



**Escola Superior de Saúde  
Licenciatura em Enfermagem  
Unidade Curricular:  
Enfermagem no Contexto Crítico e Grupo vulnerável**

**Hemorragia Obstétrica na  
unidade de Urgência e emergência**

**Docente:** Mst. Nivaldo Castro

**Discentes:** Andy Andrade  
Eurídice Spencer  
Maira Lopes  
Nayma Lopes

**Mindelo, 29 de Dezembro de 2022**

# Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>1. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>4</b>
1.1. Hemorragia Anteparto.....	4
1.2. Hemorragia Pós-Parto .....	4
<b>2. HEMORRAGIA PÓS-PARTO .....</b>	<b>5</b>
2.1. CLASSIFICAÇÃO DA HPP .....	5
2.2. FATORES DE RISCO HPP .....	6
2.3. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS.....	7
2.3.1. Condutas preventivas baseadas na estratificação de risco para hemorragia pós-parto.	8
2.4. POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES NA HPP: .....	9
<b>3. CAUSAS DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO. ....</b>	<b>9</b>
3.1. ESTIMATIVA VISUAL DO SANGRAMENTO NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	10
3.2. Estimativa clínica através do índice de choque.....	10
3.3. SINAIS E SINTOMAS.....	11
<b>4. TRATAMENTO DA HPP .....</b>	<b>11</b>
4.1. Tratamento e a hora de ouro.....	11
4.2. Medidas Gerais .....	12
4.3. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	12
4.3.1. Tratamento não farmacológico: .....	13
4.3.2. TRATAMENTO CIRÚRGICO: .....	13
4.3.3. TRATAMENTO POR CAUSA ESPECÍFICA.....	14
<b>5. Atuação de enfermagem na hemorragia pós-parto .....</b>	<b>15</b>
<b>6. Como diagnosticar uma HPP .....</b>	<b>16</b>
<b>7. Conclusão .....</b>	<b>17</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>18</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho foi proposto pela unidade curricular Enfermagem no contexto crítico e grupos vulneráveis, no âmbito de desenvolver e adquirir conhecimentos sob os cuidados de enfermagem perante uma situação hemorrágica obstétrica de urgência e emergência.

Segundo os autores Zavala, R., Betancourth, M. (2022, pag.289) “a gestação é um processo fisiológico e natural no qual produz uma gama de modificações locais e sistêmicas no organismo feminino. Algumas vezes essas modificações podem acarretar quadros patológicos, tornando o processo reprodutivo uma situação de alto risco tanto para a mãe como para o concepto. Para que isso não aconteça as gestantes necessitam de uma assistência pré-natal humanizada, equânime e mais específica; com uma maior qualidade, para rastrear e eliminar possíveis comorbidades, reduzindo assim, as altas taxas de mortalidade materna e infantil.

Dentro de possíveis comorbidades que pode ocorrer abordaremos a hemorragia obstétrica, destacado a hemorragia pós-parto que é uma emergência obstétrica que pode ocorrer após o parto vaginal ou a cesariana. As estimativas sugerem que a HPP se apresenta em 4% a 6% de todos partos.

O trabalho é dividido em partes, em que primeiramente encontra-se uma breve definição da hemorragia obstétrica tendo em conta a sua classificação; de seguida aborda-se a hemorragia pós-parto (HPP); Causas hemorragias pós-parto; tratamento da HPP; Atuação de enfermagem pós-parto; Como diagnosticar uma HPP e por fim encontra-se conclusão.

Ao longo do trabalho foi utilizado a metodologia de revisão literatura de alguns autores, com base pelas normas de elaboração de trabalhos APA vigente na Universidade do Mindelo, seguindo também o novo acordo ortográfico.

# 1. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

O sangramento genital durante o ciclo gravídico-puerperal é queixa comum e sintoma responsável por inúmeras consultas obstétricas de urgência. A hemorragia obstétrica é a principal causa de mortalidade materna no mundo e causa importante de admissão de paciente obstétrica ao centro de terapia intensiva, além de estar associada à elevada morbimortalidade perinatal. O diagnóstico diferencial é essencial para garantir a qualidade do atendimento da paciente com esse tipo de intercorrência (Zavala, R., Betancourth,M., 2022).

