

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

1. INTRODUÇÃO

a) Definições:

- Perda sanguínea estimada acima de 500 ml após parto vaginal nas primeiras 24h;
- Perda sanguínea estimada acima de 1000 ml após cesárea nas primeiras 24 h;
- Qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade;
- É definida como maciça quando: superior a 2000ml ou necessite de transfusão mínima de 1200ml (4 unidades) de concentrados de hemácias ou que resulte queda na hemoglobina $\geq 4g/dl$ ou distúrbio de coagulação.

b) Epidemiologia:

Incide em 3 a 5% dos partos vaginais, sendo responsável por 25% das mortes maternas em todo o mundo, constituindo a principal causa nos EUA e a segunda causa no Brasil. Pode causar outras complicações, como anemia, fadiga, dificultar cuidados com o recém-nascido, prolongar internamento hospitalar, aumentar necessidade de hemotransfusão e suas reações, insuficiência hipofisária e renal. Quase 90% das mortes causadas pela hemorragia pós-parto ocorrem nas primeiras 4 horas após o parto.

c) Classificação:

- Primária (ou precoce): ocorre nas primeiras 24h após o parto. Causas: atonia uterina, restos placentários, acretismo, inversão uterina, lacerações e hematomas no canal do parto e distúrbios de coagulação;
- Secundária (ou tardia): ocorre após 24h até seis semanas após o parto;
- Causas: infecção puerperal, doença trofoblástica gestacional, retenção de tecidos placentários, distúrbios da coagulação.

2. CAUSAS DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO

A regra mnemônica dos “4T’s” descreve as quatro principais causas de hemorragia pós-parto (HPP) e a frequência dessas causas guiam a sequência de medidas terapêuticas a serem adotadas.

- a) **TÔNUS** - Atonia uterina. Corresponde a 70% das causas de hemorragia pós-

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

parto;

- b) **TRAUMA** - Lacerações cervicais, vaginais e perineais, hematomas, inversão e roturas uterinas. Causam 19% das hemorragias pós-parto;
- c) **TECIDO** - Tecidos retidos e acretismo placentário. Responsáveis por 10% destas hemorragias;
- d) **TROMBINA** - Coagulopatias. Envolvidas em 1% destas ocorrências.

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A identificação dos fatores de risco no pré-natal e na admissão ao parto permite a estratificação das pacientes e cuidado diferenciado para aquelas com maior risco. Essa é a primeira estratégia para reduzir mortalidade materna por HPP. A tabela abaixo descreve os principais fatores de risco e as medidas a serem tomadas dependendo da estratificação (tabela 1).

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO		
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> -Ausência de cicatriz uterina -Gravidez única - ≤ 3 partos vaginais prévios -Ausência de distúrbio de coagulação -Sem história de HPP 	<ul style="list-style-type: none"> -Cesariana ou cirurgia uterina prévia. -Pré-eclâmpsia leve. -Hipertensão gestacional leve. -Sobredistensão (gestação uterina (Gestação múltipla, polidrâmio, macrossomia). - ≥ 4 partos vaginais. -Corioamnionite. -Hemorragia obstétrica prévia -Obesidade materna 	<ul style="list-style-type: none"> -Placenta prévia ou de inserção baixa -Pré-eclâmpsia grave -Hematócrito < 30% + fatores de risco -Plaquetas < 100.000/ mm3 -Sangramento ativo à admissão -Coagulopatias -Uso de anticoagulantes -Descolamento prematuro de placenta -Placentação anômala (acretismo) -Presença de ≥ 2 fatores de médio risco
MEDIDAS PREVENTIVAS SEGUNDO ESTRATIFICAÇÃO		
-Manejo ativo do 3º estágio	-Manejo ativo do 3º estágio	-Manejo ativo do 3º estágio

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

<ul style="list-style-type: none"> -Observação rigorosa por 1-2 horas -Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> -Observação rigorosa por 1-2 horas -Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta -Identificação -Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G) -Tipagem sanguínea -Hemograma 	<ul style="list-style-type: none"> -Observação rigorosa por 1-2 horas -Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta -Identificação -Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G) -Tipagem sanguínea -Hemograma -Prova cruzada -Reserva de sangue (02 Concentrados de Hemácias)
---	--	--

