

PRODUÇÃO TÉCNICA

DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DIDÁTICO OU INSTRUCIONAL

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU- UNESP

Programa de PG em Medicina

Mestrado Profissional Associado à Residência Médica

MEPAREM

AUTOR: MESTRANDA Juliana Marques Paiva

ORIENTADOR: Prof. Dr. José Carlos Peraçoli

CO-ORIENTADOR:

Título: “Profilaxia e manejo da hemorragia puerperal”.

OBJETIVO: Projeto realizado com o objetivo de orientar alunos de graduação e médicos residentes no manejo da hemorragia puerperal.

MEPAREM 2015

HEMORRAGIA PUERPERAL

A hemorragia puerperal é a principal causa de morte maternal em países em desenvolvimento e a causa primária de quase um quarto de todas as mortes maternas a nível global, as quais poderiam ser evitadas por meio de uso de profilaxia e do uso de protocolos adequados realizados em tempo hábil.

Classicamente, a hemorragia puerperal é definida como perda sanguínea maior ou igual a 500ml proveniente do trato genital nas primeiras 24 horas do pós-parto. Outras definições também são aceitas devido à dificuldade de mensuração deste sangramento após o parto como a diminuição de 10% do hematócrito de admissão para aquele colhido no pós-parto ou as alterações hemodinâmicas.

O sangramento genital, hipotensão arterial materna seguida ou não de choque hipovolêmico e seus graus variados levam ao seu diagnóstico.

Causas de hemorragia puerperal:

- Hipotonia ou atonia uterina
- Traumas do trato genital
- Retenção de restos placentários
- Distúrbios de coagulação
- Rotura uterina
- Deiscência de histerotomia
- Laceração de sutura de histerotomia

Fatores de risco

- Parto prolongado ou taquitócico
- Hiperdistensão uterina (gemelaridade, polidrâmnio, macrosomia)
- Corioamnionite
- DPP

- Medicamentos utilizados durante o parto (uso indiscriminado de ocitocina e Sulfato de Magnésio)
- Partos vaginais instrumentais ou partos operatórios
- Manobras inadequadas no período expulsivo (Kristeller, tração inadequada de cordão)
- Condições que comprometam a contração uterina (miomatose uterina, acretismo placentário, hipoproteinemia, inversão uterina)

É bem documentado que o manejo ativo com uterotônicos profiláticos em todas as pacientes, reduzem a incidência de hemorragia puerperal. Sabe-se que 2/3 dos casos de HP ocorrem em pacientes com baixo risco, devendo-se realizar profilaxia para todas as pacientes, lembrando sempre da correção da anemia durante o pré-natal e não realizando episiotomia de rotina.

A massagem uterina sustentada não é recomendada como profilaxia em pacientes que receberam uterotônicos mas a avaliação do tônus uterino abdominal deve ser realizado em todas as puérperas para identificação de atonia uterina precoce.

A tração controlada de cordão é recomendada pelo OMS em locais onde profissionais de assistência ao parto são qualificados. O motivo é a diminuição mesmo que pequena do tempo da terceira fase do parto e da perda de sangue.

O clampeamento imediato de cordão é contraindicado.

A droga de escolha recomendada para profilaxia pela OMS, pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO é a ocitocina na dose de 10UI intramuscular antes da dequitação placentária em todos os partos (incluindo cesáreas).

Manejo da Hemorragia

Para ser bem sucedido é necessário um trabalho em equipe que além do obstetra, deve integrar enfermagem, anestesistas e o banco de sangue.

O médico deve coordenar uma série de intervenções clínicas e cirúrgicas para o controle da hemorragia pós-parto e avaliar o sucesso ou insucesso de cada etapa rapidamente, passando para a próxima quando necessário.

Uma vez diagnosticada a hemorragia puerperal, paralelamente a investigação da causa, deve-se proceder com massagem uterina, acesso venoso calibroso e administração imediata de uterotônicos (ocitocina 10 a 20 UI diluídos em 500 ml de SF0,9% - 250ml/h). Infusão de cristalóides e transfusão de hemoderivados, se necessário.