Não existe uma definição universal de hemorragia obstétrica, porque não foi claramente estabelecida, o que constitui perda excessiva de sangue. Sendo assim pode-se dizer que a hemorragia obstétrica é uma emergência médica caracterizada por sangramento materno excessivo.

De acordo com o momento em que ocorre a hemorragia obstétrica, ela pode ser classificada em hemorragia anteparto (HAP) e hemorragia pós-parto (HPP) (Zavala, R., Betancourth,M., 2022).

## 1.1. Hemorragia Anteparto

A hemorragia anteparto (HAP) é definida como sangramento vaginal após 24 semanas de gestação e sua incidência estimada é de 2-5% de todas as gestações. 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;

## 1.2. Hemorragia Pós-Parto

A hemorragia pós-parto (HPP) pode ser classificada como primária ou secundária. A HPP primária ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto, enquanto a secundária acontece entre 24 horas e 6 semanas após o parto. Os mnemônico dos 4 ‘T’s é útil para memorizar as principais causas de HPP.

- **Tônus** – atonia uterina
- **Tecido** – restos placentários retidos
- **Trauma** – laceração do trato genital
- **Trombina** – coagulopatia hereditária ou adquirida

## 2. HEMORRAGIA PÓS-PARTO

Hemorragia pós-parto (HPP) é definida como perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal, ou acima de 1000 ml após parto cesariana nas primeiras 24 horas ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica. Seguidamente temos a hemorragia pós-parto maciça: que é o sangramento nas primeiras 24 horas após o parto (por qualquer via), superior a 2000ml ou que necessite da transfusão mínima de 1200 ml (04 unidades) de concentrado de hemácias ou que resulte na queda de hemoglobina  $> 4\text{g/dl}$  ou em distúrbio de coagulação (Breathnach, F., & Geary, M., 2009).

A hemorragia pós-parto, cuja incidência continua a aumentar, é uma das principais causas de mortalidade e morbidade maternas em todo o mundo. Pois é também motivo de histerectomia no período pós-parto, contribui para a morbidade materna, e é causa major de admissão de doentes provenientes das unidades obstétricas no Serviço de Medicina Intensiva.

Segundo o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) a HPP é definida como:

- **menor** quando há perda sanguínea entre 500 e 1000 ml;
- **maior** quando a perda hemorrágica é superior a 1000 ml. A HPP major pode ainda ser subdividida em moderada (perda hemorrágica entre 1000 e 2000 ml) e severa (perda sanguínea superior a 2000 ml).

### 2.1. CLASSIFICAÇÃO DA HPP

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

2.2. FATORES DE RISCO HPP

É importante que seja feita a identificação dos fatores de risco anteparto e intraparto por meio de anamnese detalhada, incluindo história clínica e gineco-obstétrica atual e pregressa da paciente.

Os Fatores de risco para Hemorragia pós-parto pode ser anteparto e intraparto:

Anteparto	Intraparto
<ul style="list-style-type: none"><li>• História pregressa de HPP, atonia;</li><li>• Distensão uterina (Gemelar, polidrâmnio, macrosomia);</li><li>• Distúrbios hematológicos ou de coagulação (congénitos ou adquiridos)</li><li>• Uso de anticoagulantes ou tocolíticos;</li><li>• Placentação anormal (acreta, prévia);</li><li>• Grande múltipara (≥ 5 partos vaginais ou ≥ 3 partos cesarianas);</li><li>• Pré-eclâmpsia, uso de sulfato de magnésio;</li><li>• Cicatriz uterina prévia;</li><li>• Primeiro filho após os 40 anos;</li><li>• Anemia prévia;</li><li>• Miomatose uterina;</li></ul> Obesidade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabalho de parto prolongado;</li><li>• Trabalho de parto taquitócico;</li><li>• Laceração vaginal de 3º/4º graus;</li><li>• Prolongamento de episiotomia;</li><li>• Placentação anormal (acreta, prévia);</li><li>• Descolamento Prematuro de Placenta;</li><li>• Parto induzido;</li><li>• Corioamnionite;</li><li>• Parada de progressão do polo cefálico;</li><li>• Parto instrumentado (fórceps, vácuo);</li><li>• Anestesia geral.</li></ul>

Fonte: Maria, F. G., Roberto,M.F., et all., Protocolo de hemorragia puerperal

Vale lembrar que, sabendo os fatores de risco apresentado pela paciente podemos realizar medidas que viabilizarão se necessário, um controle eficaz no atendimento em situação de emergência intraparto e após o parto. No momento que uma paciente apresenta riscos a uma determinada assistência, cabe a equipe gerenciador do parto a desenvolver medidas de prevenção e controle para que em casos de hemorragia, consiga realizar controle evitando um sangramento excessivo e até mesmo mortes evitáveis. A enfermagem como cuidado ao admitir a paciente deverá separar kits de assistência em casos de hemorragia e parada cardiorrespiratória (PCR), como forma preventiva da assistência.