Tabela 1- Estratificação de risco e medidas preventivas para Hemorragia pós-parto. *Adaptado de: Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	--

4. MEDIDAS PREVENTIVAS

- a) Uso de ocitocina em todos os partos logo após o nascimento (principal medida; reduz em mais de 50% os casos de HPP).
 - Parto vaginal: 10UI, intramuscular
 - Cesárea: 3UI, endovenosa, em infusão lenta (30 segundos), seguido de dose de manutenção (20 UI de ocitocina diluídas em 500 ml de SF 0,9% à 125ml/h ou 40 gts/min) por 12 horas. Se não houver resposta a essa dose de ataque, o bolus de 3 UI pode ser repetido a cada 3 min por mais 02 vezes. Se ainda assim não houver resposta, utilizar segunda linha de uterotônicos (fluxograma 1).
- b) Clampeamento do cordão umbilical: deve ser realizado após 1º minuto de vida, se possível.
- c) Tração controlada do cordão umbilical: realizar apenas se profissional habilitado. Associar a tração de cordão à manobra de Brandt-Andrews (para estabilização uterina- elevação do corpo uterino por via transabdominal).
- d) Massagem uterina após dequitação: a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas após a retirada da placenta (garante também a vigilância periódica).
- e) Realização de episiotomia apenas quando necessário (períneo resistente, período expulsivo prolongado, períneo estreito com < 3 cm e partos assistidos);
- f) Não realizar manobra de Kristeller;
- g) Uso racional de ocitocina durante trabalho de parto.

5. DIAGNÓSTICO E GRAU DO CHOQUE

Apesar dos avanços no controle da hemorragia puerperal, ela ainda representa uma das principais causas de morte materna. Ao analisar esses casos, frequentemente observamos “atrasos” na assistência obstétrica que contribuíram para o desfecho negativo. Portanto, o conceito de **Hora de Ouro** está sendo utilizado em obstetrícia e os casos de hemorragia após o parto devem ser identificados e resolvidos idealmente dentro da primeira hora.

A perda sanguínea deve ser estimada, o que pode ser um desafio, principalmente quando usamos apenas os parâmetros clínicos (tabela 2), tendo em

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

vista que é necessário uma perda importante para alterá-los (diagnóstico tardio).

GRAU DE CHOQUE	VOLUME/ % DE PERDA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PRESSÃO SISTÓLICA	PULSO
Compensado	500 a 1000 ml/ 10-15%	Normal	> 90 mmHg	60-90
Leve	1000 a 1500 ml/ 16-25%	Normal ou agitado	80 a 90 mmHg	91-100
Moderado	1500 a 2000 ml/ 26-35%	Agitado	70 a 79 mmHg	101-120
Grave	2000 a 3000 ml/ > 35 %	Letárgico	< 70 mmHg	> 120

Tabela 2- Grau de choque estimado por parâmetros clínicos

O grau do choque é dado pelo critério de pior gravidade

*Adaptado de: Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

Outro parâmetro clínico atualmente utilizado para avaliar o grau de instabilidade materna e prever a necessidade de transfusão maciça é o **Índice de Choque** (Tabela 3). É calculado pela divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica. Valores ≥ 0.9 em puérperas com HPP sugerem perda sanguínea significativa e valores ≥ 1 , ou seja, frequência cardíaca superior à pressão arterial sistólica, indicam necessidade de abordagem agressiva do quadro hemorrágico.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

ÍNDICE DE CHOQUE = FREQUÊNCIA CARDÍACA ÷ PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		
Valor	Interpretação	Condução
≥ 0,9	Risco de transfusão	Abordagem agressiva / transferência hemotransfusão
≥ 1,4	Necessidade de terapêutica agressiva com urgência	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça
≥ 1,7	Alto Risco de resultado mater- no adverso	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça

Tabela 3- Índice de choque na hemorragia pós-parto

6. TRATAMENTO

Deve ser direcionado para a causa do sangramento e instituído o mais precocemente possível a fim de evitar o agravamento do quadro e dificuldade ainda maior de controlar a hemorragia (fluxogramas 1 e 2).

a) Medidas iniciais:

