-parto, 51% foi causada por presença de miomas uterino;
- Os factores de risco apresentados nesta pesquisa, 61% foi a grande multiparidade.

Concluiu-se que, a prevenção é a melhor forma de combate às HPP. A principal estratégia de prevenção é o manejo activo do terceiro período do parto (período de dequitação), que é capaz de reduzir em mais de 60% os casos de hemorragia pós-parto.

SUGESTÕES

Ao Hospital municipal do Kuimba

- Criar estratégias para a prevenção das hemorragias pós-parto;
- Programar campanhas de sensibilização da população para aderirem as consultas pré-natais regularmente;
- Capacitar os profissionais de saúde para reforçar o seu conhecimento isto vai contribuir na melhor resposta nessas situações.
- Incentivar os profissionais a participar activamente nas acções viradas a prevenção e promoção da saúde, dentro das suas comunidades;
- Promover formações em contexto de trabalho sobre esta temática dentro das equipas de serviço;
- Que o Hospital promova formação de promoção, visto que ainda temos em nossas unidades profissionais que são auxiliares com intuito de aumentar cada vez mais o nível de conhecimento dos nossos profissionais.

Aos leitores e estudantes

- Aprofundar mais as pesquisas, já que a nossa foi limitada e poucos trabalhos falam do assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Caravantes et al (2015). *Concetualização de termo paciente Na realidade da organização mundial da saude .5^a.ed.Porto alegre.*

Chambliss LR, Clark SL, (2022) «*Paper gestational age wheels are generally inaccurate*». *Am. J. Obstet. Gynecol. London.*

Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social.* São Paulo: Atlas.

Hanesian, R. (2017). *Psicologia educacional.* Rio de Janeiro, Edit. Interamericana, *The concept formation.*4.ed. São Paulo, Cortez Edit.

Lakatos & Marconi. (2017). *Fundamentos da metodologia científica.* 4^a Edição. São Lobito- Angola: Editora Escolar.

Marconi, M.A. & Lakatos, E.M. (2014). *Fundamentos de metodologia científica*(5^a Edição). São Paulo: Atlas.

Malhotra, N. (2014). *Pesquisa de marketing.* 3^a Ed. Porto Alegre: Bookman.

Ramos, S. e Naranjo, E. (2014). *Metodologia de Investigação Científica.* 2^a Edição Saraiva.

Rezende, J. F; Montenegro, C. A. B. (2017). *Obstetrícia Fundamental.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda.

Febrasgo D.V, Cesar E. F, Marcos F. S. Sá. (2019). *Coordenação Agnaldo Lopes da Silva Filho. Tratado de Obstetrícia – 1. ed. – Rio de Janeiro.*

Dias Teixeira, H. H.; Duarte, Geraldo (2017 Pg.88-103). «*Semiologia Obstétrica*» (PDF). *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto* .

FNUA, Fundo das Nações Unidas: (2018 p87). *Consequências dos avôs ao cuidado dos netos abandonados por irresponsabilidade dos jovens na prática sexual,* Rio de Janeiro.

Oliveira B.J. et.al. (2019). *Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS - SP. Puerpério - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.*

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Wazolua Graça, finalista do curso de Enfermagem no Instituto Superior de Angola (ISA),
estou a realizar uma pesquisa sobre:

- **Factores etiológicos da hemorragia em gestantes assistidas no Hospital Municipal do Kuimba, no II trimestre de 2023.**

Com devido respeito, pedimos a sua colaboração para participar no estudo respondendo um inquérito contendo várias questões relacionadas ao conhecimento sobre o assunto.

Solicitamos o levantamento de dados através da estatística ou prontuário das puérperas, não haverá exposição das mesmas, mantendo-as no anonimato.

Assinatura da Pesquisadora

LUANDA AOS 06 DE AGOSTO DE 2023

QUESTIONÁRIO

I. Dados socio-demográficos

1. Idade () anos

2. Proveniência

Kuimba () Bairro: _____

Outro Município: _____

3. Religião

() Protestante

() Católica

() Islâmica

() Não reza

() Outras

4. Profissão

() Sem profissão

() Comerciante

() Estudante

() Aluna

() Salarizada () Não identificada

II. CLÍNICA:

As **complicações** incluem choque materno, hipóxia fetal, parto prematuro e morte fetal.

ETIOLOGIA DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

Atonia uterina ();

Laceração do canal de parto ();

Laceração de colo do útero, vagina e períneo ();

Retenção de fragmentos placentários em cavidade uterina ();

Lóquio ();

Trabalho de parto prolongado ();

Grande distensão do útero ();

Presença de miomas no útero ();

Ferida no útero causada por um parto espontâneo ();

Alterações no processo de coagulação sanguínea ();

Ruptura uterina ou incisões cirúrgicas ();

Ruptura ou inversão uterina ()

Trauma ();

Trauma não genital ().

FACTORES DE RISCO PARA HPP

Idade materna aumentada (> 35 anos) ();

Grande multiparidade ();

Anormalidades uterinas existentes ();

Doenças maternas: doença de Von Willebrand (), plaquetopenia autoimune (),
trombocitopenia causada por pré-eclâmpsia/hipertensão gestacional (), CIVD().

História de HPP anterior ou tecido de placenta retida ().

Anemia inferior a 9 g/dl no início do trabalho de parto ()

Macrossomia maior que 4 kg (),

Morte fetal intrauterina ()

Trabalho de parto prolongado (),

Embolia de líquido amniótico (),

CIVD trombina (),

Trauma do trato genital: episiotomia (), útero rompido ()

Hipotonia induzida por drogas: anestésico (), sulfato de magnésio ()

Distensão da bexiga evitando a contração uterina ().

PREVENÇÃO DA HPP

Metilergometrina (Ergotrate) ();

Ocitocina ();

Misoprostol ().

ANEXO