### 2.3. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS

As gestantes e puérperas devem ser submetidas a um processo de classificação de risco (baixo médio ou alto risco) no início do atendimento, e para cada perfil de classificação deve ser tomada uma medida específica. Sendo assim o fator de maior gravidade determinará a classificação de risco da gestante Sendo esta a primeira ação no combate à morte materna. Sendo assim define-se:

- 1 **Gestante de Baixo risco:** sendo aquela paciente com ausência de fatores de risco. A maioria dos casos de HPP ocorre neste grupo podendo ser:
  - Ausência de cicatriz uterina;
  - Ausência de cicatriz uterina;
  - Gravidez Única;
  - Ausência de distúrbios de coagulação;
  - Sem história de HPP
- 2 **Gestante de médio risco:** aquelas pacientes que apresentarem  $\geq 1$  do seguinte fator de médio risco e nenhum de alto risco:
  - Cesariana ou cirurgia uterina previa;
  - Pré-eclampsia leve
  - Hipertensão gestacional leve;
  - $\geq 4$  partos vaginais;
  - Corioamniotite;
  - História previa de atonia uterina ou hemorragia obstétrica;
  - Obesidade materna;
- 3 **Gestante de alto risco:** pacientes com  $\geq 1$  fatores de alto risco ou ainda aquelas com  $\geq 2$  fatores de médio risco:
  - Placenta prévia ou de inserção baixa;
  - Pré-eclâmpsia grave;
  - Hematócrito  $< 30\%$ ;
  - Sangramento ativo anormal à admissão;
  - Doença de coagulação;
  - Uso de anticoagulantes;
  - Descolamento prematuro de placenta;
  - Anormalidades de implantação da placenta;

### **2.3.1. Condutas preventivas baseadas na estratificação de risco para hemorragia pós-parto.**

**Para todas as classes de riscos deverão receber:**

- Manejo ativo do 3 ° estágio (ocitocina 10 ui IM ou em 500 ml EV de SF a 125ml/h);
- Clampeamento tardio do cordão umbilical;
- Tração controlada do cordão (manobra de Brandt);
- Massagem uterina de 15 em 15 minutos;
- Observação rigorosa por 1 a 2 horas em local adequado;
- Estimular presença do acompanhante para ajudar e detectar sinais de alerta;
- Aleitamento materno precoce, se possível, ainda durante o parto cesariana.

**As gestantes de médio risco deverão ter:**

- Amostra de sangue colhida para tipagem sanguínea, com hemograma, coagulograma, fibrinogênio e prova cruzada à admissão;
- Avaliar um acesso venoso;
- Identificação do risco com etiqueta no prontuário para sinalização de toda a equipe.

**No grupo de alto risco, além do mencionado, deverá ter:**

- Acesso venoso periférico calibroso (16G);
- Reserva de 2 bolsas de concentrado de hemácias (CH) solicitada na admissão e o banco de sangue deve estar ciente da possibilidade de hemotransfusão maciça.

As pacientes com um ou mais fatores de risco para HPP deverão ser mantidas em observação com monitorização não invasiva por 1 a 2 horas na Sala de Recuperação Pós-anestésica. Após este período, devem ser encaminhadas para enfermaria com observação rigorosa nas primeiras 6 horas.

Deve-se lembrar que o sangramento habitual em um parto vaginal é de 400 a 500mL e, na cesariana, de 800 a 1000mL. As pacientes anêmicas, brevilíneas e portadoras de pré-eclâmpsia grave geralmente toleram menos as perdas volêmicas, apresentando uma piora mais rápida do estado hemodinâmico nessas situações e desenvolvendo um quadro de choque hipovolêmico mais refratário.