- Pedir ajuda;
- Manter permeabilidade das vias aéreas (Airway), respiração (Breathing) e circulação (Circulation) (ABC);
- Obter dois acessos venosos de grande calibre (cristaloides);
- Oxigênio (inicialmente cateter nasal 3 L/min);
- Monitorar rigorosamente pressão arterial e frequência cardíaca (taquicardia e pulso fino constituem sinais de hemorragia importante);
- Preencher requisição de transfusão de dois concentrados de hemácias de urgência ou extrema urgência, conforme protocolo PRO.AGT.004 (Hemoterapia);
- Obtenção de amostras para exames laboratoriais (contagem global (CGLOB), TAP, TTPa e fibrinogênio) e para testes pré-transfusionais – 2

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

tubos de tampa roxa e 1 tubo de tampa azul.

b) Tratamento medicamentoso:

- **Ocitocina (1ª escolha):** 5 UI, EV lento (3 min) + 20 UI a 40 UI em 500 ml SF 0,9% a infusão 250 ml/h. Manutenção de 125 ml/h por 12-24 horas. Atenção para possibilidade de intoxicação hídrica;
- **Metilergometrina:** 0,2 mg, IM, repetir em 20 min se necessário. Se sangramento grave: realizar mais 3 doses de 0,2 mg IM, 4h/4h (Dose máx.: 1 mg/24 horas)

Obs: contraindicado em paciente em uso de antibióticos macrolídeos e medicamentos inibidores de protease (antirretrovirais);

- **Misoprostol:** 600- 800 mcg, via retal;
- **Ácido tranexâmico:** 1g, EV lento (10 minutos). Iniciar assim que se identificar a hemorragia. Repetir se: persistência do sangramento 30 min após 1ª dose ou reinício do sangramento em até 24 horas da 1ª dose;
- **Hemocomponentes:** se paciente apresentar instabilidade hemodinâmica com PAS < 90mmHg e sangramento importante, seguir protocolo de transfusão maciça PRO.AGT.004 (Hemoterapia).

c) Tratamento não cirúrgico:

- **Massagem uterina:**

Primeira manobra a ser realizada nos casos de atonia uterina, enquanto se realiza o uterotônico e aguarda-se o seu efeito. Proceder com o esvaziamento da bexiga antes da manobra.

Insere-se uma mão dentro da vagina, empurrando-a contra o corpo uterino. Coloca-se a outra mão no abdome materno, sobre o útero, comprimindo-o contra a mão da vagina. Massageia-se a parede posterior do útero com a mão localizada sobre o abdome, ao mesmo tempo em que a parede anterior é massageada com a mão localizada no interior da vagina.

- **Balão de tamponamento intrauterino**

O balão está indicado nos quadros de atonia, quando o tratamento com uterotônicos não foi eficaz em conter o sangramento. O tempo de permanência

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral

recomendado para o balão é de, no máximo, 24 horas. Durante o uso do balão sugere-se realizar antibioticoprofilaxia (ex: cefazolina 1 grama, EV, de 8/8h) e manter os uterotônicos (ex: ocitocina). A retirada do balão deve ser lenta (retirar 50 ml de cada vez). Deve-se monitorar periodicamente o sangramento e o estado hemodinâmico da paciente durante o seu uso e retirada. Caso não esteja disponível no serviço, pode ser confeccionado manualmente utilizando sonda de Foley e condom masculino.

d) Tratamento cirúrgico

Indicado na falha da terapia medicamentosa e das medidas não cirúrgicas.

e) Revisão do canal de parto

Realizada com a paciente anestesiada ou sedada em ambiente adequado (sala PPP ou centro cirúrgico), respeitando as técnicas de assepsia. Hemostasia e sutura de lacerações cervicais, vaginais e perineais. Exploração e drenagem de hematomas perineais e vaginais. Os pequenos hematomas podem ser conduzidos de maneira expectante com observação intensa. Pacientes com hematomas em expansão e aquelas com instabilidade hemodinâmica persistente após medidas de reposição volêmica, necessitam de exploração.

f) Manobras para inversão uterina

A inversão uterina é sugerida pela presença de massa azul-acinzentada, dolorosa, exteriorizando-se pela vagina (em cerca de metade das vezes a placenta ainda pode estar aderida), associada a sinais de choque (vasovagal) desproporcional à quantidade de hemorragia.