Se ausência de sucesso com esses procedimentos segue a necessidade de utilização de outros medicamentos como derivados de ergot e prostaglandinas. A metilergometrina é a droga mais utilizada na dose habitual de 0,2 mg IM a cada 2 ou 4 horas (contra-indicada em pacientes com hipertensão arterial) e o misoprostol na dose de 800 a 1000mcg via retal.

Caso ausência de efeito imediato, recomenda-se posicionamento ginecológico da paciente sob anestesia adequada para revisão do canal de parto com sutura das lacerações, se existentes. Neste momento, manobras podem ser realizadas como manobra de Hamilton (compressão uterina bimanual).

Se todas as medidas não resultarem em melhora significativa do quadro, o tamponamento uterino é recomendado (uso de balão de Sengstaken Blackemore, sonda de Foley número 24 e o balão de Bakri). Estudos prospectivos de Doumouchsis ET al, mostraram eficácia de 80% na falha da terapia medicamentosa.

Na retenção placentária (terceiro período durando mais que 30 minutos) a opção é a administração de 20UI de ocitocina diluídos em 20ml de SF 0,9% na veia umbilical. Se insucesso, considerar hipótese de acretismo placentário e se sangramento for abundante, não postergar a

tentativa única de dequitação manual com administração de antibiótico profilático após.

Na inversão uterina a manobra de Taxe deve ser realizada, sendo infrutífera, considerar o uso de relaxantes da musculatura uterina e em caso de novo insucesso, cirurgia.

Na atonia Uterina, todas as manobras iniciais devem ser realizadas uma vez que é a primeira causa de hemorragia puerperal e em caso de insucesso das mesmas laparotomia deve ser realizada, que a princípio deve ser realizada por meio de incisão mediana infra-umbilical, para melhor exposição do campo cirúrgico.

Pensando na preservação do futuro reprodutivo da mulher, a sutura uterina hemostática (Sutura de B-Lynch) é uma possibilidade. Ainda buscando a preservação, existe a possibilidade de realização de embolização das artérias uterina, se o procedimento não resultar em efeito rápido é realizada a ligadura arterial, de uterina ou ilíaca interna. Lembrando que a embolização necessita de tempo, pessoas e equipamentos portanto, se a paciente não estiver estável a laparotomia deve ser indicada.

A histerectomia consiste no último recurso e não deve ser postergada nas situações mais graves e de preferência deve ser realizada subtotal pelo menor tempo cirúrgico e pela dificuldade do puerpério.

Sequência do manejo na hemorragia puerperal

- Massagem do fundo do útero
- Acesso calibroso, avaliar uso de cristaloides
- Drogas uterotônicas (ocitocina, metilergometrina, misoprostol)
- Compressão uterina bimanual
- Inspeção da vagina e do colo uterino para reparo de lacerações
- Curagem e/ou curetagem uterina

- Tamponamento uterino
- Embolização transarterial
- Laparotomia
- Hemostasia dos locais de sangramento
- Ligadura de artérias uterinas
- Sutura de B-Lynch
- Ligadura de artérias ilíacas internas
- Histerectomia

Leituras recomendadas:

- 1-Baggieri RAB, Vicente GS, Santos JA, Cabalero MHC, Barbosa HM, Santos RS, Baggieri RAA, Baggieri RFA, Trindade CR, Chambo Filho A. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. - Arquivo Médico Hospital Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa São Paulo 2011;56(2):96-101.
- 2-American College of Obstetricians and Gynecologists-(ACOG). ACOG educational bulletin. Postpartum hemorrhage. Int J Gynaecol Obstet 1998; 61:79-86.
- 3-Zugaib, Marcelo. ET al. Zugaib Obstetricia.2.ed. Barueri, SP: Malone 2012, cap 25.
- 4-Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto- OMS – 2014.
- 5-Ministério da Saúde. Urgências e emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situação de risco de morte materna/Secretaria de Políticas de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Segunda edição.