**2.4. POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES NA HPP:**

- Choque hipovolêmico;
- Coagulação intravascular disseminada;
- Insuficiência respiratória: Pulmão de choque;
- Insuficiência Renal Aguda;
- Insuficiência hepática;
- Anemia;
- Óbito;

**3. CAUSAS DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO.**

O processo mnemônico da regra dos "4-T" (Tônus, Trauma, Tecido e Trombina) é uma maneira simples e eficaz de lembrar e detetar as causas específicas.

“4Ts”	CAUSA ESPECÍFICA
<b>TÔNUS</b>	Atonia uterina
<b>TRAUMA</b>	Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina
<b>TECIDO</b>	Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário
<b>TROMBINA</b>	Coagulopatias congênicas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes

Fonte: Adaptado OPA, 2018

A atonia uterina é a causa mais comum de hemorragia pós-parto. Trauma deve sempre ser excluído. Lacerações e hematomas resultam do traumatismo do parto e causam significativa perda sanguínea. A episiotomia, especialmente a mediolateral, aumenta o sangramento e deve ser evitada de rotina. Outra causa de trauma puerperal hemorrágico é a rotura uterina, hoje em dia mais comum nos países desenvolvidos, é a pós-cesárea que ocorre no parto vaginal de mulheres anteriormente operadas. Nos países em desenvolvimento ainda é comum a rotura uterina por parto obstruído. Retenção de tecido placentário ocorre quando a placenta não se descola de seu sitio habitual, total (caso de acratismo) ou parcialmente (restos placentários).

As desordens da coagulação são causas raras de hemorragia pós-parto. Coagulopatias hereditárias estão representadas pela Doença de Von Willebrand, púrpura trombocitopénica idiopática, púrpura trombocitopénica trombótica e hemofilia. A coagulação intravascular

disseminada (CID) pode ser vista em pacientes com a síndrome HELLP, descolamento prematuro da placenta (DPP), embolia por líquido amniótico (ELA), sepse, retenção prolongada de ovo morto.

**3.1. ESTIMATIVA VISUAL DO SANGRAMENTO NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

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

<b>Diâmetro da Poça de sangue sobre o lençol</b>	<b>ML (SANGUE)</b>	<b>quantidade de sangue nas compressas</b>	<b>ML (SANGUE)</b>
<b>Poça de 50cm de diâmetro</b>	500ml	<b>50% de sujidade</b>	25 ml
<b>Poça de 75cm de diâmetro</b>	1.000ml	<b>75% de sujidade</b>	50ml
<b>Poça de 100cm de diâmetro</b>	1.500ml	<b>100% de sujidade</b>	70ml
<b>Cama com poça de sangue sobre o lençol</b>	Provavelmente menos de 1.000ml	<b>Compressa pingando</b>	100ml
<b>Hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão</b>	Provavelmente excede 1.000ml		

Fonte: Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, 2018

**3.2. Estimativa clínica através do índice de choque**

Para definirmos a necessidade de a parturiente receber uma transfusão sanguínea maciça, devemos através de cálculos estabelecer o índice de choque (IC), é através desse resultado que definimos a conduta a ser abordada. O IC é um parâmetro clínico que exemplifica o estado hemodinâmico da paciente, é através desse cálculo que prevemos a necessidade de transfusão maciça. O cálculo se efetua através da divisão entre a frequência cardíaca e a pressão arterial

sistólica da parturiente. O resultado deverá ser  $\geq 0.9$  onde identifica uma perda sanguínea significativa, podendo sinalizar a necessidade da transfusão maciça (ARAUJO, 2019, p. 09).

O índice de choque pode ser causado por diversos tipos de choques e uma delas é o choque hemorrágico.

Segundo o autor Soares, D., & Cristina, J. (2021, pag. 7) “a oferta ineficiente de sangue oxigenado aos órgãos vitais é o fator mais crítico que desencadeia a morte em vítimas de trauma. A hipovolemia, aciona mecanismos fisiológicos que atuam para compensar a perda sanguínea, e neste processo os barorreceptores na artéria carótida e arco aórtico dão início a reflexos neuroendócrinos. A vasoconstrição ocorre em vias venosas e arteríolas sistêmicas, ocasionando uma resposta vasoconstritora seletiva, que passa a priorizar os órgãos vitais como coração e cérebro. Logo, considera-se uma situação de choque hipovolêmico severo quando estes órgãos estão com perfusão inadequada, tornando a morte iminente (TAMBALOI, 2021).