- Manobra de Johnson: segurar o fundo uterino com uma das mãos, levantando-o para fora da pelve, enquanto a outra mão e dois terços do antebraço, introduzidos na vagina, empurram o fundo uterino de volta a sua posição original. Se o anel de contração cervical tiver se desenvolvido ou as tentativas de reposicionamento falharem, pode ser necessário o uso de anestesia geral para prover o relaxamento e possibilitar a correção uterina. A placenta só deve ser retirada após a reversão da inversão, para não potencializar o choque. As pacientes que desenvolverem reflexo vasovagal durante a inversão devem receber atropina 0,5 mg endovenoso e infusão de líquido em bolus.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

- Cirurgia de Huntington: quando não se obtém sucesso no procedimento anterior realiza-se laparotomia e aplica-se tração progressiva sobre os ligamentos redondos, com pinça Babcock ou pinça de Allis, “desinvaginando” o útero.
- Cirurgia de Haultain: realizar uma incisão no anel cervical posterior e, a seguir, reposiciona-se digitalmente o corpo uterino invertido, com subsequente reparo da incisão.

g) Reconhecimento e correção das roturas uterinas

Antes do parto o sinal mais importante é a bradicardia fetal prolongada, associada a sangramento vaginal, dor à palpação abdominal, taquicardia materna, colapso circulatório, parada da contratilidade uterina. Quando diagnosticada no pós-parto, um pequeno defeito (< 2 cm) assintomático ou deiscência sem sangramento do segmento inferior do útero, pode ser acompanhado de forma expectante. Nos casos de sangramento persistente, com sinais de hipovolemia, as suturas reparadoras e/ou histerectomia são necessárias.

- **Curagem e curetagem uterina**

Utilizada nos casos de retenção ou delivramento placentário incompleto. Após anestesia e assepsia, com o obstetra devidamente paramentado, procede-se à introdução gentil da mão e antebraço pela vagina até alcançar a cavidade uterina, posicionando-se a outra mão sobre o abdome materno, apreendendo o fundo uterino.

Procura-se identificar o plano de clivagem entre a placenta e o útero com a ponta dos dedos, descolando a placenta, retirando-a íntegra, se possível. Se houver dúvida da retirada completa da placenta, deve-se realizar curetagem, com o cuidado de evitar a perfuração uterina. Administrar ocitócitos e antibiótico profilático (Cefazolina 2g endovenoso). Se o sangramento não for controlado após estas medidas, considerar a possibilidade de outros tratamentos cirúrgicos.

- **Suturas hemostáticas:**

h) Sutura compressiva de B-Lynch

Exterioriza-se o útero por via abdominal, afasta-se a bexiga inferiormente e

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

procede-se à histerotomia segmentar. Um fio de Poligalactina 910 (tipo VYCRIL®) nº 0, longo, com agulha grande, é introduzido 3 cm abaixo da borda inferior esquerda da histerotomia e a 4 cm de distância da borda lateral do útero, emergindo a agulha 3 cm acima da borda superior esquerda da histerotomia, mantendo-se a mesma distância de 4 cm da borda lateral do útero. O fio é transportado através da parede anterior e posterior do útero, posicionando-se o fio sobre o fundo uterino a 4 cm de distância do corno. A agulha é reintroduzida para dentro da cavidade uterina pela parede posterior do útero, ao nível da inserção do ligamento úterosacro esquerdo. Por dentro da cavidade uterina leva-se o fio até o nível superior da histerotomia, no lado direito, passando a agulha para o meio exterior do útero, a 3 cm da borda superior da histerotomia e a 4 cm da borda uterina direita. A sutura é então transportada através da parede anterior e posterior do útero, posicionando-se o fio sobre o fundo uterino a 4 cm do corno direito. A agulha é novamente introduzida para dentro do útero pela parede posterior, ao nível da inserção do ligamento útero-sacro direito. Finalmente, emerge-se a agulha a 3 cm da borda inferior da histerotomia, mantendo-se a distância de 4 cm da borda lateral do útero.