### **3.3. SINAIS E SINTOMAS**

Os sinais e sintomas mais frequentes da HPP são palidez, tontura, confusão mental, aumento da frequência cardíaca, hipotensão, saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente, entre outros sinais e sintomas de hipovolemia. Vale ressaltar a importância da agilidade mediante os sinais e sintomas da HPP, assim, toda a equipe deve estar apta para o manejo da hemorragia pós-parto. O quadro de HPP, diante de suas características clínicas, requer tratamento adequado para que não ocorra choque hipovolêmico e consequente óbito materno.

## **4. TRATAMENTO DA HPP**

### **4.1. Tratamento e a hora de ouro**

A hora de ouro ou “near miss” refere-se ao princípio de intervenções precoces, agressivas e oportunas, sem demora, nas pacientes com quadro hemorrágico visando a redução da mortalidade relacionada aos atrasos no cuidado a ser abordado a paciente com HPP. Essas recomendações irão consistir no controle do sangramento excessivo, a partir da primeira diagnóstico ser efetuado, mas também busca avançar em casos oriundo a identificação de fatores emergentes mais tardios (ARAUJO, 2019, p. 03)

Sendo assim com essa abordagem conseguimos permitir ações rápidas e oportunas, evitando assim o que denominamos de tríade letal da HPP, que nada mais é do que a acidose, a

coagulopatia e hipotermia. Vale elencar que, a implementação de kits de hemorragia e checklist associado a infográficos específicos tornam-se fundamentais no momento em que se aborda um quadro de hemorragia puerperal, pois quando disponíveis nas maternidades o cuidado torna-se mais específico e direcionado, sendo de forma aplicável por diferentes profissionais. ( Fiocruz 2018, p. 15)

## **4.2. Medidas Gerais**

Assim que for constatada a hemorragia pós-parto, os profissionais devem seguir um sequencia de atendimento que deve ser realizado pela equipa :

### **De enfermagem:**

- Chamar obstetra/enfermeiro imediatamente;
- Puncionar 02 acessos venosos calibrosos (jelco18 e/ou 16)
- Iniciar hidratação venosa com Soro Fisiológico à 0,9% ou ringer lactato(1000-2000ml);
- Elevar os membros inferiores (Posição de Trendelemburg)
- Instalar oxigênio 8-10 l/min em máscara de venturi
- Verificar os sinais vitais de 15'/15'min
- Realizar sondagem vesical de demora
- Prevenir hipotermia

### **Médico Obstetra:**

- Prescrever hidratação venosa com SF à 0,9% ou Ringer lactato(1000-2000ml)
- Prescrever sonda vesical de demora, acompanhar esvaziamento da bexiga
- Solicitar hemoglobina, hematócrito, coagulograma e amostra sanguínea para prova cruzada;
- Solicitar Reserva de hemoderivados;
- Realizar, com atenção, a revisão do canal de parto com instrumental adequado, inspecionando a vagina, o fundo de saco, o colo e a cavidade uterina, principalmente, junto ao segmento inferior
- Reavaliar o estado de contratilidade uterina (verificar a existência de Globo de Pinard)
- Ter, à disposição, caixa de laparotomia para eventual abordagem cirúrgica.
- Solicitar o apoio do anestesista, esclarecendo a situação de perigo.

## **4.3. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

Somente a ocitocina intravenosa é o fármaco uterotônico recomendado para tratamento da HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada). Se a ocitocina intravenosa estiver

indisponível ou se o sangramento não responder à ocitocina, é recomendado o uso da ergometrina intravenosa, uma dose fixa de ocitocina e ergometrina ou um fármaco de prostaglandina (incluindo misoprostol sublingual, 800 µg).

O uso de cristaloides isotônicos é recomendado em detrimento do uso de coloides para a reanimação hídrica intravenosa inicial de mulheres com HPP.

O uso de ácido tranexâmico é recomendado para o tratamento da HPP caso a ocitocina e outros uterotônicos não consigam interromper a hemorragia ou se for considerado que a hemorragia pode ser parcialmente resultante de uma lesão traumática.

Se a placenta não for expelida espontaneamente, é recomendado o uso de ocitocina IV/IM (10 UI) em combinação com a tração controlada do cordão umbilical.

O uso de ergometrina para a gestão da placenta retida não é recomendado, pois isso pode provocar contrações uterinas tetânicas que poderão atrasar a expulsão da placenta.

O uso de prostaglandina E2 alfa (dinoprostona ou sulprostona) para gerenciar a placenta retida não é recomendado.

Uma única dose de antibiótico (ampicilina ou cefalosporina de primeira geração) é recomendada quando a remoção manual da placenta é praticada.

#### **4.3.1. Tratamento não farmacológico:**

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

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

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

#### **4.3.2. TRATAMENTO CIRÚRGICO:**

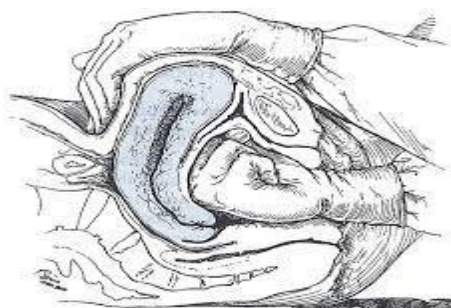
Realizado quando ocorre falha de resposta com as medidas anteriormente citadas:

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

- Histerectomia

#### 4.3.3. TRATAMENTO POR CAUSA ESPECÍFICA

**TÔNUS:** A atonia uterina é a principal causa da hemorragia pós-parto, e no entanto, deve ser tratada de forma agressiva, mesmo nos casos que inicialmente pareçam pouco ameaçadores. A presença de útero subinvoluído de consistência amolecida é característica, onde é tratada com a manobra de Hamilton - Compressão Uterina Bimanual.



**Fonte:** Gabbe S.G., Niebyl J.R., Simpson J.L., 2002

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

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

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

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

## **5. Atuação de enfermagem na hemorragia pós-parto**

Os enfermeiros e a equipa de saúde têm um papel crucial em assegurar a hemóstase nos pós-parto com o intuito de diminuir as perdas sanguíneas controlando assim a hemorragia. Nesta linha de pensamento Graça (2010, p. 421) acrescenta que “a hemóstase nos pós-parto é realizada por uma combinação das contrações uterinas fisiológicas e de trombose vascular, que atuam minimizando as perdas sanguíneas a partir dos largos seios uterinos do local da implantação da placenta”. A partir da “expulsão da placenta até duas horas após o nascimento do bebé, a necessidade de atenção é redobrada pois poderá haver alguma anomalia, que poderá levar a alterações fisiológicas e psicológicas irreversíveis” (Carvalho 2002, p.182-183).

Graça (2010 p 163) defende que “desde a primeira hora na sala de recuperação, devem ser frequentes as avaliações físicas da mãe. Todos os fatores, excepto a temperatura, devem ser avaliados de 15 em 15 minutos durante uma hora”. Depois da expulsão da placenta os profissionais de saúde deve ter atenção aos seguintes sinais clínicos que variam de acordo com a “intensidade, leve, moderada ou severa, podendo apresentar queda significativa ou acentuada da pressão arterial, palpitações, tonturas, taquicardia, fraqueza, sudre-se, irritabilidade, palidez, colapso, falta de ar e sinais de choque hipovolémico” (Neme, 1915, p. 557).

Após ser detetado uma hemorragia pós-parto Silva (2011, p. 51) diz que é “importante que toda a equipa de saúde presente se aperceba da situação e reage em conformidade, pelo que é importante a verbalização do diagnóstico”. Durante este período Lowdermilk e Perry, (2006, p.866) defendem que “no que diz respeito ao tratamento e os cuidados de enfermagem o primeiro passo a seguir é no controle da hemorragia a contenção do sangramento procurando assim a sua causa. A segunda meta é manter um volume sanguíneo circulante para prevenir choque hipovolémico ou a anemia, e também a prevenção de infeções”. Já na perspetiva de Einstein (2012, p. 6) “o primeiro passo após a detenção de uma hemorragia pós-parto é pedir ajuda de forma a mobilizar todo o pessoal disponível”.

O tratamento da HPP tem “dois componentes maiores a reanimação e o controlo da volémia contudo é importante salientar que a correta terapêutica da HPP necessita que estes dois componentes sejam trabalhados em simultâneo” (Silva 2011, p. 51). Ainda no que diz respeito ao controlo da Hemorragia pós-parto imediato o Silva e o Almeida (2012, p. 8) acrescentam que o enfermeiro deverá “levantar as pernas da utente para aumentar o retorno venoso e em alternativa a cama poderá ser colocada em posição trendelenburg situação que irá melhorar também a perfusão cerebral”.