Procede-se à histerorrafia e, em seguida, com a ajuda do auxiliar, que durante todo procedimento permaneceu comprimindo e massageando o útero, aperta-se o nó.

- **Sutura de Hayman**

Técnica de sutura compressiva que não requer abertura da cavidade uterina. É mais rápida e não requer visão direta da cavidade uterina para sua realização. Os resultados sobre morbidade e comprometimento da fertilidade são desconhecidos.

- **Sutura de CHO**

Sutura com agulha reta em múltiplos quadrados de 2-3 cm que eliminam os espaços dentro da cavidade uterina, unindo serosa da parede anterior com serosa da parede posterior.

Observação: Suturas hemostáticas com melhor eficácia de acordo com a área uterina acometida e a causa.

- Sangramento no corpo uterino por atonia: B-Lynch, Hayman e ligaduras da artéria uterina
- Sangramento no corpo uterino por acretismo: Cho

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

- Sangramentos no segmento inferior do útero, cérvix e parte superior da vagina:
Cho, Ligadura Vascular Seletiva Baixa.

i) Ligaduras vasculares

- Ligadura bilateral das artérias uterinas: também podem ser ligados os vasos dos ligamentos útero-ovarianos bilaterais. Cuidado com ligadura acidental dos ureteres;
- Ligadura das artérias hipogástricas: menos eficaz que os tratamentos anteriores e de difícil execução. Realizada apenas por médicos com boa experiência.

J) Histerectomia

É tratamento radical e salvador, quando os métodos anteriores falharam. As principais indicações ocorrem em casos de placentação anormal (acreta, increta e percreta), atonias refratárias, traumas uterinos e roturas extensas. Pode ser total (placentas prévias) ou subtotal (mais rápida e com menor morbidade). Levar em consideração paridade e estado geral da paciente.

7. CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS

Controle temporário do foco de sangramento com intuito de restauração volêmica, reverter a coagulopatia, o distúrbio ácido-básico e combater hipotermia.

K) Técnica:

- Realizada com incisão mediana na maioria dos casos (xifopubiana);
- Histerectomia seguida de empacotamento pélvico com compressas (> 7), comprimindo os sítios de sangramento;
- Curativo a vácuo;
- Cuidados na UTI até estabilidade da paciente;
- Realizar cirurgia definitiva de 2-5 dias após abordagem inicial;

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

- Retirada cuidadosa das compressas (realizar hemostasia). Se novo sangramento, prepare- se para abordagem local ou novo empacotamento.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

8. CÓDIGO VERMELHO

- a) Incentivar medidas de prevenção e classificação de risco;
- b) Adotar protocolos de HPP e transfusão maciça;
- c) Criar e treinar equipes de resposta;
- d) Criar comissão para estudo e avaliação dos casos.
- e) Manter kits, ver anexo 1: **(FOR.ENF.059 – CHECKLIST DO KIT DE EMERGÊNCIA PARA USO EM HEMORRAGIA PÓS-PARTO)** de emergência em HPP.

9. EQUIPES DE RESPOSTA

a) COORDENADOR: DECIDIR CONDUTA

- Iniciar massagem uterina
- Classificar grau de choque
- Buscar causa do choque
- Passar sonda vesical
- Distribuir funções
- Checar tarefas
- Orientar medicações
- Iniciar procedimentos

L) AJUDANTE 1: MONITORIZAR

- Monitorizar e comunicar sinais vitais;
- Instalar cateter de O₂;
- Posicionar paciente em decúbito lateral esquerdo - DLE (se gestante);
- Preencher checklist (plano terapêutico hemorragia);
- Registrar tempo e sequência de eventos;
- Registrar medicações;
- Verificar e anotar temperatura;
- Reavaliar estado de choque após infusão de líquidos;
- Auxiliar o coordenador em procedimentos.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

M) AJUDANTE 2: ACESSO E INFUSÕES

- Puncionar o acesso venoso;
- Colher sangue em 3 tubos:
 - Um tubo de tampa azul: (HDTA): Coleta de TAP, TTPa e Fibrinogênio;
 - Dois tubos de tampa roxa: coleta de CGLOB e testes pré-transfusionais;
 - Uma seringa de heparina: coleta de cálcio iônico, gasometria venosa e lactato.
- Instalar reposição volêmica;
- Solicitar exames (HB, HT, PLT, TAP, TTPA e fibrinogênio);
- Administrar líquidos e medicamentos.