## **6. Como diagnosticar uma HPP**

O reconhecimento precoce da hemorragia pós-parto é um passo muito importante na sua abordagem, tornando-se imperativo avaliar a perda sanguínea e a repercussão hemodinâmica na mulher, de modo a reconhecer situações de perigo de vida (Andrade,M., 2015).

O diagnóstico da HPP é clínico, baseando-se na sintomatologia e na quantificação das perdas sanguíneas. A Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) recomenda a estimativa visual ou a quantificação das perdas sanguíneas cumulativas em todos os partos (Andrade,M., 2015).

Um dos métodos mais utilizado para avaliar a quantidade de sangue perdido na prática clínica é a estimativa visual, apesar de se tratar de um método subjetivo e impreciso associado a 30-50% de subestimação, particularmente para grandes volumes (>1000ml).

Em contrapartida temos um método mais objetivo é a quantificação das perdas sanguíneas através da pesagem de compressas com sangue que, permite quantificar o volume de sangue perdido em mililitros. O peso das compressas com sangue é subtraído ao peso estimado das compressas secas (Admite-se que 1ml equivale a aproximadamente 1g de peso).

Também temos o uso de dispositivos coletores são colocados debaixo das nádegas logo após o período expulsivo e usualmente são usados em partos vaginais. Ao exame físico, podem ser observados sinais e sintomas como: palidez, tontura, confusão, aumento da frequência cardíaca, hipotensão, saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente, entre outros sinais e sintomas de hipovolemia (Andrade, M., 2015).



## **7. Conclusão**

Perante o nosso trabalho presente, foi deparado que a hemorragia obstétrica é uma situação que pode levar a uma morte súbita. Em que é definida como o sangramento que ocorre a partir das 24 semanas de gestação e antes do parto, e inclui a perda de mais de 500 mL de sangue no momento do parto vaginal ou 1.000 mL durante a cesárea, com a queda da concentração de hemoglobina  $> 40\text{g/L}$ .

Ao longo das nossas pesquisas foi utilizado método de revisão da literatura de alguns autores onde conseguimos ter uma visão da importância do cuidado especializado no parto e puerpério e o quanto um protocolo assistencial faz diferença no cuidado. A enfermagem obstétrica possui competência, subjetividade e conhecimento técnico-científico únicos de sua profissão, visto que possui um papel importante na assistência a mulher no período gravídico e puerperal. É ela que compreende e assiste a mulher, cria vínculos e assim leva a um parto tranquilo e bem assistido.

Com todo isso, pode-se afirmar que o diagnóstico precoce, a prevenção e o tratamento adequado da HPP são fundamentais na redução da morbimortalidade materna. Sendo assim, os médicos devem estar aptos ao manejo rápido e eficaz dessa importante complicação do puerpério.

## Referências Bibliográficas

1. Maria, F. G., Roberto, M.F., e outros., Protocolo de hemorragia puerperal, intra e pós-parto. Diretrizes clínicas QPS 004/2020 versão 2.
2. Thaynara, H. S. A., Emergência obstétrica: Atuação da enfermagem obstétrica no manejo da hemorragia no pós-parto, Faculdade de educação e meio ambiente, Ariquemes/RO 2020.
3. 2014, O. M. (2014). Recomendações da OMS para. 9789248548505\_por.pdf, p. 6. Obtido em 21 de Dezembro de 2022, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf)
4. BBAGGIERI Rafael Ângelo, VICENTE Giovania Silva, DOS SANTOS Juliana Amato, CABALERO Michelle Hanne, BARBOSA Higor Mileri, (2011) Hemorragia pós-parto: Prevenção e tratamento, Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de ciências Médicas da Santa casa São Paulo
5. TAMBALOI, D. S.(2021). Choque hemorrágico: MÉTODOS DE ANÁLISE E. 03122021074915.pdf.Obtido de <https://www.unifaccamp.edu.br/repository/artigo/03122021074915>
6. Zavala,R. S., & MaNUEL Adrián Ordóñez Betancouth,N. J. ( 30 de Maio de 2022). Obtido de <file:///C:/USER/Downloads/857-Testo%20del%c3%ADculo-1658-1-10-20220602.pdf>

## Sites consultados

1. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883008/33-hemorragia-pos-parto.pdf>, 23/12/2022