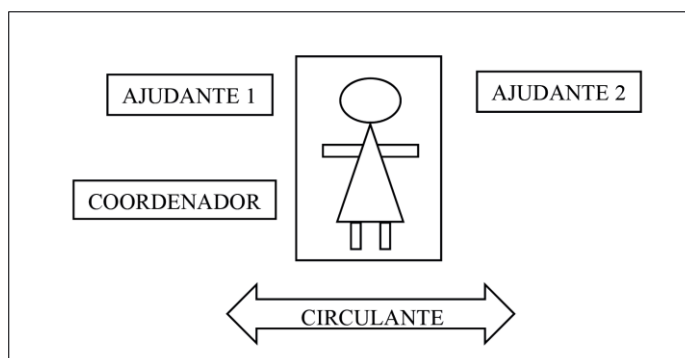


Figura 1 : Fonte: Autores, 2020

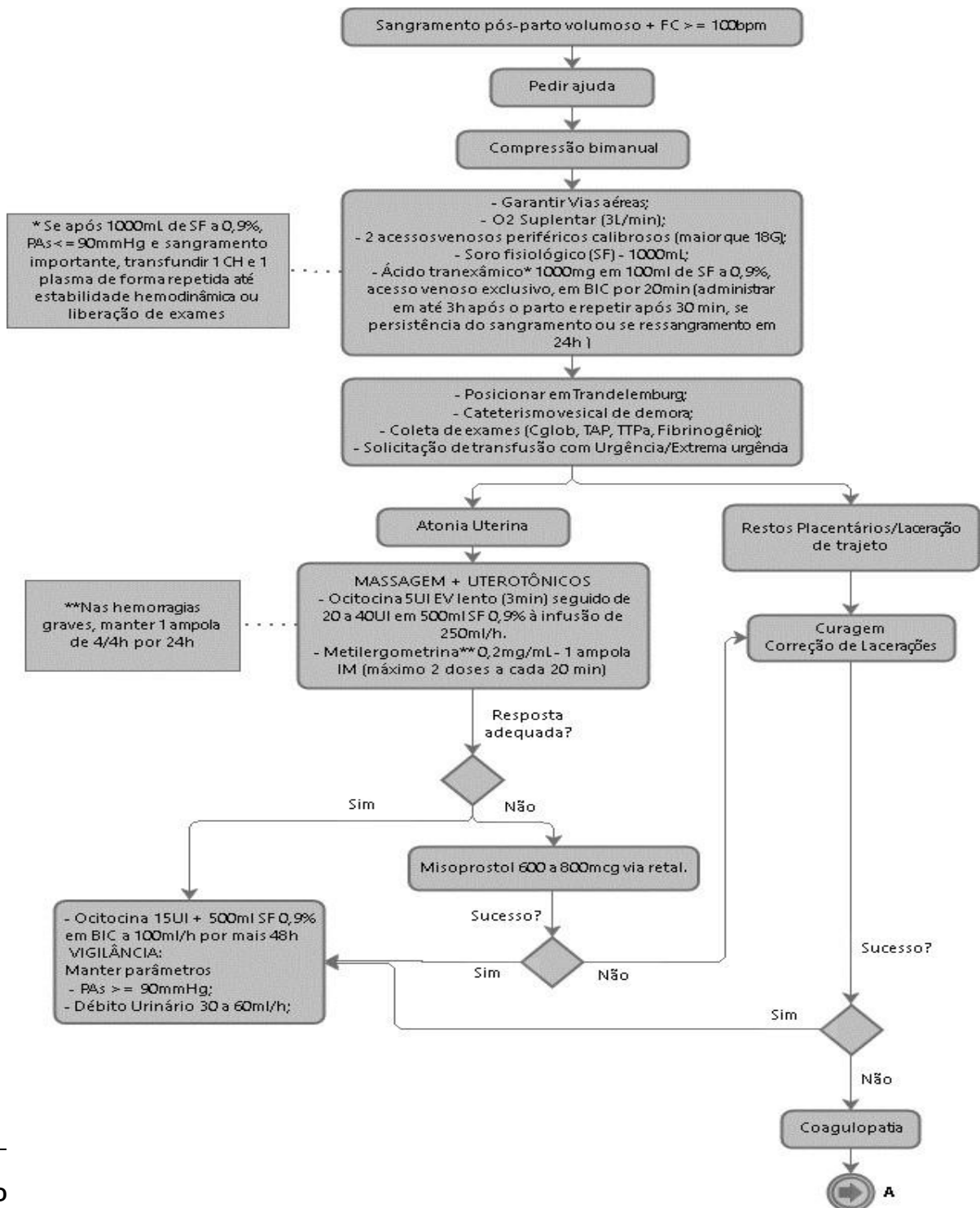
10. CONDUTA PÓS CONSTROLE DA HEMORRAGIA

- a) Pacientes com Hb < 8,0 g/dl: iniciar reposição com ferro venoso. (não é necessária a reposição concomitante com ferro oral);
- b) Pacientes com Hb ≥ 8,0 g/dl: iniciar ferro oral 02 comprimidos pela manhã com ácido ascórbico.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

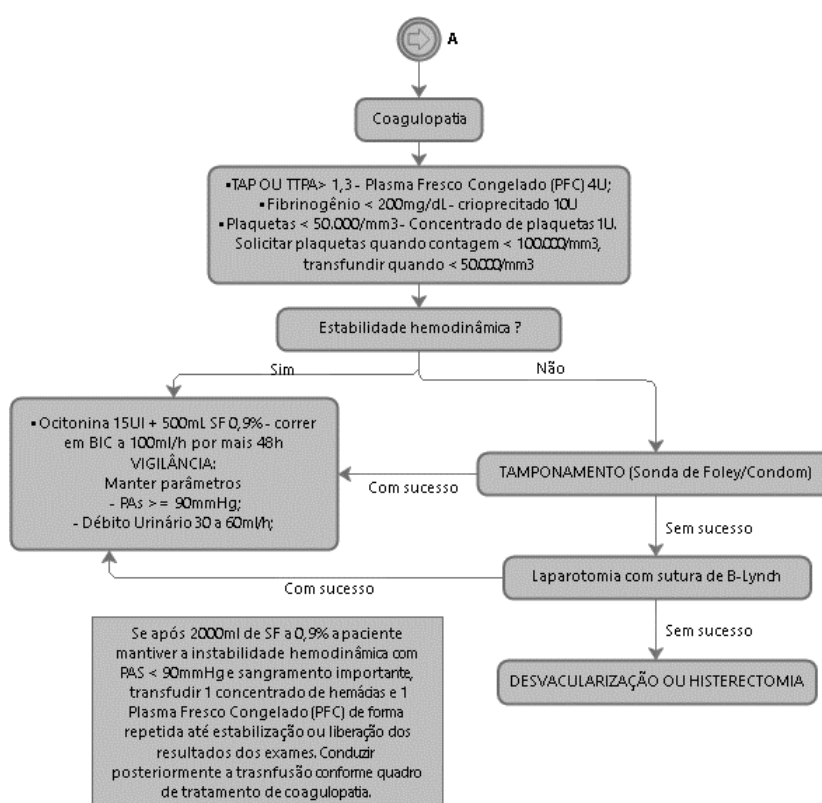
Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---



PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

Fluxograma 1 - Conduta na hemorragia pós-parto



Fluxograma 2 - Conduta na hemorragia pós-parto com coagulopatia

Obs: todas as pacientes q se enquadrarem nos critérios descritos no protocolo de CARACTERIZAÇÃO DE EMERGENCIA/URGENCIA DA GESTAÇÃO EM RISCO HABITUAL E ALTO RISCO, ou se medico assistente julgar necessario, devem seguir fluxograma de encaminhamento descrito nesse mesmo protocolo.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

PROTOCOLO OBS 12 – HEMORRAGIAS

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enf ^a Marcilene de Paula Diretora Geral

REFERÊNCIAS

Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-Top Guideline, nº 52, may 2009, reviewed in November 2009 and april 2011.

THE LANCET. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage

(WOMAN): an international randomized, double-blind, placebo-controlled trial. v. 389,p. 2105-2116, maio, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage – 2014.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------